

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 4

WARSZAWA, 15 KWIETNIA 1927 R.

Rok IV.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Współczesny stan nauki o jaskrze i jej leczeniu.

Podał

Doc. Dr. W. H. MELANOWSKI (Warszawa).

Pod pojęciem jaskry (*glaucoma*) rozumiemy obecnie schorzenie gałki ocznej, spowodowane wzmożeniem napięciem; następstwem wzmożenia napięcia oka są zmiany wsteczne w narządzie światłoczułym i upośledzenie wzroku, wzgl. ślepotą.

R o d z a j e j a s k r y. Odróżniamy jaskrę właściwą i stan jaskrowy (wzgl. jaskrę wtórną). Stan jaskrowy — to wzmożenie napięcia gałki, spowodowane nowotworem, zapaleniem błony naczyniowej oka, wybroczyną śródoczną, zaćmą urazową i t. p.

Jaskrę właściwą, zależnie od objawów i przebiegu, dzielimy na: jaskrę ostrą (*glaucoma acutum*), jaskrę podostrą, wzgl. przewlekłą (*gl. subacutum, chronicum*), jaskrę prostą (*gl. simplex*) i jaskrę wieku dziecięcego — wodocze (*hydropthalmia*). Z wyjątkiem wodocza, jaskra dotyczy głównie ludzi w wieku po latach 40 — i kobiet częściej, niż mężczyzn.

Rozpatrzmy kolejno objawy i przebieg każdego z typów jaskry.

O b j a w y.

J a s k r a o s t r a (*glaucoma acutum*). O ile na ogół przypadki jaskry prawie 6 razy częściej dotyczą kobiet, niż mężczyzn, to przypadki jaskry ostrej tylko nieco częściej zdarzają się u kobiet, niż u mężczyzn. Np. według statystyk Schmidt-Rimplera, Hirschberga i Bossaliny na 472 mężczyzn przypada 529 kobiet.

Cierpienie dotyczy zwykle osobników artrytycznych, u których w rodzinie już zdarzały się przypadki jaskry. Osobniki te zwykle nadwzroczne, czasem astygmatycy¹⁾ (Priestley-Smith — wiel-

ką soczewkę oczną w takich oczach uważa za jedną z przyczyn skłonności do jaskry).

Atak jaskry poprzedza często jakieś zmartwienie, cierpienie, przepracowanie.

Jako przykład przytoczę przypadek z własnej praktyki. Chory F. O. P. lat 57, urzędnik, od półtora roku miewał wieczorami zamglenia wzroku, pracował ciężko, często miewał kłopoty. 6 lutego 1926 r. nagle zauważył znaczne upośledzenie wzroku wśród uporczywych bólów głowy, połączonych z wymiotami. Wezwany lekarz chor. wewnętrznych rozpoznał migrenę, zalecił salicylaty. Bóle głowy i wymioty pomimo to nie ustawały. Wezwany na drugi dzień, znalazłem chorego w zaciemnionym pokoju, z okładami zimnymi na głowie; jęczącego z bólu. Po rozwarciu zaciśniętych powiek stwierdziłem znaczne przekrwienie i obrzęk spojówki obu gałek ocznych. Szczególnie uwydatnione były ciemne i wężykowate żyły spojówki. Rogówki były zamglone, komórki przednie płytkie, źrenice szerokie, owalne i nie reagujące. Gałki oczne twarde, jak kamień. Wzrok obu oczu sprowadzał się do słabego poczucia światła. Rogówki na dotyk niewrażliwe.

Choremu zaleciłem co 2 godziny zakraplanie 2% roztworu pilokarpiny, i już w kilka godzin bóle głowy i nudności ustały, rogówki się rozjaśniły, i wzrok nieco się poprawił: Chory mógł liczyć palce na 2 m. Wówczas na dzień oka prawego stwierdziłem szereg wybroczyn w siatkówce w okolicy tarczy.

Na drugi dzień dokonałem irydektomji przeciwjaskrowej na prawem oku, a w pięć dni potem i na lewem.

Obecnie, 11 miesięcy po zabiegach, napięcie wynosi po 20 mm. Hg. w obu oczach, chory ma pełną ostrość wzroku i prawidłowe pole widzenia i, oprócz śladów po operacjach przeciwjaskrowych oraz zaniku tęczówki, oczy mają wygląd zupełnie prawidłowy. Dawny chory obecnie czuje się zdrowym i pracuje po dawnemu, bólów głowy obecnie nie miewa. Dodamy tu, że ma on około + 1.5 D nadwzroczności.

Opisany przypadek — to typowy przypadek jaskry ostrej:

po kilku przejściowych wieczornych napadach zamglenia, często połączonych z objawami kół tęczyowych czasem bólami głowy, chory, najczęściej wieczorem, dostaje ciężkiego napadu bólów głowy, oczu, skroni, czasem połączonych z wymiotami. Jeśli zbadamy wtedy oczy chorego, to przedewszystkiem zobaczymy, że rogówki są zamglone, jakby nachuchane szkło, dotknięcie wacikiem powierzchni rogówki nie wywołuje odruchu zmrużenia powiek. Ledwie przeświecająca źrenica będzie szeroka, owalna i nie zwęża się przy oświetlaniu. Spojówka gałki jest czerwona, czasem obrzęknięta, żyły wężykowate. Oko na

¹⁾ Szczególnie mający astygmatyzm odwrotny. Astygmatyzm ten jest częsty wśród żydów, którzy, jak wiadomo, częściej zapadają na jaskrę.

dotyk jest w tych przypadkach bardzo twarde. Wymioty i nudności będą tu objawem odruchu bólowego współczulnego. Przypadki takie wymagają natychmiastowej interwencji doświadczonego okulisty, i tu zakropienie pilokarpiny i możliwie natychmiastowa operacja wycięcia tęczówki ratuje wzrok chorego.

Dodamy tu, że napady najczęściej zdarzają się w nocy, że jednym z czynników być może przejeżdżenie się, zmartwienie, przepracowanie — przytem skaza dnawa ma tu też jakieś znaczenie.

Podkreślę tu również pewien wpływ wieku na stosunkową łatwość występowania ostrego napadu jaskry.

Jako przykład przytoczę dwa lata temu obserwowany przeze mnie i demonstrowany studentom przypadek napadu jaskry, spowodowanego nieco lekkomyślnym leczeniem. Przypadek dotyczył 62 letniej kobiety, urzędniczki prywatnej, która zwróciła się do specjalisty w przychodni K. Ch. z powodu niewielkiego wrzodu rogówki oka prawego. Zalecono jej zakrapianie 6 razy dziennie roztworu 1% atropiny. Na drugi dzień chora zwraca się do lekarza, że po tem leczeniu ma ból głowy i widzi gorzej. Lekarz zaleca jej zakrapianie atropiny częstsze. Wieczorem dnia tego zostałem wezwany do chorej, u której stwierdziłem już ciężki atak jaskry z silnymi bólami głowy, obrzękiem spojówki gałki, zamgleniem rogówki i wymiotami. Oko było twarde, jak kamień; wzrok — słabe poczucie światła. Dopiero zastrzyknięcie morfiny i zakropienie 0,1% ezeryny z pilokarpiną (2%) uśmierzyło bóle, a dalsze dłuższe leczenie pilokarpiną przywróciło zachwianą równowagę w napięciu oka.

Dłuższe trwanie napadu jaskry bez leczenia prowadzi do znacznych zmian wstecznych i do zupełnej ślepoty oka.

Jednym z wyrazów zmian wstecznych w oku jaskrowem, w t. zw. jaskrze dokonanej, jest tworzenie się pęcherzyków na powierzchni rogówki. Zmiany te prowadzą w następstwie często do większych odwarstwień, blizn, a czasem do ognisk zwapnienia w rogówce oka już oddawna oślepłego z powodu jaskry. Tęczówka ma wygląd zanikły. (Patrz: Rys. 1). Ma się rozumieć, najważniejsze zmiany w jaskrze dokonanej — to zanik n. wzrokowego z zagłębieniem jaskrowem i zanik siatkówki.

Kilka słów jeszcze dodam o mierzeniu napięcia gałki ocznej. Od czasów Bowmana stosuje się badanie napięcia za pomocą palców wskazujących obu rąk, uciskających gałkę oczną poprzez powieki. Ucisk palcami, podobny do stosowanego dla wyczucia chełbotania, daje nam pojęcie o stopniu twardości gałki ocznej. Do dokładnego rozpoznania potrzebne tu jest znaczne doświadczenie — zresztą, dużo pewniejsze i dokładniejsze jest badanie napięcia za pomocą specjalnych przyrządów, t. zw. tonometrów, o których stosowaniu pisałem ostatnio (Patrz: w Pol. Gaz. Lek. Nr. 50 — 51, 1926 rok, str. 967). Badania tonometryczne nie tylko pozwalają nam ustalić napięcie gałki ocznej, ale i pouczają nas o wahanach tego napięcia i dają możliwość kontroli jaskry leczonej lekowo albo operacyjnie.

A ma to szczególniejsze znaczenie w przypadkach jaskry podostrej i przewlekłej.

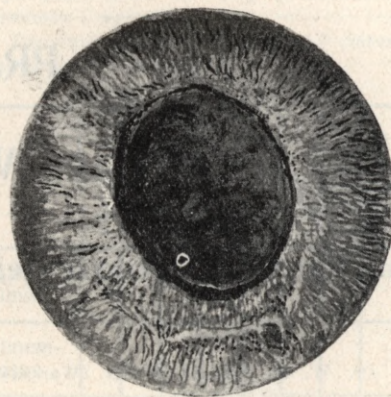
Jaskra podostra i przewlekła.

Objawy i przebieg jaskry podostrej i przewlekłej składają się z szeregu napadów — nasileni napięcia gałki ocznej, które często przebiegają niepostrzeżenie

nie — wyrażają się łzawieniem, uczuciem ciężkości w oczach, bólami głowy i upośledzeniem wzroku, często wraz z występowaniem braku w odnosowej części pola widzenia.

Tacy chorzy zażywają nieraz wielkie ilości środków przeciw bólom głowy, leczą zęby, gościec, nim przypadkowe często badanie okulisty wyjaśni, że chory ma nieco leniwie reagującą źrenicę, nieco zanikłą tęczówkę (Rys. 1), czasem szeroką źrenicę,

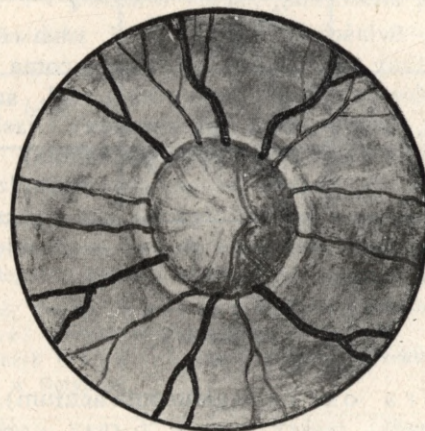
Rys. 1.



Tęczówka zanikła, rysunek jej zatarty, źrenica owalna z obwódką barwikową (ectropion uveae).

wydatnie ciemne i wężykowate żyły spojówki gałki, płytką komorę przednią, bladą tarczę n. wzrokowego, czasem zagłębioną jaskrawo (Rys. 2), tętnienie

Rys. 2.



Zagłębienie jaskrowe tarczy n. wzrokowego. Wokoło tarczy biała obwódka bezkrwista—to tzw. halo glaucomatosum. Tętnice wąskie.

tętnie siatkówki, zwężenie odnosowe pola widzenia, a w niektórych przypadkach tylko od czasu do czasu wzmożone napięcie gałki ocznej: 35 — 40 — 50 i więcej mm.

Często chory taki długo chodzi od lekarza do lekarza, aż uważne zbadanie wykaże, że nie widzi już na jedno oko i ma znacznie zwężone pole widzenia i upośledzony wzrok na drugim oku. Wówczas okulista ma przykrą emocję operowania na jedynym i już niebardzo widzącym oku.

Schlemm'a, utrudnia się odpływ cieczy wodnistej, i zaczyna się rozstrzeń gałki ocznej. Przytem w jednej kategorii przypadków tęczówka przylega do tylnej powierzchni rogówki i komora przednia będzie płytka, jak chce Sourdille, wskutek tego, że soczewka, jej aparat więzadłowy i tęczówka odgradzają komorę przednią i tylną od tylnego odcinka oka. Sourdille uważa, że więzadła soczewki, błona ciała szklanego i przednie warstwy ciała szklanego są wtedy nieprzenikliwe, kanał Schlemm'a będzie tu niejako wtórnie zamknięty.

W innych znowu przypadkach, wskutek zmian wstecznych i zamknięcia przestrzeni Fontany, względnie niedorozwoju lub braku kanału Schlemm'a, komora przednia jest głęboka i w związku z

postępującą rozstrzenią gałki ocznej i następnie obłuznieniem i naderwaniem więzadła soczewki, pogłębia się ta komora jeszcze bardziej. Z początku występuje zwiększająca się krótkowzroczność, potem, w miarę większej rozstrzeni oka, zagłębienie jaskrowe n. wzrokowego, zanik i odwarstwienie siatkówki, naderwania w błonie Descemet'a rogówki, dalej może zalarzyć się pęknięcie oka i następczy zanik. Czasem postęp choroby się zatrzymuje, i takie większe oko, którego rogówka ma około 1,5 cm. przekroju, nieco widzi (Bednarski, 1925); ostatnio zanotowano kilka przypadków zatrzymania cierpienia w następstwie wycięcia kawałka twardówki sposobem Langreaga.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z II Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego
(Dyrektor: Prof. Z. RADLINSKI).

Leczenie złamań kości promieniowej w miejscu typowym na podstawie własnych spostrzeżeń.

Podał

Marjan TRAWINSKI (Warszawa), asystent Kliniki.

Istnieje wiele sposobów leczenia złamania kości promieniowej w miejscu typowym (Pouteau-Collès). W dawniejszych latach panowała klasyczna szyna Schedego; potem również klasyczne unieruchomienie kończyny w ustawieniu zgięcia łokciowego i odprowadzenia łokciowego, który to sposób zdaniem Klapa wywalczył sobie tradycję, tamującą poniekąd normalny postęp w rozwoju leczenia tych złamań. W dalszym ciągu, rok rocznie ogłaszane są co raz to inne sposoby, odmiany, ulepszenia. Dziś możnaby je obliczać na dziesiątki. Nie jest to mojem zadaniem. Nadmienię tylko, że kolejno złamaną kończynę polecano unieruchamiać we wszelkich możliwych ustawieniach i na rozmaity przeciąg czasu, wielce różniący się w rękach poszczególnych chirurgów. W celu unieruchomienia stosowano z jednej strony również liczny szereg mniej lub więcej pomysłowych albo prostych szyn z rozmaitego materiału, z drugiej strony — opatrunek gipsowy we wszelkich jego odmianach. I tu zdania są krańcowo różne, bo, gdy jedni gips polecają, inni (Bardenheuer nap.) uważają go za wprost szkodliwy.

Poza tem osobne miejsce zajmują tacy, jak Petersen, ze swoim sposobem t. zw. „zwisającej ręki“ utrzymywanej na temblaku; Wołkowicz — polecający również ten sposób dla pewnych przypadków, jako jedyne i wystarczające unieruchomienie; Storr podwieszający kończynę za pomocą specjalnego mankiecika z przylepca; Lexter — używający unieruchomienia za pomocą opaski flanelowej; Troell, który zamienił ją na przyłepiec; Steimann — w specjalnych przypadkach polecający podskórne łączenie odłamków gwoździem, wreszcie Lambotte — proponujący sposoby operacyjnych i wielu innych.

Odrębną grupę tworzy liczne grono chirurgów, odrzucających unieruchomienie zupełnie lub częściowo, na pierwszy zaś plan wysuwających mobilizacyjne metody leczenia, a więc mięśnie i ruchy. Lucas-Championnière, Marbais, Bardenheuer — są czołowymi przedstawicielami tej grupy.

Naogół liczba sposobów wciąż rośnie, i zjawisko to nasuwa myśl, że, być może, żaden z nich nie jest całkowicie zadowalający, a stąd potrzeba co raz nowych prób i poszukiwań.

Fakt ten zachęcił mię do zajęcia się tą sprawą i do ogłoszenia własnych wyników. Poza tem za bodziec w tym kierunku posłużyło mi spostrzeżenie, że często typowe złamanie kości promieniowej bywa bagatelizowane; kończyna, przez dłuższy czas byle jak unieruchomiona, bez względu na stopień przemieszczenia, staje się sztywna, obrzmiała, traci w znacznym stopniu i na długo sprawność czynnościową. Po takim unieruchomieniu pacjenci często pozostawieni bywają własnemu losowi, i tak ważny współczynnik, jakim jest następce leczenie mięśniami i ruchami, często bywa zaniedbywany.

Złamanie kości promieniowej wytrąca kończynę każdego pacjenta z używalności, naturalnie, fakt ten szczególnie dotkliwie odczuwają ci, którzy pracą rąk własnych zarabiają na życie, a wśród obserwowanych przeze mnie przypadków stanowią oni $\frac{2}{3}$ (pozostała zaś trzecia część przypada na umysłowo pracujących i innych), to też dążenie do możliwego skrócenia czasu leczenia, po którym mogliby oni wrócić do zwykłych swych zajęć — stanowi ważny punkt poruszanego tematu. Wobec częstości złamań kości promieniowej wogóle Bange podnosi społeczne znaczenie dobrego leczenia i przytacza obliczenia Molineusa, który na podstawie wielkiego materiału, badając po dłuższym czasie pacjentów w celach określenia renty, nader często oceniał utratę sprawności kończyny na 30, 40 i nawet 50%.

Typów złamań dolnego końca kości promieniowej odróżniają wiele. Dutton wymienia ich 6, P. Delbet — 9, Destot zaś jeszcze więcej, gu-

biąc się w szczegółach rentgenologicznych. Dla celów praktycznych podzielić je można na trzy grupy, z których każda wymaga odmiennego traktowania. Od razu zaznaczyć należy, że związane to jest z koniecznością badania rentgenologicznego w każdym przypadku.

Do pierwszej grupy należą złamania bez przemieszczenia lub z tak nieznacznym, że praktycznie nie odgrywa ono roli, toteż złamania te, nie badane rentgenologicznie, łatwo mogą być przeoczone i traktowane bywają jako stłuczenia lub dystorsje.

Do drugiej grupy należą złamania z miernym przemieszczeniem odłamków. Oglądana z boku kończyna przyjmuje formę „widelca“, zależną od grzbietowego przemieszczenia odłamka obwodowego, mało jednak zaznaczoną. Istniejący zazwyczaj obrzęk potęguje to zniekształcenie, po jego zaś ustąpieniu zmiana zarysów zewnętrznych wydaje się mniej rażąca. Przy dokładnem jednak obmacywaniu w miejscu złamania wyczuwa się niewielki, ale wyraźny próg grzbietowy. Poza tem czasami wyrażona bywa „radjalizacja“, t. j. przesunięcie dłoni w stronę promieniową.

Grupę trzecią cechują objawy powyższe w stopniu spotęgowanym. A więc wyraźnie zaznaczone zniekształcenie w formie „widelca“, wyraźne boczne przesunięcie ręki w całości w stronę promieniową t. zw. radjalizacja jej, przez co oś długa przedramienia w przedłożeniu swem nie trafia normalnie w oś długą III-go palca, inaczej nazywa się to zniekształcenie „bagietowate“, przy tem kość łokciowa wystaje ponad miarę nazewnątrz. Na kliszy rentgenowskiej widać odpowiednio większe przemieszczenie odłamków w sensie powyższym, prócz tego spotkać niekiedy można dodatkowe mniejsze lub większe odłamki wolne, pęknięcia nasady, wklínowania i t. d., a dość często istnieje jeszcze odlamanie, zwykle bez przemieszczenia, wyrostka rylcowatego kości łokciowej: klinicznie ma ono swój wyraz w żywej bolesności w tem miejscu. *Lillienfeld* oblicza je na 38%, *Haglund* na 42%.

A więc wymienione trzy grupy różnią się przede wszystkim stopniem przesunięcia odłamka obwodowego, czyli nasady kości promieniowej, i zależnie od tego wymagać będą odmiennego leczenia w sensie wskazań do przywrócenia stosunków anatomicznych. Pod względem zaś czynnościowym łączy je jedna wspólna, a bardzo ważna cecha, mianowicie mniejsze lub większe, lecz zawsze istniejące zmiany urazowe stawu — **artic. radio-carpalis**.

Aczkolwiek ściśle anatomicznie biorąc, pod tym względem możnaby było wszystkie złamania dolnego końca kości promieniowej podzielić na dwie grupy: wewnątrz — (42% — *Kahleyss*) i zewnątrzstawowe, klinicznie jednak tak bliski w sąsiedztwie stawu zawsze wchodzi w grę.

Ten współczynnik zbyt często bywa pomijany lub przeoczany, tymczasem przywrócenie sprawności czynnościowej kończynie przede wszystkim zależy od należytego postępowania wobec stawu właśnie, podczas gdy w pewnych przypadkach, dla tych czy innych względów, zrezygnować można z dążenia do otrzymania wyników zupełnie poprawnych pod względem anatomicznym.

Wskazania lecznicze dla przypadków pierwszej

grupy będą dość proste. Przesunięcia odłamków nie ma, a więc wynik anatomiczny będzie dobry sam przez się, należy więc od razu rozpocząć leczenie mobilizacyjną. Kończynę — przedramię ochronić dwiema szynami, z których grzbietowa ma sięgać od łokcia do mn. w. końca palców, dłoniowa zaś może być krótsza — do I-go rzędu kości garstkowych. Szyny wyłożyć dobrze watą i umocować okrężnemi obwojami opaski. W ciągu pierwszych 4—5 dni szyna winna być tak nakładana, aby unieruchomiła rękę, ale pozwałała na ruchy palców (zginanie); w ciągu następnych dni zakładać ją krócej, tak, aby możliwe były nawet lekkie ruchy w stawie garstkowym — zginanie. Rozginanie zaś ręki — zginanie grzbietowe — należy do ruchów niepożądanych, zagraża przemieszczeniem odłamków (*Lucas - Championniere*), i zapobiegać temu ma właśnie ta dłuższa szyna grzbietowa.

Od pierwszego dnia rozpoczynamy leczenie mięsieniem, które stanowi najważniejszy składnik całego leczenia, toteż wymaga bardziej szczegółowego omówienia i wskazówek.

Mięsienie ma znieść dolegliwości bólowe, usunąć obrzęk i ewent. wylew krwiawy międzyciekowe, przywrócić normalne krążenie w urażonej okolicy, a przede wszystkim ma ono usunąć przykurczenie mięśni i doprowadzić je do normalnej elastyczności wraz ze ścięgnami i stawami. Przy umiejętnem stosowaniu mięsienia już po 2 — 3 seansach przykurczenie mięśni ustępuje, a zarazem znikają dolegliwości. I odwrotnie — nieumiejętne mięsienie bólów nie łagodzi, lecz je potęguje, a te znowu wywołują skurcz mięśni. Zniesienie skurczu ważne jest z jednej strony ze względu na to, że pozwala na szybszy powrót do normalnej elastyczności tak mięśni i ścięgien, jak i stawów, z drugiej strony zaś istniejący, ewentualnie podniecany skurcz mięśni powodować może wtórne wadliwe przesunięcia odłamków.

Dobrze wykonać mięsienie może tylko osoba, należycie wyszkolona i dokładnie rozumiejąca sens i cel rekoczyń, które ma wykonać. Mięsienie zaś w formie, często u nas spotykanej, to znaczy — pewien rodzaj tarcia, aby tylko szybkiego, daje wyniki niezadowalające; tymczasem ręce prawdziwie umiętne potrafią wprost z dnia na dzień polepszać stan chorej kończyny i w krótkim czasie przywracają ją do normy (*Zuppinger, Dagren*).

Przechodząc do wskazówek praktycznych, polecać należy mięsienie przy użyciu talku. Kończynę po zdjęciu szyn najlepiej położyć płasko, powierzchnią dłoniową na podściółce, tak, aby palce leżały wyciągnięte (a nie zwiśały). Pierwsze ruchy rozpoczynać od mięsienia wzdłuż grzbietowej i dłoniowej powierzchni kości promieniowej. Posługując się kciukiem z jednej strony, a 2 i 3 palcami z drugiej strony, wykonywać szereg długich, delikatnych, lekko uciskających pociągów, zawsze od palców ku łokciowi i z omijaniem miejsca złamania (3 — 4 minuty). Pacjenci nie powinni przy tem odczuwać prawie żadnego bólu — jest to warunek kardynalny dobrze wykonywanego mięsienia.

Potem następują ruchy, skierowane ku urażonemu stawowi — mięsienie więzadeł, torebki stawowej, ścięgien i t. d.; wszystko bardzo delikatnie i bez

szkodliwego naciskania. Jeżeli obrzęk obejmuje i palce—zając się nimi, w sposób zresztą zwykły. Wreszcie następuje ostatni moment — mięsienie mięśni przedramienia, też lekko i łagodnie, dopóki mięśnie są bolesne i napięte, silniej w dalszym ciągu — gdy już zaczęły wracać do normy. Po 3—4 dniach można przedramię na krótko odwracać (supinować), aby zająć się grupą dłoniową—zginaczami, które to mięśnie wymagają mniej uwagi, jako mniej zwykle urażone. Przy takim odwracaniu miejsce złamania trzymać cały czas mocno w dłoni i ruch sam wykonywać wolno, aby nie sprawić bólu.

Od pierwszego już dnia po mięsieniu następuje parę minut mobilizacji palców. Początkowo biernej, potem czynnej, ze szczególnem zwróceniem uwagi na kciuk, który zazwyczaj wraca do normy z pewnem opóźnieniem. Już po 3—4 dniach należy zacząć wykonywać pierwsze bierne, a dalej czynne ruchy w stawie garstkowym: przedewszystkiem zginanie, stopniowo coraz większe. Ruch rozginania odbywać się winien w minimalnym zakresie (najwyżej do poziomu); nie robić zginania grzbietowego. Ten ruch ćwiczyć należy dopiero po 10—12 dniach leczenia, gdy pewni jesteśmy pewnej konsolidacji odłamków. Przy wszystkich tych ruchach nie konieczne jest dążenie do jaknajwiększej ich amplitudy; nawet drobne, ale zato wcześniej wyrobione ruchy zapewniają powrót do całej ich rozciągłości. Postępując w ten sposób, pacjenta uważnego i posłusznego już w początku drugiego tygodnia pozostawić można bez szyny, wystarczy temblak, a jednocześnie pozwalamy mu posługiwać się palcami i wykonywać nimi pewne drobne czynności codzienne. Około dziesiątego dnia — ćwiczenia obrotowe i rozginania ręki. Od 15-go dnia miejsce złamania już jest mocne, i pacjentom wolno coraz więcej posługiwać się swą kończyną (bez wysiłków oczywiście). Bardzo pożądanem jest, aby lekarz wciąż kontrolował i stopniował ruchy czynne i aby wskazywał co pewien czas, co wolno pacjentom w ciągu najbliższych dni chorą ręką robić. Całe leczenie, racjonalnie przeprowadzone, nie powinno trwać dłużej, niż 3 tygodnie, a przy sprzyjających okolicznościach trwać może nawet krócej — 15 — 17 dni; termin zależy od wielu ubocznych względów, jak wiek, zajęcie, usposobienie pacjentów, i ulega indywidualizacji. Spracowana ręka robotnika, na przykład, wymaga więcej czasu i wysiłków, niż delikatna ręka kobieca.

(Dok. nast.).

Z Instytutu Pasteura w Paryżu.

(Kierownik Oddziału: Prof. Dr. A. BESREDKA).

Uodparnianie miejscowe stawów.

(Praca doświadczalna).

Podał

Jerzy RUTKOWSKI (Warszawa).

st. asyst. II. Klin. Chir. U. W.

W ostatnich czasach A. Besredka wydał książkę o odporności miejscowej i opatrunkach swoich, przepojonych t. zw. *antivirus*, odpowiednio spreparowanym przesączem, buljonowym drobnoustro-

jów. Prace Besredki nie tylko zainaugurowały nowy okres w rozwoju nauki o odporności wogóle (autonomiczne własności tkanek i komórek w stosunku do rozmaitych zakażeń i odporności czysto miejscowej), ale odkryły nowe widnokręgi i dla lecznictwa. W swoim ostatnim artykule na ten temat (*Pré-se Med.* 1926, Nr. 86) Besredka zebrał wielką liczbę dodatnich spostrzeżeń rozmaitych autorów (chirurgów, ginekologów, okulistów i t. d.) nad leczeniem za pomocą opatrunków (tamponów gazowych), przepojonych „antivirus” czyszczącymi, czyraka mnogiego, zastrzału, zapalenia sutka, ucha środkowego, przewodu słuchowego, figówki (*sycosis*), pyodermyi osesków, liszajca (*impetigo*), cuchnącego nieżyty nosa, ran zakażonych rogówki, ropniaka woreczka łzowego, wrzodziejącego zapalenia powiek, oparzeń zakażonych, ropówek, ran zakażonych, zakażeń poporodowych, zapaleń pęcherza, miedniczek nerkowych i nerki. Co do tych ostatnich, to niedawno Maurice Larget, J. P. L. a m a r e i Ed. M o r e a u ogłosili swoje doskonałe wyniki przemycania miedniczek nerkowych i pęcherza, zakażonych pałeczką okrężnicy, swoistym „antivirus”, otrzymanym z pałeczki okrężnicy, wyhodowanej z moczui chorego.

Powyższe fakty i zainteresowanie sprawą odporności miejscowej zachęciły mnie do przeprowadzenia doświadczeń nad uodparnianiem stawów u królików.

W hodowlach niektórych drobnoustrojów, prócz jadu ciepłochwijnego nierozpuszczalnego, związane go z komórką bakteryjną, działającego szkodliwie na tkanki, znajduje się i „antivirus”, który z jednej strony paraliżuje działanie bakterij, z drugiej zaś przy zetknięciu się z tkankami powoduje w bardzo krótkim czasie, jak to pokazały doświadczenia Besredki i jego uczniów (Urban), powstanie odporności miejscowej. „Antivirus” jest ciepłostály: nagrzewanie do 100° C. w ciągu ¼ godziny lub do 120° C. w ciągu 20 minut nie niszczy jego własności. Jest on rozpuszczalny, jałowy, nietoksyczny, ma działanie swoiste: odpowiadające mu drobnoustroje nie rozmnażają się w nim lub rozmnażają się bardzo słabo, podczas gdy inne drobnoustroje rosną doskonale. Nie jest on identyczny z bakteriofagiem, gdyż nie rozpuszcza drobnoustrojów. Do swoich doświadczeń używałem przesączu (*antivirus*), odpowiadającego drobnoustrojom, któremi zakażałem stawy u królików. Wybrałem drobnoustroje ropne (gronkowce i paciorkowce), na które, jak wiadomo, króliki są bardzo czułe. „Antivirus” był przygotowany w sposób następujący. Na buljonie robiono posiew bardzo zjadliwego szczepu odpowiedniego drobnoustroju, po 10 dniach buljon przesączano przez bibułę i ziemię okrzemkową, następnie przez świecę Ch a m b e r l a n d a. Przesącz znów zasiewano tym samym drobnoustrojem i po 10 dniach znów przesączano jak wyżej, wówczas otrzymaliśmy „antivirus”, który, po sprawdzeniu jego jałowości (2 doby w cieplance), był gotów do użytku. Uodparniałem staw piszczelowo-wudowy tylny (tylko w jednym przypadku skokowy — nie nadający się do doświadczeń), zastrzykując doń pod rzepekę raz jeden, dwukrotnie lub trzykrotnie w odstępach jednego lub dwudniowych „antivirus” w ilości 0,5 cm³. Po upływie jednego lub dwu dni po ostatnim zastrzyku-

nieciu przesącza zakażalem staw hodowlą odpowiedniego drobnoustroju w rozmaitych dawkach. Przeprowadzałem kontrolę na królikach nieuodpornionych, którym zastrzykiwałem do stawu zamiast „antivirus” — jałowy buljon. Kilku królikom zastrzykniętem do stawu zawiesinę drobnoustrojów w „antivirus”. Do doświadczeń używałem świeżych 24 godzinnych hodowli buljonowych bardzo zjadliwych gronkowców i paciorkowców. Przeprowadziłem trzy serie doświadczeń, które kolejno przedstawiam.

1-a SERJA.

Królik 37B. Waga 2900 gr.

Dnia 1 grudnia zastrzyknięto do lewego tylnego stawu piszczelowo-udowego 1 cm³ 24 godzinnej hodowli buljonowej gronkowca złocistego. Na drugi dzień staw był zgrubiały, skóra zaczerwieniona, na trzeci dzień objawy te silniej wyrażały, królik powołał chorobę, jest smutny, nieruchomy, nie uciaka. Skóra — wysięk ropny pod naskórkiem — w następstwie pokryta strupem. Wkrótce (na 4-ty dzień) w stawie stwierdzono wysięk. Po 12 dniach królik padł. Badanie pośmiertne. Lewy staw kolanowy przepchnięty gęstą ropą, chrząstka w nim chropowata, wyjedzona, bez polysku, ciemna. Prawy staw kolanowy — bez zmian, chrząstka gładka, szklista, biała. Posiew krwi z serca: — czysta hodowla gronkowca złocistego.

Wnioski. Zastrzyknięcie 1 cm³ hodowli buljonowej gronkowca złocistego królikowi prowadzi do zejścia śmiertelnego z powodu ogólnego zakażenia i do głębokich destrukcyjnych zmian w stawie.

Królik 11A. Waga 3350 gr.

Dnia 10 listopada zastrzyknięto do prawego tylnego stawu skokowego 1 cm³ jałowego buljonu, do lewego zaś 1 cm³ przesącza paciorkowca. Na drugi dzień nie zauważono większego odczynu i do każdego z tych stawów zastrzyknięto po 1/8 cm³ 24-godzinnej świeżej hodowli buljonowej paciorkowca. Nazajutrz zauważono, co następuje: obydwa stawy obrzęknięte, prawy — nieco więcej. Różnica ta wystąpiła wyraźnie na trzeci dzień: prawy staw był bardzo zgrubiały, skóra nad nim sucha, twarda, miejscami czerniała (zgorzel), podczas gdy lewy był prawie normalny. Jednakże po paru dniach podobne zmiany wystąpiły i w prawym stawie, stan ogólny królika zaczął się szybko pogarszać i na 6-ty dzień od początku doświadczeń królik padł. Badanie pośmiertne dało wynik następujący: posiew krwi z serca — czysta hodowla paciorkowca, ropnie przerzutowe w płucach, obydwa stawy skokowe zmienione mniej więcej jednakowo, zawierają ziarninę i trochę ropy (badanie drobnovidzowe).

Wnioski. Jednodniowe uodparnianie stawu skokowego u królika za pomocą „antivirus” paciorkowca opóźniło rozwój zakażenia, odporności jednak przeciwko dużej dawce drobnoustrojów (1/8 cm³) — nie dało.

Królik 39B. Waga 2770 gr.

Dnia 17 listopada zastrzyknięto do prawego tylnego stawu piszczelowo-udowego 1 cm³ „antivirus” gronkowca złocistego, do lewego 1 cm³ jałowego buljonu. Na drugi dzień do każdego z tych stawów zastrzyknięto po 1/4 cm³ 24-godzinnej hodowli buljonowej gronkowca złocistego. Nazajutrz po zastrzyknięciu już można było stwierdzić duży obrzęk lewego (nieuodpornionego) stawu, podczas gdy prawy był prawie niezmienny. Na 3-ci i 4-ty dzień po zastrzyknięciu zmiany w prawym stawie (zgrubienie, zaczerwienienie) zaczęły jakgdyby doganiać zmiany w lewym, — pod naskórkiem okolicy obydwu stawów zaczęła się tworzyć wydzielina ropna. Na 5-ty dzień obydwa stawy miały wygląd jednakowy. Królik stracił na wadze około 550 gr. Jednakże po dalszych paru dniach stan ogólny królika zaczął się poprawiać, królik był żwawszy, jadł lepiej. Miejscowe zmiany patologiczne zaczęły przeważać znów w stawie lewym (nieuodpornionym), w którym na 9-ty dzień po zastrzyknięciu hodowli gronkowca wykryto ropień (chelbotanie). Zrobiono nakłucie, wydobyto ropę (parę kropel), posiano (wynik posiewu — *staph. aureus*) i zbadano pod mikroskopem (wynik badania — ciała ropne i rzadka gronkowce nie barwiące się Gramem). Na drugi dzień po nakłuciu (10 dni od początku doświadczeń) królika zabito.

Wynik badania pośmiertnego był następujący. Krew z serca jałowa. Stawy: maziówka w obydwu zaczerwieniona, chrząstka, pokrywająca piszczel prawego stawu biała, lśniąca, — lewego ciemna matowa.

Wnioski. Jednorazowe i jednodniowe uodparnianie stawu kolanowego królika za pomocą „antivirus” gronkowca złocistego przeciwko dużej ilości drobnoustrojów (1/4 cm³) klinicznie nie dało

całkowitej odporności miejscowej, jednakże osłabiło się zakażenia, które w stawie uodpornionym rozwijały się wolniej i mniej intensywnie, niż w stawie nieuodpornionym, w którym po 9-ciu dniach wytworzył się ropień. Również różnica w wyglądzie obydwu chrząstek stawowych (oglądana po zabiciu królika) świadczyła o tem, że staw nieuodporniony bardziej uciepiał od uodpornionego.

Królik 40B. Waga 3600 gr.

Dnia 19 listopada do prawego tylnego stawu piszczelowo-udowego zastrzyknięto 2 cm³ jałowego buljonu, do lewego zaś 2 cm³ „antivirus” gronkowca złocistego. Nazajutrz do każdego z tych stawów zastrzyknięto po 0,5 cm³ 24-godzinnej hodowli buljonowej gronkowca złocistego. Na drugi dzień po zastrzyknięciu obydwa stawy były obrzęknięte, na trzeci dzień lewy staw (uodporniony) nawet zdawał się być bardziej chory od prawego. Dopiero później zaszła wyraźna zmiana na niekorzyść prawego stawu (nieuodpornionego), który był bolesniejszy i bardziej obrzmiały. Zmiany na skórze (pęcherzyki ropne, strup) na prawym stawie (nieuodpornionym) były bardziej zaznaczone, niż na lewym. Po dwóch tygodniach w prawym stawie stwierdzono obecność ropnia (chelbotanie), który codziennie się wyraźnie powiększał i uzewnętrzniał po stronie dośrodkowej stawu. W 3 tygodnie po zastrzyknięciu drobnoustrojów do stawu — królika zabito i zaraz zrobiono sekcję.

Wynik badania pośmiertnego: Posiew krwi z serca dał wynik ujemny. Posiew zawartości prawego stawu — czysta hodowla gronkowca złocistego. Posiew zawartości lewego stawu: idem. Prawy staw piszczelowo-udowy (nieuodporniony) — ropa w bardzo dużej ilości. Chrząstki stawowe zmatowiały, ciemne, rzepka wyjedzona. Lewy staw piszczelowo-udowy (uodporniony) — ropa w niewielkiej ilości, chrząstki stawowe ciemne, rzepka ma wygląd normalny.

Wnioski podobne, jak w poprzednim przypadku (królik 39B). Dodać jeszcze należy, że wielka ilość drobnoustrojów (po 0,5 cm³) nie pozwoliła odrzucić większej siły obronnej ze strony stawu uodpornionego. Dopiero później zdolność do obrony wystąpiła wyraźnie.

Królik 36B. Waga 3250 gr.

1-go grudnia zastrzyknięto w skórę (en nappe) prawego tylnego stawu piszczelowo-udowego nieco „antivirus” gronkowcowego, do stawu zaś 1 cm³ jałowego buljonu. W skórę (en nappe) lewego tylnego stawu piszczelowo-udowego zastrzyknięto również nieco „antivirus” i 1 cm³ tegoż „antivirus” do stawu. Na drugi dzień lewy staw zareagował nieco na zastrzyknięcie przesącza (antivirus) obrzękiem, prawy zaś pozostał bez zmian. Po 6 dniach do prawego stawu kolanowego zastrzyknięto 1/10 cm³ 24-godzinnej hodowli buljonowej gronkowca złocistego, do lewego zaś (uodpornionego) — dawkę podwójną (1/5 cm³). Z początku (2-go i 3-go dnia) prawy staw był bardziej obrzęknięty, jednak później zmiany w stawach były jednakowe, obydwa bardzo były zgrubiałe, dawały objaw chelbotania. Królik stracił na wadze 400 gr. W 2 tygodnie od początku doświadczeń, a w 8 dni od zastrzyknięcia zarazka do stawów zabito królika, którego stan ogólny nie zwiastował bliskiej śmierci.

Badanie pośmiertne dało wynik następujący. W wyglądzie wewnętrznym obydwu stawów niema prawie żadnej różnicy. Obydwa pełne ropy. Posiew krwi, wziętej z serca, dał wynik ujemny.

Wnioski. I w tym przypadku „antivirus” stosowany na 6 dni przed wprowadzeniem drobnoustrojów nie dał odporności miejscowej stawu, opóźnił tylko sprawę chorobową.

W 8 dni od zakażenia stawów nie dopuścił do ogólnego zakażenia.

Królik 91D. Waga 2920 gr.

Dnia 1 grudnia do prawego tylnego stawu piszczelowo-udowego zastrzyknięto 2 cm³ jałowego buljonu 0,25 cm³ 24-godzinnej hodowli buljonowej gronkowca złocistego, do lewego zaś stawu zastrzyknięto taką samą ilość zarazki i 2 cm³ „antivirus” gronkowca. Na drugi dzień obydwa stawy były zgrubiałe wyraźnie, m. w. w jednakowy sposób. W ciągu dni następnych zmiany chorobowe prawego stawu (zgrubienie) i skóry nad nim (zaczerwienienie, ropienie, strup) były wyraźnie większe, niż po stronie lewej. Po 5 dniach w prawym stawie kolanowym stwierdzono ropę. Po 10 dniach królik padł.

Wnioski. „Antivirus”, zastrzyknięty łącznie z jadowitemi drobnoustrojami, osłabia ich działanie.

Pierwsza seria moich doświadczeń pozwoliła poznać się z działaniem drobnoustrojów ropotwórczych, wprowadzonych w dużej ilości (gronkowca złocistego) do stawów królika, ze zmianami w stawach pod wpływem tych drobnoustrojów oraz pozwoliła stwierdzić

osłabienie rozwoju sprawy chorobowej pod działaniem odpowiedniego przesączu (*antivirus*). Przedsięwzięto drugą serję doświadczeń, bardziej dokładną. Na 7 dni przed rozpoczęciem doświadczeń mierzono każdemu królikowi w odbytnicy ciepłotę, każdy królik był użyty tylko do jednego doświadczenia (zastrzyknięcia te czy inne robiono tylko do jednego stawu), dawki drobnoustrojów zmniejszono. Kolejno przedstawiamy wyniki doświadczeń na króliku 31 A nieuodpornym (kontrola), 32A uodpornionym trzykrotnie w ciągu 7 dni, — 33A dwukrotnie w ciągu 5 dni, 35A — jednokrotnie w ciągu 2 dni, — wreszcie 36A, któremu zastrzyknięto zawiesinę drobnoustrojów w przesączu (*antivirus*).

(Dok. nast.).

Z oddziału chorób nerwowych w szpitalu na Czystem.

(Ordynator: E. FLATAU).

O przepuszczalności ośrodkowej bariery nerwowej w chorobach umysłowych i nerwowych.

Podali

S. BAU-PRUSSAKOWA i Leon PRUSSAK (Warszawa).

(Dokończenie).

GRUPA DRUGA.

Choroby nerwowe.

A. Choroby mózgu.

Z wyliczonych na wstępie schorzeń mózgu nie które tylko wykazywały przepuszczalność wzmożoną, większość przebiegała z przepuszczalnością normalną. Przepuszczalność zmniejszoną stwierdziliśmy w sporadycznych przypadkach różnych schorzeń.

Sprawy zapalne w oponach różnej etiologii (*Mening. tbc.*, *Mening. cer. spin. epid.*, *Mening. serosa*) wykazywały przepuszczalność zwiększoną. Z 2 przypadków krwotoku podpajęczynówkowego jeden przebiegał z normalną, drugi ze zwiększoną przepuszczalnością. Ten ostatni dotyczył 71-letniego mężczyzny (tabl. II, przyp. 7), który wykazywał zaburzenia psychiczne. Niewiadomo, czy wzmożoną przepuszczalność w tym przypadku odnieść należy do reakcji zapalnej w oponach, wywołanej wylewem krwi, czy też do zmian miażdżycowych naczyń mózgowych. [Zaznaczyć należy, że próba fuksynowa, prawie patognomoniczna dla spraw zapalnych w oponach, w krwotokach podpajęczynówkowych wypadła ujemnie (Flatau)].

Co się tyczy spraw naczyniowych mózgu, to wyniki otrzymane nie były jednolite. Tak, z 4 przypadków *Haemorrhagiae cerebri* jeden, wykazujący zaburzenia psychiczne, miał przepuszczalność wzmożoną, trzy zaś, z psychiką normalną, przepuszczalność normalną lub nieco zmniejszoną.

Widzimy zatem, że zgodnie ze spostrzeżeniami Waltera, tylko te przypadki miażdżycy mózgowej, które wykazują zaburzenia psychiczne, przebiegają z przepuszczalnością wzmożoną. Walter tłumaczy to uszkodzeniem naczyń włosowatych, odgrywających rolę w przemianie materji; sądzi on, że uszkodzenie

dużych naczyń nie wpływa na zmianę przepuszczalności, w jednym bowiem przypadku stwierdził normalny W. P. w 14 dni po udarze mózgowym. W tych przypadkach nie było też zaburzeń psychicznych (Walter).

W przypadku zatoru mózgu przepuszczalność była normalna, natomiast w przypadku *thrombosis art. cerebelli inf. post.*, w którym badanie pośmiertne wykazało wodogłowie wewnętrzne, przepuszczalność była wzmożona (próba fuksynowa +) (tabl. II, przyp. 13). W nagminnem zapaleniu mózgu, w późnym okresie (zespół Parkinsona) przepuszczalność była normalna (w 100% przyp.).

Z 5 przypadków zapalenia mózgu, przebytego w dzieciństwie (*Residua*), trzy, przebiegające z padaczką, wykazywały przepuszczalność normalną, dwa zaś — zmniejszoną.

Łusawica przebiegała w większości przypadków z przepuszczalnością normalną, w jednym tylko przypadku stwierdziliśmy przepuszczalność zmniejszoną (6-ty tydzień choroby), w jednym zwiększoną. Ostatni przypadek dotyczył syna chorego na bezwład postępujący. Nie stwierdziliśmy u niego żadnych objawów kiły dziedzicznej, lecz badanie krwi na odczyn Wassermann'a, dokonane na kilka miesięcy przed wystąpieniem łusawicy, dało wynik dodatni (tabl. II, przyp. 25).

Przypadek węgrowca mózgu wykazywał przepuszczalność wzmożoną.

Z 6 przypadków kiły mózgu w trzech przepuszczalność była wzmożona, w trzech zaś — normalna. Nie zgadza się to ze spostrzeżeniami Waltera, który w *Lues cerebri*, z wyjątkiem *Mening. lueticae*, stwierdzał współczynnik normalny. Niezgodność ta jest pozorna, gdyż spostrzeżenia Waltera dotyczą tylko czystych postaci kiły mózgu, podczas gdy u naszych chorych wzmożoną przepuszczalność wykazywały 2 przypadki, powikłane wędem rdzenia (który zawsze daje wzmożoną przepuszczalność), oraz jeden z objawami oponowemi (pleocytoza, próba fuksynowa dodatnia).

Musimy jeszcze wymienić przypadek myastenji z objawami opuszkowemi ze wzmożoną przepuszczalnością.

B. Choroby rdzenia.

(Patrz tabl. str. 155 i 156).

We wszystkich przypadkach węd rdzenia stwierdziliśmy przepuszczalność wzmożoną obok wybitnie dodatnich wszystkich odczynów serologicznych, (wzmożoną przepuszczalność stwierdził również Walter). Zwiększoną przepuszczalność wykazywał przypadek powrózkowego zwyrodnienia rdzenia na tle niedokrwistości złośliwej.

Z cierpień układowych *atrophia musculorum progressiva* przebiegała z normalną, zaś z 3 przypadków *sclerosis lateralis amyotrophicae* dwa wykazały normalną, jeden zaś — wzmożoną przepuszczalność (tabl. Nr. III, przyp. 7).

W przypadku urazowego cierpienia kręgosłupa, w przypadku gruźliczej próchnicy kości, w 2 przypadkach przerzutów guzów złośliwych do kręgow

(w obu przypadkach rdzeń wykazywał zmiany degeneracyjne pochodzenia toksycznego) przepuszczalność była wzmożona.

Z rozszianych cierpień rdzenia największa liczba chorych przypada na stwardnienie wielogniskowe, a tylko pojedyncze przypadki dotyczą innych cierpień, jakoto: *meningomyelitis luetica*, *tumor medullae spinalis*, *syringomyelia*? (we wszystkich trzech przepuszczalność była znacznie wzmożona), *haematomyelia* (przepuszczalność nieznacznie wzmożona). Na tych przypadkach nie będziemy się chwilowo dłużej zatrzymywać, nieco obszerniej natomiast omówimy przypadki stwardnienia wielogniskowego.

Jak widać z tablicy Nr. 3 (11—18), w 2 przypadkach przepuszczalność była normalna, w 2 (4-ty rok choroby) zmniejszona, w 4 zaś zwiększona. Z tych ostatnich jeden, dotyczący chorego, który przechodził kilę i miał wszystkie odczyny serologiczne wybitnie dodatnie obok niewątpliwych objawów stwardnienia wielogniskowego (oczopląs, mowa skandowana), nie może tu być brany w rachubę, gdyż niewiadomo, któremu z obu cierpień wzmożoną przepuszczalność przypisać należy. W 3 pozostałych przypadkach *sclerosis multiplex* nie była powikłana innem cierpieniem; wszyscy ci chorzy znajdowali się w początkowym okresie choroby (od 10-go tygodnia do roku), podczas gdy w przypadkach ze zmniejszoną przepuszczalnością cierpienie trwało już dłuższy czas (4-ty rok).

Oczywiście, materiał nasz jest zbyt mały, by można było już obecnie wyciągać wnioski co do zależności współczynnika przepuszczalności od okresu choroby; z badań naszych wynika, że we wczesnych okresach przepuszczalność była wzmożona, w późniejszych natomiast zmniejszona. Wyjątek stanowi przypadek (13), dotyczący 20-letniego mężczyzny, chorego od 4 tygodni, u którego objawy przemawiały za umiejscowieniem sprawy chorobowej w opuszcze (przejściowy niedowład lewostronny, potem niedowład prawostronny, ataksja i zaburzenia czucia głębokiego).

Musimy tu jeszcze zaznaczyć, że w 2 przypadkach (16 i 17) lipiodol, zastrzyknięty podpotylicznie, opadł, lecz wykazywał szereg drobnych kropeł wzdłuż kręgosłupa grzbietowego, co przemawia za sprawą podrażnieniową w oponach z następstwami drobnymi zrostami. Nasuwa się przypuszczenie, że wzmożona przepuszczalność w tych przypadkach zależna jest od zmian w oponach.

C. Choroby nerwów obwodowych.

W przypadku rwy nerwu trójdzielnego przepuszczalność była nieco zmniejszona, zaś w przypadkach pozostałych (*polyneuritis*, *neuritis n. ischiadici*, *neurofibromatosis*) W.P. był normalny.

D. Choroby tak zw. funkcjonalne.

Wyniki, osiągnięte w histerji i padaczce, nie były jednolite. Z 2 przypadków Hy. jeden przebiegał z normalną, jeden z nieco zwiększoną przepuszczalnością. W 2 przypadkach padaczki współczynnik był normalny, w jednym zwiększony, w jednym zaś zmniejszony. Zwiększoną przepuszczalność wykazy-

wał chory, który zdradzał pewne zaburzenia psychiczne (*logorrhoea*, zmanierowanie, przesadna grzeczność, kłótniwość, stany podniecenia). Musimy jednak zaznaczyć, że w padaczce niezawsze wzmożona przepuszczalność idzie w parze z zaburzeniami psychicznymi. W jednym przypadku otępienia padaczkowego, trwającego od szeregu lat, współczynnik był normalny. Widzimy zatem, że w cierpieniu, w którym należałoby się spodziewać wzmożonej przepuszczalności ośrodkowej bariery nerwowej, ta ostatnia przeważnie funkcjonuje sprawnie. Czy należy do czynienia z krótkotrwałym uszkodzeniem bariery, ograniczającym się tylko do czasu trwania napadu, jak przypuszcza Georgi, trudno powiedzieć, gdyż podczas napadu badań dotychczas nie przeprowadzono. Bezpośrednio po napadzie, jeszcze w stanie zamroczenia, stwierdził Walter w jednym przypadku W.P. normalny.

W przypadkach: nerwicy urazowej, bólów głowy (*tbc.*, *diabetes mellitus*) i migreny oczoporażnej przepuszczalność była normalna.

GRUPA TRZECIA.

Schorzenia innych narządów bez objawów nerwowych.

Grupa ta obejmowała tylko 3 przypadki: *Lues latens*, *Ulcus mixtum* i operowany guz sutka z bólami w kręgosłupie bez zmian przedmiotowych. Wszędzie przepuszczalność była normalna.

Na zakończenie musimy zaznaczyć, że w 7 przypadkach różnorodnych schorzeń (*scler. multipl.*, *scler. lat.*, *amyotr.*, *tumor intervertebr.*, *schizophrenia*) określaliśmy natężenie NaBr w surowicy krwi i w pł. mzgdrz., pobieranym równocześnie z kanału lędźwiowego i ze zbiornika wielkiego (*cisterna cerebellomedullaris*). We wszystkich tych przypadkach W.P. górny i dolny wykazywał znaczne różnice u jednego i tego samego osobnika. Podczas gdy u dołu był normalny, lub zmniejszony w znaczeniu Waltera, to u góry w 6 przypadkach był zwiększony (dochodząc nawet do 4,39), a w jednym tylko zmniejszony (2,59), lecz i tu wyższy, niż u dołu (2,16). Widać zatem, że natężenie NaBr w płynie lędźwiowym było znacznie większe, niż w płynie podpotylicznym, co dowodzi, że cyfry, oznaczające przepuszczalność bariery na różnych wysokościach ośrodkowego układu nerwowego, nie są identyczne, że zatem liczby, podane przez Waltera, dotyczą prawdopodobnie tylko płynu lędźwiowego.

Wnioski.

1. Próba bromowa Waltera jest metodą ilościową, pozwalającą na wykrycie minimalnych ilości bromku sodu w płynie mzgdrz. i w surowicy krwi.

2. Stosunek nasycenia bromkiem sodu surowicy krwi i pł. mzgdrz., nazwany przez Waltera współczynnikiem przepuszczalności (*Permeabilitätsquotient*), jest przy normalnym stanie bariery krwio-mózgowej liczbą stałą i waha się w granicach od 2.90 do 3.30.

Liczby wyższe ponad 3.30 wyrażają zmniejszoną, zaś liczby niższe — zwiększoną przepuszczalność.

Tablica 2. Choroby nerwowe. A. Choroby mózgu.

Wiek	Rozpoznanie	Data zachorzenia	Data badania	Faza I	Liczba białych ciałek	Pr. Platana	Odczyn Wasserm. w pł. miedzi.	Pr. Wallera	U w A G I
1. K. B. ♂ 6	Mening. thc.	7/X.25	4/XI.25	+	208 limf. 96 polyn.	+	---	1.53	+
2. B. M. 26	"	2/IX.25	2/XII.25	+	27 limf.	-	---	1.85	-
3. Sz. B. ♀ 12	"	6/XI.25	17/XI.25	+	27 lim 16 polyn.	-	---	2.40	-
4. W. Ł. 26	Mening. epid.	24/VII.25	31/VIII.25	+	27 limf. 48 polyn.	+	---	1.01	+
5. S. J. ♂ 35	" serosa	VIII.25	17/III.26	-	0	-	---	2.75	-
6. F. T. ♀ 50	Leptomen. haemorrh.	27/IX.25	30/X.25	-	0	-	---	3.19	-
7. N. J. ♂ 71	"	19/XII.25	3/I.26	-	10 limf.	-	---	2.54	-
8. M. E. ♀ 55	Haemorrhagia cerebri	III.25	31/VIII.25	-	0	-	---	3.38	-
9. P. F. 70	"	VI.25	13/III.26	-	8 "	-	---	3.36	"
10. Sz. B. 50	"	?	1/I.26	-	0	-	---	3.14	"
11. E. Ch. ♂ 50	"	III.25	26/I.26	-	0	-	---	2.71	-
12. L. Z. ♀ 38	Embolia cerebri	IX.25	17/XI.25	-	0	-	---	3.00	-
13. L. M. ♂ 52	Thromb. art. cerebel. post. inf.	X.25	20/XII.26	-	7 "	-	---	2.65	-
14. P. Ch. 30	Enceph. letharg.	1921	19/XII.25	+	27 "	-	---	3.15	-
15. P. D. 46	"	1923	8/XII.25	-	0	-	---	3.26	"
16. Ł. J. 32	"	1921	17/III.26	-	0	-	---	3.18	"
17. Sz. S. 35	"	"	"	-	0	-	---	2.27	"

18. D. W.	18	Residua p. enceph. infantum	1908	1/X.25	—	0 limf.	—	—	2.90	—	Epilepsia. Hemiparesis.
19. G. H.	14	"	1916	"	—	0	—	—	3.00	—	"
20. R. R.	13	"	1914	20 II.2	—	0	—	—	3.20	—	" hemiatetosis.
21. J. G.	14	"	?	25/VIII.25	—	0	—	—	3.52	—	Hemiparesis.
22. W. M.	18	"	od urodz.	8/XII.25	—	0	—	—	3.44	—	Zespół Little'a.
23. C. L.	18	Chorea minor	15/XI.25	20/XII.25	—	0	—	—	3.25	—	
24. G. Ch.	10	"	2/XII.25	2/II.26	—	0	—	—	3.06	—	
25. Sz. J.	10	"	15/I.26	2/II.26	—	0	—	—	2.80	—	Ojciec dotknięty p. p., matka p. p. lub lues cerebr.
26. B. B.	33	"	20/I.26	20/II.26	—	0	—	—	3.00	—	Zaniki mięśniowe, niedowład kończyn, zabur. mowy i tykania, brak odr. ścięgnow.
27. F. R.	12	"	18/XI.25	16/XII.25	—	0	—	—	3.21	—	
28. M. S.	6	"	11/XI.25	21/XI.25	—	0	—	—	3.10	—	
29. K. L.	16	"	17/VII.25	24/VIII.25	—	0	—	—	3.47	—	
30. H. Ch.	67	Lues cerebri	1.24	/XI.25	+	5 limf.	+	—	2.53	—	Objawy wiadowe. W lutym 1924 leczenie swoiste, wybitna popr. pod wzgl. psych.
31. B. U.	43	"	1905	31/VIII.25	+	16 "	+	+	1.97	—	Hemiparesis. Tabes.
32. G. M.	51	"	?	7/VIII.25	+	27 " 5 polyn.	+	+	2.66	+	Padaczka od 14 r. życia. Ojciec podobno przechodził kiłę.
33. H. A.	40	"	III.25	31/III.26	+	6 limf.	+	+	3.05	—	Hemiparesis, po lecz. swoistem nieznaczna poprawa.
34. G. M.	46	"	IV.25	30/VI.26	—	0	—	+	2.98	+	Niedowład naprzód prawy-potem l-stronny, dyzartria, żrenice norm. Osłabienie pamięci i zdolności zapamiętywania. P. p.?
35. B. J.	57	"	od urodz.	15/I.26	—	0	—	—	3.12	—	Przed leczen. swoist. Wassermann we krwi dod. Bóle głowy po urazie. Argyll-Robertson. Nos siodełkowaty.
36. W. W.	32	Cysticercosis cer.	VII.25	26/XI.25	+	8 "	+	+	2.47	—	
37. E. F.	26	Myasthenia	20/XI.25	26/I.26	+	5 "	+	+	2.66	—	Objawy opuszkowe. Opadanie powiek, reakcja myasteniczna.

Tablica 3. B. Choroby rdzenia.

	W i e k	Rozpoznanie	Data zachorzenia	Data badania	Faza I	Liczba białych ciałek	L a n o c e	Odczyn Wasserm. w pł. mzgdrz.	Odczyn Wasserm. krwi	Pr. Waltera	Pr. Platana	U W A G I
1.	O. S. ♂	Tabes dors.	?	10 XI.25	+	64 limf.	—	+++	+++	2.77	—	Okres początkowy.
2.	L. A. "	"	VI.24	2/I.26	+	18 "	—	++	++	2.78	—	
3.	D. M. ♀	"	II.24	27/II.26	+	16 "	—	+++	+++	2.74	—	Fractura spontanea femoris. Wybitna ataksja
4.	D. R. "	Myelit. funicul.	XII.25	1./III.26	—	0	—	—	—	2.64	—	Anaemia perniciousa.
5.	J. M. "	Scler. lateral. amyotrophica	?	21/VIII.25	—	5 "	—	—	—	2.95	—	
6.	R. Ch. "	"	29.IV.26	27 II.26	pł. ldzw. + pł. pptyl. —	0	—	—	—	3.00	—	
7.	R. S. ♂	"	X.24	3/I.26	—	0	—	—	—	3.36	—	Przed kilkoma laty dur plamisty, po którym wystąpiło vitiligo.
8.	S. F. "	Atrophia musc. progressiva	16/VIII.25	17/X.25	—	0	—	—	—	3.33	—	
9.	S. M. ♀	"	XII.25	31/III.26	+	0	—	—	—	3.04	—	
10.	S. A. ♂	Meningomyelitis luetica	VI.25	6 VII.26	+	32 "	—	1.0 + 0.6 + 0.2 —	+++	2.16	—	Na krótki czas przed badaniem leczenie swoiste. W 1922 r. ulcus durum
11.	Ch. J. "	Sclerosis multip.	I.25	17/X.25	+	38 "	—	+++	+++	2.77	—	
12.	R. J. "	"	VIII.24	23/VIII.25	+	10 "	—	—	—	2.83	—	Hemiparesis sin. w ciągu kilku dni, nast. hemipar. dextra + ataxia, znieściecie czucia głębokiego.
13.	J. J. "	"	I.26	20 II.25	+	0	—	—	—	2.92	—	
14.	K. S. "	"	IX.23	13/III.25	+	0	—	—	—	3.28	—	Lipiodol, zastrz. podpotyl. opadł, pozostawiając szereg drobnych kropeł wzdłuż kręgow grzbietowych.
15.	F. D. "	"	1922	1/IX.25	+	0	—	—	—	3.44	—	
16.	K. Ł. ♀	"	VII.25	2/XII.25	pł. ldzw. + pł. pptyl. —	10 "	—	—	—	2.26	—	
17.	Sz. Ch.	"	IX.25	8/XII.25	pł. podpotyl. — pł. ldzw. + pł. pptyl. —	0	—	—	—	3.49	—	
18.	F. W. "	"	III.23	13/III.26	—	0	—	—	—	2.82	—	
19.	K. R. "	Residua post haematomyeliam	12/V.25	24/VIII.25	—	0	—	—	—	4.35	—	Drżenie myokloniczne w mięśniach twarzy.
20.	H. C.	Syringomyelia?	III.22	5/III.26	pł. ldzw. + pł. pptyl. —	0	—	—	—	2.33	—	Lipiodol, zastrzykn. podpotylicznie, opadł całość.
21.	K. P. ♂	Tumor med. spin.	III.24	17/III.25	+	0	—	—	—	3.49	—	Operacja wykazała guz, wychodzący z opon miedzykręgowych na przestrzeni 6 kręgow.
22.	R. J. "	Tumor vertebr.	?	2/XII.25	pł. ldzw. + pł. pptyl. —	0	—	—	—	2.16	—	Przerzut raka z części mięk. prawego ramienia do okostnia na wewn. pow. trzonów kręgowych. Zwyródnienie toksyczne rdzenia na dużej przestrzeni.

23. W. J. „	52	„	X.25	15/I.26	pł. ldzw. +++ pł. pptyl. —	0 0	— —	— —	2.56 3.57	Ca hepatis z przerzutami do mózgu i do kręgow lędźwiowych.
24. J. Sz. „	18	Spondyl. cervical. sanata	X.25	31/III.26	—	0	—	—	2.56	Wiotkie poraż. kończ. górnej pr. Lipiodol zatrzymał się na wysok. doln. kręg. szynj.
25. S. A. „	20	Actinomycosis	XII.24	10/XII.25	+ + +	0	—	—	2.94	Zmiany kostne w czaszce i gołeni.
26. Sz. P. „	50	Contusio colum. vertebralis.	VIII.24	26/I.26	+ + +	0	—	—	2.61	Brak objawów przedmiotowych.

C. Choroby nerwów obwodowych.

27. B. M. ♂	56	Neuralgia n. trigem.	IX.23	1/IX.25	—	0 limf.	—	—	3.36	2/VIII.25 injectio alcoholica do nerwu V.
28. Sz. O. „	50	Neuritis ischiad.	1/XI.25	17/XI.25	+	0	—	—	2.94	Sacralisatio, lymphadenitis tbc.
29. Sz. M. ♀	16	Polyneuritis	1922	20. II.26	—	0	—	—	3.13	
30. B. M. ♂	15	Neurofibromat.	1.25	10/XII.25	—	5	—	—	3.00	

D. Choroby i zw. funkcjonalne.

31. K. F. ♀	15	Epilepsia	1922	27/X.25	—	0 limf.	—	—	3.26	Torticollis od 9 lat.
32. G. J. ♂	19	„	3/III.26	31/III.26	—	0	—	—	3.19	
33. L. P. „	32	„	1911	19/VIII.25	—	0	—	—	3.64	
34. Sz. A. „	22	„	XI.25	15/I.26	—	0	—	—	3.61	Napady padaczk. niezbyt częste, zmanierowanie, przesadna gręczyność, logorrhoea, napady podnieć, kłóliwość.
35. D. M. „	18	Hysteria	12/I.26	26/I.26	—	0	—	—	2.81	
36. R. ♀	23	„	IX.25	5/III.26	—	0	—	—	2.16	
37. M. B. ♂	23	Neurosis traumat.	III.25	2/I.26	—	0	—	—	3.10	Pirquet + + +
38. K. W. „	21	Cephalaea	XI.25	31/III.26	—	0	—	—	3.06	Diabetes mellitus. Paresis n. facial. od kilku lat.
39. R. ♂	54	„	?	21/XI.25	+	0	—	—	3.00	Pirquet + +
40. B. L. ♂	14	Migraine ophthalmopleg?	1/I.26	20/II.26	—	0	—	—	3.13	

3. Liczby, oznaczające W.P. na różnych wysokościach ośrodkowego układu nerwowego, nie są identyczne. (Liczby, podane przez Waltera, dotyczą prawdopodobnie tylko płynu łędzwiowego).

4. Ujemną stroną próby Waltera jest to, że, jak wszystkie metody kolorymetryczne, nie jest ona ściśle przedmiotowa. Pomyłki, mogące stąd wyniknąć, nie wpływają jednak w znacznej mierze na określanie W.P.

5. W.P. często, lecz nie zawsze, idzie w parze z reakcjami serologicznymi; niekiedy stwierdza się normalny współczynnik przy wybitnie dodatnich odczynach serologicznych (naprz. przypadek Nr. 5, Tabl. Nr. 1) lub też odwrotnie — znacznie wzmożoną przepuszczalność przy braku zmian w płynie mżgrdz. (n. p. Tabl. Nr. III, przyp. 4 i 7).

6. Niektóre choroby umysłowe i nerwowe wykazują stałe stosunki pod względem przepuszczalności bariery krwio-mózgowej; i tak, jedne z nich przebiegają ze wzmożoną przepuszczalnością (psychozy starcze i miażdżycowe, sprawy oponowe, wiał rdzenia, sprawy uciskowe rdzenia), inne natomiast wykazują stałe normalny W.P. (nagminne zapalenie mózgu w okresie późnym, płasawica, kiła mózgu, z wyjątkiem Mening. lueticae, sprawy naczyńiowe bez zaburzeń psychicznych).

7. W pewnych grupach cierpień wyniki badania nie są jednolite. Niektóre przypadki wykazują normalną, inne zwiększoną (np. P.p., scler. multipl.), lub też zmniejszoną przepuszczalność (scler. multipl., schizofrenia).

8. W bezwładzie postęp. wzmożoną przepuszczalność wykazywały przypadki z daleko posuniętymi zaburzeniami psychicznymi (otępienie).

9. W schizofrenji nie udało się ustalić ścisłego związku między W.P. a okresem choroby i nasileniem objawów psychicznych.

10. W stwardnieniu wieloogniskowem przypadki świeże przebiegały ze zwiększoną, starsze natomiast ze zmniejszoną przepuszczalnością. W innych cierpieniach rdzenia nie udało się ustalić ścisłego związku między przepuszczalnością a okresem choroby.

11. Na zasadzie badań dotychczasowych nie możemy uważać próby Waltera za ścisłą metodę

różniczkowo-rozpoznawczą w schorzeniach układu nerwowego (materiał nasz psychiatryczny, niewielki i ograniczający się głównie do P.p. i schizofrenji, nie nadaje się do rozważań różniczkowo-rozpoznawczych w chorobach psychicznych).

12. Jako metoda ilościowa, pozwala prześledzić wpływ leczenia na przepuszczalność bariery krwio-mózgowej.

Badania nad przepuszczalnością bariery krwio-mózgowej stanowią niejako punkt wyjścia dla badań nad patogenetą jeszcze ciemną niektórych chorób nerwowych i umysłowych, jak również dla badań doświadczalnych, zdążających do wykrycia środków, które regulowałyby czynność wału ochronnego, zwiększając, lub zmniejszając jego przepuszczalność.

Szefowi naszemu, p. Dr. Flatauowi, dziękujemy za zachęcenie nas do powyższej pracy.

Panom ordynatorom: Bornsztatnowi, Sterlingowi i Wizłowi dziękujemy za użyczenie nam kilkunastu przypadków.

PISMIENNICTWO.

Dahlström u. Wideröe: Studien über Liquor u. dessen Kommunik. b. syphilit. Erkrankungen. Z. f. d. ges. N. u. Ps. Bd. 72, 1921. Flatau: Chromoneuroskopja. Warsz. Czasopismo Lek. 1925, Nr. 4. Revue neurologique 1926, Nr. 1. Tenże: O chromoneuroskopowej próbie fuksynowej i o jej znaczeniu djaagnostycznym w cierpieniach układu nerwowego. Kwartalnik kl. Szpit. St. Zeszyt Nr. 1, 1926. Hauptmann: Der Weg über den Liquor. Klin. Woch. Nr. 27, 1925. Tenże: Verminderte Durchlässigkeit der Blut-Liquorschranke bei Schizophrenie. Kl. Woch. Nr. 34, 1925. Heilig u. Hoff: Menstr. u. Liquor. Klin. Woch. Nr. 45. 1924. Hermani Halberówna: Badania nad obecnością izoaglutynin w pł. mżgrdz. Medycyna dośw. 1925, T. IV. Jacobi u. Kolle: Bemerkungen zu der Arbeit von Hauptmann: „Verminderte Durchlässigkeit der Blut-Liquorschranke bei Schizophrenie“. M. f. Ps. u. N. Bd. LX. H. 5/6, 1926. Salomea i Leon Prussakowie: Badania nad przepuszczalnością bromku do pł. mżgrdz. w chorobach nerwowych. Kwart. Kl. Szpit. St. Zesz. Nr. 2, 1926. Stern et Gauthier: Recherches sur le liquide céphalo-rachidien. Arch. inter. de physiol. vol. 17. 1921/22. Vol. 20. 1923. Walter: Studien über die Permeabilität der Meningen. 1. Mitteilung. Z. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 95. 1925: 2. Mitteilung tamże. Bd. 97, 1925. 3. Mitteilung tamże. Bd. 99. 1925. 4. Mitteilung. M. f. Ps. u. N. Bd. LX. H. 5/6, 1926. Tenże: Uraemie und Permeabilität der Meningen. M. m. W. Nr. 2, 1925. Zylberlast-Zandowa: O znaczeniu ochronnem opony i spłotów naczyn. Medyc. dośw. 1924 r.

Streszczenia zbiorowe.

Patogeneza i leczenie astmy oskrzelowej w świetle badań najnowszych.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Sprawa powstawania dusznicy oskrzelowej jest w obecnej chwili jednym z najciekawszych zagadnień w całej patologji. Pochodzi to stąd, że dążenia do wyjaśnienia ostatecznego przyczyn tego cierpienia szły dwiema odrębnymi drogami, z których każda potrąca o niezmiernie teraz aktualne i skru-

pulatnie badane zakresy spraw chorobowych. Jeżeli jedni badacze dopatrują się patogenetę astmy oskrzelowej przede wszystkim w niedomodze konstytucyjnej roślinnego układu nerwowego, to drudzy przenoszą tutaj punkt ciężkości w dziedzinę anafylaksji i alergji.

Trzeba zaznaczyć, że astma jest jedną z przedstawicieli tej wielkiej grupy chorób, która obejmuje naczynioruchowy katar nosa (rhinitis vasomotoria), pokrzywkę, obrzęk Quinckego, skazę wysiękową Czernego, katar sienny (chorobę pyłkową), chorobę posurowiczą, a nawet, niektórzy zaliczają tu migrenę, wyprysk, padaczkę, wymioty okresowe.

Łączność niektórych z tych cierpień znana była od dawna, pod różne tylko wspólne podciągano je nazwy; w miejsce ustrojowej skłonności do tych chorób uznawać zaczęto później wspólny moment etjologiczny, podciągając tę grupę pod miano chorób anafilaktycznych, „idiosynkrazycznych“, czy też „allergiczych“.

Jeżeli odrzucić zbyt krańcowe poglądy, to wyniki badań dotychczasowych nad astmą, jako najbardziej typową i najważniejszą przedstawicielką całej grupy, należy wyobrazić sobie w ten sposób, że na tle wrodzonej chwiejności układu roślinnego mogą czynniki rozmaitej natury, a w tej liczbie i czynniki uczulające, wywoływać napad duszności oskrzelowej. Co się tyczy samej skłonności ustrojowej do astmy, to mamy tu do czynienia ze skłonnością wrodzoną do zakłóceń równowagi układu roślinnego. Nie polega ona przytem koniecznie na wzmożeniu napięcia nerwu błędnego; wchodzi tu również w grę i hypotonja nerwu współczulnego. Takie zakłócenie równowagi powinno być rozpatrywane jako czynnik konstytucyjny, obok którego istnieć mogą w organizmie jeszcze i inne cechy pokrewne. Do tych ostatnich należą przede wszystkim zaburzenia w gruczołach dokrewnych, często obserwowane u astmatyków. Tak Hurst dowodzi, że obniżona działalność nadnerczy prowadzi do spotęgowanej funkcji ośrodkowego nerwu błędnego, kierującego mechaniką oskrzelową. Frank, Boltén i in. podnoszą również znaczenie hypotonji układu współczulnego u astmatyków, która łączy się z niedostatecznością układu chromochłonnego; za dowód tego ma służyć także skuteczność adrenalinu w astmie. Znaczenie działalności gruczołów dokrewnych wpływa również i z tego, że zmiany w działalności jajników mogą w sposób wyraźny wpływać na napady duszniczy; taki wpływ wywierają mogą ciąża i menstruacja. Należy też wspomnieć o znaczeniu związku, jaki zachodzi między działaniem jonów wapnia, sodu i potasu, a działaniem nerwów błędnego i współczulnego, jak to wynika z badań Zondeka, Krausa, Billinheimera i in. Podczas gdy jony sodu i potasu wpływają na wzmożenie napięcia nerwu błędnego, jony wapnia wywołują wzmożenie napięcia nerwu współczulnego; na tem polega skuteczność leczenia duszniczy wapniem.

Wszystkie te właściwości, jak chwiejność układu roślinnego, zaburzenia w wydzielaniu gruczołów dokrewnych, zaburzenia równowagi elektrolitów, stanowią czynniki konstytucyjne, uspasabiające do występowania astmy i cierpień jej pokrewnych. Ale te czynniki ustrojowe, jak mówi Eskuchen, bądź wrodzone, bądź nabyte, stanowią jedynie konieczny warunek dla duszniczy, nie są jednak momentem, wywołującym napad astmy. Należy szczególnie właściwie zaakcentować fakt, że mogą istnieć wszystkie konieczne dla duszniczy warunki, ale właściwy napad tej choroby występuje dopiero wtedy, kiedy zjawia się czynnik drugi, t. j. moment, powodujący przejaw cierpienia.

I tutaj istnieje do dziś dnia duża rozbieżność w poglądach. Przed czterdziestu laty panowało przechodzenia nosowego. Od tego czasu datują się poważnie pojęcie o astmie, jako o nerwicy odruchowej po-

ściowo i dziś jeszcze przez niektórych stosowane metody lecznicze, polegające na usuwaniu przyczyn niedrożności nosa.

Obecnie jednak dawne czysto anatomiczne ujęcie sprawy ustąpiło miejsca czynnościowemu. Drogą doświadczeń na zwierzętach i uwzględniania odnośnych rentgenogramów wykazał niedawno Hofbauer, że przyczyną napadów astmy może być nieprawidłowe oddychanie, stwierdzone u astmatyków. Podczas gdy normalnie przy oddychaniu powietrze przechodzi przez wąską szparę pomiędzy dolną i środkową muszlą nosową i dostaje się do krtań już dostatecznie wilgotne i ogrzane, u astmatyków, wskutek tych czy innych przyczyn, prąd powietrza przechodzi przez dolną część nosa lub przez usta; wskutek tego następuje uszkodzenie rurki rzęskowej nabłonka tchawicy i oskrzeli, podrażnienie dróg oddechowych i zakończeń nerwowych. U wszystkich astmatyków stwierdzał Hofbauer, nawet przy braku wszelkich objawów klinicznych ze strony głębszych dróg oddechowych, na zdjęciach rentgenowskich wzmożenie cienia wnęki, jako widomy wyraz przekrwienia w obrębie głębszych dróg oddechowych, względnie jako wyraz zapalnego obrzęku gruczołów. Obok tego Hofbauer zawsze stwierdzał klinicznie u tych pacjentów nieomogę i chwiejność układu naczynioruchowego.

Wiadomo, że czynniki czysto psychiczne grały przez długi okres czasu rolę dominującą w tłumaczeniu przyczyn powstawania napadów duszniczy oskrzelowej. I tutaj również bardziej subtelne metody badania stopniowo zmniejszały liczbę istotnie „psychogennych“ napadów astmy, pozostawiając nieznacznie liczbę, gdzie przy istniejącej skłonności ustrojowej pewne czynniki natury psychicznej mogą powodować ataki.

Gdy stopniowo cały szereg teoryj próbował daremnie wyjaśnić ciemną patogenezę napadów duszniczy, zaczęła sobie w ciągu ostatnich lat kilkanastu zdobywać coraz większe prawo obywatelstwa teoria anafilaksji. Rozwijana przez Niemców Meltzera, Schittenhelma i Weichardta oraz Amerykan Walkera, Cookea, Hursta, Rollestona i in., Francuzów i Włochów, jak Widala, Frugoni i Ancona, poparta w Polsce obserwacjami Kleina, teoria anafilaktyczna astmy została w ostatnich czasach szczególnie opracowana przez prof. Storm van Leeuwen z Lejdy i jego pomocników. Pomimo pewnych różnic wiadomo, jak wielkie podobieństwo zachodzi pomiędzy atakiem duszniczy u człowieka a napadem anafilaktycznym u zwierząt, zwłaszcza u świnki morskiej, to też teoria anafilaktyczna stała się dzisiaj najważniejszym przedmiotem dociekań w badaniach nad patogenezą duszniczy oskrzelowej. Należy podkreślić, że w miejsce anafilaksji podstawiane jest dziś więcej pojęcie alergji, i Storm van Leeuwen wydziela grupę chorób alergicznych oraz tworzy dla tej grupy chorób specjalną klinikę przy uniwersytecie w Lejdzie w Holandji.

Aczkolwiek daleko jest jeszcze do zupełnego wyjaśnienia natury duszniczy i cierpień jej pokrewnych, możemy sobie już wyobrazić, jak dochodzi do uczulenia, którego wynikiem jest napad astmy. Otóż

organizm, wykazujący nadczułość względem pewnej substancji swoistej, jak np. pyłki trawy lub białko jaja kurzego, przy każdym zetknięciu się z tą substancją czyli „allergenem” dostaje napadu astmy. Co się tyczy tego, jak objaśnić powstawanie tej często dziedzicznej nadczułości, to, zdaniem E s k u c h e n a, jest ona częściowym wyrazem osobliwej skłonności ustrojowej, przejawiającej się głównie pod postacią chwiejności układu nerwowego roślinnego. Dziedziczna i wrodzona bywa zwykle nie jakas rozwinięta swoista nadczułość, ale skłonność do nadczułości wogóle. Dopiero z biegiem życia dochodzi do rozwinięcia się nadczułość swoista wskutek stykania się z czynnikiem szkodliwym. Nie została dotychczas wyjaśniona sprawa, na czym właściwie polega dziedziczna skłonność „allergiczna”. Nie wiadomo, czy wchodzi tu w grę wzmoczona wrażliwość i zmniejszona oporność skóry i błon śluzowych, czy powstawanie substancji toksycznych przy patologicznym rozpadzie białka komórkowego, czy niedostateczna zdolność do uodparniania przeciwko obcemu gatunkowo białku, czy też inny jeszcze czynnik. Nie jest również wyjaśnione, w jakim stosunku pozostaje czynnik alergiczny do tak szeroko obecnie ujmowanej ustrojowej niedomogi układu roślinnego.

Wielka różnorodność czynników, wywołujących napady duszniczy, czyli allergenów, daje się stwierdzić po pierwsze drogą bardzo szczegółowego wywiadu, po drugie drogą odczynu skórniego, który oddał już tutaj znaczne usługi. Wiadomo już, że możliwa jest, obok nadczułości jednorodnej, t.j. w kierunku pewnej określonej substancji, również i nadczułość różnorodna, reagująca na szereg allergenów. Znaczna liczba wyodrębnionych już obecnie substancji, wywołujących napady astmy, daje się podzielić na kilka grup. Według podziału E s k u c h e n a są one następujące: 1) wszelkiego rodzaju pokarmy, 2) łuski, włosy i pióra zwierzęce, 3) pyłki roślinne, 4) kurz mieszkaniowy, 5) środki lecznicze, jak antypiryna, chinina, aspiryna, jod i in., 6) środki chemiczne, używane w przemyśle, jak np. ursol, 7) bakterie i produkty pasorzytne.

Storm van Leeuwen i jego współpracownicy w całym szeregu prac, temu przedmiotowi poświęconych, dochodzą do wniosku, że około 90% wszystkich przypadków astmy, występujących w nizinach Holandji, należy uważać za przejaw nadczułości: napady duszniczy wywoływane są albo przez wdychanie allergenów albo przez składniki pokarmowe. Badacze holenderscy dowodzą, że w patogenezie tego cierpienia szczególną rolę odgrywa klimat, że chodzi tu o substancje natury koloidalnej, które znajdują się w powietrzu na nizinach, a których nie zawiera powietrze morskie i wysokogórskie. Storm van Leeuwen rozróżnia dwojaki rodzaj allergenów klimatycznych: grupę A, do której należą allergeny, znajdujące się w powietrzu wolnym, oraz grupę B obejmującą allergeny, znajdujące się i powstające w mieszkaniach prywatnych.

Pochodzenie grupy A nie jest jeszcze znane; jednakże badacz holenderski zdołał stwierdzić, że astmatycy w Holandji czują się lepiej na wybrzeżach i gruntach piaszczystych, aniżeli na gliniastych.

Istnienie grupy B występuje na jaw, zdaniem Storm van Leeuwen a, już przez to, że chorzy na dusznicę już po kilku dniach pobytu w odpowiednio urządzonej klinice znacznie się poprawiają. Za pomocą przepuszczania przez wentylator i filtr z waty znacznej ilości powietrza w okolicy szczególnie niepomyślniej dla astmatyków otrzymał on na warcie osąd, który po rozpuszczeniu w fizjologicznym roztworze soli, przefiltrowaniu i odpowiedniemu wyjałowieniu zastrzykiwał w silnym rozcieńczeniu pacjentom. Przytem u jednych następowała poprawa, u drugich pogorszenie; to ostatnie właśnie u astmatyków, pochodzących z okolicy danego allergenu A. u niektórych występowały objawy miejscowego odczynu swoistego. Co się tyczy allergenów klimatycznych grupy B, Storm van Leeuwen doszedł do wniosku, że miejscem ich powstawania jest zawartość materaców, wypychanych materiałem roślinnym. Już poprzednie badania, zarówno w Holandji, jak i we Włoszech (Frugoni i Ancona) dokonane, dowiodły, że wyciągi z pierza, wysypanego z pewnych poduszek, mogą wywoływać silny odczyn u astmatyków, podczas gdy pierze z innych poduszek tego nie powoduje. Otóż okazało się w dalszym ciągu, że odczyn skórny, wykonany u szeregu pacjentów z zawartością materaców różnego rodzaju, wypadł dodatnio z materiałem, pochodzącym z materaców z mieszkań prywatnych, i ujemnie z materaców z kliniki, które podlegają dezynfekcji, oraz z materiału do wypychania świeżego pochodzenia. Bardziej dokładne badania, dokonane w Lejdzie, doprowadziły do stwierdzenia, że z materaców używanych można otrzymywać hodowle *aspergillus fumigatus* (kropidlaka popielatego). Pleśń ta również może dawać dodatni odczyn skórny u astmatyków.

Fakt, że allergeny klimatyczne A i B są najważniejszymi czynnikami, powodującymi astmę, doprowadził Storm van Leeuwen a do wypracowania specjalnej metody leczenia duszniczy. I oto wytworzył on dwa typy pokoju dla umieszczania cierpiących na tę chorobę pacjentów. Są to pomieszczenia uszczelnione, zawierające tylko najkonieczniejsze meble i łóżka żelazne z dobrze wyjałowionym materacem; jeden typ tych pomieszczeń wentylowany jest w ten sposób, że otrzymuje powietrze, czyste, wolne od allergenów B; drugi zaś wentylowany jest tak, że powietrze, które się doń dostaje, przez ochładzanie pozbawione jest również allergenów A, czyli organicznych, koloidalnych substancyj.

Obok specjalnego środowiska atmosferycznego pacjenci poddawani są próbom dietetycznym co do wrażliwości swej na pewne grupy pokarmów. Gdy wyeliminowanie czynników zewnętrznych i pokarmowych nie daje wyników, Storm van Leeuwen ucieka się do terapii przeciwallergiczej, stosowanej przede wszystkim w postaci zastrzykiwań tuberkuliny. Liczne doświadczenia, dokonane w Lejdzie, dowiodły, że leczenie tuberkuliną przynosi w 50% przypadków wyzdrowienie, a w 25 — 30% poprawę.

Obok tuberkuliny i zawiesiny siarki w oliwie używane są również zastrzykiwania allergenów swoistych. Cały system leczenia przeciwallergicznego Storm van Leeuwen a jest stosowany w astmie.

ale również i w innych chorobach, otrzymując dobre wyniki.

Do cierpień takich należy przedewszystkiem przeczyszcza (eczema) alergiczna, niektóre postacię przewlekłego nieżyty oskrzeli, w końcu gruźlica, a zwłaszcza te jej formy, które zachowują się alergicznie nie tylko względem tuberkuliny, ale i względem niektórych allergenów klimatycznych.

Stosunek dusznicy do gruźlicy był już dawniej przedmiotem badań klinicznych i statystycznych, które doprowadziły do wniosku, że między temi dwoma cierpieniami istnieje pewien określony stosunek, który niektórzy ujmują jako antagonizm. Według statystyki Sch r ö d e r a wśród 4716 gruźliczych było tylko 30 astmatyków; również podobny stosunek potwierdzają G o l d s c h e i d e r, M o r a w i t z i inni.

Jednakże idzie tu o gruźlicę czynną, gdyż nader szczegółowe badania lat ostatnich dowodzą, że dusznica właśnie bardzo często występuje łącznie z gruźlicą. K ä m m e r e r dowodzi, że ukryta gruźlica stanowi pewną predyspozycję do astmy, że jednak gruźlica przy dusznicy przebiega przeważnie łagodnie i wykazuje skłonność do marskości; na grucielne pochodzenie astmy wskazują również W e s t p h a l, B o n n a m o u r i D u q u a i r e, B u f a l i n i, W e i n s c h e i d. Tem się zapewne tłumaczą dobre wyniki leczenia dusznicy tuberkuliną, które obok S t o r m v a n L e e u w e n a osiągałi P i e t r o f o r t e, B o u v e r o n i i n.

Zagadnienie wzajemnej zależności od siebie astmy i gruźlicy rozważa szczegółowo G r o s s f e l d. Na podstawie obserwacji klinicznej 215 przypadków dusznicy oskrzelowej dochodzi on do wniosku, że większość przypadków prawdziwej dusznicy oskrzelowej jest pochodzenia grucielnego; taka astma grucielna może być pojmowana, jako odczyn anafilaktyczny z antygenem bakteryjnym oraz krążącym we krwi grucielków niwecznikiem białka lasiecznika grucielnego; objaśnienie to znajduje też swe oparcie w odczynie anafilaktycznym zakażonych grucielą zwierząt na iniekcję tuberkuliny. G r o s s f e l d dowodzi, że zachodzące podczas ataku astmy przekrwienie żyłne i zastój w naczyniach oskrzelowych posiadają znaczenie ochronne, i w ten sposób daje się objaśnić znajdowane w statystykach łączne występowanie dusznicy i grucielicy oraz akcentowany antagonizm tych dwóch cierpień. Nawet stwierdzane w astmie zmiany w gruciołach dokrewnych G r o s s f e l d tłumaczy jako objaw wtórny, powstały pod wpływem produktów lasiecznika grucielnego w chorym organizmie.

Również i ostatnie prace francuskie, stoją w ogromnej większości na gruncie teorii sensybilizacyjnej, uwzględniając jednocześnie osobliwości ustrojowe układu roślinnego. Sensybilizacja jest, zdaniem W i d a l a (1921) — „zjawiskiem zupełnie nowem i jeszcze niewyjaśnionem”; tem niemniej terapia desensybilizacyjna stosowana jest we Francji wszelkimi sposobami i drogami. V e r n e t rozróżnia wrażliwość swoistą i ogólną nieswoistą; podstawą tych właściwości są według niego zaburzenia w zakresie nerwu błędnego; za jedyne prowadzące do celu leczenia uważa on dążenie do stałego obniżenia pobudliwości u-

kładu czuciowego, przytem, uznaje działanie szczepionek, surowic oraz metody śródskórnej i wszelkich postaci proteinoaterapii. Najlepsze wyniki otrzymuje V e r n e t z *extractum Jaborandi* w postaci neopancarpiny.

Teoria anafilaktyczna jednakże bynajmniej nie przez wszystkich jest przyjęta. Odrzuca ją zupełnie Robert S c h m i d t, podkreślając wyłącznie moment ustrojowy. Wprowadza on nawet nazwę dusznicy „konstytucyjnej” w miejsce oskrzelowej i opiera się całkowicie na podstawie endokryno - neurogenno - naczynioruchowej. Rozpoznaje on u astmatyków szereg cech i właściwości ustrojowych, zarówno anatomicznej, jak i czynnościowej natury; podobnie, jak i autorowie francuscy, duże znaczenie przypisuje S c h m i d t nieswoistym uczuleniom organizmu, t. j. uczuleniom, skierowanym nie przeciwko pewnemu określönemu antygenowi; takim ogólnym uczuleniem, jest przedewszystkiem gruźlica. S c h m i d t również na podstawie własnych obserwacji potwierdza związek gruźlicy z astmą, choć nigdy prawie gruźlica otwarta nie zdarza się u astmatyków.

Powyższe wywody wykazują w sposób dobitny, jak bardzo rozchodzą się jeszcze w swych wynikach ostatecznych badania nad patogenetą dusznicy oskrzelowej. Jak różne są poglądy na pochodzenie i przyczyny astmy, tak również różne są drogi, po których dążą obecnie metody leczenia tego cierpienia. Leczenie to musi być skierowane przedewszystkiem w dwóch kierunkach: z jednej strony należy myśleć o możliwym wpływie na chwiejność układu roślinnego, z drugiej zaś starać się usunąć czynniki, wywołujące bezpośrednio napady astmy.

Jeżeli idzie o pierwszy cel, to należy tu stosować wszystko to, co prowadzi do wzmocnienia układu roślinnego, a więc leczenie klimatyczne, gimnastykę, a zwłaszcza gimnastykę oddechową; z lekarstw te, które działają na nerw błędny, czy współczulny, jak atropina, lobelina, kofeina, teobromina i inne. O działaniu wapnia, który należy podawać przez czas dłuższy, było już wspomniane. Adrenalina, jako środek sympatyko-toniczny, powinna być stosowana podskórną, gdyż doustnie nie działa. Znane dodatnie działanie jodu w astmie należy objaśnić sobie prawdopodobnie wzmaganiem się jonów jodu we krwi przy podniesieniu napięcia nerwu współczulnego (V e i l). Również znaczenie nieswoistej proteinoaterapii polega przypuszczalnie na działaniu jej na nerw współczulny. Skomplikowane działanie tuberkuliny należy oprzeć na opisanym wyżej stosunku astmy do grucielicy. Co się tyczy działania na czynniki, wywołujące sam napad dusznicy, to, jak to wynika już z wywodów powyższych, należy się zawsze starać drogą wywiadu lub też odczynu skórnego dojść do istotnej przyczyny, co oczywiście nie w każdym przypadku daje się w zupełności osiągnąć. Cała tak kunsztownie przez S t o r m v a n L e e u w e n a zbudowana terapia astmy, czy to w jego klinice—sanatorium, czy też drogą „desensybilizacji” za pomocą swoistych testów, znajduje się dopiero w zaczątku. Leczenie dusznicy, zarówno jak i sprawa jej powstawania, musi być jeszcze w dalszym ciągu przedmiotem badań doświadczalnych i klinicznych.

PIŚMIENICTWO.

Storm van Leeuwen: „Allergische Krankheiten“ Berlin 1926. Tenze: Asthma und Klima. Klinische Woch. 1925, Nr. 27. Storm van Leeuwen i Kremer: Behandlung des Asthma bronchiale im allergiefreien Zimmer. Klinische Woch. 1926 Nr. 13. Hofbauer: Entstehung und Bekämpfung des Asthmas. Klinische Woch. 1926, Nr. 30. Eskuchen: Pathogenese des Asthma bronchiale, insbesondere seine Beziehungen zur Anaphylaxie. Klinische Woch. 1926, Nr. 16. Klein: Istota i leczenie dusznicy oskrzelowej.

Polska Gazeta Lekarska 1922, NNr. 44—47. Grossfeld: Die bakterielle Ursache des Asthma bronchiale und über eine Beziehung zwischen Anaphylaxie und Tuberkulose — Immunität beim Menschen. Wiener Archiv für innere Medizin. Tom 13. 1926. Muszka: Therapeutische Prinzipien bei Asthma bronchiale. Klinische Woch. 1926, Nr. 28. R. Schmidt: „Das konstitutionelle Asthma“, Medizinische Klinik, 1926, Nr. 1 i 2. M. Vernet: „La sensibilisation anaphylactique, asthme et coryzas spasmodiques“. Monographies otorhino-laringologiques internationales. Paryż 1926.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Zagadnienia ogólne.

CL. FRANKOWSKA. Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Biblj. Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie tom IX, r. 1927.

Niezmiennie ruchliwy Związek Kas chorych w Krakowie nie przestaje dawać znać o sobie pod względem wydawniczym. Szereg książeczek, wydanych jego nakładem i już na łamach Czasopisma omówionych, świadczy najlepiej, że kierownictwo wydawnictwa jest w dobrych rękach. Niektóre z tych książeczek są wprost świetne. Tym razem mamy przed sobą niezmiennie pożyteczne wydawnictwo, dające dokładne pojęcie o obowiązującym u nas ustawodawstwie w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby. Poza ustawą z dnia 19 maja 1920 roku mamy niezbędne komentarze, przepisy odpowiednich ministerstw, a nawet orzeczenia Trybunału Administracyjnego. Cały układ książeczki i skrowidz, ułatwiający orjentowanie się, zwiększają jej wartość. Należy sądzić, że nakład szybko się wyczerpie, prawie każdy bowiem musi choć raz w życiu zajrzeć do tej ze wszech miar zasługującej na polecenie książeczki.

M. G a n t z.

Choroby narządów trawienia.

A. GOSSET i G. LOEWY. Cholecystografia. (Presse medicale Nr. 71 — 1925).

Autorzy sprawdzali na całym szeregu przypadków, częściowo kontrolowanych operacyjnie, próbę Grahama, mającą na celu uwidocznienie pęcherzyka żółciowego na kliszy rentgenowskiej. Zamiast stosowanej przez Grahama fenoltaleiny tetrabromowej, autorzy korzystali z fenoltaleiny tetrajodowej, która dając równie wyraźne obrazy pęcherzyka, okazała się znacznie mniej jadowita. Środek ten jako związek fenolowy wydziela się wyłącznie przez wątrobę i przenika następnie przez przewód pęcherzykowy do pęcherzyka żółciowego; drogą krwionośną dostaje się do pęcherzyka zaledwie bardzo nieznaczna część środka. Można go stosować zarówno dożylnie, jak i doustnie, choć ten ostatni sposób stosowania nie okazuje się tak pewnym w swych wynikach, jak metodą dożylną.

Nieobecność cienia pęcherzykowego wskazuje bądź na niedrożność przewodu pęcherzykowego (najczęściej kamień), bądź na zanik pęcherzyka, bądź na skurczenie się go na skutek przewlekłego stanu zapalnego, na pęcherzyk o ścianach bardzo grubych; na pęcherzyk wypełniony kamieniami z zawartością żółci niedostateczną dla uwidocznienia zabarwienia.

Cień pęcherzyka wyraźnie widoczny, prawidłowy, nie zniekształcony o wielkości i postaci zmiennej przedstawia obraz pęcherzyka normalnego; obraz taki można czasem spostrzegać również w przypadkach lekkiego nieżyty pęcherzyka i zrostów okołopęcherzykowych.

Pomiędzy temi dwoma krańcowymi obrazami: zupełną nieobecnością cienia i cieniem bardzo wyraźnym — istnieje cały szereg przejść.

W pewnych przypadkach cień pęcherzykowy słabo zaznaczony przedstawia miejscami plamę jaśniejszą lub ciemniejszą, cień w postaci obrączki, lub miejsca czarne, które przedstawiają obrazy kamienia. W innych przypadkach słabo widocznego cienia postawienie dokładnego rozpoznania okazywało się trudnym. To osłabienie cienia mogło zależeć od niedomogi wątrobowej, od zrostów około pęcherzykowych przy pęcherzyku prawidłowym, od niedostatecznej zdolności pęcherzyka do wchłaniania. Przy interpretacji niewyraż-

nych obrazów wyjaśnienia dodatkowe mogą dostarczyć zmiany w chwilach zjawiania się i znikania cienia pęcherzykowego lub różnice w natężeniu cienia po spożyciu pokarmów. Rozpoznanie wyłącznie za pomocą cholecystografii lekkich uszkodzeń pęcherzykowych okazuje się dotychczas niemożliwym.

Wobec tego, że próba Grahama w przypadkach autorów dała 85% trafnych rozpoznań, autorzy uważają, że przedstawia ona wielki postęp w diagnostyce zaburzeń pęcherzyka żółciowego.

J. T y p o g r a f.

G. BERGMANN. Cholecystopathia. (Deutsch. med. Woch. Nr. 42, 43. 1926).

Z pośród całego szeregu objawów podmiotowych i przedmiotowych, spotykanych w cierpieniach dróg żółciowych, wypukła autor: 1) zespół kamicowy, 2) zapalenia i infekcje, 3) objawy dyskinetyczne. opisane przez Westphala. Kamienie występują jako wytwór całkowitego zjawiska chorobowego, w którego skład wchodzi zapalenie pęcherzyka, infekcja, zastój i gra nerwowo-mięśniowa dróg żółciowych.

Badanie zgłębnikiem dwunastniczym oraz cholecystografia znacznie się przyczyniają do wczesnego rozpoznania cierpienia pęcherzyka żółciowego.

W klinice autora odruch z pęcherzyka żółciowego wywołuje się przez zastrzyknięcie domięśniowe 2 cm.³ pituitryny, dającej dwufazowy odczyn: w 1-cm. stadium pęcherzyk wypełnia się żółcią (faza atoniczna, sympatykotropowa), po 20—25 min. zjawia się ciemnobrunatna wzgl. czarno-zielona żółć pęcherzykowa (faza parasympatykotropowa). W tej ostatniej ilości bilirubiny u osobnika zdrowego wynosi 100 mg. ‰. W stanach patologicznych zagęszczenie dojdzie może do 300-krotnej ilości. Po wycięciu pęcherzyka proces zagęszczania odbywać się może w przewodzie wspólnym.

Ważne znaczenie rozpoznawcze posiada zestawienie wyników cholecystografii z próbą pituitrynową. Często spotykany dodatni wynik cholecystografii, obok ujemnej próby pituitrynowej przemawia za zniesieniem zdolności opróżniania się pęcherzyka przy zachowanej możliwości wypełniania się żółcią wątrobową. Gdy oba zabiegi dają wynik ujemny, z dużym prawdopodobieństwem przyjąć możemy zamknięcie pęcherzyka.

Dla wczesnego rozpoznania cholecystopatii nie należy lekceważyć całego szeregu objawów ze strony innych narządów, jak np. objawy żołądkowe (gastritis, achylja), zaparcie stolca, kolka jelitowa, bóle neuralgiczne w ramieniu i kończynie górnej prawej, bóle głowy, podwyższenie cięploty i t. p.

Ze środków leczniczych wymienia autor siarczany magnezu, oliwę, hypofizynę, kwasy żółciowe; jako przeciwkurczowe, stosuje papawerynę; atropina zamyka ujście pęcherzyka, lecz zmniejsza jego napięcie. Ze środków przeciwpalnych wymienia cholewal.

M. G o l d m a n (junior).

O. SPECHT. Badania doświadczalne nad wydzielaniem środków odkażających przez przewody żółciowe i nad wpływem ich na rozwój drobnoustrojów w żółci, pęcherzyku i wątrobie. (Münch. Medizin. Woch. Nr. 20, 14/V 26).

Autor przeprowadził swe badania w ten sposób, że jednej części chorych, u których z pewnością mógł wyliczyć obecność nowotworu lub kamicy, mogących zahamować swobodny dopływ żółci do woreczka, podawał kilka dni przed cholecystektomią doustnie lub dożylnie środki odkażające; żółć i skrawki woreczka i wątroby kierował do instytutu higienicznego dla dokładnego badania.

Druga część badań dotyczyła chorych już po dokonanych zabiegach, u których pozostawienie drenu w przewodzie żółciowym pozwalało różniczkować wydzielającą się żółć o każdej porze dnia i nocy.

Jako środek odkażający autor podawał urotropinę doustnie i doustnie, jodek potasu doustnie, roztwór Pregla doustnie, salicylan sodu, aspirynę i błękit metylenowy doustnie, trypaflawinę, cholewal i *natr. dehydrochl.* doustnie.

W wyniku swych badań autor stwierdza, że niema żadnego odehlenia w wydzielaniu środków odkażających w zależności od tego, czy były wprowadzone przed lub po zabiegu.

W żadnym przypadku nie udało się wydatnić obecności w żółci kwasu salicylowego: urotropinę, trypaflawinę i jodek potasu prawie zawsze, aczkolwiek w minimalnych ilościach; przy codziennym podawaniu 2.5 gr. jodku potasu ilość jodu, wykryta przez instytut farmakologiczny, wynosiła zaledwie 0.00135 gr. Błękit metylenowy wydzielal się zawsze. Kwestja zasadnicza przeprowadzonych badań polegała na uwydatnieniu, w jakim stopniu wprowadzone środki odkażające wpływały na rozwój drobnoustrojów w żółci, woreczku i samej wątrobie. Autor przeprowadził badanie u 49 chorych, którym wprowadzał wymienione środki odkażające wyłącznie przed zabiegiem. Obecność drobnoustrojów w samej tkance woreczka autor stwierdził w 96.6%, w wątrobie w 65.1%, zaś w żółci tylko w 51%. Porównawcze badania były przeprowadzone również u chorych, których operowano, bez wprowadzania przed zabiegiem środków odkażających.

Otóż u tych ostatnich stwierdzono obecność drobnoustrojów w woreczku w 81.8%, w wątrobie w 90% i w żółci w 62.5%. 55% flory bakteryjnej stanowiły gronkowce, poza tem prątki okrężnicy, *E. coli*, paciorkowce i t. d.

Opierając się na wyniku przeprowadzonych badań, autor dochodzi do wniosku, że wszystkie po dziś dzień stosowane środki odkażające nie są w stanie zahamować rozrostu drobnoustrojów w przewodach żółciowych, jednakże, nie zaprzecza kategorycznie twierdzeniom klinicyстів, że środki odkażające zmniejszają żywotność drobnoustrojów.

Lichtenbaum.

M. LABLE, F. NEPVEUX et GAVRILLA. Zakażenie dróg żółciowych ogoniastkiem jelitowym. (*Annales de med. T. XVIII, Nr 5, 1925, str. 386*).

Posługując się metodą zgłębnikowania dwunastnicy, autor znalazł w zawartości jej oraz w żółci pęcherzyka żółciowego w 8 przypadkach na 100 ogoniastka jelitowego. Ten ostatni może pozostawać w pęcherzyku żółciowym przez czas dłuższy, nie wywołując w nim zmian, zakażając natomiast wielokrotnie jelita lub drogi żółciowe wewnątrzwartobowe. Objawy kliniczne są niecharakterystyczne. Leczenie polega na podawaniu preparatów arszeniku podskórnie, doustnie lub wprost do dwunastnicy. Cholecysektomia jest możliwa, o ile drogi żółciowe wewnątrzwartobowe nie są zakażone.

Półtorzycka.

H. STRAUSS. O przetoce żółdkowo-okrężniczej. (*Internacia Medicina Revuo 1926, Nr. 5*).

Przetoka ta łądzi przeważnie drogą wrzodu trawiennego jelita czczego, który w ostatnich 2 dziesiątkach lat znacznie częściej, niż poprzednio, występuje po zespoleniu żółdkowo-jelitowym. Taka przetoka może być i pośrednia, kiedy z początku tworzy się przetoka żółdkowo-jelitowa, a następnie jelitowo-okrężnicza.

Autor spostrzegał tę przetoce dotychczas tylko u mężczyzn. Główny objaw stanowią wymioty kałowe bez innych objawów zamknięcia światła kiszki, ale w wielu przypadkach występują tylko odbijania o zgnilym zapachu, i wtenczas badanie treści żółdkowej winno wykazać obecność części kałowych w zawartości żółdkowej. W celu rozpoznawczym autor stosował wlewianie do jelita grubego mieszanek z węglem, karminem albo innym płynem zabarwionym (naprz. mleko); po 1/4 albo 1/2 godzinie leżeniu z miedzią podniesioną udawało się za pomocą zgłębnikowania wykryć w żołądku odpowiednio zabarwioną treść. Podejrzane jest także bardzo szybkie przechodzenie płynu zabarwionego z żołądka do jelit. Dalej ważne są dla rozpoznania biegunka tłuszczowa bez żółtaczki i innych objawów choroby trzustki, pozbawionej dużej ilości indykany w moczu przy dostatecznej ilości białka w pożywieniu. Odżywianie u większości chorych jest upośledzone, i czasem chorzy mogą być tak wyniszczeni, że zjawiają się obrzęki głodowe. Badanie rentgenowskie wykazuje zbyt szybkie przesuwanie się kaszki kontrastowej do jelit grubych, gdy tymczasem jelita cienkie wcale się nie wypełniają, albo bardzo mało.

Za pomocą lawatywy kontrastowej można ustalić natychmiastowe przejście płynu do żołądka. Zresztą niezawsze jest łatwo za pomocą promieni Roentgena stwierdzić obecność przetoki, ponieważ często bywa ona pośrednia.

Przebieg przetoki pooperacyjnej może być rozmaity. W niektórych przypadkach zjawia się bardzo szybko wycieńczenie, inni chorzy długie lata dobrze się czują. Opisują nawet przypadki mniejszego wyzdrowienia, co może być wytłomaczone zarośnięciem jednego albo obydwu otworów przetoki. Jeżeli przebieg jest złośliwy, wskazana jest pomoc operacyjna, z którą niewolno w takich przypadkach długo zwlekać, albowiem stan odżywiania chorego ma duże znaczenie dla wyniku zabiegu. Dzięki operacji udało się uzdrowić wielu chorych tego rodzaju, ale, niestety, i po udanych zabiegach spostrzegano nawroty.

J. Krenicki.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

F. HERZOG. O leczeniu twardziny skóry śródżylami zastrzykiwaniami soli kuchennej. (*Med. Kl. Nr. 31, 1926*).

F. HERZOG. O leczeniu twardziny skóry śródżylami zastrzykiwaniami soli kuchennej. (*Med. Kl. Nr. 31, 1926*).

W leczeniu twardziny skóry zaleca H. śródżylne zastrzykiwania hipertonicznego roztworu soli kuchennej. Do stosowania tej metody skłonił autora jego spostrzeżenia o pomyślnym wpływie zastrzykiwania soli kuchennej na objawy przedmiotowe i podmiotowe w chro-maniu przestankowem. Jak wiadomo, w twardzinie skóry krążenie obwodowe jest unośledzone w silnym stopniu, sól kuchenna zaś, wprowadzona śródżylnie, wywiera pomyślny wpływ na krążenie obwodowe. Spostrzeżenia H. dotyczą 8 przypadków, z których u 2 z powodu braku widocznych żył stosowano, miast zastrzyków śródżylnych, wlewania kroplowe. W tych 2 przypadkach ze zmianami zanikowymi polepszenia nie spostrzegano. U pozostałych chorych nastąpiła poprawa, polegająca na tem, że sinióska skóry znikła, suchosć jej i nadmierne zabarwienie zmniejszyły się, bóle i parestezie również ustąpiły. Później nastąpiła poprawa również pod względem twardości i napięcia skóry. Największy i najwcześniejszy wpływ wywiera to postępowanie na objawy, uwarunkowane niedomogą krążenia. Tkanka twardzinowa poddawała się wpływowi leczenia nóżniej i w słabym stopniu. Dawkowanie: codzienne zastrzykiwanie 10 cm³ 10% roztworu NaCl przez dłuższy czas (40 zastrzyknięć). Mała liczba spostrzeganych przypadków i krótki czas obserwacji nie uwalniają jeszcze do wyciągania ostatecznych wniosków; w każdym bądź razie osiągnięte rezultaty skłaniają do dalszych prób.

J. Gelbfisz.

H. KLEIMAN. Wnuki stosowania thallium aceticum w grzybicach włosów. (*Med. Kl. Nr. 46, 1926*).

Podczas epidemii grzybicy włosów w Rzeczposp. Mołdawskiej (Z. S. S. R.) zastosował K. dla wywołania epilacji *th. acet.* u 63 dzieci w wieku od 2 do 16 lat. Dawka jednorazowa, podawana naczemno doustnie, wynosiła 8 mlgr. na kg. wagi (przy wadze ponad 25 kg. 7 mg.). Po 6 dniach udawało się łatwo wyciągać palcami pojedyncze włosy lub ich kępki. Po 14 — 15 dniach następowała zupełna epilacja głowy. Tylko na granicy czoła w połowie przypadków pozostały włosy. W 8 przypadkach wypadły również zewnętrzne części brwi. Te spostrzeżenia przemawiają za tem, że włosy na granicy czoła i wewnętrzne części brwi, jako włosy dotykowe (*Sinneshaare*) są pod wpływem ośrodkowego układu nerwowego, pozostałe zaś uwłosienie i zewnętrzne części brwi są unerwione przez układ współczulny. Thallium działa prawdopodobnie przez układ roślinno-dokrewny. Zupełne oczyszczenie głowy od odłamków włosów i meszku następowało przez nakładanie masy, mieszaniny wosku i kalafonii (stosunek 1.25:10; przyp. ref.). Po 18 — 22 dniach głowy były gładkie, jak kule bilardowe. Następnie leczenie polegało na pędzlowaniu głowy nalewką jodową i stosowaniu naprężania białej maści rtęciowej; we wszystkich przypadkach badano moez: raz tylko stwierdzono przemijający białkomocz: we krwi spostrzegano limfocytozę i cozynofilię. Jeden pacjent miał w przeciągu tygodnia biegunkę, drugi zaś wymiotował przez kilka dni, miał aftry na języku i białkomocz. Jedno dziecko cierpiało w przeciągu tygodnia na bóle stawowe. Poza tem nie spostrzegano innych objawów ubocznych.

J. Gelbfisz.

WOLFF. Biologia gonokoków. (*Med. Kl., Nr. 42 (1926)*).

A. Wykrywanie gonokoków metodą barwienia. W przypadkach z obfitym wyciekem, składającym się z leukocytów i gonokoków,

wystarcza zabarwienie błękitem metylowym lub fuksynmetylenblau. B. Z wyjątkiem przewlekłej rzeżączki, wzgl. utajonej bez ropnej wydzieliny lub dla stwierdzenia wyzdrowienia. W takich razach należy barwić podług Grama, co w praktyce prywatnej jest związane z pewnemi trudnościami i niewygodą. Celem usunięcia tych przeszkód zaleca W. przechowywanie rozczyńców karbol-gencianaviolett i wody anilinowej z gencianaviolett w naczyniach szklanych, wolnych od zasad. Bajcować należy rozcieńczonym płynem Lugola lub rozczysem jodku rtęci z jodkiem potasu. Do kontrastowego barwienia należy stosować metodę Unna-Pappenheim (gonokoki barwią się na malinowo-czerwony kolor). W ten sposób udaje się wykryć nawet pojedyncze pozakomórkowe dwoinki N. B. O dwoinkach N. gram-dodatnich. Gonokoki nie są bezwzględnie gramujemne. W starych hodowlach, w których typowa postać nerkowata przechodzi w kulistą, wykrywa się pojedyncze dwoinki Gram+.

W innych hodowlach część gonokoków barwi się na czerwono, część na czerwono z niebieskim środkiem, względnie z brzegiem o niebieskim zabarwieniu, inne są fiołkowe lub niebiesko-czarne (barwno kultury). Przy przeszczepianiu otrzymuje się typowe gram-ujemne gonokoki. Czasami hodowle, barwiące się wyłącznie na niebiesko, dają się przeszczepić jako czyste gram-dodatnie dwoinki. Gonokoki gram + spotyka się rzadko w ustroju; w tych przypadkach są, to, przypuszczalnie, nieszkodliwe pasorzyty, wzgl. wywołujące lekkie nieżyty.

C. Gonokoki, znajdujące się w ropniach podskórnych zaszczipionych. Gonokoki naogół rosną jako aëroby. W obecności tlenu tkankowego mogą rosnąć i jako anaeroby. Za tym poglądem przemawia ten fakt, że po zastrzyknięciu żywych dwoinek pod skórę, ropień powstaje dopiero po pewnym czasie, w ropniach tych dają

się wykryć gramujemne gonokoki, które można dalej przeszczepić. Na zasadzie tych faktów rozumiemy, że przypadki oporne względem szczepionek gonokokowych ustępują pod wpływem leczenia żywymi bakteriami. Takie spostrzeżenia pozostawiają otwartą kwestję ropni parauretralnych, wzgl. ropni gruczołu krokowego; mogą to być nietylko pseudoabscesy, lecz prawdziwe ropnie pochodzenia gonokokowego.

J. Gelbfisz.

W. CURTH. O naświetlaniach dymienic prom. Roentgena (Med. Kl. Nr. 43, 1926 r.).

Spostrzeżenia autora dotyczą 60 przypadków o stosunkowo ciężkim przebiegu. Poza rentgenoterapię nie stosowano innego leczenia. Dawkowanie: początkowo 1/10 H. E. D, później 1/5 — 1/4 H. E. D; filtr glinowy 3 mm. twardość 8 — 9 wehnelt. Najwyżej po 24 godzinach po naświetlaniu bóle ustępowały. Tylko w pojedynczych przypadkach z głębokim ropieniem w obecności czynnych wrzodów wenerycznych na członku, bóle wracały po kilku dniach. Zwykle spostrzegano gładkie gojenie się rany. Deszkowo twarde nacieki ulegały rozmięczeniu w przeciągu kilku dni, po przecięciu goiły się szybko. Dymienice we wrzodach mieszanych reagowały źle na naświetlanie prom. Roentgena. Dymienice, przecięte przed naświetlaniem, goiły się stosunkowo powoli, ale szybciej, niż przy innym sposobie leczenia. Przetok nie spostrzegano wcale. Przeciętny czas trwania leczenia 18 dni. Niektóre przypadki dla kontroli traktowano jednocześnie ciepłem i okładami z wysoku. Ponieważ występowały w tych razach nawroty, zaniechano leczenia kombinowanego. Pozatem C. przytacza dane o dobrych wynikach naświetlania prom. Roentgena czyraków i ropni gruczołów potowych.

J. Gelbfisz.

Zapiski lecznicze.

Obserwacje porównawcze nad działaniem niektórych środków odżywczych na wątłe dzieci.

Podał

M. PEKER (Warszawa).

Spostrzeżenia, któremi pragnę się podzielić z ogółem czytelników, zrobione były latem 1926 r. w Falenicy (pod Warszawą), na kolonii letniej, utrzymywanej przez Centralną Organizację Opieki nad dziećmi żydowskimi, a przeznaczonej przeważnie dla dzieci szkół powszechnych w wieku od lat 4 do 14, w przeciągu 3 miesięcy letnich: czerwca, lipca i sierpnia.

Kolonia znajdowała się w miejscowości, znanej powszechnie z dobrych warunków klimatycznych, w dobrze urządzonej willi, zdala od ruchliwej części letniska. Miała ona do dyspozycji szereg dobrze urządzonych izb, w których jednocześnie przebywać mogło do 130 dzieci pod stałym dozorem wyszkolonego personelu wychowawczego oraz 1 lekarza i 1 higienistki.

Dzieci rekrutowały się ze sfery mniej zamożnej żydowskiej, jednak nie z najuboższej. Przed przyjęciem na kolonję były one poddawane dokładnym oględzinom lekarskim, wskutek czego dzieci z objawami chorób zewnętrznych, jak naprz., ropienie gruczołów, toczeń i t. d., oraz cięższych wewnętrznych, jak naprz. zdeklarowane sprawy płucne lub choroby przewodu pokarmowego, na kolonję przyjmowane nie były. Były to dzieci przeważnie wątłe, niedostatecznie odżywione, ze zmianami krwiczemii, z obrzmiałemi gruczołami chłonnemi lub też bez

zmian uchwytynych, natomiast przemęczone pracą szkolną, anemiczne i fizycznie niedostatecznie rozwinięte, zakwalifikowane przez swoich lekarzy szkolnych, jako potrzebujące pobytu na wsi dla powietrza, słońca i dobrego odżywiania.

Zgóry można było przypuszczać, że dzieci tej kategorii, wyrwane z murów wielkomiejskich i przeniesione na łono natury, przy regularnym trybie życia i właściwym odżywianiu, będą się poprawiały.

Była to jednak również i okazja wypróbowania *ceteris paribus* wpływu na organizm wątły tak bardzo zachwalanych i rozreklamowanych środków odżywczych, których liczba ostatniemi czasy wzrosła niepomiernie.

Dzięki ofiarności firmy „L. Spiess i Syn“, mieliśmy do naszej dyspozycji spory zapas wyrabianego przez tę firmę preparatu, p. n. „Calcitrin“; firma Scott & Bown dostarczyła nam odpowiedniej ilości emulsji tranowej, firma K. Sigalina przekazała nam bezpłatnie większą ilość kefiru, a firma Sączewski pewną ilość „Osteliny“.

Środki, jak kefir i tran, oddawna są znane w praktyce lekarskiej i cieszą się szerokim uznaniem; mniej znany natomiast jest „Calcitrin“, a już do zupełnie nowych środków należy „Ostelina“, która ma stanowić wyciąg części czynnych tranu w takiej koncentracji, że 4 jego krople odpowiadać mają co do skuteczności 1 łyżce stołowej czystego tranu.

Niestety, ze względów technicznych i materialnych, jak nadmiar pracy na kolonii letniej, brak specjalisty-laboranta i odpowiedniej pracowni analitycznej i t. p., nie było można przeprowadzić wszechstronnych badań, uwzględniających między innymi krew, moczu i t. p. Musieliśmy tedy ograniczyć

nasze obserwacje jedynie do śledzenia przyrostu wagi i porównania wyników stosowania preparatów, które były w naszym posiadaniu, poczem tą drogą, przyszliśmy do wniosku co do ich wartości leczniczej

Z drugiej zaś strony, ważne było dla nas ustalenie oddziaływania preparatu na przewód pokarmowy dziecka (zwiększenie lub zmniejszenie łaknienia, wymioty, biegunki), wpływ na jego samopoczucie, ustępowanie objawów wycieńczenia, krzywicy, zółtów i zmniejszenie się gruczołów i, wogóle, na poprawę stanu ogólnego. Nie pretendujemy przeto bynajmniej do ścisłości naukowej naszej pracy, gdyż, jak zaznaczyliśmy wyżej, warunki pracy były nieodpowiednie.

Przy ocenie wyników nie należy negować wpływu czynników ubocznych, jak naprz.: wpływ czystego wiejskiego powietrza, promieni słońca, całodziennego swobody, zmiany warunków mieszkaniowych, przerwy w nauce i t. p. Z drugiej zaś strony, częste i dość dalekie wycieczki, gry i zabawy na świeżym powietrzu, upały i t. p. powodują utratę energii u dzieci na kolonjach letnich.

Według E w a l d a dzieci podczas zabaw i wzmoczonego ruchu na powietrzu zużytkowują od 30 do 50% więcej energii, niż w stanie spokojnej pracy (w mieszkaniu, w szkole).

Dla orientacji podaję tu rację dzienną, jaką dzieci otrzymywały na kolonji.

Racja dzienna.	Ilość	Kaloryj (przeciętnie).
Mleko świeże	500,0	325
Chleb (pytlowy),	200,0	500
„ biały (pszenny)	75,0	200
Mięso	50,0	80
Tłuszcz	25,0	200
Cukier	20,0	80
Kasze (różne)	40,0	130
Jarzyny (kartofle, marchew, kalafior, sałata i t. p.) przeciętnie		90
Kakao	5,0	25
i jajko		70
Ogółem		1700

Racja ta była jednakowa dla wszystkich, niezależnie od tego, jaki preparat dzieci dodatkowo otrzymywały

Ze słów dzieci i rodziców wynikało, że żywienie to, aczkolwiek różniło się jakościowo od tego, co dzieci otrzymywały w domu (na kolonji dawano dzieciom więcej mleka i jarzyn, a mniej mięsa, jajek i tłuszczu), ale ilościowo (w stosunku do liczby kalorii), prawie mu dorównywało.

Pokarmów nie przetrzymywano po ugotowaniu, aby nie obniżyć ich zdolności przyswajalnych.

„Calcitrin“ dawaliśmy 53 dzieciom w wieku od 7 do 14 lat po 3 miarki dziennie (miarka odpo-

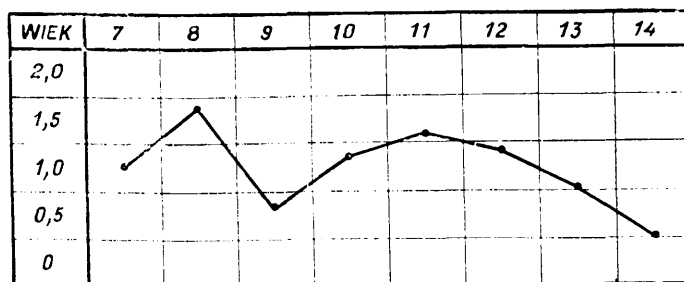
wiada mniej więcej 1 gr. preparatu) zaraz po jedzeniu i otrzymaliśmy wyniki o tyle zadawalające, że wszystkie dzieci preparat ten chętnie brały, żadnych ubocznych objawów żołądkowych przytem nie zdradzały i na oko poprawiały się szybko, z wyjątkiem trojga, które dały wynik negatywny.

Według informacji wytwórcy, Calcitrin ma mieć skład następujący: Phosphit, sole wapniowe i witaminy.

Ani składu tego, ani obecności w nim witamin tego lub innego gatunku nie kontrolowaliśmy, nie mając do tego ani odpowiednich środków, ani też urządzeń i pozostawiamy to właściwym fachowcom, tu zaś ograniczamy się do przedstawienia przyrostu wagi dzieci tej grupy, która otrzymywała Calcitrin.

Wiek	7	8	9	10	11	12	13	14
Przyrost wagi w kilogr.	3,0				1	2	1	
	2,5		2	1		1		
	2,0	2	1	1	2	2		
	1,5	1	3	2				
	1,0		1	1	5	1		1
	0,5	2		2		1		1
	0			4		1	3	2
	Liczba dzieci	5	7	10	7	5	10	3
Średni przyrost wagi	1,3 kg.	1,8	0,7	1,35	1,6	1,4	1,0	0,5

czyli graficznie się przedstawia to:



Ogółem 50 dzieci przybrały w sumie 62 kilo, co przeciętnie na 1 dziecko stanowi 1,25 kilo wagi.

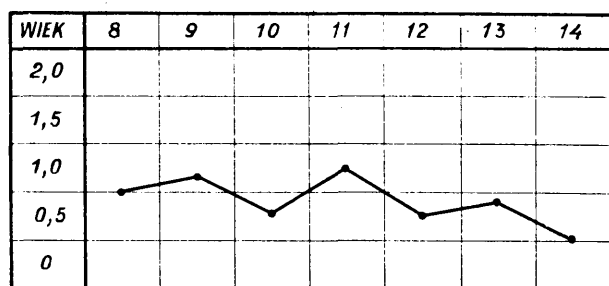
Emulsję tranową Scotta (2 razy dziennie łyżką stołową po jedzeniu) stosowaliśmy u 48 dzieci w wieku od 8 do 14 lat i tu zaznaczyć musimy, iż 6 dzieci preparatu wogóle nie znosiło i za-

padają na rozstrój żołądkowo-kiszkowy; po wyłączeniu z tej grupy 6 wzmiankowanych dzieci, podajemy wynik przyrostu wagi u reszty 42 dzieci, które, pomimo bardzo upalnych dni, Emulsję tranową względnie dobrze znosiły, co też wskazuje, iż zakorzenione u nas mniemanie, że letnią porą nie można dzieciom dawać tranu, nie jest uzasadnione.

Przyrost wagi u dzieci tej grupy przedstawia się w sposób następujący:

Przyrost wagi w kilogr.	Wiek	8	9	10	11	12	13	14
3,0			1					
2,5		1	1		1			
2,0		2			2	1	1	
1,5		1	1	1	2			
1,0		3	2	2	1		1	1
0,5		1	1		2		1	
0		3	2	2	1	2	1	1
Liczba dzieci		11	8	5	9	3	4	2
Średni przyrost wagi		1,0	1,2	0,7	1,3	0,7	0,9	0,5

czyli graficznie się przedstawia to:



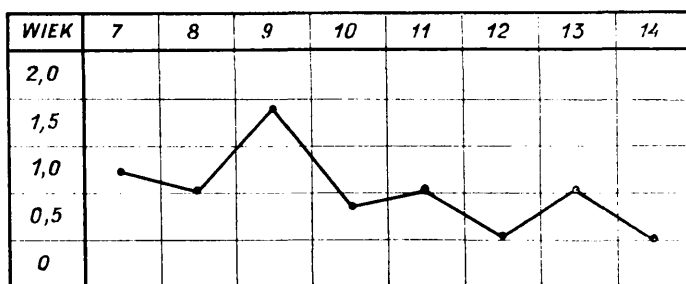
Ogółem 42 dzieci przybrało 37 kilo, czyli przeciętnie na 1 dziecko przypadło przyrostu wagi 0,9 kg.

Kefir (firmy K. Sigalina) dawano dzieciom po 1 butelce dziennie. Dzieci piły kefir chętnie i na ogół żadnych zaburzeń żołądkowo-kiszkowych nie miały.

Kefir otrzymywało 50 dzieci, które wykazały następujący przyrost wagi:

Wiek	7	8	9	10	11	12	13	14
3,0	1		1					
2,5		1	1					
2,0	2		2	1	1		1	
1,5	1	1	2		1		1	1
1,0	4	1		2	2	3	1	
0,5	3	1	2	2	1	1	2	1
0		1		2	1	2		
Liczba dzieci	11	5	8	7	6	6	5	2
średni przyrost wagi	1,3	1,0	1,7	0,7	1,0	0,5	1,0	0,5

czyli graficznie się przedstawia to:



Przeciętny przyrost wagi na jedno dziecko równa się 1,8 kgr.

Ekstrakt tranowy Ostelina przyjmowało 40 dzieci, z których dziewięć przerwało tę kurację z powodu objawów niestrawności; dzieci te ze statystyki wykreślamy; pozostaje 31 dzieci, które przybrały ogółem 23 kilo, czyli na 1 dziecko przeciętnie przypada 0,75 kilograma.

Jak przeto widzimy, dzieci, pomimo, iż znajdowały się w jednakowych warunkach klimatycznych, mieszkaniowych i na jednakowym wikcie, wykazały niejednakowy przyrost wagi w zależności od preparatu, jaki otrzymywały.

Największy przyrost wagi wykazały dzieci, które otrzymywały kefir, II miejsce zajmują dzieci, które przyjmowały Calcitrin, III-cie miejsce—Emulsję tranową; a IV miejsce—te, co dostawały Ostelinę.

Reasumując wyniki powyższych spostrzeżeń, możemy ustalić, iż:

I. Dzieci młodsze najsłabiej reagowały na Calcitrin (do 1,8 kg.) i kefir (1,7 kg.), mniej na

Emulsję tranową (1,2 kg.), a najmniej na Ostelinę (0,75 kg.).

II. Im wyraźniejsze były objawy krzywicy i zółtów u dzieci, tem szybciej i jaskrawiej występowała poprawa, zwłaszcza po Calcitrinie i Emulsji tranowej, a mniej po Kefirze i Ostelinie.

III. Najchętniej przyjmowały dzieci Kefir, nie sprzeciwiały się zażywaniu Calcitriny, niechętnie brały Emulsję tranową zwłaszcza w początkach (później oswajały się); bardzo niechętnie (z małemi wyjątkami) przyjmowały Ostelinę.

IV. Calcitrin i Kefir nietylko nie wywoływały żadnych zaburzeń w narządach trawienia w rodzaju zmniejszenia się apetytu, powstawania nudności, rozwolnienia i t. p., lecz, przeciwnie, zwłaszcza Calcitrin, naogół poprawiały łaknienie, czego nie można było powiedzieć o Emulsji tranowej, a szczególnie o Ostelinie.

V. Obserwacje ustaliły, iż samopoczucie i wygląd zewnętrzny u dzieci najszybciej poprawiały się jednak po Calcitrinie.

Przy tej sposobności uważam za swój obowiązek wyrazić uprzejmie podziękowanie D-rowi med. Szpinałowski i kandyd. medyc. Aronowi za ich współpracę i pomoc przy badaniach i obserwacjach dzieci, oraz akademickie pannie T. Lipszycównie, Kierownicze Kolonii letniej, za życzliwy stosunek, za pomoc przy ważeniu i obserwacji dzieci oraz ściśle przestrzeganie i skrupulatne wykonywanie zleceń co do odżywiania dzieci.

Jeszcze raz wyrażam swoje uznanie firmie „Ludwik Spiess i Syn“, „Scott & Bowne“, „K. Sigalina“ i „Sączewski“ za ich łaskawe i zupełnie bezinteresowne dostarczenie do naszej dyspozycji potrzebnych ilości preparatów do celów badawczych.

Wskazówki praktyczne.

— W nerwobólach i cierpieniach artrytycznych zaleca Gilemeister *Sinmodin* (laboratorium chemiczno-lekarskie w Schlachtensee pod Berlinem), roztwór *phenazonum phenylceinchononicum, trimethylxantinum i hexamethylen-tetramin-natrium orybenzolicum*. Działanie ma być szybkie i pozbawione wszelkich objawów ubocznych. Po kilku zastrzyknięciach otrzymywał G. wyniki lecznicze trwałe.

(Fortschr. d. Ther. 1927. Z. 3).

— Aby uniknąć działania ubocznego przetworów salicylowych (krwawienia, rumienie, obrzęki), obmyślił B ü r g e r kombinację wapnia z kwasem acetylsalicylowym, którą w postaci drażetek pod nazwą „*Agit*“ wyrabia fabryka chemiczna Heydena. Każda drażetka zawiera 0,135 kw. acetylsalicylowego i 0,09 wapnia. Wskazanie do stosowania „*Agitu*“ stanowią: 1) schorzenia gośćcowe, w których na pierwszy plan występują obrzęki zapalne; 2) cierpienia gośćcowe, którym towarzyszą krwawienia i 3) schorzenia septyczne z wysypkami pokrzywkowemi i krwawieniami kapilarnemi; 4) płasowica; 5) przypadki, w których salicyl sam źle jest znoszony przez żołądek; 6) przypadki, w których działanie kojące salicylu jest pożądane, ale zarazem istnieje obawa wywołania przezeń krwawienia (półpasiec, bolesne miesiączkowanie); 7) wrażliwe na salicyl osobniki, reagujące nań kolataniem serca (tachykardja); 8) zakażenia z dominującymi objawami wysiękowymi. Niezbędne w pewnych warunkach duże dawki salicylu mogą być stosowane pod postacią „*Agitu*“ i tam, gdzie czyste przetwory salicylowe w takich ilościach nie są znoszone.

(Fortschr. d. Therapie 1927. Z. 2).

— B a s c h chwali zastrzykiwanie domięśniowe *Anastilu*, rozpuszczalnego w wodzie przetworu gwajakolowego (fabr. Vial i Uhlmann), w zapaleniach oskrzeli grypowych, w niezycie oskrzeli cuchnącym, w rozszerzeniach oskrzeli; ropniach i gangrenie płuc, jako środek rozpuszczający wydzielinę oskrzeli, pobudzający wykrztuszanie a zarazem potęgujący łaknienie. Nad gwajakolem, stosowanym doustnie, mają zastrzykiwanie domięśniowe *Anastilu* tę wyższość, że nie wywołują utraty łaknienia, zaburzeń żołądkowych, wymiotów i t. d. Zastrzykiwania są niebolesne (podskórne wywołują bardzo bolesne nacieczenia). Dawka — 1 cm.3 dziennie w ciągu kilku (do 4-ch) tygodni.

(M. m. W. 1927. Nr. 3).

— Przeciwno gorączce siennej zaleca H a m m *diatermję*, którego działanie w tej chorobie tłumaczy wytwarzaniem się ciepła do 400 w błonie śluzowej nosa pod wpływem przechodzącego przez ustrój prądu zmiennego o wysokim napięciu. Ciepłota taka albo

niszczy mechanicznie osiadłe na śluzówce nosa pyłki, albo wywołuje zmiany chemiczne w jądzie pyłkowym. Skutek pomyślny występuje bardzo szybko, najpóźniej po 5 seansach, które stosować można codziennie. H a m m poleca swoją elektrodę, którą wprowadza do nosa, owinawszy ją przedtem paskiem plastra cynkowego. Pasek taki zamienia się za każdym razem ze względów aseptyki.

(Klin. Wochenschr. 1927. N. 12).

— K r e c k e stosuje z doskonałym skutkiem *szarą masę* w leczeniu zanokcicy. Masę ręczną rozsmarowuje się dosyć grubo na muślinie, którym owija się chory palec. Opatrunek taki pozostawia się na 8 dni bez względu na zaczerwienienie i ropienie. Już po upływie 24 godzin następuje znaczna ulga, ból ustaje. Autor od czasu stosowania tej metody leczniczej otrzymywał w ciągu 8 dni wyleczenie, ani razu nie zaszła potrzeba zdjęcia paznokcia.

(M. m. W. 1927. N. 2).

— Jako środek leczniczy w niezycie nosa a zarazem zapobiegawczy przeciwko grypie, stosuje B e s a r o v i c *masę* o składzie następującym: *Acid. carbol. liq.* 0.15, *Sol. Adrenal.* 10/100 gt. VI, *Anaesthesin.* 0.30, *Mentholi pur.* 0.30, *Acid. borobi* 1.0, *Vesclin. americ. viscos.* 15.0. Maścią tą smaruje się otwory nosowe kilka razy dziennie, a przedewszystkiem na noc. Żadnego podrażnienia śluzówki nosa, ani skóry noszrzy autor nie zauważył. Nawet dzieci znoszą masę bardzo dobrze.

(Med. Klin. 1927. N. 12).

— Odprowadzanie stulejki (*paraphimosis*), według S c h l a g i n t w e i t a, najlepiej wykonać można w sposób następujący: nakłada się gumowy bandaż E s m a r c h a na prącie, zaczynając od główki, która powinna być cała nakryta, aż do nasady; następnie czeka się 15 minut. Po zdjęciu bandaża napletek daje się ściągnąć bardzo łatwo. Zaciśnięcie bandaża powinno, w miarę posuwania się ku tyłowi, słabnąć i odpowiadać wrażliwości członka. Jeżeli nakładanie i ucisk bandaża sprawia silny ból, to zabieg wykonać należy w odurzeniu eterowem. Jeżeli obrzęk po zdjęciu bandaża zmniejszy się tylko częściowo, to należy natychmiast powtórzyć procedurę.

(M. m. W. 1927. N. 2).

— *Uśpienie skopolaminowo-eterowe* łączy H e l l e n d a l l z domięśniowemi zastrzykowaniami *lobelliny*: następuje po tem zwolnienie tętna, zwolnienie i pogłębienie oddechu, odlegmienie i poprawa wyglądu uśpionego Lobellina jest, zdaje się, odtrutką dla skopolaminy i usuwa niebezpieczeństwa narkozy.

(Ztbl. f. Gyn. 1927. N. 2).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej.

67-me posiedzenie kliniczne z dn. 16.XI 1926 r.

Przewodniczący: Prezes W. Róbin.

Sekretarz: J. Merenlender.

A) Pokazy chorych:

1) G. Bychowski. — *Omamy wzrokowe w przypadku ślepoty zupełnej.*

76 letni chory nie widzi zupełnie od 10-ciu lat (jaskra dokonana, zrośnięcie żrenicy). Przed rokiem wystąpiły omamy wzrokowe, przyczem stan psychiczny pozostał nietknięty. Omamy te należy uważać za objaw podrażnienia ośrodków korowych, przyczem tak późne ich wystąpienie wyjaśnić sobie można tylko hipotetycznie, być może, i przypuszczając wsteczne zwyrodnienie postępujące od obwodu (nerw wzrokowy), aż do tych ośrodków.

Rozprawa: A. Zamenhof, Higier.

2) H. Higier. — *Rzadka postać porażenia obwodowych.*

Dokładna analiza przypadku urazowego przerwania *art. et venae brachialis, n. mediani*. Zeszycie naczyń i nerwu. Powtórna kontrola operacji po kilku miesiącach. Ponieważ terytorjum znieczuleń i niedowładów na obwodzie znacznie przewyższa odcinek, odpowiadający uszkodzonemu nerwowi przyśrodkowemu, Higier omawia bliżej wszelkie nasuwające się możliwości (anomalje w przebiegu nerwu, anomalje anastomoz, predylekcyjność i zastępczość funkcjonalna nerwów, układ kablowy włókien w nerwie, diaschiza Monakowa, dyslokacja Vogta, fizjopatja Babińskiego i inn.), i zatrzymuje się głównie na koncepcji unerwienia przez *N. medianus* obok przynależnych mu odcinków skóry i mięśni jeszcze częściowo obrębu *N. ulnaris* — fakt, stwierdzony kilkakrotnie w okresie wojennym przez Foerstera i Kramera. Duży pas znieczulenia w obrębie przedramienia, Higier tłumaczy zwykłym przecięciem nerwu skórno (N. cutan. *antibrachii lateralis*) niezależnie od uszkodzenia głęboko położonych naczyń i nerwów. Nietylko ciekawy przypadek winien, zdaniem referenta, być dokładnie zbadany, ale i odwrotnie przypadek często staje się ciekawy, gdy został dokładnie zbadany.

Rozprawa: Bychowski (junior), Simchowicz, Higier.

3) P. Goldstein. — *Przyp. torakoplastyki w jednostronnej gruźlicy płuc.*

H. M. 29 l. chora od r. 1917. *Haemoptoe*. Pobyt w Zakopanem; poprawa, trwająca rok. W r. 1919 grypa, po której następuje pogorszenie. Odma lewostronna, dopełniana w ciągu roku; poprawa długotrwała. W roku 1925 znów znaczne pogorszenie, krwotoki. Ciepłota wysoka, dochodząca do 39°. Odmy wykonać się nie udaje wobec istnienia znacznych zrębów opłucnowych. Pobyt w sanatorium był bez rezultatu. Obfite laseczniczki w płwocinie. Rentgenogram wykazuje kilka dużych jam w środkowym płacie lewego płuca, zręsty opłucnowe; prawe płuco w stanie dobrym.

Wobec powyższego referent dokonał 11.VII 26 r. torakoplastyki, usunięcia dolnych 7-miu żeber. Rychłozrost.

11.VIII referent wykonał 2-gą część operacji, usunięcie górnych 4-ch żeber. Również rychłozrost.

Zdjęcie rentgenowskie, wykonane w 2 tygodnie po drugim zabiegu, wykazuje prawie całkowite zapadnięcie lewego płuca, w wierzchołku zaś trochę powietrza.

16.XI 26 r. Zdjęcie powtórne potwierdza dodatni wynik operacji, jam nie widać; ciepłota prawidłowa.

Chorej przybyło 5 kg na wadze. Pozostał lekki kaszel i bardzo skąpa płwocina. Stan ogólny doskonały.

B. Odczyt:

M. Płoński. — *Patogeneza nowotworów w świetle badań nowszych* (streszczenia nie dostarczono).

68-me posiedzenie klin. z dn. 30.XI 26 r.

Przewodniczący: M. Hertz.

Sekretarz: J. Merenlender.

1) Pokaz L. Abramowicza. — *Przypadek zwężenia przełyku (ezofagoscopia).*

Refer. przedstawia 36-letniego mężczyznę, u którego po przełknięciu niewielkiej ilości kwasu siarczanego powstało bliznowe zwężenie w części szyjowej przełyku. Łykanie pokarmów stałych

i półpłynnych niemożliwe, płynnych — b. utrudnione. Próby wprowadzenia zgłębnika na ślepo kończyły się niepowodzeniem. Statek ogólny chorego szybko podupał. Ezofagoscopia wykryła na głębokości 18 cm. od siekaczy górnych zanknięcie światła przełyku przez mocną bliznę z bocznie ułożonym niewielkim otworkiem prowadzącym jak się okazało, do światła przełyku.

Systematyczne rozszerzanie za pomocą rozszerzadeł Boucharda dało wyniki pomyślne; w ciągu miesiąca doprowadzono miejsce zwężone do szerokości, przepuszczającej 25-ty N. zgłębnika Boucharda; chory z łatwością łyka pokarmy płynne i półstałe. Od tygodnia bez żadnych przeszkód łyka pokarmy stałe.

Rozprawa: Lubelski, Róbin, Karbowski, Rogoziński.

2) Odczyt W. Róbin. — *O trudnościach rozpoznawczych w cierpieniach przewodu pokarmowego.*

Rozprawa: Dolkart, Goldstein, Szwarz, Adelfang, Higier, Kryński, Lubelski.

69-te posiedzenie klin. z dn. 14.XII 26 r.

Przewodniczący: H. Stabholz.

Sekretarz: J. Merenlender.

A. Pokazy chorych:

1) B. Chorażycki. — *Przypadek raka krtani o przebiegu łagodnym.*

Refer. przedstawia 54-letniego chorego, któremu przed 4 laty usunął zapomocą pętli zimnej polipa wielkości soczewicy o wyglądzie zwykłego włókniaka na szypule umiejscowionego na brzegu przedniej części prawej struny głosowej. Badanie drobnowidzowe usuniętego polipa (M. Abramowicz), wykazało budowę raka (Preparaty są demonstrowane przez refer.). 3½ roku głos chorego był zupełnie dobry. Przed ½ rokiem zgłosił się znów z chrypka; przy badaniu laryngoskopowym wykryto na tem samym miejscu znacznie większego polipa o wyglądzie główki kapusty, wielkości dużego grochu. Tym razem nie udało się usunąć pętla całego polipa.

Celem usunięcia podstawy jego użyto kleszczyków Schönmanna, przyczem wykrojono też pas przybrzeżny przedniej połowy struny, która i teraz jeszcze wykazuje nieduży ubytek. Badanie drobnowidzowe i tym razem wykazało budowę raka (M. Abramowicz). Chory ma głos dobry.

Refer. podkreśla łagodność przebiegu klinicznego danego przypadku, który nie wymaga dośćcennej operacji (wyluszczenia krtani nawet częściowego). Chory powinien tylko być pod stałą obserwacją lekarza.

W rozprawie głos zabierają: Karbowski i Dolkart.

2) L. Schlager. *Kilka ciał obcych w przewodzie pokarmowym.*

Demonstrowana chora połknęła podczas spożywania śniadania igłę. Prześwietlenie rentgenowskie obecności jakiegokolwiek ciała obcego w przewodzie pokarmowym nie stwierdziło. Dopiero po kilku dniach, gdy bóle brzucha nie ustawały, chora skierowana została do rentgenologa celem dokonania zdjęcia. Zdjęcie rentgenowskie wykazało obecność trzech igieł.

Według referenta nie powinno się przy poszukiwaniu ciał obcych w przewodzie pokarmowym ograniczać do prześwietlenia. Należy zawsze wykonywać zdjęcie, gdyż tylko zdjęcie (nie prześwietlenie) rentgenowskie decyduje o obecności ciała obcego w przewodzie pokarmowym.

3) B. Kryński. *Z kazuistyki ciał obcych w stawie kolanowym.* (Pokaz roentgenogramu).

Przypadek dotyczy szwu metalowego przy złamaniu rzepki. Szwu dokonano 28 miesięcy temu. Wskutek zmian chemicznych drut pękł na szereg części i obecnie przedostał się do mięśnia, wywołując obrzęk i ropienie.

B. Odczyt:

M. Lubelski. *O rzekomym zapaleniu wyrostka robaczkowego (pseudoappendicitis).* (Ukaże się w druku).

70-te posiedzenie klin. z 21.XII 1926 r.

Przewodniczący: W. Róbin.

Sekretarz: J. Merenlender.

A. Pokaz:

J. Merenlender. *Współistnienie kilaka ze zmianami drugorzędowymi.*

Przyp. dotyczy robotnika lat 25, który zakaził się przymiotem 4 lata temu. Przeszedł wtedy podobno 4 leczenia salwarsanowo-rtęciowe. Obecnie mokrąncę lepiej oraz rozpadły kilak (wielkości orzecha włoskiego) na skórze moszny.

R. Odczyt:

M. Szour. *Cholangitis paraluetica*. (Ukaże się w druku).

71 posiedzenie klin. z 18.I 1927 r.

Przewodniczący: H. Stabholz.

Sekretarz: J. Merenlender.

A. Pokazy chorych:

1) Grynkrut. — *Przyp. kamienia moczowodu, usuniętego po zastosowaniu diatermji.*

Referent demonstruje roentgenogramy (wykonane przed stosowaniem diatermji), wykazujące obecność kamienia w dolnym odcinku moczowodu. Wobec tego, że chory nie zgadzał się na zabieg operacyjny, referent zastosował leczenie diatermją. Po 1 seansie, bóle przy oddawaniu moczu ustąpiły; po 4 seansie chory poczuł, że kamień znajduje się w pęcherzu, wystąpiły też objawy podrażnienia pęcherza. Chory udał się do urologa celem usunięcia kamienia z pęcherza; podczas oddawania moczu kamień jednakże sam wyszedł.

Refer. tłumaczy odejście kamienia działaniem ciepłnem diatermji w głębi narządu moczowego, na skutek którego nastąpił rozkurek mięśni gładkich i wessanie się nacieków w moczowodzie, będących przyczyną zatrzymania kamieni.

Rozprawa: Datyner, Lebensbaum, Rubinrot.

2) A. Karczmar. *Wypadnięcie pochwy i macicy u noworodka.*

Rodzice dziecka zdrowi: matka rodziła 5 razy. Na trzeci dzień po urodzeniu się nastąpiło u dziecka wypadnięcie pochwy wraz z macicą; wypadnięcie daje się z łatwością odprowadzić z powrotem. Poza wypadnięciem narządów rodnych stwierdza się u dziecka porażenie obu kończy dolnych, wypadnięcie odbytnicy, rozszczepienie kręgosłupa (*spina bifida sacralis*), zrośnięcie trzeciego i czwartego palców prawej ręki.

Refer. omawia bliżej etiologję powyższego cierpienia (uwięzła przepuklina oponowa, zanik końca rdzenia, w szczególności splotu sromowego).

Rozprawa: Gleichgewicht, Lebensbaum.

B. Odczyt:

H. Adelfang. *O chorobach Köhlera*. (Ukaże się w druku).

Rozprawa: Rubinrot, Stabholz.

Sprawozdanie z działalności naukowej Zrzeszenia w r. 1926-tym.

W roku sprawozdawczym ogłoszono 20 odczytów i demonstrowano 31 przypadków.

A. Zamenhof: O nowoczesnych metodach badania dna oka z pokazem oftalmoskopu Gullstranda.

J. Bertrand: *Sur le neuro — arthritisme*.

R. Martin-Péridier: *L'indications de la cure de Vichy*.

L. Justman: Patogeneza i leczenie stanów zapalnych dróg żółciowych.

W. MatECKI: O zagadnieniu konstytucji psychofizycznej.

L. Anigstein: Rola pierwotniaków w patologii człowieka.

G. Bychowski: Z powodu 70-lecia prof. Z. Freuda.

M. Mayzner: Nosicielstwo prątków błonicych, a powstawanie odporności przeciwbłoniczej.

P. Goldstein: Sprawozdanie z VII-go międzynarodowego zjazdu chirurgów w Rzymie.

St. Klein i A. Sołowiejczyk: O splenektomji w chorobach narządów krwiotwórczych.

Z. Bychowski: Wieloogniskowe stwardnienie mózgu i rdzenia (*sclerosis multiplex*) jako najczęstsze schorzenie układu nerwowego.

S. Mintz: O cholecystografji.

G. Bychowski: O niektórych postaciach zaburzeń czynności płciowych.

J. Mackiewicz: O stosunku kliniki do likworologii.

M. Salamon: O modyfikacji określenia białka w płynach ustrojowych.

M. Płoński: Patogeneza nowotworów w świetle badań nowszych.

W. Róbin: O trudnościach rozpoznawczych w cierpieniach przewodu pokarmowego.

M. Lubelski: O rzekomem zapaleniu wyrostka robaczkowego (*pseudoappendicitis*).

M. Szour: *Cholangitis paraluetica*.

H. Adelfang: O chorobach Köhlera.

Demonstrowali w 1926 r.:

Abiamowicz, G. Bychowski, Chorażycki, Gelbfisz, Goldstein, Graber, Grynkrut, Higier, Karbowski, Karczmar, Kohan, Kleniecowa, B. Kryński, J. Kryński, Kurlandzki, Lubelski, Merenlender, Miszurski, Orzech, Schlager, Simchowicz.

Sekretarz: J. Merenlender.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych

Kolle. *Zagadnienia odporności w kile w świetle nowszych badań*. (Posiedzenie listopadowe r. ub. Zrzeszenie Lek. we Frankfurcie).

Odporności w kile nie można porównywać z odpornością w durze powrotnym, gdyż w tej chorobie ostrej wytwarzają się przeciwciała i powstaje czynna odporność, podczas gdy kila jest cierpieniem przewlekłym, które nie prowadzi do występowania przeciwciał. Do badań najbardziej nadaje się zakażenie królików, odtwarzające najlepiej pod względem biologicznym kilę ludzką. Badania wykazały, że poszczególne szczepy krętka kilowego różnią się w wywoływaniu odporności; nie należy jednak wysnuwać wniosku o istnieniu zarazka, mającego specjalne powinowactwo do układu nerwowego. K. występuje szczególnie przeciw pogładowi Wilmannsa, że leczenie kily zmienia własności krętka, zwiększając jego powinowactwo do narządów wewnętrznych, zwłaszcza do układu nerwowego. Badania, prowadzone we Frankfurcie, nie stwierdziły działania prowokującego salwarsanu na krętka kilowe.

Kolle zapomocą szczepienia gruczołów opracował metodę, pozwalającą wywoływać zakażenie u królików, świnek morskich, szczurów i myszy bez wytwarzania szankra. Tym sposobem udało się również wywoływać bezobjawowe zakażenie wtórne („Superinfektion“). Niewystępowanie szankra u ludzi, zakażonych kilą, wzg. z kilą wyleczoną jest tylko odpornością pozorną, możliwe bowiem jest zakażenie wtórne bez szankra.

(Kl. Woch. 1927, Nr. 12).

Heller. *Rokowanie w kile aorty na podstawie protokółów sekcyjnych*. (Posiedzenie grudniowe r. ub. Zrzeszenia medyc. wew. i pedjatrii w Berlinie).

H., opierając się na materiale autopsyjnym, obejmującym 11000 protokółów szpitali miejskich Berlina z lat 1920 — 1925, stara się wyświetlić, jak często syfilitycy zapadają na *mesaortitis lueticą* i jak często umierają z powodu bezpośrednich lub pośrednich następstw tego cierpienia. Zmiany kilowe aorty znaleziono w 3% przypadków sekcyjnych. W 1,6% cierpienie było przyczyną śmierci. Z pośród wszystkich przypadków kily aorty 32% były w wieku powyżej lat 60, 8,5% powyżej 70, 2/3 stanowili mężczyźni, 1/3 kobiety. Szczególnem jest, że połowa przypadków aneurysmatów i niedomykalności zastawek aorty nie wykazywała zmian kilowych. Biorąc pod uwagę częstości zakażenia kilą wśród mieszkańców Berlina, które oblicza się przeciętnie na 28%, H. dochodzi do liczb następujących: każdy 10-ty syfilityk ma szansę zachorować na kilę aorty, każdy 18-y — umrzeć z powodu tego cierpienia i każdy 53-y syfilityk ma szansę zachorować na to cierpienie przed 50-ym rokiem życia. Liczby te mają świadczyć, że krańcowy pesymizm co do częstości schorzeń naczyniowych u syfilityków i skracania się z tego powodu ich życia — jest nieuzasadniony.

(Kl. Woch. 1927, Nr. 12).

E. Meyer. *Sepsis lenta i dodatni odczyn Wassermanna*. (Posiedzenie grudn. r. ub. Tow. Lek. w Getyndze).

M. podnosi, że lekarze powinni pamiętać o występowaniu dodatniego odczynu Wassermanna w przebiegu *endocarditis lenta*. Statystyka kliniki w Getyndze wykazuje, że z 20 przypadków tego cierpienia w 7 odczyn kilowy był dodatni. M. przedstawia 21-letnią chorą — z *endocarditis lenta*, u której przedtem lekarz, na podstawie wybitnego odczynu WaR, mylnie rozpoznał kilę i zastosował energiczne leczenie swoiste.

V. Schilling. *Wzrost częstości przypadków niedokrwistości złośliwej.* (Posiedzenie styczniowe Berlińskiego Tow. Lek.).

W marcu 1925 r. na wniosek Magnusa-Lewyego Tow. Lek. w Berlinie rozpoczęło ankietę w Niemczech, mającą na celu ustalić, czy słuszne jest twierdzenie szeregów klinicystów o częstszym występowaniu niedokrwistości złośliwej w ostatnich latach. Zebrano 2820 przypadków i obliczono, że częstość zachorowań na niedokrwistość złośliwą wzrosła od r. 1915 trzy- i czterokrotnie w porównaniu z okresem przedwojennym. S. uważa, że gorsze warunki życia w okresie wojennym i powojennym, są źródłem szkodliwości zewnętrznych, przyczyniających się do częstszego zachorowania osobników specjalnie predysponowanych.

(Kl. Woch. 1927, Nr. 14).

L. J.

Krytyka Lekarska.

O właściwą miarę.

Czy medycyna, szczególnie praktyczna jej strona, czy uprawianie zawodu lekarskiego w dobrym pojęciu tych wyrazów, nie jako rzemiosło, jest nauką czy sztuką, — zagadnienie to zaprzęta umysły nie od dzisiaj. Nie ulega wątpliwości, że były czasy, gdy zawód ten uważany był li tylko za swego rodzaju kunszt, oparty na nieuchwytnych najczęściej podstawach. Z biegiem czasu, gdy medycyna stawiała się stopniowo częścią wielkiej nauki — biologii, praktyczne uprawianie medycyny stało się nie do pomyślenia bez uprzednich żmudnych studiów naukowych i bez posilkowania się przy łóżku chorego mnóstwem wiadomości mniej lub więcej ścisłych. Zawód lekarski żegluję od tam pod flagą nauki. Czy jednak przestał lub winien przestać być i sztuką? Oto sprawa, która dziś bardziej może jeszcze zasługuje na zastanowienie. Ostatnio jest ona, między innemi, gorąco roztrząsana na łamach pism niemieckich, a poświęcają jej sporo uwagi tacy luminarze, jak Sauerbruch, Goldscheider. Jest ona, zdaniem mem, na czasie i u nas mamy bowiem bez wątpienia te same, najczęściej wspólne z innymi lekarzami świata, a może prócz tego i własne niedomaganie.

Nie ulega wątpliwości, że bujny rozkwit medycyny, jaki datuje się od początku, zwłaszcza zaś od połowy ubiegłego stulecia, uczynił z medycyny naukę niezmiernie bogatą i coraz trudniejszą do objęcia.

Jeśli mowa tylko o medycynie praktycznej, związanej bezpośrednio z przynoszeniem ulgi cierpiącym, z lecznictwem, to dążenie do najściślejszego rozpoznawania chorób prowadzi do prób wyzyskania wszelkich możliwych wiadomości z dziedzin najbardziej napozór oddalonych. Już nie wystarcza samo tylko dokładne obejrzenie chorych, opukiwanie, obmacywanie i wysłuchiwanie — dążymy do poznania właściwości wydaliny, krwi, płynu mózgoworodzeniowego, staramy się dotrzeć z pomocą wzroku do niedostępnych doniedawna części wewnętrznych ustroju, wprowadzamy rozmaite substancje, by skontrolować zachowanie się względem nich ustroju i t. p. Są to t. zw. metody badania pomocnicze, gdy głównemi nadal zostają lub przynajmniej powinny zostać bezpośrednie metody badania fizykalnego. Powiadam „winny zostać“, gdyż czasy obecne zdają się temu do pewnego stopnia kłamać. Więzy, łączące lekarza bezpośrednio z chorym, zdają się ulegać coraz większemu rozluźnieniu. Główne sposoby badania zostają odsuwane na plan coraz dalszy, zamiłowanie zaś do badań pomocniczych wysuwa się coraz więcej na pierwsze miejsce. Odbiera się wrażenie, że w oczach wielu lekarzy współczesnych badania dotąd pomocnicze

nabrały wartości przeważającej, gdy badanie bezpośrednie chorego staje się czemś drugorzędnym. Niema wątpliwości, że w dzisiejszych czasach szalonego rozkwitu techniki i medycyna znajduje się pod wpływem ogólnego dążenia do zmechanizowania. Wiek samolotów, radja, maszyn do pisanja, liczenia i najbardziej złożonego wytwórstwa wyciska swe piętno i na medycynie praktycznej. Istnieją, z pewnością, wśród przedstawicieli świata lekarskiego i tacy, którzy spodziewają się, że i pod względem rozpoznawania chorób dojdziemy do sposobów poniekąd maszynowych. Takie przypuszczenia wypowiadał, podobno, zmarły niedawno Wassermann. Wystarczy tedy chorego poddać badaniu promieniami Röntgena i zanalizować pod wszystkimi możliwymi względami jego krew, wydaliny i wydzieliny, zmierzyć ciepłotę, ciśnienie krwi i określić przemianę materji, — by na zasadzie tych wyników rozpoznać chorobę, nie oglądając chorego. Skoro istnieją specjaliści, którzy na zasadzie szczególnych zmian na tęczówce rozpoznają wszelkie choroby ustroju, skoro wielkiem powodzeniem cieszą się inni specjaliści, dajnozujący jedynie na podstawie drobnego jakiegoś szczegółu, czemu nie mają być lekarze, których rozpoznanie oparte będzie na najściślejszych, napozór przynajmniej, badaniach naukowych? Pozostanie tylko zalecić ten czy inny specyfik patentowany, mający być skutecznym na rozpoznaną chorobę, i wynik nie powinien ulegać wątpliwości.

Jest w tym obrazie przyszłości zapewne sporo przesady. Życie jednak, niestety, uprawnia do obaw tego rodzaju. Mam wrażenie, że w chwili obecnej pracownia zaciążyła fatalnie nad naszym rozumowaniem lekarskiem, że odsunęła, z krzywdą nierzadko dla chorego, na plan dal-szy bezpośrednią obserwację przy łóżku chorego. Jesteśmy tak zasuggestjonowani szeregiem licznych metod badania ciśnienia krwi, wydzieliny, przemiany materji i t. p., że drobnutką zaledwie część naszej uwagi poświęcamy samemu choremu, jego skargom i wywiadom. Dochodzimy niemal do tego, że uważamy rozpoznanie choroby bez pomocy badań dodatkowych za zbyt proste, ergo conajmniej wątpliwe. Przeceniamy absolutną wartość poszczególnych metod badania i ich wyników i budujemy na nich rozpoznanie, które nie-raz bardzo dalekie jest od rzeczywistości, choć ma pozory całkowitej naukowości. Doszukujemy się najbardziej niewidocznych objawów w związku z wynikiem badań pracowniowych, podciągamy pod te wyniki cały zespół chorobowy, przeocząc przytem nierzadko sprawy najprostsze. Tak, na przykład, przeprowadzamy liczne badania w przypadku silnej niedokrwistości, przeocząc... krwawiące żyłki odbytnicy.

Nie chce być jednak źle zrozumianym i zastrzegam się przed posądzeniem, iżbym niedoceniał wartości pracowni, bez której nie wyobrażam sobie obecnie uprawiania zawodu lekarskiego, jak też nie mogę sobie już teraz wyobrazić medycyny praktycznej bez promieni Röntgena. Chcę tylko podkreślić, że właśnie najdokładniejsze badanie fizykalne, poprzedzone ściśle zebranymi wywiadami, winno dopiero skierowywać naszą uwagę w stronę tych czy innych badań pomocniczych, i że bynajmniej nie w każdym przypadku istnieje bezwzględna konieczność przerobienia największej liczby tego rodzaju badań. Inne rozumowanie równałoby się całkowitemu przekreśleniu wartości medycyny dotychczasowej, nie posilkującej się wprawdzie tak doniosłymi metodami pomocniczymi, jakie są naszym udziałem, a jednak mogącej się poszczycić genialnymi przedstawicielami, którzy potrafili świetnie rozpoznawać choroby i leczyć chorych. Nie ulega wątpliwości, że brak owych metod badania pomocniczego zmuszał lekarzy dawniejszych do jaknajdokładniejszej obserwacji, że ów właśnie brak zaostrzał zmysł spostrzegawczy lekarzy starszych pokoleń. To względne ubóstwo środków pomocniczych, zmuszające do jaknajściślej kontaktu z samym chorym, sprzyjało, prawdopodobnie, powstawaniu tego, co niektórzy lekarze i dziś jeszcze z dość dużą słuszością uważają za czynnik bardzo ważny i co nazywają intuicją lekarską, a co pospolicie zwykliśmy określać wyrazem „nos“. Wszak i dziś nieraz stoimy przy łóżku chorego niezdeterminowani, gotowi powodować się tym właśnie „nosem“ wbrew pozorom przekonującym danym naukowym badań pomocniczych. Czyż nie postępujemy w ten sposób, zalecając leczenie przeciwwymienne, czy przeciwkółowe wówczas, gdy wyniki badania pomocniczego zdają się wyłączać te cierpienia? Czyż nie ów „nos“ właśnie pcha nieraz do chirurga do dokonania zabiegu operacyjnego? Każdy doświadczony lekarz mógłby bez wątplenia przytoczyć niejedną przykłąd tego rodzaju. Tu już nie wystarcza sama pracownia i najświetniejsza znajomość badań pomocniczych. Ten swoisty zmysł le-

karski, u niektórych, rzecz jasna, rozwinięty więcej, u innych mniej, zależy od właściwości indywidualnych lekarza, rodzi się i rozwija tylko wskutek jaknajczęstszego kontaktu z chorym, dzięki dokładnemu poznaniu początku i dalszych losów ich choroby. Oto, gdzie medycyna praktyczna, nie przestając być nauką, wkracza w dziedzinę sztuki. Łóżko chorego musi być i będzie zawsze alfa i omega nauki i sztuki lekarskiej, pracownia jest i będzie niezbędnym uzupełnieniem.

Z poruszoną powyżej zagadnieniem łączy się niezmiernie ściśle sprawa leczenia chorych. Zmechanizowanie rozpoznawania znajduje swój odpowiednik w zmechanizowaniu leczenia. Mam tu na myśli to, co zupełnie nie harmonizuje z kardynalnym hasłem sztuki lekarskiej, według którego leczymy chorego, a nie chorobę. Dążenie do uproszczenia lecznictwa, pewne jego, jak już powiedziano, zmechanizowanie wraz z pozornym ułatwieniem w postaci zalecania coraz to nowych środków patentowanych — prowadzi do niedoceniań tak ważnego czynnika, jakim jest chory.

Bliski stosunek między chorym a lekarzem, prowadzący do większego indywidualizowania pod względem leczenia, staje się — prawda, niezawsze z winy lekarza — zjawiskiem coraz rzadszym. Operowanie kategoriami prostymi w postaci np. przepisywania wyjazdu choremu na serce do miejscowości koniecznej z naturalnymi kąpielami kwasowęglowymi lub choremu na wątrobę koniecznej do Karlsbadu i t. p., bez uwzględnienia jego warunków materialnych i nieraz bardzo uciążliwego pobytu w danym uzdrowisku w czasie sezonu — staje się wprost nalogiem i prowadzi niekiedy do smutnych wyników dla chorego.

Czyż nie należałoby pomyśleć o tem, by wyznaczyć pracowni właściwe jej, bardzo poczesne miejsce w medycynie, zaś chorego, jego indywidualność wysunąć znów na plan pierwszy?

M. G a n t z (Warszawa).

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Poradnictwo zawodowe z punktu widzenia lekarsko-pedagogicznego.

Podał

Dr. Zuzanna GODZIEMBA-MALESZEWSKA, Lekarz szkół miejskich (Warszawa).

Wstę p.

Zależność pracy ludzkiej od czynników psychofizjologicznych (Münsterberg, Omer, Buyse, Imbert) jest faktem stwierdzonym. Umiejętność zastosowania tych czynników, to jest skierowywanie zdolności danej jednostki odpowiednio do jej rozwoju umysłowego i ustroju fizycznego, jest zadaniem psychotechniki, lecz przede wszystkim celem psychotechniki jest określenie rozwoju zdolności.

Na podstawie określenia sprawności wszystkich

funkcyj fizjologicznych i psychicznych, t. j. inteligencji, cech moralnych, charakteru, wykazanych zdolności zawodowych, bądź do pracy fizycznej, bądź umysłowej, opiera się orientacja zawodowa czyli poradnictwo zawodowe, które ma znaczenie nie tylko ekonomiczne, lecz i społeczne.

Poradnictwo zawodowe w zrealizowaniu powinno wychodzić poza ramy wyłącznie tylko wydajności pracy, powinno mieć też na względzie interesy pracownika, wnikać w jego potrzeby duchowe i fizyczne.

Ułarte już hasło: na odpowiednim stanowisku — odpowiedni pracownik, czyli „odpowiednie miejsce dla każdego“¹⁾, przede wszystkim powinno być wzięte pod uwagę przy wyborze zawodu.

1) „James Hartmess: Les facteurs humains dans l'organisation du travail. (Paris, 1916, Dunod et Pinat).“

Zawód, odpowiednio obrany i zastosowany do zamiłowania, uzdolnień i sił fizycznych, uprzyjemnia pracę, czyni ją łatwiejszą do wykonania; zatem praca staje się doskonalszą, tem samem wydajniejszą i lepiej płatną; gdy tymczasem pracownik niezdolny do danego zawodu łatwiej się wyczerpuje, jest wystawiony na częstsze i groźniejsze wypadki przy pracy, która, mimo wysiłku z jego strony, jest mniej wydajną i mniej płatną, przez co wytwarza się typ pracownika niezadowolonego ze swego losu, zgorzkniałego, który obwinia społeczeństwo za swoje niepowodzenie. Jest to typ ujemny pracownika, który często powoduje w środowisku pracy niepożądany ferment i może być niebezpieczny; ten sam osobnik na odpowiednim stanowisku mógłby okazać się pożytecznym pracownikiem. A więc stwierdza się, iż na każdym miejscu powinien być odpowiedni osobnik, a któż lepiej, niż szkoła, która śledzi rozwój ucznia od dzieciństwa do jego lat młodzieńczych, może określić, jakie stanowisko będzie dla niego odpowiednie.

Widzimy więc, iż **poradnictwo zawodowe** jest ściśle związane ze szkolnictwem, racjonalne więc będzie wprowadzenie **poradnictwa zawodowego** do szkół, zwłaszcza w ośrodkach fabrycznych i przemysłowych oraz w większych miastach, gdzie rok rocznie kończą szkoły całe zastępy młodzieży płci obojga.

I.

Każdy kończący szkołę przede wszystkim zadaje sobie pytanie, jakiemu zawodowi powinien się poświęcić, do jakiego zawodu jest zdolny; przyczem nasuwa się również pytanie, jakiego uzdolnienia wymaga dana specjalność, t. j. czy dany osobnik posiada odpowiednie zdolności do obranego zawodu. Nie wystarcza też samo określenie uzdolnienia danego osobnika; należy go skierować do szkoły odpowiedniej, fabryki lub terminu, gdzie mógłby się wydoskonalić w obranej specjalności. A zatem widzimy, iż **poradnictwo zawodowe** obejmuje trzy obszerne działy:

1) Wybór zawodu. 2) Dobór czyli selekcję pracownika i 3) Pośrednictwo pracy. Działy te są ze sobą ściśle związane.

* * *

Wprowadzając do szkół **poradnictwo zawodowe**, należałoby zacząć od selekcji uczniów w poszczególnych oddziałach. Selekcja, podług **Paul-Boncoura**²⁾, jest jedną z form **poradnictwa zawodowego**, eliminując jednostki o nierównym poziomie i stosownie do uzdolnienia, kierując je do szkół odpowiednich. Selekcja w szkołach jest u nas sprawą nagłą, zwłaszcza wobec przepelnionych oddziałów, gdy często liczba uczących się przewyższa 50. W takich warunkach, czyż nauczyciel-wychowawca jest w stanie poświęcić czas swój jednostkom, wyróżniającym się z pośród ogółu czy to brakiem uzdolnienia, czy też opóźnionym w nauce lub wreszcie dzieciom ze złymi

instynktami, nie mówiąc już o anormalnych i ze zбочeniami umysłowymi, które, niestety, spotykać się zdarza wśród dzieci w szkołach.

Selekcja, eliminując jednostki te, jako element szkodliwy, ułatwi zadanie nauczycielom—wychowawcom, na czem zyskają również i pozostali uczniowie. Selekcja dotyczy się także wybitnie uzdolnionych, dla których też jest niezbędna **indywidualizacja nauczania**, co da się skutecznie przez tworzenie równoległych oddziałów³⁾ A, B i C, dla wybitnie uzdolnionych, normalnych i niedorozwiniętych. Nienormalni winni być skierowywani do szkół specjalnych, gdzie, przy zastosowaniu odpowiednich metod wychowawczych, dałoby się możność tym upośledzonym zająć się pracą zarobkową, by nie byli ciężarem dla rodziny i społeczeństwa.

W projekcie reorganizacji nauczania specjalnego: „Reorganisation de l'enseignement speciale dans les écoles à Bruxelles“ Dr. Demoor⁴⁾ dzieci niedorozwinięte, z punktu interesu szkół, dzieli na dwie główne kategorie⁵⁾:

- 1) opóźnione w nauce,
- 2) niedorozwinięte fizycznie, intelektualnie lub moralnie.

Pierwsze mogą zostawać w szkołach zwykłych w specjalnych oddziałach z zastosowaniem specjalnego programu, w zakresie 4-ich klas, t. j. wiadomości podstawowych, niezbędnych w celu dalszego kształcenia się w rzemiośle.

Dzieci zaś, należące do drugiej kategorii, powinny być umieszczane w szkołach specjalnych (lekarsko-pedagogicznych⁶⁾).

Widzimy więc, iż z punktu widzenia społecznego, powinna być przeprowadzona selekcja i wśród nienormalnych⁷⁾.

* * *

Poza selekcji uczących się, która poprzedza **poradnictwo zawodowe**, na terenie szkolnym wysuwa się równolegle problematyka **higieny zawodowej**, która troszczyć się winna o ochronę zdrowia zarówno jednostki, jak i mas pracujących, to jest winna otoczyć troskliwą opieką terminatora i praktykanta, tak, jak lekarz szkolny otacza opieką ucznia w szkole. Ze względów higienicznych należy bacznie śledzić, jaki wpływ wywiera dany zawód na zdrowie terminatora, czy nie jest on przeciążany nadmierną pracą, co może ujemnie wpłynąć na stan zdrowia w okresie dojrzewania i spowodować niepożądane zmiany w ustroju. Terminator powinien stale przebywać pod kontrolą lekarską, przez cały czas trwania nauki aż do jej ukończenia. Jedynie lekarz, odpowiednio przygotowany, nie instruktor pracy, powinien normować pracę terminatora oraz roz-

3) Na wzór Brukseli, gdzie dotąd, jak również w Genewie, niema szkół specjalnych, lecz klasy specjalne przy szkołach zwykłych. W Berlinie dla wybitnie uzdolnionych istnieje oddzielnie specjalna szkoła: Begabten Schule, a dla niedorozwiniętych szkoły t. zw. Hilfsschulen.

4) Reorganisation de l'enseignement speciale dans les écoles à Bruxelles. Les rapporteurs Dr. Demoor, Artur Nyns.

5) Ib. str. 3.

6) Ib. str. 6.

7) La sélection psycho-morale des anormaux par le Dr. Paul-Boncour, Progrès médical, 20 Octobre 1925. Paris, 41 rue des Ecoles.

2) La Fiche médicale et le Role du médecin en orientation professionnelle par les Drs. Laufer et G. Paul-Boncour. Publication du Progrès Medical Nr. 36/37 des 7 et 12 Septembre 1925. Paris, 41. Rue des Ecoles

strzygać o przydatności lokali na fabryki i pracownię, decydować o ich oświetleniu, wentylacji, asenizacji i t. p., zwłaszcza w małych przedsiębiorstwach, gdzie warsztaty zazwyczaj mieszczą się w suterrenach lub na strychach i urządzenia ich urągają najelementarniejszym wymaganiom higieny. Prywatne pracownię, jak krawieckie, kuśnierskie i inne, zatrudniające dziesiątki pracowników w pomieszczeniach ciasnych, ciemnych i niewentylowanych, powinny bezwarunkowo podlegać oględzinom specjalnych lekarzy higienistów na równi z lokalami fabrycznymi.

Również lekarz powinien kontrolować materiał obrabiany, sposób obrabiania i narzędzia pracy; dbać o ich unieszkodliwienie, wprowadzając środki ochronne i zapobiegawcze, jak np. maski dla szlifierzy i gisierów, okulary, rękawice, fartuchy i t. p., których zastosowanie musiałoby być obowiązujące.

II.

Przystępując do szczegółowego omówienia poradnictwa zawodowego w celu objęcia całości przedmiotu, przedstawic je można schematycznie w jego głównych zarysach w sposób następujący:

- 1) Selekcja uczących się.
- 2) Poradnictwo zawodowe, obejmujące:
 - a) Wybór zawodu,
 - b) Dobór czyli selekcję pracownika,
 - c) Pośrednictwo pracy.
- 3) Higiena zawodowa.

Ponieważ określenie uzdolnień opiera się na psychofizjologii⁸⁾, zatem przy wyborze zawodu musimy zwrócić uwagę nie tylko na uzdolnienie specjalne w obranym kierunku, na inteligencję i charakter ucznia, lecz także i na warunki fizyczne. Widzimy więc jak wielostronnym badaniom musi być poddany osobnik, przystępujący do wyboru zawodu. Badania przeprowadza się za pomocą specjalnych metod, stosowanych w psychologii i fizjologii i na mocy orzeczenia psychologa—pedagoga i lekarza—fizjologa skierowywa się danego osobnika do odpowiedniego zawodu. Cóż bowiem znaczyłoby stwierdzenie uzdolnienia w obranym kierunku, gdyby stan fizyczny nie pozwalał na poświęcenie się tej specjalności. I odwrotnie, brak odpowiednich właściwości psychicznych lub upośledzenie uzdolnień w danym kierunku, wykazane przez psychologa, mogą nie być miarodajne, jako spowodowane przejściowym stanem chorobowym. Weźmy np. tak często spotykany u dzieci brak skupienia uwagi lub osłabienie pamięci, co przy badaniu stwierdza psycholog; samo ujawnienie jednak powyższych objawów byłoby niedostateczne, przyczynę zatem określa lekarz, stwierdzając w bardzo wielu przypadkach u badanego osobnika niedostateczne wydzielanie dokrewne, wyrosła adenoidalne lub silną anemię, co, jak wiemy, wywiera wpływ ujemny na inteligencję; po przeprowadzeniu odpowiedniej kuracji i usunięciu przyczyny, powraca pamięć i uwaga. To też lekarz powinien mieć głos nie tylko doradczy przy wyborze zawodu, lecz decydujący. W wielu przypadkach wadliwej budowy pewne stany krzywicowe nie

pozwalają na oddanie się niektórym zawodom: np. przy bocznym prawostronnym skrzywieniu kręgosłupa stanowczo przeciwwskazany jest zawód stolarza, który, pracując, pochyla się całym ciężarem w prawą stronę, czem powiększa skrzywienie; przeciwnie, odchylenie kręgosłupa w lewą stronę w powyższym zawodzie nie tylko nie jest przeszkodą, lecz wpływa korzystnie, prostując odchylenie; przy skrzywieniu zaś kręgów szyjowych można zalecić zawód malarza pokojowego, gdyż przegięcie głowy w tył, pozycja zwykła przy pracy malarza pokojowych, koryguje skrzywienie⁹⁾. Przykładów podobnych można by przytoczyć bardzo wiele. Wiemy również, jak ważną rolę odgrywają w niektórych zawodach ostrość wzroku, słuchu, dotyku, powonienia. Wady organiczne lub osłabienie tych zmysłów, wyrażone w mniejszym lub większym stopniu, mogą być poważną przeszkodą przy wykonywaniu pracy. Niemniej ważne jest badanie układu nerwowego, narządów oddechowych, krwiobiegu, narządów trawienia i układu mięśniowego, gdyż niewielkie na pozór odchylenie od normy, przy nieodpowiednio obranym zawodzie może przejść w stan patologiczny.

Również duże znaczenie posiada dziedziczność, przebyte choroby w dzieciństwie i otoczenie, wśród którego wzrósł i przebywa badany. Wszystkie te czynniki powinny być wzięte przez lekarza pod uwagę, gdyż są one wskazówką, do jakiego zawodu może być skierowany uczeń bez szkody dla zdrowia, a równocześnie, żeby praca jego była jaknajbardziej wydajna.

Szczegółową kartę badania lekarskiego przy wyborze zawodu podają wyżej cytowani dr. Lauffer i dr. G. Paul-Boncour (Progrès Médical, Nos 36/37 Septembre 1925), Dr. Boris Noyer¹⁰⁾ oraz Lahey¹¹⁾. W języku polskim na podstawie Lahey, Krauera oraz Fontegnea dr. Jaroszyński zestawiał tablicę: „Przeciwwskazania oraz wskazania przy wyborze zawodu”.

Widzimy więc, że tylko wyniki, oparte na dokładnej znajomości budowy organizmu ludzkiego i fizjologii, dają możliwość ocenienia przydatności osobnika do danego zawodu. Lekarz na mocy pomiarów antropometrycznych¹²⁾ i oceny sprawności funkcjonalnej organizmu określa konstytucję indywidualną danego osobnika, zaznacza równomierność lub niezgodność między wiekiem życia i wiekiem fizjologicznym. Wiemy, że wiek nie zawsze odpowiada rozwojowi fizycznemu, nie jest więc obojętne, czy wiek fizyczny jest opóźniony, normalny lub przyspieszony w stosunku do wieku chronologicznego.

Istnieje cały szereg wskaźników, to jest stosunków pomiędzy poszczególnymi pomiarami budowy,

9) Powyższe przykłady zaczerpnięte z La Fiche Médicale et le Role du Médecin en orientation professionnelle par les Drs. Lauffer et G. Paul-Boncour, str. 23. Publication du progrès Médical 41, Rue des Ecoles Paris, 1925.

10) Le Médecin et l'orientation professionnelle des apprentis par le dr. Boris Noyer, Lyon.

11) J. M. Lahey, Directeur-adjoint à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, Chef du laboratoire de psychologie du Service de prophylaxie Mentale. Orientation professionnelle contre-indications médicales.

12) J. Joteyko: Antropometria w szkole. Rocznik Pedagogiczny, tom I. rok 1921. Książnica Polska. Warszawa 1923.

8) Omer Buyse. Le problème psycho-physique de l'apprentissage. Revue psychologique, vol. 3.1910. Bruxelles, str. 377—399.

np. wskaźnik Pigneta, który otrzymuje się, odejmując liczbę średniego obwodu klatki piersiowej w centymetrach i liczbę kilogramów wagi ciała od liczby wzrostu, wyrażonej w centymetrach; przyczem liczba poniżej 10-ciu jest cechą budowy bardzo silnej, powyżej zaś oznaką budowy stopniowo coraz słabszej. Tym sposobem mamy możność ustawienia badanych w szeregi. Pignet na podstawie wskaźników różni ludzi o budowie bardzo silnej, silnej, dobrej, średniej, słabej i bardzo słabej. Podział na odrębne kategorie ułatwia skierowywanie badanych na podstawie otrzymanych wyników na odpowiednie stanowisko, stosownie do typu budowy (Pignet), napięcia mięśniowego (Tandler), układu nerwowego lub wreszcie cech zasadniczych (Sigaua, Chailou, Mac Auliffe), zwłaszcza, iż pewnym typom budowy fizycznej odpowiadają pewne typy psychiczne¹³⁾ Matecki i Spielman¹⁴⁾ podają ścisły i niewód matematyczny istnienia współzależności między psychozą, a odpowiednią budową.

Psycholog, przystępując do badania inteligencji za pomocą testów, t. j. prób na mocy obliczeń z otrzymanych wyników, określa iloraz inteligencji¹⁵⁾, t. j. stosunek, jaki zachodzi między wiekiem życia, a wiekiem inteligencji; zdarzają się bowiem osobniki nad wiek inteligentne i odwrotnie niedorozwinięte — umyślowo, na co jednak wpływać mogą powyżej przytoczone przyczyny. Podług Laufera istotnie powinno się oceniać poziom umysłowy nie w stosunku do wieku chronologicznego, lecz w stosunku do ogólnego rozwoju. Jeżeli bowiem dany osobnik przedstawia niski poziom umysłowy i równocześnie ogólny jego rozwój fizyczny znacznie jest niższy od normalnego rozwoju dziecka w tym samym wieku życia, byłoby błędem decydować o ostatecznem ustaleniu poziomu jego umysłu: można jeszcze mieć nadzieję, że dziecko to rozwinie się z ukończeniem okresu dojrzewania.

Niemniejsze zaczenie od powyższych ocen przy wyborze niektórych zawodów posiada określenie charakteru, sfery uczuciowej, t. j. wartości moralnej osobnika badanego. Achile Delmas, wprowadza pięć cech następujących: aktywność, wrażliwość, dobroć, współczucie, pożyteczność i przez analizę osobnika badanego w stosunku do tego, w jakim stopniu cechy te zaznaczają się w mniejszej lub większej mierze, otrzymuje skalę duchowego rozwoju dziecka.

Widzimy zatem, iż przy wyborze zawodu przeprowadzenia badań lekarza-fizjologa i psychologa — pedagoga niesposób wyłączyć, gdyż badania te, uzupełniając się wzajemnie, dają nam możność jednocześnie z wyników całego zespołu określić wszechstronnie o sobie badanego, na mocy czego możemy odtworzyć jego istotny profil psycho—amatomo—fizjologiczny.

III.

Wybór zawodu polega na wyszukaniu odpowiedniego zajęcia stosownie do uzdolnień danego osobnika; każdy zaś zawód wymaga z kolei doboru

odpowiedniego osobnika, nadającego się do odnośnego zawodu, ażeby dany pracownik okazał się pożytecznym, czyli wymaga doboru t. j. selekcji pracownika, co pociąga za sobą konieczność wniknięcia w samą istotę pracy, uwarunkowania jej od wpływów zewnętrznych, a zatem wymaga przeprowadzenia ścisłej analizy pracy na podstawie fizjologii pracy i psychologii pracy.

* * *

Fizjologia pracy, zajmując się przede wszystkim badaniem ruchu wogóle w stosunku do czasu i ruchów profesjonalnych, t. j. ruchów zasadniczych, wykonywanych w każdym zawodzie w pozycji, wymaganej przez dany rodzaj pracy, czy to przy obsłudze maszyn, czy też ruchów przy pracy ręcznej, daje nam możność wniknięcia w samą istotę pracy. Fizjologia ruchów zawodowych, ujawniając wysiłek przy pracy, jako jej przejaw, występujący przy każdym ruchu, przez to samo jest regulatorem pracy, gdyż daje możność określenia normy, zapobiegając nadmiernemu wysiłkowi, czem chroni jednostki od wyczerpania, przyczyny wielu nieszczęśliwych wypadków, chorób, a nieraz i zupełnej utraty zdrowia.

Fizjologia ruchów ujmuje zarazem zawiły problem zmęczenia, zjawiska tak złożonego, natury biologicznej¹⁶⁾, na które składa się wiele różnorodnych czynników. Właśnie ta różnorodność postronnych czynników jest przyczyną trudności zbadania zmęczenia, czy to indywidualnego, czy też zawodowego przy pracy w różnych zawodach, oraz gałęziach przemysłu i handlu. Praca w tym kierunku może być owocna wówczas, gdy jest podjęta na podstawie badań ściśle naukowych. I tu jednak napotyka się trudności w wyborze metod badania, które mogłyby mieć praktyczne zastosowanie w przemyśle i handlu¹⁷⁾.

Rozpatrując znużenie, jako wynik wysiłku fizycznego czy też intelektualnego, przedewszystkiem należałoby przeprowadzić granice między naturalnym stanem zmęczenia, a zmęczeniem z przepracowania, sprowadzającym zmiany w funkcjach fizjologicznych ustroju. Na mocy stwierdzonych zmian fizjologicznych dałoby się wówczas określić stopień zmęczenia, przechodząc poprzez wszystkie jego fazy, poczynwszy od subiektywnego uczucia znużenia aż do wyczerpania; a także byłoby można je stwierdzić obiektywnie, opierając się na definicji zmęczenia, jako zmniejszenia zdolności do pracy (Lagrange). Ponieważ zmęczenie przejawia się subiektywnie i obiektywnie, możemy zatem posługiwać się metodami badań subiektywnymi i obiektywnymi i te ostatnie dzielimy na chemiczne i fizyczne¹⁸⁾. Nie wystarczy jednak badać zmęczenia poszczególnych funkcji w ustroju, należy bowiem pamiętać, że wszystkie funkcje zależne są jedne od drugich, a więc przy analizie zmęczenia nie można zapominać o równoległym przeprowadzeniu badań za pomocą metod syntetycznych¹⁹⁾.

13) Dr. Ernest Kretschmer: Körperbau und Charakter Berlin, Julius Springer, 1922. Wydanie 2-gie.

14) Typy psychofizyczne Kretschmera w świetle własnych badań. Nowiny Psychiatryczne. Kwartalnik. Rok III. 1926 r.

15) Grzegorzewska: Iloraz inteligencji w skali Bineta i jego diagnostyczne znaczenie. Szkoła specjalna. Kwartalnik. Rok I. Nr. 1 i 2, 1924 r. Warszawa.

16) Dr. Józefa Joteyko: La fatigue, str. 5. Paris. Ernest Flammarion, Editeur, 26 rue Racine.

17) Dr. Victor Dhers. Les tests de fatigue. Préface Henri Piéron, str. IX. Paris. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 1924.

18) Dr. Victor Dhers. Les tests de fatigue. Préface Henri Piéron, str. 15. Paris, 1924, Librairie J. B. Baillière et Fils, 1924.

19) Ib. str. 158.

Uczucie zaś zmęczenia pozostaje w zależności od zjawiska natury psychicznej²⁰⁾; świadomość zmęczenia, jak wiadomo, otrzymuje się w mózgu drogą nerwów czuciowych. Ilościowo stopień zmęczenia nie odpowiada w rzeczywistości temu, w jakim się znajduje stan fizyczny czy umysłowy, danego osobnika. Uczucie zmęczenia bywa czasami wynikiem złudzeń, podlega wahaniom (J o t e y k o) o różnym napięciu, a może być nawet niepostrzeżone subiektywnie. Względnie tylko zmęczenie możnaby ocenić ilościowo i jakościowo zmniejszeniem wykonanej pracy (gdyż zmęczenie postępuje szybciej niż praca²¹⁾) i od-

20) Dr. Józefa J o t e y k o. La fatigue, str. 92.

21) Dr. Józefa J o t e y k o. La fatigue, str. 161.

biciem na zdrowiu danego osobnika, jak to nadmieniono wyżej.

Również trzeba się liczyć z faktem, że nie u wszystkich zmęczenie i potrzeba odpoczynku występują z jednakową siłą: jest to zależne od mniejszej lub większej wrażliwości danego osobnika, spotyka się bowiem osobników obdarzonych siłą woli, pozwalającą zapanować nad zmęczeniem, t. j. osobników, obdarzonych wytrzymałością, czyli odpornością indywidualną na zmęczenie²²⁾. Są to jednak zagadnienia natury psychicznej i jako takie dotyczą właściwie psychologii pracy.

(Dok. nast.).

22) Dr. Józefa J o t e y k o. La fatigue, str. 97.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 5 b. m. upłynęło sto lat od daty urodzenia wielkiego dobroczyńcy ludzkości — Józefa L i s t e r a, twórcy metody przeciwnego opatrywania ran. Chociaż w następstwie antyseptyka ustąpiła miejsca aseptyce, jednak wielkie odkrycie L i s t e r a po wsze czasy stanowić będzie epokę w dziejach medycyny.

— Nowy Zarząd Krakowskiego Okręgu Związku Lekarzy Państwa Polskiego wydał następującą odezwę:

Wolny zawód lekarski, wypełniający szczytne zadania humanitarne i doskonalący się drogą szlachetnego współzawodnictwa, zagrożony jest u swych podstaw. Stoimy wobec niebываłego upadku autorytetu, jakoteż obniżenia zawodowego stanowiska lekarza.

Stosunki powojenne powodujące zubożenie społeczeństwa, sprowadziły potrzebę ułatwienia niezamożnemu ogółowi możliwości korzystania z jak najlepszej opieki lekarskiej. Jednakże drogi, po których poszło wykonanie tej zasadniczo słusznej myśli, okazały się po kilku latach błędne.

Zle następstwa domagają się gwałtownie rewizji tych fałszywie obranych dróg w interesach chorych, zawodu lekarskiego i nauki medycznej. Szerzące się coraz bardziej niezadowolenie publiczności leczonej w kasach chorych, które znajduje wyraz w mnożących się głosach prasy, nie pozwala dłużej milczeć ogółowi lekarskiemu i biernie wyczekiwać dalszych wypadków.

System odhywania wizyt lekarskich, zmuszający przepracowanych lekarzy do mechanicznego wykonywania ordynacji, bez możliwości indywidualnego traktowania chorych (na dwie godziny pracy przypada załatwienie 30 — 40 chorych), musiał przynieść rozczarowanie i nieda się niczem uzasadnić. Tentencja prowadzenia działu leczniczego na zasadzie nie racjonalnej w tym wypadku oszczędności, nie pozwala dostatecznie uwzględnić wartości doświadczenia lekarskiego i specjalistycznych kwalifikacji, a niedomagania te, nie mniej groźne jak poprzednie, podcinają wiarę chorych w skuteczność leczenia kasowego, budząc zarazem nieufność społeczeństwa do wykonawstwa lekarskiego wogóle.

Z tych źródeł płynie niestety uprzedzenie publiczności do szukania porady lekarskiej, co ułatwia rozwijanie się partactwa i lekceważenie spraw zdrowia. Fakty te w swoich następstwach zdołały już fatalnie zaciążyć nad podstawami bytu stanu lekarskiego i grożą zniszczeniem naturalnych warunków jego rozwoju.

Doświadczenie dotychczasowe wykazało najdowodniej, że biurokratyczny sposób ordynowania i przymus zamiast swobodnego wyboru porady lekarskiej, nie odpowiada potrzebom chorych, pociągając za sobą nieuchronnie obniżenie poziomu sztuki i nauki lekarskiej, a podrywając zaufanie w skuteczność leczenia, godzi w podstawy zabezpieczenia zdrowia społecznego.

Obok tych faktów, także inne postulaty związane z obroną zawodowych interesów stanu lekarskiego nawołują do uczynienia Związku Lekarzy Państwa Polskiego silną, zwartą i skupiającą wszystkich organizacją. Skuteczne dążenie do celów wytkniętych w programie najbliższego działania, musi stać się obowiązkiem zrzeszenia, które w interesie wszystkich lekarzy chce bronić podstawowych warunków pracy zawodowej i spełnienia swoich zadań wobec społeczeństwa.

Program obejmuje następujące punkty:

- 1) Dążenie do *zjednoczenia wszystkich lekarzy w jednej organizacji zawodowej.*

- 2) Gruntowną reorganizację systemu leczenia w kasach chorych.
- 3) Ograniczenie świadczeń ze strony kas chorych do warstw istotnie tego potrzebujących.
- 4) Zabezpieczenie praw lekarzy, nabytych długoletnią pracą w kasach chorych, z chwilą ich reorganizacji.
- 5) Zapobieganie wkraczaniu zakładów kas chorych i szpitali w zakres praktyki prywatnej.
- 6) Wprowadzenie w czyn ustawowego określenia kwalifikacji specjalistów na zasadzie opinii *Wydziałów lekarskich* i w porozumieniu z Izłą lek.
- 7) Uregulowanie sprawy lekarzy dla urzędników państwowych.
- 8) Wprowadzenie przedstawicieli stanu lekarskiego do rządowych i samorządowych komisji oznaczających ciężary podatkowe.
- 9) Zorganizowanie biura pomocy prawnej, służącej interesom lekarzy.
- 10) Wystąpienie przeciw zamierzonej budowie szpitali pozostających w wyłącznym zarządzie kas chorych w miastach uniwersyteckich, ze względu na to, że w następstwie ich powstania kliniki zostaną pozbawione chorych, a tem samem możliwości należytego kształcenia przyszłych lekarzy i szkolenia specjalistów. Natomiast pomnożenie łóżek, przedewszystkiem w zakresie chirurgii, położnictwa i psychiatrii, jest potrzebą palącą i dotyczące zabiegi klinik i szpitala św. Łazarza, będą najenergiczniej poparte.
- 11) Zmiana stawek taryfy celnej dla przyrządów i leków niedających się zastąpić wyrobami krajowymi.

Zarząd Okręgu Krakowskiego Związku Lekarzy P. P.

Doc. U. J. Dr. Józef S z y m a n o w i c z, prezes.

Doc. U. J. Dr. Marcin Z i e l i ŋ s k i, wiceprezes.

Dr. Tadeusz P a w ł a s, skarbnik.

Dr. Franciszek Ł u k a s z e y k, sekretarz.

Członkowie Zarządu:

Dr. Adam A c k e r m a n. Dr. Maurycy E p s t e i n.

Dr. Jan L a n d a u. Dr. Jan W a l k o w s k i. Dr. Bruno W o y c i e c h o w s k i.

— Zarząd Obwodu Związku Lek. P. P. w Końskich nadesłał nam następujący komunikat: W uzupełnieniu odezwy naszej (patrz „Warsz. Czas. Lek.“ Nr. 2, 1927). Komunikujemy, że miała ona na celu jedynie wywołanie dyskusji i poddanie rewizji niektórych tez i metod naszego Związku i że, pozostając nadal Karnym Obwodem Związku, chcemy wzmocnić podstawy jego jednolitości i siły.

Końskie, dnia 2 kwietnia 1927 r.

Za Zarząd Obwodu:

(—) Dr. W y l e ż y ŋ s k i.

— Komitet organizacyjny 1-go Ogólnego Zjazdu Lekarzy słowiańskich nadesłał nam z prośbą o wydrukowanie następującej odezwy:

Jak wiadomo z poprzednich sprawozdań, umieszczonych w naszych pismach lekarskich, na skutek zaproszenia przez Lekarskie Towarzystwo Jugosłowiańskie, na podstawie uchwały delegatów naszych Towarzystw Lekarskich i Wydziałów Lekarskich uniwersyteckich zebranych w lipcu 1925 r. w czasie Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w Warszawie, została wybrana delegacja na zjazd delegatów lekarzy słowiańskich w Dubrowniku (wrzesień 1925 r.), w Belgradzie (wrzesień 1926 r.) i w Pradze (grudzień 1926 r.), gdzie ostatecznie

przyjęto statut Wszechrówniańskiego Związku Lekarzy. Zatem Związek Lekarzy Wszechrówniańskich już istnieje; do tego Związku należymy i my Polacy.

Według przyjętego statutu w każdym państwie słowiańskim powstają Związki Krajowe, Statut tego Związku przez nas wypracowany jest już przez Władzę naszą zatwierdzony. W myśl tego Statutu praca już rozpoczęta.

Delegacja nasza oprócz upoważnienia do utworzenia takiego Związku, miała polecenie drugie, które otrzymała tak od zebranych w Warszawie reprezentantów Towarzystw i Wydziałów lekarskich, jak i od Rządu, by się starała, aby I-szy Zjazd Lekarzy Słowiańskich odbył się w Warszawie.

I to się stało. — Zebrane delegacje lekarzy słowiańskich w Dubrowniku, Belgradzie i Pradze przyjęły jednomyślnie zaproszenie delegacji polskiej na Zjazd w Warszawie, dając jej zupełne pełnomocnictwo co do czasu, jak i tematów naukowych z zastrzeżeniem, że Zjazd ma się odbyć w 1927 r.

Toteż przy pomocy Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego na zebraniu delegatów Wydziałów lekarskich, towarzystw naukowych i społeczno-zawodowych lekarskich, zawiązał się Komitet Organizacyjny Zjazdu i Komitet Gospodarczy.

Prace są w pełnym toku; wkrótce ogłosimy dokładny program Zjazdu, a dzisiaj zawiadamiamy, że Zjazd ten odbędzie się w dniach 26, 27, 28 i 29 maja r. b. w Warszawie, a więc tuż przed Międzynarodowym Zjazdem Medycyny i Farmacji Wojskowej.

Na ten I-szy Ogólny Zjazd Lekarzy Słowiańskich zapraszamy Szanownych Kolegów, by w dniach Zjazdu, tak na posiedzeniach naukowych, jak i na zebraniach towarzyskich zapoznali się z przybyłymi kolegami z innych krajów słowiańskich i nawiązali serdeczne koleżeńskie stosunki.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:

(—) Prof. Dr. A. Gluziński.

Sekretarz Generalny Komitetu:

(—) Prof. Dr. F. Czubański.

— Oddział Wileński Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego zawiadamia, że V doroczne Zebranie Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego odbędzie się w dniach 5 i 6 czerwca b. r. w Wilnie.

Sekretarz (podpis nieczytelny).

— Wydział zdrowia publicznego Magistratu m. st. Warszawy podaje do wiadomości, iż, celem umożliwienia p. p. lekarzom zgłaszania wypadków chorób zakaźnych w godzinach poobiednich, zostały zorganizowane w biurze wydziału zdrowia publicznego przy aparacie telef. Nr. 311-88 dyżury od godz. 15 m. 30 do 21 m. 30.

W godzinach od 8 m. 30 do 15 m. 30 zgłoszenia przyjmują, jak dotychczas, urzędy sanitarne odnośnych okręgów (w-g miejsca zamieszkania chorego).

Naczelnik wydziału Bogucki.

Kierownik biura (podpis nieczytelny).

— W Poznaniu pod redakcją Dr. Kazimierza Brossa zaczęło wychodzić nowe pismo lekarskie pod nazwą: „Medycyna Praktyczna”. Zeszyt 1 — 3 zawiera zbiór prac, wygłoszonych na „Wieczorach Lekarskich”, zainicjowanych przez kol. Brossa. Poza tem znajdujemy tu przegląd polskiej prasy lekarskiej za r. 1926, zapiski lecznicze oraz protokoły Poznańskich wieczorów lekarskich od dnia 4.VI.1926 do 7.XII.1926 r. Całość robi wrażenie bardzo dodatnie i z pewnością powitana zostanie przychylnie przez kolegów.

— Włoskie Towarzystwo podróźnicze „Enit” organizuje w ro-

ku bieżącym — od 12 do 27 września — czwartą wycieczkę naukową mającą na celu poznanie włoskich miejscowości kąpielowych i klimatycznych, pod przewodnictwem prof. Guido Ruata. Zwiedzone zostaną: Montecatini (punkt zborny), Monsumano, Chiamiano, Fiuggi, Castellamare, Sorrento, Capri, Agnano, Taormina, Acireale i Palermo. Podróż 1-ą klasą kolei oraz statkiem specjalnym wraz z utrzymaniem i mieszkaniem kosztować będzie 1700 lirów. Od granicy włoskiej do Montecatini oraz z Palermo do granicy włoskiej podróż po cenach znizowanych. Każdemu uczestnikowi lekarzowi może towarzyszyć jedna osoba z rodziny, tak jednak, aby liczba osób towarzyszących nie przekraczała 1/4 osób zapisanych. Liczba miejsc oznaczona została na 150. Zapisy do 15 lipca r. b. przyjmuje: Ente Nazionale Industrie Turistiche (Enit), Via Marghera, Roma.

— Staraniem Komisji Przemysłowo-Lekarskiej przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich w Warszawie wyszła książka p. t.: Środki lecznicze wyrobu krajowego. Jest to przegląd wytwórczości krajowej na polu przemysłu farmaceutycznego, podany w formie dogodnej z uwzględnieniem niezbędnych danych. Każdy środek posiada rubryki następujące: nazwę, firmę, wygląd, wskazania, skład, sposób stosowania oraz nazwy preparatów zagranicznych, jakie dany środek zastępuje. Wszystkie środki podzielone zostały na 22 grupy według wskazań i ułożone w porządku alfabetycznym. Pożyteczne to wydawnictwo winno znaleźć się w rękach każdego lekarza.

NADESŁANO DO REDAKCJI.

— S. Rubinrot. O stosowaniu rentgenodjagnostyki i rentgenoterapii z uwzględnieniem najnowszych zdobyczy nauki na tem polu. Nakł. Kasy Chorych m. Warszawy. 1926.

— Tenże. Rentgenoterapia wola i choroby Basedowa. Odbitka z Polsk. Przegl. Chir. T. V z. IV. 1926.

— Tenże. Przyczynki do leczenia promienicy. Odbitka z Kwartaln. Szpita. Starozak. 1926.

— Dziennik Zarządu m. st. Warszawy. Nr. Nr. 16—18. Luty 1927.

— S. Higier. Das auriculo-temporale Syndrom und seine Pathogenese. Odb. z „Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.“ B. 106. H. 1/2. 1926.

— H. Higier. Przymiot wrodzony oraz alkoholizm dziecięcy a neuropsychopatie dziecięce. Odb. z „Polsk. Gaz. Lek.“ 1926. Nr. 43.

— St. Konopka. Sprawozdanie z działalności biblioteki Oficersk. Szkoły Sanit. za rok 1926. Warszawa, 1927.

— League of Nations. International Health Year-Book 1925.

— Thomas Janiszewski. L'importance Sociale de la Santé. Odb. z Revue Internationale de Sociologie, 1926.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 2, na str. 49, szpalta lewa, wiersz 6 od dołu — zamiast: praca — powinno być: energia; na str. 51, szpalta prawa wzór powinien być:

$$Q = \frac{s \cdot h \cdot r^4}{\eta \cdot l}$$

na teży stronie, szpalta prawa, wiersz 25 od dołu, po wyrazie: rurach — opuszczono: o średnicy małej,

na teży stronie, szpalta prawa, wiersz 34 od dołu — zamiast: obliczen, powinno być: obliczeniem.

TREŚĆ: W. H. MELANOWSKI. Współczesny stan nauki o jaskrze i jej leczeniu. — M. TRAWIŃSKI. Leczenie złamań kości promieniomiej w miejscu typowym na podstawie własnych spostrzeżeń. — J. RUTKOWSKI. Uodparnianie miejscowe stawów. — S. BAUPRUSAKOWA i L. PRUSSAK. O przepuszczalności osłonkowej barjery nerwowej w chorobach umysłowych i nerwowych. (Dokoń.) — ST. KRAMSZYK. Patogeneza i leczenie astmy oskrzelowej w świetle badań najnowszych (Streszcz. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — M. PEKER. Obserwacje porównawcze nad działaniem niektórych środków odżywczych na wątę dzieci. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. GANTZ. O właściwą miarę. — Z. GODZIEMBA-MALESZEWSKA. Po-radnictwo zawodowe z punktu widzenia lekarsko-pedagogicznego. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: W. H. MELANOWSKI. État actuel de l'étude de glaucome et de son traitement. — M. TRAWIŃSKI. La thérapie des fractures du radius au lieu de prédilection basée sur l'expérience personnelle. — G. RUTKOWSKI. L'immunité locale des articulations. — S. BAUPRUSAK et L. PRUSSAK. Sur la perméabilité de la barrière centrale nerveuse dans les maladies mentales et nerveuses (fin). — ST. KRAMSZYK. La pathogenèse et la thérapie de l'asthme bronchiale au point de vue de la science moderne (rév. gén.). — M. PEKER. L'observation comparée à propos de l'action des certains moyens alimentaires vis-à-vis des enfants chétifs. — M. GANTZ. Pour la mesure appropriée. — S. GODZIEMBA-MALESZEWSKA. Les conseils concernant le choix des métiers au point de vue médico-pédagogique.