

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. 15

WARSZAWA, 30 WRZEŚNIA 1927 R.

Rok IV.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddziału chor. wewn. Szpitala Dz. Jezus w Warszawie.
(Ordynator: Dr. J. SKŁODOWSKI).

O leczeniu cukrzycy insuliną*).

Podali

A. W. KAPLAN (Warszawa) i J. KONOPNICKI (Warszawa).

W poprzedniej pracy o insulinie ¹⁾ podaliśmy ogólną ocenę tego środka i metodykę stosowania go w praktyce. Dalsze, trzyletnie doświadczenie potwierdziło zasadniczo nasze poglądy i pozwoliło pogłębić je i rozszerzyć.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie w krótkości zasad leczenia cukrzycy, stosowanych obecnie na oddziale. Ponieważ leczenie chorych, u których wystarcza jeszcze sama djeta, nie uległo szczególnym zmianom od czasu wprowadzenia insuliny, mowa będzie poniżej prawie wyłącznie o przypadkach, jeśli się tak można wyrazić, insulinowych. Zasad wspomnianych staramy się, o ile się da, trzymać i dalej u chorych, którzy już opuścili szpital, a także w praktyce prywatnej. Założenie nasze i wnioski z nich wynikające, przeważnie nie są nowe ani oryginalne, niemniej przeto oparte są przedewszystkiem na doświadczeniu własnym, na które w miarę potrzeby będziemy się powoływać.

Dziś po kilkuletniej próbie można już śmiało powiedzieć, że, chociaż insulina nie leczy cukrzycy, lecz zapewne tylko zastępuje brak hormonu trzustkowego, to jednak z odkryciem jej rozpoczął się nowy okres w historii tej choroby. Wzbogacając potężnie terapię, środek ten poprawił o wiele rokowanie w cukrzycy, pozwalając przedłużyć niejednemu choremu życie i przywrócić mu zdolność do pracy. Umiejętnie stosowany, nie daje ubocznych objawów szkodliwych, nie powoduje przyzwyczajania i może być stosowany stale.

Wynika stąd, że i podział cukrzycy według skali jej ciężkości, liczyć się dziś musi z większą lub mniejszą podatnością na działanie insuliny.

Dawniej wszystkie przypadki, w których z pomo-

cą diety, możliwej do zachowania przez czas dłuższy, nie udawało się poprawić gospodarki węglowodanowej i odkwasie chorego, poczytywane były za bardzo ciężkie, niemal stracone. I dziś również uważamy je za poważne, wiemy jednak, że w pewnej ich liczbie można jeszcze osiągnąć skutek pożądany przy pomocy insuliny.

Przypadki, w których sama djeta okazuje się niedostateczna, a w takich tylko poza wyjątkami usprawiedliwione jest użycie insuliny, podzielić można na dwie grupy²⁾.

Do grupy pierwszej zaliczyć można przypadki ze znacznym nieraz cukromocem i wybitną ketonurją, gdzie przy ograniczonej diecie i insulinie, udaje się osiągnąć równowagę i utrzymać ją przez czas dłuższy, a nawet podnieść z biegiem czasu tolerancję węglowodanową i ogólnie kaloryczną. Wtedy przy tej samej ilości insuliny, chory zaczyna znosić coraz to większe ilości pokarmów, albo przy tej samej diecie wymaga coraz mniej insuliny. O ile poprawa idzie jeszcze dalej, można u takich chorych przy ograniczonej diecie czasowo zupełnie odstawić insulinę lub też ograniczyć się do stosowania jej 2 — 3 razy w tygodniu. Chorzy tego rodzaju zdolni są do pracy i nadają się do okiesowego leczenia insuliną.

Podobne postępowanie proponował w swoim czasie u wszystkich djabetyków Chabanyer. Dziś na podstawie własnego doświadczenia sądzimy, że sposób ten nadaje się do stosowania tylko u wyżej wspomnianego typu chorych. Należy przypuścić, że trzustka posiada u nich jeszcze pewną ilość wysepek Langerhansa, zdolnych do produkcji hormonu. Racjonalne leczenie, odciażając trzustkę, sprzyja zachowaniu pozostałych wysepek, a może nawet i częściowej regeneracji. Teoretycznej możliwości podobnej regeneracji dowodzą badania doświadczalne nad zwierzętami Coppai i Barclaya³⁾ oraz prace histopatologiczne Hoppe-Seylera⁴⁾.

2) Wygłoszone na posiedzeniu klinicznym Tow. Medycyny Społecznej, podczas dyskusji nad odczytem dra Landsberga o insulinie dnia 27.III 1926 r. (patrz „Warsz. Czas. Lek.” 1926, Nr. 5, str. 241).

3) J. of med. Res. 1923.

4) Hoppe-Seyler, Heesch u. Weller: Ueber die chemische Zusammensetzung des Pankreas bei Krankheiten usw. Deut. Arch. f. Klin. Med., luty 1925 r. Bd. 146, H. 2, 4.

*) Referat zgłoszony na VII Zjazd Internistów Polskich w Poznaniu.

1) „Insulina w praktyce”. Warsz. Czas. Lek. 1925, Nr. 3.

Drugą grupę stanowią przypadki, w których chorego udaje się dzięki insulinie i skąpej djecie odcuci i utrzymać w pewnej równowadze, lecz równo waga ta jest bardzo chwiejna. Początkowa poprawa nietylko nie postępuje naprzód, lecz przeciwnie tolerancja chorego z biegiem czasu zmniejsza się. Chcąc chorego utrzymać w równowadze zmuszeni jesteśmy podwyższać dzienną dawkę insuliny poza zwykłe granice, co często pomaga już niewiele, albo zmniejsza djecę. U takich chorych nawet dni głodowe nie powiększają poza skutkiem doraźnym tolerancji, są więc oni na stałe przywiązani do insuliny; usunięcie jej powoduje natychmiastowe pogorszenie, niekiedy nawet śpiączkę. Stąd prawdopodobnie powstało mniemanie o niebezpieczeństwie nagłego odstawienia insuliny. Był to początkowo argument, wytaczany wogóle przeciwko insulinie przez tak poważnych badaczy, jak Blum, Labbé.

Należy przypuścić, że u chorych tej kategorii proces, związany z niedomogą czynności wysepek, daje się tylko chwilowo zahamować i nieustannie postępuje naprzód. Przychodzi wreszcie stan jakby zupełnego zaniku wysepek. Typ ten nazywają niektórzy apankreatycznym. Oczywiście istnieją przypadki przejściowe, a także przy nieodpowiednich warunkach leczenia lub powikłaniach typ pierwszy może przejść w drugi.

Przytoczona powyżej próba podziału daje nam w pewnej mierze podstawy do rokowania. Należy jednak zauważyć, że obok charakteru choroby zależy ono w dużej mierze i od warunków zewnętrznych, a między innymi od stanu materialnego chorych. Wobec konieczności długiego, a niekiedy stałego użycia drogiego preparatu, a także trudności, związanych z dietą (brak jarzyn w zimie, brak specjalnych jadalni dla diabetyków) — leczenie, a tem samem i rokowanie w cukrzycy staje się poniekąd zagadnieniem społeczno-gospodarczym.

Przykład ciężkiego przypadku I grupy:

Nr. 47. C. Stanisław 42 lata, grabarz, przebywał na oddziale od 6.V do 10.VI 1927 r. Cukrzycę stwierdzona od roku. Mimo diety stan wciąż się pogarsza; od początku choroby stracił 22 kilo, od miesiąca z powodu osłabienia niezdolny do pracy. Przybył w stanie dużego wyniszczenia, braku sił. Waga 55,7 kg. Ilość dobową moczu — 3,5 litra, cukru — 140 gr., acetonu — 2 gr., kw. ac. octowy ++++, Glicemja 0,3%. Rezerwa alk. — 24.

Przy djecie kleikowej i 80 jednostkach insuliny na dobę od razu znaczna poprawa, a po 10 dniach całkowite odcukrzenie i odkwaszenie; glicemja 0,16%. W 3-m tygodniu — równowaga przy djecie szlendarowej i 30 jedn. insuliny na dobę. Rez. alk. — 55.

Po 5 tygodniach wypisał się w stanie dobrym, bez cukromoczu z przybytkiem 8 kg. wagi.

Patrz również niżej — przypadek Nr. 21.

Jako przykład ciężkiego przypadku grupy drugiej podajemy przypadek następujący:

Nr. 21. Z. Lejb, krawiec 32 lata, w szpitalu 15/IX — 9/X 25 r. chory od dwóch lat. W pierwszym roku choroby leczył się dietą i insuliną, poczem cały rok czuł się zupełnie dobrze. Kiedy później przestał przestrzegać diety i zaniechał leczenia insuliną, nastąpiło znaczne pogorszenie. Przybył na oddział błąd, bez sił; stan bezgroźkowy, nie kaszle, nie pluje. Rentgen: zaciśnienie szczytu płuca lewego. Waga 42 kg. glicemja 0,3%. Diureza około 4 litrów; cukru około 160 gr. na dobę, acetonu 8 gr., kwas aceto-octowy ++++; rezerwa alkaliczna krwi (van Slyke) = 30. Przy djecie nader ograniczonej duże wahania wagi i diurezy; mimo głodówki, dni kleikowych, jarzynowych i insuliny (4 razy dz. po 10 jednostek), znaczny cukromocz i ketonurja utrzymują się, glicemja tylko przejściowo spada z 0,3% na 0,2%. Efekt insuliny przejawia się tu wyłącznie w nawodnieniu tkanek; przybyło choremu w krótkim czasie 7½ kg.

wagi, wystąpiły obrzęki, uniemożliwiające dalsze podwyższenie dobowej dawki insuliny. Wypisał się bez poprawy. W trzy miesiące potem zmarł w domu.

* * *

Już w poprzedniej naszej pracy o leczeniu insuliną, pierwsi może w piśmiennictwie polskim, podkreśliliśmy korzyści ze stosowania diety skąpej, nie przekraczającej 25 — 35 C. na kg. wagi.

Wychodziliśmy bowiem z założenia, że nie poto dajemy insulinę, aby choremu narazie umożliwić spożycie większej ilości węglowodanów i wogóle pokarmów, lecz ażeby przy równoczesnej skąpej djecie powiększyć jego tolerancję węglowodanową, a może też i ogólnie kaloryczną i dać tem samem wypoczynek trzustce. Przy skąpej djecie i osiągniętej przez to poprawie tolerancji wprowadzone pokarmy zostają lepiej wykorzystane i chorym nieraz przybywa na wadze prędzej, niż przy djecie obfitszej, o czem przekonał się niejednokrotnie (patrz przyp. Nr. 23).

To założenie, zgodne ze współczesnym rozwojem pojęć o leczeniu cukrzycy, zostało przez dalsze nasze osobiste doświadczenie w zupełności potwierdzone.

* * *

Samo jednakże oszczędzanie trzustki nawet i przy insulinie, niezawsze prowadzi do celu. W ciężkich stanach zakwaszenia ogólna przemiana materji zasadniczo różni się od przemiany człowieka zdrowego względnie lekkiego diabetyka. W ciężkiej cukrzycy bowiem nietylko węglowodany, ale również białko i tłuszcz nie mogą być zużytkowane i nawet przy skąpej bezwęglowodanowej djecie cukromocz i ketonurja, utrzymują się mimo insuliny. Doświadczenie poucza, że zwrot ku poprawie przemiany materji, a więc spadek ketonurji i cukromoczu daje się osiągnąć w tych przypadkach przez wprowadzenie większej ilości węglowodanów i insuliny.

Tłumaczy się to w ten sposób, że białko i tłuszcz wymagają do prawidłowego spalania się obecności glikogenu w wątrobie. Jeśli zapas glikogenu w wątrobie w przypadku ciężkim opadł poniżej pewnego koniecznego minimum, to podniesienie go nastąpić może tylko przez względnie obfity dowóz węglowodanów wraz z insuliną, która umożliwia ich zmagazynowanie.

W myśl badań Fischlera⁵⁾, Adlersberga i Porgesa⁶⁾, Holzera i Kleina⁷⁾ zachowanie pewnego poziomu glikogenu w wątrobie jest konieczne dla prawidłowej przeróbki i powiększa tolerancję zarówno węglowodanową, jak i ogólnokaloryczną. Dla ustroju nie jest widocznie rzeczą obojętną, czy czerpie on każdorazowo potrzebny dla prawidłowego spalania się tłuszczów i białka węglowodan bezpośrednio z pożywienia, czy też z odłożonego w wątrobie glikogenu. Zdaje się, że gospodarka węglowodanowa jest w drugim przypadku oszczędniejsza i bardziej racjonalna.

Wywody powyższe tłumaczą też do pewnego stopnia korzystny wynik okresowego leczenia insuliną.

Celem więc leczenia insulinowego jest nietylko bezpośrednie oszczędzanie trzustki i obniżanie glicemji, ale również i powiększenie zasobów glikogenu w wątrobie. Jedno i drugie prowadzi do poprawy tolerancji.

* * *

Wysunięta przez nas na wstępie zasada diety nie tylko skąpej w węglowodany, lecz i ogólnie ubogiej w kalorie, aczkolwiek zwykle bardzo pożyteczna, wymaga jednak również pewnych omówień.

Przedewszystkiem nie należy pojmować jej w ten sposób, ażeby chorego, który przez samą dietę, albo przy pewnej optymalnej dla niego dawce insuliny pozbył się już cukromoczu i ketonurji, trzymać bez potrzeby na diecie niższej kalorycznie lub pod względem zawartości węglowodanów, aniżeli to odpowiada stopniowi jego tolerancji w danym okresie. W szczególności dotyczy to węglowodanów. Błędnem bowiem byłoby mniemanie, że obcięcie węglowodanów, przekraczające istotną potrzebę, odwdzięczy się nam zawsze poprawą ich tolerancji. Nieraz zdarza się właśnie wręcz przeciwnie. Tak, na przykład, jeśli diabelek, którego tolerancja dla węglowodanów wynosi 80 gr., będzie czas dłuższy na diecie, zawierającej tylko 50 gr. węglowodanów, lub mniej, z biegiem czasu nietylko nie powiększy swej tolerancji, lecz przeciwnie może ją częściowo utracić. Spożywając zaś całe 80 gr., oczywiście, jeżeli nie powodują one cukromoczu, ma szanse poprawić swą tolerancję.

Spożycie i prawidłowe spalanie się pewnej ilości węglowodanów niekiedy jakby toruje drogę spalaniu się następnych porcji.

Jedni, jak np. Adlersberg i Porges upatrują przyczynę tego zjawiska w zmianach, zachodzących w wątrobie pod wpływem dewozu węglowodanów, a mianowicie w zwiększeniu się ilości glikogenu i zmniejszeniu tłuszczów w komórce wątrobowej; inni, jak np. Holzer i Klein sądzą, że prawidłowo spalający się cukier stanowi podniecie dla trzustki. Nie wdając się dalej w teorię, uważamy jednak za korzystne ze stanowiska klinicznego, ażeby diabelek spożywał całkowitą ilość węglowodanów, jaką może spalić bez cukromoczu, lub też wydzielając tylko niewiele gramów cukru na dobę, jeżeliby pozbycie się tych ostatnich gramów miało być połączone ze znacznym obciążeniem diety lub powiększeniem dawki insuliny.

* * *

W świetle tych rozważań staje się bardziej zrozumiała rola dni głodowych w leczeniu diabetyków.

U zdrowego w głodówce po zużyciu rezerw węglowodanowych, a więc i glikogenu w wątrobie, dalsze spalanie odbywa się kosztem tłuszczu i białka tkankowego, skutkiem czego następuje ketonurja. Natomiast u diabetyka tolerancja dla węglowodanów w głodówce się powiększa i spalanie znajdującego się w obfitości we krwi i tkankach cukru zostaje ułatwione, co z kolei umożliwia spalanie się tłuszczu i białka i zmniejsza ketonemję. Dotyczy to jednak tylko diabetyków lżejszych, u których przypuszczamy jeszcze pewien zasób glikogenu w wątrobie. W ciężkiej cukrzycy skutek dni głodowych bywa nieznaczny: po doraźnym jednodniowym zmniejszeniu się cukromoczu tolerancja często nawet się pogarsza.

W okresie przedinsulinowym dnie głodowe uważane były za jedyny skuteczny sposób w walce z ketonurją. Obecnie, mając do dyspozycji insulinę, rezerwujemy zwykle stosowanie ich na okres późniejszej poprawy lub dla przypadków lżejszych, zwłaszcza u ludzi otyłych, a przynajmniej niewychudzonych.

* * *

Przechodzimy z kolei do praktycznego zrealizowania zasad powyższych na oddziale szpitalnym.

W większości przypadków po przybyciu chorego stosujemy dietę mieszaną, t. zw. sztandarową, zawierającą około 48 gr. węglowodanów (nie licząc jarzyn), 50 gr. białka, 130 gr. tłuszczu = + 1600 kal.

Djeta ta składa się z t. zw. jarzyn zielonych: szpinak, kapusta, brukselka, kalafior, sałata zielona, ogórki, pomidory, rabarbar, rzodkiew — średnio w ilości 500 do 1000 gr. Przy gotowaniu jarzyn, które jak i wszystkie inne potrawy dla diabetyków siostra przyrządza oddzielnie w kuchence oddziałowej, odlewa się dwukrotnie wodę: pozostała wówczas w nich zawartość węglowodanów nie przenosi podług Umbra 2,5%, skąd wynika, że zmienna ilość węglowodanów w jarzynach nie uwzględniona cyfrowo w diecie sztandarowej, waha się od 12½ — 25 gr. Inne składniki tej diety wymienione są w tablicy poniższej; w doborze ich staraliśmy się o możliwą prostotę, oraz łatwość przyrządzania i obliczenia.

Dokładnie djeta sztandarowa przedstawia się, jak następuje:

		WW.	B.	Tł.	Kal.
Kartofle	200 gr.	40	—	—	180
Jaja	7 szt.	—	42	35	490
Śmietanka	180 gr.	8	7	15	200
Masło	100 gr.	—	1	80	720
Jarzyny dozwolone	500-1000 gr.	—	—	—	—
		48	50	130	1590

Rosół, kawa, herbata z sacharyną, lemoniada, cytryny — dowolnie.

Djeta sztandarowa urozmaicany później przez odpowiednią zamianę potraw wedle tablic porównawczych.

Podczas stosowania diety sztandarowej wprowadzamy niekiedy na zmianę dzień głodowy, który zwykle polepsza tolerancję. Po kilku dniach do tygodnia, o ile doszliśmy do wniosku, że z pomocą samej diety nie dojdziemy do celu, przystępujemy do stosowania insuliny.

W przypadkach ciężkich, z wybitną ketonurją rozpoczynamy leczenie od diety kleikowej i jednocześnie stosujemy od razu insulinę w dużych dawkach.

Djeta kleikowa: 125 gr. płatków owsianych, 125 gr. masła podane w pięciu porcjach, co stanowi razem 90 gr. węglowodanów, 20 gr. białka, 100 gr. tłuszczu, co wynosi 1300 kal.; ewentualnie dodajemy jeszcze zieloną sałatę i cytrynę.

O ile po pewnym czasie nie udaje się opanować ketonurji lub cukromocz utrzymuje się na wysokim poziomie, wprowadzamy dnie jarzynowo-tłuszczowe.

Djeta jarzynowo-tłuszczowa: zielone jarzyny do 1000 gr.; masła 100 — 125 gr. śmietanki — 180 gr. — razem około 1000—1200 kal.

Djeta ta jest również przeciwkwasicowa, zawiera mniej węglowodanów, mniej powoduje cukromocz i wymaga mniejszych ilości insuliny; nie może jednak być stosowana przez czas dłuższy, jako zbyt skąpa.

W przypadkach opornych, gdy przy diecie kleikowej nie osiągamy pożądaną poprawy, a przejście do diety sztandarowej uważamy za przedwczesne, stosu-

5) Fischer: Physiologie u. Pathologie d. Leber. 1925.

6) Adlersberg u. Porges: Zur Theorie u. Praxis der Diabetesbehandlung etc. Kl. Woch. 1926 r. N. 32 i 33.

7) Holzer u. Klein: Stoffwechsellaage der Schweren Diabetesfälle usw. D. Arch. f. Kl. Med. 1926/XII: Bd. 153. H. 3, 4.

jemy djtę jarzynowo-strączkową. Niekiedy stosujemy ją też okresowo na zmianę z djtą sztandarową lub inną mieszaną.

Djeta jarzynowo-strączkowa.

		WW.	B.	Tł.	Kal.
Jarzyny	600 gr.	15	—	—	60
Groch lub fasola	200 gr.	104	40	4	650
Masło	100 gr.	—	—	80	730
Śmietanka	180 gr.	8	7	15	200
		127	47	99	1640

Djeta ta większa na objętość daje choremu uczucie sytości i jest bardziej urozmaicona. Mimo znacznej ilości węglowodanów bywa ona nieraz dobrze znoszona. Węglowodany, bowiem, zawarte w jarzynach zielonych i roślinach strączkowych, należą do najlepiej przyswajalnych przez djabetyków. Tolerancja dla nich jest w cukrzycy nawet przy uwzględnieniu gorszego wykorzystania jarzyn, niekiedy przeszło dwukrotnie większa, niż dla węglowodanów kartofli i chleba. Tak w jednym z naszych przypadków odcukrzonych, zjawiał się cukromocz wnet przy zamianie 200 gr. grochu (104 gr. Ww.) na 100 gr. chleba (50 gr. Ww.). Również i białko roślinne lepiej bywa znoszone przez diabetyków niż zwierzęce.

Stosując powyższe djety niekiedy dopiero w przebiegu leczenia, ustalamy, przy której z nich wynik jest najlepszy.

Przy poprawie tolerancji zarówno umiarkowane ilości białka, jak i większe ilości tłuszczu naogół dobrze są znoszone i nie powodują ketonurji. Zdarzają się jednak przypadki jedne bardziej wrażliwe na białko, inne na tłuszcz.

W miarę polepszenia się stanu chorego zastępujemy część węglowodanów kleiku lub grochu odpowiednią ilością kartofli oraz białka w postaci jaj. W ten sposób przechodzimy od djety przeważnie węglowodanowej do djety mieszanej (sztandarowej), zbliżonej do pożywienia człowieka zdrowego, lecz kalorycznie ubogiej, głównie kosztem zredukowanych węglowodanów. Djeta ta wymaga znacznie mniejszych ilości insuliny. W obliczeniach należy zawsze uwzględnić nie-

Część zaleconych jarzyn i owoców wprowadzamy w stanie surowym, co podnosi zawartość ich w witaminy.

Djety wymienione są dobrze znoszone przez chorych i w połączeniu z insuliną prawie z reguły prowadzi do odcukrzenia i odkwaszenia.

Stosowanie przez nas normy 25 — 35 C. na kg. wagi dla celów praktycznych w zupełności wystarczają i czynią zbędnymi zbyt skrupulatne obliczenia — według tablic Harris — Benedicta, Wildera i inn. podstawowej przemiany materji, jako punktu wyjścia.

Podkreślając jeszcze raz jaknajwiększe znaczenie djety i konieczność dokładnego jej obliczania, zwracamy uwagę, że nie należy tracić z oczu ogólnego stanu chorego. Trzeba uwzględnić jego psychikę, ogólny stan odżywiania, przemijające dolegliwości i choroby. Każde nawet krótkotrwałe cierpienie jak: grypa, zapalenie gardła, niestrawność, ropień i t. p., zmusza nas do zmiany djety i dawkowania insuliny. Tak więc, przy podniesieniu się ciepłoty bierzemy chorego zwykle na dietę kleikową i podwyższamy dawkę insuliny. Stan psychiczny chorego zmusza niekiedy, szczególnie przy dłuższym leczeniu, do nieznacznego podwyższenia wartości kalorycznej djety, ewentualnie uwzględnienia niektórych życzeń chorego: przy nieznacznych uchyleniach od ogólnej sumy kalorii zmieniamy stosunek wzajemny węglowodanów, białka i tłuszczu.

Stosując czas dłuższy djtę skąpą, w miarę poprawy zaczynamy ją powiększać zwłaszcza u djabetyków młodszych, powracających do pracy. Staramy się wtedy podnieść djtę do 100 gr. węglowodanów, 100 gr. białka i 150 gr. tłuszczu, co daje razem około 2200 kal.

Przekonaliśmy się niejednokrotnie, że równowaga przy tej djecie jeszcze się utrzymuje, i stan chorych nie pogarsza się. Tacy chorzy winni jednak znajdować się pod ścisłą opieką lekarską i co pewien czas podlegać kontroli; obok okresów obfitszego pożywienia konieczne są tu zwykle okresy djety skąpej, względnie stosowanie dni półgłodowych, jarzynowo-tłuszczowych, owocowych i t. p.

(D. c. n.).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z 1-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego.

(Ordynator: Dr. Anastazy LANDAU).

Z kazuistyki układu krążenia.

Podali

A. LANDAU (Warszawa) i B. JOCHWEDS (Warszawa).

I. Przypadek niemiarowości oddechowej tętna znacznego stopnia.

Niemiarowość oddechowa tętna oraz towarzyszące jej stale zwolnienie tętna pochodzenia zatokowego u dzieci i podrastającej młodzieży są same przez się rzeczą banalną, niewinną i przebiegającą bez objawów

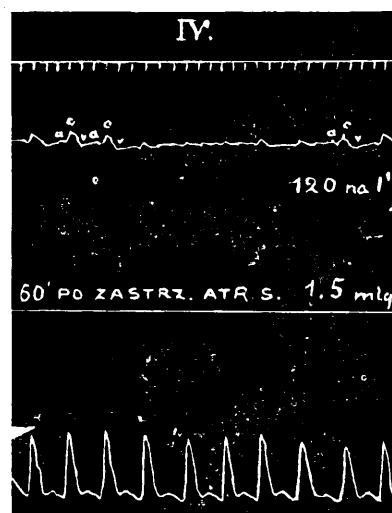
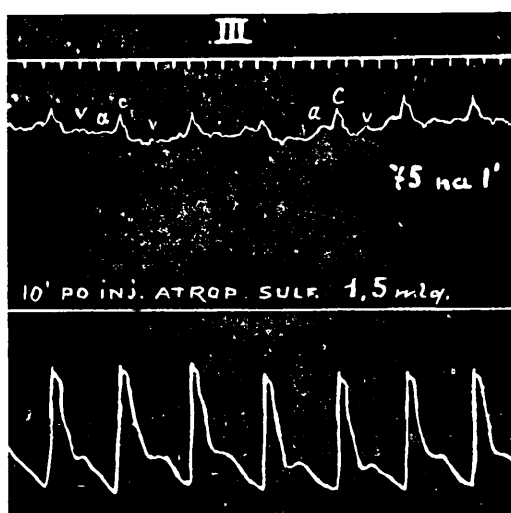
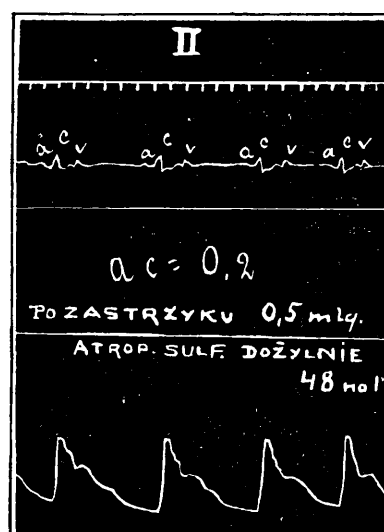
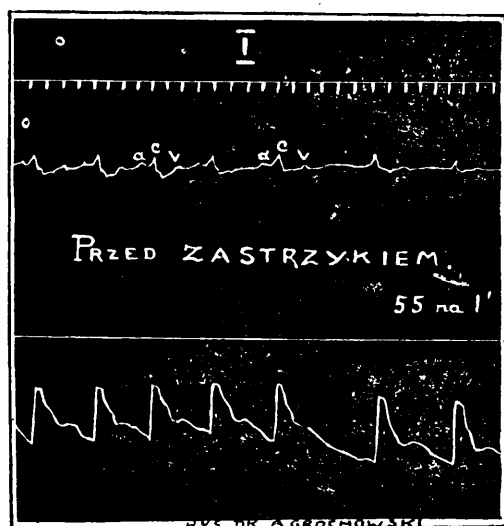
przedmiotowych; zdarzają się jednak przypadki, w których zwolnienie tętna w fazie wydechu jest bardzo znaczne, a bodźce wagotoniczne potęgują je do takiego stopnia, że przerwa w tętnie powoduje objawy niedostatecznego ukrwienia ośrodków mózgowych. Przypadki takie zawsze nasuwają podejrzenie sprawy organicznej w pęczku przedsionkowo-komorowym; często dopiero badanie po zastrzyknięciu dożylnem sporej dawki (0.001 — 0.0015) atropiny wykazuje, z czym mamy do czynienia w danej sprawie. Już jednak często na pierwszy rzut oka zmienność rytmu w zależności od głębokiego oddychania kieruje rozpoznaniem na właściwe tory, pomimo znacznego zwolnienia tętna, nawet w czasie t. zw. „spoczynku oddechowego“.

Chłopiec J. H. lat 17, zamieszkały w Łodzi, od szeregu miesięcy miewa rozmaite sensacje w okolicy serca — klucie, bicie serca; kilkakrotnie podczas defekacji tracił przytomność i padał. Ostatni atak tego rodzaju był dłuższy, bo trwał kilka minut. Zaniepokojeni rodzice zwrócili się do lekarzy, którzy na naradzie orzekli, że pacjent dotknięty jest poważną chorobą mięśnia sercowego, umiejscowioną w pęczku Hisa; rozpoznanie to głosiło mianowicie: choroba Stokes-Adamsa wraz z t. zw. blokiem serca. Z tem rozpoznaniem pacjent zwrócił się do jednego z nas w Warszawie.

Anamneza rodzinna bez znaczenia. Badanie obiektywne żadnych zmian nie wykazuje. Wymiary serca i tony jego zupełnie prawidłowe, natomiast akcja serca wybitnie zwolniona: tętno 48 podczas pierwszego badania, 55 podczas drugiego. Jednoczesne obmacywanie tętna na tętnicy promieniowej i wysłuchiwanie serca wykazują całkowitą zgodność tętnicy z sercem; podczas dłuższych pauz tętna, występujących w fazie

wydechowej, na sercu nie dodatkowego się nie wysłuchuje. Na tętnicy promieniowej wyznaczając się wyraźna niemiarowość oddechowa: fale tętna są częstsze podczas wdechu i znacznie rzadsze podczas wydechu. — Badanie moczu i kału żadnych odchylen od normy nie wykazuje.

Poniżej przytaczamy odcinki krzywych tętna promieniowego i żylnego na szyi, zdjętych w warunkach zwykłych i po atropinie. Krzywe te pozwoliły nam z całą pewnością obalić pierwotne rozpoznanie organicznego schorzenia mięśnia sercowego z rozkojarzeniem przedsionkowo-komorowym oraz stwierdzić, iż mamy do czynienia z niewinnym zwolnieniem tętna, często występującem w wieku młodzieńczym na tle usposobienia wagotonicznego, a mianowicie z t. zw. niemiarowością oddechową.



Odcinek 1-szy zdjęty jest w warunkach zwykłych. Na krzywej tętna promieniowego znajdujemy fale częstsze i wolniejsze, zależnie od fazy oddechowej; liczba uderzeń tętna podczas wdechu wynosi 60 na l', podczas wydechu 42. Na żyłę stwierdzamy prawidłowo zaznaczone załamki „a”, „c” i „v”, odstęp między wzniesieniami (a—c — czas przewodnictwa przedsionkowo-komorowego), jest prawidłowy i wynosi 0,2^{II}; na krzywej żylny w jej odcinku (v—a), odpowiadającym

rozkurczowi całego serca, nie widać żadnych dodatkowych wzniesień, co dowodzi, iż przedsionek w tym czasie nie daje dodatkowych skurczów, które ewentualnie mogłyby uleżeć t. zw. zblokowaniu przy przejściu przez pęczek Hisa. — Po zastrzyknięciu dożylnem 1/2 mgr. atropiny tętno wbrew oczekiwaniu uległo nieznamacznemu zwolnieniu, a mianowicie liczba jego przed zastrzyknięciem wynosiła 55 na l', a zaś po zastrzyknięciu 0,5 mgr. atropiny, 48 na l'. Jest to t. zw.

pierwsza faza działania atropiny, która, wstrzyknięta w dawce nieznacznej, sprowadza zamiast porażenia — podrażnienie zakończeń obwodowych nerwu błędnego w mięśniu sercowym wraz ze zwolnieniem jego czynności (patrz odcinek Nr. II).

Po zastrzyknięciu 1,5 mgr. atropiny: w 5-ej minucie tętno wynosi 50 na l' (przed zastrzyknięciem — 55) — pierwsza faza działania atropiny, tuż po zastrzyknięciu; w 10-ej — 75, pacjent skarży się na bicie serca, tętno promieniowe — znacznie bardziej strome, niż przed zastrzyknięciem, fala dykrotyczna — bardzo niska, fala główna o wiele wyższa, niż przedtem (III odcinek). W 20-ej minucie tętno staje się nieco niższe i mniej strome, wynosi 75 na l', uczucie bicia serca ustąpiło, i dopiero w tym momencie stwierdzamy, iż głęboki oddech pozostaje bez wpływu na tętno; w 30-ej minucie tętno — 85 na l'; w 35-ej — 100, w 60-ej — 120 (IV odcinek), w 90-ej — 80 na l'.

Krzywe sfigmoflebograficzne przed i po zastrzyknięciu atropiny ustaliły, iż przedsionki u naszego pacjenta kurczą się całkiem prawidłowo i w odpowiednim czasie w stosunku do komór, i że zblokowanych skurczów przedsionkowych brak. Niemiarkowość oddechowa oraz zwolnienie tętna są w danym przypadku zależne od wzmożonego napięcia nerwu błędnego, tak zw. wago-tonji, którą można złagodzić za pomocą atropiny. Ataki nieprzytomności, o których była mowa powyżej, przypisać trzeba chwilowym i gwałtownym natężeniom napięcia nerwu błędnego, które w następstwie prowadzą do chwilowego znacznego wydłużenia fazy rozkurczowej akcji serca i zwolnienia tętna.

Pacjentowi po ustaleniu rozpoznania przepisane zostały: atropina podskórną w ilości ½ mgr. dziennie oraz sole bromowe doustnie; po kuracji atropino-bromowej wszystkie sensacje sercowe ustąpiły, napady omdlenia i utraty przytomności nie powtarzały się poraz drugi. Krzywe tętna żylnego i tętnicy pro-prawia sporty — tańczy, ślizga się i t. p.

W rok później w Warszawie pacjent pokazał nam się poraz drugi. Krzywe tętna żylnego i tętnicy promieniowej były tym razem całkiem normalne; głęboki oddech znaczniejszego wpływu na akcję serca nie wywierał, zwolnienie tętna ustąpiło, albowiem liczba uderzeń na minutę wynosiła 72. Krzywych tych nie podajemy, ponieważ nie różnią się niczem od normalnych.

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: E. FLATAU).

Zespół jamistości rdzenia u osobnika z kiłą układu nerwowego ośrodkowego*).

Podał

E. HERMAN (Warszawa).

Przypadek dotyczy mężczyzny l. 52, który chorobę swą datuje od lat 12. Rozpoczęła się od mrowienia i drętwienia oraz bólów w palcach lewej ręki, potem wystąpiło osłabienie oraz stopniowe daszkowate ich przykurczenie. Po pewnym czasie chory zau-

ważył znieczulenie na całej lewej połowie ciała, zwł. na ból i ciepło, rozprzestrzenienie się parestezji na lewą połowę twarzy, po upływie zaś 2 lat dołączyło się osłabienie l. k. d.

W tym stanie przed 10 laty przybył na oddział D-ra Bregm a n a. Jak wynika z protokołu posiedzenia, na którym chory był demonstrowany, (posiedzenie sekcji neurologiczno-psychiatrycznej Tow. Lek. Warsz., z dn. 21 kwietnia 1917 r. — Neurologja Polska T. VI. 1922 r.) przedmiotowo stwierdzono wówczas:

wybitny zanik mięśni l. k. g., zwł. drobnych mięśni dłoni i przedramienia. Main en griffe. Drgania włókienkowe, wzmożenie odruchów ścięgowych l. k. g. Niedowład spastyczny l. k. d. ze wzmożeniem klonicznym odruchów, bez odruchu Babińskiego. Zaburzenia czucia skórno na całej lewej połowie ciała, naruszone czucie dotyku, zachowane czucie uciskowe i mięśniowe. Brak zaburzeń moczu. Zaburzenia łykania. Siła wzroku na oku prawem — 5/5, na lewym — 5/50; pole widzenia na l. oku bardzo ograniczone. Lewa żrenica nieco węższa, w postaci skośnego owalu. Podwójne widzenie przy patrzeniu na lewo. Powonienie, smak, słuch — zniesione po stronie lewej; skurecz w kącie zewnętrznym lewej szpary ocznej. Skrzywienie kręgosłupa w cz. grzbietowej lewostronne. Nakłucie lędźwiowe dokonane nie było. Odczyn Wassermann a we krwi wypadł ujemnie (badany jeden raz). Chory neguje kiłę. Ma 5 dzieci.

Na zasadzie powyższego Dr. Bregman rozpoznał syringomyelię i syringobulbię z jednostronnymi zaburzeniami w dziedzinie nerwów zmysłowych.

Chory przybył do nas na oddział po raz I-szy w dn. 10 lipca 1926 r. W katamniezie chory podaje, że przez cały czas wcale się nie leczył. Stan naogół nie uległ większej zmianie. W palcach lewej ręki powstały większe przykurczenia, parestezje trwały nadal, bólów nie było, dołączyły się jedynie dość silne bóle głowy. Włosy wypadły obficie, wysepkowo.

Badanie przedmiotowe wykazuje:

Na skórze owłosionej czaszki duże plackowate, wylisiałe miejsca, łączące się ze sobą na podobieństwo mapy geograficznej. Skóra w miejscach wylisiałych zanikła, cienka, błyszcząca, bliznowata. W obrębie wysepek łysych włosy, które częściowo się utrzymały, są siwe w przeciwstawieniu do włosów czarnych na pozostałej skórze czaszki. Owłosienie na ciele całkiem zresztą prawidłowe. Skóra ciała wykazuje liczne blizny, mianowicie: na klatce piersiowej kiści lewej; niektóre z tych blizn powstawały po oparzeniu, gdyż VIII-go łuku żebrowego (po termokauteryzacji, którą zastosował lekarz przed laty kilkunastu z powodu bólów); poatem liczne blizny na tułowiu oraz grube blizny na powierzchni dłoniowej i grzbietowej kiści lewej; niektóre z tych blizn powstawały po oparzeniu, gdyż chory sprawdzał czucie swe. Paznokcie rąk są suche, poźółkłe, w palcu wskazującym lewym — zielonkawoczarne, łukowatowyrzywione, odstające.

Układ nerwowy: wąż po str. l. — zniesiony. Lewa żrenica węższa od prawej, lewost. Argyll — Robertson, ospale oddziaływanie żrenicy prawej na światło. Odruchy rogówkowe prawidłowe.

Słuch po str. lewej upośledzony, jednakże szept słyszy z odległości 2 m. Smak upośledzony po str. lewej.

Zaniki mięśniowe w obrębie lewego pasa barkowego oraz lewej kończyny górnej, zwł. mięśni drobnych kiści: *thenar* i *hypothear* zupełnie zanikły, tak samo mięśnie międzykostne. Obwód ramienia i przedramienia lewego o 2 cm. mniejszy od prawego. Kiść lewa ustawiona w pozycji main en griffe. Siła mięśniowa i rozmiar ruchów k. g. l. upośledzone, zwł. kiści. Drgania włókienkowe i pęczkowe w mięśniach l. k. g. Siła mięśniowa k. d. l. osłabiona w porównaniu z prawą, ruchy w stopie nieco upośledzone; zaników w tej kończynie nie widać.

Czucie dotyku upośledzone na całej lewej połowie ciała, czucie bólu i ciepłikowe zniesione w tym samym obrębie. Czucie głębokie prawidłowe. Odruchy okostnowe z l. k. g. zniesione; z m. trójęgłowego po str. lewej zniesiony, po prawej zachowany; Mayera — zaznaczony z obu stron; brzuszne — słabe; kolanowe: lewy żywszy od prawego, polikinetyczny; ze ścięgien Achillesa umiarkowane; podszewowe — zgłębione. Babiński — ujemny. Rossolimo — dodatni — z 4-ch palców zewnętrznych (obustronnie). 17.VI 26 r. dokonano nakłucia lędźwiowego. Płyn bezbarwny, wodojasny, 48 limfocytów w 1 mm.³, odczyn Nonnego Appelta — dodatni. Odczyn Wassermann a zarówno ze krwi, jak i z płynu m. rdz., dokonany dwukrotnie w dwuróżnych pracowniach, wypadł silnie dodatnio (+++).

*) Według pokazu w Warsz. Tow. Neurol. w dniu 22 Stycznia 1927 roku.

Chory w czasie od 2.VIII do 6.VIII otrzymał 4 naświetlenia promieniami X na kręgosłup szyjowo-grzbietowy, zaś od 11.VIII do 9.IX — 8 zastrzyknięć *Hg salicylici* 10%. Wypisany 13.IX 26 r.

30.XI 26 r. ponownie przybył na oddział. Przedmiotowo stwierdzono stan bez zmiany większej. Zaburzenia czucia: subiektywnie czucie dotyku oraz bólowe i ciepłikowe na lewej połowie ciała upośledzone w mniejszym stopniu, niż poprzednio, przedmiotowo: w obrębie od C2 do D3 po str. lewej — zniesienie czucia ciepłikowego oraz znaczne upośledzenie czucia bólowego nadto zaburzenia czucia na całej l. połowie ciała.

Badanie elektryczne wykazuje zmiany ilościowo w mięśniach l. k. g.; *thenar*, *hypothenar* oraz międzykostne nie oddziałują na prąd przerywany i stały.

Roentgen (Dr. Mesz): trzon VI kręgu szyjnego nieco spłaszczony, szpara między trzonem V i VI nieznacznie zwężona, *massae laterales* V i VI kręgów szyjnych nieco rozrzedzone.

28.XII r. dokonano zastrzyknięcia 1 cm.³ lipjodolu podpotylicznie. Roentgen wykazał, iż cała ilość lipjodolu opada do worka twarzewkowego. 17.I 27 r. dokonano w celu kontroli jednocześnie nakłucia podpotylicznego i lędźwiowego i oba płyny poddano badaniu na odczyn Wassermann'a w dwu różnych pracowniach. Odczyn ten wypadł w obu płynach wybitnie dodatnio (+++).

Tak samo próba Langego zarówno w płynie podpotylicznym, jak i lędźwiowym dała typową krzywą kilową (w rozcieńczeniu 1:40 i 1:80 odbarwienie fioletowe — 3 i 4 próbówki) (Dr. Rzentalska).

Badanie cytologiczne i chemiczne wykazało: w płynie podpotylicznym: 10 limfoc. w 1 mm.³, Nonne — Appelt +; w płynie lędźwiowym: 21 limf. w 1 mm.³, Nonne — Appelt +. Chory zniósł nakłucie lędźwiowe bardzo dobrze. Od 7.XII 26 r. otrzymuje iniekcje neosalwarsanu.

W zestawieniu powyżej opisanej historii choroby stwierdzamy niewątpliwie u chorego naszego z jednej strony objawy kiły układu nerwowego ośrodkowego (wybitnie dodatni odczyn Wassermann'a we krwi i w płynie m. rdz., krzywa kilowa w płynie podpotylicznym i lędźwiowym metodą Langego, pleocytoza w płynie m. rdz. oraz zwiększona ilość globulin, nadto wyraźny obj. Argyll Robertsona), zaś z drugiej — typowy zespół jamistości rdzenia i opuszki (zaniki mięśniowe w jednej kończynie, zwł. w mięśniach drobnych, drgania włókienkowe, zmiany troficzne skóry i paznokci, zaburzenia czucia o typie dysocjacyjnym, zaburzenia jednostronne w zakresie nerwów zmysłowych).

Zachodzi więc pytanie, z czym mamy do czynienia?

Kwestja syringomyelji w związku z kiłą była w piśmiennictwie kilkakrotnie poruszana i oświetlana z rozmaitych stanowisk; starano się więc na podstawie odnośnych przypadków klinicznych i anatomopatologicznych dociec, czy cierpienie to powstać może na podłożu kilowym i nasutek zmian wyłącznie kilowych, czy też zachodzi w tych przypadkach zwykła koincydencja dwu schorzeń odrębnych, a powtórę, czy zmiany kilowe w rdzeniu mogą dawać czysty, t. j. odosobniony zespół syringomyelityczny. Nonne w podręczniku swym: „Kiła i układ nerwowy“ wyodrębnia z pośród rozmaitych postaci schorzeń kilowych układu nerwowego ośrodkowego t. zw. objawy syringomyelityczne, którym poświęca niewielki tylko ustęp. Na wstępie Nonne zaznacza, że, skoro u chorych kilowych spotykamy odosobnione porażenia zanikowe mięśni oraz niezależnie od nich, w kile rdzenia, zaburzenia czucia typu dysocjacyjnego, to nie dziwnego, przynajmniej teoretycznie, jeśli w niektórych przypadkach kilowych wystąpi zespół jamistości rdzenia.

Autor ten przytacza 2 następujące przypadki własne:

1) jeden dotyczył 43-letniego mężczyzny, który uległ zakażeniu kilowemu przed 20 laty; przedmiotowo stwierdzono u niego nierówność żrenic, brak wzgl. ospale oddziaływanie żrenic na światło, osłabienie dolnych kończyn, zaniki mięśniowe, osłabienie odruchów ścięgnowych, zaburzenia czucia, dodatni odczyn Wassermann'a we krwi, natomiast ujemny w płynie m. rdz. Sekcja wykazała oprócz zrostów w oponach jamę w rdzeniu, idącą od środkowego odcinka szyjowego, aż do górnego lędźwiowego. Drobnowidzowo: zmiany zwyrodnieniowe, zgrubienie ścian naczyń włosych, zwiększenie gleju; nie udało się jednakże znaleźć na przekroju zmian specyficznych kilowych.

2) przyp. drugi dotyczył murzyna, u którego klinicznie stwierdzono niedowład kk. dolnych, zaniki w mięśniach kci i palców, zaburzenia czucia dysocjacyjne oraz zaburzenia w oddziaływaniu żrenic; odczyn Wassermann'a we krwi i płynie m. rdz. silnie dodatni: w płynie zwiększona liczba komórek i ilość globulin.

W związku z powyżej przytoczonymi przypadkami oraz ogłoszonymi przez innych autorów dochodzi Nonne do wniosku, iż sprawa „syringomyelji i kiły“ jeszcze nie dojrzała, oraz uważa, iż badanie płynu m. rdz. na odczyn Wassermann'a może mieć tu ważne znaczenie. Oppenheim podaje ogólnikowo, iż syringomyelję u chorych na kiłę stwierdzano niejednokrotnie, i, jako przykład, przytacza przypadek syringobulbji, który pod wpływem energetycznej kuracji specyficznej poprawił się znacznie; chorego tego widział Cassirer po upływie lat kilkunastu i stwierdził u niego stan prawidłowy. Wpływ pomyslny leczenia swoistego na zespół syringomyelityczny u chorego na kiłę spostrzegala w 1 przyp. Zylberlast-Zandowa.

Poza tem w piśmiennictwie można odnaleźć nieliczne tylko przypadki jamistości rdzenia u chorych na kiłę (zarówno kliniczne, jak i sekcyjne). Opisy takie podają Schwarzwald (1897 r.), Nebelthaus (1900), Souques i Barbé (1907) (wiad rdzenia i jamistość), Dekeyser (1902), Arnstein (1914), Massar (1914), Mendel i Eicke (1921), Ringenbach i Frey (1921) (zespół syringomyelityczny w przypadku porażenia postępującego), Sklarz (1923), Schwapp (1925).

Z tych może najbardziej pouczający jest przypadek Sklarza, dotyczący się 23-letniej kobiety, u której choroba rozpoczęła się od bólów w palcach prawej ręki. Stopniowo ręka ta obrzękla, wytworzyły się na palcach pęcherze, paznokcie zesiniły; przedmiotowo stwierdzono nadto obniżenie czucia bólowego i ciepłikowego na grzbiecie palców obok prawidłowego czucia dotyku. Odczyn Wassermann'a we krwi ++++. Nakłucie lędźwiowego nie dokonano. Chora zmarła wśród objawów posocznicy, po nagłym porażeniu połowiczem lewostronnem. Sekcja wykazała duże ognisko rozmiękania w pr. jądrze podstawowym, nadto ośrodkowe rozmiękanie w rdzeniu szyjowym o typie syringomyelitycznym. Badanie histologiczne, aczkolwiek zmian patognomonicznych dla kiły w rdzeniu nie wykryło, to jednak na skrawkach, wziętych z ognisk rozmiękania w rdzeniu, wykazało niewątpliwie krętki, barwione metodą Levaditiego. Na podstawie tego autor uważa w przypadku swym kiłę, jako moment etiologiczny syringomyelji.

Opisany przez nas przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że zespół jamistości rdzenia wyrażony był w sposób klasyczny (zaburzenia czucia, zaniki mięśniowe wraz z wybitnymi zmianami troficznymi w skórze i paznokciach), obok niewątpliwych objawów kiły układu nerwowego ośrodkowego. Czy jest to koincydencja dwu chorób, czy też zespół powyższy wywołany został przez zmiany kilowe w rdzeniu — trudno z całą stanowczością orzec. Nawet spostrzeżenia anatomiczne nie przyniosły pod tym względem odpowiedzi

decydującej, gdyż tam, gdzie były zmiany charakterystyczne dla jamistości rdzenia, nie zdołano wykryć zmian swoistych kilowych. Nie ulega wątpliwości, iż kila doprowadzić może do skutku obliteracji naczyń do rozpadu tkanki rdzeniowej i do następczego wytworzenia się jam, a tem samem upodobnić się do tej postaci histologicznej jamistości rdzenia, którą Chiari i Raymond określają jako *meningomyelitis chronica ischaemica*.

Niektórzy autorzy wiążą pewne postacie syringomyelii ze zmianami w naczyniach; zajmowali się tem zwłaszcza Thomas i Hauser, a przedtem Schlesinger, Lhermitte i Arton. Stwierdzono mianowicie nowotworzenie naczyń istotne (*neoplasie conjunctivo — vasculaire* — Thomasa i Hausera) oraz zgrubienie ścian naczyńiowych, doprowadzające do zwężenia światła (Petlesen i Harbith, Kölpin, Lhermitte i Arton), a nawet do całkowitego jego zamknięcia. Thomas i Hauser w przyp. swym znaleźli w naczyniach tylnego odcinka rdzenia i opon wybitne zmiany zapalne, którym przypisują rolę dominującą w powstawaniu jam. Haenel podnosi, że w zgrubieniu ścian naczyńiowych główny udział przypada mięśniówce, a rzadko tylko błonie wewnętrznej, co ma, według tego autora, wskazywać na to, iż procesy syfilityczne mogą tu wchodzić w grę.

Przypuszczać należy, że w ogłoszonych przypadkach jednoczesnego wystąpienia jamistości rdzenia i kily układu nerw. ośrodkowego nie miano do czynienia z istotną syringomyelią, jako jednostką nozologiczną, lecz z zespołem syringomyelitycznym pochodzenia kilowego.

Zespoły takie mogą niekiedy pod wpływem leczenia swoistego znacznie się cofnąć, jak to miało miejsce w przyp. Oppenheima, lub w przypadku, demonstrowanym przez Zandową.

PISMIENICTWO.

- 1) Arnstein A.: Seniele Syringomyelie aufluetischer Basis. Ref. Zentralblatt f. Neur. u. Psych. 1914 p. 1066. (Sitzungsbericht):
- 2) Blumenthal: Deutsche Med. Woch. 1920, Nr. 33. 3) Dekeyser (1902): Cas anormale de syringomyelie. Journal méd. de Bruxelles, 1901. 4) Haenel: Syringomyelie. Lewandowsky: Handbuch der Neurologie, Bd. II, p. 578. 5) Holmes and Kennedy: Two anomalous cases of syringomyelia. Brain. Part. 124, Vol. 31.
- 6) Hutchinson: A study of two cases of syringomyelia with necropsy Univ. of Pensylv. Med. Bull. Vol. 19, Nr. 1. 7) Joffroy et A. Gombault: Lésions de syringomyélie trouvées à l'autopsie d'un paralytique. Rev. Neur. 1903, p. 913. 8) Massar O.: Syringomyelie Symptome auf syphilitischer Basis. Vereinsblatt d. Deutsch. Med. Woch. p. 2000, 1914. 9) Mendel u. Eicke: Berl. klin. Woch. 1921, 41. 10) Nebelthau: Über Syphilis des Zentralnervensystems mit zentraler Giese und Höhlenbildung im Rückenmark. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1901. 11) Nonne: Syphilis u. Nervensystem, 1921. Syringomyelie-symptome, p. 568 — 570. 12) Oppenheim H.: Lehrbuch der Nervenkrankheiten, p. 548, Bd. I, 1923. 13) Ringebach et Frey: Syndrome d'Aran — Duchenne et Paralyse générale avec lésions syringomyélitiques. Rev. Neur. p. 886, 1921. 14) Schrapf R.: Ménigo — myélite chronique syphilitique réalisant une poliomyélite antérieure cervicale et un syndrome syringomyélique etc. Maroc Médical, Nr. 42, 1915, Ref. Rev. Neur. p. 695, T. II, 1925. 15) Schlesinger H.: Die Syringomyelie 1895. 16) Schwarz S.: Syringomyelie auf syphilitischer Grundlage, Archiv. f. Dermat. u. Syphilis, 1925, 142 Bd. 18) Souques A. et Barbé H.: Tabes et Syringomyélie, Rev. Neurol. Nr. 18, p. 977, 1907. 19) Sterling W.: Beitrag zur Lehre von der Morvanschen Krankheit und der Entstehung der Höhlen im Rückenmark. Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 56, 1905. 20) Sztanojevits L.: Ein Fall von Syringomyelie mit Canities und beginnender Alopecia neurotica der Kopfhare. Ref. Zentralblatt, f. Neur. u. Psych. 35/8, 326, 1916. 20) Thomas et Hauser: Histologie, pathologie et pathogénie de la syringomyélie. Nouv. de la Salp. 1904, Nr. 17. 22) Zylberlast-Zand: Pokaz chorego w Warsz. Tow. Neurol. 1926.

Streszczenia zbiorowe.

Sanokryzyna w gruźlicy doświadczalnej.

Podał

Z. SZYMANOWSKI (Warszawa).

Śród prac, mających na celu sprawdzenie doświadczeń zastosowania sanokryzyny, opisanego przez Möllgaard w r. 1924, na szczególną uwagę ze względu na niezmiernie interesujące wyniki zasługuje praca Madsena i Moercha (Z. f. Hyg. t. 107). Zawiera ona wyniki kilkoletnich badań.

Autorzy wybrali za obiekt swych doświadczeń króliki, zakażone sztucznie dwoma szczepami gruźlicy bydłowej. Z nich jeden, mało zjadliwy, oddawna hodowany w laboratorium, drugi był świeży i bardzo zjadliwy. Praca była wykonana nadzwyczaj ściśle. Zwierzęta szczepiono hodowlą 2-tygodniową, której brano odważony kawałek kożuszka bez buljonu i rozcierano go starannie solą fizjologiczną. Zawiesina pozostawała przez dwie godziny w próbce, płyn zlewano i miareczkowano go nefelometrycznie. Zwierzęta szczepiono do żyły. Sanokryzynę w roztworze 2% zastrzykiwano również do żyły. Wagę zwierząt kontro-

lowano przez cały czas doświadczeń. Liczba zwierząt szczepionych jest bardzo wielka.

Pierwsza część pracy dotyczy szczepu mało zjadliwego. W pierwszej serji zwierzęta dostawały po 0.5 mg. próbków do żyły. Króliki kontrolne żyły 2½ do 5 miesięcy. Leczenie sanokryzyną rozpoczęto po 2. względnie po 3-tych tygodniach od chwili zakażenia, poczynając od 0,005, kończąc na 0,06 w odstępach kilkodniowych. Z ogólnej liczby 18 zwierząt leczonych 4 zginęły z objawami wstrząsu, opisanego przez Möllgaard, względnie z zatrucia sanokryzyną, 2 padły z chorób przypadkowych, a 6 pozostało przy życiu przez rok. Gdy je potem zabito, znaleziono obraz przebytej i zagojonej gruźlicy. Zwierzęta kontrolne dawały na sekcji obraz posuniętej gruźlicy ogólnej wszystkich narządów.

W drugiej serji doświadczeń szczepiono zwierzęta zdwojoną ilością zarazki (1 mg.). Króliki kontrolne padły na gruźlicę prosówkową płuc po upływie 25—95 dni. Leczenie rozpoczęto na 18-ty dzień. Dawki wynosiły od 0,01 do 0,06. Z 7-ich królików wyżyły 3 od 6-ego do 9-ego miesiący i dały na sekcji obraz wygojonej gruźlicy. Jeden królik padł po miesiącu na

ostrą gruźlicę. Trzy padły z chorób przypadkowych i nie dały na sekcji obrazu gruźlicy.

W trzeciej serji autorzy stosowali surowicę Moellgaard, otrzymaną na cielęciach i na koniach, zastrzykiwanych kolejno zawiesziną prątków gruźliczych i sanokryzyną. Działanie tej surowicy było niepomyślne, zarówno na królikach zdrowych, jak i na gruźliczych. Podobnie działała i surowica końska normalna. Króliki zdrowe znosiły do 12-u zastrzyknięć, króliki gruźlicze do 7-iu. Surowica normalna wywoływała ogólne charłactwo. Surowica przeciwgruźlicza zabijała króliki gruźlicze szybko z ostrym przebiegiem najdalej po 2-iem zastrzyknięciu. Na sekcji znajdowano w płucach obrazy wstrząsu. Wobec tego autorzy odstąpili od stosowania surowicy przeciwgruźliczej heterologicznej i przygotowali surowicę odpornościową na królikach, którym zastrzykiwano prątki gruźlicze odtłuszczone. Surowica ta znalazła zastosowanie w czwartej serji doświadczeń. Dawka zarazka wynosiła 1 mg. prątków. Zwierzęta kontrolne padły na gruźlicę po upływie 49 do 132 dni. Z królików leczonych połowa dostawała samą sanokryzynę, połowa sanokryzynę i surowicę. Dawki sanokryzyny były zwiększone i wynosiły od 0,02 do 0,05 mg. Z 7-iu królików, leczonych samą sanokryzyną, 4 zginęły z zatrucia. Pozostałe początkowo schudły znacznie, potem przyszły do siebie. Zabite po upływie 6-ciu miesięcy dały obraz ognisk gruźliczych zwapniałych i otorbionych. Z królików, leczonych sanokryzyną z dodatkiem surowicy, jeden padł po 11 tygodniach na posocznice krwotoczną bez objawów świeżej gruźlicy, pozostałe wyleczyły się z gruźlicy i, zabite po 6-ciu miesiącach, nie wykazały ani śladu procesu gruźliczego.

Cyfrowe zestawienie wszystkich czterech serji wykazuje, co następuje:

Wszystkie zwierzęta kontrolne w liczbie 18 padły na gruźlicę. Z 33 zwierząt, leczonych sanokryzyną w różnych dawkach, 6 padło z chorób przypadkowych, 8 zginęło z zatrucia—z nich żadne nie dostawało surowicy, — jedno tylko zginęło na gruźlicę, 18 zwierząt pozostało przy życiu. Były one zabite po upływie $\frac{1}{2}$ — 1 roku, i sekcja wykazała, że były od gruźlicy wolne. Tak samo zresztą nie było gruźlicy u pierwszej (6) i drugiej (8) kategorii zwierząt leczonych. Autorzy podkreślają dodatni wpływ surowicy przeciwgruźliczej homologicznej.

Druga część pracy dotyczy zwierząt, zakażonych szczepem zjadliwym. Prątek ten zabijał króliki, szczepione dożylnie, w ciągu 2-eh miesięcy po zastrzyknięciu 0,000002 mg. Do doświadczeń wzięto dawkę 10-o krotną, od której zwierzęta kontrolne padały w ciągu 17 do 60 dni, przeciętnie w ciągu miesiąca. Autorzy wykonali cztery serje doświadczeń.

W pierwszej serji leczenie rozpoczynało się po upływie 7-iu dni. Wszystkie zwierzęta, które dostawały sanokryzynę, miały gruźlicę. Z 7-iu zwierząt 6 padło na nią, jedno zostało zabite po 3-eh miesiącach. Z 7-iu zwierząt, leczonych surowicą i sanokryzyną, 4 padły na gruźlicę, jedno, zabite po 3 miesiącach, również miało gruźlicę, 2 były od niej wolne.

Wobec takich wyników rozpoczęto leczenie w drugiej serji na 4-ty dzień, zwiększając dawki sanokryzyny. Autorzy zwracają tu już uwagę na dawki i obliczają je w stosunku do wagi zwierzęcia, ponieważ w serji poprzedniej udało się uratować tylko zwierzę-

ta najmniejsze, które przeto dostały stosunkowo największą dawkę. W tej serji 10 zwierząt dostało samą sanokryzynę, 10 sanokryzynę i surowicę króliczą normalną, 20 sanokryzynę i surowicę przeciwgruźliczą. W każdej grupie część zwierząt dostała 0,015, część 0,02 sanokryzyny na 1 kgr. wagi ciała. Wyniki były następujące:

	10 dawek po 0,015 sanokry- zyny na 1 kg. wagi.		10 dawek po 0,02 sanokry- zyny na 1 kg. wagi.	
	Gruźl. +	Gruźl. —	Gruźl. +	Gruźl. —
Samą sanokryzyną	2	1	0	7
Sanokryzyną i surow. norm.	1	2	0	7
Sanokryzyną i surow. gruźl.	6	1	0	10
	9	7	0	24

Z zestawienia tego widać, jak wielkie znaczenie ma dostatecznie wysoka dawka; wpływ jej jest znacznie wyraźniejszy od wpływu surowicy.

Trzecią serję autorzy poświęcili na dokładniejsze zbadanie wpływu dawki. Z 50-iu królików 10 było kontrolnych, które wszystkie padły na gruźlicę po upływie 21 do 45 dni. Resztę zwierząt podzielono na 4 grupy, które dostały po 10 dawek sanokryzyny w ilości 0,02, 0,015, 0,01 i 0,005 na 1 kgr. wagi ciała. Leczenie rozpoczęto w 4 dni po zakażeniu, odstępy pomiędzy zastrzykiwaniami wynosiły po 5 dni. Zwierzęta znosiły leczenie doskonale. Ze zwierząt, które dostały największą dawkę (0,02), tylko u jednego wykryto na sekcji gruźlicę, ze zwierząt, które dostały 0,015 — u połowy, ze zwierząt, które dostały 0,01, było ich 9, a z tych, które dostały 0,005, żadne nie było wolne od gruźlicy. Wynika stąd niezbicie, że dla wyniku zakażenia szczepem zjadliwym dawka sanokryzyny ma pierwszorzędne znaczenie.

Ostatnia — 4-ta serja doświadczeń dotyczyła czasu rozpoczęcia leczenia. Obejmuje ona 58 zwierząt, w tem 15 kontrolnych, które padły po 18-u do 48 dniach. Nadto zabito jedno zwierzę po 5-iu, jedno po 8-iu, i jedno po 12-tu dniach, ażeby się zorientować co do przebiegu gruźlicy. Z nich pierwsze dwa miały tylko drobne wylewy krwawe w płucach wielkości ziarenka prosa, a 3-ci królik miał już w środku tych ognisk ledwie dostrzegalne guzki. Zwierzęta leczone dzielą się na cztery grupy. Leczenie 1-ej rozpoczęto wraz z zakażeniem, leczenie drugiej po 5-iu dniach, 3-ej po 8-iu dniach, 4-ej po 12-u dniach. Każdy królik dostał 10 dawek po 0,02 na kg. wagi ciała. Wszystkie zwierzęta 1-ej grupy padły na gruźlicę, tak samo, jak kontrolne. W drugiej grupie nie padło żadne zwierzę. Po zabiciu po upływie 3-eh miesięcy od zakażenia znaleziono u jednej ciężarnej królicy gruźlicę płuc i narządów wewnętrznych, wszystkie inne zwierzęta były zdrowe. W 3-ej grupie padły dwa króliki na gruźlicę z niewielkim opóźnieniem, z pozostałych jedno miało na sekcji niewielkie zmiany w płucach wątpliwego charakteru bez prątków. Pozostałe 7 nie miały ani śladu gruźlicy. W 4-ej grupie nie padło żadne zwierzę, ale u 3-eh zabitych po upływie 3-eh miesięcy znaleziono wybitną świeżą gruźlicę. Sekcja 4-ego dała wynik wątpliwy, bez prątków.

Najciekawsze ze wszystkich i zupełnie pewne jest to, że wprowadzenie sanokryzyny jednocześnie z

prątkami nie wywiera żadnego działania. Najlepszym momentem rozpoczęcia leczenia był dla danego szczepu 5-ty dzień. Rozpoczęcie leczenia później zwiększało wybitnie okres wylęgania choroby u niektórych zwierząt, ale większość z nich można było uratować.

W dalszym ciągu dla ściślejszego skontrolowania wyników leczenia autorzy przedsięwzięli zbadanie narządów zwierząt padłych i zabitych drogą szczepienia morskich świnek i posiewów na elektywnej pożywce Petrova. Rezultaty były następujące. Zbadano 11 płuc normalnych ze zwierząt, leczonych dawkami po 0,015: 6 razy znaleziono prątki gruźlicze w płucach, co oznacza, że u zwierząt tych w razie dłuższej obserwacji i pozostawieniu ich przy życiu gruźlica mogła się rozwinąć. Wyleczenie 5 pozostałych mamy prawo uważać za ostateczne. Na 56 przypadków, leczonych dawkami 0,02, 52 były wolne od gruźlicy. Cztery króliki miały prątki. Należą one do serii bardzo krótko obserwowanej. Widzimy więc, że dawka 0,02 daje wielkie szanse wyzdrowienia. Jeżeli specjalnie weźmiemy pod uwagę działanie sanokryzyny na szczep zjadliwy, to znajdziemy, że na 44 króliki 42 nie miało ani śladu gruźlicy na sekcji, a z 41, badanych drogą wysiewu, 37 było zdrowych. Mniejsze dawki dają wzrastający odsetek przypadków niepomyślnych.

Dodatkowo autorzy badali wpływ sanokryzyny na wzrost prątka na pożywce buljonowej i na podłożach stałych. Zbadano dwa szczepy bydłowe i 2 ludzkie. Wahania były olbrzymie. Jeden szczep homogenizowany znośił bezkarnie na pożywce Petrova 1 : 25 sanokryzyny. Inne szczepy laboratoryjne znośiły 1 : 400 do 1 : 1000. Na buljonie glicerynowym ginęły te szczepy prędzej. Z dodatkiem peptonu dawka hamująca wynosiła 1 : 2000 do 1 : 4000, bez peptonu 1 : 8000 do 1 : 32000. Na agarze glicerynowym 1 : 32000 do 1 : 125000. Szczepy, świeżo wyhodowane z płwociny, były znacznie wrażliwsze. Stężenie odnośne wynosiło 1:100.000 na Petrowie i 1:250.000 względnie 1:500.000 na agarze. Hodowla w obecności sanokryzyny pochłania złoto i często mniej lub więcej czernieje. Wyniki te są zbyt rozbieżne, ażeby można z nich cośkolwiek wnioskować o działaniu sanokryzyny w ustroju.

Wnioski swoje autorzy formułują w sposób następujący. Przedewszystkiem stwierdzają, że w odpowiednich warunkach doświadczalnych można wyleczyć gruźlicę za pomocą sanokryzyny. W doświadczeniach ze szczepem słabym rozpoczynali leczenie wtedy, gdy zwierzęta kontrolne miały wyraźną gruźlicę. Na sekcji znajdowano ogniska zwapniałe i otorbione. Obserwacja w ciągu 6 do 12 miesięcy była dostatecznie długa, ażeby stwierdzić całkowite wyleczenie po zakażeniu, które dla zwierząt kontrolnych dawało 100% śmiertelności.

W doświadczeniach ze szczepem zjadliwym gruźlica w chwili rozpoczęcia leczenia nie była makroskopowo widoczna, ale pod mikroskopem znajdowano już zmiany daleko posunięte. Leczenie, rozpoczęte między 5 a 12 dniem, hamowało wyraźnie proces gruźliczy, zabijający kontrole już po 17 dniach. Jeżeli dawką była dostatecznie wielka, to po upływie 3-ich miesięcy od zakażenia były zupełnie zdrowe i na sekcji wolne od zmian makroskopowych. Jest to jednak czas obserwacji niedostatecznie długi. Dopiero szczepie-

nie narządów na morskich świnkach i na pożywkach zbliża sprawę do rozstrzygnięcia, gdyż okazuje się, że 90% zwierząt, badanych i leczonych dużymi dawkami, nie zawiera prątków gruźliczych. Przebieg choroby i leczenia jest różny zależnie od zjadliwości szczepu. U zwierząt, zakażonych szczepem słabym, rozwija się gruźlica przeważnie tylko w płucach. Prątki dostają się wprawdzie wszędzie, ale komórki śródbłonka w wątrobie i śledzionie niszczą je, i przez to ogniska się tam nie wytwarzają. Jeżeli szczep jest zjadliwy, komórki śródbłonkowe są bezsilne, i ogniska wytwarzają się wszędzie: w płucach, śledzionie, wątrobie, nerkach i jelitach. *A priori* wydawałoby się, że działanie sanokryzyny musi być najwyraźniejsze, jeżeli gruźlica ogranicza się tylko do jednego narządu. Zdawałoby się, że przeprowadzenie leczenia powinno być w tych razach łatwiejsze. Tymczasem sprawa przedstawia się inaczej. Zwierzęta zakażone, leczone szczepem słabym, reagują gwałtowniej na bardzo małe dawki sanokryzyny (0,025—0,005 na kg.), chudną gwałtownie i często bywają objawy wstrząsu. Z czasem przychodzi przyzwyczajenie, i objawy te ustępują. Surowica odpornościowa homologiczna działa wybitnie dodatnio na te objawy zupełnie w myśl poglądów Moellgarda.

W doświadczeniach ze szczepem zjadliwym sanokryzyna nie dawała żadnych powikłań, i stosowanie surowicy było zbyt łatwe. Zdawałoby się, że przyczyną tego stanu rzeczy jest brak zmian gruźliczych w ustroju zwierzęcia zakażonego w chwili rozpoczęcia leczenia. Przeczy jednak temu to doświadczenie, w którym zwierzęta, zaszczepione szczepem zjadliwym, autorzy zaczęli leczyć na 1, 2 dzień, a więc ledwie na 5 dni przed śmiercią pierwszych zwierząt kontrolnych. Objawy zatrucia nie występowały ani u zwierząt, które były wolne od gruźlicy, ani u tych, które padały na gruźlicę pomimo leczenia. Wynika stąd, że odczyn na sanokryzynę związany jest z przebiegiem zakażenia, co ma wielkie znaczenie dla sprawy, charakteru i istoty tego odczynu. Moellgard przypisywał go działaniu toksyn, uwalniających się przez rozkład prątków gruźliczych. Inni uważali całą sprawę za wynik zatrucia ustroju złotem, na które organizm gruźliczy jest szczególnie wrażliwy. I jedno i drugie przypuszczenie nie jest dostatecznie uzasadnione, gdyż z jednej strony małe ognisko, powstałe pod działaniem słabego zakażenia, może prowadzić do odczynów gwałtownych, a z drugiej strony u zwierząt z rozległymi zmianami może odczynu nie być zupełnie.

Dalsza różnica pomiędzy szczepami polega na dawkowaniu. Leczenie zakażeń mało zjadliwych większymi dawkami wzmaga konieczność stosowania surowicy: z tego względu też autorzy podkreślają, że można w tych razach otrzymać wyniki pomyślne, zaczynając od dawek bardzo małych, tak jak to dzisiaj czynią klinicyści w postępowaniu z pacjentami chrońicznymi. W przypadkach zakażenia zjadliwego należy od samego początku stosować duże dawki, i niema powodu do obaw. Przeciwnie, małe dawki mogą być szkodliwe, gdyż są niedostatecznie skuteczne.

Ze wszystkich swoich doświadczeń autorzy nie czują się upoważnieni do wypowiedzenia wniosków, dotyczących działania sanokryzyny w ustroju. Pogląd pierwotny Moellgarda opierał się na bakterjóbójczym działaniu sanokryzyny *in vitro*. Pogląd

ten dziś utrzymać się nie da. Zgadza się z tem także i ta okoliczność, że zastrzykiwanie sanokryzyny jednocześnie z zakażeniem działa bezwzględnie ujemnie. Pozostaje tylko przypuścić, że sanokryzyna działa w ustroju pośrednio i dopiero wtedy, gdy już wytworzy się pewna ilość zmian gruźliczych.

Co się dotyczy możliwości stosowania klinicznego sanokryzyny, to autorzy formułują swój pogląd w sposób następujący: przede wszystkim uważają za stwierdzone, że sanokryzyna, odpowiednio dawkowana, może wyleczyć gruźlicę doświadczalną, zaznaczają jednak, że zagadnienie dawkowania wymaga jeszcze wszechstronnego zbadania. W gruźlicy ludzkiej mamy do czynienia ze stosunkami o wiele bardziej złożonemi, ze względu zarówno na różnorodność obrazu klinicznego, jak i na wiek pacjentów i na mnóstwo innych okoliczności. Najwięcej podobieństwa do kliniki mają doświadczenia ze szczepami słabemi. Tu trzeba zaznaczyć, że doświadczenie klinicystów jest zupełnie zgodne z wynikami eksperymentu. Zaczynanie od dawek małych, stopniowo wzrastających, daje pomyślne wyniki lecznicze. Co się dotyczy surowicy, to autorzy uważają za dowiedzione jej działanie skuteczne. Trudności, napotykane w klinice, tłumaczą się po części szkodliwym wpływem surowicy obcej, jak to wynika z doświadczeń na królikach. Należałoby spróbować surowicy ozdrowieńców, ewentualnie surowic odbiałczonych. Wreszcie doświadczenia ze szczepem zjadliwym wykazują dobitnie, jak wielki wpływ ma rozpoczęcie leczenia od razu dawką dostatecznie wysoką. W tych przypadkach można z jednej strony niewątpliwie osiągnąć wyjałowienie płuc z zarazka gruźliczego, a sanokryzyna w tych razach nie wywiera szkodliwego działania ubocznego. Te doświadczenia również są w zgodzie z kliniką, która stwierdza, że gruźlica ostra leczy się sanokryzyną pomyślnie i bez ubocznych objawów zatrucia.

W zupełnem przeciwieństwie do wyników, otrzymanych przez Madsena, stoją dane, ogłoszone przez Banga (Z. 7 Th. t. 47), który już uprzednio w swych doświadczeniach na cielętach doszedł również do wniosków, odmawiających sanokryzynie wartości leczniczej w gruźlicy doświadczalnej. Tym razem szło o powtórzenie badań Madsena, który, nawiasem mówiąc, posiłkował się szczepem Banga, wyhodowanym przez niego w r. 1925 wprost z przypadku perlicy samoistnej. Ten sam szczep był przez Banga użyty w jego dopiero co wspomnianych doświadczeniach na cielętach. Bang uważa, że zakażenie, stosowane przez Madsena, było „umiarkowane“, dawki, bowiem, przez niego użyte, były o wiele mniejsze, niż (w obliczeniu na wagę zwierząt) swego czasu wprowadzane cielętom przez Moellgarda. W pierwszej serji swych doświadczeń na królikach Bang uciekał się do wprowadzania dożylnego tego samego szczepu perlicy w dawkach od 0,00002 do 0,0002 mg. Króliki były trzymane w oddzielnych klatkach. Wszystkie 35 królików padły na gruźlicę rozsianą, bez różnicy, czy otrzymywały sanokryzynę lub inny przetwór złota tuż po zakażeniu, czy w 4—5 dni po niem. Zwierzęta leczone żyły przeciętnie krócej niż kontrolne. W 2-iej serji Bang wprowadzał królikom zawiesinę ropy gruźliczej z płuc krów, które padły na gruźlicę samoistną; autor

wychodził z założenia, że w doświadczeniach podobnych pracować należy z zarazkiem gruźlicy samoistnej, a nie pracownianym. I tu wszystkie zwierzęta padły na gruźlicę rozsianą, mimo stosowania surowicy. Nie zauważono również żadnej różnicy w zależności od tego, czy wprowadzano sanokryzynę wnet po zakażeniu czy w kilka dni później. Ogółem 18 królików, które otrzymały sanokryzynę 4—5 dni po zakażeniu, padło na gruźlicę przeciętnie po 85 dniach; 15 królików, leczonych sanokryzyną natychmiast po zakażeniu, padło na gruźlicę po 108 dniach; 19 królików kontrolnych, nie leczonych sanokryzyną, padło na gruźlicę przeciętnie po 103 dniach.

Dziwne te sprzeczności mają być wyświetlone w szeregu prac, prowadzonych obecnie wspólnie przez Madsena i Banga.

Jeden atoli fakt podkreśla Bang, jako zgodny wynik badań obu autorów, a tym jest bezskuteczność leczenia sanokryzyną, wprowadzaną do ustroju zwierzęcego wnet po zakażeniu go perlicą. W ten sposób pierwotna idea Moellgarda o bezpośredniem niszczeniu prątków przez sanokryzynę zostaje pozbawiona podstaw.

W klinice chorób dziecięcych lipskiego uniwersytetu Weise i Jakobsohn zajęli się zbadaniem działania sanokryzyny na świnki morskie (Beitr. z. Kl. d. Tub. t. 66). Stwierdzili oni przede wszystkim, że dawka, dobrze znoszona przez świnki, jest mniej więcej jednakowa dla zdrowych i gruźliczych zwierząt. Przemawiałoby to przeciwko przypuszczeniu Moellgarda co do wywoływania przez sanokryzynę w ustroju gruźliczym toksynemji naskutek rozpuszczenia prątków gruźliczych. Przyczynę śmierci upatrują ci autorzy nie w zatruciu tuberkulina, lecz przede wszystkim w trującym działaniu metalu, uszkadzającym nerki. Próby leczenia sanokryzyną gruźlicy doświadczalnej świnek morskich wypadły ujemnie. Wreszcie obaj autorzy nie mogli stwierdzić neutralizującego działania surowiec Moellgarda w stosunku do substancji tuberkulicznych. Podobnie bez wartości okazała się ta surowica w zwalczaniu objawów zatrucia sanokryzyną u świnek zdrowych jak i u gruźliczych.

Opitz, Kotzulla i Wätjen z kliniki chorób dzieci w Berlinie ogłosili wyniki swych badań nad wpływem sanokryzyny na gruźlicę doświadczalną królików. (Beitr. t. 66). Wnioski są zupełnie ujemne. Zdaniem autorów, sanokryzyna nie wywiera żadnego wpływu ani pod względem klinicznym, ani anatomopatologicznym na ostrą czy przewlekłą gruźlicę doświadczalną królików.

W zestawieniu tedy z wymienionemi powyżej pracami i dawniejszemi ogłoszonymi Calmette'a (Rev. de la Tub. 1926), Rista, Deista o wyniku również zupełnie ujemnym, praca Madsena stoi narazie odosobniona. Należy spodziewać się, że praca wspólna Madsena i Banga, mająca na celu wyjaśnienie tych istotnie dziwnych przeciwieństw, przedstawi sprawę działania sanokryzyny na gruźlicę doświadczalną w świetle właściwem.

Tembardziej jest to niezadane, że podobne sprzeczności, choć cokolwiek inż wyjaśnione, widzimy w wynikach prac doświadczalnych nad działaniem sanokryzyny na gruźlicę doświadczalną dużych zwierząt. Gdy Moellgard opisał zdumiewające wprost wy-

niki dodatnie, spostrzegane przez niego u cieląt, Bang w swych doświadczeniach na cielętach (Z. f. Tub. t. 44) doszedł do wniosków ujemnych, zaś Lange i Feldt (Z. f. Hyg. t. 106) w bardzo wyczerpującej pracy dochodzą do wniosku, że zarówno doświadczenia Moellgarda, jak i ich własne na cielętach i owcach nie dostarczyły dowodu na korzyść dodatniego oddziaływania sanokryzyny na gruźlicę doświadczalną. Wprawdzie na 13 cieląt, zakażonych gruźlicą i leczonych sanokryzyną, 4 pozostało przy życiu, zaś po zabiciu wykazywało wygojoną gruźlicę, mimo to Lange i Feldt nie uważają tego za niewątpliwą dowód na korzyść sanokryzyny. Są oni zdania, że zakażenie w ich doświadczeniach było ciężkie, lecz nie śmiertelne, mogło więc być przeczwyczone przez cielęta. Za tem przypuszczeniem przemawia przede wszystkim fakt, że jedno cielę kontrolne

przemogło, po pierwotnym odchorowaniu, bez zastośowania sanokryzyny, zakażenie gruźlicze, wprowadzone dożylnie. Poza tem dwie inne cielęta, które samoistnie zapadły na gruźlicę i wykazywały dodatni odczyn tuberkulinowy, przemogły to zakażenie naturalne też bez sanokryzyny. Należy tedy, zdaniem tych autorów, w doświadczeniach tego rodzaju uwzględniać też różnice oporności indywidualnej. Górsze jeszcze były wyniki doświadczeń na owcach, u których sanokryzyna nie wykazała żadnego wpływu dodatniego na zakażenie gruźlicze. Na uwagę natomiast zasługuje fakt, że trzy owce, leczone tylko surowicą (w jednym przypadku surowicą normalną, w pozostałych — surowicą Moellgarda) pozostały przy życiu.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Biologia.

PARHON, CAHANE i MARZA. O zawartości wody w narządach zwierząt, którym zastrzykiwano wyciągi jądrowe. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 14, 1927).

Autorzy badali wpływ zastrzykiwania wyciągów eterowych lipidów jądrowych na zachowanie się ilości wody, zawartej we krwi, mięśniach, mózgu, tarczycy, grasicy, wątroby, nerek, jąder, nadnerczy i przysadki. Z doświadczeń, wykonanych na młodych świnkach morskich, wynika, że z wyjątkiem nadnerczy i jąder, dla których stwierdza się nieznaczne powiększenie zawartej w nich wody, wszystkie pozostałe badane narządy wykazały pod wpływem zastrzykiwania lipidów jądrowych zubożenie w wodę.

Jeżeli wziąć pod uwagę fakt, że odwodnienie jest cechą charakterystyczną dla starości, wyniki powyższe pozwalają na przypuszczenie, że leczenie lipidami jądrowymi doprowadza do przedwczesnego starzenia się ustroju.

J. Typograf.

M. CAHANE. Zawartość wapnia, magnu i potasu w mięśniach i we krwi z punktu widzenia ilikibiologii. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 14, 1927).

Parhon wykazał wielkie znaczenie zachowania się w tkankach wapnia dla biologji wieku (ilikibiologii) i znalazł wybitne zmniejszanie się wapnia w tkance mięśniowej i we krwi w miarę starzenia się ustroju.

Autor uzupełnił odnośne badania, obliczając prócz wapnia również magn i potas. Doświadczeń dokonywał na świńkach morskich, królikach, psach i kotach w wieku od 20 dni do 5 lat. Badania autora potwierdzają w zupełności spostrzeżenia Parhona, że u zwierząt starszych stwierdza się bardzo znaczne zmniejszenie się ilości wapnia w tkance mięśniowej i we krwi. Zmniejszanie się ilości magnu w miarę postępu wieku jest mniej stałe. Co zaś do stosunku między wiekiem i ilością potasu nie da się powiedzieć nic bardziej określonego.

Fakt, że jednocześnie z ubytkiem wapnia starzejące się tkanki i płyny ustrojowe stają się uboższe w wodę, czyni prawdopodobnem przypuszczenie o właściwościach uwadniających wapnia, który, zatrzymując wodę w komórkach, sprzyja zachowaniu ich jędrności i młodości.

J. Typograf.

V. PAPILIAN i M. JANU. O wpływie obustronnego przecięcia n. błędnego na poziom cukru we krwi. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 1, 1927).

Autorzy wykonali szereg doświadczeń na psach, badając zachowanie się poziomu cukru we krwi tętniczej i żylniej po przecięciu nerwów błędnych oraz pod wpływem podrażnienia w tych warunkach nerwu współczulnego za pomocą zastrzykiwania adrenaliny. Okazanie się, że ilość cukru we krwi znacznie wzrasta (w poszczególnych przypadkach prawie dwukrotnie, przeciętnie 1½ raza). To wytworzenie

rzanie cukru dotyczy zarówno cukru wątrobowego, jak i tkankowego, albowiem krew żylna, zawierająca zwykle mniej cukru, niż krew tętnicza, zawiera go po przecięciu nerwów błędnych w ilości jednakowej, albo nawet większej, niż krew tętnicza. Objaw ten staje się jeszcze bardziej widoczny po zastrzyknięciu adrenaliny. Wynika z tego, że nerw błędny ma w stosunku do cukru za zadanie odkładanie go w wątrobie i w tkankach, podrażnienie zaś nerwu współczulnego uwalnia zarówno cukier wątrobowy, jak i tkankowy. Po upływie pewnego czasu mechanizm, regulujący glikemję, częściowo uzyskuje z powrotem swój wpływ, zastrzyknięcie jednak adrenaliny już nie jest w stanie spowodować charakterystycznej dla niego hyperglikemji.

J. Typograf.

ABADIE, BALDOUS i DORNIER. Znieczulenie rdzeniowe i azotemja. (Pr. Med. Nr. 25, 1926).

Cheć poznać wpływ znieczulenia rdzeniowego na sprawę czynnościową nerek i wątroby, autorowie wykonali szereg doświadczeń u chorych, którzy poddali się zabiegom chirurgicznym różnej ciężkości. Badania były wykonywane przed operacją, dnia następnego po operacji, trzy dni później, sześć dni później, czasami i 10 dni później, by prześledzić powrót do stanu normalnego. Badania te są wykazane w formie krzywych, przedstawiających wyniki indywidualne u poszczególnych chorych oraz ogólne, obejmujące również stosunek między azotemją i poliurią oraz wydzieleniem się błękitu metylowego oraz fenolsulfotaleiny.

Na zasadzie badań u 26 chorych, autorowie przyszli do następujących wniosków:

Po zabiegach, wykonanych w znieczuleniu rdzeniowym, zawsze stwierdza się powiększenie azotemji trwające około tygodnia.

Częściowo jest to uzależnione od samego zabiegu i od stanu pierwotnego pacjenta, lecz do pewnego stopnia samo znieczulenie rdzeniowe odgrywa tu swoją rolę, przyczem o wiele znaczącą w zastosowaniu stowainy niż nowokainy.

Pomimo tego ujemnego częściowo wpływu na nerki, znieczulenie rdzeniowe, wobec innych swych zalet, może być stosowane nie w mniejszym stopniu, niż obecnie, przy użyciu u chorych ze słabymi nerkami i wątrobą nowokainy, zamiast stowainy.

J. Pomper.

Lecznictwo.

E. WEIDLINGER. Doświadczenia z koraminą. (Med. Klin 1927, Nr. 30).

Autor stosował koraminę śródmięśniowo, dożylnie i wewnątrznie w 85 przypadkach zaburzeń w krążeniu i oddychaniu w zawaściach, we wstrząsach po operacjach, w celu przysposobienia do uśpienia przedanestezijnego, jakoteż w zapaleniu płuc po operacjach i w przewlekłej niedomodze serca. Spostrzeżenia jego potwierdzają doświadczenia wielu autorów pod względem wybitnej poprawy stanu podmiotowego chorych.

Największa dawka była 5 cem., z których 3 cem. dożylnie i 2 cem. śródmięśniowo.

Wpływ koraminy na tętno i oddech ujawniał się już po 10 sekundach. Podobnie zadziwiające działanie autor obserwował po dożylnym wstrzykiwaniu strofantyny i lobeliny, zaś działania ubocznego po koraminie, nawet w wielkich dawkach stosowanej, nigdy nie zauważył. W dwóch przypadkach z równie dobrym skutkiem autor wstrzykiwał dożylnie przez 10 godzin rzędu co 2 godziny po 2 ccm. Główną zaletę koraminy stanowi możliwość jego dożylnego stosowania. Przetwór ten znakomicie nadawał się do przygotowania chorych do operacji; 1 — 2 ccm. morfiny i 1 ccm. koraminy wstrzykiwano na pół godziny przed operacją. Antagonizm koraminy względem morfiny jest cenną własnością omawianego leku, gdyż nie zaważono niepożądanych następstw po morfinie, a wymioty znacznie bywały mniejsze po przebudzeniu się chorych operowanych. W przewlekłej niedomodze serca koramina, stosowana wewnętrznie, oddawała znakomite usługi. W zwyrodnieniu mięśnia sercowego występowała wybitna poprawa rytmu serca i samopoczucia chorych. Po dożylnym zastosowaniu stwierdzano znakomity wpływ na ciśnienie krwi. W kilku przypadkach zapalenia oskrzeli, niezbyt zastoinowego i zapalenia płuc autor również zauważył ułatwienie wykrztuszania.

Z.

A. SELIG. O działaniu kąpieli kwasowęglowych. (Wien Arch. f. inn. Med. T. 13, Z. 2. 1926).

Autor streszcza pokrótce poglądy rozmaitych autorów na działanie kąpieli kwasowęglowych na serce i krążenie i podaje wyniki własnych w tej sprawie badań. W badaniach tych autor uwzględnił także mikroskopję kapillarów w celu przekonania się, czy zwróceniu naczyń włosowatych towarzyszy wzmocnienie ciśnienia krwi i jak zachowują się naczynia włosowate w stosunku do ogólnego krążenia. Również określona była zawartość cukru we krwi. Autor stwierdza, że i sztuczna kąpiel kwasowęglowa naogół zmniejsza pracę serca, zawartość cukru we krwi podnosi się bądź natychmiast po kąpieli, bądź dopiero nazajutrz. Działanie kąpieli na naczynia włosowate, zdaje się, obejmuje kompleksy narządów, przyczem działanie to uwydatnia się zarówno miejscowo, jak i w ramach krążenia ogólnego.

Z.

A. LOEWY. O stosunku czynników klimatu wysokogórskiego do patologji. (Deutsch. med. Woch. 1927, Nr. 1).

Autor rozpatruje objawy patologiczne i działanie na istniejące sprawy chorobowe, wywołane czynnikami wysokogórskimi. Do objawów patologicznych należą następstwa działania promieni, mianowicie: rumień, zmiany obrazu krwi, wpływ na nerwy skórne, na przemianę materji, na zczyny, zmiany w przemianie mineralnej i rozpad białka. Wpływ drugiego czynnika — rozrzedzonego powietrza — wyraża się głównie w postaci następstw, wywołanych brakiem tlenu. Wpływ czynników wysokogórskich na serce ujawnia się w jego stłuszczeniu i osłabieniu siły serca w ubogiej w tlen atmosferze, w ciężkich zaburzeniach ze strony wątroby przy znacznym obniżeniu ciśnienia atmosferycznego oraz w drżaczce. Objawy aklimatyzacyjne przechodzą szybko, działanie zaś braku tlenu, obiektywnie stwierdzane, bez jakiegokolwiek dolegliwości podmiotowych, trwać może czas dłuższy.

Z.

Choroby zakaźne.

Doc. Dr. Józef KOSTRZEWSKI, prymariusz oddziału zakaźnego Państwowego Szpitala Ś-go Łazarza w Krakowie. **Czerwonka bakteryjna.** (Kraków, 1927. Nakładem Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie).

Proszura, aczkolwiek ma charakter monografji, jest właściwie sumiennym studjum klinicznym autora. Wiadomości z literatury dotyczące czerwonki, szeroko już omówione w poprzednich monografiach, są tu podane w najkrótszym streszczeniu; natomiast szeroko omówione są tu działy, które stanowią osobisty dorobek naukowy autora, oparty na zmuszonej i sumiennej pracy laboratoryjno-klinicznej według zgóry powziętego planu.

Autor zajął się zbadaniem stron bakteriologicznej czerwonki oraz stosunku zarazki do przebiegu klinicznego sprawy i potwierdził, bądź też ustalił wiele faktów mniej znanych lub zupełnie nowych, wyprowadzając z nich wnioski, daleko idące, przez wielu z nas już wyczuwane, ale dotąd nie stwierdzone.

Tak więc autor sam przekonał się, że stwierdzenie zarazki czerwonkowej w wypróżnieniach chorego udaje się nader rzadko:

na 558 prób dodatni wynik otrzymano zaledwie 37 razy t. j. 6,63%, a jednak czerwonka klinicznie nie podlegała wątpliwości. Nazbyt więc rzadko stwierdza się bakterje czerwonkowe w stolcach chorych na czerwonkę! Fakt ten można sobie tłumaczyć w rozmaity sposób, niekoniecznie trudnościami technicznymi.

Drugim faktem, który ustalił autor, jest zdecydowanie uznanie czerwonki jako bakteremji, nie zaś wyłącznie toksemji, jak to dotąd utrzymywano. Na 630 prób krwi (od 313 chorych) stwierdził obecność bakterji Shiga-Kruse — 81 razy i to zarówno we wczesnym, jakoteż w późniejszym okresie choroby. Podobnie jak inni badacze, i autor przekonał się, że we krwi czerwonkowych krąży nie raz zupełnie odmienne bakterje: u dwóch chorych stwierdzono obecność we krwi *b. coli*, u jednego — *b. typhi*, u jednego — *b. paratyphi A*. U jednego znowu chorego początkowo wyhodowano *b. coli*, a później — *b. Shiga-Kruse*, u innego zaś — początkowo *b. Shiga-Kruse*, a później — *b. paratyphi A*, przyczem o zakażeniu mieszanem nie mogło być mowy, wnioskując z objawów klinicznych. Zjawisko to można sobie tłumaczyć przypadkowym dostaniem się do krwi bakterji odmiennych, spokojnie pasorzytujących w kiskach chorego. Możliwe jest jednak i inne tłumaczenie. W każdym razie obecność bakterji czerwonkowych we krwi spotyka się rzadko, niezależnie jest ona od ciepłoty chorego, jest jednak objawem ciężkiego schorzenia.

Autor sprawdził również własności aglutynacyjne surowicy krwi i stwierdził je w 22,07% ogólnej liczby badanych (u 231 chorych — w 288 badaniach), biorąc za wynik dodatni rozcieńczenie 1:100. Najwcześniej własności zlepne stwierdził w 6 dniu choroby, zwykle jednak znacznie później, bo w 3 lub 4 tygodniu czerwonki, przyczem w przypadkach, w których surowica nielepiała b. czerwonkowych, choroba trwała od 1 do 4 tygodni i dłużej, to samo dotyczy przypadków z dodatnią próbą zlepną.

Z tych wyników sprzecznych niektórzy autorowie wyprowadzają wniosek, że nie tylko w b. czerwonkowych należy się dopatrywać zarazków czerwonki. Czerwonkę mogą wywołać różne bakterje, a głównie *b. coli* w razie zwichnięcia równowagi w dotychczasowym współżyciu ustroju i pasorzyta. Zachwianie tej równowagi może być spowodowane utratą odporności ustroju, innym razem — snotegowaniem się zjadliwości bakterji. *Bacterium coli*, stając się zjadliwe, może nabywać zupełnie obcych sobie cech i przeobrażać się bądź w *b. dysenteriae*, bądź w *bact. typhi*. Śmiało to twierdzenie ma już swoje potwierdzenie w badaniach *in vitro* licznych autorów, między innymi Szymańskiego i Szwarczewskiego. Pojmowanie przeto choroby zakaźnej, jako wyniku inwazji swoistych bakterji do ustroju, ulega poważnemu zachwianiu. Źródło zakażenia może tkwić w samym ustroju.

Do równie śmiałych wyników dochodzi autor przy ocenie wartości leczniczej surowicy czerwonkowej. Drogą bardzo pomyslowej metody, wyłączającej wszelką autosugestję, autor doszedł do wniosku, że surowica czerwonkowa działa wprost jako białko obce, zadane ustrojowi parenteralnie: swoistego zaś działania antytoksykacyjnego nie wywiera zupełnie. Tak się ułożyło, że najlepsze wyniki otrzymał po zastosowaniu w czerwonkę surowicy przeciwżółciowej. Jedyny zarzut możnaby tu zrobić ten, że surowicę stosowano w nader nielicznych przypadkach, mianowicie u 19 chorych w r. 1923 i u 7 chorych w 1924.

Tu autor nie wspomina, że podobne głosy zanotowane są już w piśmiennictwie ostatniej doby. A więc: Egan, Klempere i Strissower zaznaczają, że surowica poprawia niektóre podmiotowe objawy, zupełnie jednak jest bez wpływu na proces czerwonkowy; Dorendorf i Kolle podają, że otrzymywali te same wyniki po zastosowaniu czystej surowicy końskiej, co i po surowicy swoistej; Jacob, Friedman i Strümpell wypowiadają się, że surowica nie wywiera żadnego wpływu na przebieg czerwonki. Za nimi Hausmann utrzymuje, że surowica przeciwczerwonkowa nie może być porównywana z surowicą błoniczą; przeciwko jej swoistości przemawia bowiem i ta okoliczność, że coraz większe stosuje się dawki: początkowo zalecano 30 ccm., obecnie stosują już po 300—400 ccm.: przez tak olbrzymie dawki pragną zwolennicy surowicy uratować jej opinię swoistości.

To są najoryginalniejsze zdobycze autora, za które musimy mu być wdzięczni, gdyż rzucają one jasne światło na wiele ciemnych kwestyj w dziedzinie czerwonki.

Inne działy monografji, jak patogeniza, zmiany anatomiczne, objawy kliniczne, rozpoznawanie i leczenie — zawierają wiadomości umiarkowanie zgodne z dotychczas ogłoszonymi.

Monografia jest wydana starannie, napisana zwięźle i stano-

wi pożądanym nabytek w naszym piśmiennictwie lekarskim. Należałoby zapoznać z nią obcy świat naukowy.

W. K n a p p e.

BLANC i CAMINOPETROS. O szczepieniach przeciw-czerwonkowych za pomocą domięśniowych zastrzyków żywych prątków Shiga. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 8. 1927).

Autorzy od wielu lat mieli sposobność badania i porównywania skuteczności różnych sposobów szczepień przeciw-czerwonkowych, dokonywanych wśród uchodźców w Atenach, i przekonali się o wielkiej wartości szczepień za pomocą żywych drobnoustrojów, przewyższających inne sposoby szczepienia.

Początkowo autorzy obawiali się zastosować jako szczepionkę żywe drobnoustroje ze względu na wielką jadowitość prątków Shiga żywych, a nawet zabitych. Okazało się jednak, że jadowitość ta jest tylko pozorna i zależy w głównej części nie od drobnoustrojów żywych lub zabitych, lecz od rozpuszczalnych toksyn, wytwarzających się w wodzie, zawierającej żywe hodowle, lub uwolnionych w skutek rozpadu drobnoustrojów. Prątki Shiga żywe, lecz pozbawione śladów płynu, w którym się znajdowały w hodowli, nie są, praktycznie biorąc, zjadliwe dla człowieka.

Otrzymując za pomocą specjalnego, bardzo zresztą prostego postępowania czyste przemyte bakterie, pozbawione w ten sposób szkodliwej domieszki toksyn, autorzy zastrzykiwali 4 do 6 miliardów żywych prątków Shiga domięśniowo lub głęboko podskórnie w okolicy pośladkowej. Nie powodując przytem większego odczynu miejscowego. Stwierdza się jedynie nieznaczne i mało bolesne nacieczenie w miejscu zastrzyknięcia, które znika w ciągu 3—4 dni. W 4—5 godzin po zastrzyknięciu temperatura może się nieznacznie podnieść, nie przekraczając zresztą nigdy 38°.

Szczepieni mogą się nawet oddawać pracy, czyli że skutki uboczne szczepień są naogół minimalne. Hodowla tymczasem, z której korzystali autorzy, jest bardzo zjadliwa. Wytwarza ona w ciągu 10—15 dni toksynę, która zabija królika w 3 dni po zastrzyknięciu dożylnem 0,1 cm³. Drobnoustroje, które się okazały nieszkodliwe przy ich zastrzykiwaniu w stanie żywym tegoż dnia po ich otrzymaniu, dają bardzo silne odczyny, o ile się je zastrzyknie po 2—3 dniach trzymania ich w wodzie przekrojonej, zdążyły już bowiem wytworzyć toksyny. Równie szkodliwe okazują się drobnoustroje, choć zabite, lecz przechowywane kilka dni.

Z doświadczeń, wykonanych na dzieciach, dorosłych i starcach zawsze z dobrymi wynikami, autorzy wyciągają wniosek, że szczepienia przeciw-czerwonkowe za pomocą zastrzykiwania świeżych żywych prątków Shiga, nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa, ani trudności, a co do skuteczności dają więcej, niż inne metody szczepień.

J. T y p o g r a f.

J. ENKLING. Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy dur-em rzekomym B a zapaleniem wyrostka robaczkowego ze szczególnem uwzględnieniem obrazu krwi. (D. med. Woch, 1927, Nr. 33).

Zdarzają się przypadki duru rzekomego z początkiem bardzo ostrym, podobnym do rozpoczynającego się zapalenia wyrostka robaczkowego. Badanie krwi prawie zawsze daje możliwość przezwyciężenia tych trudności rozpoznawczych. Ogólna liczba leukocytów ani w jednym przypadku nie przewyższała 12.000, ale objaw ten nie ma znaczenia decydującego. W obrazie krwi jakościowym rozstrzyga na korzyść rozpoznania duru rzekomego limfocytoza w połączeniu z wybitnem przesunięciem na lewo i ze stosunkowo uderzająco małą liczbą form młodocianych.

Z.

ZOELLER i RAMON. Szczepienie przez nos. (Presse med. Nr. 69).

Próby uodparniania poprzez śluzówkę nosa doprowadziły do bardzo interesujących wyników. Udało się, mianowicie, otrzymać wyraźną zmianę np. odczynu Schick'a w następstwie wprowadzania przez nos odpowiednio przygotowanej szczepionki błonkowej. Podobny wynik dało wkraplanie do nosa szczepionki paciorkowcowej, a co więcej, tężcowej i czerwonkowej. Okazało się przytem, że nawet bardzo wrażliwi na dany jad i silnie reagujący na uodparnianie podskórne dobrze zupełnie znoszą uodparnianie poprzez śluzówkę nosa. Mimo, że sposób ten ma swe słabe strony, jak niepewność dawkowania, nieekonomiczne stosowanie, może on się okazać niezmiernie pożytecznym, jeśli dalsze badania potwierdzą powyższe. Błonica zdanem autora, musi zginąć zupełnie, nie można będzie, bowiem,

wysuwać przeciwko uodparnianiu argumentu w postaci silnego odczynu po wprowadzeniu jadu.

M. G.

Gruźlica.

CH. ALEXANDER i A. BECKMAN. Röntgenatlas der Lungentuberkulose des Erwachsenen. (Tub. Bibl. Nr. 29, Lipsk. Wydanie Johann Barth).

Bardzo pożyteczne zestawienie historii chorób i zdjęć płuc, z którego można wynieść sporo korzyści. Należy dążyć do uzyskania własnego doświadczenia w tej tak rozmaicie interpretowanej galezi medycyny praktycznej. 108 zdjęć z zakładu Agva dotyczy: 1) wczesnych okresów gruźlicy płuc, 2) przewlekłej prosówki, 3) nawrotów starych spraw trzeciorzędowych, 4) cofania się rozległych świeżych spraw, 5) gruźlicy rozwiniętej izolowanej, zdążającej do wytworzenia olbrzymich jam, 6) odmy samoistnej, 7) kureczenia się tkanki płucnej z jego następstwami, 8) odmy sztucznej, 9) przerwania nerwu przeponowego, 10) plombi parafinowej, 11) torakoplastyki i 12) rozpoznania różniczkowego.

Zdjęcia naogół dobre, nieźle wykazują zmiany chorobowe. Nierzadko daje się stwierdzić niezupełną zgodę w wynikach badania fizykalnego i w zdjęciu. Być może, że prześwietlenie uzupełniało odpowiednie przypadki. W każdym razie dowodzi to bezstronności do pewnego stopnia przedstawienia materiału. Wydane na pięknym papierze.

M. G a n t z.

BERGERON i BOURGAREL. Rozpoznawanie bakterjologiczne gruźlicy u dzieci. (Presse med. 1927, Nr. 70).

Bardzo ważna praca pod względem praktycznym. Autorzy zwracają uwagę na zapoznaną ogólnie częstość stwierdzania prątków gruźliczych u dzieci, u których objawy badania fizykalnego i rentgenowskiego nie przemawiają za gruźlicą otwartą płuc. Wcale nierzadko w przypadkach z ujemnym wynikiem badania płwociny udawało się im stwierdzić obecność prątków w ślinie, wziętym wnet po przebudzeniu się dzieci z ich gardzieli. Przytoczone cztery spostrzeżenia są niczymiennie pouczające i posiadają wielką wartość ze względu na niebezpieczeństwo dla dzieci innych. Były to przypadki tak chętnie dziś rozpoznawanej gruźlicy gruczołów węzkowych: dodatni wynik badania śliny dowiódł obecności zmian otwartych w płuc. mimo że Roentgen nie szczególnego w tym kierunku nie wykazywał. W razie wniknięcia ujemnego i tego sposobu badania, należałoby się jeszcze uciec do przemycia żołądka naczeczko (zgodnie z radą Armand-Delille'a i Viberta) i do poszukiwań w treści otrzymanej.

M. G.

A. ADAM. O znaczeniu heterogenetycznej alergii tuberkulinowej w powstawaniu wrażliwości na tuberkulinę. (Br. Beitr. t. 63 r. 6).

Autorowi udało się wywołać u świnek wrażliwość tuberkulinową po uprzednim traktowaniu ich zabitymi prątkami gruźliczymi. Co więcej, udało się przenieść owa wrażliwość na normalne świnki z pomocą rozrzuconych organów zwierząt sztucznie uczulonych. Rza-dziej i słabiej występował odczyn tuberkulinowy u zwierząt kontrolnych, którym wprowadzano rozrzucone normalne organy. — co dowodzi możliwości wywołania wrażliwości tuberkulinowej drogą nieswoistą. Niejednokrotnie udało się następnie wywołać u ssawców odczyn tuberkulinowy po uprzednim traktowaniu ich szczepionką nalczki okrężnicy, gdy szczepionka durowa tego nie dawała. Należy sadzić, że wrażliwość tuberkulinową jest szczególnym typem odczynu antygenowego. Tuberkulina, nie będąca właściwym antygenem, posiada własności antygeny w ustroju, zallergizowanym nierównie pod wpływem swoistego czy nieswoistego białka, i wywołuje alergię wtórną.

M. G.

FRANZ REDEKER. O wczesnem nacieczeniu i niestwierdzeniu łączeniu sprawy szczytowej z gruźlicą dorosłych. (Deutsch. med. Woch. Nr. 3. 1927).

Śmiertelne postacie suchot płucnych prawie nigdy, zdaniem autora, nie powstają z t. zw. gruźlicy szczytów, niezależnie od tego, czy ta ostatnia była leczona, czy też nie.

Opisane przez Aschoffa i Puhla zmiany zawierają genetycznie różne rodzaje ognisk: większość ich jest identyczna z przerzutami szczytowymi i grupą przerzutów, wyodrębnionych przez Simon'a. Ogniska te są pochodzenia przeważnie wtórnego, zjawiają się

już w dzieciństwie i rentgenologicznie, a nawet klinicznie dają się stwierdzić w ciągu całego życia. Z tych ognisk przerzutowych prawie nigdy nie rozwija się gruźlica trzeciorzędowa.

Początek postaci przewlekłych, jak i jamistych gruźlicy płuc, dający się wykazać obiektywnie, jest prawie zawsze nacieczeniem wysiękowym, które w ostrych przypadkach może szybko zająć całe płuco. To „wczesne nacieczenie“ usadawia się przeważnie pod obojętnością w części zewnętrznej lub w polu środkowym i może przebiegać bez jakichkolwiek objawów podmiotowych, nawet z doskonałym toksycznie pobudzonym samopoczuciem. Nacieczenie to może się wessać, ulec induracji, względnie zserowaceni. W tym ostatnim przypadku występują nieznaczne objawy podmiotowe, jak kaszel, podwyższenie ciepłoty, płwocina zawierająca prątki, we krwi — neutrofilja z przesunięciem na lewo; i tu zresztą możliwa jest jeszcze induracja, przeważnie jednak zjawia się wysiew podobojczykowy, dający postacię wysiękowo-serowato-płatowe, to co pospolicie nazywają suchotami galopującymi.

Rozwój form przewlekłych od wczesnego nacieczenia odbywa się zawsze poprzez wysiew podobojczykowy.

Silny stopień alergii wczesnego nacieczenia daje znaczne zapalenie oboczne, które stanowi cechę charakterystyczną jego przerzutów aspiracyjnych. Samo ognisko przerzutowe jest mikroskopowo małe, cien na kliszy zależy od zapalenia obocznego. Tem się też tłumaczy duże niekiedy cofanie się przerzutów aspiracyjnych, które jednak mogą ulec induracyjnej przemianie.

Nielatwe jest wykrycie „nacieczenia wczesnego“ z powodu nielicznych objawów, jak i trudnej techniki rentgenologicznej. Niepomyślnie jest zjawianie się wczesnego nacieczenia, jako wytworu wysokiej alergii wegetatywnej, w okresie dojrzewania płciowego, a więc w czasie, w którym mało zwraca się uwagi na niedomagania fizyczne.

M. Goldman junior.

P. LANSEL. Krwawienia z płuc w wysokich górach (Br. Beitr. t. 66, z. 6).

Statystyka zakładu Schatzalp w Davos przemawia za tem, że góry wysokie bynajmniej nie uspasabiają szczególnie do krwawień z płuc u chorych na gruźlicę. Na 2.500 chorych odnotowano krwawienia (nawet najdrobniejsze) u 1061, t. j. w 42%. Z liczby tej 761 (30%) miało krwawienia w nizinie, 201 (8%) w nizinie i w górach, a tylko 99, t. j. 4% w górach. Zdaniem autora, krwawienia, rzecz jasna, zależą w pierwszej linii od zmian anatomicznych, czynników zewnętrznych i warunków atmosferycznych odgrywają rolę drugorzędną. Z pośród tych ostatnich dane statystyczne zdają się przemawiać za pewnym wpływem wzrostu wilgoci w powietrzu, mniej zaś wahań barometrycznych. Z czynników wewnętrznych wymienia: 1) krwawienie z owrzodzeń, a więc i z tętniaków w jamach, 2) krwawienie skutkiem napływu krwi w zapaleniu okołogniskowym nawet w bliskiej zagojenia sprawie, 3) krwawienia, spowodowane wzmocnieniem ciśnienia krwi, 4) zastoinowe, 5) skutkiem odmy sztucznej, jeśli np. zrosty uniemożliwiają dokładny ucisk krwawiącego płuca lub specjalnie jamy.

M. G.

ZWERG. O chemoterapii gruźlicy płuc. (Fortschritte der Medizin, Nr. 15—1926).

Praca autora dotyczy preparatu złota triphal. Opierając się na danych z piśmiennictwa, autor przytacza dane statystyczne, według których 64,5% chorych, leczonych triphalem, poprawiło się znacznie, u 23% wyniki, aczkolwiek nie tak wybitne, również mogą uchodzić za pomyślne, i jedynie 12½% nie reagowało na triphal.

Autor dokonał osobiście około 1000 zastrzyknięć i ani razu nie stwierdził żadnych szkodliwych objawów ubocznych, tak często występujących przy stosowaniu innych preparatów złota.

W porównaniu z kryzologanem okazuje się triphal znacznie mniej jadowitym. Do zabicia królika potrzeba (obliczając na kilo wagi) 0.03 kryzologanu, triphalu zaś przeszło dwukrotnie więcej — 0.075.

Na mocy własnego doświadczenia autor dochodzi do wniosku, że wyniki leczenia płuc triphalem są znacznie lepsze, niż przy stosowaniu innych leków.

J. Typograf.

WOLF i LOSSEN. Wyrwanie nerwu przeponowego w przypadku gruźlicy jamistej górnego płata płuca prawego. Br. Beitr. t. 66, z. 6).

Bardzo interesujący przypadek, ilustrowany serją rentgenogramów i wykazujący niezwykle dodatni wpływ wyrwania nerwu prze-

ponowego na sprawę rozpadową w górnym płacie. Najwidoczniej dopiero po zniesieniu przeciwdziałania przepony mógł przejawiać się w całej pełni proces bliznowacenia w górnym płacie. W przypadku opisanym odma była nie do pomyślenia wskutek zrostów; pozostawał też do wyboru: zabieg na nerwie przeponowym lub torakoplastyka. Zabieg na nerwie okazał się wystarczającym i nad wyraz skutecznym.

M. G.

NEUMANN i WOLF. Trwałość wyników leczenia odmy w górach. (Br. Beitr. t. 66, z. 6).

Praca, oparta na 150 przyp. odmy, w ciągu lat 18 dokonywanych w zakładzie Spenglera (dawniej) w Davos. Pobyt w górach nieraz umożliwia założenie odmy przez doprowadzenie do uspokojenia uprzedniego zmian w płucu, mniej zaatakowanemu. Wyniki, otrzymane w zakładzie Schatzalp, są, jak widać, dobre, skoro 66% chorych żyło po upływie 2 — 18 lat. Ośmiu chorych po szeregu lat zmarło z powodu innych chorób. Gorsze wyniki, rzecz jasna, otrzymano w tych przypadkach, w których zrosty uniemożliwiały założenie odmy całkowitej. Raz jeden odnotowano śmierć skutkiem zatoru gazowego w czasie dopełniania odmy. Na 150 przyp. odmy w jednym tylko przyczyną odmy był ropień płuca, w pozostałych gruźlica. W 5 przypadkach powodem bezpośrednim odmy był krwotok.

M. G.

Choroby kości i stawów.

M. MOULONGUET i R. LIFSCHITZ. W sprawie dyagnostyki rentgenograficznej nowotworów kości długich. (Journ. de chir., t. XXVII. Nr. 2 1926).

Do nowotworów złośliwych kości długich należą: mięsak kostny (*osteosarcoma*) i nabłoniak przerzutowy (*epithelioma secundarium*), do łagodnych — chrząstniak (*enchondroma*), kostniak (*osteoma*), torbiele kostne, zapalenia kości włókniste (*osteitis fibrosa*) i guzy, nazwane przez autorów „tumeurs à myéloplaxes“. Mięsak kostny jest ogólną nazwą nowotworów kostnych typu łącznotkankowego. W samym początku rozwoju takiego nowotworu można, na mocy rentgenogramu, odróżnić mięsak centralny od okostnowego. W dalszym rozwoju jednej z tych postaci powstaje t. zw. mięsak kostny całkowity. Mięsak centralny występuje najczęściej na rentgenogramach jako ognisko jaśniejsze o brzegach nieostro zarysowanych, zlokalizowane na końcu diafizy. W szybkim czasie okostna sąsiednia, drażniona przez nowotwór, zaczyna się rozrastać, grubieje i wytwarza wyniosłości, które nie zatrzymują promieni Roentgena w tym stopniu, jak to bywa w sprawach zapalnych kości. Również sąsiadująca z nowotworem tkanka kostna, wykazuje na rentgenogramach pewne zaciemnienie, będące wyrazem wzmoczonej lokalnej osteogenezy. Nowotwór wkrótce przebiega zgrubiałą okostną i wstąpi pomiędzy tkanki miękkie kończyny, będąc stałe od nich ciemniejszym dzięki zawartości soli wapniowych, pochłoniętych ze zniszczonej kości. Omawiany nowotwór może ulegać częściowemu lub całkowitemu skostnieniu.

Istnieje jeszcze jedna postać mięsaka centralnego, którą cechuje brak wyraźnego ogniska; zazwyczaj większa część kości ulega tutaj zwyrodnieniu nowotworowemu, co na rentgenogramach przejawia się jako rozsiane i niejednolite jej zaciemnienie.

Mięsak kostny całkowity jest dalszym etapem w rozwoju poprzednich postaci nowotworowych; znajdujemy tu pomieszane ze sobą już wyszczególnione jak również i nowe obrazy rentgenograficzne.

Do tej samej grupy nowotworów zaliczamy t. zw. *myelomata*. Są to nowotwory, rozwijające się zazwyczaj jednocześnie w całym szeregu kości i obejmujące duże ich odcinki. Na rentgenogramach uwidoczniają się liczne jaśniejsze ogniska nowotworowe, które obok ciemnych ognisk kości zdrowe wytwarzają dość pstrokaty rysunek, zacierający obraz normalnego beleczkowania kości. Odczynu ze strony okostny albo niema zupełnie, albo też jest on bardzo nieznaczny. Jako rzecz znamienną podkreślić należy powstawanie niekiedy martwaków w obrębie kości. Tkanka nowotworowa nigdy nie ulega skostnieniu. Podobne obrazy daje rentgenografia kości przy obecności przerzutów rakowych do nich.

Niektóre przerzuty, np. z gruczołu krokowego, ulegają skostnieniu, dając na rentgenogramach zagęszczenie cieniów. Chrząstniaki występują najczęściej na palcach rąk i paluchach, tworząc wypuklenia kości; rysunek rentgenograficzny wykazuje, iż nowotwór o niejednolitem cieniowaniu jest ostro odgraniczony od kości normalnej. Okostna nie daje odczynu. Kostniaki są zbudowane z kości twardej

i zbitej; na rentgenogramach nowotwór jest ciemniejszy, niż kość normalna, o brzegach wyraźnie zarysowanych i tworzących zazwyczaj szereg uchyłków i uwypukleń.

Przyczyna powstawania torbieli kostnych samoistnych nie jest dotychczas wyjaśniona. Widzimy zazwyczaj na odnośnych rentgenogramach twór jasny, przeważnie jednolity, kształtu okrągłego, nieznaczający się w metafizie kości i ostro odgraniczony od kości zdrowej. Na poziomie torbieli kość ulega może złamaniu.

Zapalenia kości włókniste (*ostitis fibrosa*) charakteryzują się tem, iż na większym odcinku kości widzimy jaśniejszą jej larwę; ten jaśniejszy teren jest podzielony ciemniejszymi beleczkami na szereg zatok. Całokształt przypomina rentgenogramy torbieli kostnych, lecz nie ma tu ostrych zarysów zmienionej kości i odgraniczenia od kości zdrowej.

W t. zw. „*tumeurs à myeloplaxes*“, rentgenogramy podobne są do tych, jakie otrzymujemy w przypadkach zapaleń kości włóknistych. Guz przypomina ul z mnóstwem jasnych jamek i uchyłków, poprzedzielanych rozgałęzionymi ciemnymi beleczkami. Nowotwór nie przerzuca warstwy korowej kości i dokładnie odgranicza się od kości zdrowej; okostna nie daje odczynu. Kość pod wpływem guzowatości zmienia się uwypukla, czasem w znacznym nawet stopniu.

D. W y s z o g r ó d.

A. SCHATZILLO, T. SCHESTERIKOWA i R. FRENKEL
O wpływie kąpeli błotnych na zawartość wapnia we krwi w przewlekłych schorzeniach stawów. (Ztschr. f. d. ges. physik. Ther. T. 33, Z. 1, 1927).

Badania przeprowadzone były na 65 artrytykach, którzy w ciągu 4—6 tygodni leczenia byli naprzemian kąpielami z wody morskiej i błotnemi półkąpielami nasiadowemi. Wyniki były następujące: zawartość wapnia we krwi artrytyków spada pod wpływem kuracji szlamowej, w rzadkich jedynie przypadkach podnosi się w porównaniu z okresem przedkąpielowym. W przypadkach, w których ogólny odczyn kąpielowy jest słaby, nie spostrzegano zmiany zawartości wapnia we krwi.

Z.

H. PETTE. **Typowy zespół korzonkowy, towarzyszący złamaniu trzeciego kręgu lędźwiowego.** (Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Ps. T. 106, Z. 3, 1926).

Pewnej postaci złamania uciskowego III kręgu lędźwiowego towarzyszy charakterystyczny zespół objawów nerwowych, mianowicie: osłabienie, częściej brak odruchu kolanowego, osłabienie uczucia w ograniczonym pasie na zewnętrznej, względnie przedniej stronie uda i wewnętrznej powierzchni nogi, bóle neuralgiczne w obrębie pasa hipestetycznego. Ten zespół objawów stwierdzić się daje zwykle tylko z jednej strony. Objawy te są wyrazem uszkodzenia II i III korzonka lędźwiowego i następstwem ucisku przeważnie czuciowych włókien nerwowych opuszczających kanał rdzeniowy przez otwory międzykręgowe nad i pod III kręgiem lędźwiowym.

Z.

F. SCHURER—WALDHEIM. **O ostrym szybko do śmierci prowadzącym zapaleniu szpiku kostnego.** (Arch. f. Klin. Chir. T. 144, Z. 1, 1927).

Opis sześciu przypadków. Choroba trwa najmniej trzy doby, odznacza się nader szybkim rozwojem zmian miejscowych i prawie stałym rozszerzaniem się na wielkie stawy. Dominują wczesne objawy zakażenia ogólnego. Pod względem leczenia pierwszym rzędem znaczenie ma wczesne rozpoznanie i wczesny zabieg operacyjny, połączony z leczeniem szczepionką.

Z.

Choroby dzieci.

St. ENGEL. **O leczeniu nieżyty nosa osesków.** (D. m. W. 1927, Nr. 29).

Przedewszystkiem należy dbać o zachowanie drożności nosa. W cięższych przypadkach wystarcza w tym celu mechaniczne oczyszczanie nosa kłotkami z waty i smarowanie skóry otworów nosowych oliwą. Manipulacje te powinny być wykonywane przed każdorazowym karmieniem. Jeżeli to nie wystarcza, to należy wkraplać do nosa nieco suprareniny (2 krople czterokrotnie rozcieńzonego przetworu oryginalnego do każdego otworu). W uporczywych lub często powracających nieżytach dobrze działa wkraplanie roztworów cynku według następującego przepisu: *Sol. zinci sozojodol.* 0.1:20;

Glycerini, Sol-Supraren. 1:1000 aa ad 30.0, M. D. ad vitr. pipett. Z tego roztworu wlewa się do nosa pipetką 2 — 3 razy dziennie po 3 — 4 krople z każdej strony. Podczas wkraplania należy główek dziecka przechylić ku tyłowi i zatkać palcem otwór nosa, do którego się kropel nie wlewa. Z maści najpopularniejsza jest zalecona przez G. S. p. p. e. r. t. a o składzie następującym: *Liq. Alumin. acet.* 2.0, *Adip. lanæ* 10, *Paraffin. liquid.* ad 20.0, M. f. ungr. S. Maść do nosa.

Z. S.

Ch. LESTOCQUOY. **Sztuczne karmienie noworodków. Mleko krowy i mleko przerabiane.** (Gyn. et Obst. Nr. 1. T. XV — 1927).

Karmić dziecko sztucznie jest bardzo trudno z dwóch przyczyn: 10 niepewność w dostarczaniu czystego i dobrego mleka, 20 nietolerancja niektórych noworodków na sztuczne mleko.

I. Mleko krowy. 10% sprżecawanego mleka zawiera laseczniki K o c h a. W niektórych miejscowościach 40% krów reagują na tuberkulę. Trzeba się postarać, aby mleko przeznaczone dla noworodków było wolne od laseczników K o c h a, gdyż noworodki są na nie bardzo wrażliwe. Mechaniczne dojenie z prędkim ochładzaniem mleka dało pod względem zawartości bakterij (w Bordeaux) bardzo dobre wyniki.

Pasteryzacja mleka, a w szczególności w kilka godzin po dojeniu nie zabija zarodników i nie uwalnia od toksyn, wydzielonych przez laseczniki. W New-Yorku i w Londynie są sprzedawane trzy rodzaje mleka: A, B, C. Mleko A nie powinno mieć więcej, niż 10 tysięcy bakterij w cm³. Mleko to zostaje kontrolowane na fermach i przeznaczone jest tylko dla noworodków. Mleko B posiada przed pasteryzacją pięćset tysięcy laseczników w cm³ i służy tylko dla dorosłych. Mleko C służy tylko do kuchni i do przemysłu.

II. Mleko skondensowane. Jako hipertoniczne nie utrzymuje w sobie bakterij. Przygotowane ze sacharozą mleko to, zmieszane z wodą, może dać dobry produkt odżywczy dla noworodka. Skondensowane mleko nie wywołuje skorbutu, jednakże jest wskazane dawanie dziecku owocowego soku podczas sztucznego karmienia. Skondensowane mleko zalicza się do mleka wolnego od bakterij, dobrze się konserwuje i mało ma tłuszczu, co jest najważniejsze dla noworodka. Jako mleko przecukrzzone produkuje w kiszka fermenty, które wytwarzają kwasy i tym sposobem nie pozwalają rozwijać się bakterjom w kiszka noworodka. Jako mleko, zawierające mniej kazeiny, niż mleko krowy, zbliżone jest więcej do mleka matki przy proporcji jednej łyżeczki od herbaty na 50 gramów wody.

III. Suche mleko. Specjalnie tem mlekiem zajmuje się profesor P o r c h e r z Lyonu. Utrzymuje on, że dobre suche mleko powinno być preparowane z dobrego mleka i jaknajprędzej po dojeniu. Mleko to powinno być suszone nie w wysokiej temperaturze i powinno być preparowane z mleka zbieranego. Tłuste mleko nie może być w tym wypadku używane, gdyż bardzo prędko się psuje. Każda fabryka suchego mleka wykazuje ilość potrzebną dla spreparowania pokarmu dla noworodka w zależności od wieku. Zwykle bierze się dwie i pół łyżeczki stołowe proszku na 1000 gramów wody i to skondensowane mleko rozcieńcza się w wodzie, w zależności od wieku noworodka. Niektórzy znajdują, że dłuższe karmienie noworodka suchym mlekiem wywołuje lekkie objawy krzywicy. Z powodu tego, że suche mleko, przechodząc temperaturę 140°, traci zupełnie djastazy, a w szczególności witaminy C antyskorbutowe, profesor P o r c h e r i inni utrzymują, że noworodek powinien być karmiony nie za długo i bardzo ostrożnie.

IV. Maślanka. Karmienie dzieci niedonoszonych.

Charakterystyką noworodków niedonoszonych jest niedostateczne funkcjonowanie organów trawienia. Rozumie się, że najlepszym pokarmem byłby pokarm matki. Gdy matka nie jest w stanie karmić dziecka, a mleko krowy nie jest znoszone, M a r f a n po długich próbach doszedł do wniosku, że jedynie maślanka (habeurre) jest właściwym pokarmem dla niedonoszonego dziecka. Z powodu tego, że przygotowanie maślanki jednakowej zawartości jest dość trudne, zaczęto obecnie przygotowywać maślankę fabrycznie w puszkach, zawierających maślankę, cukier (40 gramów na litr), ryżowy krem i żytnią mąkę (10 gr. na litr). Dawka jest następująca: 140 gr. do 5 dni, 350 — do 10 dni, 420 do 15 dni i t. d., rozdzielone na 7 flaszek, a do każdej flaszki dodać należy 10 gr. wody wapiennej, ażeby zmniejszyć kwaśność maślanki. Oeski są karmione takim sposobem do tego czasu, dopóki dochodzą do wagi 3.000 gr. Następnie karmi się je mlekiem skondensowanym. Z maślanki na mleko skondensowane przechodzi się zwykle stopniowo, dając w pierwszym tygodniu jedno i drugie razem.

L. Ebin.

L. LANGSTEIN. Maślanka w proszku, jako środek dożywczy dla dzieci. (D. m. Woch. 1927, Nr. 23).

Autor wypróbował wymieniony w tytule przetwór na dużym materiale chorych dzieci, stosując środek „Eledon“, wyrabiany przez Towarzystwo Linda w Lindau. Dzieci chętnie biorą Eledon i znoszą go dobrze nawet przy długotrwałym stosowaniu. W porównaniu ze zwykłą maślanką Eledon ma kilka stron dodatnich: niezależność od każdorazowego źródła mlecznego, stały skład, mianowicie pod względem zawartości tłuszczu i stopnia kwaśności, i wreszcie dogodny i szybki sposób przyrządzania przez rozpuszczenie 10 gramów proszku w 100 gramach wody ciepłej. Roztwór ten kłóci się dokładnie nad płomieniem i od chwili zagotowania utrzymuje się ½ minuty w stanie wrzenia. W ten sposób otrzymana maślanka ma przyjemny smak kwaskowaty, zawartość tłuszczu 1,3—1,4% oraz wartość około 42 kaloryj na 100 gr. Stopień kwaśności waha się między 25—28 (to znaczy, że do zobojętnienia 100 gr. maślanki potrzeba 25—28 ctm³ ługu sodowego).

Z.
A. MAHNERT. O wpływie insuliny na krzywą wag dzieci słabowitych i przedwcześnie urodzonych. (Monatsschr. f. Geb. und Gyn. T. 74, Z. 6, 1926).

Obserwację przeprowadzono na 18 ośeskach, pochodzących od zdrowych matek (11 porodów przedwczesnych, 2 dzieci, urodzonych do czasu, ale słabowitych, 5 dzieci, urodzonych ze wszelkimi oznakami dojrzałości i zdrowia, które w następstwie wykazywały ubytki wagi). Zastrzykiwano pod skórę 2 — 3 razy dziennie po jednej jednostce przed karmieniem, po karmieniu zaś dawano 1—3 gr. cukru gronowego (1—2 łyżeczek od kawy 20% roztworu). Stosowana w ten sposób insulina okazała się bardzo cennym środkiem pomocniczym w żywieniu niedojrzałych i słabowitych dzieci i w podtrzymywaniu ich wagi.

Choroby nerwowe i psychiczne.

GILIS. Anatomie élémentaire des centres et du sympathique chez l'homme. Masson et Cie, Paris. 1927. 20 fr.

Paryska firma wydawnicza Masson'a w ostatnim roku akademickim wielce się przyczyniła do szerzenia wiadomości z anatomii układu nerwowego, wiadomości niezbędnych zarówno anatomowi i neurologowi, jak chirurgowi, stojącemu na wysokości zadania. Wydała ona prawie jednocześnie „Anatomję topograficzną ośrodkowego układu nerwowego“ Guillaína i Bettrauda, „Anatomję mózgu“ Foix i Nicolesco, „Semiologję neurologiczną wraz z anatomją układu nerwowego“ Déjérinea w 2-m wydaniu i dwutomową „Anatomję opisowo-topograficzną“ Rouvièrea z szczególnym uwzględnieniem części nerwowej. Ostatnio wypuściła na rynek księgarski niedużą, zaledwie 230 stroniec obejmującą „Anatomję elementarną ośrodków nerwowych i nerwu współczulnego u człowieka“ opracowaną starannie przez Gilisa, anatoma z Montpellier, ozdobioną 35-ma rysunkami schematycznymi.

W porównaniu z powyższymi wydawnictwami, dość drogiemi, wahać się w cenie między 80 a 300 fr. jest to skromne kompendjum ceny ledwie 20 fr., w którym atoli zebrane jest wszystko nowsze, zwłaszcza z układu sympatycznego, który autor specjalną otacza pieczołowitością, korzystając z prac najpoważniejszych znawców tej dziedziny, anatomów i fizjologów Anglii i Francji: Langleya, Gaskolla, Guillaumea, Laignet-Lavastinea i Thomasa. Układ mózgowo-rdzeniowy Gilis przedstawia współczulnemu w samym nagłówku, segregując *vie de la relation* oraz *vie végétative*.

Czem się różni zasadniczo szkic anatomiczny Gilisa od innych podobnych, to tem, czego nie podkreśla należyście i z czego sobie może dostatecznie nie zdaje sprawy sam autor, że bierze on za podstawę książki nie pierwiastki czysto anatomiczne, lecz anatomiczofizjologiczne, i że książka nie trąci już z odległości suchością dawnych anatomów, znajduje się bowiem ciągle w kontakcie z embriologją i histologją, z farmakologją i kliniką. W założeniu samem jest to jednocześnie zaletą i wadą podręcznika.

Stąd się bierze wstęp z organogenezy, histogenezy i histofizjologii. Stąd się bierze podział i omówienie neuronów ruchowych i czuciowo - zmysłowych pozaośrodkowych i wewnątrzośrodkowych: a) *neurones extra-ariaux* (dawne protonurony?), b) *neurones centraux s. intra — aziaux* (dawne deuteroneurony?), c) *neurones intermédiaires*, d) *neurones terminaux s. récepteurs*.

W układzie autonomicznym — wyrażenie, którego Gilis ani razu nie używa, chociażby wielce ułatwiło podstawy klasyfikacji — odrazu przeciwstawia on dział sympatyczny, parasympatycznemu, wprowadzając pojęcie mieszane, kliniczno-fizjologiczne, w każdym

razie nie ściśle anatomiczne, ułatwiając sobie wprawdzie zadanie dydaktyczne kosztem ścisłości anatomicznej i topograficznej.

Może drogą współpracy anatoma z fizjologiem uda się nam nareszcie wytłomaczyć pewne kwestje dotąd niewyjaśnione, jak np. gdzie się znajdują tory, które supponuje klinicysta i farmakolog (np. parasympatyczne naczyniorozszerzacze, potowydzielacze), a których anatom — histolog dotąd wypreparować nie potrafił.

Dzięki anatomiczno-fizjologicznemu punktowi wyjścia znajdujemy w tym podręczniku anatomicznym krótki rozdział o hemiplegji, zespołach Browna-Séquarda, odruchach i pseudo-odruchach skórnych, zespołach ocznych Claude Bernard-Hornera, o cennostezji, metabolizmie komórkowym, synapsach zwojowych i obwodowych, o sympatektomji okołonaczyniowej. Słowem, wkracza autor tu i owdzie — wprawdzie niezawsze precyzyjnym palcem histologa i subtelną dlonią artysty — w dziedzinę fizjologii, w domenę kliniki. Osobiście np. uważam za niezbyt fortunne a nawet niedopuszczalne identyfikowanie — choćby w nomenklaturze — jądra nerwowego z neuronem i wprowadzenie do anatomji, nauki ścisłej, pojęcia neuronu, fikcji spekulatywno - hypotetycznej Waldeyera, która wprawdzie wielką rolę odegrała w historii neurologji. Gilis rozumie pod swoim neuronem, wbrew panującej definicji, ciałko komórki nerwowej bez jej wypustek (!), bez t. zw. dendritów i neuritów.

Jako wstęp do obszerniejszych prac zasługuje ta anatomja ośrodków nerwowych w każdym razie na dokładne przestudjowanie, choćbyśmy się zastanawiali tu i owdzie, czy czytamy anatomję farmakologiczną, czy farmakologję anatomiczną.

H. Higier.

Choroby dróg moczowych.

L. BLUM i D. BRAUN. O zawartości chloru i sodu w narządach osobników, nie dotkniętych chorobami nerek. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 9 — 1927).

Istnieją jedynie nieliczne prace, zajmujące się obliczaniem ilości chloru w różnych narządach ludzkich, jeszcze mniej takich prac istnieje odnośnie do sodu ze względu na trudności, związane z jego obliczaniem.

Przystępując do obliczania zawartości chloru i sodu w narządach w przebiegu różnych chorób, autorzy dla otrzymania skali porównawczej wykonali wstępne obliczenia na narządach osobników, zmarłych na skutek chorób, nie mających większego wpływu na gospodarkę tych dwóch mineralów. Z obliczeń ich wynika, że ilość chloru w różnych narządach waha się jedynie w nieznacznych granicach pomiędzy 1 i 2 gr. na kilo suchej wagi. Jedynie w nerkach ilość chloru okazuje się większa (14 gr.), co jest zrozumiałe ze względu na czynność wydzielniczą tego narządu. Ilość sodu waha się w poszczególnych narządach w rozmiarach znacznie większych od 1 gr. dla skóry, 6 gr. dla białej substancji mózgu do 12 gr. dla szarej substancji mózgowej.

We wszystkich narządach istnieje przewaga ilości sodu nad chlorem; przewaga ta zaznacza się szczególnie wybitnie w szarej substancji mózgowej, w której zawartość sodu przewyższa przeciętnie 10-o krotnie zawartość chloru.

J. Typograf.

J. BLUM i D. BRAUN. O zawartości chloru i sodu w narządach chorych, dotkniętych mocznicą. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 9 — 1927).

Autorzy obliczali chlor i sod w narządach 12 chorych, zmarłych z powodu mocznicy. Z obliczeń ich wynika, że odnośnie do chloru stwierdza się w mocznicy powiększenie jego zawartości. Stopień jednak tego powiększenia w poszczególnych narządach może się wahać w znacznych granicach. Stałem i znacznem okazuje się zawsze zatrzymanie chloru w substancji mózgowej, przyczem istnieje znaczna różnica pomiędzy substancją białą, a substancją szarą, w której zawartość chloru powiększa się od 4 do 7 razy.

Co się tyczy sodu, to ilość jego może okazać się powiększoną, prawidłową lub nawet zmniejszoną. Powiększenie lub liczby prawidłowe stwierdza się u uremików z obrzękami, obniżenie zaś w przypadkach, przebiegających bez obrzęków.

Chlor więc i sól zachowują się w przebiegu mocznicy odmiennie. Różnica ta jest szczególnie widoczna w szarej substancji mózgowej, w której stosunek ilości sodu do chloru ze zwykłej liczby, wynoszącej 10, spada do 2 i poniżej, wobec znacznej przewagi zatrzymania chloru nad zatrzymaniem sodu. Z pośród wszystkich badanych narządów tkanka mózgowa zawsze przedstawiała największą zmianę swego składu mineralnego.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że w mocznicy, przebiegającej bez obrzęków, jednocześnie z powiększeniem się czasem bardzo znaczną ilość chloru nie stwierdza się wcale zatrzymania sodu, a czasem nawet obniżenie jego poziomu poniżej normy. Wynika z tego, że w tych przypadkach mamy do czynienia nie z zatrzymaniem chlorku sodu, lecz z zatrzymaniem w tkankach wyłącznie chloru, z chloropexją tkankową.

J. T y p o g r a f.

L. BLUM i D. BRAUN. W sprawie patogenezy mocznicy. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 9 — 1927).

Z powyżej przytoczonych badań wynika, że największe zmiany zawartości chloru i sodu zachodzą podczas mocznicy w szarej substancji mózgowej, podczas gdy w innych narządach okazują się one mniej stałe i mniej wybitne. Fakt ten nazywają autorzy chloropexją polioencefaliczną. Powstaje obecnie pytanie, czy ta chloropexja może wytłumaczyć kliniczny obraz mocznicy.

Nie ulega wątpliwości, że zmiany chlorowo-sodowe w szarej substancji mózgowej mogą z łatwością spowodować zmiany stanu kolloidów komórkowych wskutek wytworzenia się nieprawidłowego składu mineralnego i zaburzenia zwykłego stosunku między zasadami i kwasami.

Z punktu zaś widzenia klinicznego mocznica przedstawia istotne zatrucie układu nerwowego: główne objawy mocznicy są charakteru nerwowego. Wybiornie i głębokie dotknięcie kory mózgowej, będącej najbardziej zróżnicowaną częścią układu nerwowego, zgadza się więc doskonale z obrazem klinicznym.

Jako dowód, że zmiany składu chloru i sodu szarej substancji mózgowej odgrywają rolę patogenetyczną, może posłużyć spostrzeżenie, że stwierdzano je w typowej postaci we wszystkich badanych przypadkach mocznicy. Stwierdzano je zarówno w mocznicy z wielką, jak i z nieznaczną azotemją, w zapaleniach nerek zarówno ostre, jak i przewlekłe. W przypadkach zaś, w których chorzy nerkowi zmarli nie wskutek mocznicy, lecz wskutek innej przyczynowej choroby, badanie pośmiertne zawartości chloru w szarej substancji mózgowej nie wykazało charakterystycznych zmian chloropexji.

Z zespołu tych faktów autorzy wyciągają wniosek, że zmiany substancji szarej mózgu odgrywają ważną, jeśli nie główną, rolę w patogenezie mocznicy i stanowią podłoże zaburzeń czynnościowych, stwierdzonych w tem zatruciu.

J. T y p o g r a f.

Wskazówki praktyczne.

— J. E. Wolff zachwala środek *Allisatin* w leczeniu zaburzeń kiszkowych u osobników gruźliczych. Dodatni wpływ leku na dotkniętych gruźlicą zachęcił do stosowania go w nieżytych zakaźnych kiszce przewlekłych i ostrych, jak również w biegunce natury toksycznej u suchotników.

(Schweiz. med. Woch. 1927, Nr 21).

— R. Latzel wyraża się bardzo pochlebnie o działaniu *Causythu* w goście. Działanie to ma być zarazem przyczynowe i objawowe (bodźcowe i kojące). Stosuje się w pastylkach po 0,5.

(Wien. Kl. Woch. 1927, Nr 20).

— Chauveau, Valtis i Talon zauważyli, że *tuberkulinowy odczyn skórny na częściach ciała, wystawionych na działanie słońca, był ujemny lub bardzo słaby*, gdy tenże odczyn u tego samego osobnika po szczepieniu w okolicy niedostępnej działaniu

promieni słonecznych wypadł dodatnio. Ażeby zatem uniknąć fałszywego interpretowania tuberkulinowych szczepień rozpoznawczych, należy je wykonywać tylko na częściach ciała, niewystawionych na działanie słońca lub światła.

(Paris med. 1927, Nr. 35).

— G. Luys sądzi, że w goście stawowym rzeżączkowemu leczenie miejscowe powinno ustąpić na drugi plan przed leczeniem dróg moczowo-płciowych. Ciężkość gościa rzeżączkowego i jego nawroty zależą od zakażenia gonokokowego narządu moczowo-płciowego. U mężczyzny należy odkażać pęcherzyki nasienne, ażeby zapobiedz gośćcowi rzeżączkowemu lub ułatwić jego leczenie. Przelukiwanie tych pęcherzyków daje najlepsze wyniki.

(Paris méd. 1927, Nr. 35).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej.

76 posiedzenie kliniczne w dniu 12.IV 1927 r.

P o k a z y:

1) Bregman i Zamenhof. Przypadek porażenia połowowego nerwów czaszkowych.

Pokaz 30-letniej kobiety, która urodziła przed 10 tygodniami zdrowe dziecko, a obecnie cierpi na porażenie N.IV i N. VII, które wystąpiło najprawdopodobniej na tle samozatrucia połogowego.

2) Rothauba. a) Przypadek złamania kręgosłupa bez objawów porażenia.

20-letnia chora wyskoczyła z drugiego piętra. W okolicy 11 i 12 kręgu piersiowego stwierdzono u niej bolesną wypukłość. Rentgen wykazał zmiażdżenie i splaszczanie trzonu XII kr. piersiowego. Badanie neurologiczne nie wykazało urazu rdzenia. R. szczegółowo omawia mechanizm powstawania uszkodzeń tego rodzaju.

Rozprawa: Goldstein, Adelfang, Bregman.

b) Przypadek owrzodzenia gruźliczego na języku.

U 52-letniego chorego stwierdzono na języku owrzodzenie. Różniczkowano pomiędzy gruźlicą i kiłą, promieniścią i rakiem. Badanie histologiczne wykazało gruźlicę.

Rozprawa: Adelfang, Zamenhof.

O d c z y t:

J. Lipszyc. Odporność przeciwgruźlicza u dzieci w świetle najnowszych badań.

77 posiedzenie kliniczne w dniu 6.V 1927 r.

P o k a z y:

1) G. Bychowski. Wrodzona hypoplazja prawej strony ciała u 7-letniej dziewczynki.

2) G. Krukowski. 3 przypadki rodzinnego cierpienia układu nerwowego, prawdopodobnie stwardnienia wieloogniskowego.

Rozprawa: G. Bychowski, Bregman.

3) Milejowski. Przypadek toksodermji posawarskiej.

O d c z y t:

Lipszyc. Odporność przeciwgruźlicza w świetle najnowszych badań (dokończenie).

Rozprawa: Kurlandzki, Poncz.

78 posiedzenie kliniczne w dniu 17 maja 1927 r.

P o k a z y:

1) Krajtelkraft. Przypadek niezwykle guzów pachwiny o charakterze brodawczakowatym.

Pokaz chorego 52-letniego mężczyzny. W wywiadach nie szczególnego. W okolicy pr. pachwiny i ponad nią skupienie guzków czerwonych, dość sploistych, o układzie winnego grona. R. W. (—).

Płońskier omawia wynik badania histologicznego jednego z usuniętych guzków. Obraz mikroskopowy charakterystyczny dla kłykcii. (*condylomata accuminata*).

2) Kon Jerzy. Przypadek kiły z wysypką grudkowo-pryszczycową.

Chora lat 27. R. W. (+++). Na całym ciele wysypka z krostami. Postać ta ostatnio spotyka się coraz rzadziej.

3) Frydman. Wrzody weneryczne u chorej z naczyniakiem tylnych ścian gardzieli.

4) Bursztyn. Przypadek wilka zniekształcającego twarzy i stopy.

Pokaz chorego lat 15 ze zmianami swoistymi na twarzy i na pr. stopie. Leczenie: masę pyrogallową, Altuberkuliną. Rentgen.

5) Dworecki i Flancman. *Przypadek zapalenia stawu biodrowego, wywołanego przez pneumokoki.*

Flancman omawia stronę kliniczną przypadku, który dotyczy 1½ rocznej dziewczynki. Cała prawa kończyna dolna od stopy aż na 2 palce powyżej więzła Pouparta była silnie obrzęknięta. Skóra zaczerwieniona i bolesna. Po stronie zewnętrznej uda chęłbotanie. Ruchy w stawie biodrowym bardzo bolesne i ograniczone. W płynie, otrzymanym przy pomocy nakłucia, czysty szczerp pneumokoków. Leczenie autoszczepionką. Bardzo znaczna poprawa.

Dworecki stwierdza, że wśród zakażeń pneumokokowych etap bakterjemiczny ma być zjawiskiem stałym w przebiegu zapalenia płuc. Tem się tłumaczy względna częstość powikłań metapneumonicznych. Do rzadszych umiejscowień należą stawy (5 na 508 przyp. zapalenia płuc wg. Howarda). Cave zebrał w literaturze 31 przypadków, wśród których dwa tylko były umiejscowione w stawie biodrowym.

Rozprawa: Zakin, Szour, Lubelski.

6) Abramowicz. *Przypadek syndaktylii i camptodaktylii górnych kończyn oraz polidaktylii dolnych kończyn.*

Rozprawa: Płonski.

7) Higier. *Rzadka postać skurczu torsyjnego.*

U chorej 40-letniej H. rozpoznaje chorobę Ziehen-Oppenheim, podkreślając wspólne cechy z „*torticollis spasmodica*“, chorobą Wilsona, Parkinsona, atetozą idyopatyczną i śpiączką.

Rozprawa: Bregman.

Odczyt.

Markusfeld. *Ogólne podstawy obecnego leczenia przymiotu.*

Wobec istnienia głosów, przypisujących częstemu powtarzaniu leczenia swoistego zwiększenie się liczby przypadków przymiotu nerwowego, prelegent rozpatruje pytanie, czy przymiot należy leczyć. Po stwierdzeniu, iż leczenie należy rozpocząć z chwilą pewnego rozpoznania kily, omawia czas trwania leczenia pierwszego i następnych, a dalej sprawę leczenia swoistego i nieswoistego, kwestję warunków higieny, diety i opieki lekarskiej podczas trwania leczenia. Rozpatruje dalej przeciwwskazania do stosowania leczenia i w zakończeniu stwierdza, że przymiot jest chorobą uleczalną.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych

F. Umher. *W sprawie leczenia chorych cukrzycowych syntaliną* (posiedzenie majowe berlińskiego tow. medycyny wewnętrznej i pedjatrii).

Lekarz dobrze operujący insuliną jest w stanie w każdym okresie opanować cukrzycę. Jedyny wyjątek stanowią przypadki, w których zupełnie rozwinięta śpiączka trwała dłużej, niż 6 — 8 godzin. Jedyną stroną ujemną leczenia insulinowego jest konieczność wprowadzenia środka drogą pozajelitową. Tylko syntalina daje moż-

ność drogą leczenia doustnego zmniejszyć cukromocz, zwiększyć tolerancję i wpłynąć na kwasicę. Działa ona bardziej powoli, lecz długotrwale, niż insulina; podawaniu dawek bardziej skutecznych stoi na przeszkodzie przykre jej działanie uboczne. U. opiera swoje doświadczenia na 100 spostrzeżeniach klinicznych z 14 przypadkami typowymi szczegółowej opracowaniami. Dochodzi do wniosków następujących: Syntalina jest w stanie zmniejszyć cukromocz, lecz nie więcej, niż o 30 gr. na dobę, gdyż w przeciwnym razie występują objawy zatrucia; ma również działanie przeciwketonowe, co ujawnia się zmniejszeniem ilości wydalonego amoniaku. Zapomocą syntaliny zawsze można obniżyć zawartość cukru w krwi, lecz nigdy nie można osiągnąć normalnego jego poziomu, pomimo nawet doprowadzenia do zupełnego zniknięcia cukru w moczu.

Zwiększenie tolerancji jest możliwe, jednak nie zawsze daje się osiągnąć. Najlepsze wyniki daje stosowanie syntaliny w leczeniu kombinowanym z insuliną. Przytem przy podawaniu dłuższemu ustrój nie znosi więcej niż 25 mgr. co 2 dzień. Pozawysepkowa *glycosuria innocens* jest względem syntaliny tak samo oporna, jak względem insuliny. „Postacie pośrednie“ oddziałują na syntalinę nawet wówczas, gdy nie poddają się działaniu insuliny. Leczenie syntaliną może być skuteczne też i u dzieci (pokaz 2 przypadków). Przypadki operacyjne i śpiączka do stosowania syntaliny nie nadają się. W 47% przypadków leczenia syntaliną wystąpienie pobocznych objawów zatrucia uniemożliwiło prawidłowe kontynuowanie tego leczenia. Schemat Frankego podaje zbyt duże dawki. Podawanie wapnia, *cum ph. monobrom.*, żółcianów daje wyniki zupełnie pewne w opanowaniu działania ubocznego.

(Klin. Woch. 1927, Nr. 31).

Chotzen. *O występowaniu pellagry w Niemczech.* (Posiedzenie majowe sekcji lekarskiej we Wrocławiu).

Ref. rozpatruje 6 przypadków spostrzeganych od r. 1923 w miejskim szpitalu dla chorych nerwowych. Wszystkie dotyczyły kobiet, z których 5 zmarło. Wykazywały typowe objawy cierpienia (objawy ze strony błony śluzowej i skóry, zaburzenia nerwowe i psychiczne). Obok schorzenia działań spostrzegano zapalenie spojówek, pęcherza i pochwy, świadczące o istnieniu skłonności do zapalenia wszystkich błon śluzowych ustroju. W 2 przypadkach była limfocytoza w płynie mózgowo-rdzeniowym; w jednym stwierdzono pomniejszenie wagi wszystkich gruczołów wydzielania wewnętrznego. Występowanie pellagry w krajach, które były dotychczas wolne od tego cierpienia, nie rzuca światła na sposób jego powstawania. Wyniszczenie ustroju jest prawdopodobnie warunkiem wstępnym. Etiologii ryżowej nie można ogólnie wykluczyć, aczkolwiek żadna ze spostrzeganych chorych nie zażywała ryżu. Dalsze badania muszą wyjaśnić, czy można pellagrę według badań amerykańskich ujmować, jako awitaminozę (brak substancji, która ma być identyczna z witaminą B). Również teoria zakaźna ma, szczególnie w Ameryce, wielu zwolenników.

(Klin. Woch. 1927, Nr. 31).

L. J.

Przegląd terapeutyczny.

Z oddziału wewnętrznego „B“ Szpitala Św. Łazarza w Warszawie.

(Ordynator: Docent Dr. M. SEMERAU-SIEMIŃSKI).

Dalsze spostrzeżenia nad terapią cholesterynowo-arsenową.

Podali

Z. ŚWIDER (Warszawa) i J. TYPOGRAF (Warszawa).

W numerze 10-ym „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“ z r. ub. ogłosiliśmy nasze spostrzeżenia, dotyczące działania cholesteryny i arsenu w przypadkach upośledzenia odżywiania. Na podstawie naszych spostrzeżeń doszliśmy do wniosku, że jednoczesne podawanie cholesteryny i arsenu wpływa dodatnio na wagę chorych, poprawia stan ich krwi, powiększa wydolność fizyczną, działa kojąco na układ nerwowy, a w przypadkach niezbyt posuniętej gruźlicy płuc sprzyja szybszemu ograniczeniu się rozmiarów i natężenia

zmian płucnych oraz hamuje nadmiernie wzmożoną czynność tarczycy.

Otrzymane przez nas wyniki pomyślne upoważniają nas do twierdzenia, że jednoczesne podawanie arsenu i cholesteryny nadaje się do stosowania, jako *tonicum* i *sedativum* w stanach wyczerpania, niedokrewności, niezbyt posuniętej gruźlicy płuc, szczególnie połączonej z nadczynnością tarczycy, oraz w chorobie Basedowa. Dodatnie działanie lecznicze arsenu i cholesteryny we wspomnianych stanach tłumaczymy (zbiegiem ograniczeniem nadmiernie przyspieszonej przemiany materii przez wzajemne wzmacnianie siły działania leków.

Cholesteryna, jako integralny składnik każdej komórki, odgrywa w ustroju wybitną rolę: spaja ona, według Parnasa, i utrzymuje w strukturze ciała białkowe, cukrowe, tłuszczowe oraz związki organiczne i nieorganiczne, rozmieszczone wśród tych ciał. Pomimo jej wielkiego znaczenia dla ustroju oraz pomimo twierdzenia obniżenia jej poziomu w całym szeregu

stanów chorobowych, znajduje jednak cholesteryna dotychczas bardzo małe zastosowanie w lecznictwie.

„O ważnej roli cholesteryny dla ustroju, jako budulca jego substancji żywej oraz czynnika z własnościami ochronnymi, świadczy chociażby jej obecność we wszystkich komórkach i płynach ustroju. O roli jej w ustroju świadczy też ta okoliczność, że hypocholesterynemja występuje u ludzi konstytucyjnie dotkniętych i cierpiących na procesy zwyrodniające bez skłonności do wyzdrowienia, a prowadzących do niewydolności odpowiednich narządów, gdy hypercholesterynemja spotykamy w chorobach, nabytych po urodzeniu które przebiegają przejściowo lub chronicznie“ (Petrynowski).

Pomyślnie wyniki naszych prób wprowadzenia cholesteryny do terapii oraz wzmocnienia jej działania przez połączenie z arsenem zwróciły na siebie uwagę wydziału naukowego firmy Spiess, który dla ułatwienia techniki podawania tych leków zaproponował zastąpienie stosowanych przez nas zastrzykiwań kakodylanu sodu przez wyłącznie doustne podawanie obu składników.

Po kilku próbach stosowania łącznie z cholesteryną różnych, najczęściej używanych związków arsenowych doszliśmy do przekonania, że najodpowiedniejszym związkiem, będącym w stanie zastąpić w trakcie leczenia cholesterynowo - arsenowego zastrzykiwania podskórne kakodylanu sodu, jest kwas arsenowy.

Na prośbę naszą firma Spiess przygotowała tabletki o następującym składzie *Ac. arsenicosi* 0,0008, *Cholesterini puri* 0,3, które zostały nazwane: *Cholarsol*. Po otrzymaniu tych tabletek w większej liczbie rozpoczęliśmy stosowanie ich na naszym oddziale szpitalnym, a częściowo i w praktyce prywatnej. Stosowaliśmy tę terapię ogółem u 28 chorych, dotkniętych upośledzeniem stanu odżywiania, ogólnym osłabieniem oraz niedokrewnością — przeważnie na tle niezbyt posuniętej gruźlicy, przeciążenia pracą, a w poszczególnych przypadkach bez dającego się stwierdzić wyraźnie powodu. W spostrzeżeniach naszych staraliśmy się o możliwie największy obiektywizm. Część naszych chorych brała tabletki w domu przy niczem niezmiennym trybie życia, chorych zaś szpitalnych trzymaliśmy jakiś czas na terapii obojętnej, aby sprawdzić, czy sam pobyt w szpitalu nie wpłynął dodatnio na ich stan. Żadnego innego leczenia poza omawianymi

tabletkami oczywiście nie stosowaliśmy. Przed leczeniem i w ciągu leczenia badaliśmy zachowanie się krwi (liczbę ciałek czerwonych i białych, ilość hemoglobiny, białka w surowicy- obliczanego refraktometrycznie), kontrolowaliśmy wagę chorych, krzywą ciepłoty i zwracaliśmy uwagę na samopoczucie.

Poprawę wyraźną, zależną, według nas, wyłącznie od stosowania leczenia cholesterynowo-arsenowego, stwierdziliśmy w 19 przypadkach. W pozostałych 9 przypadkach poprawa była bardzo znikoma albo nawet żadna. Za główny probierz skuteczności naszego leczenia uważaliśmy stwierdzenie w toku leczenia zmiany na korzyść stanu krwi, powiększenie się wagi, poprawę wydolności fizycznej i polepszenie się samopoczucia.

Oczywiście wahania stopnia poprawy różniły się w poszczególnych przypadkach dość znacznie: od jasnej poprawy ogólnej pod każdym względem do poprawy, dotyczącej jedynie poszczególnych punktów uchwytu naszej terapii tonizującej, a więc wagi ciała, stanu krwi, ograniczenia się rozmiaru i natężenia zmian płucnych, poprawy samopoczucia lub wydolności fizycznej.

Żadnych objawów jakiegokolwiek szkodliwego albo choćby przykrego działania ubocznego *Cholarsolu* nie stwierdziliśmy ani razu.

Podawaliśmy tabletki od 3 do 6 dziennie w ciągu 6 — 8 tygodni.

Wyniki, otrzymane przez nas przy stosowaniu tej cokolwiek uproszczonej w porównaniu z poprzednią metody i udostępnieniu w związku z tem jej stosowania przez zaniechanie zastrzykiwań podskórnych, w niczem nie ustępują naogół otrzymanym przez nas i opisanym w poprzedniej pracy. Jedyne zastrzeżenie co do nowej metody dotyczy konieczności nieco dłuższego czasu jej stosowania. W przypadkach hipertyreozы znaczniejszego stopnia uważamy jednak leczenie wyłącznie cholarsolem za niewystarczające i wymagające równoczesnego stosowania innych metod leczniczych.

Opierając się na dość znacznym odsetku powodzeń oraz na zupełnej nieszkodliwości leczenia cholesterynowo-arsenowego, uważamy stosowanie tabletek *Cholarsolu* w odpowiednich przypadkach za uzasadnione oraz wskazane.

Odcinek.

Z zagadnień psychologii lekarskiej.

Podał

Dr. med. i fil. Władysław MEDYNSKI (Kraków).

(Dokończenie).

X. Z pojęciem podświadomości w psychologii spotykamy się w rozmaitych znaczeniach. Wraz z *Helpelem* (25) możemy wymienić ośm rozmaitych znaczeń pojęcia podświadomości: 1) podświadomość w znaczeniu zapomnienia („unerinnerte“), 2) znaczenie bezcelowości („unbezweckte“), 3) jako coś niezauważonego („unbemerkte“), 4) jako mechanizm, 5) jako repro-

dukcja, 6) jako produkcja, 7) jako psychiczna realność i 8) jako absolut. Przejrzymy pokrótce wszystkie te znaczenia, jak je oświeśla psychologia nowoczesna. — Z literatury hipnotycznej wiemy już o tem, że podświadomość często występuje, jako zapomnienie. W stanach hipnotycznych powstaje amnezja, czyny i słowa osoby zahipnotyzowanej nie istnieją dla niej po przebudzeniu się. Podobne objawy obserwujemy w histerji (stan somnambuliczny), w zanurczeniu u epileptyków, u lunatyków, u psychopatów oraz niekiedy u ludzi normalnych (wzruszenie podczas marzeń sennych). W tych stanach coś przeżytego ulega zapomnieniu, choć może kiedyś znów powrócić do świadomości. Między temi

stanami są jednak stany pośrednie, ciemne wspomnienia, ulamki wspomnień, zafalszowane wspomnienia, zdwojenia osobowości i t. p. W tych stanach osoba wykonywa czyny dość skomplikowane, o których badacze wyrażają się, jako o przejawach półświadomych, a które dla nas, jak to już wyżej było zaznaczone, są stanami zmienionej świadomości. Niejednokrotnie również spotykamy się z pojęciem podświadomego, jako bezcelowego. Nprz. powiedziałem coś podświadomie, bezwiednie, bezcelowo. Wypowiedziane słowo zatem nie miało oznaczać mojej chęci, wyrażamy się pospolicie, że słowo „wyrwało mi się“. Freud⁽²⁶⁾ bezwzględnie w swej psychoanalizie uważa takie powiedzenie za przejaw czynności podświadomej, a co za tem idzie utajonej chęci. Traktując podświadomość, jako wyraźną sferę psychiczną, istniejącą bez wszelkich zastrzeżeń, stara się w niej znaleźć źródło trapiących dzisiejszą ludzkość psychonerwicy. Zdaniem Freuda, przyczyną psychonerwicy są podświadome zespoły wyobrażeń, symbolizowane już to przez cielesny, już też przez psychiczny objaw chorobowy. Jeśli chodzi o zbadanie tych zespołów, poznanie ich istoty, to psychoanaliza stwierdza, że mamy tu do czynienia z grupą wyobrażeń, które nie harmonizują z resztą świadomości osobnika. Wyobrażenia te zostały celowo usunięte ze świadomości za pomocą tłumienia („Verdrängung“), którego cechą specyficzną jest niedostateczne obrobienie kojarzeniowe, niejako niedomyślenie do końca, motywem zaś głównym stłumienia jest zamiar uniknięcia nieprzyjemnego wzruszenia, jakiego powstać musiało ze starcia się naszej świadomości z temi wyobrażeniami⁽²⁷⁾. Struktura psychonerwicy, zdaniem Freuda, miałaby powstać wskutek podwójnego tłumienia, t. j. w dzieciństwie (ewolucyjne) i w późniejszych latach (tłumienie umyślne). Do wydobywania tych podświadomych wyobrażeń Freud posilkuje się kilkoma metodami. Przedewszystkiem więc bada myśli pozornie luźne, jakgdyby bez związku (Einfälle), bezcelowe, opierając się na tej zasadzie, że niema dowolności w kojarzeniu, że psychika nasza jest zdeterminowana (por. z pracami Junga, Bleulera). Freud szczegółowo bada sny, które są dla niego wyrazem podświadomych życzeń, przedstawionych jako już spełnione, choć często w dość mglistej symbolicznej formie, wreszcie wszelkiego rodzaju pomyłki, czy to w mowie lub piśmie, czy w zapomnieniu są dla Freuda również przejawem podświadomego. Histeryczka, pozornie bezcelowo wykonywa cały szereg czynności, które dla jej świadomości są zupełnie niezrozumiałe, bezcelowe, tymczasem psychoanaliza jej podświadomości wykazuje, że każdy jej ruch miał swoje podświadome uzasadnienie, a więc i cel utajony⁽²⁸⁾. Gdy lunatyk podpala w transie swój dom, można naturalnie mówić o bezwiednej czynności, bezcelowej, gdyż trudno przypuścić, aby chciał tego dokonać. W zamroczeniu epileptycznem mamy również do czynienia z czynnością podświadomą, chorzy nie pamiętają, co robili lub mówili, czynią wszystko bezcelowo. Czynny karygodny epileptyk nie istnieje dla jego świadomości wcale, są mu obce, (zapomniane, bezcelowe), to też nie może epileptyk być za nie pociągnięty do odpowiedzialności. Wogóle, dla wszystkich czynności impulsywnych, popędowych, instynktowych często stosujemy nazwę podświadomych.

Mówimy więc o popędach u dzieci, o instynktach zwierzęcych, a nawet o podświadomości roślin. Wszystko, co przypomina instynkt, słusznie się określa, jako czynność podświadomą, gdyż występuje tu ona najwybitniej. (nprz. życie społeczne pszczół i mrówek, budowa gniazd, opieka nad pisklętami i t. p.).

Z następną odmianą podświadomości (podświadome, jako niezróżnicowane) spotykamy się już u Leibniza, jako t. zw. „petites perceptions“, gdy postrzegamy objawy ogólne, lecz nie jesteśmy w stanie uchwycić części składowych (postrzegam więc szum deszczu, lecz nie oddzielnych jego kropel). Zwalczając podświadomość, jako taką, Fechner nazywa ten objaw „negative Empfindung“ (por. Hartmann: „Die moderne Psychologie“). Podświadomość u Leibniza, to bardzo niewyraźna świadomość, którą Wundt określiłby zapewne, jako „niezauważone lub niepoznane“. Zbliżoną do tej postaci jest podświadomość, traktowana jako mechanizm, gdy świadomość jest zawieszona, panuje zaś automatycznie (p. w.). Niektórzy podświadomość traktują, jako ochronę wspomnienia, warunek zdolności do reprodukcji. Fizjologicznie to, co było przeżyte, pozostawia po sobie pewien ślad lub dyspozycję, może zostać znów wywołane w świadomości, powtórnie przeżyte. W ostatnich czasach bardzo obfitą literaturę uzyskał problemat podświadomości, jako wyobraźni twórczej, szczególnie w pracach Freuda, Bleulera, Moebiusa, Stoekla i in., którzy widzą w marzeniach sennych, dowcipie, w dziełach sztuki przejaw podświadomej twórczości. Lippa, jak już wiemy, uważa podświadomość za psychiczną realność, której odpowiada realność fizyczna, t. j. to, czemu my przypisujemy objawy cielesne. W końcu należałoby wspomnieć o podświadomości, jako absolicie, którą to myśl poruszył poraz pierwszy Hartmann⁽²⁹⁾, chociaż spotykamy się z nią już u Leibniza, gdzie „petites perceptions“ oznaczają część absolutu, względnie monady. Podświadomość — zdaniem Kanta — oznacza punkt, gdzie styka się świat absolutu ze światem objawowym, jest więc jakgdyby oknem z tamtego świata do tego. Absolutne znaczenie podświadomości najwybitniej występuje w metafizykach Fichtego, Schellinga, Hegla i Schopenhauera. Dla tego ostatniego podświadomość jest całym określonym, coraz bardziej rozwijającym się stadjum absolutu.

XI. Jak różnorodność leków, stosowanych przeciw jednej chorobie, świadczy o tem, że ani jeden z nich nie jest bezwzględnie pewny w skutkach, tak też i ta pstra mozaika poglądów i zapatrywań na podświadomość wymownie potwierdza ten fakt, że istoty podświadomości w gruncie rzeczy nie udało nam się dotąd uchwycić. Oczywiście, nie mamy zamiaru zaprzeczać istnieniu zjawisk bezwiednych, pozaświadomych: codzienne życie poucza nas na każdym kroku, że zjawiska takie istnieją, a psychologia jest niewyczerpalną krynica tych zjawisk, których w żadnym razie podciągnąć się nie da pod strzechulec czynności świadomych. Z drugiej zaś strony, traktowanie podświadomości, jako przeciwieństwa świadomości, również utrzymać się nie da. Istnieje świadomość „czynna“, czyli właściwa świadomość oraz świadomość „bierna“, czyli podświadomość. Świadomość bierna ulega aktywacji w świadomości czynnej i odwrotnie. Uwaga jest stróżem, który otwiera furtkę świadomości dla wrażeń. Aby świadomo-

mość mogła mieć charakter czynny, musi jej towarzyszyć określony stopień uwagi, w przeciwnym razie możemy otrzymać pewne wrażenia, lecz nieco lub b. niewiele o nich wiedzieć będziemy. Uwaga jest łącznikiem świadomości z jednej strony ze światem zewnętrznym, z drugiej — ze światem wewnętrznym (zaduma). Łącznik ten może ulec zagęszczeniu lub rozrzedzeniu, w zależności od czego będziemy mieli odmienne stany świadomości. Jeśli coś uczyniłem bezwiednie, to przedewszystkiem mogę o tym czynie powiedzieć, że nie poświęciłem mu zbyt wiele uwagi. Czyli, innymi słowy, zbyt mało uważałem przy danej czynności, aby mogła być świadomą. Świadomość, w zależności od zmian zachodzących w mózgu, może ulec licznyemu przeobrażeniu, aż do zupełnej jej utraty. Te przeobrażenia świadomości różnią się przedewszystkiem progiem pobudliwości: inny jest próg świadomości czuwania, inny świadomości sennej lub hipnotycznej. Gdy uwagę moją skieruję na wewnątrz (zaduma), wówczas podnosi się próg świadomości dla wrażeń zewnętrznych: musi być podnieta dość intensywna, aby wrażenie zostało uświadomione, zmniejsza się zaś próg pobudliwości dla wrażeń wewnętrznych (por. hipochondrję). Hipochondrycy — to chorzy, których świadomość ma tendencję wybitną do kierowania uwagi na wewnątrz, wskutek czego wrażenia zewnętrzne nie są w stanie oderwać ich od autoobserwacji. Dzieci nie posiadają rozwiniętej zdolności przeobrażania uwagi zewnętrznej na wewnętrzną.

U dzieci próg pobudliwości świadomości jest nader niski, tak, że już najslabsze wrażenia są w stanie „ściągnąć“ ich uwagę. Maniacy to typowi przedstawiciele „świadomości zewnętrznej“, o wybitnie niskim progu jej pobudliwości, melancholicy zaś reprezentują świadomość wewnętrzną, której jednak nie należy identyfikować z procesami podświadomości. Świadomość wewnętrzną dość wybitnie obserwujemy w stanach ekstatycznych u mistyków, którzy potrafią zerwać zupełną łączność ze światem zewnętrznym (por. czynności indyjskich yogów). W świadomości należałoby odróżnić dwie sfery: jedna — to świadomość chwili obecnej (migawkowa), druga — to świadomość stała. Urazy psychiczne tkwią raczej nie w podświadomości, lecz w świadomości stałej. Niekiedy te przeżycia dążą do zaktualizowania się w świadomości chwili obecnej, często wbrew woli osobnika, powstają tą drogą konflikty u osób z defektami psychicznymi, gdy nie są w możności zapanować nad wylaniającymi się myślami (natręctwa). Stany roztargnienia, które tak chętnie cytują zwolennicy podświadomości, jako typowy jej stan, należy przypisać pewnej „labilności“ świadomości, t. j. zbyt łatwemu przeobrażeniu się świadomości zewnętrznej w wewnętrzną. W stanach roztargnienia można wykonać czynność, która pozornie zasługuje na miano czynności podświadomej, lecz przy bliższej analizie okaże się niewątpliwie, że była to czynność świadomości ze zbyt małą ilością uwagi. — Mówi się często o śnie, jako stanie psychicznym, w którym przejawia się podświadomość. Istotnie, świadomość w śnie ulega przeobrażeniu, staje się świadomością senną. Następuje zerwanie świadomości ze światem otaczającym. Pewien jednak kontakt jest z nim utrzymany w różnym stopniu u różnych ludzi. Świadomość senna otrzymuje nawet specyficzne zabarwienie, w zależności od rozmaitych okoliczności. Świadomość senną matki

budzą najłżejsze ruchy dziecka, świadomość senną młynarza budzi zatrzymanie się koła młyńskiego i t. p. Jednostajność jest w stanie ukołysać świadomość wewnętrzną, dając w normalnych warunkach sen zwykły lub hipnotyczny. Czuwa podczas snu świadomość wewnętrzną, która „urozmaica“ czas śpiącemu marzeniami sennymi, myśli dalej nad nierozstrzygniętymi problemami, budzi w odpowiedniej chwili, a więc liczy czas i t. p. — Jeśli pewna czynność świadomości powtarza się wielokrotnie, wówczas następuje zautomatyzowanie się tej czynności, czynność ta wymaga coraz mniej uwagi, a więc i świadomości, zamienia się w końcu na czynność bezwiedną. — Jeśli mamy więc rozpatrzyć zagadnienie podświadomości, to musimy pod uwagę wziąć dwie zasadnicze koncepcje. Mówi o nich Cygielstreich⁽⁵⁰⁾: „Jedni nazywają podświadomością takie stany psychiczne, które, będąc odłączeniem od naszej osobowości świadomej, współistnieją jednak ze świadomością osobową. Prąd myśli (czyli też poszczególne fakty psychiczne), nie dochodzi do świadomości głównej a istniejący współcześnie z prądem myśli, który w danej chwili stanowi świadomość główną osobnika — oto fakty psychologii podświadomości. Jest to koncepcja psychopatologów. Inni używają wyrazu podświadomość w sensie znacznie szerszym. Wszelki stan psychiczny, odłączony od świadomości osobowej, czy współistnieje ze świadomością główną, czy też nie, jest podświadomy. W tym sensie wszystko, co było niegdyś dla nas świadome, a co przeszło w zapomnienie, jest uważane za podświadomość, wszelkie zapomnienie, czy możemy je w danej chwili sobie uprzytomnić, czy też nie, póki nie zostało przypomniane, należy do sfery podświadomej. Naturalnie, że trudno się zgodzić na tę „szeroką“ koncepcję podświadomości. To, co było w danej chwili, przechodzi do świadomości ogólnej, z której może być napowrót wywołane do świadomości aktualnej. Zapomniane tkwi właśnie w świadomości ogólnej, nieodpowiedni zaś jej „nastrój“ nie pozwala nam czasem przypomnieć sobie, czyli powołać zapomniane do świadomości danej chwili. Na podświadomość należy patrzeć, jako na uzupełnienie świadomości. Świadomość jakgdyby uzupełnia podświadomość do pewnych czynności, których sama już wypełnić nie potrzebuje. Dla Ribota stany podświadome są „jakimiś resztkami ruchowemi wyobrażeń“. Raczej należałoby się zgodzić z hipotezą (por. Bineta); że posiadamy właściwie kilka świadomości, które u normalnego człowieka w drodze jakiegoś kompromisu uległy ujednostajnieniu, zharmonizowały się. U ludzi anormalnych świadomości te mają tendencję do dysocjacji, do zamiany jednej na drugą (zmiana osobowości), tak, że opisywane są fakty (p. w.) depersonalizacji jednej osoby w sześć, a każda z nich miała swoją świadomość, często b. odmienną. Weźmy np. dipsomana, a więc chorego na okresowe opilstwo. Czy można tu mówić o czynności podświadomej? Bynajmniej, świadomość dipsomana podczas ataku opilego istotnie jest różna od świadomości jego normalnej, ale nie można jej nazwać podświadomością, lecz raczej drugą świadomością. Gdy więc chodziłoby o badanie t. zw. stanów podświadomych, to przedewszystkiem powinniśmy się ograniczyć do badania zmienionej świadomości (sennej, hipnotycznej), następnie do analizy zautomatyzowanej czynności, objawiającej się tak wybitnie w czynnościach odruchowych lub in-

stynkie. Wówczas dopiero dziedzina podświadomości znajdzie swój istotny zakres

XII. Należałoby obecnie zastanowić się nad tem, pod jakim względem zwolennicy i przeciwnicy podświadomości jednoczą się. Jest wiele stanów psychicznych, które poddane własnej obserwacji naiwnej, nie mogą być nazwane świadomości. Aby te stany lepiej pojąć, tłumaczą je jedni hipnotyczną podświadomością, inni złożoną i przeobrażoną świadomością. Zwolennicy podświadomości mają tę wygodę, że wszystko, co się tylko nie da wtłoczyć w ramy świadomości, nazywają procesem podświadomym. Hellpach powiada zupełnie słusznie (l. c.), że o podświadomości każdy może myśleć, jak chce, wiedzy o tem nie można żądać, gdyż wiedzę mamy tylko o tem, co zostało przeżyte, a ta zasada stosuje się zarówno do świata cielesnego, jak i duchowego. Możemy odczuć ruch fali wodnej, stwierdzić przez registry ruch powietrza, ruch fal świetlnych, jako podstawy postrzeganych barw i światła. Mamy o nich wiedzę, z doświadczenia wyciągniętą i zachowaną w teorii. To samo należy powiedzieć o faktach psychicznych. Psychiczenie przeżyć i poznać można tylko świadome. W samej definicji podświadomości leży to, że nie jest nam przeżycie psychiczne dane bezpośrednio lecz do danego przeżycia, jako jego nosiciel, źródło lub przyczyna została dodana. Podświadome istotne nie jest nigdy dane w przeżyciu, jest stale nieznanne, zasadniczo hipotetyczne. Lipps słusznie twierdzi, że jest rzeczą niemożliwą, by „an dem, was jenseits der Erscheinung liegt, eine qualitative Bestimmtheit erkennen“. Badanie podświadomości obcej, jakkolwiek jest możliwe, napotyka jednak dość często niebywale trudności. Te metody badań, jakie spotykamy w literaturze (por. Abramowski: „Metody badań podświadomości“), są bardzo niedoskonałe. W ostatnich czasach rozpowszechnia się coraz bardziej w kołach lekarskich metoda psychoanalityczna Freuda (p. w.), która oparła się na związku symptomatów nerwicy z utajonym stanem wzruszeniowym przeżycia w podświadomości. Chodzi w tej metodzie o odnalezienie, a następnie zniszczenie owego stanu podświadomości, co w konsekwencji nieraz usuwa objawy chorobowe. Freud w swej metodzie dąży do zniesienia samorzutnej lub umyślnej wskutek odpierania tłumienia (Verdrängung) amnezji, do odreagowania uwiecznionego afektu, do wprowadzenia kompleksów zdyssocjowanych do świadomości, w celu poddania ich normalnej przeróbce umysłowej i osłabienia przez to ich nadmiernej wartości wzruszeniowej („Die Abwehrneuropsychose“). Nie możemy tu wdawać się w szczegóły metody psychoanalitycznej (badanie kojarzenia wrażeń, marzeń sennych, słów, czynów przypadkowych), gdyż to zdalekoby nas zaprowadziło. Badanie podświadomości własnej jest prawie że niemożliwe¹⁾.

Chodziłoby nam jednak o to, aby w końcu możliwie ściśle ograniczyć zakres podświadomości, gdyż to umożliwiłoby mogło bliższą analizę oraz wyszukanie stosownych metod jej ba-

dania. Mówiliśmy już, że stany roztargnienia i zapomnienia nie nadają się do badania podświadomości. Nie uważamy również stanów sennych i hipnotycznych za materiał odpowiedni do badania podświadomości. Są to — naszym zdaniem — raczej stany zmiennej świadomości, niż we właściwym tego słowa znaczeniu objawy podświadomości. Najbardziej wybitnie zdaje się występować właściwa podświadomość w instynkcie lub intuicji. Instynkt — to celowe działanie, wypełnione bez świadomości celu, do którego prowadzi. W pewnych aktach natury bezwiednej w sprawach patologicznych (alkoholizm, epilepsja), możemy również zgodzić się na występowanie przejawów życia podświadomego. Stany dyssocjacji historycznej raczej przemawiają za rozdzieleniem świadomości, niż za twórczością podświadomą. Wielokrotnie również udało nam się stwierdzić podświadomą pracę myśli, o której dowiadujemy się później po jej owocach świadomych. Myślowa praca podświadoma wpływa na naszą myśl świadomą, może ją nawet zmienić lub zgolić usunąć, zabarwia nasze uczucia, rzuca na nie pewne specyficzne światło, wpływa na nasze postanowienia i wolę. Lecz szczególnie wybitnie praca podświadoma objawia się w twórczości artystycznej, którą par excellence należy uważać za podświadomą. Jakże więc w świetle tych badań i obserwacji wygląda konstytucja psychiczna człowieka? Czemże jest właściwie człowiek? Niechaj tu przemówi wielka intuicja pisarska Żeromskiego: „Człowiek jest, jak rzeka. Jak tam wciąż nowe wody płyną w tem samym łożysku, tak samo w nim nieustannie nowe, rzecz można, duchy przepływają w granicach samego ciała. Rzeka jest wciąż tą samą rzeką, lecz któż odnajdzie wody uplynione. Gdzie je odszukać?; I jakże odnaleźć dokładne sformułowanie samego siebie? Istotnie, w plastycznej formie możnaby je przedstawić chyba tylko, jako szeregi istot duchowych o najrozmaitszych obliczach. A im bardziej i wyżej człowiek wznosi się na szczyblach rozwoju, tem głębsze w nim zapewne zachodzą różnice“.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Abramowski: Prace z psych. doświad. T. I i II.
- 2) Radziwiłłowicz: Psychiatria sądowa. 1917.
- 3) Herzen: Le cerveau et l'activité cerebrale.
- 4) Ochowski: Zarys psychologii. 1917.
- 5) Sully: Umysłowość ludzka.
- 6) Murray: Psychologia.
- 7) Titchener: Zarys psychologii.
- 8) Abramowski: Istota i źródła podświadomości.
- 9) Fouillé: Evolution des idées forces.
- 10) Jeruzalem: Wstęp do filozofii.
- 11) Binswanger: Lehrbuch der Psychiatrie.
- 12) Hertz: Bewusstsein u. Unbewusstes.
- 13) Siebeck: Der Begriff des Bewusstseins in der alten Phil. (Zts. f. Phil. u. ph. Kritik. T. 40).
- 14) Keussen: Bewusstsein u. Erkenntnis bei Descartes.
- 15) Hertz: Die Lehre vom Unbewussten im System des Leibnitz. 1905.
- 16) Wundt: Über die Methoden der Messung des Bewusstseinsumfangs (Phil. Stud. III).
- 17) Binet: Les alterations de la personnalité.
- 18) Höfding: Lehrbuch der Psychologie.
- 19) Abramowski: Metody badania podświadomości.
- 20) Bergson: Ewolucja twórcza.
- 21) Müller i Schuman: Exper. Beiträge zur Untersuchung des Gedächtnisses. (Zts. f. Psych. VI).
- 22) Abramowski: Prace z psych. doświad. T. II.
- 23) Freud: Die Traumdeutung.
- 24) Vold: Einige Experim. über Geschichtsbilder im Traume. (Zts. f. Psych. XIII).
- 25) Hellpach: Unbewusstes u. Wechselwirkung. (Zts. f. Psych. u. Physiol. der Sinnesorg. 1908).
- 26) Freud: Psychop. des Alltagslebens.
- 27) Die Abwehrneuropsychose.
- 28) Studien über hysteric.
- 29) Hartmann: Die moderne Psychologie.
- 30) Cygielstreich: Przegląd filoz. z r. 1913.

¹⁾ Omawia ją w doskonałej pracy R. Markuszewicz: (Psychoanaliza i jej znaczenie lecznicze).

MEDYCYNĄ SPOŁECZNA

Budżet Państwowej Służby Zdrowia za okres 31.III 1926 — 31.III 1927 roku.

Podał

Stanisław WIŚNIEWSKI (Warszawa).

Dochody i wydatki Państwowej Służby Zdrowia objęte są Działem III budżetu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Dział ten jednak nie obejmuje wydatków osobowych i biurowych Zarządu Centralnego i władz II i I instancji, które to wydatki, wobec zupełnego zlania tych urzędów, preliminowane są w innych działach budżetu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w postaci zespolonej i nie posiadają zarówno w budżecie, jak i w zamknięciach rachunkowych swego odrębnego wyrazu.

Pragnąc dać możliwie dokładny obraz rozwoju budżetu służby zdrowia, będziemy rozpatrywać wykonanie budżetu za okres ubiegły w porównaniu z wykonaniem budżetów tego resortu w latach 1924 i 1925, t. j. od czasu wprowadzenia waluty złotowej.

Dochody.

Zrozumiałą jest rzeczą, iż nie można oczekiwać znacznej dochodowości, wynikającej z działalności służby zdrowia, jako resortu, powołanego do czuwania nad zdrowotnością publiczną.

Rozpatrując tu poszczególne pozycje dochodowe, widzimy, że znaczniejsze dochody dają tylko Państwowe Zakłady Higjeny i badania żywności, oraz zdrojowiska państwowe, o których jako przedsiębiorstwach mówić będziemy na końcu.

Według zamknięcia za rok 1926 dochody w Dz. wyniosły 2,090,682 zł., w roku zaś 1925—1,066,730 zł., zatem wzrost dochodów w ubiegłym roku budżetowym wynosi 1,023,952 zł., czyli 96% w stosunku do okresu poprzedzającego.

Rozpatrując poszczególne pozycje działu III, stwierdza się, iż niemal we wszystkich pozycjach dochody te przerastają znacznie wpływy w roku 1925.

Szczególnie wybitna zwyżka zaznacza się w dochodach Państwowego Zakładu Higjeny. Mianowicie efektywny dochód tego Zakładu według zamknięcia za r. 1925 wyniósł 505,709 zł., co ze względu na inny układ systematyki budżetu na rok 1926 należy dla porównania połączyć z dochodami b. Instytutu Farmaceutycznego, wynoszącymi 45,348 zł., czyli razem 551,057 zł., natomiast w okresie sprawozdawczym rzeczywiste gotówkowe wpływy wynoszą 1,114,213 zł., czyli wzrost dochodowości Zakładu w tym okresie stanowi 563,156 zł., czyli że dochodowość podniosła się o 102%.

Najważniejszą pozycję dochodową w tym dziale stanowi sprzedaż surowic i szczepionek, z której osiągnięto 989,131 zł., czyli 88% dochodów Zakładu.

Rozwój produkcji szczepionek i surowic charakteryzuje porównanie z wpływami w tej rubryce z poprzedniego okresu, mianowicie wpływy te wynosiły 401,520 zł., czyli że zwiększenie omawianej rubryki wynosi 587,611 zł., t. j. 146%.

Ten imponujący efekt działalności Zakładu Higjeny bezwzględnie w wysokim stopniu należy przypisać szerokiemu rozpowszechnieniu się produkowanych przez ten Zakład szczepionek i surowic oraz zwiększonemu nakładowi pieniężnemu ze strony Ministerstwa Skarbu.

W stosunku do ogólnego budżetu dochodowego służby zdrowia dochody Zakładu Higjeny wynoszą 53%.

Stosunkowo dość znaczny wzrost wykazują i zakłady badania żywności. Mianowicie w roku 1925 osiągnięto 138,928 zł., w roku zaś sprawozdawczym 190,595 zł., zatem nadwyżka dochodów wynosi 51,667 zł., czyli 37%.

Nadwyżka ta spowodowana była wyłącznie z podwyżki taks (z górą 30%).

Dochodowość zakładów przedstawia się w okresie sprawozdawczym następująco:

	w okresie poprzedz.: sprawozdawczym		
Zakład w Warszawie	70,762	81,742	+ 10,980
„ Łodzi	39,831	72,211	+ 32,380
„ Krakowie	22,836	22,716	— 120
„ Poznaniu	5,496	13,923	+ 8,427
	138,925	190,592	51,667

Poza wyżej wykazanemi wpływami efektywnymi Zakłady badania żywności posiadają jeszcze znaczne należności nieściągnięte, obciążające rozmaite instytucje i osoby prywatne, a mianowicie:

	w okresie poprzedz.: sprawozdawczym:		
Zakład w Warszawie	161,227	161,227	
„ Krakowie	49,223	73,267	+ 24,044% 50
„ Łodzi	70,959	101,470	+ 30,511% 42
„ Poznaniu		17,911	+ 17,911
	281,409	353,876	72,466

Z powyższego zestawienia wynika, iż, nie licząc należności, Warszawski Zakład wykazał wzrost dochodów o 15%.

Zakład Krakowski dał dochód mniejszy o 120 zł.

Zakład Łódzki daje zwiększenie dochodu o 32,380 zł., czyli o 82%, zlwascza, że i należności tego zakładu podniosły się o kwotę 30,511 zł., czyli o 42%.

Najmłodszy z zakładów Zakład Poznański działa w sferze nieuregulowanych stosunków prawnych. Wzrost jednak dochodów z opłat, wynoszący 8,427 zł., t. j. 153,% wskazuje, że działalność zakładu wzmacnia się i że zakład ten wstępuje na drogę normalnego rozwoju.

Zaznaczyć należy, iż błędne byłoby przypuszczenie, iż wykazane wyżej wpływy stanowią jedyny dochód Skarbu Państwa z tytułu działalności Zakładów badania żywności. Poza temi wpływami, stanowiącemi opłaty za analizy i badania, Państwo ściąga jeszcze grzywny na podstawie orzeczeń sądowych za fałszowanie produktów spożywczych. Grzywny te wpływają na dochód budżetu Ministerstwa Sprawiedliwości i znacznie przekraczają dochody Państwowych Zakładów badania żywności. Słuszne byłoby wprowadzenie i tych wpływów do budżetu Zakładów badania żywności, gdyż są one bezpośrednim wynikiem działalności tych zakładów.

Ostatnią z rubryk dochodowych budżetu stanowią wpływy ze sprzedaży kart parady w organizacji pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych.

Wpływy te wynoszą w okresie sprawozdawczym 194,207 zł., w okresie zaś poprzedzającym wyniosły 128,281 zł. Wzrost zatem dochodów w tej rubryce wynosi 65,926 zł., t. j. 51%.

Z powyższego wynika, że frekwencja korzystających z pomocy lekarskiej wzrosła znacznie, gdyż o 51%.

Wydatki.

Wydatki zwyczajne służby zdrowia (dz. III) wynoszą w roku sprawozdawczym 9,227,822 zł.

Dla porównania zestawione są wydatki i dochody budżetowe od 1924 roku włącznie, t. j. od okresu wprowadzenia złotego.

	Wydatki:	Dochody:
1924	4,863,883	574,875 12%
1925	6,978,498	1,066,730 16%
1926/7	9,227,822	2,090,682 22%

Widoczne jest, iż w ubiegłym roku budżetowym dochody służby zdrowia doszły do najwyższego poziomu zarówno co do efektywnej ich wysokości, jakoteż i co do stosunku do wydatków.

Widzimy również stały wzrost wydatków, a mianowicie:

1924 r.: 4,863,883 zł.
1925 r.: 6,978,498 zł. więcej o 2,114,615 zł. t. j. o 43% niż w r. 1924.

1926 r.: 9,227,822 zł.
więcej niż w r. 1924 o 4,364,939 zł., t. j. o 89%
" " " 1925 o 2,249,324 zł., t. j. o 32%

Ciekawe również jest porównanie wykorzystania rozporządzalnych kredytów.

Nie wyczerpano otwartych kredytów:
w r. 1924 na kwotę 820,798 zł. t. j. 17%
w r. 1925 „ „ 940,665 „ „ 14%
w r. 1926 „ „ 155,704 „ „ 1,3%

Powyższa tabelka wskazuje, iż budżet służby zdrowia rozwija się nie tylko w kierunku rozbudowy, lecz i staje się coraz bardziej realny i coraz bardziej odpowiada konkretnej działalności Państwowej Służby Zdrowia.

Po tych uwagach ogólnych szczegółowa analiza wydatków według zamknięcia za rok 1926 przedstawia się:

Rozdział I.

Par. 10. — Walka z gruźlicą.

W tym § wydatkowano w r. 1926 341,459 zł.; w roku zaś 1924 wydatek ten wyniósł 10,000 zł., w roku 1925 — 185,045 zł., czyli na walkę z gruźlicą wydano 34 razy więcej, niż w roku 1924, oraz o 97% więcej w stosunku do 1925 roku.

W poszczególnych pozycjach wydatki te przedstawiają się następująco:

1. Zapomogi na urządzenie sanatorjów	55,000 zł.
2. „ na dokończenie budowy	114,000 „
3. „ dla Tow. Przeciwgruźliczych	114,330 „
4. „ dla Związku Przeciwgruźliczego	43,079 „
5. Wyszakowanie personelu	14,550 „

Razem 341,459 zł.

Wydatek na zwalczanie gruźlicy w stosunku do

ogólnego budżetu służby zdrowia, stanowił w poszczególnych okresach następujący odsetek:

w roku 1924	—	0,2%
„ „ 1925	—	2,7%
„ „ 1926	—	3,7%
„ „ 1927/8	—	4,9%

(w/g preliminarza).

Zatem akcja zwalczania gruźlicy zajmuje w budżecie służby zdrowia coraz to pocześniejsze miejsce nie tylko ze względu na ogólny wzrost budżetu, lecz i specjalne podniesienie tej pozycji.

Samą akcją wzmagają się, jakkolwiek nie wychyla się dotąd poza ramy akcji wyłącznie subwencyjnej.

W stosunku do ogólnych wydatków Państwa, nawet w najwyższym swym wyrazie, t. j. w aktualnym budżecie, wydatek na zwalczanie gruźlicy stanowi (1,869,422,098 : 425,000) 0,0023% budżetu wydatkowego Państwa.

Par. 11. Zwalczanie chorób wenerycznych.

Akcja zwalczania chorób wenerycznych rozwijała się, jak i w poprzednich okresach, w dwóch kierunkach:

utrzymywanie przychodni przeciwwenerycznych, i nadzór nad nierządem.

Przychodni funkcjonowało 26, a mianowicie: w Województwie Krakowskim 4, Stanisławowskim 9, Łódzkim 1, Białostockim 1, Tarnopolskim 1, Wołyńskim 3, Nowogródzkim 5; Wileńskim 1 i w m. st. Warszawie 1.

W nadzorze nad nierządem zatrudniano 38 lekarzy, 10 mikroskopistek, 43 sanitariuszy i 22 osoby służby.

Liczba oględzin prostytutek wyniosła 248,345. Leczone na wiewiór i kilę średnio miesięcznie 3,257 prostytutek, w przychodniach leczono 12,928 osób.

Wydatek na powyższą akcję wyniósł 317,200 zł., mianowicie:

1. Wynagrodzenie personelu	—	238,452 zł.
2. Przychodnie	—	59,239 „
3. Opłaty do Kas Chorych	—	6,684 „
4. Przewóz chorych	—	2,980 „
5. Druki	—	590 „
6. Nadzór nad nierządem	—	9,254 „

Porównanie z ubiegłymi okresami przedstawia się jak niżej:

1924 r.: 196,247 zł.
1925 r.: 290,903 „ więcej o 94,656, t. j. o 49% niż w r. 1924.
1926 r.: 317,200 „ więcej o 120,953, t. j. o 63% niż w r. 1924.
i o 26,270, t. j. o 0,9% niż w r. 1925.

Koszt zwalczania chorób wenerycznych stanowił

w r. 1924	—	4%
„ 1925	—	4,5%
„ 1926	—	3,4%
„ 1927/28	—	4%

(w/g preliminarza).

Par. 12. Zwalczanie jaglicy.

Walka z jaglicą w ujęciu dotychczasowej organizacji tej akcji polega na wykrywaniu ognisk jagliczych wśród ludności drogą badania, przeglądów przez lekarzy i wywiadowczyń—pielęgniarki, oraz na leczeniu przychodniowem w 24 własnych przychodniach i na leczeniu stałym w zakładach w Witkowicach, Wilnie, Częstochowie, Domaczewie, Kobrynii, Baranowie

czach, Brzuchowicach, Sremie i Warszawie, obliczonych ogółem na 1,575 dzieci. Udział w kosztach utrzymania tych zakładów,—z wyjątkiem Zakładów w Witkowicach, gdzie Państwowa Służba Zdrowia pokrywa koszt leczenia 180 dzieci, placąc po 2 zł. 50 gr. za dzień chorego,—ogranicza się do opłacania poborów personelu lekarskiego i pielęgniarskiego oraz kosztu leków.

Przychodnie są rozlokowane jak następuje:

w Warszawie	4
„ Woj. Warszawskim	3
„ „ Łódzkim	1
„ „ Kieleckim	2
„ „ Krakowskim	6
„ „ Wileńskim	2
„ „ Poleskim	2
„ „ Wołyńskim	4

W ciągu roku sprawozdawczego zbadano na jałgie 39,186 dzieci w 759 zakładach i ujawniono chorych 4,867 dzieci.

Koszt powyższej akcji wyniósł w roku sprawozdawczym 349,834 zł., w roku zaś 1925 — 250,366 zł., Zatem wzrost pozycji wynosi w stosunku do 1925 r. 39%, w stosunku zaś do 1924 roku 5,372%, czyli 54 razy więcej.

Wydatki składają się z następujących pozycji:

1) Przychodnie	66,388 zł.
2) Szpitale	280,493 „
3) Stypendja dla lekarzy	2,592 „

Par. 13. Zwalczenie ostrych chorób zakaźnych.

Akcja, objęta tą rubryką, przedstawia walkę z durami, ospą, błonicą, płonicą, czerwonką, zimnicą i innymi chorobami, występującymi nagminnie.

Wysokość wydatku w tej rubryce wynosi 664,578 zł., mianowicie:

poz. 1) Utrzymanie szpitali epidemicznych	403,854 zł.
„ 2) Szczepienie zapobiegawcze	22,937 „
„ 3) Walka z durem plamistym	148,083 „
„ 4) Dezynsekcja i dezynfekcja	28,432 „
„ 5) Walka z zimnicą	24,927 „

Porównyując z wydatkami w latach ubiegłych, widzimy zjawisko odwrotne, niż przy analizie poprzednich rubryk, mianowicie wydatek Państwa na walkę z epidemjami nie wzrasta, natomiast zmniejsza się.

W roku 1924 wydatkowano	1,780,430 zł.
„ 1925 „	931,622 „
„ 1926 „	664,578 „
„ 1927/28 (w-g prelim.)	648,800 „

Zatem w stosunku do aktualnego budżetu w 1924 roku wydano więcej niż:

w 1923 roku o	848,808 zł., t.j. 47%
„ 1926 „ o	1,115,852 „ „ 62%
„ 1927/28 o	1,131,630 „ „ 64%

Dla ścisłości należy nadmienić, iż poza efektywnym wyżej wskazanym wydatkiem wydysponowano w związku z panującą na schyłku roku 1926 epidemią płonicy szczepionej na kwotę 155,000 zł., która to należność została umorzona i Państwowemu Zakładowi Higieny niewpłacona.

Przechodząc do analizy poszczególnych pozycji, widzimy, iż najpoważniejszą rubrykę przedstawia utrzymanie szpitali epidemicznych. Stanowią one pozostałość po b. Naczelnym Nadzwyczajnym Komisarjacie do spraw walki z epidemjami i z liczby 12,000 łóżek, któremi rozporządzał Komisarjat na schyłku 1920 roku, obecnie w administracji Państwowej Służby

Zdrowia pozostaje 13 szpitali o 480 łózkach. Szpitale te utraciły charakter pierwotny i w miarę wygasania epidemii, stały się szpitalami powszechnymi. Likwidacja jednak tych szpitali ze względu na stan finansowy miejscowych ciał samorządowych w dalszym ciągu jest niemożliwą. Kredyt, wymieniony w pozycji pierwszej, stanowi dotacje na pokrycie deficytu, gdyż wpływy z kosztów leczenia były całkowicie obracane na potrzeby szpitali. Wyniosły one 240,288 zł. Taksa szpitalna wynosiła dla chorych zakaźnych 2 zł., wewnętrznych 3 złote i chirurgicznych 3 zł. 50 gr.

Obłożenie szpitali nie przekracza 60%. Koszt jednego dnia wyniósł przeciętnie 3 zł. 94 gr.

Zaznaczyć jednak należy, iż w szpitalach, pozostających w administracji państwowej, koszt dnia leczenia wynosi w przybliżeniu o 50% mniej niż w szpitalach samorządowych.

Akcja zwalczania ostrych chorób zakaźnych polegała na zwalczaniu endemicznych ognisk duru osutkowego, szczepieniach ochronnych, akcji przeciwwzorniczej, prowadzeniu punktów pogranicznych dozoru sanitarnego.

Kolumna dezynfekcyjnych funkcjonowała 4. Koszt utrzymania 1 kolumny wynosił 1,600 zł. miesięcznie.

Prowadzony był również 1 punkt dozoru sanitarnego w Zdobunowie.

Rozwinięto również wysoce intensywną akcję w zakresie szczepień ochronnych w związku z epidemią płonicy.

Zimnicę zwalczano na terenie Polesia zapomocą 2 kolumn.

Dla uzupełnienia nadmienić należy, iż z par. 13 wyasygnowano 48,919 zł. i 6,506 zł. na wykonanie rozmaitych zadań poruczonych, a w szczególności na organizację akcji przeciwwzorniczej, prace statystyczne oraz prace, dotyczące dezynfekcji.

Par. 14. Leczenie ubogich chorych przeciw wodostręłowi.

Koszty leczenia przeciw wodostręłowi ponoszą obecnie całkowicie samorządy. Jedynie w wypadkach, w których przynależność leczonego do gminy względnie stałe zamieszkanie nie da się stwierdzić, koszty te pokrywa Państwowa Służba Zdrowia. Ponieważ wypadków tych jest coraz mniej, przeto i wydatek ten z roku na rok się zmniejsza. W roku 1926 wydatkowano na ten cel 1,043 zł.

Par. 15. Leczenie obcokrajowców i osób o nieznanej przynależności.

Rubryka ta obejmuje zwrot szpitalom kosztów leczenia ubogich obcokrajowców, oraz obywateli polskich o nieznanej przynależności gminnej. Wydatek ten wyniósł w roku 1926 — 36,959 zł.

Par. 16. Walka z alkoholizmem.

Rubryka ta po raz pierwszy zjawia się w budżecie służby zdrowia w dochodach i wydatkach, w poprzednich zaś okresach stanowiła ona specjalny fundusz do dyspozycji Ministra Spraw Wewnętrznych.

Ze względu na znikomość kredytu w tej pozycji akcję zwalczania alkoholizmu zmuszona jest Państwowa Służba Zdrowia ograniczyć do subwencjonowania rozmaitych poczynąń społecznych oraz propagandy zapomocą kursów, odczytów, filmów i wydawnictw.

W okresie sprawozdawczym wydatkowano 248,350 zł. Nadwyżka 48,350 zł. powstała z kwoty, sta-

nowiącej dochód 1925, a wpłaconej w ostatnich dniach grudnia tak, że zrealizowanie tego kredytu w roku 1925 stało się niemożliwe.

Par. 17. Szczepienia ochronne przeciwko ospie.

W związku z nowelizacją ustawy o szczepieniu ochronnem przeciwko ospie, przenoszącą wydatki szczepienia na samorządy, właściwie nie powinna ta akcja mieć wyrazu w zamknięciu za rok 1926. Jednak Ministerstwo Skarbu zmuszone było otworzyć dotyczącą rubrykę ze względu na konieczność uregulowania zaległych należności z okresów ubiegłych.

Wydatek w roku sprawozdawczym wyniósł 32,680 zł., w roku zaś 1925—287,837 zł., a w roku 1924 — 253,885 zł.

Rozdział II.

Państwowe Szkoły Położnych.

W zarządzie Państwowej Służby Zdrowia pozostają 3 państwowe szkoły położnych: w Krakowie, Lwowie i Wilnie.

Szkola krakowska mieści się przy szpitalu św. Łazarza, szkoła lwowska przy szpitalu powszechnym we Lwowie, szkoła zaś wileńska przy szpitalu miejskim św. Jakóba.

Szkola lwowska i krakowska istnieją na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia Publicznego z dnia 17.IX.1920. Szkoła wileńska założona została w 1921 r. z subsydjum Departamentu Oświaty b. Litwy Środkowej; po przyłączeniu tej ostatniej do Państwa Polskiego szkołę tę objęło Ministerstwo Zdrowia.

Liczba uczennic wynosiła: 1924 1925 1926

Kraków	114	129	136
Lwów	113	122	129
Wilno	50	70	69

277 321 334

Wydatki w roku sprawozdawczym wynosiły:

Par. 1. Uposażenia	47,990 zł.
„ 2. Wydatki osobowe	1,398 „
„ 5. Pomieszczenie	53 „
„ 6. Wydatki biurowe	1,723 „
„ 8. Inne wydatki	70 „
„ 10. Wydatki specjalne	7,686 „
„ 11. Komisja Egzaminacyjna	2,680 „
„ 12. Zwrot nadwyżki kosztów leczenia położnic	51,041 „

Razem 112,643 zł.

W roku 1924 utrzymanie szkół położnych kosztowało Skarb 42,335 zł., czyli o 166% mniej, w roku zaś 1925 — 46,887 zł., czyli o 141% mniej.

Wzrost wydatków usprawiedliwia z jednej strony ustawowa podwyżka uposażenia pracowników, z drugiej zaś wprowadzenie pozycji zwrotu nadwyżki kosztów leczenia położnic, do którego to zwrotu na rzecz szpitali, przy których istnieją szkoły krakowska i lwowska, jest zobowiązane Państwo z tytułu dawnych przepisów austriackich. Pozycja ta wynosi 51,041 zł.

Rozdział III.

Państwowy Zakład Higjeny.

W aktualnym budżecie Państwowego Zakładu Higjeny przewidziano wydatki w grupie administra-

cji w kwocie 684,824 zł. i w grupie przedsiębiorstw w kwocie 705,798 zł., czyli razem wydatki wynoszą według budżetu na okres bieżący 1,390,622 zł. Usystematyzowano zatem wydatki Zakładu według ujęcia budżetowego w latach ubiegłych, w celu osiągnięcia możności porównania z wydatkami w latach ubiegłych. Tak samo we właściwym miejscu uczynione będzie z dochodami.

Wydatki Zakładu wzrastały według niżej podanej tabeli w stosunku do aktualnego budżetu.

Rok	Wydatki	W z r o s t		% o / o	
		W stosunku do poprzed. okresu	W stosunku do poprzed. budżetu	W stosunku do poprzed. okresu	W stosunku do aktual. budżetu
1924	833,037	—	557,585	—	67%
1925	1,044,082	211,045	346,540	25%	33%
1926	1,285,810	329,179	104,812	34%	8%
1927/8	1,390,622	—	—	—	—

Widać zatem, iż budżet Zakładu został rozbudowany najbardziej w roku 1926.

Ciekawem jest również, w jakim stosunku procentowym znajdował się budżet Zakładu Higjeny do budżetów służby zdrowia w tychże okresach.

Wydatki:

Wydatki:	Wydatki Zakładu:
1924 6,644,313 łącznie z wyd. nadz. na epidem.	833,037 % 12,5
1925 6,978,498	1,044,082 % 14
1926 9,227,822	1,285,810 % 14

Zaś Skarb Państwa dodawał w każdym okresie budżetowym.

Rok:	Wydatki:	Dochody:	Dopłata Skarbu:	%
1924	833,037	307,515	525,492	63%
1925	1,044,082	401,520	555,111	58%
1926	1,285,810	1,114,213	171,597	13%
1927/28	684,824	114,432	570,392	83%

(w/g prelim.).

Zatem w ciągu okresu czteroletniego najmniej korzystny dla Skarbu jest bieżący okres budżetowy, najkorzystniejszy zaś okres ubiegły, w którym rozwój tego działu doszedł do najwyższego poziomu.

Zestawiając wpływy ze sprzedaży surowic i szczepionek i ich stosunek do kosztu utrzymania Zakładu, przekonać można się, iż dochód ten stale wzrastał do czasu wyodrębnienia produkcji.

		% stosunek	
Ogólny dochód:	% wzrostu do ogóln.		
Rok:	dochód:	z prod.:	dochod.:
1927/28	813,800	716,000	zmn. 29%
1926	1,114,213	989,131	146%
1925	551,057	401,520	103,5%
1924	278,295	197,046	—

Poza dochodami tu wykazanymi, które stanowią efektywne wpływy, z roku na rok figurowały jeszcze należności nieściągnięte. Należności te przeważnie obciążały służbę zdrowia i były umarzane.

W roku 1924 należności te wynosiły	79,740 zł.
„ 1925 „ „ „	119,897 „
„ 1926 „ „ „	83,744 „

Mówiąc o dochodach, nadmienić należy, iż w ciągu roku 1926 służba zdrowia otrzymała od Zakładu

szczepionek bezpłatnie na kwotę zł. 150,000, która to kwota znajduje się poza wpływami, wykazanymi w zamknięciu, i bezwzględnie powinna być doliczona do ogólnych dochodów działu produkcji.

Niżej podana tabela wykaże nam wzrost w poszczególnych pozycjach.

W y d a t k i.

Par. Par.:	Rok 1924	Rok 1925:	Rok 1926:
1. Uposażenie	446,835	622,022	646,546
2. Inne wydatki osobowe	5,484	25,987	26,566
3. Podróże służbowe i przesiedlenia	4,144	8,855	3,486
5. Pomieszczenie	53,553	84,138	111,628
6. Wydatki biurowe	10,040	15,541	16,900
8. Inne wydatki	403	557	1,114
9. Remont i konserwacja	—	31,224	25,326
10. Wydatki laboratoryjne	—	3,780	89,932
11. Badania kliniczne	—	94	222

12. Organizacja Szkoły Higieny	129,941	—	—
13. Internat zakład.	—	7,345	—
14. Wyrób surowic	182,637	238,523	364,085
15. Udział w Międzynarodowym Urzędzie Zdrowia	—	4,009	—
	883,037	1,044,082	1,285,810

Z powyższych zestawień wynika, iż dział wyrobu surowic i szczepionek rozwijał się w sposób imponujący, dając efekt nie tylko dochodowy, odciążający Skarb Państwa w wydatkach na utrzymanie Zakładu jako całości, lecz dział ten, wobec stosowanych ustawicznie do budżetu resortu zdrowia tendencji kompresyjnych, był wielką pomocą w tłumieniu epidemii, bowiem Zarząd Centralny służby zdrowia mógł dysponować produkcją działu wyrobu surowic i szczepionek, nie obciążając swego efektywnego budżetu.

(Dok. nast.).

Wiadomości bieżące.

— Państwowy Zakład Higieny w porozumieniu z Kliniką Pediatryczną oraz I i II Kliniką chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego zaprosił znanego amerykańskiego badacza, prof. Artura Coccę na szereg wykładów i zajęć praktycznych z dziedziny idjosiyncrazji i dusznych oskrzelowej.

Kurs odbywać się będzie w Państwowym Zakładzie Higieny od 1 — 10 listopada b. r. w godzinach przedpołudniowych.

Zapisy przyjmuje kancelaria Państw. Zakładu Higieny, Chocimska 24 (tel. 108-42) w godzinach urzędowych.

Koleżdy proszeni są o dostarczenie materiału klinicznego.

— Wykaz oficjalny: Od dnia 21.VIII do 27.VIII 1927 w Polsce zanotowano 564 przyp. duru brzuszego (38 przyp. śmierci), 2 przyp. paratyfusu, 5 przyp. duru osutkowego (1 śm.), 421 przyp. czerwoni (40 śm.), 696 przyp. błonicy (76 śm.), 109 przyp. błonicy (16 śm.), 10 przyp. zapal. opon (2 śm.), 214 przyp. odrzy (6 śm.), 47 przyp. róży (5 śm.), 265 przyp. krztuśca (14 śm.), 12 przyp. zimnicy, 29 przyp. zakażenia pógowgo (10 śm.), 102 przyp. jaglicy, 1 przyp. węglik. 4 przyp. zatrucia mięsem (3 śm.) i 114 innych chor. zakaźnych (39 śm.).

— Od 28.VIII do 3.IX 1927, — duru brzusz. 572 (37 śm.), paradyfusu 3, duru osutk. 12, czerwoni 404 (40 śm.), błonicy 712 (56 śm.), błonicy 170 (11 śm.), zapal. opon 9 (5 śm.), odrzy 164 (7 śm.), róży 41 (2 śm.), krztuśca 271 (22 śm.), zimnicy 9, posocznicy poporodowej 14 (4 śm.), jaglicy 103, węglik 1, zatrucia jadem kiełb. 31 (2 śm.), innych chorób zakaź. 86 (31 śm.).

— Koleżdy Lewin i Fliegerbaum proszą o zaznaczenie, że przy leczeniu ropni i zgorzeli płuc (por. W. Czasop. Lek. 1927. Nr. 11), stosowali neosalvarsan krajowy firmy L. Spiess i Sын p. n. novarsenobenzol.

— Z okazji stulecia urodzin Villemina, odbędą się uroczystości w dniach 15 — 19 października 1927 r. Jeden z tych dni, niedziela 16 października, ma być poświęcony szeregowi wykładów z gruźlicy, wygłoszonych przez licznych przedstawicieli świata lekarskiego. Wymienić należy tutaj Calmette'a, Bernarda, Rista, Bezancona, Arloinga, Courmonta, Bérarda i wielu innych.

— Ze sprawozdania z działalności fundacji Rockefellera

wyjmujemy kilka następujących informacji: 14 szkół lekarskich w 10 krajach otrzymało zapomogi; w Pekinie utrzymywano szkołę lekarską z oddziałem klinicznym; 21 rządowi udzielono pomocy pieniężnej na walkę z ankylostomiazą; Brazylija otrzymała fundusz na walkę z żółtą febrą; Chiny i Sjam znalazły poparcie na udoskonalenie nauczania fizyki, chemii i biologii; sekcja Higieny Ligi Narodów otrzymała zapomogę na podróże naukowe i wzajemną wymianę lekarzy — urzędników 48 państw.

NADESLANE DO REDAKCJI.

— Zygmunt Grudziński. O nietypowych postaciach achondroplazji. Odb. z „Polskiego Przeglądu Radiologicznego“. Tom II, Zesz. 2, 1927.

— Zygmunt Endelman. Cięża i poród u obojnaka. Odb. z „Ginekologii Polskiej“. T. VI, Z. IV—VI. Rok 1927.

— Tenże. Amputacja macicy zmodyfikowaną metodą Porro i wycięcie wyrostka robaczkowego w przypadku porodu, powikłanego tężem macicy, bliznowatą zwężeniem ujścia wewnętrznego oraz zapaleniem wyrostka robaczkowego. Odb. z „Ginekologii Polskiej“. T. IV, Z. IV, Rok 1925.

— Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności Władz i Instytucji Zdrowia Publicznego w r. 1925. Dodatek: Sprawozdanie o przebiegu chorób zakaźnych w r. 1925. Opracował Dr. med. Adam Ciąglicki, naczelnik wydziału statystycznego. Warszawa, 1927. Wydawnictwo Departamentu Służby Zdrowia M. S. W.

— Medycyna Praktyczna 1927. Nr. 7/9.

— Przegląd Ubezpieczeń Społecznych. Dodatek bezpłatny. Warszawa, Rok 1927.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 12 naszego pisma przez omyłkę umieszczono na str. 428 nad artykułem kol. Kona napis „Z oddziału chorób nerwowych Szpitala na Czystem w Warszawie (Ordynator: E. Flatau)“, który odnosi się do artykułu kol. Hermanna (str. 417 w tym samym numerze).

TRĘŚĆ: KAPLAN i KONOPNICKI. O leczeniu cukrzycy insuliną. — LANDAU i JOCHWEDS. Przypadek niemierności oddechowej tętna. — E. HERMAN. Zespół jamistości rdzenia. — Z. SZYMANOWSKI. Sanokryzyna w gruźlicy doświadczalnej. (Streszcz. zbiorowe). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — ŚWIDER i TYPOGRAF. Dalsze spostrzeżenia nad terapią cholesterynowo-arsenową. — WŁ. MEDYNSKI. Z zagadnień psychologii lekarskiej (Dok.) S. WIŚNIEWSKI. Budżet Państwowej Służby Zdrowia. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: KAPLAN et KONOPNICKI. Sur le traitement du diabète par insuline. — LANDAU et JOCHWEDS. Un cas de l'arytmie respiratoire assez notable. — HERMAN. Le syndrome syringomyelique chez un malade atteint de la syphilis du système nerveux central. — Z. SZYMANOWSKI. Sanocryzine dans la tuberculose expérimentale (Rev. gen.). — ŚWIDER et TYPOGRAF. Nouvelles observations concernant la thérapie cholestérino-arsenicale. — L. MEDYNSKI. Les problèmes de la psychologie médicale. — J. WIŚNIEWSKI. Le budget du Service d'Etat de la Santé.