

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28. tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XIV

WARSZAWA, 21 STYCZNIA 1937 R.

Nr. 3

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O obrzękach i środkach moczopędnych.

Podał

Dr med. A. PALLIER (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 2).

Diureza zależna jest nie tylko od ilości wody i soli, krążących we krwi. Zależna jest również od poziomu cukru we krwi. Dość wymienić wielomocz w cukrzycy. Według licznych autorów i ciśnienie posiada znaczny wpływ. U ludzi z hipertonią mają się wydzielać większe ilości moczu. Nie jest to jednak bezwzględnie pewne. Mnie się zdaje, że ciśnienie tętnicze nie ma większego znaczenia, chociaż czasami stwierdza się współzależność między nadciśnieniem a wielomoczem. Nadciśnienie z wielomoczem lub sam wielomocz mogą powstać na tle zaburzeń układu nerwowego. Wówczas leki kojące, które w stanach spastycznych naczyń zwiększają diurezę, jak gardenal, brom, preparaty koflowe, działają hamująco na diurezę.

Na ilość wydalanego moczu wpływa nadto wysokość ciśnienia, panującego w drogach, odprowadzających mocz. Dotychczasowe spostrzeżenia i badania dotyczą zwiększonego ciśnienia, wywołanego przeszkodami mechanicznymi. Wspomniałem już, że bezmocz może nie wywołać obrzęków. Ale mimo to bezmocz jest niebezpieczny. W stanie normalnym w miedniczkach i moczowodach ciśnienie jest praktycznie równe zeru, gdyż równoległe do wydzielania mocz zostaje odprowadzony do pęcherza. Wskutek przeszkód, istniejących w pęcherzu, ciśnienie, tam panujące zwykle, się zwiększa. A przez mocz, który w nim się wówczas gromadzi, może się udzielić wyższym drogom moczowym. Ostatecznie ilość moczu zmniejsza się stopniowo, aż do bezmoczności włącznie. Wzmoczone ciśnienie w miedniczkach powoduje jeszcze zmiany jakościowe w składzie moczu. Obniża się np. procentowa zawartość mocznika.

Korzystne wyniki, jakie niejednokrotnie osiągało się w bezmoczności dzięki dekapsulacji i nefrostomii, tłumaczymy sobie działaniem odciążającym, zmniejszającym ciśnienie w miąższu i kanalikach nerkowych. Zastosowanie ciśnienia ujemnego wewnątrz dróg moczowych również wzmacnia diurezę. Z dawnych badań, a ostatnio z badań Demanta na psach wynika, że nerka, pozbawiona otoczek, nie zawsze wydziela więcej moczu, gdy

natomiast obłupić dodatkowo tętnicę nerki, to zawsze wydzieli się więcej moczu. W takim mocz będzie więcej azotu, a ilość chloru zostaje bez zmian.

Ze wspomnianych badań wynika działanie miejscowych ośrodków nerwowych na diurezę.

Przemiana wodna podlega wpływom nie tylko leków, działających na układ nerwowy, jak brom i t. d., o czym była już mowa, lecz również wpływom psychicznym. I to nie tylko zwykłym (rozmaite wzruszenia), ale i sugestii. Tak więc Hoff i Werner u psów, przez trzymanie przed nimi kotów, wywoływali zatrzymanie moczenia z powodu zwiększenia się pituitryny w płynie komorowym; H. Marx u ludzi, sugerując im tylko picie, wywoływał silną diurezę ze znacznym rozcieńczeniem moczu i odpowiednimi zmianami we krwi. Bix i Czyhlarz wstrzyknęli w 3 przypadkach: niedomogi krążenia na tle wady zastawki dwudzielnej, niejasnej nerczycy, alkoholowej marskości wątroby — salyrgan, który wywołał obfitą diurezę. Potem stosowano dożylnie, zamiast salyrganu, roztwory soli kuchennej w tych samych ilościach (1—2 cm³) i otrzymywano prawie ten sam efekt moczopędny. Wspomniani autorzy przypuszczają, że miał tu miejsce odruch w sensie Pawłowa.

Dalej wiadomo, że podrażnienie nerwu błędnego zwiększa zaleganie wody w tkankach, a podrażnienie nerwu współczulnego działa przeciwnie i wzmacnia, między innymi, ilość wody krążącej. Przewaga nerwu błędnego zwiększa również magazynowanie wody przez wątrobę. Wstrzykiwania salyrganu powodują podrażnienie współczulne, tak samo, jak adrenalina. W ten sposób zostają uruchomione zapasy wody i rzucone do krwioobiegu. Jednocześnie, poza chlorem, zwiększa się wydzielanie kwasu moczowego, które hamuje ergotamina (K. Harphder). Układ nerwowy wpływa na wzmoczenie przemiany nukleinowej (Thannhauser). A więc i tą drogą może powstać wzmoczenie diurezy.

Ze środków moczopędnych, działających przez rozszerzenie naczyń i chlorurii, najważniejsze są teobromina, teofilina i ich pochodne. Dajemy albo czystą teobrominę w dawkach po 0,5 trzy razy dziennie lub jej sole w odpowiednio wyższych dawkach, zależnie od procentu zawartej w nich teobrominy. Teofilinę dajemy po 0,25 trzy razy dziennie lub też jej sole w odpo-

wiednim stosunku do czystej teofiliny. Środki te podajemy przez dłuższy czas, jeśli się okaże, że dobrze działają. Wskazane jest zarządzenie przerwy, odkąd powstaje i póki trwa dobra diureza. Dożylnie dajemy teofilinę lub geofilinę w ampułkach z 20 cm³ 33%-wego cukru gronowego. Wstrzykiwać należy bardzo wolno. Preparaty te również można podawać domięśniowo lub w czopkach. Zwiększają one nie tylko przepuszczalność naczyń, lecz wzmagają wydajność pracy serca i powiększają jego objętość wyrzutową. Diureza, przez nie wywołana, powoduje nie tylko wydalanie zwiększonej ilości wody i chlorków, ale i metali; jak potasu, wapnia, sodu i t. d. Nie zmienia się natomiast ilość fosforanów, siarczanów, amonów i azotu całkowitego. Preparatów tych jest moc, że przytoczę agurinę, diuretynę, dipurynę, theacylon, theobryl, theocal, theocalyl, theocin-natrium, theocin-natrium-aceticum, theocarinę i t. d.

Należy zaznaczyć, że u chorych, pozostających dłuższy czas na diecie ubogiej w sól kuchenną, stwierdzałem niejednokrotnie słabe działanie preparatów teobrominowych, które poprawiało się po podaniu chorem większej ilości soli.

Kofeina ma działanie podobne do poprzednich leków, stosuje się jednak częściej jako lek sercowy.

Teobromina i teofilina powodują czasami mdłości i wymioty. Można usunąć te przykre objawy przez związki barbiturowe, które w odpowiednich przypadkach wspomagają diurezę przez swe działanie przeciwkurczowe. Zamiast barbituranów stosowałem ostatnio izowalerianian benzylu (w proszku, zawierającym go 30%) po 0,5 trzy razy dziennie, z wynikiem zadawalającym.

Preparaty morfiny są przeciwwskazane u chorych, oddających mało moczu. Stosuje się je często, co prawda, w niewielkich dawkach, zwłaszcza w duszności na tle sercowym. Tymczasem już 0,01 morfiny może znacznie zmniejszyć diurezę. F e e obserwował również u zwierząt doświadczalnych, po wstrzyknięciu morfiny, wybitny spadek ilości wydalanego moczu.

Ze środków sercowych przede wszystkim moczopędnie działa naparstnica w różnych postaciach, dalej strofantyna, ouabaina, adonis. Również, prócz wspomnianej już kofeiny, i scilla daje wielomocz. Działanie tej ostatniej jest najbardziej bezpośrednio moczopędne. Przy czym, prócz wody i soli, wydalą dużo azotu niebiałkowego.

W przypadkach niewyrównanych chorób serca z bradykardią rzadko jednak można uzyskać takie znakomite wyniki moczopędne przy pomocy tych środków, jak dzięki rtęcianom. Rtęciany wspomagają moczopędne działanie leków sercowych. Jednak spotykamy się nieraz z odmową działania serca po nagłym i zbyt gwałtownym odwodnieniu, wywołanym przez nie. Ma to miejsce wówczas, gdy serce przedtem nie zostało dostatecznie zdigitalizowane. Zresztą, i serce, dobrze zdigitalizowane, może przestać działać po rtęcianach. L u s i c k y tłumaczy to tym, że w takich przypadkach następuje zbyt szybkie i stężone doprowadzenie naparstnicy do serca z płynów obrzkowych, w których naparstnica może się gromadzić. Ma to miejsce zwłaszcza u tych chorych, którym podaje się naparstnicę do wewnątrz, i gdzie ona ulega wyłapaniu przez obrzkłą wątrobę, śledzionę, nerki i inne narządy; przy obfitym odpływie z tkanek do krążenia cieczy i krwi (przy zastosowaniu rtęcianów) wraz z nimi za dużo naraz dopływa naparstnicy do mięśnia sercowego. Więc, gdy chcemy

stosować rtęciany, musimy wobec tego operować średnimi dawkami naparstnicy. Albo przedtem ją odstawić na krótki czas, nim dać salyrgan lub t. p. preparaty.

Nieorganiczne związki rtęciowe, podane doustnie (jak kalomel) lub domięśniowo, również powodują diurezę. Jony rtęci odpęcznieją białko krwi i tkanek, rozszerzają naczynia kłębuszkowe nerek, zwiększają przepuszczalność ich śródbłonnów, hamują rezerwację zwrotną moczu i zwiększają przede wszystkim wydalanie chlorku sodu. Już Paracelsus stosował kalomel jako środek moczopędny. Ostatnio wprowadził go do leczenia J e n d r a s s i k.

Działanie novasurolu zostało przypadkowo odkryte. Stosowano go początkowo jako środek przeciwkiłowy. Daje często objawy zatrucia, toteż obecnie nie należy go używać, tym bardziej, że zjawily się preparaty rtęciowe prawie bez ujemnych skutków. Są nimi: polski dehydrit, francuski neptal, węgierski novurit i niemiecki salyrgan.

U chorych z zastojem sercowym najlepszą diurezę dają rtęciany, podane dożylnie z ¼ mg strofantyny lub ouabainy. Jeżeli obrzęki są bardzo duże, zwłaszcza kończyn dolnych, należy nieraz mechanicznie, poza tym, usunąć płyny tam, gdzie można, a więc w puchlinie brzusznej przez nakłucie i t. p. A gdy serce jest wyczerpane, albo gdy strofantyny nie można dać dożylnie z powodu złe widocznych żył, to wówczas i rtęciany mogą nie działać, a nawet zaszkodzić. Prócz dróg: domięśniowej, dożylniej, dootrzewnej i doopłucnowej, mamy jeszcze drogę doodbytniczą. Rtęciany, podane przez odbytnicę, działają jednak słabiej, niż podane dożylnie. Podawania *per rectum* nie można stosować, jeśli wystąpi podrażnienie odbytnicy, a zwłaszcza, gdy są tam pęknięcia lub guzy krwawnicze. W czopkach powinno być 5—6 cm³ rtęcianów. W ławatywach — ta sama ilość rtęcianów z 20 cm³ 5% cukru gronowego i 20 kroplami nalewki opiumowej. Nie ma natomiast wielkiej różnicy między wstrzykiwaniami dożylnymi i domięśniowymi. D o r n e r uważa, że nawet korzystniejsze jest działanie rtęcianów, podanych domięśniowo. Dootrzewnowo podaje się je w ilości 5 cm³ z taką samą ilością roztworu fizjologicznego. Tak samo doopłucnowo.

Wstrzyknięcie tych związków wywołuje, między innymi, zmniejszenie się rozmiarów wątroby i śledziony. Tam, gdzie śledziona się nie zmniejsza, nie zaznacza się też rozcieńczenie krwi, a wielomocz bywa nie większy, niż zwykle.

Ze śledziona gra pewną rolę w gospodarce wodnej, wynika z tego, że wyciągi ze śledziony zatrzymują wodę, wzmagają wodochłonność skóry i dają w ostatecznym wyniku dodatni bilans wodny. Toteż chorem przybywać będzie na wadze. Stąd staje się jasne stosowanie wyciągów ze śledziony w gruźlicy, zwłaszcza z obfitymi potami, gdy organizm traci dużo płynów.

Związki rtęciowe, gdy chodzi o podawanie dożylnie i domięśniowo, najlepiej wstrzykiwać nie same, lecz z *calcium gluconatum*. Trzymamy się odstępów 3—5 dniowych. Nerki muszą być pod kontrolą. Rtęciany działają energiczniej, jeśli jest zmieniona równowaga zasadowo-kwasowa ustroju w kierunku kwasicy, i dlatego stosuje się zakwaszanie np. chlorkiem amonu. Podaje się go w ilości 6 gr. dziennie 2 dni przed zamierzonym wstrzykiwaniem rtęcianów i w dniu, gdy się je wprowadza. Efektu działania salmiiaku nie można sprowadzać tylko do

tego, że działa zakwaszająco. Rezerwę zasadową obniżyć można tak samo kwasem solnym, jak i kwasem fosforowym zupełnie jednakowo, a mimo to działanie rtęcianów nie będzie identyczne. Akcję ich wzmoże kwas solny, względnie salmiak, a nie kwas fosforowy, przynajmniej nie w tym stopniu, gdyż w gospodarce wodnej główną rolę odgrywa kation chlorowy.

De Raadt twierdzi, że brak alkali hamuje diurezę. Ograniczenie płynów dlatego poprawia diurezę, że krew przez zagęszczenie staje się bardziej alkaliczna. Upust krwi dlatego zwiększa ilość wydalanego moczu, że doprowadza do krwi płyn tkankowy z zapasem zasad. Według Fliederbauma, kwasy unieruchamiają chlorki. U chorych z obrzękami wzmożone powinowactwo skóry np. do wody zależy od zatrzymania w skórze kwasów. Gottsegen podaje, że pod działaniem związków rtęciowych, pochodnych purynowych, a pod wpływem decholine, zwłaszcza u pacjentów z zastoinową wątrobą albo czynnościowymi zaburzeniami mięszu wątroby, występuje przesunięcie równowagi kwasowo - zasadowej w kierunku strony zasadowej. To przesunięcie jest tym silniejsze, im silniejsza jest diureza. Rezerwę zasadową wzmagają najbardziej rtęciany, najmniej decholina. Chlorek amonu, podany przed nimi, podnosi rezerwę zasadową, a podawany dalej, po zastosowaniu środka moczopędnego, zmniejsza ją. Tiffenau pisze, że diureza teobrominowa podnosi się przez małe dawki zasad, czy kwasów, przy większych dochodzi nawet do bezmoczu.

Wydaje się pewne, że chlorki wywierają niewątpliwe działanie moczopędne. Rtęciany działają doskonale pod względem diuretycznym. Należy uważać, że prawdopodobnie, w zależności od warunków, raz działa lepiej zakwaszenie, drugi raz zalkalizowanie. Tak więc głódówka, która wywołać może obfity wielomocz, działa bezwzględnie zakwaszająco.

Moczopędne działanie związków rtęciowych nie jest zależne od obecności obrzęków. Działają diuretycznie nawet u zdrowych, zwiększając ilość moczu od 500 — 1000 cm³. Vogl obserwował 21-letnią kobietę, wagi 35 kg., bardzo chudą i delikatną. Miała *tabes juvenilis* z typowymi *crises gastriques*. Wstrzykiwano jej novasurol, jako środek przeciwkłótny. Okazało się, że po 2 wstrzykiwaniach ilość moczu z 500 cm³ podniosła się do 1400 cm³, a po 3-ech do 2000.

Rtęciany mają i swoje ujemne strony. Mogą wywoływać krwiotoczne nieżyty grubych jelit, zwłaszcza w niedomodze nerkowej, i owrzodzenia. Ale są to rzeczy niesłychanie rzadkie. Działanie tych leków jest przede wszystkim podobne do działania rtęci, za dowód czego niech posłuży (poza kalomelem) spostrzeżenie H. Chabaniera, który stwierdził w zatruciach oksycjankiem rtęci znaczny spadek chlorków surowicy, oraz Rosenheima, że *hydrargyrum bichloratum*, *hydrargyrum amidobichloratum* i *hydrargyrum bijodatum flavum* mają również działać moczopędnie.

Leki rtęciowe odkładają się w wątrobie i część ich wydziela się z żółcią. Po dożylnym wstrzyknięciu salyrganu ilość wydzielonej żółci wzrasta w pierwszej godzinie o 89%, w drugiej o 39%, by w trzeciej powrócić do normy. Salyrgan, jak i preparaty podobne, wywiera działanie żółciotwórcze, jak tego dowodzi zwiększenie ilości bezwzględnej wszystkich składników żółci po wstrzyknięciu. Jednocześnie żółć nieznacznie się rozcieńcza, a ilość chloru całkowitego wzrasta. Po wstrzyknięciu 3 cm³ salyrganu dożylnie następuje za-

hamowanie wydzielania żółci. Równie pomyślnie, jak w obrzękach pochodzenia sercowego, działa salyrgan u chorych nawet z daleko posuniętym zapaleniem kanalikowym nerek. Rtęciany są najwłaściwszymi środkami w tych schorzeniach. Diureza po nich zaczyna się już w pół do 4-ch godzin i po 10—24 godzin osiąga punkt kulminacyjny, po czym znowu powoli opada. Działanie trwa jeszcze do 4-ech dni.

Przy podawaniu tych środków występuje obecnie nie tylko działanie związków rtęci, bowiem fabryki, w celu zwiększenia efektu moczopędnego, dodają jeszcze inne połączenia, a mianowicie — purynowe. Tak więc do novuritu dodana jest teofilina w ilości 5%, do nowego salyrganu — eufilina, do dehydritu — teofilina.

Claussen zauważył brak działania salyrganu u królików z przetoką żółciową. To samo spostrzegali u ludzi. Przypuszcza więc, że rtęciany pobudzają wątrobę do wytwarzania związku moczopędnego, który się wydziela z żółcią do jelita i działa diuretycznie dopiero po wchłonięciu przez ścianę jelita. Chlorek sodu wydany jest wówczas w ilości 30—40, a nawet 57 gr. dziennie. Wydalanie mocznika zwiększa się o 3—4 gr., a spada reszta azotowa. Jak silne jest działanie odchlorowujące rtęcianów, widać z tego, że następuje jednocześnie obniżenie kwasoty żołądkowej. Również oddawanie wody przez skórę zwiększa się od 5—20% (Hecht).

Rtęcianów wydziela się w pierwszą godzinę około 40% z moczem, w pierwszą dobę już 70% całej ilości. Z kałem, w pierwszych dniach, 5—6%.

Działanie ich, oczywiście, nie jest zawsze jednakowo intensywne. Wskazania do stosowania są rozległe. Najlepiej działają w zastoinie na tle niewydolności serca, również w okresie, gdy brak widocznych obrzęków. Działają słabo, gdy płyn się gromadzi w jamach surowiczych pod wpływem czynników mechanicznych. Podostre i przewlekłe wysięki, zwłaszcza w przewlekłym reumatyzmie stawowym, poddają się najwyżej słabo temu leczeniu. Dobre działanie występuje w nerczykach, gorsze w marskości nerek łagodnej i złośliwej, chyba, że przy tym istnieje niedomoga serca. Słabe jest działanie w puchlinie brzusznej z powodu marskości wątrobowej. Ale, gdy puchlina powstała na tle kiłowym, efekt bywa doskonały. W przypadkach wysięków, towarzyszących gruźlicy i rakowi błon surowiczych, rtęciany nie mogą zastąpić nakłucia brzuszego. Działają nieźle, czasami przynosząc ulgę w duszności w przypadkach nowotworów złośliwych klatki piersiowej, powodujących objawy ucisku pni żylnych. Również w zastoinowym nieżycie oskrzeli u starych ludzi, w zastoinach z powodu zakrzepów, zwiększonym ciśnieniu śródczaszkowym. W zgorzeli na tle cukrzycy mają działać leczniczo, obniżając w tkankach „poziom cukru. W moczówce prostej — przez zwiększenie wydalania soli kuchennej. Działają jako środek bakterio-bójczy u nosicieli zarazków durowych, zwłaszcza, że wydzielają się wraz z nimi do pęcherzyka żółciowego. Polecają rtęciany w krwawieniach żołądkowych i płucnych, gdyż usuwają wodę i prawdopodobnie przyciągają ciała, powodujące krzepnięcie krwi. Również we włosnicy w celu wydalania toksyn.

Przeciwwskazania są następujące: ostre kłębuszkowe zapalenie nerek, ciężkie nerczyce, przerost sterczu, zakrzep w okresie ostrym i każda postać schorzenia nerek z upośledzeniem czynności zagęszczania,

zwłaszcza z wysokim ciśnieniem. Poza tym ciężkie i ostre schorzenia wątroby, ostre sprawy zapalne błon surowiczych, wyniszczenie, podniesiona ciepłota ciała, silne biegunki, krwawienia z jelit, ciężka niedokrewność i dusznica bolesna.

Według Engla natomiast jedyne przeciwwskazania to: ostre kłębuszkowe zapalenie nerek i przerost sterczu. Uważa on, że nawet w biegunkach nie potrzeba ograniczać stosowania tych środków.

Rtęciowe leki moczopędne wpływają dodatnio na mięsień sercowy. Według Wenkebacha związki te zmniejszają stan uwodnienia włókien tkanki mięśniowej w sercu, przez co wzmagają się jego siła skurczowa. Schoen poleca u chorych z wyrównanym krążeniem, a skłonnością do nawrotu obrzęków jawnych lub utajonych (wzrost wagi ciała) po 2—3 dniach beznaparstnicowych dożylnie 0,3 gr. strofantyny wraz z 2 cm³ salyrganu, następnie 5 dni 2 razy dziennie po 0,1 naparstnicy, znów przerwę kilkudniową i powtórzenie cyklu. Dzięki tej metodzie udaje się ambulatoryjnie utrzymać krążenie na wysokości zadania.

Obserwowałem w kilku przypadkach nerczycy dobre działanie moczopędne rtęcianów, ale, pomimo ich stosowania choroba postępowała i, po pozornej poprawie, kończyła się jak zwykle niepomyślnie. Poza tym efektowny wielomocz nie zawsze wywoływał cofanie się wyraźniejsze obrzęków. Podawanie przez czas dłuższy tych środków wpływa ujemnie na chorego. Wielkie bowiem wypłukiwanie ustroju z soli, a przede wszystkim z soli kuchennej, zwłaszcza, że leki rtęciowe zawierają dodatkowo preparaty purynowe, może doprowadzić do hipochloremii ze wszystkimi ujemnymi skutkami, aż do mocznicy hipochloremicznej włącznie.

Jak już wspominałem, wyciągi ze śledziony zatrzymują wodę i chlorki oraz wzmagają wodochłonność skóry. Za to wątroba zmniejsza zatrzymanie wody w ustroju już przy podawaniu doustnym. Przy pomocy żółci wydziela ona liczne sole, a zwłaszcza mocznik, działałaby więc wspomagająco przy pracy nerek. W dysfunkcji nerek wątroba bierze na siebie rolę narządu zastępczego. Toteż w przebiegu ostrych i przewlekłych chorób nerek daje się stwierdzić również stan chorobowy wątroby, który pogarsza cierpienia ogólne. Jeśli się uda wówczas wzmocnić wątrobę, to okaże się, że i stan nerek ulegnie poprawie, oraz zwiększy się diureza. Rosnowski i Lityński opisują przypadek schorzenia nerek i wątroby. Próba obciążenia cukrem gronowym wykazała zmniejszoną zdolność zatrzymywania go przez wątrobę. Zastosowali wówczas dietę obfitą w węglowodany oraz insulinę, co dało wynik dodatni w sensie diuretycznym.

Związki salicylowe, wzmagając wydzielanie żółci i rozszerzając naczynia obwodowe, polepszyłyby działanie rtęcianów. Za to inne leki przeciwgorączkowe, a przede wszystkim piramidon i antypiryna, działają hamująco na diurezę. Działanie czyszczące rozmaitych środków na działanie żółciopędne, a więc i solopędne, poza tym odprowadzają one wodę przez jelita (biegunki).

Tak samo, jak pod wpływem tarczycy, również i dzięki podawaniu gruczołów przytarczycznych zwiększa się diureza. Jednak w przypadkach specjalnych i w stopniu niewielkim. Mac Cann osiągnął cofanie się obrzęków, stosując parathormon.

Również wprowadzenie domięśniowe preparatów z nerek wywołuje diurezę większą, niż stosowanie wy-

ciągów z wątroby, jak również znaczniejsze wydalenie azotu niebiałkowego. Pierwszy Dieulafoy zastosował preparat nerkowy w mocznicy, otrzymując wzrost diurezy i przemijającą poprawę. Ostatnio otrzymano wyniki wcale zachęcające, gdyż preparaty współczesne, jak inorenol, okazują się czystsze i silnie działają. Dądz i Koskowski opisali środek, otrzymany z nerek młodych zwierząt (bez białka, peptonu, cholicy, histaminy), posiadający silne działanie moczopędne, w każdym razie większe, niż wyciągi z wątroby. Przeprowadzone przez Czeżowską badania na ludziach potwierdziły działanie diuretyczne tego preparatu. Ważne jest to, że poza wielomoczem występuje wówczas wzmożone wydalenie związków azotowych, chlorków, obniżenie poziomu azotu niebiałkowego, ciśnienia krwi obok poprawy samopoczucia. Diureza wynosiła, z wyjątkiem bardzo ciężkich przypadków, od 25% do 100% a nawet 300% pierwotnej wielkości. Wyciągi z innych narządów działają również moczopędnie, a więc z płuc, opłucnej, skóry, mięśni a między tymi ostatnimi i z mięśnia sercowego. W pracach J. Schwanana znajdujemy opis wpływu preparatów z mięśni, skóry, płuc i opłucnej na wyraźne obniżanie się poziomu azotu niebiałkowego we krwi. Tak też działa myostriatol, preparat z mięśni szkieletowych. Działanie azotopędne wysuwa te wyciągi na czoło w tych przypadkach, gdy zależy nam na usunięciu nadmiaru mocznika i innych związków azotowych. Obserwowano pod wpływem myostriatolu spadek azotu we krwi, niekiedy o 70% u chorych z przewlekłym schorzeniem nerek na tle zapalnym lub na tle zmian naczyniowych w nerkach. Efekt jest tym mniejszy, im bardziej wartość początkowa zbliża się do prawidłowej. Wzrost wydalenia związków azotowych z moczem nie jest równoległy do diurezy, jest daleko większy, dochodzi do 100% i więcej w stosunku do wartości początkowej. Wydalenie tych ciał (mocznik, kwas moczowy, kreatyna, kreatynina, kwasy aminowe, indykan) jest przeważnie krótkotrwałe i obniża się do wartości wstępnych już w 2—4 dni po zaprzestaniu wstrzykiwań.

Niejednokrotnie obserwowałem działanie myostriatolu u chorych z nadciśnieniem na tle nerkowym. Okazało się, że bardzo słabo obniża ciśnienie, lecz dobrze wpływa na samopoczucie chorego. Prawdopodobnie jego działanie azotopędne w schorzeniach nerek z nadciśnieniem wówczas wywołuje wspomnianą poprawę, gdy istnieje retencja azotu. Chociaż prace ostatniego 15-lecia nie przypisują związkowi azotowemu niebiałkowemu tak wyłącznej roli w powstawaniu objawów zatrucia nerkowego, jak poprzednio sądzono, w każdym razie jest nie do pogardzenia podane działanie wyciągów z tkanek. Należałoby zwrócić również uwagę na cardiogen, otrzymywany z mięśni serca. Interesujący byłby jego wpływ na poziom związków azotowych we krwi i w moczu.

Stan oddychania i przemiany gazowej ma pośrednie działanie na ilość wydalanego moczu. Mianowicie zwiększona obecność kwasu węglowego, jak zresztą i innych kwasów, w krwiobiegu wywołuje wędrowkę chloru do krwinek i tym samym zwiększa diurezę, nie mówiąc już o tym, że rozszerza naczynia.

W ciężkich przypadkach schorzeń trzustki powstaje bezmocz lub skąpe wydalenie moczu, w lżejszych przypadkach białko w moczu, wałeczki, ciężar gatunkowy spada do 1009—1001. Przypuszcza się, że schorzenie trzustki powoduje powstawanie toksyn, draż-

niących nerki. A więc prawdopodobnie leczenie trzustki w pewnych przypadkach poprawiłoby czynność nerek.

Widzimy więc, że obrzęki stanowią zjawisko bardzo zawiłe, które może powstać na podłożu różnorodnych zaburzeń chorobowych. Również i liczne istniejące środki moczopędne posiadają różne punkty uchwytu. Leczenie stanów obrzękowych przedstawia dziedzinę wdzieczną pod warunkiem, że będziemy postępowali ściśle indywidualnie, stosując leki najbardziej odpowiednie dla danego przypadku.

PISMIENICTWO.

G. Benedetti. *Medyc.* 1935, z. 11, str. 388. J. Glass i D. Adlersberg. *Pol. Arch. Med. Wew.* 1933, t. I z. 1, str. 52. J. Fliederbaum i M. Landauówna. *Pol. Arch. M. W.* 1933, t. XI, z. 2, str. 183. W. Moraczewski, St. Grzycki, H. Jankowski, R. Śliwiński, *Pol. Arch. M. W.* 1933, t. XI, z. 2, 232. A. Fidler. *Pol. Arch. M. W.* 1934, t. XII, z. 2, 203. J. Fliederbaum. *Pol. Arch. M. W.* 1934, t. XII, z. 3, 396. W. Markert. *Pol. Arch. M. W.* 1935, t. XIII, z. 1, 104. J. Fliederbaum. *Przyczyny, powstanie i sposoby leczenia obrzęków. Monografia, Eskulap. W-wa, 1934.* A. Biernacki. *Pol. Arch. M. W.* 1935, t. XIII, z. 2, 233. G. Koehler. *Ther. d. Gegenw.* 1935, z. 9, 394. K. Wotzka. *Ther. d. Geg.* 1935, 2, 529. P. L. Vioille. *Presse Med.* 1935, 4, 67. P. L. Vioille. *Pr. Med.* 1935, 9, 163. J. Malmejac. *Pr. Méd.* 1935, 10, 190. B. G. Bouyoucos. *Pr. Med.* 1935, 12, 221. Geunosuke Hôjô. *Arbeiten d. drit. Abt. d. Anat. Inst., Kyoto.* 1935-6, ser. D., 25, 112. M. Rosnowski i M. Lityński. *Medyc.* 1932, 17, 518. P. Demant. *Med.* 1932, 17, 526. J. Supniewski. *Podr. Farm.* 1935. Delta. W-wa, str. 329. K. Herman. *W. Kl. W.* 1934, 51, 1551. F. Fuks. *W. Kl. W.* 1934, 8, 229. R. Hellig i A. Vogl. *W. Kl. W.* 1935, 13, 400. G. Gottsegen. *W.*

Kl. W. 1935, 36, 1116. J. Siebeck. *M. M. W.* 1935, 1, 16. K. A. Winter. *Med. Kl.* 1934, 52, 1727. B. Stanojewic i O. Andrie. *M. M. W.* 1935, 11, 417. H. Bix i E. Czyhlarz. *W. M. W.* 1935, 13, 344. F. Rissmann. *M. M. W.* 1935, 27, 1074. H. Dennig i E. Krause. 1935, 47, 1865. H. v. Torne. *D. M. W.* 1935, 40, 1597. J. Fliederbaum. *P. G. Lek.* 1934, 11, 198. J. Fliederbaum i R. Tislowitz. *P. G. Lek.* 1933, 40, 772. R. Tislowitz. *P. G. Lek.* 1934, 14, 256. R. Tislowitz. *P. G. Lek.* 1934, 31, 584. Z. Czeżowska. *P. G. Lek.* 1934, 45, 829. Z. Bieliński i E. Michałowski. *P. G. Lek.* 1934, 52, 966. Z. Czeżowska i J. Jaworska. *P. G. Lek.* 1935, 13, 235. K. Kretter. *P. G. Lek.* 1935, 44, 796. D. Lazerówna i M. Goldbergo-wa. *P. G. Lek.* 1935, 50, 908. M. Villaret. *Pr. Med.* 1934, 79, 1529. R. Fleckseder. *Med. Kl.* 1935, 46, 1492. J. Fliederbaum. *War. Cz. Lek.* 1934, 1, 9. M. Bussel. *War. Cz. Lek.* 1935, 8, 163. H. L. Blumgart, D. R. Gilligen, R. C. Levy, M. G. Brown, M. C. Volk. *Arch. Int. Med.* 1935, 54, 21. G. Szemző. *W. Kl. W.* 1934, 18, 560. H. Chabanier, C. Lobo-Onell. *Pr. Méd.* 1933, 2, 28. H. Chabanier, C. Lobo-Onell, E. Lelu. *Pr. Méd.* 1933, 49, 987. H. Bräulke. *M. M. W.* 1934, 14, 325. A. Biernacki. *Now. Lek.* 1935, 16, 490. Z. Golczyński. *Now. Lek.* 1935, 13, 385. E. Becker. *M. M. W.* 1934, 11. J. Fliederbaum i R. Tislowitz. *Now. Lek.* 1935, 17, 535. G. Klemperer. *Ther. d. Geg.* 1932, 1, 1. G. Habau. *Ziegl. Beitr.* 1933-34, 92, 88. P. Merklen i H. Gannelle. *Annal de méd.* 1934, XXXV, 1. M. K. E. Mianowska. *Now. Lek.* 1934, 24, 754. Z. Michalski. *Now. Lek.* 1934, 5, 157. J. Csapo, E. Kerpel-Fromius. *W. Kl. W.* 1933, 39, 0. L. E. de Raadt. *W. Kl. W.* 1932, 47. J. Roguski. *Now. Lek.* 1934, 18, 581. R. Tislowitz. *Now. Lek.* 1934, 20, 465. P. Demant. *Medyc.* 1935, 8, 269. W. Kondratowicz. *Medyc.* 1934, 6, 194. W. Kondratowicz. *Medyc.* 1935, 13, 443. R. Schoen. *Zbl. inn. Med.* 1935, 8, 145. A. Strümpell. *Lehrbuch der Pathol. u. Thr.* 1927, t. 2, 12.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Kliniki Chorób Nerwowych i Umysłowych U. S. B. w Wilnie.
(Dyrektor: Prof. Dr Maksymilian Rose).

W sprawie wyników leczenia insuliny w świeżych przypadkach schizofrenii.

Podali

J. BORYSOWICZ i St. WITEK (Wilno).

Ze względu na wielkie zainteresowanie, jakie wzbudziło leczenie schizofrenii insuliny, uważamy za wskazane podać pewne wnioski, które dają się wysnuć z dotychczasowego materiału naszej Kliniki *). Zauważyć musimy, że do przypadków świeżych zaliczyliśmy w sposób odmienny, niż to czyni Sakel, tych chorych, u których psychoza, do czasu rozpoczęcia leczenia insulinowego, nie trwała dłużej, niż rok. Do kategorii świeżych przypadków włączone zostały zarówno te, w których psychoza wystąpiła po raz pierwszy, jak i te, w których ujawniła się ona po raz drugi, względnie trzeci, chorzy ci jednakże pomiędzy poszczególnymi ujawnieniami choroby znajdowali się w stanie zupełnego zdrowia psychicznego.

Dla podkreślenia odrębności obu tych rodzajów

*) J. Borysowicz, J. Paradowski, J. Rose, St. Witek i W. Zalewski: *Leczenie schizofrenii insuliny.*

J. Borysowicz i M. Marzyński: *Dalsze spostrzeżenia przy leczeniu schizofrenii dużymi dawkami insuliny.*

A. Rutkowski: *Dotychczasowe wyniki leczenia schizofrenii insuliny w Klinice Chorób Nerwowych i Umysłowych U. S. B. w Wilnie.*

przypadków podawaliśmy wyniki leczenia insuliny na oddzielnych tablicach, a łączyliśmy je wspólnym mianem świeżych z tego względu, że, jak wspomnieliśmy, czas trwania choroby i w jednym i w drugim wypadku nie wynosił więcej, niż rok.

Jak wynika z prac naszej Kliniki, na 56 przypadków świeżych (w ujęciu wyżej przytoczonym) uzyskaliśmy po leczeniu insuliny 13 remisji i 7 znacznych popraw, co daje około 36%. Jeżeli z tej liczby wyłączymy przypadki z uprzednimi remisjami samoistnymi, to — jak wskazuje załączona tablica — otrzymamy 45 przypadków. Z liczby tej uzyskaliśmy w dniu wypisania odpowiednich chorych z Kliniki — 11 remisji i 6 znacznych popraw, co stanowi 37,7% — czyli uzyskaliśmy taki sam odsetek, jaki na podstawie podanej przez nas statystyki okazał się po obliczeniu samoistnych remisji i znacznych popraw w analogicznych przypadkach, insuliny nieleczonych. Przy jednakowym procencie okazało się jednak, że liczba remisji wybitnie przeważa nad znacznymi poprawami w przypadkach, leczonych insuliny, w porównaniu z przypadkami nieleczonymi.

Inaczej zgoła przedstawia się ta sprawa, jeżeli do świeżych przypadków zaliczymy tylko tych chorych, u których choroba psychiczna wystąpiła po raz pierwszy i nie trwała dłużej, niż pół roku. Przy takim określeniu przypadków świeżych okazuje się, że w naszym materiale liczba tego rodzaju chorych, leczonych insuliny, wynosiła 27. Z liczby tej obserwowano (tablica I) w dniu wypisania z Kliniki 9 remisji (przypadek 1, 3, 4, 11, 13, 21, 23, 35 i 42) i 5 znacznych popraw (przypadek 5, 8,

Przypadki i wieże

Nr. historii choroby	N. N. i płeć	Wiek	Czas trwania choroby	Leczenie insuliną i od — do	Liczba strzyknień	Dawki insuliny w jednostkach		Liczba zapasów	Liczba godzin nie- docukrzenia	Stan psychiczny po leczeniu insuliną		Przyrost wagi w klg.	U w a g i
						Mak- symal- na	1 za- paść paść insuliny			Zaraz W dniu wypis- nia z kliniki	W g ostatniej wiadomości		
1	S. M. ♀	20	1/2 mies.	8.10.35—9.12.35	26	250	—	—	41%	++	++	++	7
2	S. J. ♀	23	1/2	16.1.36—15.3.36	26	200	180	—	28	++	++	++	—
3	S. K. ♀	24	—	6.2.36—17.4.36	27	312	216	—	26%	++	++	++	—
4	K. R. ♀	20	—	2.10.35—3.11.35	16	135	75	—	23	++	++	++	—
5	P. J. ♀	25	2	16.1.36—5.3.36	22	140	120	—	30	++	++	++	—
6	G. J. ♀	29	2 1/2	9.1.36—6.3.36	21	140	100	—	27	++	++	++	—
7	B. J. ♀	25	—	9.9.35—17.10.35	23	150	120	—	23	++	++	++	—
8	R. A. ♀	25	4	30.1.36—21.3.36	20	128	82	—	22	++	++	++	—
9	D. F. ♀	27	4	3.10.35—7.10.35	4	60	60	—	4	++	++	++	—
10	M. W. ♀	22	—	10.11.35—4.2.36	21	124	68	—	27	++	++	++	—
11	S. S. ♀	48	5	5.11.35—12.12.35	16	60	35	—	22	++	++	++	—
12	S. S. ♀	31	5	8.9.35—17.10.35	25	160	120	—	32	++	++	++	—
13	A. S. ♀	27	6	16.9.35—6.12.35	25	170	100	—	37	++	++	++	—
14	K. S. ♀	28	8	3.10.35—16.1.36	16	140	72	—	21	++	++	++	—
15	J. H. ♀	34	8	12.5.34—30.6.34	23	112	64	—	18	++	++	++	—
16	C. D. ♀	23	8	5.6.34—2.7.34	17	180	80	—	20	++	++	++	—
17	M. K. ♀	28	8	30.1.36—30.3.36	23	168	108	—	26	++	++	++	—
18	K. K. ♀	33	8	16.1.36—13.3.36	23	200	140	—	27%	++	++	++	—
19	G. J. ♀	23	9	20.2.34—8.4.34	19	132	92	—	22	++	++	++	—
20	J. S. ♀	20	7 dni	1.4.36—24.4.36	9	152	136	—	11	++	++	++	—
21	C. P. ♀	28	1	4.4.36—26.5.36	21	168	120	—	22	++	++	++	—
22	K. M. ♀	25	1 mies.	9.3.36—1.5.36	21	304	140	—	12	++	++	++	—
23	Z. W. ♀	20	1	26.3.36—9.5.36	17	176	88	—	19	++	++	++	—
24	L. G. ♀	39	4	16.4.36—16.5.36	23	132	120	—	15	++	++	++	—
25	K. M. ♀	29	7	16.4.36—14.5.36	11	104	56	—	16	++	++	++	—
26	K. N. ♀	25	10	13.6.36—28.7.36	18	88	80	—	27	++	++	++	—
27	S. B. ♀	21	12	8.4.36—25.5.36	21	216	184	—	18	++	++	++	—
28	G. N. ♀	25	12	23.4.36—11.7.36	39	144	136	—	16	++	++	++	—
29	S. A. ♀	23	12	16.4.36—12.6.36	24	176	128	—	19	++	++	++	—
30	B. J. ♀	29	12	13.5.36—2.7.36	26	264	144	—	30	++	++	++	—
31	B. J. ♀	23	12	28.4.36—2.7.36	29	288	248	—	40	++	++	++	—
32	B. S. ♀	38	12	12.6.36—18.7.36	17	64	64	—	28	++	++	++	—
33	H. J. ♀	41	12	2.7.36—5.8.36	14	112	56	—	21	++	++	++	—
34	S. M. ♀	23	2 mies.	5.3.36—24.4.36	23	130	108	—	26	++	++	++	—
35	W. U. ♀	24	3	5.3.36—24.4.36	24	130	80	—	30	++	++	++	—
36	M. M. ♀	22	3	1.7.36—3.8.36	14	80	50	—	16	++	++	++	—
37	D. M. ♀	29	3	5.3.36—10.4.36	18	60	40	—	22	++	++	++	—
38	J. J. ♀	32	3	9.5.36—5.6.36	12	100	80	—	14	++	++	++	—
39	P. C. ♀	24	4	27.4.36—2.6.36	16	220	140	—	21	++	++	++	—
40	L. Z. ♀	23	4	5.3.36—24.4.36	24	160	40	—	22	++	++	++	—
41	R. A. ♀	24	5	3.5.36—12.6.36	16	200	120	—	17	++	++	++	—
42	K. Z. ♀	33	9	29.4.36—2.6.36	15	140	100	—	21	++	++	++	—
43	N. A. ♀	29	10	5.6.36—13.7.36	14	110	70	—	21	++	++	++	—
44	G. T. ♀	29	12	12.6.36—22.7.36	16	160	70	—	31	++	++	++	—
45	G. T. ♀	29	12	27.4.36—4.6.36	17	200	140	—	25	++	++	++	—

Objaśnienia: ++ = remiś, ++ = znaczna poprawa, + = mała poprawa, 0 = bez zmian wzgl. recydywa, pwz. = pozostałe w zakładzie
Przypadki od 1 do 20 wzięte z pracy: J. Borysowicz, J. Paradowski, J. Rose, St. Wiśnik i W. Zalewski. Leczenie schizofrenii dużymi dawkami insuliny.
Przypadki od 21 do 34 wzięte z pracy: Dr. Jerzy Borysowicz i Michał Marjański. Dalsze spostrzeżenia przy leczeniu schizofrenii dużymi dawkami insuliny.
Przypadki od 35 do 45 wzięte z pracy: Dr. Aleksander Rutkowski. Dotychczasowe wyniki leczenia schizofrenii insuliny w Klinice Chorób Nerwowych i Umysłowych U. S. B. w Włocławku.

14, 24 i 40), co w procentowym obliczeniu daje około 52%, czyli o 16% więcej, niż w tym razie, gdy trzymać się będziemy granicy jednego roku.

Jeśliśmy poszli jeszcze dalej i przyjęli, że przypadki świeże liczyć będziemy do 3 miesięcy, to okaże się, że procent remisji i znacznych popraw zwiększy się jeszcze bardziej i w naszym materiale wyniesie przeszło 53% — na 15 bowiem takich przypadków uzyskaliśmy 6 remisji (przyp. 1, 3, 4, 21, 23 i 35) i 2 znaczne poprawy (przyp. 5 i 24). Jeśli jednak obliczymy procent remisji i znacznych popraw według ostatnich doniesień, które uzyskaliśmy od rodzin chorych (patrz tablicę), to w przypadkach choroby, trwającej do 6 miesięcy, spada on do 39,1%, gdyż z 23 chorych (o 4 chorych brak wiadomości) pozostało w remisji 6 (przyp. 1, 8, 10, 21, 24 i 35) i w stanie znacznej poprawy 3 (przyp. 4, 5 i 40).

Z tych obliczeń wynika zatem jasno, że procent dodatnich wyników po leczeniu insuliną pozostaje w stosunku odwrotnym do czasu trwania choroby. Okres 6 miesięcy wydaje się być okresem krytycznym, gdyż po tym czasie procent popraw gwałtownie spada i od 6 miesięcy do jednego roku w naszym materiale wynosi 17,6% (na 17 przypadków 2 remisje i 1 znaczna poprawa — przyp. 26, 28 i 32). W przypadkach, trwających ponad jeden rok, szanse leczenia insuliną są minimalne, względnie spadają do zera.

Zauważyć należy, że przypadki, które przed leczeniem insuliną ulegały samoistnym remisjom, winny być wydzielone, jako zupełnie odrębna grupa, w której ocena skuteczności leczenia insuliną wymaga szczególnej ostrożności i innych sprawdzianów.

Podkreślić też musimy, że nasze przypadki, poprawione insuliną, oceniane były ściśle według kryteriów, które podaliśmy w pracy pod tytułem: Leczenie schizofrenii insuliną. Rocz. Psych. zesz. XXVIII, 1936. Przytoczenie tej okoliczności zasługuje na wzmiankę z tego względu, że w ocenie stopnia poprawy po leczeniu insuliną niektórzy autorzy opierają się na innych przesłankach, niż my, i w niektórych przypadkach stwierdzają znaczne poprawy tam, gdzie z naszego stanowiska mogłaby być mowa co najwyżej o nieznacznej poprawie. Ta rozbieżność oceny jest ważna z tego powodu, że do pewnego stopnia mogłaby tłumaczyć różnicę między liczbą dodatnich rezultatów szeregu autorów i naszej Kliniki, która np. nieznacznych popraw przy obliczaniu dodatnich wyników nie brała wcale w rachubę, wychodząc z założenia, że w stanach nieznacznej poprawy, jak nadmieniliśmy w naszej poprzedniej pracy, dochodzi przeważnie tylko do przemieszczenia się psychozy na inny, bardziej socjalny tor, przy czym właściwy proces chorobowy nie ulega zmianie.

Obok dalszego stosowania terapii insulinowej prowadzimy równolegle badania nad samoistnymi remisjami, zdając sobie sprawę, że dopiero dane porównawcze na znaczniejszym materiale przypadków, leczonych i nieleczonych insuliną, pozwolą na zajęcie obiektywnego stanowiska w ocenie skuteczności leczenia insuliną w świeżych przypadkach schizofrenii.

Liczba dotychczas leczonych świeżych przypadków jest zbyt mała, aby wysnuć ostateczne wnioski. Na większym materiale bowiem może dojść jeszcze do znacznego przesunięcia odsetku popraw tak w kierunku dodatnim, jako też ujemnym. Najważniejszym wydaje się nam, aby publikacje zawierały wszystkie dane, dotyczące czasu trwania choroby, przebiegu leczenia insuliną i t. d., tak, jak to przedstawia załączona tablica.

Z Zakładu psychiatrycznego „Zofiówka“ w Otwocku
(Dyrektor: Dr. J. Frostig)

W sprawie leczenia schizofrenii insuliną.

Artykuł dyskusyjny *).

Podali

J. FROSTIG, J. KISTER, WŁ. MANASSON (Otwock)
i WŁ. MATECKI (Warszawa).

W Numerze 33 „War. Czas. Lekar.“ z r. 1936 ukazała się praca Paradowskiego, Rosego, Witka i Zalewskiego, omawiająca wyniki insulinowego leczenia schizofrenii w Klinice Psych.-neurol. Uniwersytetu Wileńskiego. We wnioskach końcowych dochodzą autorowie do przekonania, że przy stosowaniu metodyki, używanej w Klinice Wileńskiej, leczenie insuliną nie daje żadnych wyników leczniczych. Aby uwypuklić dosadniej ujemność tych wyników, autorowie zestawili poprawy przypadków, leczonych insuliną, oraz takich przypadków, które wogóle dotychczas nie były leczone. Z zestawienia tego wynika, że odsetek popraw po leczeniu insulinowym nie jest większy, aniżeli odsetek spontanicznych remisji. Autorowie podkreślają wyraźnie, że nie jest to ostateczny sąd o nieużyteczności tego leczenia, i sami uważają za konieczne powiększenie liczby wstrząsów oraz godzin niedocukrzenia.

Ponieważ zagadnienie leczenia insuliną jest zarówno klinicznie, jak i społecznie sprawą niesłychanej wagi, ośmielamy się przeciwstawić nasze wyniki wynikom Kliniki Wileńskiej. Zgóry musimy zaznaczyć, że Klinika Wileńska ma znacznie dłuższy okres czasu doświadczeń; niemniej porównanie zestawień naszych z zestawieniami Kliniki Wileńskiej pozwala na metodyczne i merytoryczne rozważenie niektórych zasadniczych wniosków o technice leczenia.

Zanim przystąpimy do krytycznego rozpatrywania wyników leczniczych Kliniki Wileńskiej, uważamy za swój obowiązek podkreślić ogromnie wielką zasługę P. Prof. Rosego, Dyrektora Kliniki Uniwer. S. B., który pierwszy w Polsce rozpoczął stosowanie tej metody i zwrócił uwagę psychiatrii polskiej na jej istnienie, a przez stwierdzenie tego, że metoda Sakela nie przedstawia tak dużych niebezpieczeństw, jak sobie wyobrażano, ośmielił nas do jej szerszego stosowania.

Ze względu na ogromny zasięg zagadnień, zawierających się w artykule Paradowskiego i współpracowników, jakoteż ze względu na tymczasowość doniesienia, która nie pozwoliła autorom na wyczerpanie wszystkich dowodów, ograniczymy tezę dyskusji do odpowiedzi na jedno zagadnienie. Pytanie nasze brzmi: czy i w jakiej mierze stwierdzamy poprawę bezpośrednio po ukończeniu leczenia insulinowego; innymi słowy: czy twierdzenie Sakela, Dusika oraz zakładów szwajcarskich, że bezpośrednio po ukończeniu leczenia otrzymują:

przy 1/2 rocznym trwaniu choroby	około 76%
przy 1 1/2 „ „ „ „ „	68%
przy dłuższym, aniżeli 1 1/2 roku trwania choroby	46%

jest słuszne.

Pp. Paradowski i współpracownicy przedstawiają w celu udowodnienia ujemności wyników cztery tablice.

*) Obszerne wyniki podaliśmy w pracy archiwalnej (Rocznik Psychiatryczny. Zesz. XXVIII, 25.XI.1936).

TABLICA I.
Przypadki o procesie ciągłym, chorujące od 1—20 lat.

L. p.	N. l.	Wiek	Choruje od lat	Liczba dni insulino-wych	Liczba go-dzin hipoglikemicznych	Liczba go-dzin nieprzytomności	Liczba wstrząsów	Najwyższa dawka	Ilość zuży-tej insuliny	Stopień poprawy po ukończeniu leczenia
1	R. N.	26	1 ³ / ₄	39	128	46	26	110	2805	--
2	G. F.	34	2	59	155 ³ / ₄	26,5	23	110	3600	+++
3	R. F.	27	3	30	121	27,5	23	100	1830	--
4	P. B.	24	3	30	96 ¹ / ₂	30,5	20	110	2060	+
5	D. R.	19	4	55	167 ¹ / ₄	54,25	44	150	1980	+++
6	L. G.	32	6	63	240	74,5	47	140	5550	++
7	M. P.	28	6	30	115 ³ / ₄	30,5	16	170	2830	+
8	M. W.	34	7	74	286	64	36	110	5490	+
9	L. W.	36	10	38	128 ³ / ₄	5,25	5	170	3190	+
10	S. I.	28	11	53	165	39	33	170	5415	++

TABLICA II.
Przypadki o procesie ciągłym, chorujące od 0—12 mies.

L. p.	N. l.	Wiek	Choruje miesięcy	Liczba dni insulino-wych	Liczba go-dzin hipoglikemicznych	Liczba go-dzin nieprzytomności	Liczba wstrząsów	Najwyższa dawka	Ilość zużytej insuliny	Stopień poprawy po ukończeniu leczenia
1	J. L.	34	12	42	146,5	19,5	15	210	4740	+++
2	W. A.	27	1	10	31,5	0,75	1	110	600	+++
3	R. L.	24	5	53	207,75	94,5	39	125	4630	+++
4	K. E.	22	5	60	171	68	43	150	6080	+++
5	B. F.	36	6	19	71	1,5	2	150	1420	++
6	Sz. H.	18	6	50	170	51,5	25	120	3790	+++
7	F. J.	26	9	25	100	5,5	6	180	2440	+++
8	R. J.	40	12	33	116	20	7	120	2010	+++

W I i III tabl. umieścili przypadki, w których psychoza rozwijała się w sposób ciągły bez żadnych spontanicznych popraw, przy czym tabl. I-a obejmuje 24 przypadki, w których okres trwania choroby wynosi od jednego do dziesięciu lat, tabl. III-a przypadki, w których tenże okres jest krótszy, aniżeli jeden rok.

W II i IV-ej tabl. umieścili autorowie tych chorych, u których w przebiegu schizofrenii występowały jedno- albo kilkorazowe spontaniczne remisje.

Tablica II i IV-a nie mają żadnego dowodowego znaczenia; mógłby nas bowiem spotkać zarzut, że remisje, występujące w trakcie leczenia, są remisjami spontanicznymi, które się przypadkowo zbiegły z leczeniem insulino-wym. Zarówno nasz materiał, jakoteż i materiał Kliniki Wileńskiej jest zbyt mały, ażeby przy matematycznych możliwościach rozproszenia wyników można było wyciągnąć statystyczne wnioski. Uważamy więc za metodycznie właściwe wyłączyć z naszej dyskusji tablicę II i IV-a, a ograniczyć się wyłącznie do tych tablic, w których uwidocznione są wyniki leczenia chorych z procesem ciągłym. Należy bowiem przypuścić, że w tych przypadkach przy liczbie popraw większej, aniżeli 20% (wedle Kliniki Wileńskiej nawet nie większej, aniżeli 10%) będziemy mieli do czynienia z poprawami stanów, spowodowanymi przez leczniczy wpływ insuliny. Naturalnie, że i w tym przypadku nie unikniemy błędu, wynikającego z małych liczb.

W odniesieniu do sposobu rejestracji rozmaitych czynników leczenia insulino-wego musimy uczynić pewne metodyczne zastrzeżenie. Autorowie liczą godziny niedo-

cukrzenia od chwili, w której na powierzchni ciała występują pierwsze objawy niedocukrzenia. W tablicach naszych rejestracja godzin niedocukrzenia zaczyna się już od chwili zastrzyknięcia. Wychodzimy przy tym z następującego rozumowania: insulina jest roztworem wodnym i, wedle zgodnego zdania wszystkich autorów, reorbuje się natychmiast. Musimy więc przyjąć, że działanie insuliny rozpoczyna się 10 do 15 minut po zastrzyknięciu. Objawy niedocukrzenia występują, wedle naszego doświadczenia, przeciętnie po 45 min., najpóźniej w 1 godz. i 30 min. Ponieważ przeliczenie na metodykę wileńską wymagałoby w tej chwili przerobienia całego materiału, uprościmy nasze statystyczne wyliczenia w ten sposób, że odejmiemy od sumy godzin niedocukrzenia naszego materiału 1 godz. i 15 min. za każdy dzień insulino-wy. Kontrole pojedynczych przypadków pouczyły nas, że otrzymane w ten sposób godziny niedocukrzenia wypadną w naszej tablicy raczej za nisko, aniżeli za wysoko. Nie uwzględnimy również w naszej tablicy różnienia pomiędzy zapaściami śpiączkowymi i drgawkowymi. Nasze badania wykazały, że pod pojęciem zapaści drgawkowych kryją się najrozmaitsze zespoły neurologiczne; wyniki tych badań ogłoszą niebawem kol. Kister i Stein. Są one, zresztą, dla naszego zagadnienia bezpośredniej skuteczności leczenia, bez żadnego znaczenia.

Bardzo duże znaczenie dla rozbieżności wyników ma inne założenie Kliniki Wileńskiej. Założenie to brzmi: dopuszczalna liczba wstrząsów nie może być wyższa, niż 15, maksymalna liczba godzin niedocukrzenia (liczona metodą wileńską) nie powinna być wyższa, ani-

żeli 40. Autorowie nie podają żadnego uzasadnienia dla ograniczenia liczby wstrząsów do 15-tu i liczby godzin niedocukrzenia do 40; przyjmują zupełnie dowolnie, że przypadek, który się w tym określeniu nie poprawił, jest „nieuleczony”. Wnioskują z tego, że leczenie nie daje żadnych wyników.

Na podstawie naszych doświadczeń uważamy zarówno założenie, jak i wnioski Kliniki Wileńskiej za niedostatecznie uzasadnione; przypuszczamy, że powód ujemnych rezultatów leczenia leży w niedostatecznym stosowaniu insuliny, i postaramy się to udowodnić, przeciwstawiając nasze tablice tablicom Kliniki Wileńskiej.

Z tablic I-ej i IV-ej Kliniki Wileńskiej wynika, że na 44 przypadki o przebiegu ciągłym osiągnięto:

popraw zupełnych 2
popraw społecznych 5
nieznacznych popraw 5
Skutki leczenia uwidoczniły się
w przypad. 12-tu

Z tablic naszych wynika, że na przypadków 18 osiągnięliśmy:

popraw zupełnych 9
popraw społecznych 3
nieznacznych popraw 4
Skutki leczenia uwidoczniły się
w przypad. 16-tu

Ujemny skutek leczenia zanotowała:

Klinika Wileńska w przypadkach 32

„Zofiówka” 2

Już na pierwszy rzut oka uderza rozbieżność wyników leczniczych Kliniki Wileńskiej i „Zofiówki”. Dzięki precyzyjnej rejestracji Kliniki Wileńskiej, możemy od razu stwierdzić, iż przyczyną różnic w naszych wynikach są różnice:

- w liczbie wstrząsów
- w liczbie godzin niedocukrzenia.

TABLICA III.

Porównanie popraw po 15 wstrząsach i po ukończeniu leczenia.

L. p.	N. I.	Stan poprawy po 15 wstrząsach	Ci sami chorzy po wstrząsach	Stan poprawy
1	R. N.	—	26	—
2	G. F.	—	23	+++
3	R. F.	—	23	—
4	P. B.	—	20	+
5	D. R.	—	44	+++
6	L. G.	+	47	++
7	M. P.	++	16	++
8	M. W.	—	36	+
9	L. W.	—	5	+
10	S. I.	—	33	++
11	J. L.	+++	15	+++
12	W. A.	+++	1	+++
13	R. L.	+	39	+++
14	K. E.	+	43	+++
15	B. F.	—	2	+
16	Sz. H.	++	25	+++
17	F. J.	—	6	+++
18	R. I.	++	17	+++

Z tablic naszych wynika, że z wyjątkiem 3 przypadków, z których przypadek 5 i 7 (tabl. II) powtarza obecnie leczenie, zaś przyp. 2 (tabl. II) nie był zupełnie rozpoznawczo pewny, wszystkie inne przypadki przeszły leczenie dłuższe, aniżeli 15 wstrząsów. Jedynie w przy-

padku L. J. leczenie ograniczyło się do wstrząsów 15-tu. Psychoza trwała jednak tylko 12 dni. Z tego powodu wyłączyliśmy z naszych tablic te wszystkie przypadki, które z rozmaitych, bądź technicznych, bądź klinicznych powodów nie przebyły nawet 15 wstrząsów przy wyniku ujemnym. Przypadków takich mamy 5.

Ażeby unaocznić słuszność tezy o niedostateczności leczenia przy 15-tu wstrząsach przedstawiamy tablicę stanu psychicznego naszych przypadków po 15 wstrząsie i po ukończeniu leczenia.

Z tablicy tej wynika, że po 15-u wstrząsach było:

popraw zupełnych 1
popraw znacznych 2
popraw nieznacznych 4

Ale przy stosowaniu insuliny różnimy się od Kliniki Wileńskiej nie tylko w liczbach wstrząsów, ale także w liczbach godzin niedocukrzenia. Aby unaocznić, przeliczyliśmy nasz rachunek godzin niedocukrzenia na metodę wileńską, odliczając jako przeciętną utajonego działania insuliny 1¼ godz.

TABLICA IV.

Liczba godzin niedocukrzenia.

L. p.	N. I.	Metoda wileńska	Metoda otwocka
1	R. N.	79,25	128
2	G. F.	82,—	155,75
3	R. F.	83,5	121
4	P. B.	59	96,5
5	D. R.	98,5	167,75
6	L. G.	161,25	240
7	M. P.	78,25	115,75
8	M. W.	92,5	286
9	L. W.	81,25	128,75
10	S. I.	98,75	165
11	J. L.	94	146,5
12	W. A.	19	31,5
13	R. L.	141,5	207,75
14	K. E.	96	171
15	B. F.	47,25	71
16	Sz. H.	107,5	170
17	F. J.	68,75	100
18	R. I.	74,75	116

Maksymalna liczba godzin niedocukrzenia w Wilnie wynosiła 42,

Maksymalna liczba godzin niedocukrzenia w „Zofiówce” wynosiła 161,

Przeciętna liczba godzin niedocukrzenia w Wilnie wynosiła 26,8

Przeciętna liczba godzin niedocukrzenia w „Zofiówce” wynosiła 86,8
(oblicz. metodą wileńską).

Podkreślamy, iż w naszym zestawieniu nie uwzględniliśmy 5 przypadków, w których leczenie insulinowe musieliśmy przedwcześnie przerwać. Nie uwzględniliśmy dalej innych 3 przypadków psychozy schizofrenicznej, z których w 2 przypadkach nastąpiła zupełna poprawa. Te ostatnie przypadki nie posiadają znaczenia dowodowego, ze względu na uprzednie samostne remisje.

Nie umiemy sobie wytłumaczyć bardzo wysokich dawek insuliny, które były potrzebne do wywołania wstrząsu. Nie mieliśmy dotychczas przypadku, w którym nie potrafilibyśmy doprowadzić do stanu nieprzytomności. Nie możemy również potwierdzić przypuszczenia Kliniki, że stany niedocukrzenia, trwające więcej, aniżeli 3 godziny, mogą doprowadzić do zejścia śmiertelnego, albowiem s t a l e przeciągamy stany niedocukrzenia do 5, a nawet do 5 i ½ godz. (licząc od chwili za-

strzyknięcia) i pomimo to przy 863 wstrząsach do dnia 15.IX.1936 r. nie mieliśmy dotychczas żadnych, szczególnie niebezpiecznych sytuacji, i przypadek śmierci, który miał miejsce już po zakończeniu niniejszego artykułu, omówiony został w naszej pracy (Rocznik Psychiatryczny. Zesz. XXVIII, 25.XI.1936).

Zastanawialiśmy się nad tym, czy możemy przeciwstawić naszych 18 przypadków 44 przypadkom Kliniki Wileńskiej. Doszliśmy do przekonania, że dla naszego dyskusyjnego założenia wyłącza się z liczby 44 przypadków 18, w których nie doprowadzono przynajmniej do 15 wstrząsów, a w których wynik leczenia był ujemny, albowiem wedle założeń Kliniki Wileńskiej należy uważać 15 wstrząsów za liczbę prekluzyjną dla dowodu wystarczającego leczenia, podczas kiedy w niektórych przypadkach liczba wstrząsów ograniczyła się do 2—4 i t. d. Pozostaje więc do dyskusji:

Klinika wileńska — 26 przypadków

„Zofiówka“ — 18 „

Ponadto liczba obserwowanych wstrząsów była w naszym Zakładzie większa, aniżeli w Klinice Wileńskiej:

Klinika Wileńska — 714

„Zofiówka“ — 863

Nie przesądzając jednoznaczności co do skutków leczenia insulinowego, zmuszeni jesteśmy podkreślić, że dodatnie wyniki w ciągłych procesach schizofrenicznych, trwających przez dłuższy czas, szczególnie wtedy, kiedy występują bezpośrednio po ukończeniu leczenia insulinowego, mają bezwzględnie większe znaczenie dowodowe, aniżeli wyniki ujemne przy krótszym trwaniu leczenia. Z historii prób nad skutecznością preparatów „606“ w leczeniu kiły wiemy, że i tam powstawał często zupełnie podobny zarzut wtedy, kiedy stosowano niedostateczną dawkę preparatu, albo też, kiedy zbyt wcześnie przerywano leczenie.

Podkreślić musimy, że przeważna część naszych przypadków nie przedstawiała pod względem rozpoznawczym żadnych trudności. Były to przeważnie sprawy banalne, szybko prowadzące do rozpadu. Podział na poszczególne postaci schizofrenii przedstawia się następująco:

Obrazy obłądne (paranoidalne).

	Wiek	Okres trwania choroby	
1. J. L.	34 l.	12 dni	+++
2. B. F.	36 „	6 mies.	++
3. F. J.	26 „	9 „	+++
4. R. J.	40 „	12 „	+++
5. R. F.	27 „	3 „	O
6. L. W.	36 „	10 „	+

Obrazy paranoidalne w przebiegu katatonii.

7. R. N.	26 l.	1 3/4 l.	O
----------	-------	----------	---

Obrazy heberfreniczno - katatoniczne.

8. R. L.	24 l.	5 mies.	+++
9. K. E.	22 „	5 „	+++
10. Sz. H.	18 „	6 „	+++
11. G. F.	34 „	2 l.	+++
12. D. R.	19 „	4 „	+++
13. M. W.	34 „	7 „	+
14. L. G.	32 „	6 „	++

Rozpad prosty — Schizophrenia simplex z zabarwieniem obłądnym.

15. P. B.	24 l.	3 l.	+
16. M. P.	28 „	6 „	+
17. Sch. I.	28 „	11 „	++

Stan zamroczenia.

18. W. A.	27 „	1 mies.	+++
-----------	------	---------	-----

Wątpliwości rozpoznawcze przedstawia wyłącznie przypadek W. A., raczej rozpoznawalibyśmy w tym przypadku epizodyczny stan zamroczenia (Kleist). Przypadek K. E. wykazywał przymieszki maniakalne. Wedle zgodnego zdania wszystkich kol. mieliśmy pomimo to niewątpliwie do czynienia z schizofrenią. Dochodzimy więc do następujących wniosków:

1) Ujemność natychmiastowych wyników Kliniki Wileńskiej w leczeniu insulinowym tłumaczymy: a) niedostateczną liczbą wstrząsów, b) niedostateczną liczbą godzin niedocukrzenia.

2) Przy stosowaniu większej liczby wstrząsów i większej liczby godzin niedocukrzenia otrzymaliśmy bezwzględnie lepsze natychmiastowe wyniki. Nie obliczamy procentowości popraw, albowiem uważamy, że rozproszenie wyników może być przy zbyt małej liczbie przypadków zbyt duże.

3) Stwierdzamy, iż przy odpowiednim technicznym przygotowaniu i wystarczającej obsadzie lekarskiej przeciąganie godzin niedocukrzenia przynajmniej do przeciętnej 86 godzin nie przedstawia szczególnego niebezpieczeństwa dla chorych.

4) Wniosek nasz co do bezpośredniej skuteczności leczenia insulinowego nie jest identyczny z wnioskiem co do ogólnej skuteczności leczenia. Nie wiemy, jak będzie wyglądała procentowość popraw przy wielkich liczbach przypadków, nie wiemy, w jakim stopniu leczenie insulinowe jest leczeniem samego procesu, nie wiemy, czy i kiedy nastąpią nawroty. (Sakel oblicza liczbę nawrotów w przeciągu 2 lat na 7%). Nie wiemy wreszcie, czy leczenie insulinowe nie pozostawia szkód, które się dopiero później objawiają. Beznadziejność ciągłych procesów schizofrenicznych tworzy, wedle naszego zapatrywania, bezwzględne wskazanie do stosowania tego leczenia choćby dlatego, że daje ono znacznie lepsze natychmiastowe wyniki, aniżeli wszystkie dotychczasowe próby lecznicze, stosowane w schizofrenii.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Instytutu Anatomii Patologicznej Uniwersytetu w Brukseli
(Dyrektor: Prof. Dr med. A. P. Dustin).

Trucizny jądrowe, ich wpływ na ustrój i znaczenie w patologii.

Podał

Karol CHODKOWSKI (Warszawa).

(C. d. — patrz Nr. 2).

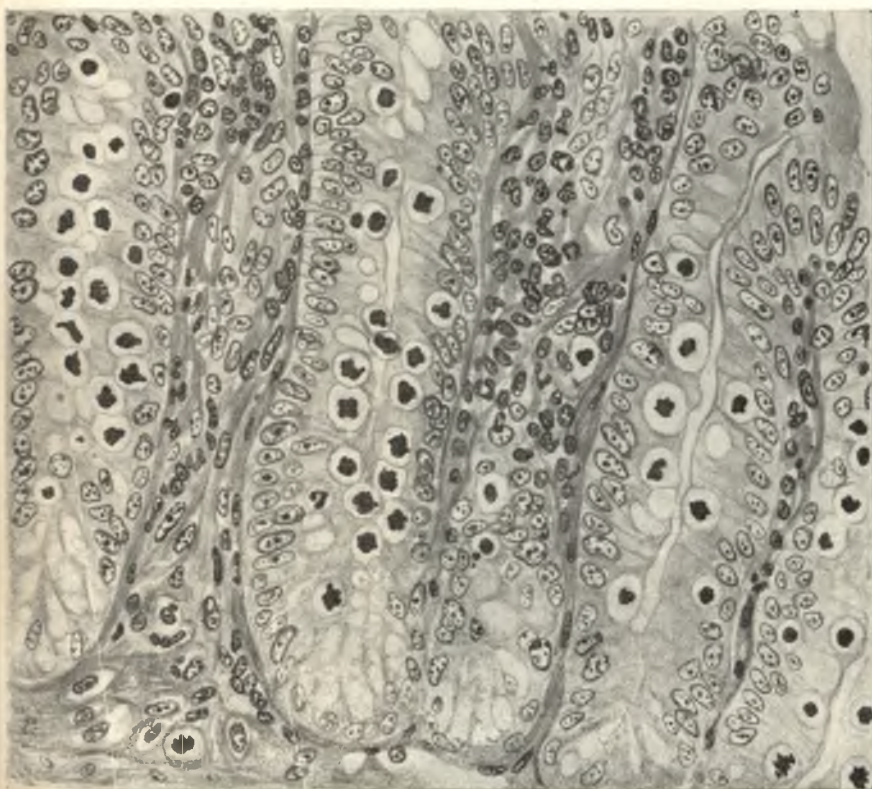
Ze spostrzeżeń klinicznych było wiadomo, że prze-

twory arsenu (arszenik) wywierają wpływ leczniczy na zmiany w niektórych cierpieniach układu krwiotwórczego (białaczki, mięsak limfatyczny, ziarnica złośliwa). Wätjen zauważył niszczące działanie tych przetworów na ośrodki rozmnażania tkanki limfatycznej. Nie zwrócił jednak uwagi na zachowanie się innych narządów, a zwłaszcza grasicy i jelita. Nie wyciągnął ze swych spostrzeżeń wniosków ogólnych. Badania Dus-



Ryc. 5.

Kora grasicy myszy w 9 godzin po wstrzyknięciu 30 mg kakodylatu sodu: nadzwyczaj liczne postaci podziału jąder (postaci kakodylatowe). (Ze zbiorów Instytutu Anat. Patol. Un. w Brukseli).



Ryc. 6.

Jelito cienkie myszy w 9 godzin po wstrzyknięciu 30 mg kakodylatu sodu: nadzwyczaj liczne postaci podziału jąder komórek nabłonka gruczołów Lieberkühna. (Ze zbiorów Instytutu Anat. Patol. Un. w Brukseli).

tina i Pitona dowiodły, że przetwory arsenu, a zwłaszcza kakodylaty, działają w sposób ciekawy i wyjątkowo silny na jądra komórek. Zjawiska histologiczne, spowodowane przez te przetwory, przebiegają w dwóch okresach.

Okres pierwszy trwa zwykle około 24 godzin. Obejmuje on krótkotrwałą, lecz silną falę podziału jąder (największe natężenie w 9 godzinie po wstrzyknięciu) z następczym gwałtownym i rozległym niszczeniem jąder przez zagęszczenie chromatyny (fala zagęszczenia jąder).

Okres drugi obejmuje nową falę podziału jąder. W jej przebiegu zdarzają się małe rzuty zagęszczenia chromatyny, nie osiągające jednak większego natężenia. Okres ten rozpoczyna się w drugim dniu po wstrzyknięciu i trwa najwyżej do 5 dni. Odpowiada on właściwej fali podziału jąder, opisananej przez Dustiną po zadziaaniu innych czynników.

Fala podziału jąder pierwszego okresu zjawia się prawie bezpośrednio po wstrzyknięciu przetworów arsenowych. Okres utajonego działania nie istnieje. Falę tę najwcześniej można wykryć w korze grasicy, gdzie jest wyjątkowo silna; poprzedza ona w tym narządzie zawsze falę zagęszczenia jąder. W tkance limfatycznej obie fale są skłonne do nakładania się. Fala podziału jąder jest również bardzo silna w nabłonku gruczołów Lieberkühna, zwłaszcza pod wpływem kakodylatów.

Fala zagęszczenia jąder jest najsilniejsza po przetworach arsenowych w ośrodkach rozmnażania tkanki limfatycznej. Zwłaszcza arsenik działa na nie wyjątkowo silnie, natomiast grasicca wcześniej oddziaływała falą podziału jąder. Kakodylaty silnie działają na dzielące się jądra komórek gruczołów Lieberkühna i pod tym względem zbliżają się do trypaflawiny. Arrhenal i atoksyl działają mniej niszcząco i mniej gwałtownie. Ich zdolność pobudzania podziału jąder jest znacznie słabsza, niż arseniku i kakodylatów. Jądra komórek, dzielących się w gruczołach płciowych (jądra), są mało wrażliwe na wpływ przetworów arsenu.

Badania Pitona i Rocmansa nad zachowaniem się grasicy i tkanki limfatycznej świnek morskich, poddanych działaniu arseniku, dały takie same wyniki, jak u myszy.

Należy tu jednak zaznaczyć, że postaci podziału pośredniego jąder, wywołane przez przetwory arsenu, głównie przez kakodylaty, nie były prawidłowe: powstawały wyjątkowo szybko, długo pozostawały w okresie metafazy. Chromozomy były zlepione i pokurczone, zawieszone w środku jasnej i obrzękłej zarodki, wrzecionko było niewidoczne (mitose cacodylique). Część tych postaci podziału komórki ulegała zwyrodnieniu i ginęła, inne po długim okresie metafazy kończyły swój cykl rozwojowy.

Zwrócono również uwagę na ciekawy alkaloid, powodujący u niektórych zwierząt zwiększenie liczby krwinek białych we krwi krążącej, a mianowicie — na kolchicynę. Okazało się (Dustin, Lits), że posiada ona w działaniu na komórki własności przetworów arsenowych, a zwłaszcza kakodylatów, lecz zaznaczone w daleko silniejszym stopniu. Kolchicyna, wstrzyknięta podskórną myszy w ilości 0,025 mg, powoduje wyjątkowo silną falę podziału jąder nie tylko w grasicy, gruczołach limfatycznych, kępkach Peyera i nabłonku gruczołów Lieberkühna, lecz tak-



Ryc. 7.

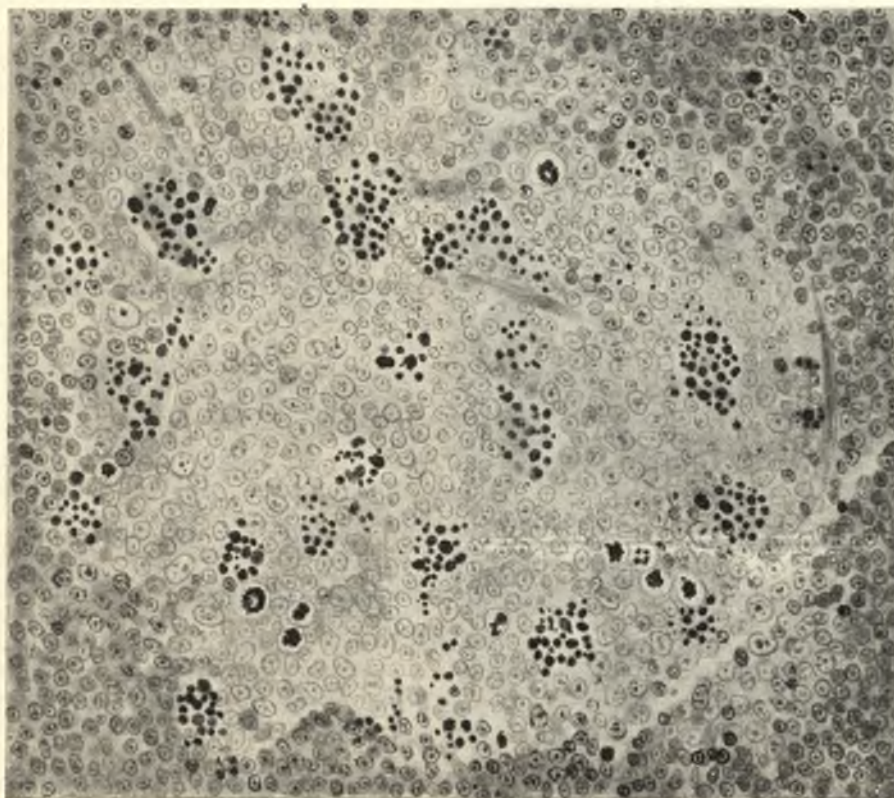
Jelito cienkie myszy w 3 godziny po wstrzyknięciu 50 mg kakodylatu sodu: liczne postaci podziału jąder komórek gruczołów Lieberkühna; chromozomy mają chromatynę zagęszczoną. (Ze zbiorów Instytutu Anat. Patol. Un. w Brukseli).

że w płucach, nerkach, warstwie korowej i rdzennej nadnerczy, wątrobie, trzustce, mięśniach gładkich przewodu pokarmowego, warstwie rozrodczej nabłonka skóry i włosów, warstwie ziarnistej otoczki pęcherzyka Graafa (Lits), komórek układu siateczkowo-śródbłonkowego, megakariocytów, a nawet komórek gruczołów płciowych męskich (Dustin). Największe natężenie tej fali przypada na 8—9 godzinę po wstrzyknięciu. Występuje ona prawie wszędzie, gdzie znajdują się komórki młode, zdolne do podziału. Ludford stwierdził również znaczne zwiększenie liczby postaci podziału komórek raka i nerki zarodkowej w hodowli, a także w niektórych narządach myszy (jelito, warstwa rozrodcza włosów) pod wpływem kolchicyny. Przypisuje on większe znaczenie zjawisku zatrzymania podziału komórek w okresie metafazy, zwłaszcza, jeżeli chodzi o tkanki w hodowli; nie wyłącza jednak możliwości pobudzania podziałów komórek przez ten alkaloid, podobnie jak przez kakodylat sodu.

Natomiast Dustin twierdzi, że kolchicyna, dzięki własnościom, pobudzającym podział komórek, jest doskonałym odczynnikiem, mogącym wyzwolić energię podziałową: każda bowiem komórka zdolna do podziału jest wrażliwa na kolchicynę i oddziaływa na nią w ciągu 8—9 godzin tworzeniem się postaci podziału pośredniego. Postaci te są takie same pod względem morfologicznym, jak po zadziałaniu kakodylatów (mitose cacodylique et colchycinique).

Kolchicyna zatem jest idealnym odczynnikiem do określania stanu przygotowania i zdolności komórek do podziału pośredniego czyli do oznaczenia „groźby podziału” (imminence cariocinétique). Stanu tego samo badanie histologiczne w chwili obecnej nie może jeszcze ujawniać.

Poza wyżej wymienionymi czynnikami istnieje jeszcze wiele innych, które wywołują falę zagęszczenia



Ryc. 8.

Gruczoł chłonny myszy w 7 godzin po wstrzyknięciu 0,115 mg arszeniku: nadzwyczaj silna fala zagęszczenia jąder limfocytów w ośrodku rozmnażania. Liczba postaci podziału komórek prawidłowa. (Ze zbiorów Instytutu Anat. Patol. Un. w Brukseli).



Ryc. 9.

Grasica myszy w 24 godziny po wstrzyknięciu 24 mg atoksylu: dość silna fala zagęszczenia jąder tymocytów kory. (Ze zbiorów Instytutu Anat. Patol. Un. w Brukseli).

i falę podziału jąder. Nie będę ich tu omawiał obszernie, przytoczę: alkohol (Jolly), erytrozynę (Jolly) benzol (Dustin), związki jodu, cynku, rtęci, bizmutu i złota (Zylberszac), talu (Baumann), kobaltu i niklu (Ickowicz), „collosol Lead“ (Albertini, Schinz), zawierający ołów i rtęć, arsilen (Ickowicz), riwanol (Mayer), moranyl (Mayer), wreszcie jady drobnoustrojowe: błoniczy (Dustin i Leroy), gronkowcowy i durowy (De Walsche), płonniczy (Bykowska).

Wszystkie te czynniki, które po wprowadzeniu do ustroju drogą pozajelitową (wstrzykiwania podskórne, dożylnie, dootrzewnowe, a nawet wcierki: Zylberszac — szara maść, Lits — kolchicina) wywołują zmiany jąder komórkowych, podobne do opisanych wyżej, Dustin nazwał „truciznami jądrowymi“^{*)} (poisons carioclasiques). Niewątpliwie nie można zupełnie wykluczyć szkodliwego działania tych trucizn na zaródź komórki. Jednak zmiany, wywołane w niej, są o wiele mniej uchwytnie i widoczne niż zmiany jąder. Dlatego też należy uznać nazwę tę za słuszną.

Pod względem działania na jądra komórek trucizny te można podzielić na dwie zasadnicze grupy:

1. Trucizny o działaniu trypafla-

^{*)} Nazwa ta obejmuje nie tylko trucizny w ścisłym znaczeniu, lecz także i jady drobnoustrojowe.

winy: należą tu wszystkie ciała chemiczne, których pierwszy wpływ na komórkę przejawia się zagęszczeniem chromatyny i zniszczeniem jądra, dopiero po pewnym okresie czasu zaczyna się podział komórek (fala zagęszczenia jąder — fala podziału); jest to olbrzymia większość trucizn jądrowych.

2. Trucizny o działaniu kolchicyny: należą tu przetwory arsenu, zwłaszcza kakodylaty i kolchicina; charakterystyczną cechą działania jest zdolność wywoływania podziału komórek zaraz bezpośrednio po wstrzyknięciu, potem następuje fala zagęszczenia jąder, następnie nowa fala podziału (fala podziału — fala zagęszczenia jąder — fala podziału).

Samo zjawisko histologiczne tak gwałtownego i szybkiego niszczenia jąder przez zagęszczenie chromatyny pod wpływem trucizn jądrowych Dustin nazwał „wstrząsem jądrogubnym“ (choc caryoclasique, crise caryoclasique).

Zjawisko to, jak to częściowo wynika z przytoczonych badań, charakteryzuje:

1. Gwałtowność zjawiania się i szybkość przebiegu: wstrząs rozpoczyna się $\frac{1}{2}$ do 2 godzin po wstrzyknięciu, po 24 godzinach zniszczenie jąder przez zagęszczenie jest prawie ukończone, i rozpoczyna się oczyszczanie terenu drogą pożerania resztek komórkowych przez makrofagi.

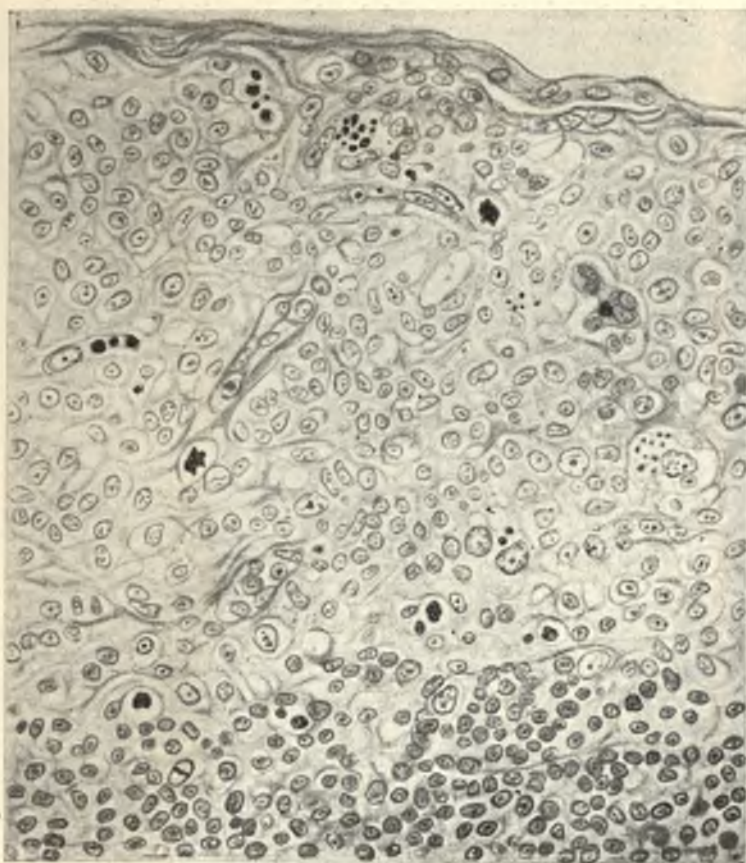
2. Wybiórczość do pewnych stanów skupienia chromatyny: najbardziej wrażliwe są jądra tymocytów i limfocytów, przedstawiające same przez się już pewien stan zagęszczenia chromatyny (stan przedpyknotyczny); równie wrażliwe są jądra w okresie podziału pośredniego, w których chromatyna jest podzielona i zagęszczona w chromozomach; chromatynę w tej szczególnej postaci, bardzo łatwo ulegającej działaniu trucizn jądrowych i promieni Roentgena i radu, Dustin nazwał chromatyną „przewrażliwioną“ (chromatine euclastique).

3. Istnienie różnej wrażliwości narządów na działanie poszczególnych grup, a nawet na działanie poszczególnych trucizn jednej i tej samej grupy; za przykład może tu służyć działanie przetworów arsenu.

4. Wybitne pokrewieństwo ze zmianami po naświetlaniu promieniami X i γ (radiomimetisme); cechę tę omówię obszerniej w rozdziale następnym.

Wreszcie należy tu wspomnieć o jednej jeszcze właściwości trucizn jądrowych. Jest nią „późny rzut“ podziału pośredniego komórek (poussée mitotique tardive). Zjawia się on dopiero na 4—5 lub 6 dzień, niekiedy nawet później po wstrząsie jądrogubnym. Rzecz ciekawa, że postaci podziału jąder zjawiają się nie w narządach, dotkniętych wstrząsem jądrogubnym, lecz w narządach nań niewrażliwych. De Walsche stwierdził liczne postaci podziału komórek wątrobnych po wstrzyknięciu jadu gronkowca, Dustin i Mayer — po trypaflawinie. Spostrzegano też późny podział komórek w innych narządach: warstwa korowa i rdzena nadnerczy (van Herswyngels), zraziki trzustki i kanaliki kręte nerki (Zylberszac), a nawet w ciałku żółtym po kolchicynie (Lits).

Wyjaśnienie tego zjawiska jest dość trudne. Nie można bowiem uważać go za objaw naprawy lub odradzania się, gdyż narządy te nie ulegają w przebiegu wstrząsu jądrogubnego żadnym zmianom uchwytnym



Ryc. 10.

Grasica myszy w 72 godziny po wstrzyknięciu 24 mg atoksylu: kora oczyszczona z jąder zagęszczonych (obraz grasicy odwróconej). (Ze zbiorów Instytutu Anat. Patol. Un. w Brukseli).



Ryc. 11.

Wątroba myszy w 161 godzin po wstrzyknięciu 1 ccm³ 1‰ trypaflawiny — podział komórek wątrobowych. (Ze zbiorów Instytutu Anat. Patol. Un. w Brukseli).

histologicznym. Dotyczy ono nie komórek ośrodków rozmnażania, lecz komórek dojrzałych, będących w pełni czynności. D u s t i n przypuszcza, że podział ten jest pośrednim następstwem wstrząsu. Prawdopodobnie dzięki wewnątrz-komórkowemu trawieniu chromatyny jądrowej powstają jakieś nieznane ciała, powodujące późny podział jąder.

(Dok. nast.).

Oceny książek.

Frieda RAUSCH. **Vegetarisch fuer alle.** (Z wstępem dietetycznym D-ra Med. S. Pressela. Monachium 1937. Str. IV+92. Nakładem Aertzliche Rundschau, Otto Gmelin).

Książka podaje w pierwszej części przepisy przyrządzania potraw jarskich dla ludzi zdrowych. Nie wszystkie one mogą być u nas zastosowane, gdyż niektóre z podanych jarzyn są u nas spotykane rzadko, bądź są drogie, jednak i u nas zwolennicy kuchni jarskiej znajdą dużo cennych przepisów wśród 269 recept kulinarnych. Część druga — żywienie chorych — poprzedzona jest wstępem pióra Dra Pressela. Znajdujemy tu dużo uwag słusznych, jednak nadmierny zachwyt nad dietą surówkową wzbudza pewne zastrzeżenia. Następnie omówione są: dieta oszczędzająca w schorzeniach żołądka, t. zw. wiosenna dieta oczyszczająca, diety owocowe, dieta dla rekonwalescentów. Na pochwałę zasługuje zupełne pominięcie wycieczek rzekomonaukowych przeciw diecie mieszanej mięsnej — pod tym względem książka stanowi chlubny wyjątek spośród jarskich podręczników kulinarnych, które z większym fanatyzmem, niż znajomością rzeczy, zwalczają spożywanie mięsa. Powstaje pytanie — skąd gospodynie niemieckie, dla których książka ta jest przede wszystkim przeznaczona, otrzymają tak duże ilości masła, śmietany i przypraw kolonialnych? Bo wątpić należy, czy wcale nie jarskie armaty, jako propagowana obecnie w Trzeciej Rzeszy namiastka masła, umożliwi przyrządzanie, sądząc z opisu, nader smacznych potraw. Ludwik Justman.

Richard GOLDHAHN. **Einrichtung und ordnungsgemäßer Betrieb der chirurgischen Krankenstation.** (Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1936. Cena 4 R.M. w oprawie z kartonu).

Praktyczne wskazówki, jak należy urządzić i prowadzić

stację (mały szpital), przeznaczoną dla nagłych przypadków chirurgicznych. Niewielka książka (128 str., 33 ryciny) składa się z następujących rozdziałów: o budowie i wyposażeniu stacji, obsługa (personel), organizacja pracy (podkreślona punktualność!), przyjmowanie chorych, zgoda na operację, masowe nieszczęśliwe wypadki, aseptyka i antyseptyka, opatrywanie chorych, walka z muchami, zastrzykiwania, wlewania soli fizjologicznej, przetaczanie krwi, opatrunki gipsowe, wyciągi, sprawa odżywiania, przygotowanie do operacji i leczenie następce, badanie i leczenie promieniami Roentgena, transportowanie chorych, przechowywanie przyrządów leczniczych, aparaty elektryczne, materiał do badania, historie chorób, zdjęcia fotograficzne. Jak widzimy ze spisu rzeczy, autor poruszył w treściwy sposób mnóstwo bardzo ważnych, bo praktycznych zagadnień, co czyni dziełko jego nadzwyczaj pożytecznym. Strona wydawnicza nie pozostawia nic do życzenia. J. R.

Walther KLUSSMANN. **Das Aerztebüchlein.** Eine Sammlung besinnlicher Worte für die Feierstunde des Arztes zugleich ein Ratgeber für die tägliche Praxis. Unter Mitbenutzung hinterlassener Aufzeichnungen Erwin Lieks. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Klare in Scheidegg. (Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1937).

Jest to zbiór aforyzmów i myśli wielkich i wybitnych lekarzy, zaczynając od Hippokratesa, a kończąc na Lieku. Ten ostatni opracowywał z autorem plan tej książeczki i miał być jej współautorem. Choroba, a w końcu i śmierć stanęła temu na przeszkodzie. Sam autor jest dentystą, bliższa jednak znajomość z wielu lekarzami, częste z nimi dysputy na tematy lekarskie i

rozczytywanie się w życiorysach, a między nimi i w autobiografiach lekarzy stały się zachętą do napisania książeczki, której lektura sprawi każdemu lekarzowi dużo przyjemności, a i nie mało przyniesie korzyści. Poza licznymi aforyzmami, dotyczącymi wiedzy lekarskiej, poza myślami, świadczącymi o głębokiej znajomości

mości duszy ludzkiej, znajdzie tu czytelnik wiele praktycznych rad życiowych. Niektóre z cytowanych aforyzmów, podpisane skromnie literą K., stanowią, jak łatwo się domyślić, inicjał nazwiska samego autora i godnie dopełniają mądre, sentencje znakomitych lekarzy i filozofów. Z. Srebrny.

Wskazówki praktyczne.

W przypadkach *posalvarsanowego zapalenia skóry*, w których leczenie odczulające za pomocą małych ilości neosalvarsanu (0,0002 do 0,0015) doskórnie i dożylnie nie pomagało, stosował Schüssler *Neosalvarsan w kombinacji z Decholinem* z tak wybitnie dobrym skutkiem, że już po kilku tygodniach 0,15 neosalvarsanu było dobrze znoszone, a następnie leczenie mogło być doprowadzane do końca dawkami 0,30 neosalvarsanu. (Fortschr. Ther. 1936 Z. 9).

—o—

Nagel poleca leczenie zamartwicy noworodków *Coraminą*. W przypadkach asfiksji białej zastrzykuje 1 cm³

coraminy do żyły pępowinowej, w przypadkach asfiksji simi-cowej takąż dawkę śródmięśniowo. — Stany śpiączkowe dziecka, jako następstwo uspienia pernoctonowego, dają się zwalczyć również coraminą, zastrzykniętą domięśniowo. (Ztbl. Gyn. 1936 Nr. 41).

—o—

C. H. Barnacle leczył z powodzeniem 13 przypadków *pląsawicy* częściowo z zapaleniem wsierdza za pomocą *gorączki sztucznej*. Wszystkie przypadki w krótkim czasie uległy wyleczeniu. (Journ. Am. Med. Assoc. 1936 Nr. 24).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie.

IX posiedzenie w dniu 27.IV 1936 r.

Przewodniczący: Prof. Dr I. Abramowicz.

Obecnych 35 osób, w tym członków 18, gości 17.

I. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia.

II. Pokazy chorych.

Dr J. Świtek demonstruje chorego z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. ze zmianami ropnymi w piramidzie kości skroniowej.

Chory K. B. lat 39 przybył do kliniki w dniu 15.II. br. W wywiadzie podaje, że przed czterema tygodniami zatkało mu prawe ucho, a od 2-tych tygodni trwa wyciek z tego ucha. Od tygodnia ma b. silne bóle prawej połowy głowy. W zakresie narządów wewnętrznych i układu nerwowego zmian nie stwierdzono. Za prawą małżowiną uszną liczne czyraki. Prawy przewód zewn. obrzmiały. Błona bębnowa wypukłona, zaczerwieniona; z przodu i u dołu perforacja, przez którą wypływa obficie ropa. Wyrostek sutkowy bolesny. Gruczoły około uszne macalne, bolesne. Znaczne osłabienie słuchu po stronie prawej (szep 10 cm). Ucho lewe poza wciągnięciem błony bębnowej zmian nie wykazywało. W pierwszych dniach pobytu w klinice wystąpiły u chorego b. silne bóle w szczycie głowy. Podawanie środków uśmierzających na bóle zupełnie nie wpływało. Roentgen wykazał zaciemnienie i zatarcie budowy kostnej prawego wyrostka sutkowego. Dokonano zabiegu operacyjnego, w czasie którego stwierdzono, że kość była miękka, i zmiany chorobowe szły w kierunku wyrostka jarzmowego i szczytu wyrostka sutkowego. Obnażona zatoka i opona zmian nie wykazały. Po operacji nadal utrzymywały się silne bóle głowy na szczycie po stronie prawej. Na 6-ty dzień wystąpiły wymioty, na 9-ty bolesność uciskowa okolicy nad- i podczołowej prawej. Stwierdzono żywsze odruchy na kończynach górnych po stronie lewej; dodatni objaw Babinskiego o po stronie lewej; w płynie mózgowo-rdzeniowym pleocytoza 60, białka 0,35‰. Badanie okulistyczne zmian na dnie oka nie wykazało. Powtórny Roentgen wykazał rozległe odpapnienie w szczycie piramidy i w środkowej jej części w okolicy wyniosłości łukowatej. Dokonano powtórnego zabiegu operacyjnego, t. zw. operacji epitympanalnej: po odsłonięciu na dużej przestrzeni opony środkowego i tylnego dołu czaszkowego — przeszkadzano okolicy szczytu piramidy, jednak tam ogniska ropnego nie znaleziono. Odnaleziono je natomiast w okolicy wyniosłości łukowatej; założono dren gumowy, który pozostał w ranie przez 2 tygodnie. Po operacji wystąpiło nasilenie objawów ze strony środkowego dołu czaszkowego. Objawy: Kerniga i Babińskiego dodatnie po stronie lewej, ból w stawie żuchwowym. Zmian na dnie oczu nie stwierdzono, natomiast w 3 dni później wystąpiło zatarcie granic tarczy nerwu wzrokowego. Do objawów uprzednich dołączyło się rozszerzenie prawej żrenicy, porażenie prawego nerwu twarzowego i znieśnienie odruchów skórných brzusznych po stronie prawej. Na 5 i 6-ty dzień stan chorego był b. ciężki, utrata przytomności; przez cały czas trwały b. silne bóle głowy i częste wymioty. Stosowano inj. Natr. chlor. 10%, Hemithysal, Propidon, lód na głowę oraz codziennie nakładzie leżdziwowe. Z rany i przez dren zaczęła wydzielać się obfita ropna wydzielina. Objawy nerwowe przybrały zmienne natężenie, powoli zaczęły jednak one ustępować. Bóle głowy silne, szczególnie wieczorami, zaczęły

tracić na natężeniu. Samopoczucie chorego zaczęło się poprawiać, i po 4-tych tygodniach od powtórnej operacji chory wypisał się w stanie zupełnie dobrym.

Z danych badania, bólów neuralgicznych n. trójdzielnego, objawów zadrażnienia środkowego dołu czaszkowego oraz bardzo rozległego procesu w kości skroniowej — przypuszczano próchnicę szczytu piramidy kości skroniowej. Roentgen potwierdził to rozpoznanie, wykazując ogniska rozmiękczenia u szczytu i w okolicy wyniosłości łukowatej. Przypadki ropni kostnych szczytu piramidy zaliczane są do przypadków rzadkich. W zespole objawów brakowało porażenia n. odwodzącego, co zmusiło do poszukiwań ogniska przede wszystkim u szczytu piramidy.

Dr B. Pruzaniński demonstruje z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. *przypadek włókniaka jamy nosowo-gardłowej u 60-letniego mężczyzny*.

B. K. lat 60, z zawodu szewc, w marcu br. zgłosił się do kliniki Otolaryngologicznej z tym, że od kilku lat odczuwa nasilającą się stopniowo trudność oddychania nosem, a od kilku miesięcy czuje w gardle jakieś obce ciało, które mu przeszkadza przy polykaniu. Przy badaniu stwierdzono stan odżywiania znacznie upośledzony, narządy wewnętrzne bez zmian patologicznych. Mowa chorego zamazana, belkocząca, o charakterze mowy nosowej zamkniętej. Jamę nosowo-gardłową wypełniał guz wielkości pomarańczy, składający się z kilku płatów, o powierzchni gładkiej, lśniącej. Guz wypukłał silnie całe podniebienie miękkie w kierunku jamy ustnej i zwisał częściowo do cięśni gardła. Przy badaniu palcem guz dawał się obejść od strony podniebienia i tylnej ściany gardła, przy czym stwierdzono przyczep jego w okolicy prawego otworu nosowego. Dokonano próbnego wycięcia kawałka ze zwisającej do gardła części guza, który poddano badaniu histologicznemu. Badanie to wykazało, że pokrywę guza stanowi nabłonek wielowarstwowy płaski, leżący na błonie podstawowej, którą ściśle odgranicza wszędzie nabłonek od warstw podnabłonkowych; na miąższ guza składa się zbita tkanka łączna, której włókna układają się w dość grube pęczki, przebiegające w najrozmaitszych kierunkach; między pęczkami rozrzucone są pojedyncze fibroblasty miejscami tworzące większe skupienia, w których widoczne są również komórki okrągłe o pęcherzykowatym jądrze. Zgodnie z powyższym obrazem histologicznym rozpoznano włókniak. Badanie krwi na obecność Wassermann'a dało wynik ujemny. Chorego w znieczuleniu miejscowym poddano operacji i kleszczami Jurasza usunięto guz w całości razem z jego przyczepem. Wobec krwawienia rurką Belloc'a założono do jamy nosowo-gardłowej tampon, który pozostawiono na 24 godziny. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Rozmiary wyluszczonego guza są imponujące, waga jego wynosi 60 gramów.

Należy podkreślić ogromną rzadkość występowania włókniaków jamy nosowo-gardłowej w wieku starszym wogóle i u starszych mężczyzn w szczególności. Z piśmiennictwa zebrałem zaledwie 13 przypadków włókniaków jamy nosowo-gardłowej w wieku od 40—70 lat, w tym tylko 1 przypadek, opisany przez Grossa, dotyczył mężczyzny 53-letniego.

Dyskusja Prof. Dr T. Wasowski do przypadku Dr. J. Świtka.

Przypadek demonstrowany przez Dr Świtka nale-

zy do bardzo rzadkich: statystyka Arnoldsona obejmuje 9 podobnych przypadków, a w klinice Wileńskiej jest to pierwszy.

Zapalenie ropne w szczycie piramidy daje symptomokompleks Gradenigo, a mianowicie: ropne zapalenie ucha środkowego, zajęcie nerwu trójdzielnego oraz porażenie nerwu odwodzącego; — tego ostatniego objawu w demonstrowanym przypadku nie było.

Zakazenie piramidy idzie wzdłuż trąbek. U dzieci sprawa mija często bez otwarcia ropnia.

Istnieją następujące drogi poszukiwania ropnia:

1) Francuska (Kamadier) przez jamę bębenkową i dookoła trąbek w kierunku tętnicy szyjnej zewnętrznej.

2) Szwedzka (Anderson) przez łuskę kości skroniowej do dołu środkowego czaszki.

3) Droga obrona w demonstrowanym przypadku wzdłuż górnej ściany piramidy, a po tym ku tyłowi, gdzie znaleziono ropień.

Do przypadku D-ra Prużańskiego. O ile podobne włókniaki zdarzają się wśród młodzieży często, o tyle w wieku starszym i to u mężczyzn są wyjątkowo rzadkie.

Włókniaki starcze nie są w przeciwieństwie do młodzieńczych krwotoczne. W przypadku demonstrowanym nawet nie podwiązywano tętnicy szyjnej zewnętrznej.

Prof. Dr T. Wąsowski przedstawia chorobę N. D. 53 lat po operacji otwarcia ropnia mózgu. W styczniu br. chora przeżyła anginę, powikłaną ropnym zapaleniem ucha środkowego lewego, zagonionym po 5 tygodniach. Odtąd skarżyła się na stałe bóle głowy po stronie lewej i w sąsiedztwie ucha. Zaburzenia mowy, które wystąpiły podczas zapalenia ucha, polegające na zrym wianiu słów, pogorszyły się przed 2 tygodniami tak, iż, nie można było mowy zrozumieć. Przed 5 dniami powstała sennosc, a przed 3-ma porażenie prawych kończyn i brak mowy. Chora skierowana została do kliniki psychiatrycznej jako umysłowo chora. Dotychczas chorowała na astmę, dnę i cukrzycę. Pacjentka nieprzytomna T^o 36,4, tętno 60—64 miarowe, silnie napięte. Ciśnienie krwi 180/90. Bezład prawych kończyn. Objaw Kerniga ujemny; żrenice szerokie, równe, żywo oddziałują na światło. Dno oczu bez zmian. Z punkcji lumbalnej płyn wypływa lekkim strumieniem. Nonne-Apelt natychmiast silnie dodatni. Pandy silnie dodatni. Pleocytoza 25. Białka 0,99%. Cukier we krwi 199 mgr. Meinike we krwi 48 mgr. W moczu ślad białka, aceton nieobecny, leukocytoza 16000. Przy badaniu ucha lewego stwierdza się bolesność wyrostka sutkowego oraz błonę bębenkową szaro-różową, zgrubiałą, matową. Wykonano antrotomię: corticalis cienka, wyrostek o charakterze diploetycznym z komórkami na szczycie wypełnionymi ziarniną i ropą. Zatoka przodowa, obnażona, wygląda zdrowo. Antrum nieduże z ziarniną. Obnażono oponę środkowego dołu czaszki 2X5 cm. Opona nie tętni, przekrwiona. Punktacja w kierunku przedniego płata skroniowego bez wyniku, natomiast punkcja w kierunku nad antrum dała gęstą białą ropę na głębokości 2½ cm, (z ropy wyhodowano paciorkowca hemolitycznego). Oponę rozcięto krzyżowo, dren gumowy, rany nie zaszycano. Chora, która przed operacją nie odpowiadała na pytania, po zabiegu rozumie mowę ludzką. Bezpośrednio po zabiegu i w dniach następnych zastrzykiwania insuliny (30 jednostek dziennie) z cukrem gronowym. W nocy po zabiegu chora niespokojna, usiłuje zerwać opatrunek. W dniach następnych chwilami wraca do przytomności. Badanie okulistyczne stwierdza tarczę zastoinową obu oczu, większą po stronie lewej. Chora nie poznaje krewnych, wymawia niezrozumiałe zdania. Na 6 dzień po zabiegu usunięto powierzchowne sączki, rana sucha, blada. Na 7-my dzień po zabiegu chora odzyskała całkowitą przytomność, poznała córkę, płacze, ubolewając nad swym stanem, podnosi prawą rękę dość żywo, rusza prawą nogą. W dniu następnym dostaje ataku furii, zrywając opatrunek wraz z drenem, stając się agresywną względem otoczenia. Atak trwa ½ godziny. Podczas opatrunku w dniu po napadzie stwierdzono kieszeń w tylnej części ropnia z obfitą wydzieliną ropną, stwierdzono również zastoinę w przedniej jego części z surowiczokrwawą wydzieliną. Chora apatyczna przed opatrunkiem — rozmawia w czasie jego trwania, ale bez sensu. Ponowne badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: płyn barwy różowej. Nonne-Apelt natychmiast słabo dodatni. Białka 0,72% w I porcji, 0,6% w II porcji, pleocytoza I—8, II—6; 3—4 erytrocyty w małym kwadracie I, 3—2 w II. W moczu 1% cukru, we krwi 218 mgr. Leukocytoza 12400, wyraźne przesunięcie obrazu krwi na lewo. Napad furii powtarza się po 2-ch dniach — chora usiłuje opuścić salę, uspakaja się po morfinie — stan rany lepszy, dren skrócono. W dniu następnym logorrhoea, śmiech naprzemian z płaczem. T^o normalna, tętno do 70 na minutę, miarowe. Podczas opa-

trunku stwierdza się ponownie zastoinę ropy w dole poniżej pierwotnego ropnia. Kopę, wypływającą pod ciśnieniem, usunięto. Nazajutrz chora apatyczna, nie nie je, moc i stolec oddaje pod siebie; podczas opatrunku — obrzmienie tkanki mózgowej, w ropniu i zachyłku przednim nieobita wydzieliną ropną. W 4 dni później chora naogół apatyczna, lecz chwilami odzyskuje przytomność, poznaje wtedy krewnych. W dniu następnym przytomność wyraźniejsza, zdaje sobie sprawę, gdzie się znajduje, przypomina dokładnie poprzedzające chorobę wypadki. Stan rany znacznie lepszy, zastoiny ropy brak, ropień robi wrażenie pojedynczego. Cukru w moczu 0,3%, po czym znika z moczu zupełnie; chora przypomina sobie, kiedy dostała pierwszego zawrotu głowy, oraz, że przed zaburzeniami mowy nie mogła czytać z powodu złego widzenia. Stan ropnia i rany zadawalający. Na 26 dzień po zabiegu po raz pierwszy zaczęła czytać, dren gumowy w znacznej części wyparty z ropnia, rana obficie ziarni. W tym też dniu po raz pierwszy zaczęła pisać. W następnych dniach i w chwili obecnej chora zupełnie przytomna, je dobrze, sen przerywany wskutek bólów głowy bez specjalnego umiejscowienia. Spaceruje w dzień; stan ropnia i rany coraz lepszy — jama ropnia kurczy się coraz więcej, w moczu cukru brak, łaknienie dobre.

Prof. Dr T. Wąsowski przedstawia chorobę W. S. lat 12 po operacji otwarcia ropnia mózgu. Obustronne przewlekłe ropienie ucha środkow. W uchu lewym perlak. Od kilku dni skarży się na bóle głowy, na wymioty. Badanie 23.II.36 stwierdza perlak lewego ucha, bolesność wyrostka sutkowego lewego na ucisk, szept — *ad concham*, dolna gran. słuchu C⁴, górna C⁴. Rinne ujemny, Weber — wprawo, Sch w a b a c h — przedłużony. Oczopląsu samoistnego brak, objawów błędnikowych i mózdkowych brak. Następnego dnia wymioty. Stwierdzono sztywność karku, objaw Kerniga, Oppenheim'a, Babińskiego obustronnie. Tarczy zastoinowej nie stwierdzono. Płyn mózgowo-rdzeni.: pleocytoza 80, białka 0,33%, Pandy norma, Appelt I, II, III dodatni, 24.II. Operacja radykalna, podczas której znaleziono ropień mózgu w przednim odcinku. Zdręnowano go na przodzie od zatoki esowatej. Po operacji wystąpił oczopląs, objawy mózgowe nasiliły się nieco. — 27.II. Zmiana drenu. Obfity wyciek ropny z jamy ropnia. Dren założono. Opatrunek co drugi dzień, dren pozostał bez zmian do 24.III, t. j. prawie miesiąc. Po dwumiesięcznym pobycie w klinice chorą wypisano dla ambul. leczenia. Stan dobry. W przypadku tym zaskutkuje na podkreślenie faktu istnienia dużego ropnia w mózgu, który nie dawał żadnych objawów ogniskowych, natomiast wyraźne objawy ze strony opon. W sprawie leczenia przypadek ten, jak również przypadek demonstrowany ropnia mózgu i przypadek ropnego zapalenia szczty piramidy wyraźnie stwierdza pożyteczność jaknajradszych zmian drenu, przez co zmniejsza się do minimum niebezpieczeństwo zapalenia mózgu.

Dyskusja. Dr Cz. Czarnowski przypomina demonstrowany przez siebie w T-wie Lekarskim w 1924 roku przypadek, gdzie chory przyjechał z rozpoznaniem zawrotu kiszki, a okazał się ropień mózgu. — Operacja wypadła pomyślnie, ale w miesiąc po niej z powodu nawrotu wykonano operację ponownie; po 3—4 miesiącach powstał znowu nawrót i w związku z tym trzecia operacja. — Dopiero po 11 miesiącach pobytu w Szpitalu chory został wypisany i dotychczas jest zdrow.

Inny przypadek z Kliniki prof. Wojaczka w Petersburgu dotyczył dziewczynki 8-letniej po operacji ropnia mózgu. Po roku pozornego zdrowia dziewczynka ta na zabawie skoczyła z krzeselka i padła martwa. Sekcja wykazała pęknięcie ropnia do IV. komory.

Opierając się na tych przykładach, trudno jeszcze powiedzieć, że obecne przypadki są wyleczone.

Co do trudności znalezienia miejsca ropnia, dowodzi przypadek własny ropnia lewego płata skroniowego, którego podczas operacji nie znaleziono. Ponieważ przypadek zakończył się śmiercią, na sekcji wykryto ropień przedponowy bardzo ograniczony, tylko uciskający okolice płata skroniowego mózgu.

Referaty:

Prof. Dr I. Abramowicz. Ciśnienie krwi w tętnicy siatkówkowej w schorzeniach ogólnych ustroju. (przeznacz. do druku).

Dr N. Wołkowyski: O wartości stosowania sedaliganu w cierpieniach otolaryngologicznych.

Na wstępie prelegent podkreśla znaczenie leczenia objawowego, zwłaszcza uśmierzania bólów. Następnie omawia skład i działanie leków przeciwbólowych, podaje obserwacje, dotyczące 58 chorych, którym podawano Sedalgen. Pod wzglę-

dem efektu leczniczego obserwowane przypadki zostały podzielone na 3 grupy: 1) z bardzo dobrym efektem — 41 przypadków, 2) z dobrym — 15 przypadków i 3) bez efektu — 2 przypadki. W zestawieniu prelegent dochodzi do wniosku, że stosowanie Sedalganu daje pożądaną skuteczną postać zmniejszenia lub uśmierzania bólów oraz uspokojenie chorego, nie wywołując przy tym przyzwyczajenia do leku przy dłuższym jego stosowaniu. (Całość przeznaczona do druku).

Dyskusja. Prof. Dr T. Wąsowski. — Ponieważ mamy niewiele środków, wyrabianych w kraju, a i te nieraz są wypierane przez środki zagraniczne, należy o krajowych środkach zawsze wyrokiem przez duże instytucje lecznicze, i bezwzględnie popierać je, jeżeli są dobre.

(—) St. Markiewicz (—) I. Abramowicz
Sekretarz: V-Prezes:

X posiedzenie naukowe z dnia 18 maja 1936 r.

Posiedzenie otworzył V-Prezes Towarzystwa Prof. Dr I. Abramowicz, wiadomością o zgonie w dniu 17.V. rb. Prezesa Twa Prof. Dra Wacława Jasińskiego. Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie, po czym przewodniczący, na znak żałoby, posiedzenie zamknął.

(—) Dr S. Markiewicz

Sekretarz.

(—) Prof. Dr I. Abramowicz
V-Prezes.

Posiedzenie żałobne z dnia 25 maja 1936 poświęcone pamięci zmarłego Prezesa Twa ś. p. Prof. D-ra Wacława Jasińskiego.

Posiedzenie otworzył W-Prezes Prof. Dr Ignacy Abramowicz, po czym przemawiali kolejno:

1) w imieniu Rady Wydziału Lekarskiego U. S. B. Dziekan Prof. Dr K. Michejda;

2) w imieniu Wil. Tow. Lekarskiego Prof. Dr A. Saffarewicz;

3) w imieniu Wil. Oddziału Polskiego Twa Pediatrycznego Dr. L. Łukowski;

4) w imieniu współpracowników Kliniki Chorób Dzie-

cięcych USB. Doc. Dr H. Marynowska i Dr J. Zienkiewicz;

oraz 5) w imieniu Żydowskich Towarzystw „Miszmeres Chojlim” i „Toz” — Dr J. Fejgenberg.

(—) Dr St. Markiewicz

Sekretarz.

(—) Prof. Dr I. Abramowicz
V-Prezes.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Kolegium Lekarskiego z dnia 18 listopada 1935 r. (Wien. med. Wsch. Nr. 41/1936) N. Jagić pokazywał przypadek przewlekłego zatrucia benzolem. Pokazywany chory jest lakiernikiem fabrycznym i został przyjęty do kliniki z powodu leukopenii (4500 białych ciałek). Chory stale wdycha podczas swej pracy pary benzolu, w którym rozpuszcza się lakier. W następstwie powstającego w ten sposób zatrucia benzolem mogą się wytwarzać również obrazy skazy krwotocznej i aleukii. W przewlekłym zatruciu benzolem (robotnicy w fabrykach wyrobów gumowych) cierpią chorzy również na bóle głowy i utratę łaknienia. U wszystkich osób, które się stykają zawodowo z benzolem, należy wykonywać okresowo badanie krwi. Jeżeli liczba białych ciałek krwi spada poniżej 5000, wskazane jest przerwanie pracy zawodowej; dotyczy to 7—8% tych robotników. W razie istnienia aleukii rokowanie jest niepomyślne. Najlepszą metodą leczniczą stanowi przeczyszczenie krwi. Celem zapobiegania zatruciu benzolem niezbędne jest dobre przewietrzanie budynków roboczych i noszenie masek przez robotników.

Na posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy Styryjskich w Gracu z dnia 13 grudnia 1935 r. (Wien. med. Wsch. Nr. 41/1936) Mossboeck pokazywał przypadek zapalenia ucha środkowego, wywołanego przez paciorkowca śluzowego, z ropniem zatoki, który przebiegał bez septycznej gorączki. Podczas operacji okazało się, że zatoka była przysrodnikowo i obwodowo oddzielona od ropnia za pomocą zorganizowanych mas zakrzepowych, zamkniętych ściśle ropień; dzięki temu proces chorobowy został umiejscowiony, a jednocześnie unieszkodliwiony.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Rozsiedlenie lekarzy w Polsce¹⁾

Podał

Marcin KACPRZAK (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 2).

Po zaznajomieniu się z liczbą lekarzy i ich rozmieszczeniem na terenie kraju, spróbujmy odpowiedzieć na pytanie, czy lekarzy wogóle mamy dość i czy istniejące siły lekarskie nie mogłyby być lepiej wykorzystane niż obecnie. Zagadnienie to powinno być rozpatrywane z dwóch stron: a) czy dana liczba jest wystarczająca dla zaspokojenia potrzeb ludności, b) czy ludność jest w stanie utrzymać tę liczbę lekarzy.

Na pierwsze pytanie można na podstawie przytoczonych liczb i obserwacji odpowiedzieć bez najmniejszego wahania: nadmiaru lekarzy nie mamy, a jeżeli chodzi o zaspokojenie potrzeb, to przeważająca część naszej ludności, głównie wiejskiej, nie ma należytej opieki lekarskiej, bo lekarz jest kosztowny lub tak daleko mieszka, że o wykorzystaniu jego pomocy nie ma mowy. W miastach sytuacja przedstawia się o wiele lepiej i tu ludzi zostawionych zupełnie bez pomocy lekarskiej jest nie wiele, nawet wśród najuboższych, nie zarabiających może na utrzymanie.

Ze nie mamy ogólnie biorąc zbyt wiele lekarzy potwierdzają wszelkie porównania z zagranicą, wszelkie normy. Jeżeli za podstawę przyjmą, że na jednego lekarza powinno przypadać najwyżej 2.000 mieszkańców, jesteśmy jeszcze od tej liczby bardzo dalecy. Dodam, że na międzynarodowej konferencji higieny wsi

w roku 1931 w Genewie uznano za pożądaną, żeby ten stosunek 1:2.000 był traktowany jako norma i dla stosunków wiejskich. Od tego ideału jesteśmy niezmierznie odlegli już nie tylko na Kresach Wschodnich, lecz i w samym centrum Polski, niekiedy i na zachodzie. Skoro o nadmiarze lekarzy nie ma mowy, to i wszelkie dyskusje na temat *numerus clausus*, co bezpośrednio lub pośrednio wprowadzone jest w wielu krajach, są tymczasem przedwczesne. Dodam, że z punktu widzenia obrony kraju, mając na względzie charakter przyszłej wojny i możliwości epidemii, zapotrzebowanie na lekarzy może być o wiele przekraczające nasze możliwości.

Bardzo niepomyślnie wygląda rozsiedlenie lekarzy na terenie kraju. Nadmiaru lekarzy nie ma, ale istnieją olbrzymie połacie kraju prawie bez lekarzy, poza tym na całym terenie rozsiedlenie jest nierównomierne. Im mniejsze osiedle, im rzadsze zaludnienie danego okręgu, tym mniej stosunkowo lekarzy. Trzeba jednak już na wstępie dodać, że problem podziału lekarzy między wieś i miasto nie jest całkowicie pomyślnie rozwiązywany prawie nigdzie. I kraje zamożne, kulturalne skarżą się na nadmiar lekarzy w miastach, a jednocześnie na brak na wsi. Skarg na ten temat pełne są pisma lekarskie zagraniczne.

Oto przykłady zapożyczone ze wspomnianej już wyżej pracy Burneta. We Francji w departamencie Sekwany jest jeden tylko lekarz na 837 mieszkańców, na wybrzeżu Morza Śródziemnego już tylko na 1.000—1.500, w Alpach, Pireneach i na centralnym płaskowzgórzu 1:2.500 — 3.000, w Morbihan (Bretania) 1:3.600. Wszędzie jest ta krzycząca różnica między miastem, a niekiedy bardzo blisko położoną wsią: w

¹⁾ Praca ta w skróceniu była ogłoszona w kwartalniku „Praca i Opieka Społeczna” Nr. 3, Rok 1936.

mieście Montpellier jest jeden lekarz na 500 obywateli, ale w departamencie Montpellier są okolice zupełnie bez lekarzy. Na Węgrzech z ogólnej liczby 9.000 lekarzy z górą 3.000 mieszka w Budapeszcie, a na 3409 gmin 2.542 nie posiada dotąd lekarzy. W Niemczech ubezpieczenia wprowadziły ostatnio jednego lekarza na 600 ubezpieczonych zamiast na 1.000, jak było dawniej, ale są okolice, gdzie jest jeden lekarz na 1200—2000 mieszkańców i więcej. W Prusach Wschodnich i w Bułgarii podobno są osadzani lekarze z urzędu przymusowo. Szeroko jest stosowany przymus i w Związku Sowieckim, gdzie w szeregu miast wypada 17,6 lekarzy na 10.000 mieszkańców, ale na wsiach 0,98. Nierównomierne bardzo jest również rozmieszczenie lekarzy w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Szczególną uwagę warto zwrócić na Rosję, z racji ustroju społecznego specjalną opieką otaczającego ludność włościańską, ze względu na łatwość stosowania przymusu, wreszcie nie dawne tradycje ziemskie i w związku z tym osiedlanie lekarzy na wsi. Według danych, ogłoszonych w październiku 1936 roku *), w roku 1935 z ogólnej liczby lekarzy 86,3% (mowa o ZSSR) pracowało w miastach, liczących 21,1% ludności, a tylko 13,7% na wsiach, obejmujących pozostałe 72,9% ogółu mieszkańców. Jeżeli wydzielić 35 największych miast, będących ośrodkami administracyjnymi, znajdziemy w nich 54,4% lekarzy, choć liczą one tylko 10,8% ludności, pozostałe miasta, liczące 16,3% ludności, mają 31,9% lekarzy. W 35 wydzielonych miastach na lekarza przypada 464 mieszkańców, w pozostałych miastach — 1.164, na wsiach — 12.396. W dodatku na wsiach przeważa element młody.

Nie tworzymy więc wyjątku, tylko u nas sytuacja przedstawia się gorzej, niż w większości ze wspomnianych dopiero co krajów. Naturalnie, stwierdzenie, że tak jest gdzieś indziej, bynajmniej nie usprawiedliwia istniejącego stanu rzeczy, a tym mniej nie znaczy, że nie należy szukać wyjścia. Nie jest również pociechą, że podobnie rzecz ma się wogóle z inteligencją na wsi, nie tylko z lekarzami.

Nie mając nadmiaru lekarzy moglibyśmy jednak i powinniśmy próbować tych, co są, najlepiej rozmieścić. Sądzę, że teoretycznie biorąc nie ma nadmiaru lekarzy i w miastach. Gdyby finansowa sytuacja miast była lepsza, gdyby działalność zapobiegawcza była więcej rozwinięta, a ludność zamożniejsza, obecny nadmiar byłby zaledwie może wystarczający. Ale o takim idealnym rozwiązaniu dziś jeszcze nie może być mowy. Trzeba więc zmierzać do przesiedlenia części lekarzy, obecnie osiadłych w większych miastach na prowincję do małych miasteczek, osad i wsi, a jednocześnie trzeba po odpowiednim przygotowaniu osadzać w tych miejscowościach lekarzy młodych, kończących uniwersytety. Nietylko Kresy Wschodnie, lecz i cały szereg miejscowości w centrum Polski, lekarzy nie ma i przenikanie pomocy lekarskiej jest tu bardzo powolne. Z góry jednak dodaję, że przesiedlanie napotka trudności prawie nieprzewidywalne, należy raczej myśleć o osiedlaniu młodych, niż przesiedlaniu starszych.

Tu należałoby odpowiedzieć na drugie pytanie postawione wyżej, a mianowicie, czy ludność w tych biednych pod względem lekarzy okolicach jest w stanie utrzymać lekarza. Jest to pierwszy warunek, którego nie można pominąć milczeniem, bo istnieje jeszcze drugi również bardzo ważny — lekarz może nie chcieć sie-

dzieć nawet stosunkowo nieźle opłacany w okolicy, w której warunki bytowania nie odpowiadają jego wymaganiom. Dokładnie na to pytanie odpowiedzieć jest trudno. Prawdopodobnie są miejscowości, gdzie ludność, nauczysz się korzystania z pomocy lekarskiej, byłaby w stanie utrzymać lekarza już dziś, że przy racjonalnym rozmieszczeniu lekarzy większość miejscowości, czy okręgów, finansowo mogłaby być samowystarczalna, ale dopiero po pewnym czasie. Początkowo, przez parę lat, w wyjątkowych okolicznościach, przez lat kilka, a nawet kilkanaście, konieczne będzie podtrzymywanie lekarzy sztuczne, dopóki się nie wytworzy naturalna samowystarczalność.

Nieliczne, najbiedniejsze, rzadko zaludnione okręgi same lekarza nie utrzymają. Bez stałej pomocy z zewnątrz nie dadzą sobie rady przez długie lata. Nawet samorządy terytorialne (sejmiki powiatowe) mogą być w niektórych wypadkach bezsilne. Takie okręgi, zważywszy naszą ogólną biedę i niski ogólny poziom bytowania, bez subwencji z zewnątrz jeszcze długo nie będą miały lekarzy zupełnie. Osadzanie i częściowe utrzymywanie lekarzy w tych miejscowościach musi stać ciężarem na społeczeństwie (rząd, samorząd, organizacje społeczne).

Alę wprowadzenie tych projektów w życie napotyka na bardzo duże trudności, nie tylko z racji finansowych, lecz również z powodu trudności w rekrutacji lekarzy. Ta druga okoliczność dziś już często występuje silniej, niż pierwsza. Pomimo nadmiaru lekarzy w miastach (w stosunku do obecnych możliwości zarobkowych) poszukiwanie lekarzy na wyjazd trwa naogół bardzo długo, a niekiedy jest bezowocne. Dotąd były trudności rekrutacji lekarzy do pracy teoretycznej, społeczno - lekarskiej, higienicznej, dziś na podstawie doświadczenia należy powiedzieć, że nie łatwo jest znaleźć i do pracy klinicznej na wsi. Oto kilka przykładów.

Przed paru laty próbowała Państwowa Służba Zdrowia, dzięki subwencji ze strony Funduszu Pracy, osiedlić kilkudziesięciu lekarzy na prowincji. Próba nie dała zachęcających wyników, bo najpierw nie było kandydatów, następnie ci co się zgłosili i osiedli, nie utrzymali się na swych stanowiskach. Niedawno podano do wiadomości, że istnieje 12 posad lekarskich w hufcach junackich. Lekarze ci mogliby jednocześnie zajmować się w miejscu swego zamieszkania praktyką. Kandydatów nie ma. W sierpniu b. r. Ministerstwo Opieki Społ. w celu zatrudnienia lekarzy bezrobotnych wydało okólnik, według którego może być zatrudnionych 50 lekarzy na okres 2 i pół lat. Pierwszy rok z pensją 150 zł. mies. Lekarze ci mają dokształcać się w miastach uniwersyteckich. Następnie półtora roku mają pracować w miejscowościach, wskazanych przez Ministerstwo w charakterze lekarzy okręgowych otrzymując zasiłek miesięczny w wysokości 200 zł. Kandydatów dotąd brak. W niektórych miejscowościach na wschodzie sejmiki poszukują lekarzy rejonowych mieszkańcami, a nawet latami, bezowocnie. W Markowej (woj. krakowskie), kiedy utworzono spółdzielnię zdrowia, poszukiwano lekarza około 2 lat. Pojedynczych przykładów możnaby przytoczyć wiele.

Naturalnie, zawsze powstaje pytanie, czy proponowane wynagrodzenie nie jest zbyt małe. Jest to bardzo prawdopodobne, choć nie można tego stanu rzeczy wyjaśnić czysto materialnymi względami. Lekarz często gotów jest pędzić w większym mieście życie studenckie w ciągu całego szeregu lat, byle się nie osiedlić

*) Dr M. M. Mazur. Higiena i sanitaria. Nr. 10, str. 36—47.

na prowincji nawet w stosunkowo pomyślnych warunkach.

Sądzę jednak, że wielkim błędem w dotychczasowej taktyce wszelkich organów, które się tą sprawą zajmowały, jest niewłaściwe traktowanie stanowisk w zapadłych kątach prowincjonalnych. Ogólnie jest przyjęte, że do tych zakątków może jechać każdy, kto chce, a raczej musi, a więc kto lepszego stanowiska znaleźć nie może, stąd i wynagrodzenie w tych miejscowościach jest najgorsze, często nie pozwalające na opędzenie najskromniejszych potrzeb. Czy nie bardziej właściwa byłaby odwrotna metoda postępowania, a mianowicie, żeby lekarze, osiadający w miejscowościach bardziej odległych od ośrodków kulturalnych, byli wynagradzani lepiej, niż ci, którzy mieszkają w miastach lub nawet w ich pobliżu? Czy to wyrzeczenie się życia w kulturalnym środowisku nie powinno być specjalnie premiowane w ten lub inny sposób, żeby i w odludnej miejscowości lekarz mógł żyć, zakładać rodzinę, wychowywać dzieci i nie czuć się wygnańcem? Czy nie należałoby osiadającym na wsi lekarzom umożliwić urządzenia gabinetu, udostępnić pomocy laboratoryjnych, bez których współczesny lekarz, szczególnie ten, kto studia i staż odbył w wielkim mieście, jest bezradny? Czy nie należałoby ułatwić tym kolegom co pewien przeciąg czasu kontaktu osobistego (płatne urlopy, doksztalające kursy i t. p.) i pośrednio za pomocą piśmiennictwa, z większymi ośrodkami myśli naukowej i kulturalnej?

Tych pytań nie rozstrząsam szczegółowo. Być może kwestia finansowa jest tu bardzo ważnym czynnikiem, podkreślam jednak, że nawet w tych wypadkach, kiedy proponowana subwencja, czy pensja wydaje się być w stosunku do dzisiejszych zarobków inteligencji wystarczająca, znalezienie lekarzy na wyjazd na prowincję nie jest łatwe. Inne powody i to ważne muszą więc jeszcze wchodzić w grę. Nad tą sprawą należy się głębiej zastanowić.

Nie jest zadaniem moim rozwiązywanie tego zagadnienia choćby tylko teoretycznie. Wskazuję, że ono istnieje, że nie można tej sprawy zostawić samej sobie, w nadziei, że się wszystko ułoży, jak również, że dotychczasowe środki zaradcze nie są wystarczające.

Wiadomości bieżące.

— Zamknięcie Uniwersytetu Wileńskiego. 12 stycznia r. b. w godzinach popołudniowych odbyło się nadzwyczajne posiedzenie senatu uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Po omówieniu wyników onegdajszych konferencji ze studentami, rektor prof. Władysław Jakowicki oznajmił senatowi, że wobec niemożności znalezienia wyjścia z wytworzonej sytuacji podaje się do dymisji. Dymisję zgłosił również prorektor prof. Józef Patkowski. Natychmiast po posiedzeniu senatu rektor Jakowicki skomunikował się telefonicznie z ministrem W. R. i O. P. prof. Świętosławskim, od którego otrzymał polecenie ogłoszenia, że Uniwersytet Stefana Batorego zostaje decyzją ministra zamknięty w dniu wczorajszym, a studenci tracą wszystkie prawa.

— Instytut Spraw Społecznych wydał Kalendarz bezpieczeństwa i higieny pracy na rok 1937. Na treść tej zasługującej na uwagę i przeznaczonej dla jaknajliczniejszych zastępów pracowników przemysłowych publikacji składają się następujące rozdziały: 1) dlaczego należy walczyć z wypadkami przy pracy, 2) ile rocznie zdarza się w Polsce wypadków przy pracy, 3) ile rocznie zdarza się wypadków w ważniejszych gałęziach pracy, 4) co robią zagranicą w zakresie bezpieczeństwa pracy, 5) a co ro-

jące. Prawdopodobnie najważniejszą, ale i najtrudniejszą rzeczą jest zmiana kształcenia i nastawienia. Starych już się nie przerobi, młodzi, zgodnie z potrzebami życia, muszą się nauczyć inaczej myśleć i czuć. Kto wie, czy okoliczności nie zmuszą nas jednak działać szybciej, zanim nastąpią te pożądane przemiany w psychice i nie skłonią do zastosowania środków napótprzymusowych, np. w postaci odrabiania stypendiów, jak to już jest stosowane w innych krajach. W każdym razie, jeżeli nie możemy się zgodzić, żeby człowiek umierał, czy cierpiał z głodu, nie możemy także obojętnie patrzeć na całe okręgi pozabawione prawie zupełnie opieki lekarskiej. Człowiek współczesny ma w swym przekonaniu prawo do pracy, dopóki jest zdrowy, do opieki społecznej, kiedy jest w nędzy, do opieki lekarskiej, kiedy jest chory. Jeżeli drogą zwykłej podaży i popytu tego rozwiązać nie można, trzeba szukać rozwiązania na innej drodze, naturalnie przede wszystkim wychowawczej i podtrzymywania materialnego, ale może to się okazać nie wystarczające.

Wnioski: w Polsce mieliśmy w połowie 1935 roku 12612 lekarzy, z czego wypada 1 lekarz na 2665 mieszkańców, co jest poniżej stosunku spotykanego w większości krajów europejskich.

Lekarze istniejący są bardzo nierównomiernie rozsiadleni. W woj. zachodnich, centralnych i południowych na lekarza przypada około 2500 mieszkańców, w woj. wschodnich 4400.

We wszystkich województwach różnica co do stosunkowej liczby lekarzy w miastach i na wsi jest olbrzymia. W 28 największych miastach, liczących 13.5% ogółu ludności jest 7.664 lekarzy, a więc 60.8% ogólnej liczby. Osiedlanie się lekarzy na wsi jest bardzo powolne i bez ingerencji z góry nie można liczyć na pomyślne rozwiązanie tej palącej kwestii. Czy organizacje lekarskie same nie powinny wziąć tej sprawy w swe ręce? Czy też i ten problem będzie rozwiązany bez lub z minimalnym udziałem świata lekarskiego i naturalnie niekoniecznie zgodnie z jego interesami. W danym przypadku nie ma żadnej sprzeczności między potrzebami szerokich mas ludności, ogólnie biorąc—państwa, a interesami świata lekarskiego.

bimy w Polsce, 6) szanuj człowieka pracy oraz środowisko pracy, 7) mechanizmy maszyny ludzkiej—Dr Wł. Missiuro, 8) jak prostymi środkami można zapobiec wypadkom przy pracy, 9) zdrowie w domu—W. I v á n k a - P r a ż m o w s k a, 10) konkursy, 11) działalność Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w zakresie zapobiegania wypadkom przy pracy, 12) ubezpieczenia społeczne w liczbach, 13) co to jest wypadek przy pracy i kto ma prawo do renty wypadkowej, 14) Instytut Spraw Społecznych. Poza interesującą i w dostępnej formie podaną treścią każdego rozdziału szczególną uwagę zwraca rozdział: „jak prostymi środkami można zapobiec wypadkom przy pracy”. Istotnie, podane w nim przykłady techniki zabezpieczeń i organizacji bezpieczeństwa pracy, ilustrowane doskonałymi rysunkami każdego przekonać muszą, że środki zalecone są istotnie proste. Bardzo pożyteczne dla szerokich warstw robotniczych będą wiadomości z zakresu budowy i funkcji ustroju ludzkiego, oraz w lapidarnej formie podane wskazówki higieniczne. Nowością, nigdzie, zdaje się, dotąd w podobnych wydawnictwach nie praktykowaną, są 2 filmy rysunkowe, tworzące się przy szybkim przewracaniu kartek: jeden przedstawia wypadek, wywołany przez potknięcie się o przedmiot, niepotrzebnie zostawiony na drodze, drugi — wypadek oderwania się młotka ko-

walskiego od trzonka. Wreszcie ogłoszone zostały 2 konkursy: jeden na najlepszą fotografię na temat „Człowiek przy pracy“, drugi na najlepsze tematy do plakatów i napisów ostrzegawczych. Obfitość i doskonałe opracowanie zagadnień, objętych treścią kalendarza, powinna skłonić nasz świat robotniczy do zapoznania się i pilnego przestudiowania tego nader pożytecznego wydawnictwa, tym bardziej że cena jego 50 gr. za egzemplarz, a 40, a nawet 30 przy zakupie większej liczby egzemplarzy jest nader niska.

— Na posiedzeniu dorocznym Wileńskiego Koła Internistów Polskich dnia 17/XII 1936 r. zostali wybrani do Zarządu Koła na rok 1937. Prezes — Prof. Dr. A. Januszkie wicz. Zastępca prezesa: Dr. M. Świda. Sekretarz — Dr. J. Klukowski. Skarbnik — Dr. E. Salitówna.

— W ramach XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie odbędzie się I Zjazd Neurologów Polskich. Referaty główne: 1. Rola układu przedsionkowego w patologii nerwowej — Dr. Bau-Prussakowa i Dr. Fiszhautówna. 2. Zespoły wielogruzołowe przy schorzeniach przyśadkowo-lejkowych — Prof. Dr. Dzierżyński Władysław. 3. Nerwice płciowe u mężczyzn z wyłączeniem psychorodnych — Dr. Higier Stanisław oraz XVII Zjazd Psychiatrów Polskich. Decyzja w sprawie referatów głównych zapadnie w terminie późniejszym, zależnie od tego, czy dojdzie do skutku Zjazd Neurologów i Psychiatrów Ziem Słowiańskich, który miałby się odbyć również w ramach XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie. W tym wypadku tematami głównymi byłyby: 1. Klinika chorób heredo-degeneracyjnych w neurologii i psychiatrii. 2. Patologia wegetatywnego układu nerwowego. 3. Zagadnienia profilaktyki i higieny psychicznej. Gdyby się Zjazd Neurologów i Psychiatrów Ziem Słowiańskich nie odbył, tematem głównym byłby albo „Niedorozwój psychiczny“, albo 1. „Omamy“ i 2. „Opieka pozazakładowa“. Zwracamy się do Wielce Szanownego Pana Kolegi z prośbą o zgłoszenie wykładów najpóźniej do dnia 1-go marca 1937 pod adresem Komitetu organizacyjnego, Lwów ul. Pijarów 6, Klinika chorób nerwowych i umysłowych.

Równocześnie prosimy o zapodanie, czy podczas odczytu mają być demonstrowane obrazy drogą epi- czy diaskopii, czy też zdjęć kinematograficzne, wzgl. czy będą potrzebne mikroskopy. L. Jaburek, Sekretarz. J. Rothfeld, Przewodniczący.

— Sekcja Radiologiczna XV. Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich i VII doroczny Zjazd Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego i Fizjoterapeutycznego. W dniach od 4—7 lipca 1937 roku odbędzie się we Lwowie w ramach Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich VII doroczny Zjazd Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego i Fizjoterapeutycznego. Tematami głównymi są: I. Radiodiagnostyka czaszki. II. Niedodna płuc. III. Radiodiagnostyka wad sercowych. IV. Rentgenoterapia schorzeń mózgu i czaszki. Komitet uprasza o liczne zgłaszanie odczytów i pokazów w pierwszym rzędzie w związku z tematami głównymi, ponadto referatów na tematy dowolne z zakresu radiologii lekarskiej. Ostateczny termin zgłaszania referatów upływa z dniem 1 kwietnia 1937. Za Komitet miejscowy: H. Pittowa, sekretarz. W. Grabowski, gospodarz.

ZMARLI.

Maksymilian Frenkiel, b. ordynator kliniki wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego (za czasów okupacji rosyjskiej).

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

19.I. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. Wręczenie dyplomów nowoprzyjętym członkom Towarzystwa. 2. Odczyt zbiorowy o nowotworach nerek. a. Stein J. Anatomia patologiczna. b. Elektorowicz A. Radiodiagnostyka. c. Leśniowski A. Klinika.

25.I. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

J. Fliederbaum. O roli gruczołów dokrewnych w gospodarce wodnej ustroju.

Résumé des articles originaux.

A. PALLIER. Les oedèmes et les remèdes diurétiques.

L'auteur passe en revue les théories d'origine des oedèmes et les remèdes diurétiques avec leurs indications et contre-indications.

J. BORYSOWICZ et St. WITEK. Note sur les résultats de la thérapie des cas récents de schizophrénie par l'insuline.

Les auteurs examinent 56 cas récents de schizophrénie traités par l'insuline et concluent, que le pour-cent des effets thérapeutiques positifs dépend de la durée du procès. Dans les cas, où la maladie durait moins de 3 mois, on obtint 53 p. 100 de rémissions et d'améliorations considérables, dans les cas, où la durée était de 6 mois, le pour-cent était de 52, et dans ceux de 12 mois il s'abaissait à 37, 7. Après un an les chances de la cure sont très petites. Si l'on prend compte des derniers renseignements obtenus chez les malades qui ont quitté la Clinique en état de rémission et d'amélioration remarquable, le pour-cent de ceux, dont la maladie avait une durée de 6 mois, s'abaisse considérablement et comporte 39.1 p. 100. Pour résoudre définitivement le problème de l'efficacité de cette méthode, il faudrait avoir des données plus nombreuses sur les malades, traités par l'insuline.

et ceux, qui n'ont pas été soumis à ce traitement. Pour cela il est indispensable, que les publications d'autres auteurs contiennent des données sur la durée de la maladie et des détails du traitement. Il faudrait que les cas, dans lesquels on peut observer ultérieurement des rémissions spontanées, soient exclus de la statistique.

J. FROSTIG, J. KISTER, W. MANASSON et W. MATECKI. Sur le traitement de la schizophrénie par l'insuline.

Article de discussion. En comparant les effets de leurs propres expériences sur l'insulinothérapie de la schizophrénie aux observations de Paradowski, Rose, Witek et Zalewski de la clinique du prof. M. Rose de Wilno (W. Cz. Lek. 1936, Nr. 33), les auteurs concluent: Les effets immédiats négatifs peuvent être expliqués par un nombre insuffisant de chocs et l'insuffisance des heures hypoglycémiques, cependant que les meilleurs résultats de leurs propres expériences sont attribués au plus grand nombre d'heures hypoglycémiques. Les auteurs trouvent aussi, qu'on peut arriver au moins à 86 heures hypoglycémiques sans aucun danger pour le malade.

M. KACPRZAK. La dislocation des médecins en Pologne. Travail statistique.

TREŚĆ: A. PALLIER. O obrzękach i środkach moczopędnych. (Dok.) — J. BORYSOWICZ i ST. WITEK. W sprawie wyników leczenia insuliną w świeżych przypadkach schizofrenii. — J. FROSTIG, J. KISTER, WŁ. MANASSON i WŁ. MATECKI. W sprawie leczenia schizofrenii insuliną. — K. CHODKOWSKI. Trucizny jądrowe, ich wpływ na ustrój i znaczenie w patologii (Str. pogl.). (c. d.) — Streszczenia pojedyncze — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. KACPRZAK. Rozsiedlenie lekarzy w Polsce (Dok.) — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. PALLIER. Les oedèmes et les remèdes diurétiques. (Fin) — J. BORYSOWICZ et ST. WITEK. Note sur les résultats de la thérapie des cas récents de schizophrénie par l'insuline. — J. FROSTIG, J. KISTER, W. MANASSON et W. MATECKI. Sur le traitement de la schizophrénie par l'insuline. — K. CHODKOWSKI. Poisons carioclastiques, leur influence sur l'organisme et l'importance dans la pathologie (Rev. gén. suite). — M. KACPRZAK. La dislocation des médecins en Pologne (fin).