

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 2

WARSZAWA, 28 LUTEGO 1925 R.

Rok II

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Rokowanie i leczenie padaczki *).

Podał

Z. BYCHOWSKI (Warszawa).

(Z 3 wykresami).

Współczesnej neurologji często zarzucają, że pomimo jej subtelnych rozpoznań klinicznych oraz ciekawych obrazów histopatologicznych jest ona dotknięta stałą niemocą terapeutyczną. Na przykładzie padaczki, która ostatnio była przedmiotem szczegółowych referatów u nas i zagranicą i która jest najczęstszą i najcięższą chorobą nerwową (na zasadzie danych niemieckich i rosyjskich autorów należy przypuszczać u nas przynajmniej około 3-eh epileptyków na każde 1000 mieszkańców; sama Warszawa miałaby tedy 3000 epileptyków, a Rzeczypospolita Polska przynajmniej 50000 epileptyków), pragnąłbym dać tu krótki przegląd naszych w tym kierunku usiłowań leczniczych. Uda mi się może rozwiązać panujący zwłaszcza wśród młodszej generacji lekarzy pesymizm. Osobiście bowiem sądzę, że ta placówka nie jest tak beznadziejna, jak to się na pierwszy rzut oka wydaje.

Na wstępie zaznaczyć muszę, że padaczka jest cierpieniem nieuleczalnym. Statystyki, które przytaczają mniejszy lub większy odsetek wyleczonych przypadków, nie są przekonujące. Kto widział dużo przypadków padaczki i miał możność spostrzegania niektórych z nich przez kilkanaście lat, wie, jakie smutne tu nieraz bywają niespodzianki. Epileptyk, który w przeciagu długiego czasu (kilka lat i więcej) uchodził już za wyleczonego, nagle zostaje nawiedzony szeregiem ciężkich napadów. Następnie żaden może rodzaj chorych nie jest tak skłonny do ukrywania i bagatelizowania swego cierpienia, jak właśnie epileptycy, tembardziej, że często istotnie nie wiedzą o swoich napadach. Przy dokładnych wywiadach nieraz się okazuje, że chory, o którym on i jego otoczenie twierdzą, że przez dłuższy okres czasu był zupełnie zdrow, miał jednakże te lub inne napady. Rokowanie więc *quoad valetudinem completam* jest w prawdziwej padaczce stanowczo złe. Należy jednakże pogłębić pojęcie o nieuleczalności choroby. Z wyjątkiem niektórych ostrych zakażeń i otruc oraz niektórych stanów urazowych mamy, właściwie mówiąc, bardzo mało uleczalnych chorób. Nieuleczalna jest gruźlica, moczówka cukrowa, obrzęk śluzowaty, wada zastawkowa serca i t. p. I krótkowzroczność jest nieuleczalną chorobą, jakkolwiek przy pomocy szkiele można chwilowo usunąć najdotkliwszy jej objaw — niemożność widzenia w pewnym oddaleniu. W zasadzie dzieje się to samo i w leczeniu

wyżej wymienionych stanów chorobowych. Przy pomocy leków i innych metod leczniczych (klimat, djeta i t. p.) udaje się nam usunąć lub złagodzić najdotkliwsze objawy, dzięki czemu dany osobnik uważa się chwilowo za wyleczonego, bo może prowadzić mniej więcej znośny tryb życia.

Mojem zadaniem nie jest omówienie tu licznych poglądów na patogenezę i klasyfikację padaczki. Uczynił to niedawno w „Czasopiśmie“ kol. Higier. Pragnąłbym tylko podkreślić, że nawet przez doświadczonych i miarodajnych autorów nie jest zawsze przeprowadzona ścisła linja demarkacyjna między padaczką, jako jednostką nozograficzną, a napadem drgawkowym lub jego równoważnikiem, jako objawem. Napad drgawkowy, względnie jego równoważnik jest bezsprzecznie pod względem praktycznym jednym z najwybitniejszych, swoją nagłością i brutalnością najczęściej uderzających objawów. Ale jest on, teoretycznie rzecz biorąc, tylko ostatnim aktem całego szeregu bardzo złożonych, mało uchwytnych jeszcze procesów, tak samo, jak wymierzona przez sąd kara na przestępcę jest ostatecznym wynikiem całego łańcucha nieraz bardzo złożonych zdarzeń i czynów w życiu nie tylko samego delikwenta, lecz nawet jego otoczenia, przodków i t. p. Faktem, nieulegającym, zdaje się, kwestji, jest tylko to, że napad drgawkowy zostaje ostatecznie wyładowany przez mózg, najczęściej prawdopodobnie korę mózgową. Wiemy, że drażniąc korę mózgową lub inne narządy mózgu, można wywołać napad drgawkowy. Udaje się też to u człowieka, jak przekonaliśmy się na olbrzymim materiale wojennym. Ale padaczki, jako jednostki chorobowej doświadczalnie otrzymać nie można. Błąkająca się po literaturze t. zw. padaczka dziedziczna Brown-Sequarda została ostatecznie obalona przez dokładne badania Macieszy i Wrzoska¹⁾. (Weterynarze twierdzą, że u psów zdarzają się czasami drgawki z postępującem ogłupieniem, więc istotnie może chodzi o sprawę analogiczną do padaczki. Ale sprawa ta wymaga jeszcze bliższego badania).

Znamy wiele stanów chorobowych, w których mogą od czasu do czasu występować napady drgawkowe podobne, same w sobie wzięte, do napadów padaczkowych, a jednakże nie będziemy danych osobników zaliczali do epileptyków. Powszechnie przyjęty podział padaczki na swoistą i objawową (*epil. genuina, symptomatice*) lub czynnościową

1) Fundamentalna ta praca dwóch polskich badaczy została ogłoszona w mało przez lekarzy czytwanem piśmie, wskutek czego jej wyniki nie są powszechnie znane (Experimentelle Untersuchungen über die Vererbung der durch Ischiadicusverletzung hervorgerufenen Brown-Sequardschen Meerschweinchenepilepsie. Arch. für Rassen- u. Gesellschaftsbiologie, T. 8). Streszczenie znajduje się w „Przeglądzie lekarskim, 1913.

*) Według odczytu wygłoszonego 20.XI.24 r. w Zrzeszeniu Lekarzy Rzecz. Polsk.

i organiczną nie odzwierciadla istotnego stanu rzeczy. Punktem wyjścia tego podziału jest brak lub obecność zmian anatomicznych w określonym miejscu mózgu, od których można byłoby uzależnić fenomenologję napadu (początek od ręki, nogi i t. p.). Tymczasem widzimy przypadki, które pomimo jednakowego wyglądu samego napadu przyjmują w dalszym swoim przebiegu zupełnie rozbieżny kierunek. Tak samo bywają przypadki, a wojna pod tym względem dała pouczający materiał, gdzie pomimo jednakowych prawie zmian w korze mózgowej (wskutek rany postrzałowej albo nowotworu) w jednym przypadku rozwija się prawdziwa padaczka ze wszystkimi swymi następstwami, w drugim zaś nie dochodzi wcale do napadów drgawkowych. Pojęcie swoistej padaczki więc, przy takim ujmowaniu sprawy nie wyłącza bynajmniej miejscowych zmian w mózgu.

Osobiście przypuszczam, że w każdym prawdopodobnie przypadku nawet t. zw. prawdziwej padaczki są w mózgu mniejsze lub większe, nieraz zupełnie ukryte zmiany materialne, czyli, jak przyjęto mówić, organiczne. Świadczą o tem między innymi i te najrozmaitsze aury, które są prawie że stereotypowe dla każdego poszczególnego prawdziwego epileptyka i które niezawodnie wskazują, że jakieś określone miejsce w mózgu jest punktem wyjścia napadów. Dodam nawiasem, że auroom zwykle nie poświęca się należytej uwagi. Przy dokładnych wywiadach, zwłaszcza, kiedy się zaleca choremu i otoczeniu szczególną pod tym względem uwagę, otrzymujemy nieraz bardzo ciekawe w tym kierunku wiadomości, wskazujące na jakieś określone miejsce w mózgu, od którego się napad zaczyna. Mówiąc o swoich ciekawych doświadczeniach z hyperwentylacją (sztuczne wywoływanie u epileptyków napadu przy pomocy głębokich w ciągu 10 minut wdechów), Foerster dosłownie dodaje: „Byłem zdumiony, jak często nawet w t. zw. swoistej padaczce początek i przebieg napadu wskazuje na ściśle określone ognisko lub pole korowe, które służy za punkt wyjścia dla wyładowywania się zachodzących w korze spraw“.

Jeżeli więc wziąć pod uwagę, 1) że wśród przodków i bliskich krewnych oraz potomków epileptyków znajduje się prawie zawsze znaczny odsetek dotkniętych tak samo padaczką lub inną chorobą układu nerwowego o charakterze degeneracyjnym; 2) że, jak wskazują liczne badania Hartmana i jego współpracowników, Allersa, Bisgaardta i wielu innych, u wielu epileptyków można stwierdzić stale lub w okresie przednapadowym zmiany w przemianie azotowej oraz krwi i 3) że u wielu epileptyków znajdujemy różne t. zw. oznaki zwyrodnienia oraz wrodzone zmiany w mózgu (komórki Cajala, zmiany w uwarstwieniu kory), jeżeli to wszystko wziąć pod uwagę¹⁾, to wydaje się bardzo prawdopodobnem, że w padaczce istnieją głębokie zmiany w statyce, względnie konstytucji i dynamice całego organizmu, dzięki którym mózg podlega pewnemu upośledzeniu i staje się szczególnie wrażliwym w kierunku drgawek, tak, że minimalne już w nim podniety i uszkodzenia, które w normalnych warunkach nie spowodowałyby napadu, tu już wystarczają do jego wybuchu. Takie osobniki dotknięte są prawdziwą padaczką, która przeciw oprócz samego napadu składa się jeszcze z wielu innych cech chorobowych. Napady zaś drgawkowe, które wybuchają w otruciach, samootruciach, gwałtownym uszkodzeniu środków czuciowo ruchowych i t. p., do padaczkowych w ścisłym tego słowa znaczeniu nie należą i tylko ze względu na swoją fenomenologję mogą być określone jako rzekomo padaczkowe albo epileptoidne. Wpływ takiego ujęcia sprawy na rokowanie i leczenie jest widoczny.

Ale przyznać trzeba, że i u prawdziwych epileptyków główną uwagę przykuwa do siebie, zwłaszcza na początku cierpienia, napad drgawkowy. On to, a zwłaszcza następująca przy tem zupełna utrata świadomości, czem taki napad się często różni od epileptoidnego, naraża chorego za każdym razem na bardzo ciężkie następstwa i nawet śmierć.

Znaczny odsetek dotkniętych padaczką umiera podczas napadu wskutek uduszenia, wylewów krwawych do mózgu i t. p. W jakim stopniu napady wpływają na całe życie chore-

go, uniemożliwiając mu wszelką pracę systematyczną, narażając go nawet na najcięższe przestępstwa, jest powszechnie wiadomem. Stłusnie też zauważono, że każdy napad, zwłaszcza przy krótkich wolnych okresach, czyni mózg więcej inwalidnym i podatnym do następnych napadów. Z biegiem czasu wytwarza się u nich, jak to nazwał Féré *habitude convulsive* (przyzwyczajenie drgawkowe) ze stanami psychotycznymi, prowadzącymi ostatecznie do zupełnego ogłupienia, względnie psychozy padaczkowej. Nie mogąc więc przy obecnym stanie wiedzy usunąć padaczki, terapia, jak w wielu innych cierpieniach, dąży do usunięcia napadów, względnie do możliwego przedłużenia wolnych okresów i złagodzenia ich charakteru. A w tym kierunku nie jest ona pozbawiona nieraz sukcesów. Dodam, że od wielu lat trzymam się zasady, że, o ile chodzi istotnie o pierwszy napad, wstrzymuję się na razie od wszelkiego leczenia. Nigdy bowiem nie można zgóry przewidzieć, czy i kiedy nastąpi drugi napad, i nie moglibyśmy sobie nigdy wyrobić zdania o skuteczności i czasie trwania w danym przypadku leczenia. A tam, gdzie napady bywają raz na 6—12 miesięcy, oprócz przepisów dietetycznych i t. p., żadnych leków nie zalecam.

Przechodząc do leczenia napadów, trzeba powiedzieć, że z wyjątkiem, zdaje się, strychniny niema leku, któryby nie był w swoim czasie zalecany w padaczce. Tę część historyczną omijam. Wspomnę tylko o kilku środkach, względnie metodach, które jeszcze niedawno miały się zwolenników i które należy tak samo z naszego inwentarza leczniczego wykreślić. Więc przed kilkunastu laty zalecano na zasadzie kilku spostrzeżeń, że u epileptyków, dotkniętych wścieklizną, napady nie występowały podczas szczepień pasteurowskich—dokonywanie tych szczepień u wszystkich epileptyków. W poliklinice D-ra Goldflama robiliśmy w swoim czasie te próby, ale bez żadnego skutku. Wspominam tu o tem dlatego, że przed kilku laty ta „metoda“ znowu wypłynęła na powierzchnię terapii. Przez kilka lat tak samo znowu na zasadzie nielicznych spostrzeżeń, do których potem zastosowano specjalną, ad hoc stworzoną teorię, zalecano wstrzykiwanie jadu grzechotnika—Crotaline. W Cassel powstało nawet specjalne sanatorium, które leczenie to przeprowadzało, i dokąd zaczęli dążyć epileptycy z całego świata. Widziałem dwóch pacjentów, leczonych tą metodą, stosowałem ją też kilkakrotnie w Warszawie—zawsze bez skutku. I ta metoda należy już obecnie do historii.

Zawiodły także próby z proteinoterapią, która zresztą i teraz jeszcze bywa od czasu do czasu reklamowana. Jonescu przed wielu laty ogłosił „dobre“ (?) wyniki po sympatektomji. Odnośne próby w Warszawie były zupełnie ponne. Ostatnio Fischer w szeregu prac, nie pozbawionych ciekawych uwag teoretycznych, zaleca usunięcie jednego nadnercza. Brüning opracował specjalną technikę chirurgiczną. Wyników praktycznych pomimo kilkunastu dokonanych operacji i ta metoda nie dała.

Jeżeli więc jesteśmy dotychczas jeszcze prawie zupełnie bezsilni w kierunku radykalnego leczenia padaczki, to jednakże posiadamy w bromie cudowny środek do zwalczania najcięższego z objawów padaczki — napadów drgawkowych. Teoretyczną podstawą leczenia bromowego jest ustalony przez liczne doświadczenia (w tej liczbie i moje osobiste) fakt, że przy dłuższem wprowadzaniu bromu zwierzętom ruchowa, względnie drgawkowa pobudliwość kory mózgowej zostaje wybitnie obniżona.

Codziennie doświadczenie kliniczne poucza, że taki sam wpływ wywiera brom i na mózg człowieka. Należy tylko pamiętać, że brom nie leczy padaczki, lecz, dopóki znajduje się w dostatecznej ilości w krwiobiegu, czyni mózg mniej podatnym do napadów drgawkowych. Wobec tego choremu na padaczkę należy preparat ten dawać, jeżeli nie całe życie, to przynajmniej przez długie lata. Przy zaprzestaniu bowiem wydziela się on z biegiem czasu przy z chlorkami z organizmu, i mózg wraca do swojej poprzedniej wrażliwości drgawkowej. (Dokładne badania pośmiertne nad zawartością bromu w rozmaitych narządach epileptyków, którzy przez całe lata brali brom, wykazały, że mózg nie zawiera więcej bromu, niż inne narządy, więc przypuszczenie, że brom zostaje deponowany w mózgu, nie sprawdziło się). Są to banalne prawdy, które jednakże nie zawsze się dostatecznie podkreśla wobec chorych i ich otoczenia. Obiecując epileptykom ze względów humanitarnych może więcej, niż mam do tego prawo, dając zawsze, że muszą przepisane leki brać przez dłuższy czas pod kontrolą lekarską. Unika się w ten sposób u niektórych przynajmniej chorych częstych, w pierwszym

1) Zupełnie dokładnie zdaje sobie sprawę, że każdy z tych punktów przedstawia jeszcze dużo spornych szczegółów, zasadnicze ich istnienie jednakże nie podlega kwestji. Świadomie nie poruszam tu związku padaczki ze zmianami w gruczołach dokrewnych, które przeważnie też są natury wrodzonej. W szczegółach ta sprawa wymaga jeszcze specjalnego opracowania.

zwłaszcza okresie, rozczarowań i przerwania się od jednego specyfiku do drugiego, co oczywiście wychodzi tylko na niekorzyść choremu. O ile udało się utrwalić chorego w przekonaniu, że jego cierpienie wymaga stałego i dłuższego leczenia jednym i tym samym preparatem z niewielkimi tylko, zależnie od warunków, zmianami, to brom istotnie może dawać praktycznie cudowne wyniki. Pytanie, jaki preparat bromu dawać, pozbawione jest, według mego doświadczenia, znaczenia. Naliczyłem przeszło 50 preparatów bromu. Niezawsze wiemy dokładnie, ile bromu każdy z nich zawiera. Dokładne indywidualne miareczkowanie bromu jest przy tych preparatach utrudnione. Tymczasem ta okoliczność właśnie odgrywa w leczeniu bromem pierwszorzędną rolę. Następnie wobec tego, że leczenie bromowe powinno trwać nieraz całe lata, i koszt leku powinien tu też być brany w rachubę. Najstosowniej więc wydaje mi się Na Br., albo u dzieci, u których się stwierdza niektóre jeszcze współczynniki spazmofiliczne CaBr. Wielkim postępem w leczeniu bromowem była t. zw. *methode metatrophique* Richet i Toulouse'a, o której z początku sądzono, że może nawet zupełnie zastąpić brom, metoda, polegająca na żywieniu chorego pokarmami, zawierającymi mało chlorków, więc mlekiem, jarzynami i owocami z dodaniem kilku jaj i niezbyt dużej ilości chleba. Licznymi doświadczeniami laboratoryjnymi i długoletnimi systematycznymi spostrzeżeniami klinicznymi metoda ta została naukowo uzasadniona i opracowana przez dyrektora Zakładu dla epileptyków w Zurichu Ulricha, Wyssa i wielu innych; jest ona obecnie, a przynajmniej powinna być u każdego epileptyka z wielką ścisłością stosowana. W głównych zarysach przedstawia się ona, jak następuje:

Przy leczeniu bromowem należy dążyć do pewnego nasycenia organizmu, względnie jego cieczy, bromem. Należąc z chlorkiem do grupy chlorowców, sole bromu mogą w pewnym stopniu zastępować sole chloru (Nencki jeszcze wykazał, że przy dłuższem bromowaniu sok żołądkowy może zawierać HBr). Procentowa zawartość chlorowców we krwi t. z. osmotyczne ciśnienie — jest liczbą stałą. Przez nerki bromki wydzielają się w stosunkowo równej mierze, jak chlorki. Wynika z tego, że nasycenie bromem tem prędzej nastąpi, im mniej będziemy wprowadzali chlorków. Należy dodać, że nawet po zupełnem zaprzestaniu podawania bromków można je jeszcze wykryć we krwi, wzgl. w innych cieczach w przeciągu miesiąca i dłużej, co wskazuje na to, iż sole bromowe trudniej podlegają rozszczepieniu, niż chlorkowe. Jakkolwiek pod względem teoretycznym cała ta kwestja wymaga jeszcze uzupełnień, to jednak praktycznie nie ulega kwestji, że przy małowodorowej diecie daleko łatwiej i prędzej i za pomocą mniejszych dawek można doprowadzić chorego do nasycenia bromowem i do pożądanego wyniku w kierunku zmniejszenia, wogóle usunięcia napadów drgawkowych. Przeprowadzenie diety małowodorowej napotyka nieraz na duże trudności. Wiemy to z doświadczeń z cierpiącymi na zapalenie nerek.

Ale i tu przy wytrwałości ze strony lekarza i chorego oraz pewnych wiadomościach gastronomicznych można jednakże dojść do celu. Podstawową dietą powinno być mleko w najrozmaitszych postaciach, następnie jarzyny, owoce, jajka i stodycze. Już po kilku tygodniach u naszych zwłaszcza chorych trudno się obejść bez mięsa i ryby, które oczywiście powinny być stosowane w możliwie skromnych rozmiarach i tylko w formie gotowanej, a nie smażonej. Stanowczo zabronić należy śledzi i wszelkiego rodzaju konserw mięsnych i rybnych. Zamiast zwykłych naszych mocnych zup — zalecać mleczne lub owocowe. Wobec tego, że niektóre gatunki pieczywa zawierają do 1% i więcej chlorku sodu, chciano zastąpić zwyczajne pieczywo specjalnie na solach bromu przyrządzonym (Bromopan), co jednakże się nie przyjęło. Tu oczywiście nie miejsce na rozmaite szczegóły kulinarne. Ale obowiązkiem lekarza, leczącego epileptyków, jest znajomość tych szczegółów. W tym celu zalecam książkę Straussa, *Chlorarme Diät* (3-e wyd. — Berlin), przeznaczoną dla cierpiących na zapalenie nerek, ale mogącą być zastosowaną z najmniejszym pożytkiem i u epileptyków. Oczywiście, że należy bezwzględnie unikać wszelkich napojów wysokowych. W celu nadawania smaku potrawom małowodorowym firma La Roche sporządza na sposób buljonu Maggi tabletki Sedobrolu, zawierające 1,1 NaBr, 0,1 NaCl oraz rozmaite wyciągi z roślin. 1—2 tabletki Sedobrolu na filiżankę gorącej wody dają istotnie wcale smaczną zupę, a z mniejszą ilością wody rodzaj sosu, który w pewnym stopniu może zastąpić zwykłe sosy do potraw. Ujemną stroną tego preparatu jest jego wysoka cena.

Co się tyczy dawek bromu, to należy zacząć od małych — u dorosłych 3,0—4,0 pro die i stopniowo, o ile niema wyniku, przejść do większych. Można bezkarnie dojść do 10,0 i więcej. Niezaprzeczonym faktem jest, jak widać z szczegółowych protokołów Ulricha (patrz niżej), i jak osobiście się wielokrotnie przekonywałem, że przy ściśle stosowanej małowodorowej diecie można te same wyniki otrzymać przy pomocy mniejszych dawek bromu. W każdym razie i tu należy indywidualizować, wobec czego w pierwszym okresie leczenia częsta kontrola stanu chorego jest niezbędna, głównie ze względu na mogące nastąpić objawy bromizmu. Oczywiście, że dla epileptyków obok leczenia bromowego pożądaną jest życie możliwie spokojne i regularne, bez wszelkich wysiłków fizycznych i ciężkich przeżyć psychicznych. Renomowanych miejscowości kąpielowych i wogóle wszelkich specjalnych częstych kąpiei, a tak samo i miejscowości górzystych należy stanowczo unikać. Wyrządzają często dużo krzywdy naszym chorym.

Brom bywa często kombinowany z innymi lekami.

Bechterew zaleca bromek sodu na nalewce z miłki wiosennej (*adonis vernalis*) (5,0—200,0), do którego też rądzi dodawać kodeinę. U chorych ze skłonnością do zaburzeń sercowych formułka Bechetewa jest od czasu do czasu wskazana. Nie należy jej tylko stale i bezkrytycznie stosować. Anemicznym i źle odżywianym chorym należy dawać żelazo z arsenikiem, z pewnymi oczywiście przerwami. Tam, gdzie jest podejrzenie nabytego lub wrodzonego przymiotu, należy próbować leczenia specyficznego, chociaż nigdy wybitnych wyników od leczenia specyficznego w prawdziwej padaczce nie widziałem. Tam, gdzie w obrazie klinicznym lub w wywiadach istnieją niektóre objawy spazmofilji albo tętyczki, wskazane są oprócz bromków przetwory wapnia. Oprócz więc CaBr. dają jeszcze oddzielnie kilka razy dziennie zwłaszcza na początku leczenia preparat wapnia (Calcol — Klawego o, tricalcine u dzieci). Trzeba jednakże pamiętać, że przetwory wapnia wywołują zwykle zaparcie stolca, tymczasem w padaczce, ze względu na zachodzące tu zaburzenia w przemianie materji, prawidłowa czynność kiszek jest szczególnie pożądana. Zwykle więc zalecam szklankę gorzkiej wody 1—2 razy na tydzień.

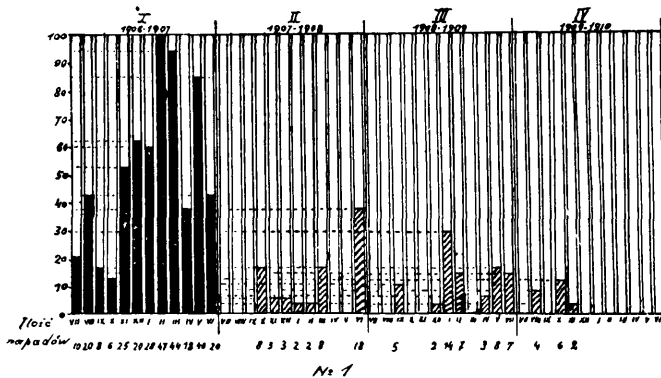
Przed kilkunasty laty dużo mówiono o kombinacji makowca z bromkami według Flechsig'a. Polegała ona na tem, że w przeciągu 5—6 tygodni dawano tylko makowiec, zaczynając od 0,2 i dochodząc do 0,7—0,8 pro die. Po owym czasie podawanie makowca nagle przerywano i zalecano 4,0—5,0 soli bromowych. Metoda ta, którą w swoim czasie stosowaliśmy także w poliklinice d-ra Goldflama, miała z początku naśladowców (Ziehen w Berlinie, Koellner, dyrektor dużego zakładu dla epileptyków w Hamburgu, szczególnie, jak mi powiedział, był z niej zadowolony), ostatecznie jednakże nie przyjęła się. Widzimy, że po wszelkich modyfikacjach i zboczeniach wracamy znowu do zwyczajnych soli bromowych, wśród których Na Br. jest i najtańszy i z wyjątkiem AmBr., który się szybko rozkłada, najwięcej bromu zawierający. Ale pomimo niezawodnych dużych zalet bromu istnieje nawet wśród lekarzy pewna obawa przed dłuższem jego stosowaniem. Jeden z autorów mówi wprost o jakiejś wymagającej energicznego zwalczania bromofobji. Zależy to prawdopodobnie od tego, że brom czasami wywołuje nieprzyjemne objawy t. z. bromizmu. Trądzik bromowy (*acne bromacea*) istotnie towarzyszy nieraz dłuższemu zażywaniu bromu. Tu jednakże odgrywają prawdopodobnie główną rolę specjalne jakieś warunki skóry. Kilkakrotnie widziałem ciężkie zmiany na skórze już po niewielkich dawkach bromu. W jednym przypadku u młodej osoby o zupełnie czystej delikatnej skórze po kilkunastu tabletkach Sedobrolu wystąpiły tak ciężkie zmiany na skórze, że wymagały kilkomiesięcznego leczenia dermatologicznego. Odgrywa może przytem pewną rolę stan fermentacji w kiszkiach, czemu można nieraz zaradzić przy pomocy tymolu, benzonaftolu, drożdży i t. p. Zwykle trądzik zbytnich rozmiarów nie przybiera. Chorzy, dotknięci ogólnym bromizmem, stają się apatyczni, zaniedbani, senni. Występują zaburzenia pamięci, chorzy niechętnie odpowiadają, wytwarza się nastrój przygnębiony ze skłonnością do płaczu. W dalej posuniętych okresach bromizmu chód staje się niepewny, mowa nieco zatarta, nawet charakter pisma jest mniej wyraźny. Widziano nawet oczopląs (*nystagmus*) i osłabienie odruchów ścięgowych. Zniesienie odruchu gardzielowego występuje prawie zawsze. W takim stanie chory może robić wrażenie dotkniętego jakimś t. z. organicznem cierpieniem mózgu,

zwłaszcza mózdzku. Takie same ciężkie objawy spostrzegalem także u psów, którym przez dłuższy czas wstrzykiwałem sole bromowe.

Przy pewnym natężeniu objawów, zwłaszcza u chorych, źle odżywianych i małokrwistych, występuje t. z. charłactwo bromowe. Objawy ogólnego bromizmu są istotnie nieraz bardzo przykre. Leczenia bromowego zupełnie przerywać nie należy (a w każdym razie trzeba je zastąpić luminalem). Przekonano się bowiem na podstawie całego szeregu doświadczeń i spostrzeżeń, że objawy bromizmu są zależne głównie od zubożenia organizmu w chlorki. Zmniejszając więc dawki bromu i dając taką samą ilość chlorku sodu z pokarmem, albo w postaci lawatywy, udaje się objawy bromizmu złagodzić i usunąć. Do zbyt dużych dawek chlorków i zupełnego zaprzestania bromków nie trzeba się posuwać — mogą bowiem wystąpić ciężkie napady drgawkowe.

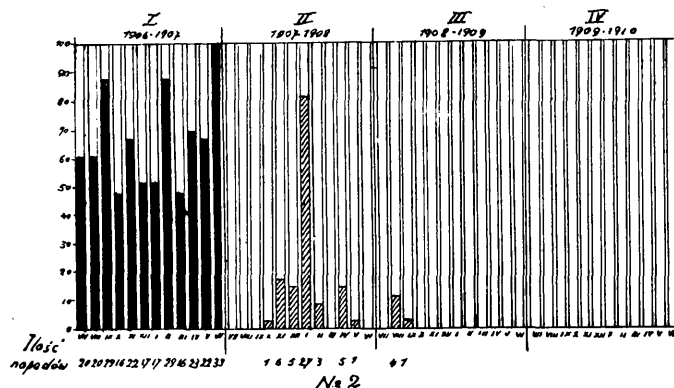
Manipulując w ten sposób bromkami, można bezspornie już po kilku tygodniach zmniejszyć liczbę napadów i złagodzić charakter napadów. Przy dłuższym systematycznym leczeniu chorzy, którzy miewali napady po kilka razy tygodniowo i częściej, dostają napadów raz na miesiąc i rzadziej¹⁾.

Widowałem chorych z bardzo częstymi napadami, którzy przy stałym zażywaniu bromków i przestrzeganiu diety byli lata całe wolni od dużych drgawkowych napadów. Dla ilustracji przytaczam tu kilka diagramów i skróconych historii chorób z Zurichskiego Zakładu dla epileptyków, gdzie stałe doświadczone spostrzeżenie umożliwia ścisłą kontrolę²⁾.



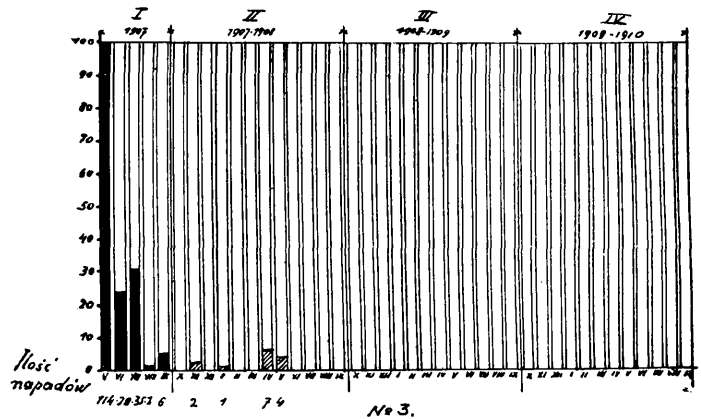
№ 1

W celu obliczenia procentowego stosunku napadów największą liczbę napadów za cały okres spostrzeżenia przyjmuje się za 100%. Czarne słupki oznaczają liczby napadów przy zwykłej djeicie, kreskowane przy małochlorowej. Wykres I. dotyczy trzydziestoletniej osoby, która od samego dzieciństwa cierpiała na napady drgawkowe. Przy zwykłej djeicie i 5,0 NaBr. wybitne zmniejszenie się liczby napadów do kilku miesięcznie. Od roku zupełnie bez napadów przy 3 tabletkach Sedobrolu.



№ 2

Wykres II dotyczy 31-letniej kobiety, która w przeciągu 12 lat miała przeszło 3000 napadów. Przy małochlorowej djeicie i 5,0 bromków wybitna poprawa. Od 2ch lat jest zupełnie wolna od napadów.



№ 3.

Jeszcze efektywniejszy jest wykres III. Chodzi o 28-letnią kobietę, która choruje od 11-go roku życia. W pierwszym miesiącu po wstąpieniu do Zakładu 114 ciężkich i lekkich napadów, w drugim przy 2—5 gr. NaBr. — 28 (tylko 4 ciężkie); w 3-im 35 (jeden ciężki); w 4-ym jeden napad; w 5-ym — 6 (jeden ciężki). Przy małochlorowej djeicie i 5,0 NaBr. ciężkie napady zupełnie ustępują, było tylko kilka lekkich zawrotów głowy. Po 5-ciu kwartałach zmniejszono dawkę bromu do 4,0. Po 2-ch latach zezwolono na zwykłą chlorową dietę, po 3-ch latach dawkę bromu zmniejszono do 1,5, a po 4-ch latach bromu zupełnie zaprzestano. Pacjentka jest zdrowa i pracuje w gospodarstwie domowym.

Wspominałem już kilka razy o luminalu (przemianowanym przez francuzów na gardenal), który zaczęto stosować w padaczce przed wojną światową. Jest to bezspornie znakomity środek przeciwdrgawkowy. Według doświadczeń Bickelera, tak samo jak brom, obniża pobudliwość kory mózgowej. Luminal można stosować całe lata. Objawy przewlekłego otrucia należą do wielkich rzadkości. I tu przy luminalu wskazana jest dieta przeważnie jarska z unikaniem napojów wysokowych i t. p. Dawkowanie luminalu nie jest tak ściśle ustalone. Dajemy zwykle 0,1—0,2, w postaci tabletek, najlepiej na noc. Można jednakże bezkarnie dojść i do większych dawek (0,3). Zwykle jednakże stosuje się luminal wraz z bromkami (4—6,0 NaBr. w ciągu dnia i 0,1 luminalu na noc). Mam wrażenie, że ta kombinacja jest obecnie powszechnie najchętniej zalecana. Przy specjalnej wrażliwości skóry na preparaty bromowe należy, oczywiście, pościłkować się wyłącznie luminalem¹⁾.

Chorzy i ich otoczenie często zadają pytanie, kiedy narzeczcie zaprzestaną zażywać bromu i luminalu. Niestety, przeważna część chorych czyni to sama po kilkutygodniowym albo kilkumiesięcznym wolnym od napadów okresie z wielką dla siebie krzywdą — występują bowiem napady z większym jeszcze natężeniem. Z przytoczonych wyżej historii chorób Ulricha widzieliśmy, jak długo w specjalnych zakładach, mających pod tym względem największe doświadczenie, stosują leczenie nawet wtedy, kiedy chory jest wolny od napadów. W ambulatoryjnej praktyce, a przeważna część epileptyków. zwłaszcza u nas, gdzie wcale niema specjalnych dla nich zakładów, lecz się ambulatoryjnie, taka dłuższa kuracja napotyka na ogromne przeszkody. Sam jednakże spostrzegalem szereg epileptyków w przeciągu wielu lat. O ile przechodzi przynajmniej rok wolny zupełnie od napadów, można próbować nieco zmniejszyć dawkę Br., ewentualnie dawać luminal co drugi dzień. Ale, niestety, widywałem w takich razach nawroty napadów i byłem zmuszony stosować dawne dawki.

Im dłużej więc się uda chorego trzymać na bromkach i luminalu, tem lepiej. Niektórzy radzą, jak w przymocie,

1) Przed kilku laty duże wrażenie zrobiła praca Pierre Marie o nadzwyczajnych wynikach podwójnej soli winianu borowego i winianu sodowego. Stosowałem ten preparat w wielu przypadkach zupełnie bez skutku. O ile wiem, do takich samych ujemnych wyników doszli i inni lekarze. I o tym preparacie ostatnio zupełnie ucichło.

1) Zwykle radzę chorym lub otoczeniu notować ściśle każdy większy i mniejszy napad. Takie księgowanie napadów jest najlepszą kontrolą, wskaźnikiem skuteczności terapii. Wpływa też dodatnio na psychikę chorego.

2) A. Ulrich. Mittheilungen uber fünfjährige Erfahrungen der Epilepsiebehandlung bei salzarter Kost. Münch. med. Wochn. 1912, Nr. 36 i 37

zawsze co rok przejść 1—2 miesięczną kurację bromową. Ze względów teoretycznych nie sądzę, żeby była ona uzasadniona. Raczej wskazaniem jest przez kilka lat przynajmniej trzymać jeszcze chorego na mniejszych dawkach bromu i luminalu. Chciałbym jeszcze dodać, że jakkolwiek bromki nie mają takiego widocznego wpływu na równoważniki napadowe, jak na napady drgawkowe to jednakże nie są zupełnie bez wyniku i w tym kierunku i wskutek tego do systematycznego leczenia trzeba przystąpić i w razie małych napadów. Padaczka wszak często zaczyna się od małych napadów, które stopniowo, z biegiem czasu przechodzą w duże ogólnodrgawkowe. Dając więc na samym początku bromki, względnie luminal, zabezpieczamy prawdopodobnie chorego od mogących wybuchnąć dużych napadów.

Przyjmując pod uwagę przewlekły przebieg padaczki i skrupulatność, zwłaszcza pod względem diety i całego sposobu życia, których długoletnie leczenie wymaga, i te nieobliczalne krzywdy, które epileptyk może sobie i swemu otoczeniu podczas napadu wyrządzić, szczególnie tam, gdzie w okolicach ponapadowych występują jeszcze zaburzenia psychiczne, przyjmując to wszystko pod uwagę, trzeba sobie powiedzieć, że właściwe, systematyczne leczenie epileptyków powinno się odbywać w specjalnych zakładach. Spokojne zrównoważone życie zdaleka od pokus wielkomiejskich (wysok) i ciężkich, z walką o byt połączonych przeżyć, przy stałym spostrzeganiu lekarskiem — jest już niezawodnie znakomitą pomocą pomocniczą w leczeniu padaczki. Na Zachodzie i w północnych Stanach Zjednoczonych istnieją też oddawna specjalne dla epileptyków zakłady. Osobiście znam dwa takie zakłady — Wuhlgarten pod Berlinem i Alsterdorf pod Hamburgiem. Mają szkołę dla młodszej dziatwy i warsztaty dla star-

szych chorych. Cierpiący na częste napady mają specjalne, bardzo celowe, wymateracowane łóżka i t. p. Lekarze zakładowi z zadowoleniem jednobrzmiąco mówią o dobrych wynikach pobytu zakładowego. Po opuszczeniu na pewien czas zakładu chorzy przeważnie wracają z ciężkimi napadami. Przy dobrej gospodarce, a głównie umiejętnym wyszkoleniu pracy każdego chorego utrzymanie takiego zakładu nie jest połączone z dużymi wydatkami, a pożytek społeczny, który taki zakład przynosi, jest wprost nieobliczalny. Na I-ym Zjeździe Neurologów, Psychjatrów i Psychologów Polskich w Warszawie w 1910 roku piszący te słowa wystąpił z wnioskiem utworzenia w Polsce specjalnego zakładu dla epileptyków. Wniosek został oczywiście jednogłośnie uchwalony. Ale zakładu takiego dotychczas niema. Ostatnio Magistrat Warszawski znów się tą sprawą zainteresował. Bodałby ze skutkiem realnym.

O tem, jak należy postępować z chorymi podczas samego napadu, nie wiele jest do powiedzenia. Absolutny spokój i ochrona chorego od możliwych uszkodzeń a także usunięcie ściskającego szyję kołnierzyka. W status epilepticus od stosowanego zwykłego wodanu chlorału nie widziałem zachęcających wyników. Kilka razy zastosowałem z dobrym skutkiem lekką narkozę chloroformową.

Pozostaje jeszcze omówienie leczenia chirurgicznego padaczki, które było już zalecane przez Hipokratesa i jeszcze daleko przedtem prawdopodobnie stosowane u Peruanczyków. Kwestja ta ma olbrzymią literaturę i niemało zwolenników, do których sam z pewnemi zastrzeżeniami należę. Wojna wszechświatowa dostarczyła tu ogromnego materiału i znakomicie pogłębiła jednostroną naszą wiedzę. Sprawę tę omówię w następnym artykule.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału chorób nerwowych i wewnętrznych dr. L. E. Bregmana w szpitalu na Czystem.

W sprawie leczenia nowotworów mózgu promieniami Roentgena *)

Pościł

L. E. BREGMAN (Warszawa).

W pracy niniejszej zamierzam najpierw podać szczegółowy opis przypadku nowotworu mózgu, w którym leczenie promieniami Roentgena dało wynik b. pomyślny i długotrwały i który zarazem służyć może za ilustrację techniki i biegu leczenia, a następnie dać krótki rzut oka na kilka innych przypadków, w których leczenie to stosowałem i na osiągnięte w nich wyniki.

Przyp. I. Franc. Głal., l. 53, szewc, wstąpił na oddział w dn. 9.XII 1923.

Choroba zaczęła się przed półrokiem od ogólnego osłabienia. Potem wystąpiły silne bóle głowy, zwłaszcza nad prawym okiem; bólowi towarzyszyły nudności. W tym samym czasie chory zaczął gorzej widzieć, jakby przez mgłę. Po kilku tygodniach zaczął powlóczyć lewą nogą, a nieco później skrzywiła mu się twarz.

W końcu listopada nastąpiło znaczne pogorszenie, bóle głowy wzmogły się, przyłączyły się wymioty; wzrok jeszcze się pogorszył, pamięć osłabła, wystąpił wybitny niedowład lewych kończyn; chory przestał pracować, leżał przeważnie w łóżku.

Chory przybył do szpitala w stanie ciężkim. Przytomność zamroczonea. **Torpor cerebri**, oddaje bezwiednie mocz kał pod siebie, nie może sam usiąść.

Tętno około 70. Nad wierzchołkiem serca szmer skurczowy. Mocz bez zmiany.

Wybitny niedowład lewych kończyn z dużym ograniczeniem ruchów w odcinkach obwodowych, z udziałem N. VII, wzmocnieniem odruchów ścięgowych i dodatnim odruchem Babinskigo. Czucie zachowane.

Na obu oczach tarcza zastoinowa z krwotokami w najbliższym sąsiedztwie tarczy. Siła wzroku na pra-

wem oku 5/60, na lewym — 5/20. Na prawym oku od dzieciństwa zez r. zbiteżny. Pole widzenia ograniczone. Przy opukiwaniu czaszki prawa okolica czołowa bolesna.

Rozpoznaliśmy nowotwór prawej półkuli mózgowej. 17.XII rozpoczęto leczenie promieniami Roentgena (dr. N. Mesz). 1-a serja dcświadczeń trwała od 17.XI—1.XII, 2-a od 30.I—3.II, 3-a od 5.III—11.III. W każdej serji naświetlano 4 pola: okolice czołowo-ciemiennową prawą, okolice czołową prawą, okolice skroniową prawą i okolice skroniową lewą, w 3-iej serji okolice potyliczną. Oległość naświetlanego pola od antykady = 26 cm., napięcie prądu 110 kilo wolt, siła prądu 2,5 MA; filtr cynkowy grubości 0,5 mm. oraz aluminiowy 1,5 mm. Każde naświetlanie trwało 20 minut.

W czasie dokonywania 1-szej serji naświetlań bóle głowy i wymioty wzmogły się, chory twierdził, że jest mu gorzej. Aliści już w kilka dni po ukończeniu tej serji stan chorego zaczął się poprawiać: bóle głowy zmniejszyły się, chory przestał się zanieczyszczać, po 3 tygodniach chory sam bez pomocy siadał w łóżku, niedowład połowiczny zmniejszył się.

12.I przemijające pogorszenie w postaci silnych bólów głowy, zwolnienie tętna (do 50) przy ciepocie 37,4° i sztywności karku. Nasilenie to trwało 1—2 dni, potem stan chorego w dalszym ciągu poprawiał się. W tydzień po 2-iej serji naświetlań chory zaczął wstawać z łóżka; początkowo posuwał przed sobą krzesło, potem chodził bez krzesła. Bóle głowy znacznie się zmniejszyły, badanie wzornikowe wykazywało tarczę zastoinową, ale stopień obrzęku twarzy był mniejszy. wyniosłość 1,5—2,0 D = 1/2 mm (kol. Arkina).

Obecnie (IV.1924) stan chorego jest następujący: bóle głowy ustaly prawie zupełnie, chory cały dzień spędza poza łóżkiem. pomaga przy pielęgnowaniu chorych, niedowład jest b. nieznaczny, chory podnosi l. rękę do tej samej wysokości, co i prawą. Granice tarcz są jeszcze lekko zatarte, wyniosłość ich = 0. Siła wzroku l. oka = 5/15, pr. = 5/30.

Mamy zatem do czynienia z przypadkiem nowotworu mózgu, w którym leczenie promieniami Roentgena dało wyniki wcale zadowalające. Stopniowy rozwój objawów, bóle głowy z wymiotami, osłabienie wzroku, tarcza zastoinowa z krwotokami, **torpor cerebri** nie pozostawiały od samego początku wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z nowotworem mózgu. Niedowład połowiczny lewostronny wskazywał na pr. półkulę mózgową.

*) Podług odczytu na posiedzeniu klinicznym Tow. Medycyny Społecznej w dn. 5.IV 1924.

Umiejscowienie to — w półkulach mózgowych — należy do najczęściej spotykanych, co w pewnej mierze tłumaczy się tem, że półkule mózgowie stanowią większą część masy mózgowia. Rozpoznanie nowotworu i umiejscowienie go jest naogół w tych przypadkach d. łatwe, zwłaszcza, o ile ogranicza się do wskazania dotkniętej półkuli lub, co najwyżej, do określenia, czy nowotwór znajduje się w przedniej lub tylnej części półkuli: zaburzenia czucia, a jeszcze bardziej niedowidzenie połowicze, towarzyszące porażeniu, świadczą o zajęciu tylnej części półkuli. Dokładniejsze umiejscowienie nowotworu, w szczególności orzeczenie, czy nowotwór mieści się w okolicy zwojów środkowych lub ich najbliższym sąsiedztwie, czy też w koronie promienistej, czy bliżej lub dalej od powierzchni mózgu, napotyka prawie zawsze nieprzezwyciężone przeszkody. Przed paroma laty pokazałem w Tow. Neurologicznem *) przypadek, w którym objawy ogólne uciskowe rozwinęły się szybko, równocześnie powstało porażenie połowicze z zaburzeniami czucia, porażenie, które odrazu objęło całą połowę ciała: te okoliczności upoważniły nas do umiejscowienia nowotworu w głębi półkuli, tembardziej, że w przebiegu choroby nie spostrzegano wcale drgawek postaci Jacksonowskiej. Ku niemałemu naszemu zdziwieniu oględziny pośmiertne wykazały nowotwór podkorowy w okolicy brzozy Rolanda, który z łatwością dałby się usunąć drogą operacyjną.

Z powodu wyluszczonej trudności rozpoznawczych w omawianych tu przypadkach zabieg chirurgiczny o charakterze radykalnym miał małe względnie widoki powodzenia. Przystępując do operacji, która w tych razach z uwagi na stan ogólny, objawy uciskowe, a w szczególności na obawę utraty wzroku jest nieodzowna i z którą, jak mnie doświadczenie nauczyło, nie wolno zwlekać, musieliśmy sobie z góry powiedzieć, że zabieg nasz najprawdopodobniej ograniczy się do trepanacji paljatywnej (dekompresyjnej), t. j. do otwarcia czaszki i, co najwyżej, przecięcia opony twardej. Zabieg taki przynosi wprawdzie choremu ulgę, usuwa bóle głowy i zapobiega dalszemu pogarszaniu się wzroku, jednakowoż nowotwór pozostaje, a wzmógłony ucisk wewnątrzczaszkowy niechybnie prowadzi do wypadnięcia części mózgu (prolapsus). W tych przypadkach zaczęliśmy już przed kilkoma laty stosować po operacji leczenie promieniami Roentgena. Wyniki tych naświetlań przedstawiłem w r. 1921 na posiedzeniu lekarzy szpitalnych i Tow. Neurologicznego **). W 1 przypadku (przyp. II), w którym trepanacja paljatywna zapobiegła dalszemu obniżeniu się wzroku, ale potem nie wpłynęła na zmianę obrazu chorobowego, promienie Roentgena, zastosowane po upływie 1½ miesiąca, dały znakomitą poprawę: bóle głowy ustały, porażenie połowicze ustąpiło w dużej mierze, chory zaczął chodzić i zajmować się. Poprawa trwała 2—3 miesiące, poczem nastąpiło pogorszenie i pomimo ponownych naświetlań rozwinęło się charłactwo, zakończone po paru tygodniach śmiercią.

Zachęcony poprawą, którą w tym przypadku osiągnęliśmy, zastosowałem to samo leczenie — trepanacja paljatywna — w 2-im analogicznym przypadku (przyp. II) nowotworu lewej półkuli, tu jednakże z wynikiem całkowicie ujemnym: zaznaczyć jednak muszę, że w tym przypadku rozpoczęto leczenie w b. posuniętym okresie choroby, ponieważ przedtem rodzina chorego nie chciała się zgodzić na operację.

Wreszcie, w innym przypadku (przyp. IV) — nowotwór prawej półkuli, porażenie połowicze lewostronne, drgawki Jacksona w okresie początkowym choroby — chory był operowany w Wiedniu (w klinice Eiselsberga): nowotwór nie był wyluszczonej, po operacji nastąpiło wypadnięcie mózgu; promienie Roentgena zastosowano w Wiedniu wnet po operacji, a potem w Warszawie po sześciu tygodniach. Bóle głowy ustały, wypadnięta część mózgu spłaszczyła się i przestała być wrażliwa na ucisk, ale wkrótce potem powstały nowe objawy — porażenie mięśni ocznych, zaburzenia łykania, zaburzenia oddechowe, zaburzenia przy oddawaniu moczu. Objawy te kładliśmy na karb drażniącego działania promieni Roentgena, które w pewnych warunkach przyczynić się mogą do rozrostu i rozsiewania się (disseminatio) nowotworu.

W ostatnich latach, dzięki udcsonaleniu przyrządów Roentgena, a zwłaszcza rur, stała się możliwa t. zw. terapia głęboka, którą zastosowano także w nowotworach mózgu bez uprzedniej trepanacji. Nie będę w tem miejscu przytaczał odnośnego piśmiennictwa, które czytelnicy znajdą w wyczerpującej pracy kolegi E. Flataua *), poświęconej temu samemu przedmiotowi. Oprócz szeregu nowotworów przysadki mózgowej, które z wielu względów zajmują stanowisko odrębne, Flatau podaje 7 przypadków nowotworów, które leczyl promieniami Roentgena. We wszystkich, tak samo jak w naszym przypadku, nowotwór mieścił się w półkulach mózgowych. W 4-ch osiągnięto poprawę, trwającą od 2—13 miesięcy; w 1-ym była również znaczna poprawa, aliści po 2 miesiącach nastąpiło pogorszenie i dalsze naświetlania nie odniosły skutku; w 1-ym promienie nie działały wcale, być może z tego powodu, że nowotwór znajdował się nie w tej półkuli, która była poddana naświetlaniu; wreszcie w ostatnim przypadku, po naświetlaniu nastąpiło pogorszenie i zejście śmiertelne.

Na moim oddziale zastosowałem terapię głęboką, prócz przypadku nowotworu półkuli mózgowej, który wyżej podałem, w paru jeszcze przypadkach o różnem umiejscowieniu, o których w tem miejscu w krótkości opowiem.

Przypadek V. Chora B. K., l. 45 przybyła na oddział 11.X.23 w stanie ciężkim z objawami powiększenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, bólami i zawrotami głowy oraz wymiotami, które pojawiały się przy najmniejszym poruszeniu głowy i doprowadziły chorą do wielkiego wycieńczenia. Obustonna tarcza zastoinowa. Oczopląs przy patrzeniu na prawo. Przy chodzeniu chora zatacza się. Lekki bezwład lewej kończyny górnej. Powiększona pobudliwość narządu przedstonkowego z obu stron.

Choroba zaczęła się przed 8 tygodniami od kaszlu i duszności, po kilku tygodniach rozwinęły się ciężkie objawy mózgowie, wskazujące na sprawę uciskową, prawdopodobnie nowotwór, umiejscowiony w mózdzku. Po zastosowaniu promieni Roentgena (od 22.X do 31.X) stan chorej zaczął się poprawiać, wymioty i zawroty głowy ustały, bezwład s atyczny zmniejszył się, samopoczucie znakomicie się poprawiło. Niestety, poprawa trwała krótko, po kilkunastu dnach wystąpiły ciężkie objawy płucne: stłumienie w dolnych płatach obu płuc, stopniowo rozprzestrzeniające się ku górze, oddech cichy o charakterze nieokreślonym. Nakiucie próbne wykazało w jamie opłucny płyn krwawy, barwy ceglastej, zawierający sporo komórek nabłonkowych młodych w okresie dzielenia się (mitozy). Rentgenogram wykazał liczne ogniska rozsiane w obu płucach, najbardziej w dolnych płatach. Rozpoznając nowotwór płuc, poddałem chorą naświetlaniu płuc promieniami Roentgena, jednakowoż obawiając się zbyt szybkiego wchłaniania produktów rozpadowych nowotworu, kol. Mesz stosowałem tym razem promienie mniej silne. Wynik naświetlań był całkowicie ujemny, stan chorej stale się pogarszał. 23.XII exitus letalis.

Oględziny pośmiertne potwierdziły rozpoznanie nowotworu płuc i mózdzku. W mózdzku znalaziono większe ognisko w lewej półkuli oraz dwa mniejsze w prawej. Poza to dwa drobne ogniska w okolicy brzozy Rolanda. Ogniska lewej półkuli mózdzku różniły się wyglądem od innych, na przekroju było jakby rozmiękczone, badanie drobnowidzowe (kol. Jastrzębski) wykazało, że komórki nowotworowe (jądra i zaródź) barwiły się tu o wiele słabiej, a prócz tego stwierdzono liczne ogniska, w których tkanka nowotworowa uległa zmianom wstępnym. Według wszelkiego prawdopodobieństwa należy zmiany te przypisać działaniu promieni Roentgena.

Przypadek VI. Chora H. G., l. 51, przybyła do szpitala 22.III.24. Chora miewa od tygodnia napady drgawek Jacksona, które zaczynają się od skręcenia głowy w stronę lewą, poczem usta wykrzywają się również na lewo; następują drgawki lewej połowy twarzy i szyi, a niekiedy i lewej połowy ciała. Chora twierdzi, że w czasie napadu przytomności nie traci, z pewnością jednak stwierdzić tego nie udało się. Zrenice w czasie napadu oddziałują na światło leniwie, lewa jest nieco szersza od prawej. Wielokrotnie w napadzie przygryzła sobie język z lewej strony. Napad trwa

*) Neurologja polska Tom VII, zeszyt I Listopad—Grudzień 1923, str. 110.

**) Posiedz. d. 19.II 1921. Neurologja polska. T. VII, zeszyt I, str. 112.

*) E. Flatau. O radjoterapii guzów mózgu i rdzenia. Kwartalnik kliniczny Szpitala Starozakonných w Warszawie. Rok II, Nr. 4, październik 1923 i Revue neurologique 1924, Nr. 1—2.

około 30 sekund. Napady powtarzają się nadzwyczaj często, dniem inołą, w odstępach kilku minutowych.

Chora uskarża się na bóle głowy, bez ścisłego umiejscowienia. Czaszka przy opukiwaniu niebolesna. Lewa fałda nosowowargowa wygładzona, lewa szpara oczna nieco szersza od prawej, pokazuje zęby, marszczy czoło i zamyka oczy z lewej strony gorzej. Język wysunięty zbacza na lewo. Gałki oczne przy patrzeniu na lewo nie dochodzą do kąta szpary ocznej i wykazują pewną skłonność do zbaczenia w stronę prawą. Dno oczu bez zmian. Lykanie stałych pokarmów nieco utrudnione, mowa zamazana, dyzartryczna, z odcieniem nosowym.

Chora podaje, że już przed kilkunastu laty miewała w rzadkich odstępach napady drgawek ogólnych. Napadów takich było cztery. Czy były to napady padaczkowe, czy też hysteryczne, na zasadzie wywiadów rozstrzygnąć niepodobna. Napady drgawek częściowych natomiast były niewątpliwie natury padaczkowej. Ze względu na to, że stwierdziliśmy u chorej także objawy porażenia n. twarzowego i podjęzykowego oraz zaburzenia opuszkowe, nie mogliśmy zaliczyć tych napadów, które powtarzały się tak często, że stanowiły niemal — status epilepticus, do padaczki samoistnej, lecz musieliśmy przypuszczać podłoże organiczne, być może, ognisko nowotworowe. Nadmienić muszę, że chora jeszcze przed przybyciem do szpitala leczona była dużemi dawkami soli bromowych i luminalu. Te same środki otrzymała także w pierwszych dniach pobytu w szpitalu, tak samo jak i przedtem, bez najmniejszego wyniku. Od 26.III—31.III naświetlania promieniami Roentgena w okolicy skroniowociemieniowej prawej i lewej, okolicy czołowej i bregma. Już 28.III napady stały się rzadsze, a 30.III ustały całkowicie.

6.V chora powróciła na oddział w celu dokonania drugiej serii naświetlań. Napady padaczki częściowej ani razu się nie powtórzyły. Objawy porażne w zakresie nerwów czaszkowych również ustąpiły. Czy w przypadku tym mieliśmy istotnie do czynienia z nowotworem o umiejscowieniu korowem w okolicy zwojów środkowych, tego rozstrzygnąć nie możemy. W każdym bądź razie pomyślnie działanie promieni Roentgena na napady padaczkowe pochodzenia organicznego bezsprzecznie zasługuje na uwagę.

Przypadek VII. Chora R. W., lat 45, ze Zwolenia, przybyła na oddział 19.X.23. Od 2 lat głuchota lewego ucha, od 8 miesięcy opadanie lewej powieki, bóle głowy, podwójnowidzenie, od niedawna palenie lewej połowy języka i twarzy, osłabienie wzroku na lewem oku. Przedmiotowo: porażenie n. VIII typu obwodowego, zespół Hornera z lewej strony (lewa szpara oczna i lewa źrenica węższa, lewa gałka wpadnięta). Porażenie lewego n. VI. Lewa tarcza w części zewnętrznej odbarwiona. Zmniejszenie czucia w dziedzinie lewego n. V. Zniesienie smaku na lewej połowie języka, zarówno w części tylnej, jako i przedniej. Głuchota lewego ucha, spowodowana zajęciem ucha środkowego. Badanie gardła (kol. Karbowski) wykazuje nowotwór w okolicy ujścia trąbki Eustachjusza.

W szpitalu stan chorej jeszcze się pogorszył. Bóle głowy były nieustanne i bardzo silne, siła wzroku na lewem oku raptownie się zmniejszyla, przylączyło się porażenie n. III. Rozpoznaliśmy nowotwór na podstawie czaszki biorący punkt wyjścia z trąbki Eustachjusza i ucha środkowego i posuwający się ku środkowej jamie czaszkowej, gdzie spowodował porażenie szeregu nerwów mózgowych.

Od 6.XI do 12.XI naświetlania promieniami Roentgena. Wynik na razie zdumiewający: bóle prawie zupełnie ustały, porażenie n. III i V znacznie mniejsze, siła wzroku szybko się poprawiała. Poprawa ta okazała się jednak krótkotrwała, gdyż po kilku tygodniach bóle się ponowiły i nowotwór gardła zaczął się rozrastać. Ponowne naświetlania, niestety, nie przyniosły chorej żadnej ulgi.

Spostrzeżenia, które powyżej przytoczyłem, dowodzą niezbicie, że promienie Roentgena oddziaływać mogą pomyślnie na przebieg nowotworów mózgowych, i że działanie to daje się osiągnąć w nowotworach o różnym umiejscowieniu. Czy poprawa będzie długotrwała i czy uda się przez wielokrotne serie naświetlań, przez czas dłuższy powtarzane, doprowadzić do zupełnego wyleczenia, tego w obecnym stanie rzeczy przewidzieć niepodobna. Niektóre spostrzeżenia, jak np. moje przypadki IV i VII zdają się wskazywać na to, że działanie promieni Roentgena w wielu razach przy naświetlaniach powtórnych wyczerpuje się i że nie mają one

już mocy zatrzymania dalszego rozrostu nowotworu. Z drugiej strony jednakże podkreślić wypada przypadki, w których poprawa trwa długo, np. w przypadkach Flataua, dłużej niż rok, a w przypadkach Nordentofta $3\frac{1}{2}$ roku. Według wszelkiego prawdopodobieństwa znaczenie decydujące w tym względzie ma rodzaj nowotworu, jego budowa histologiczna, której na zasadzie badania klinicznego prawie nigdy dokładnie określić nie możemy. W każdym bądź razie spostrzeżenia, które powyżej przytoczyłem, są dowodem, że zbyt- ni pesymizm jest tu bynajmniej nieusprawiedliwiony. Stosowanie głębokiej terapii jest, jak już nadmienilem, rzeczą nową, liczba spostrzeżeń dotychczas względnie mała. Należy zebrać znacznie większy materiał, ażeby móc dać odpowiedź na szereg pytań, które się nastroją, a zwłaszcza na pytanie, jakie przypadki najbardziej do leczenia tego się nadają, i w jakich oczekiwać możemy najlepszych wyników. Najtrudniejsza jest decyzja w przypadkach, w których możliwą się wydaje operacja radykalna nowotworu. Ponieważ w przypadkach tych nowotwór umiejscowiony bywa zwykle bliżej powierzchni mózgu, a zatem i działanie promieni może być w tych razach bardziej skuteczne, niektórzy autorzy radzą i w tych razach zacząć od naświetlań, inni natomiast są zdania, że należy chorego najpierw poddać operacji, potem zaś dopiero naświetlać w celu usunięcia ew. pozostawionych szczątków nowotworu, wzgl. zapobieżenia nawrotom. Natomiast w przypadkach, w których wyluszczenie nowotworu wydaje się niemożliwym albo mało prawdopodobnym, w których zatem zachodzi tylko kwestja dokonania trepanacji paljatywnej, dekompresyjnej, należy bezwarunkowo dać pierwszeństwo rentgenoterapii, dopiero wtedy, gdy przy ew. powtórnych naświetlaniach promienie okazałyby się mniej skutecznymi, zająć może potrzeba zabiegu operacyjnego.

Wskazania do stosowania radu w nowotworach mózgu są bardzo ograniczone i dotyczą tylko przypadków, położonych całkiem powierzchownie w korze mózgowej lub na niej. Przy naświetlaniach wtórnych, t. j. po dokonaniu zabiegu operacyjnego, stosowanie radu przed całkowitem zagojeniem się rany powinno być zaniechane ze względu na trudność zachowania aseptyki.

Jak dalece różne, nastrożające się w praktyce wątpliwości, trudne są do rozstrzygnięcia, dowodzi piśmiennictwo ginekologiczne, w którym sprawa leczenia promieniami Roentgena rozstrząsana jest od kilku lat i dotąd nie schodzi wcale z porządku dziennego. A przecież tu stosunki są prostsze i łatwiejsze, aniżeli w dziedzinie nowotworów mózgu: niema bowiem pokrywy kostnej, zasłaniającej promieniem dostęp do nowotworu, umiejscowienie nowotworu i określenie jego budowy może być dokonane z największą ścisłością, i promienie skierowane być mogą niemal z matematyczną dokładnością na wskazaną okolice, a przytem z drugiej strony ew. zabieg operacyjny bywa łatwiejszy i mniej niebezpieczny. Wbrew temu w nowotworach mózgu dokładne umiejscowienie możliwie bywa zaledwie w małej części przypadków, a jeszcze rzadziej możemy orzec, jakiego rodzaju jest nowotwór. Atoli nadmienić trzeba, że i w nowotworach mózgu znać należy niektóre czynniki pod względem rokowania w rentgenoterapii za pomyślnie, (Beclère)¹⁾ mianowicie: 1) że nowotwory te nie dają prawie nigdy przerzutów do innych narządów; 2) że tkanka mózgowa, o ile wnioskować z dotychczasowych spostrzeżeń, doskonale promienie znosi; wreszcie 3) że znaczna część nowotworów (około połowy) należy do grupy glejaków, który to rodzaj nowotworu ma wszelkie cechy, czyniące go najbardziej podatnym na działanie promieni Roentgena: komórki prawie wcale nie zróżniczkowane, szybko się rozmnażające, dlatego dużo postaci w okresie dzielenia się (mitoses), mało tkanki międzykomórkowej.

W końcu pragnąłbym zwrócić uwagę czytelników na pracę autorów genewskich, Kottzarella i Weyla²⁾, która, jeśli fakty, tam podane, istotnie odpowiadają rzeczywistości, wywołać może przewrót w naszym postępowaniu rentgenoterapeutycznym. Autorzy zastrzykiwali dożylnie chorem, dotkniętym nowotworem, roztwór koloidalny (np. autoserum), przenośny emanacją radu (α, β, γ), przytem wzmacniali emanację promieni α przez dodanie ciała radioaktywnego, obfitującego w promienie α . Największą ilość emanacji, którą dało

1) Beclère La radiothérapie des tumeurs de l'encéphale Paris Medical 1923, Nr 5, ref. Presse Médicale Nr. 26.

2) Kottzareff et Weyl. La fixation élective des substances radioactives par les cellules jeunes et néoplasiques Presse médicale 1923, Nr. 89.

się wprowadzić do małej ilości (1—10 cm³) wspomnianego powyżej roztworu, odpowiadała 25 milicurie. Na płycie fotograficznej, umieszczonej w przebiegu żyły, do której ów płyn zasrzyknięto, spostrzega się (po wywołaniu) przejście substancji radoczynnej. W kilka minut po zastrzyknięciu, płyta substancji tej już nie wykazuje, natomiast klisza, ułożona w miejscu nowotworu, odtwarza w całości obraz nowotworu, jego wielkość i kształt. Również dokładnie otrzymujemy na kliszy wszelkie przerzuty nowotworowe, jakie na zasadzie badania klinicznego wywnioskować można, ale i takie, które objawów klinicznych nie dają wcale. W drugiej serji doświadczonych autorzy zastrzyknęli ten sam płyn zwierzętom ciężarnym i otrzymali w parę godzin później na kliszy fotograficznej dokładny obraz płodu; po urodzeniu młodych matka nie wykazuje żadnych substancji radoczynnych, noworodek zaś daje obraz o różnym natężeniu promieni.

Fotografie tą drogą otrzymane, autorzy nazwali **curiegrafiami**. Powstają one skutkiem elektrycznego przyciągania substancji radokoloidalnych przez komórki młode nowotworowe. Dalszym dowodem oddziaływania na nowotwór wzmiankowanych zastrzyknięć są zmiany, spostrzegane w budowie nowotworu: liczba komórek, będących w okresie dzielenia się, w 1—2 tygodni po zastrzyknięciu zmniejsza się, a jądra komórek wykazują objawy zwyrodnienia (**Caryorhexis, Caryolysis**).

Spostrzeżenia autorów genewskich muszą być sprawdzone przez dalsze badania, w szczególności należałoby stwierdzić, na co zwrócił moją uwagę w rozmowie prywatnej dr. Wertenstein, kierownik pracowni radiologicznej T-wa Naukowego, czy narządy, względnie płody, w których nastąpiło elektryczne zatrzymanie substancji radokoloidalnych, zawierają istotnie (przy badaniu pośmiertnym) większą ilość emanacji radowej. Gdyby badania te okazały się zgodne z twierdzeniem wymienionych autorów, leczenie dotychczasowe naświetleniem promieniami Roentgena lub przykładaniem radu mogłoby być zastąpione i zastąpione zastrzykiwaniem płynów radoczynnych.

Z oddz. chorób skórnych i wenerycznych Szpitala na Czystem.
(Ordynator: Dr. St. MARKUSFELD).

O skórze krętej ciemienia.

[*Cutis verticis gyrata*].

Podał

Dr. J. MERENLENDER (Warszawa), asystent oddziału.

W 1906 roku Jadassohn przedstawił na zjeździe dermatologicznym w Bernie przypadek, w którym skóra ciemienia, na wygląd prawidłowa, była pofałdowana wskutek utworzenia się osobliwych brózd, uwidaczniających się wyraźnie przy zsunięciu do wewnątrz skóry z boków czaszki.

Cierpienie to, nazwane przez Jadassohna (*Cutis verticis gyrata* (c. v. g.)), określone było przez niego, jako zбочenie, polegające na osobliwym wytwarzaniu się brózd na ciemieniu. W 1907 roku ogłosił Unna, a potem i inni podobne przypadki; zmiany występowały nie tylko na ciemieniu, ale i na czole lub karku, a nawet na całej uwłosionej części głowy i były przeważnie obustronne.

W przypadkach tych fałdy występowały równolegle lub też były skrócone, wytwarzając powierzchnię podobną do zakrętwów mózgu. Doprowadziło to do zmian w terminologii, jak „*Cutis verticis striata*“ (Verres), „*Cutis capitis gyrata*“ (Kraus), „*Cutis verticis mammelonata*“ (Pasini).

Zasadniczym objawem w anomalji, opisanej przez Jadassohna i Unnę, jest tworzenie się fałd i brózd, a nie ich postać i rozprzestrzenienie.

W piśmiennictwie polskim znalazłem tylko jedną pracę Racinowskiego oraz streszczenia pokazów Chęcińskiego i Sabata.

Ze względu na tak szczupłe piśmiennictwo polskie o tym przedmiocie pozwałam sobie omówić w ogólnym zarysie dane, zdobyte dotychczas o tem zбочeniu, oraz opisać własne spostrzeżenia.

C. v. g. jest naogół zбочeniem dość rzadkiem: w Anglii, na przykład, pierwszy typowy przypadek był demonstrowany przez Hannaya¹⁵⁾ dopiero w 1923 roku.

Według Bernhardta¹⁶⁾ i innych autorów schorze-

nie występuje niemal wyłącznie u mężczyzn po 20 roku życia, aczkolwiek Darier¹⁷⁾ i Griepkow¹⁸⁾ en spostrzegali je i u młodych dziewcząt.

Co się tyczy etjologii c. v. g., to Jadassohn i Unna myśleli o zбочeniu wrodzonym, nie mogli jednakże uzasadnić tego poglądu. Natomiast Verres i Lutati przypuszczali pochodzenie zapalne; Pospiełow zaś przypuszcza, że ma się tu do czynienia z wrodzoną skłonnością, która zostaje pobudzona przez sprawę zapalną.

Fischer¹⁾ dokładnie przestudjował 128 przypadków (ogłoszonych do 1922 roku — w pracy podane jest całe piśmiennictwo do tego roku), tworzenia się fałd i brózd, gdyż do tego czasu pod mianem c. v. g. były opisane różnorakie pod względem przyczynowym i chorobotwórczym zmiany, wyłącznie na podstawie podobieństw zewnętrznych.

Jeżeli w pojęciu c. v. g. uwzględnimy się czynniki etjologiczne, to wszystkie do końca 1924 roku, ogłoszone przypadki w liczbie 136 można podzielić na następujące grupy*).

I. Przypadki, w których przypuszcza się pochodzenie zapalne.

Verres ogłosił 11 przypadków c. v. g., z których 2 były badane histologicznie. Na podstawie swych przypadków doszedł on do wniosku, że sprawa powstaje na tle przewlekłego zapalenia skóry głowy. Rouvière stwierdził współistnienie trądzika bieżnowatego z c. v. g., a Andry — współistnienie czyrączności i liszajca.

Vignolo-Lutati opisał przypadek c. v. g., który powstał na tle bliznowaciejącego zapalenia torebek włosowych karku. Do tej grupy należy i przypadek Racinowskiego²⁾, gdzie obok c. v. g. były objawy kiły wrodzonej, które ustąpiły pod wpływem swoistego leczenia, natomiast c. v. g. nie uległa zmianie. W przypadku tym, badanym histologicznie, była sprawa zapalna o charakterze wybitnie przewlekłym, umiejscowionym wyłącznie w głębszych warstwach skóry; ostatecznym produktem sprawy zapalnej było według autora powstanie sklerotycznych zmian w skórze.

II. Przypadki na tle urazu.

Hecht³⁾ opisuje przypadek, w którym momentem wywołującym był uraz — zranienie przed 10 laty.

Stühmer⁴⁾ widział c. v. g. na czole i nawiązuje zmianę tę do urazu — chory był przed 10 laty przejechany przez cyklistę; poza to w tym przypadku autor stwierdził ręce zgrubiałe oraz nabrzmienie końców palców, brak natomiast objawów akromegalji.

Do tych 2-ch przypadków pochodzenia urazowego dołączyłbym trzeci, spostrzegany przeze mnie w lecie 1924 r. i demonstrowany w październiku tegoż roku na posiedzeniu Sekcji klinicznej „Medycyny Społecznej“ w Warszawie.

Przypadek ten dotyczył 41-letniego szewca R. S., który zgłosił się do mnie z powodu wyrzutów na czole. Przy badaniu wykwitów przypadkowo spostrzegłem c. v. g. na ciemieniu. O fałdach tych chory nic nie wiedział. Wywiady dały wynik następujący: chorób poważnych nie przechodził, lues negatur, jest żonaty i ma zdrowe dzieci; wśród krewnych podobnych zmian (c. v. g.) niema; 15 lat temu został uderzony kamieniem w głowę, mianowicie w ciemię.

Chory — tegi, wysoki mężczyzna, prawidłowej i silnej budowy, dobrze odżywiany. Na skórze tułowia i kończyn zmian patologicznych nie widać.

Narządy wewnętrzne, układ nerwowy bez zmian; brak objawów akromegalji.

Mocz nie zawiera składników patologicznych.

Badanie krwi wykazało erytrocytów 4200000, leukocytów 7500.

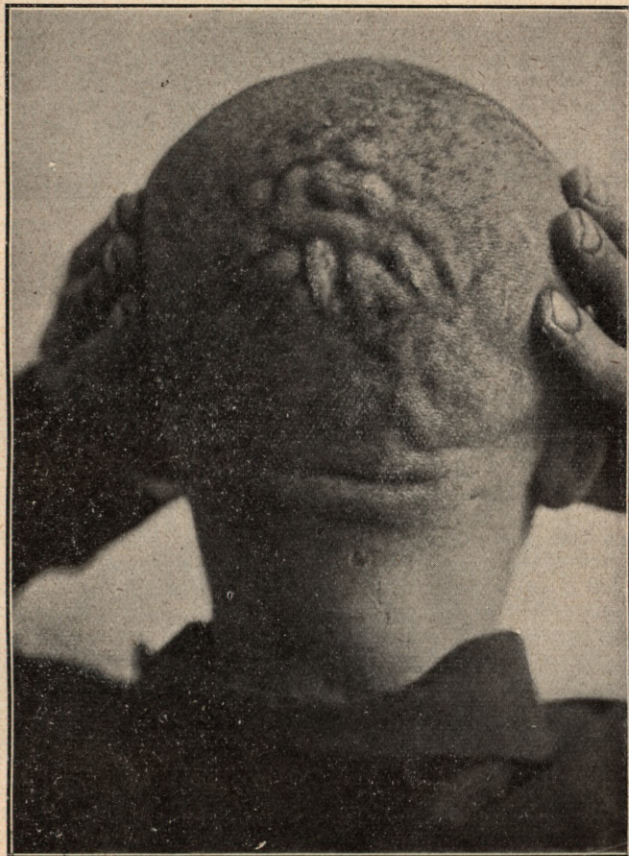
Wzór krwi: komórek obojętnochłonnych — 50%, limfocytów — 41%, monocytów — 3%, kwasochłonnych — 6% (znaczące powiększenie liczby limfocytów i kwasochłonnych).

Odczyn Wassermanna (we krwi) — ujemny.

Skóra owłosionej części głowy: gdzieś rozrzucone (wielkości małego grochu, koloru brązno-czerwonego) nacieczenia dookoła torebek włosowych,

*) W planie niniejszej pracy trzymałem się podziału, podanego przez Fischera z dodaniem nowej grupy „urazowej“.

niektóre z nich pokryte żółtawymi strupkami; wykwitły te (*acne varioliformis*) są gęściej usiane na pograniczu owłosionej skóry głowy i czoła. Umiarkowany łojotok owłosionej skóry głowy i na twarzy. Włosy czarne, gęste, na wygląd prawidłowe. Skóra okolicy ciemieniowej zgrubiała, ułożona w fałdy kręte, szerokości około 1 cm., przypominające z wyglądu zakręty mózgu (patrz fotograf. Nr. 1).



Fotogr. Nr. 1.

Fałdom odpowiadają liczne brózdki (około 12 - tu), przebiegające mniej więcej w kierunku strzałkowym. Przy bocznym obustronnym ucisku do wewnątrz, fałdy wypuklają się lepiej. Na krótkiej, środkowej, najbardziej pionowo przebiegającej fałdzie widoczna jest podłużna blizna, długości około 2 cm. Klinicznie nie występowały objawy zapalne skóry (fałdowanej).

Pozatem w okolicy potylicznej widoczne są dwie dłuższe brózdki i odpowiadająca im fałda, przebiegająca poprzecznie.

Badanie histologiczne skóry, wyciętej z pogranicza fałdy i brózdki, wykazuje:

Naskórek: naogół prawidłowy, wykazuje nieznaczna hyperkeratozę; tu i ówdzie nieco ścieńczały.

Skóra właściwa: nieznaczne nacieki komórkowe, zwłaszcza w otoczeniu gruczołów łojowych i cokolwiek dookoła naczyń, towarzyszących gruczołom łojowym. Nacieki przeważnie z komórek tkanki łącznej. Włókna klejorodne i elastyczne bez zmian. Niektóre naczynia — rozszerzone i napełnione krwią.

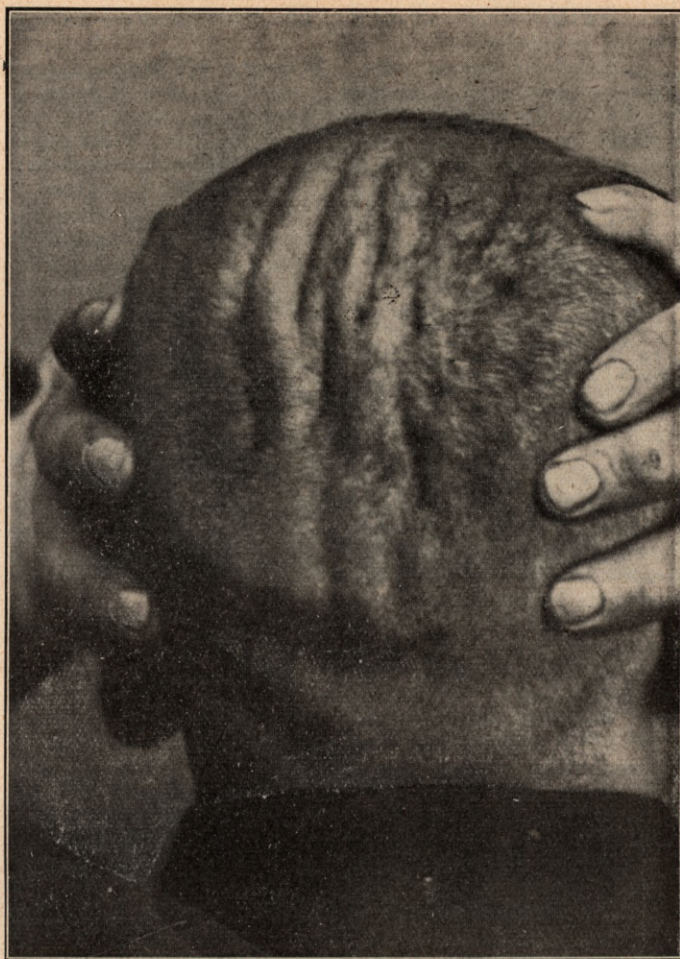
Gruczoły: prawidłowe

Włosy: zmian nie wykazują.

Z powyższego badania wynika, że mamy do czynienia ze sprawą lekko zapalną, umiejscowioną w podbrodawkowej części skóry właściwej.

Już po oddaniu pracy do druku miałem możliwość spostrzeżenia **czwartego przypadku** c. v. g., który powinien być zaliczony do wyżej opisanej II grupy.

Sprawa dotyczyła chorego R. A., robotnika lat 34-eh, który w lutym r. b. zgłosił się do mnie w ambulatorjum Kasy Chorych z powodu pryszczycy łojotokowej na głowie. Chory ten miał pozatem c. v. g. (jak to uwidocznione na fotogr. Nr. 3).



Fotogr. Nr 3

Skóra owłosionej części głowy rozrośnięta i ułożona w fałdy przeważnie w obrębie blizny (przebiegającej pionowo i długości 4 cm.) na ciemieniu; blizna ta jest skutkiem uderzenia siekierą w głowę przed 7-ma laty.

Chory cech degeneracyjnych nie wykazywał; narządy wewnętrzne i układ nerwowy — bez zbroczeń od normy. Wassermann — ujemny.

III. Przypadki, w których ani zapalenie, ani uraz, jako momenty przyczynowe nie zostały stwierdzone.

Z 16-tu przypadków, dających się zaliczyć do tej grupy, 5 tylko było histologicznie badanych. Przypadki Vörnera i Vaelscha, nie wykazały żadnych zmian.

W przypadku Riehla niema mowy o wyniku badań, jest tylko zaznaczone, że nie było włókniaka.

Oppenheim podaje nowotwór — włókniak, jako podłoże cierpienia.

Przypadek Chęcińskiego⁵⁾ badany sekcyjnie i histologicznie (demonstrowany w 1911 roku na posiedzeniu lwowskiego towarzystwa lekarskiego) nie wykazał zapalenia, natomiast silny przerost tkanki łącznej, szczególnie skóry właściwej. W demonstrowanym przypadku Chęcińskiego skóra na przekrojach przedstawiała się, jako znacznie zgrubiała i osiągała 12—13 mm.; pod drobnowidzem widać było, że główny udział w tym przeroście bierze skóra właściwa, tkanka łączna podskórna natomiast jest prawie niezmienniona. Autor zwraca uwagę na znniejszą liczbę brodawek w swoim przypadku i na wybitnie przeroste mięśnie przywłóśne.

Tak samo Alderson¹³⁾ stwierdził zgrubienie skóry właściwej w przypadku, gdzie jednocześnie istniały pryszczycyca i zapalenie torebek włosowych.

Hudelo i Richon¹⁴⁾ w przypadku u 30-letniej kobiety stwierdzili histologicznie również zgrubienie łącznotkankowej części skóry; gruczoły łojowe i potowe były w stanie zaniku.

IV. Przypadki na tle akromegalji.

Sabat⁶⁾ pierwszy w 1911 roku zwrócił uwagę na tego rodzaju przypadki.

Demonstrował on w tow. lek. lwowskim rentgenogramy z przypadku *e. v. g.* u osobnika z akromegalją. Osobliwość ta uwydatniła się bardzo wyraźnie na rentgenogramie t. zw. strzałowym (promienie Roentgena przy prześwietlaniu szły w kierunku strzałowym). Na obrazie tym widać było nad cieniem sklepienia czaszki słabiej nasycony cień skóry — falisty, pochodzący stąd, że fałdy skóry opasują sklepienie czaszki w płaszczynach strzałowych. Prelegent uważał to ukształtowanie skóry czaszki w tym przypadku za jeden z objawów akromegalji, gdyż w przeroście akromegalicznym części miękkie biorą niekiedy udział w znacznie większym stopniu, niż kości. Podobnie się rzecz miała w danym przypadku, w którym przerost skóry był znacznie większy, niż przerost kości sklepienia czaszki, co znowu może mieć przyczynę w tem (według prelegenta), że dany osobnik był starszy — 38 lat, kiedy szwy czaszki są już zanikłe.

Według Sabata skóra ułożyła się w fałdy wskutek tej dysproporcji powierzchni skóry do powierzchni kości sklepienia czaszki. Sabat uważa też, że przebieg tych fałd świadczy o tem, że miejscem geometrycznym punktów silniejszego przyczepu skóry do sklepienia czaszki są linje, opasujące sklepienie czaszki; w płaszczynach strzałowych linjom tym odpowiadają brzozy między fałdami skóry.

Jak mi P. Dr. Sabat ustnie zakomunikował, spozstrzegal on 3 lata temu drugi podobny przypadek, który był przez niego demonstrowany na posiedzeniu naukowym w szpitalu Ujazdowskim.

Współlistnienie akromegalji z *e. v. g.* spozstrzegal też Adrian⁷⁾ u 29-letniego mężczyzny; rentgenogram wykazał znaczne rozszerzenie siodełka tureckiego. Badanie histologiczne wykazało zgrubienie skóry właściwej, w której znajdowały się pęczki włókien klejnorodnych. Adrian również jak i Sabat, mówi o dysproporcji między powierzchnią skóry i czaszki.

Piąty analogiczny przypadek spozstrzegal i opisał H. Fischer¹⁾.

Jak widzimy, trzech autorów podaje powiększenie skóry w *cutis v. g.*, jako objaw akromegalji.

V. Przypadki, w których podłożem zбочzenia był nowotwór o charakterze znamienia.

Silvestri, Malarti, Opin, Nöller, Ustinow, Fischer spozstrzegali 6 przypadków *e. v. g.* z równomiernym powiększeniem objętości skóry czaszki we wszystkich wymiarach. Wspólną cechą ich jest wrodzona obecność małego guza w skórze głowy, którego stopniowo i ciągle wzrost doprowadził do późniejszej zmiany skóry głowy. Ten wzrost guza trwał do 29-go roku. W przypadku Sprinza⁸⁾ uraz był bodźcem do powstania nowotworu o charakterze znamienia i o kształcie *e. v. g.*

We wszystkich tych przypadkach miało miejsce nietylko zgrubienie, ale i powiększenie powierzchni skóry w miejscach fałdowania. Albowiem, przy ogólnym powiększeniu skóry, doszło do dysproporcji między wymiarem czaszki i pokrywającą ją skórą w danym miejscu, przez co powstało pofałdowanie.

Wszystkie te przypadki mają tę wspólną cechę, że ich podłożem anatomicznym jest rozrost komórek znamienia.

Znamię to, rozrastające się równomiernie, przeniknęło skórę i stopniowo doprowadziło do zaniku skóry właściwej i tkanki podskórnej.

Ostatnio Gripekowen⁹⁾ spozstrzegal *e. v. g.* u młodej dziewczyny, gdzie stwierdził histologicznie poza lekką akantozą i papillomatozą istnienie komórek znamienia. (Proponuje on, jako leczenie *e. v. g.* naświetlanie radem).

VI. Przypadki *e. v. g.* spozstrzeganej jednocześnie z innymi cierpieniami skóry.

Miescher¹⁰⁾ spozstrzegal *e. v. g.* u chorego z *acanthosis nigricans* i cukrzycą. Fox¹¹⁾ demonstrowal *e. v. g.* ze współlistnieniem „*Dermatitis herpetiformis Duhringa*“. Autor wyraża przypuszczenie, iż „*dermatitis Duhringa*“. W tym przypadku mogła być bodźcem dla powstania *e. v. g.*

Sparacio¹²⁾ spozstrzegal zmiany *e. v. g.* jednostronnej mianowicie na prawej okolicy ciemieniowej u 58-letniego mężczyzny, zmarłego wskutek pęcherzycy; badanie dr-

bowidzowe, wykazało naciek drobnokomórkowy w ciele brodawkowem i górnych warstwach skóry właściwej.

VII. Przypadki, w których *e. v. g.* mogła być uważana za zбочzenie rozwojowe.

Po zjeździe berneńskim (1906 r.), na którym był demonstrowany pierwszy chory z *e. v. g.* Hutchins on osobicie pokazał Jada ssohnowi, że zбочzenie to spozstrzegać można dość często wśród chorych w zakładach dla obłąkanych. Fischer, po rozejrzeniu się w piśmiennictwie psychiatrycznym, stwierdził, że w psychjatrii daleko wcześniej na zбочzenie to zwrócono uwagę. Mianowicie pierwszy przypadek był spozstrzegany przez Poggiego już w 1884 roku. Rzecz znamienna, że anomalja ta dość często zdarza się wśród umysłowo chorych, (aczkolwiek przy dokładnym przeglądzie wszystkich umysłowo chorych na obu oddziałach w szpitalu na Czystem nie znalazłem ani jednego przypadku *e. v. g.*), przeważnie u chorych z niedołęstwem umysłowem, albo u epileptyków. Jednocześnie znajdując Fischer u tych chorych zбочzenia w budowie czaszki: *mikrocephalia*, *bradycephalia*. Bogrow i Verres wypowiadają się też w tym sensie, uważając *e. v. g.* za oznakę zaburzeń rozwojowych.

Ganter uważa *e. v. g.* za oznakę z wyrodniczenia; on też często spotykał ją u matoków jednocześnie z innymi cechami wyrodniczenia.

Fischer¹⁾ uważa tworzenie się fałd za objaw dziedziczny, ew. atawistyczny, który odpowiada spozstrzeganej jeszcze u niektórych zwierząt zdolności marszczenia skóry głowy, przyczem wytwarzają się stopniowo stałe fałdy.

Do tej grupy zaliczylibym następujący (drugi) przypadek (demonstrowany przezemnie wspólnie z d-rem Simchowiczem w Tow. Dermatologicznem oraz w sekcji klinicznej „*Medycyny społecznej*“ w październiku 1924 r.), spozstrzegany przeze mnie prawie jednocześnie z pierwszym, opisanym w tej pracy. Na tem miejscu wyrażam podziękowanie d-rowi Simchowiczowi za łaskawe odstąpienie mi tego przypadku.

Chory B. M., lat 25, bez zajęcia. 5 lat temu chorował na dur plamisty; 2 lata temu fryzjer podczas strzyżenia włosów zwrócił uwagę pacjentowi na zmarszczki na skórze owłosionej części głowy. 2 miesiące temu chory zaczął doznawać bólów w miejscach tych zmian skóry; bóle te zwiększały się od ucisku.

Stan obecny: mężczyzna wąty, średniego wzrostu, o słabej budowie ciała; intelektualnie ograniczony, głupkowaty, często się śmieje, naiwny, wielomówny; podczas rozmowy traci pamięć, nie wie, o czem chciał mówić.

Skóra owłosionej części głowy, szczególnie górnej części potylicy oraz tylnej połowy okolicy ciemieniowej, zgrubiała, wytwarza liczne brzozy, przebiegające po prawej stronie równolegle do siebie w odległości 1½—2 cm. jedna od drugiej, zaś po stronie lewej brzozy mają charakter rozgałęziony, jednakowoż wszystkie przebiegają w kierunku strzałkowym (przednio-tylnym) (fotografja *) Nr. 2).

Jeżeli zmarszczyć całą skórę owłosioną części głowy, t. j. przy bocznym ucisku do wewnątrz, brzozy, a także i fałdy wyżej opisane przedłużają się ku przodowi do czoła. Nacgół ma się wrażenie nadmiaru skóry owłosionej części głowy.

Osobliwą cechą tego przypadku jest dotąd nie notowana w piśmiennictwie silna bolesność, występująca stale i wzmagająca się przy ucisku.

Narządy wewnętrzne — prawidłowe. Mocz — bez zmian. Krew: Badanie morfologiczne: leukocytów 9000, erytrocytów 4.500.000. Wzór: limfocytów 20%, neutrofilów 74% (zwiększona ilość), monocytów 2%, eozynofiliów 4% (zwiększone). Wynik badania anatomicznego, do konanego na oddziale dra Flataua:

„Prawostronny niedowład połowiczny — niezbyt wybitny. Ruchy mimowolne o charakterze atetotycznym w palcach prawej dłoni i prawej stopy. Odruchy ścięgienowe żywe, z prawej strony żywsze; podeszwowych nie udaje się określić. Chodzi, trzymając prawą kończynę sztywną w stawie kolanowym. Stopy stawia przeważnie na zewnętrznym brzegu. Objawów antagonistów brak. Objawów akromegalji brak.

Poziom inteligencji niski; nie posiada ogólniejszych wiadomości, brak zainteresowania aktualnymi zajęciami.

*) Środkowa część głowy owłosionej jest wygolona, a to celem lepszego uwydatnienia fałd.



Fotogr. Nr. 2.

Rozpoznanie: hemiparesis dextra, przebrznięta „polioencephalitis“.

Badanie histopatologiczne wyciętego skrawka owłosionej skóry głowy zmian większych nie wykazuje.

Naskórek prawidłowy, skóra właściwa okazuje gdzieś niedzie drobne komórkowe nacieki; naczynia niezmiennione; gruczoły łojowe i potowe bez zmian.

Przypadek ten znamieny jest ze względu na nienotowany dotychczas objaw bolesności tego zbroczenia u osobnika ze zmianami układu nerwowego i objawami degeneracji.

Trzeci przypadek krótko tylko miałem możliwość spostrzegać w grudniu 1924 roku. Przypadek ten dotyczy mężczyzny lat 32, pacjenta d-ra Simehowicza, który był łaskaw mi go pokazać.

Chory od dwóch miesięcy, skarżył się na szalone bóle głowy, szczególnie występujące w nocy. Skóra ciemienia zmarszczona w fałdy równoległe, które szczególnie uwypuklają się przy ucisku do wewnątrz i przedłużają się ku przodowi (czołu); fałdy same nie są bolesne przy dotyku i badaniu.

W okolicy ciemienia widoczny obrzęk wielkości dłoni dziecka, ograniczony zgrubiałym pierścieniem kostnym (wałem), bolesny przy dotyku. Na skórze poza tem zmian niema. Aparat chłonny: gruczoły szyjne i pachwinowe powiększone, niebolesne.

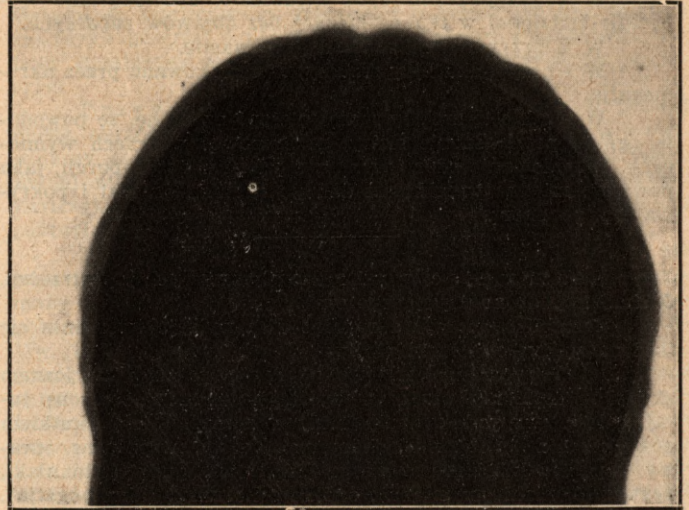
Rozpoznanie: *periostitis luetica ossificans*, potwierdzone badaniem krwi — Wassermann ++, aczkolwiek wywiady nie wykryły terminu zakażenia kiłowego.

Rentgenogramy pierwszych dwóch przezemnie spostrzeganych i wyżej opisanych przypadków.

Zdjęcia*) łaskawie dokonane są przez pana pułk. d-ra Sabata; jemu też zawdzięczam interpretację rentgenogramów, za co na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie.

*) Zdjęcia były tak robione, że promienie Roentgena przy prześwietlaniu szły w kierunku strzałowym.

„Na rentgenogramie głowy (drugiego przypadku) (patrz rentgenogram Nr. 2) przedniotylnym wi-

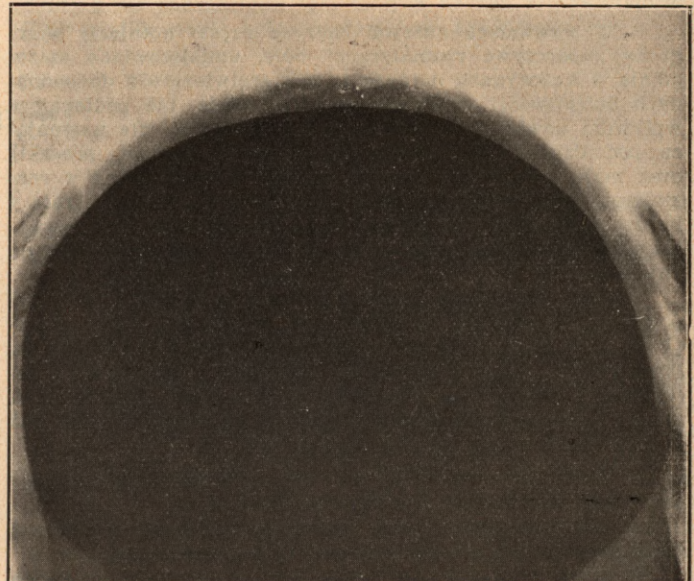


Rentgenogram Nr. 2 (odpowiadający fotogr. Nr. 2).

dać nad cieniem sklepienia czaszki słabiej nasycony cień skóry o górnej powierzchni prawidłowo falistej; ukształtowanie to pochodzi stąd, że fałdy skóry opasują sklepienie czaszki w płaszczyznach strzałkowych. Powierzchnia sklepienia czaszki niezmienniona.

Fałdowanie skóry powstało wskutek jej przerostu w wymiarach powierzchniowych, powodującego dysproporcję między powierzchnią sklepienia czaszki, a powierzchnią skóry, ją okalającą. Prawidłowy przebieg tych fałd w płaszczyznach strzałkowych należy wytłumaczyć w ten sposób, że w przypadku tym powierzchnia skóry powiększa się przedewszystkiem w kierunku szerokości głowy.

W pierwszym zaś przypadku (patrz rentgenogram Nr. 1) nieregularnie krzyżujące się linje faliste cienia



Rentgenogram Nr. 1 (odpowiadający fotogr. Nr. 1).

skóry są wyrazem nieregularnego przebiegu fałd (zakrętów). Nieregularny zaś przebieg fałd w przeciwstawieniu do przypadku drugiego należy sobie tłumaczyć tem, że przerost skóry nastąpił w jednakowym stopniu w rozmaitych kierunkach jej powierzchni“.

Jeżeli do 22-ch przypadków, dotychczas badanych histologicznie i znanych mi z piśmiennictwa, dodać 2 powyżej zbadane, to otrzymamy następujące wyniki:

W 5 przypadkach była prawidłowa budowa histologiczna.

W 7 przypadkach były objawy zapalne.

W 4 przypadkach było zgrubienie, spowodowane wyłącznie zmianami w tkance łącznej bez objawów zapalnych.

W 7 przypadkach stwierdzono znamię.

W 1 przypadku były zmiany, uwarunkowane przez akromegalię.

Wszystkie te zmiany mają tę wspólną cechę, że powodują ogólne powiększenie skóry, przerost jej w trzech wymiarach. Pofałdowanie skóry wynika z powodu dysproporcji, jaka powstaje między wymiarami danego odcinka czaszki i pokrywającą go skórą.

Reasumując wyniki dotychczasowych spostrzeżeń, dochodzimy do następującego wniosku:

Zasadniczo należy odróżniać dwa rodzaje tworzenia się fałd na skórze ciemienia głowy:

A) Przypadki, powstałe w życiu zewnątrzmacicznym skutkiem działania przyczyn ogólnych lub miejscowych; tutaj należą przypadki, gdzie fałdy wytwarzają się skutkiem powiększenia się objętości skóry, powstałego przez uraz, sprawy zapalne, lub inne sprawy chorobowe, guzy (włókniaki, nerwowlówniaki, znamiona), ogólne schorzenia (akromegalię). Do tej grupy zaliczylibym moje przypadki I, II i IV.

B) Wszystkie inne przypadki tworzenia się fałd, w których powyżej przytoczonych przyczyn nie udaje się wykazać i na które należy patrzeć, ew. jako na zбочzenia rozwojowe u osobników z innymi współistniejącymi objawami degeneracyjnymi. Do tej grupy zaliczylibym mój przyp. I.

W końcu uważam za miły obowiązek złożyć podziękowanie szanownemu p. d-rowsi Markusfeldowi za łaskawie okazaną mi pomoc w pracy.

Piśmiennictwo.

- 1) Fischer H. Archiw. f. Dermatologie und Syphilis — B. 141 (1922).
- 2) Racinowski. Przegląd chorób skórnych 1912 r.
- 3) Hecht. Dermatologische Wochenschrift Nr. 42. 1922.
- 4) Stühmer. Dermatologische Wochenschrift Nr. 11. 1922.
- 5) Chęciński. Tygodnik lekarski Nr. 4, 1911.
- 6) Sabat. Tygodnik lekarski Nr. 4, 1911.
- 7) Adrian. Dermatol. Zentralblatt. 1916 r.
- 8) Sprintz. Archiw. f. Dermat. B. 132.
- 9) Gripekowen. Zentralblatt f. Haut und Geschl. B. XI. S. 427.
- 10) Miescher. Dermatol. Zeitschr. B. 32. S. 276. 1921.
- 11) Fox. Zentr. f. H. u. G. B. VI. S. 356.
- 12) Sparacio. Zentr. f. H. u. G. B. XIV. S. 70.
- 13) Alderson. Zentr. f. H. u. G. B. VII. S. 191.
- 14) Hudelo et Richon. Bull. de la Soc. franç. de dermatolog. 1923, Nr. 6. S. 311.
- 15) Hannay. Centr. f. H. u. G. B. X. S. 361.
- 16) Bernhardt. Choroby skóry 1922.
- 17) Darier. Précis de dermatologie 1923.

Z praktyki prywatnej.

O t. zw. „uporczywych“ bólach reumatycznych kończyn dolnych.

Podał

Dr. ROSNER, lekarz kąpielowy w Piszczanach (Słowacja).

W wywiadach naszych chorych często notujemy skargi na „uporczywe reumatyczne“ bóle, umiejscowione szczególnie w kończynach dolnych i, w przeciwieństwie do podobnych dolegliwości w innych częściach ciała, nie podlegające wpływom powietrza (wilgotnego lub suchego), nie ustępujące pod działaniem leczenia objawowego (maście, proszki) oraz mało podatne na kuracje, przeprowadzane dotąd w rozmaitych zdrojowiskach. Bóle te odczuwane są jako stałe i bardzo dokuczliwe. W poszukiwaniu ratunku chorzy przybywają do Piszczan. Takie są wywiady, otrzymywane od chorych.

Przy dokładnym badaniu można stwierdzić, że bóle pochodzą najczęściej z powodu zaburzeń przemiany materii albo też są następstwem cierpień stawowych przewlekłych, powikłanych innymi zmianami, które powodują główne dolegliwości chorego, a nieuwzględnienie przez lekarza tych zmian i nieprzeprowadzenie równoległego leczenia musi dać bardzo nikły wynik kuracji kąpielowej.

Te zmiany współzrzedne można podzielić na trzy wielkie grupy, które dają się łatwo odróżnić.

1) Do pierwszej grupy należą przypadki stopy płaskiej (*pes planus*) lub płasko-koślawej (*pes plano-valgus*).

2) Do drugiej grupy należą zmiany żyłakowe podudzia, (*Vena saphena magna et parva*).

3) Do trzeciej grupy należą dolegliwości tabetyczne, specjalnie strzelające bóle piszczelowe.

Ad 1) przy dokładnym badaniu chorego w pozycji stojącej można zauważyć nawet w przypadkach słabo wyrażonych, które zresztą są często przeoczone i zapoznawane, że wewnętrzny brzeg stopy jest cokolwiek opuszczony, i że oś pięty zbacza na zewnątrz od osi goleni i cokolwiek wystaje. Odpowiednio do tego śródstopie mniej lub więcej jest odwiedzione i cała stopa daje szeroki odcisk. Chód chorego jest utykający i ciężki, połączony z bólem i szybko występującym zmęczeniem. Przy dotyku znajdujemy bolesność grzbie-

tu stopy, największą jednak wrażliwość znajdujemy u chorego na stronie przyśrodkowej stawu skokowo-łódkowego, to jest na przyśrodkowym końcu t. zw. linii Choparta, także w miejscu przyśrodkowym stawu kości klinowej z kością śródstopną I, to jest w końcu przyśrodkowym linii Lisfranca. Trzecie, mniej stałe miejsce ucisku odkryliśmy pod kostką goleniową zewnętrzną. W zależności od ciężkości przypadku, objawy te potęgują się aż do najwyższego stopnia. Zasluguje na uwagę również fakt, że w ciężkich przypadkach zjawia się w kostkach i na grzbiecie stopy niekiedy obrzęk, wobec czego obraz choroby z silnymi bólami i prędkim niekiedy tworzeniem się wysięku nasładowuje gościć stawowy i, faktycznie, często zań błędnie uznawany bywa. Zasluguje jeszcze na uwagę, że we wszystkich stopniach stopy płaskiej lub płasko-koślawej, oprócz najważniejszej etiologicznej przyczyny, t. j. nadmiernego przeciążenia (znaczną wagą ciała, stałe zajęcie w pozycji stojącej), zgodnie z moimi spostrzeżeniami, ważnym momentem przyczynowym jest przebyty proces zapalny gośćcowy w stawach stopy.

Leczenie więc — jeżeli ma dać dobre wyniki — musi się odbywać w dwóch kierunkach: t. j. w takich przypadkach niewolno przeoczyć najważniejszego momentu chorobowego — stopy płaskiej.

W większości przypadków, po przeprowadzeniu, według przepisów, 3—4 tygodniowej kuracji kąpielowej, składającej się z gorących kąpeli siarczano-mułowych, okładów mułowych, planowego masażu i gimnastyki leczniczej dla wzmocnienia układu mięśniowego, nastąpiło znaczne polepszenie. Celem powiększenia wyniku pomyślnego oraz głównie jego utrwalenia należy zrobić odcisk gipsowy stopy. Na podstawie tego odcisku chory otrzymuje wkładkę z ukośną płaszczyzną, którą może nosić w bucikach sznurowanych o niezbyt wysokich obcasach; wkładka nie tylko usuwa resztę dolegliwości, lecz po dłuższym używaniu poprawia również stopę koślawą.

Gotowe wkładki, jako przygotowane podług jednako-owego szablonu, nie przystosowane do indywidualnej deformacji, nie mają wartości, prócz tego najczęściej wykonane są ze stali i są za ciężkie. Osobiście stosuję wkładki aluminiowe z wyściółką zamszą.

Ad 2). W wielu przypadkach chorzy opisują swoje dolegliwości „reumatyczne“ jako bóle ciągnące w łydkach z

głównem umiejscowieniem w kolanie i w stawie skokowym i akcentują potęgowanie się tych dolegliwości ku wieczorowi. Przedmiotowo w tych przypadkach nie znajdowano w stawach albo nic, albo bardzo niewiele, natomiast stwierdzano mniej lub więcej rozdęte żyły, które w różnych miejscach tworzyły guzy. Nie hacząc na natychmiastowe wyjaśnienie chor. mu, że w tych przypadkach mamy do czynienia z dolegliwościami z powodu żyłaków, musiałem na ich życzenie zalecić serję kąpeli siarczano-mułowych. Wyniku żadnego nie było. Wtedy dopiero większość tych chorych dała się przekonać, jakie jest rzeczywiste pochodzenie ich dolegliwości, i wtedy dopiero zgodziła się na usunięcie żyłaków. Stosowałem metodę, ogłoszoną przez Linsera, polegającą na zniszczeniu żył przy pomocy zastrzykiwań dożylnych 1% sublimatu wobec łatwego stosowania i dobrych wyników tego zabiegu.

Iniekcje były wykonywane w ten sam sposób, w jaki się je stosuje w klinice Fingera *) w Wiedniu.

W pierwszej chwili każdy lekarz, stosując ten zabieg obawia się możliwości zatoru. Posiłkując się tą metodą od roku 1922 w licznych przypadkach, nie doznałem ani razu przykrych niespodzianek, ani też nie znalazłem w piśmiennictwie ani jednego opisu powikłania. Musimy uznać, że zakrzep, spowodowany przez zastrzyknięcie sublimatu, jest asyp czynny, wobec czego się nie rozpada, lecz wywołuje mocne i solidne zamknięcie żyły.

Chciałbym tu przedstawić kilka moich pierwszych przypadków z roku 1922, połączonych przez mnie do wiadomości w gazecie „Med. Klinik“ Berlin, rocznik 1922, Nr. 48 i z których przez obserwację przekonałem się, że wynik był pomyślny i długotrwały. Przypadki te powinny przekonać czytelnika że żyłaki bardzo często wywołują bóle pseudo-reumatyczne i mogą dać złudzenie sprawy reumatycznej, i że wyleczyć je można tylko przez usunięcie żyłaków; w tych razach sposób Linsera, jak już zaznaczyłem, jest najodpowiedniejszy.

Przypadek I. I. G. 62 lata, bóle reumatyczne z nasileniami przy zmianach pogody. Kuracja kąpielowa poprzedniego roku bez wyniku. Żyłaki na obydwu nogach, szczególnie w okolicy Vena saphena magna. Powyżej prawego i poniżej lewego stawu kolanowego guzy żyłakowate. Zastrzyk 12 czerwca. Miejsce zastrzyku: nad prawym stawem kolanowym; 14 czerwca: pod lewym kolanem. Po każdym zastrzyku występowały bolesne nacieczenia zapalne, na lewej nodze nadto obrzęk. Po 4—6 dniach objawy te ustąpiły. Zalecono: leżenie, wysokie ułożenie nogi, okłady z wody Bouroua.

Przypadek II. I. I. 52 lata. Pierwotnie gościec prze-

wlekły. Po kuracji kąpielowej tylko częściowa poprawa dolegliwości. Rozszerzenie żył w przebiegu Vena saphena magna prawej nogi. Splot rozszerzonych żył nad rzepką. 13, 21, 28 czerwca po jednym zastrzyku. Pacjent jeździ po każdym zastrzyku do miejscowości, oddalonej o jakieś 100 km. Miejsce zastrzyku powyżej i poniżej prawego stawu kolanowego. Objawy zapalne są o wiele słabsze, aniżeli w przypadku pierwszym.

Przypadek III. E. H. 40 lat, silne bóle w prawej nodze, obrzęk stawu skokowego, obwód prawej łydki o 3 cm. większy, niż lewej. Ku wieczorowi wzmaganie się dolegliwości. Żyłaki w okolicy Vena saphena parva ze znacznymi guzami. Zastrzyk 17 sierpnia. Przebieg, jak w przypadku I. Po 6 dniach zniknęła nawet różnica w obwodzie łydki.

Niektóre przypadki jeszcze znajdują się w leczeniu i nie przedstawiają nic szczególnego. W przypadkach I, II, i III otrzymany wynik był bez zarzutu. Przedmiotowo stwierdzono zupełne zniknięcie żyłaków, podmiotowo — zupełne ustanie bólów. Zaznaczyć należy, że rozległe nacieki wskutek zakrzepowego zapalenia żył gwarantują pewniejszy wynik, aniżeli ograniczone zamknięcie, być może dlatego, że ewentualne połączenia żyłne ułatwiają obejście miejscowej przegrody. Tem można również wytłumaczyć, że w przypadku II były potrzebne 3 zastrzyki. Pierwszy zastrzyk ponad jamką kolanową zmniejszył napór słupa krwi na dolnej części żyły, a także obniżył napływ krwi do górnych części. W ten sposób jest zrozumiałe, że w niektórych przypadkach jeden zastrzyk już może dać pełny wynik (Przypadek I i III).

Krótkotrwałe, błyskawiczne i często występujące bóle, na które skarżą się chorzy, bardzo łatwo odróżnić od dolegliwości stawowych i rozpoznać jako bóle tabetyczne. I w tych przypadkach sama kuracja kąpielowa pomoc nie może — choć niezaprzeczenie wywiera wpływ kojący na ból. Musimy uciec się do leczenia wcieraniami lub, w przypadkach większych zaburzeń układu nerwowego, do leczenia bodźcowego (Reitztherapie). Z pośród wielu preparatów najchętniej stosuję polecany przez prof. dr. Oskara Fischera flogetan, gdyż powoduje on pożądane w takich przypadkach silne podrażnienie miejscowe i odczyn ogólny oraz, że działanie jego jest niekiedy wprost zdumiewające. Ujemną stroną tego środka stanowi, że przy dostaniu się do dróg krwionośnych wywołuje on gwałtowny wstrząs, wobec czego stosowanie dożylnie nie może być polecane; miałem nawet przy stosowaniu domięśniowym w pośladki podobne nieprzyjemne zdarzenia, gdzie jedynie przez zadrażnienie igał małych naczyń zaledwie drobna ilość środka mogła być się dostać do krwiobiegu.

Odcinek.

Kliniki djagnostyczne w Stanach Zjednoczonych.

Podał

Dr. Jerzy BABECKI (Warszawa).

Olbrzymi postęp wiedzy lekarskiej ostatnich lat dziesiątków z konieczności pociągnął za sobą coraz dalej idącą specjalizację. Mimo najstaranniejszych studjów, dziś nikt nie jest w stanie osiągnąć całokształtu wiedzy lekarskiej w dostatecznym stopniu. To też z każdym rokiem liczba specjalności i specjalistów wzrasta, a zakres ich działania zmniejsza się. Liczba lekarzy ogólnych z każdym rokiem maleje. Sytuacja ta bardziej jest widoczna na zachodzie niż u nas, więcej jeszcze w Stanach Zjednoczonych, niż na zachodzie Europy.

Podobny kierunek rozwoju medycyny ma jednak i swęje złe strony. Któż nietylko z pośród lekarzy, ale nawet i laików nie przytacza z pewną dozą sakrazmu tych, skądinąd bardzo poważanych i szanowanych nazwisk specjalistów, co niemal wszystkim swym pacjentom, którzy się do nich zgłaszają z cierpieniami natury, niedość określonej, radzą usunąć migdałki, wyrostek robaczkowy lub skracają więzadło okrągłe i t. p., stosownie do swej specjalności. Pod tym względem satyra na lekarzy w Stanach Zjednoczonych ma szerokie pole do popisu. Tam właśnie specjalizacja poszła najdalej.

Według moich wrażeń, przeciętny lekarz amerykański

posiada mniej wiedzy ogólnej — od takiegoż u nas, i jego wykształcenie kliniczne ogólne jest mniej doskonałe, natomiast jego specjalizacja jest zazwyczaj gruntowna, ale ograniczona do niewielkiej gałęzi.

Jest to niedoskonałością natury ludzkiej, że każdy specjalista w jakiegokolwiek dziedzinie będzie zawsze patrzył pod kątem widzenia swej specjalności. Aby postawić diagnozę, trzeba o niej myśleć. Specjalista zazwyczaj przeszkła w swej głowie wszelkie możliwości swej dziedziny, nim uzna, że stan chorobowy jego pacjenta jest niezależny od zmian, zaobserwowanych przez niego w dziedzinie jego specjalności, albo ma tylko podrzędne znaczenie dla ogólnego stanu zdrowia jego pacjenta. Amerykański psychiatra czy okulista, pod silnym wrażeniem teorii infekcji ogniskowej, wytnie swemu pacjentowi, cierpiącemu na demencję, zapalenie naczyńówki czy inną chorobę o etiologii wątpliwej, migdałki, wyrostek robaczkowy, pęcherzyki nasienne, usunie wszystkie zęby, a nawet posunie się czasem do rezekcji jelita grubego, aby usunąć to podejrzewane ognisko infekcyjne, gdy obiektywne badanie nie wskaże mu tego ogniska. Wpływa na to, bez wątpienia, skłonność amerykańskich umysłów do uogólnień.

W zwykłym jednak przypadku w Ameryce, czy u nas chory, potrzebujący lekarza, udaje się do specjalisty, bo takich tylko lekarzy dzisiaj publiczność uważa, słusznie poniekąd, za miarodajnych. Lekarz ten nie jest w stanie zbadać swego chorego całkowicie, musi mieć dane, dotyczące organów, na których sam się nie zna, potrzebuje wyniku badań laboratoryjnych i t. d. Zaczyna się wędrówka po innych spe-

*) K. Fischer M. Kl. W. 1922, Nr. 1.

cialistach, pracowniach rentgenologicznych, chemicznych, bakteriologicznych i t. d. Trwa to długo, parę dni i więcej.

Ma taki zwykły dziś proces zasięgnięcia poważnej porady lekarskiej olbrzymie znaczenie ekonomiczne i społeczne. Pacjenci tracą dużo dni pracy, narażeni są na wielkie wydatki na lekarzy i pracownię, stan ich zdrowia częstokroć pogarsza się, nim wreszcie otrzymają właściwą, ściśle określoną diagnozę i właściwe wskazówki lecznicze.

I nawet, gdy szczęśliwie udadzą się odrazu do dobrego klinicysty, to i tak bardzo często bywają przezeń kierowani, tym razem odrazu, do właściwych specjalistów i pracowni. Cały proces trwa krócej, ale jest nawet i wtedy uciążliwy i kosztowny.

Ponieważ w Stanach Zjednoczonych specjalizacja jest może najdalej posunięta, tam też najpierw zjawiała się próba zaradzenia jej złym stronom za pomocą tak zwanych klinik diagnostycznych.

Pierwsza tego rodzaju klinika została zorganizowana lat temu kilka w Bostonie. Obecnie w Baltimore przy szpitalu John Hopkins jest w budowie olbrzymia klinika wzorowa tego rodzaju. O tej to klinice chciałem powtórzyć kilka słów, tak, jak je słyszałem z ust dyrektora szpitala.

Klinika ma mieć cel podwójny: 1) W możliwie najkrótszym czasie za możliwie niską opłatą dać pacjentowi diagnozę tak dalece pewną, jak to przy dzisiejszym stanie wiedzy lekarskiej jest możliwe, a więc przy minimum nakładu czasu i pieniędzy maximum pewności (dyrektor szpitala oblicza koszt przeciętnej diagnozy dla pacjenta na 25 dolarów). 2) Pogłębianie pozaszkolne wiedzy lekarzy wolnopracujących, kształcenie umysłu klinicznego, rozwój współzycia i porozumienia pomiędzy lekarzami, podniesienie poziomu etyki lekarskiej.

Klinika będzie ściśle diagnostyczna, leczycę nikogo nie będzie. Pacjent otrzymuje szczegółową diagnozę, aby się z nią udać do swego lekarza domowego lub do leczącej go instytucji.

Dla osiągnięcia swych celów klinika ta będzie zorganizowana w sposób następujący: olbrzymi gmach, specjalnie w tym celu wzniesiony, zaopatrzony we wszystkie pracownie lekarskie, rentgenologiczne i t. d., pomieszczenia najwybitniejszych specjalistów z każdej gałęzi, jakich się tylko uda zgromadzić. Wszyscy ci specjaliści będą pracowali na rachunek kliniki. Wszyscy będą pracowali równocześnie.

Pacjent, przystąpi do zbadania lub, co jest bardziej

pożądane i wskazane, przyprowadzony przez swego lekarza domowego do kliniki, zostanie najpierw przyjęty przez klinicystę ogólnego, wykształconego specjalnie w tym kierunku, o wysoce rozwiniętym zmyśle klinicznym.

Zaopatrzone przez tegoż w historję choroby przejdzie, czy przejdzie windami przez gabinety wszystkich specjalistów. Oczy, uszy, układ nerwowy, krwionośny, płuca i t. d. zostaną zbadane kolejno.

Całkowite zbadanie wszystkich narządów zostanie uzupełnione przez prześwietlenie promieniami Roentgena oraz analizy laboratoryjne, jakie tylko mogą się wydać choć trochę potrzebne klinicyście przyjmującemu, czy któremukolwiek ze specjalistów.

Pacjent, tak zbadany wszechstronnie, z odpowiednio uzupełnioną historją choroby wraca do klinicysty, przyjmującego pierwotnie, i od niego wreszcie dostaje dokładną i pełną diagnozę.

Liczba poważniejszych omyłek zawodowych w takich warunkach będzie minimalna.

Dla pacjentów zamiejscowych lub wymagających specjalnego dłuższego badania, czy obserwacji będą urządzone pokoje gościnne, gdzie będą oni oczekiwali na rezultat oględzin. Ani leczenia, ani wskazówek dietetycznych czy jakichkolwiek innych klinika nie będzie udzielała, aby nie wchodzić w kolizję z zawodowemi interesami lekarzy praktykujących. Natomiast każdy lekarz domowy może otrzymać zupełnie bezinteresownie, czy to pisemnie, czy osobiście, wszelkie wskazówki, tyżące się postępowania względem jego pacjenta.

Idea podobnych klinik w Stanach Zjednoczonych przyjmuje się powszechnie. Konieczność takich instytucyj odczuwa się tam coraz bardziej. Olbrzymie koszty, związane z organizacją, nie są tam przeszkodą, i w ciągu niewielu lat kliniki takie będą tam, bez wątpienia, bardzo liczne.

U nas specjalne warunki ekonomiczne, nieco odmienna umysłowość oraz inny stopień ogólnego wykształcenia klinicznego, istnienie Kas chorych, czego Stany Zjednoczone nie mają, sprawia, że myśl stworzenia podobnych klinik nie jest aktualna już dzisiaj. W przyszłości jednak, z chwilą głębszego zrozumienia społecznego znaczenia choroby, kliniki takie mogą się stać bardzo pożądane. Już i dziś jednak reforma poradni Kas chorych w tym kierunku byłaby prawdopodobnie powitana przez członków z wielkim uznaniem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Streszczenia zbiorowe.

Nowsze poglądy na niektóre zagadnienia z dziedziny przymiotu wrodzonego.

Podał

Edward BEMSKI (Warszawa).

Przenoszenie przymiotu z rodziców na potomstwo znane już było w bardzo odległej przeszłości, lecz poglądy co do sposobu przenoszenia, jak i cała, zresztą, nauka o przymiotcie, uległy w ciągu ostatnich lat bardzo znacznym zmianom.

Przypuszczano dwie możliwości przechodzenia przymiotu z rodziców na dziecko: pierwsza — przez nasienie lub jajko, i wtedy mielibyśmy do czynienia z przymiotem dziedzicznym sensu stricto, druga zaś przez łożysko, — byłby to przymiot wrodzony. Nie wspominam o teorii tak zwanej impregnacji, gdyż ma ona na ogół bardzo mało zwolenników.

Rozpatrzmy każdą z tych możliwości oddzielnie

Do niedawna przypuszczano, że przymiot może przenieść się nie tylko z matki na jej dziecko, lecz także bezpośrednio z ojca na dziecko, bez zakażenia matki. Za takim przenoszeniem się przymiotu przez nasienie ojca zdawały się przemawiać spostrzeżenia kliniczne, mianowicie wielokrotnie obserwowane przypadki, wskazujące na to, że żony syfilityków, chociaż rodziły zmacerowane płody lub przymiotem dotknięte,

charłaczce dzieci, same były zupełnie zdrowe, a na zarazek przymiotu całkowicie odporne. A więc kobiety takie mogły karmić piersią swe przymiotem dotknięte dzieci, nie ponosząc żadnej szkody, ani też w żaden inny sposób nie można ich było przymiotem zarazić. Szczegółowe jednak badania mikroskopowe nad krętkiem młodym tudzież stwierdzenie dodatniego odczynu Wassermann'a we krwi owych matek całkowicie zmieniły zapatrywania, jakoby przymiot przenosić się mógł na dziecko przez plemnik ojca. Otóż doświadczenia, przeprowadzone przez Neisser'a i jego współpracowników na małpach w Batawji, wykazały, że już podczas okresu wylegania w przymiotcie krętki znajdują się we krwi, w śledzionie, szpiku kostnym, zwojach nerwowych i w jądrach.

Finger i Landsteiner odwirowali nasienie syfilityków w II okresie, zaszczepili otrzymany osad małpom w okolicę łuku nadbrwiowego i otrzymali wynik dodatni. Uhlenhuth, postępując podobnie z nasieniem syfilitycznym, otrzymał dodatni wynik u królika.

Wreszcie Marcel Pinard stwierdził krętki w nasieniu nazwaną od plemników.

Doświadczenia te wykazały, co zresztą jest już dziś rzeczą całkiem pewną, że krętki względnie często znajdują się w nasieniu, lecz teraz powstaje pytanie, czy podczas procesu zapłodnienia wnikają one do jajka razem z plemnikiem.

Aby wniknąć do jajka, musiałyby znajdować się w

główce plemnika, ta, bowiem, tylko wnika do jajka podczas zapłodnienia, a ogonek odpada, lecz nie wolno zapominać, że główka plemnika jest przeszło 4 razy mniejsza od krętka.

Dalej Leva diti zauważył, że istnieje analogia między spirochetozą u kur i u komara, przenosiela gorączki powrotnej, u których widział wielką liczbę krętków, wnikających do jajek, już zapłodnionych, i te dają początek twórcom zarazy, lecz żywym.

Spostrzeżenia zaś Francotte'a na jajkach, zarażonych przez krętki, wykazały: 1) że jajko takie albo wyrzuca je ze siebie zaraz po wnikięciu, lub też, jeśli tego uczynić nie może — ginie, i 2) że komórka rozrodcza podczas podziału nie może zawierać żadnego ciała obcego w swym składzie.

Reasumując wszystko to, co wyżej było przytoczone, musimy przyjąć, że w nasieniu daje się wykryć krętek blady, który może zarazić matkę, lecz do plemników przedostać się on nie może. Tym sposobem upada możliwość bezpośredniego przeniesienia przymiotu na dziecko przez plemnik ojca, a to, że krew matek, rodzących przymiotem dotknięte dzieci, wykazuje dodatni odczyn Wassermann'a, świadczy niezbitnie o tem, że matki owe także są przymiotem dotknięte. W takim razie przymiot ich dzieci od nich samych pochodzi, a nie od ojców, od których, jako od swych mężów owe kobiety się zaraziły.

Dziś, zawdzięczając pracom Didaya, Fourniera, Hofmanna i innych, wiemy, że płód nabywa przymiot zawsze od matki. Przymiot udzielony matce już podczas ciąży, przechodzi na dziecko nie zawsze, lecz tem częściej, im we wczesniejszym okresie ciąży matka była zakażona. Prawo to jednak podlega dość znacznym wahaniom. Bywają bowiem takie przypadki, że po upływie nawet 10 lat od chwili zakażenia kobiety rodzą jeszcze dzieci, przymiotem dotknięte, z drugiej zaś strony zdarza się, że kobiety ze świeżymi zmianami drugorzędowymi rodzą dzieci zupełnie zdrowe, a co ciekawsze, że przy porodzie bliźniaczym jedno dziecko może być zdrowe, a drugie dotknięte przymiotem.

W miarę czasu występuje powolne osłabienie jadu syfilitycznego, a więc osłabienie natężenia przymiotu u rodzących się z takich matek dzieci, aż do tego stopnia, że mogą rodzić się dzieci donoszone i zupełnie zdrowe.

Dziś stoimy na stanowisku zakażenia płodu przez łożysko. O ile bowiem łożysko zdrowe zarazków nie przepuszcza, o tyle zmienione swoiście staje się przepuszczalne dla krętków. Zmian należy szukać w naczyniach łożyska, i istotnie często znajdujemy mniejsze lub większe zmiany w naczyniach kosmków, które mogą być rozlane lub też ograniczone; można nawet spostrzec pomiędzy normalnymi kosmkami wyssepkowe ogniska swoiście zajętych kosmków.

Ten fakt, że im dalsza jest ciąża od chwili zakażenia matki przymiotem, tem słabsze staje się natężenie sprawy; tem większe jest prawdopodobieństwo zdrowego dziecka, tłumaczymy sobie nie tem, jakoby natężenie zjadliwości pasorzyców przymiotu malało, lecz tem, że z każdą późniejszą ciążą coraz mniej zapada na przymiot nowe, wytwarzające się łożysko, coraz później i w mniejszej liczbie przechodzą na płód krętki blade.

Tak więc rola dziedziczności ojcowskiej okazała się w pracach najnowszych badaczy bardzo ograniczoną. Ojciec bowiem nie może przenieść przymiotu na dziecko bez zarażenia uprzedniego matki. Rola jego sprowadza się do produkowania nasienia, zawierającego krętki; przeciwnie, główną rolę odgrywa matka, która, będąc zakażona przed lub podczas ciąży, zaraża płód na drodze łożyskowej.

Tyle co do sprawy dziedziczności w świetle nowszych badań.

Przejdziemy teraz do sprawy znamion przymiotu wrodzonego.

Wczesne rozpoznanie przymiotu wrodzonego jest rzeczą pierwszorzędną wagi, aby można było jaknajwcześniej przystąpić do leczenia specyficznego, lecz, niestety, nie zawsze jest ono łatwe i możliwe, albowiem nie wszystkie dzieci przychodzą na świat z wyraźnymi zmianami chorobowymi, znacznie częściej zaś tylko szczegółowe wywiady, bądź dodatni odczyn Wassermann'a i dziecka naprowadza lekarza na właściwe tory. Wprawdzie zapoczątkowane już zostały nowe metody serodjagnostyczne badania krwi pozałożyskowej, które to metody dadzą możliwość postawienia dokładnego rozpoznania przymiotu wrodzonego już w momencie przyjścia dziecka na świat, lecz z drugiej strony metodom tym na razie uczw-

niony został cały szereg zarzutów co do ścisłości otrzymanych tą drogą wyników, tak, że ten sposób dziś jeszcze musi być uważany za sporny.

Objawy przymiotu wrodzonego występują nie zawsze odrazu w pierwszych okresach życia, lecz czasem ujawniają się dopiero po kilku latach, w wieku młodzieńczym lub nawet dojrzałym; jest to t. zw. przymiot wrodzony późny (*lues congenita tarda*), w przebiegu którego dzieci, choć w pierwszym okresie swego życia żadnych zmian przymiotu wrodzonego nie ujawniają, to jednak są już dość silnie przymiotem dotknięte, czego dowodem będzie dodatni odczyn Wassermann'a ich krwi, jak i to, że na zarażenie się świeżym jadem przymiotowym są one zupełnie odporne. Dzieci, przymiotem wrodzonym dotknięte, noszą wybitne piętna swego cierpienia.

Nie wyluczając tu wszystkich znamion przymiotu wrodzonego, podawanych, jako klasyczne, w każdym podręczniku syfildologii, zaznaczą, że w nowszej literaturze tego zakresu niektórzy badacze z jednej strony zaczynają krytyczniej zapatrywać się na pewne znamiona przymiotu wrodzonego, kwestjonując ich swoistość dla tej sprawy, z drugiej zaś strony podkreślają wiele cech takich, o których istnieniu dotychczas bądź nie wiedzano, bądź nie przypisywano ich przymiotowi.

O tym właśnie chciałbym teraz wspomnieć.

Zacznę od klasycznej triady Hutchinsona, w której ząb Hutchinsonowski z półksiężycowym ubytkiem „en coup d'ongle“ wolnego brzegu górnych środkowych siekaczy miał być cechą swoistą dla przymiotu wrodzonego. Dziś znaczenie rozpoznawcze zęba Hutchinsona zostało znacznie zachwiane, ponieważ stwierdzono, iż występuje on również, i to o wiele częściej, w innych schorzeniach konstytucjonalnych. Patognomiczna natomiast dla przymiotu wrodzonego jest, według Hensena, nieprawidłowość kształtu zęba, polegająca na tem, że górne środkowe, czasem również i boczne oraz dolne siekacze przybierają kształt kołka lub pała; inną odmianą jest t. zw. ząb beczkowaty, który również ma być charakterystyczny dla przymiotu wrodzonego. Edmund Fournier, wybitny znawca przymiotu wrodzonego, uważa za objaw swoisty ząb t. zw. „la dent en tournevis“. Opisany przez Carabelliego guzek na wewnętrznej powierzchni górnych zębów trzonowych t. zw. „tuberculum Carabelli“ jest również uważany przez niektórych badaczy za znamię przymiotu wrodzonego. Obserwacje, poczynione pod tym względem w szpitalu św. Łazarza przez Wernica i Wiktora Borkowskiego na oddz. dziewcząt kontrolnych wykazały obecność tegoż w 59%; na oddziale zaś dzieci w 65%. Borkowski w obszernej swojej monografji, poświęconej sprawie guzka Carabelliego, przyszedł do następujących wniosków, przemawiających przeciwko swoiści wyżej wspomnianego guzka: 1) dane histologiczne — gdyż zmiany przymiotowe na zębach, polegają na niedokształceniu, rozluźnieniu szkliva i obecności szczelin między pojedynczymi przyzębami, jakoteż niezwapniałych miejsc w zębieniu, zwłaszcza na szczycie zawiązka zębiny, czego nie spotyka się w obrazie histol. guzka Carabelliego; 2) fakt występowania guzka w uzębieniu zwierzęcem, a więc wolnym od kiły; 3) częstsze występowanie guzka C. w uzębieniu mlecznem, niż stałem, a więc uzębieniu, które według Fourniera nosi rzadko znamiona przymiotu wrodzonego i wreszcie 4) zbyt częste występowanie guzka C. nawet w uzębieniu stałem.

Wgółe, jeśli chodzi o zmiany w zębach, jakie spotykamy w przymyocie wrodzonym, to różni autorzy opisują owe zmiany w najróżniejszy sposób.

Wchodzące dalej w skład triady Hutchinsona zapalenie mięszsowe rogówki również nie pozostało niezaprzeczonem dowodem przymiotu, gdyż i w gruźlicy miewamy również zapalenie mięszsowe rogówki. Natomiast nierzadko widuje się zbrocznia czynnościowe żrenicy, polegające na niewrażliwości na światło przy nietkniętej zdolności konwergowania; otóż stwierdzenie podobnej cechy u osobnika młodego powinno zawsze budzić podejrzenie przymiotu wrodzonego, zwłaszcza, gdy znajdujemy obok tego jeszcze jakąś cechę dodatkową. Jeszcze większe znaczenie rozpoznawcze dla przymiotu wrodzonego posiada, według Sudler-Huguenin, badanie dna oka. Autor rozróżnia 4 typy zmian na dnie oka:

typ I: Grubopłamiście, żółto-różowe centkowanie obok punktowanej pigmentacji,

typ II: Pola jasne w postaci plam obok większych pól ciemnych,

typ III: Podobnie, jak typ II, tylko z przewagą pól jasnych, typ IV: Obraz zbliżony do barwikowego zapalenia siatkówki.

Antonelli, Hirschberg, Fuchs i inni twierdzą również, że zmiany powyższe na dnie oka są charakterystyczne dla przymiotu wrodzonego. Badanie dna oka u dzieci, obarczonych przymiotem wrodzonym i leczących się na oddziały skórno-wener. D-ra Wacł. Sterlinga nie zawsze potwierdzało powyższe zmiany, co przemawiałoby, być może, za tem, że zmiany te występują nie tak często, i tylko w przypadkach, w których są obecne, przemawiają za przymiotem wrodzonym.

Prócz wyżej wspomnianych zmian w narządzie wzroku, stwierdzamy czasem również mniej lub więcej silne zaburzenia słuchu, jako trzeci składnik triady Hutchinsona, oraz oczopląs.

Co się zaś tyczy innych, opisywanych w nowszej literaturze znamion przymiotu wrodzonego, to wymienię tutaj leukocytozę w płynie mózgoworodzeniowym, która może występować obok ujemnego WBR i ujemnego lub słabo dodatniego odczynu globulinowego, dalej opisany przez Hensena zanik szczęki górnej, który wywołuje swoiste spłaszczenie twarzy, podczas gdy nos siodełkowaty, według tegoż autora, przedstawia cechę znacznie rzadszą.

Według Nelkena do bardzo częstych objawów w przymiocie wrodzonym należy obustronne zajęcie gruczołów łokciowych oraz zmiany we krwi, polegające na zmniejszeniu ilości hemoglobiny, przy stosunkowo mało zmienionej liczbie krwinek.

Enrique i Beretervide w pracy swej „Aortites et syphilis congénitale chez l'enfant“ podają, że u wszystkich badanych przez nich rentgenologicznie dzieci z przymiotem wrodz. od drugiego roku życia stwierdzili powiększenie objętości serca i wzmocnienie cienia tętnicy głównej. Za patologiczną uważają szerokość tętnicy głównej ponad 10 mm. u dzieci od 2—8 lat i ponad 13 mm. u dzieci 8—14 lat. Zmiany tętn. główn. na tle infekcyjnym, toksycznym lub z innych powodów nie odgrywają u dzieci w tym wieku, z powodu ich rzadkości, żadnej roli. Autorzy utrzymują, że 80% wszystkich schorzeń przymiotowych tętnicy głównej u dorosłych należy położyć na karb przymiotu wrodzonego. Niezmiernie ciekawe są spostrzeżenia Hutinela, potwierdzone przez prace Langsteina, Schneilera, Gralki i innych, w myśl których cały szereg znanych ogólnie zaburzeń różnych narządów, występujących w przymiocie wrodzonym, zostaje wywołany nie przez zadziałanie nań jądów przymiotowych, lecz przez bezpośrednie uszkodzenie tych narządów w okresie rozwojowym przez krętki blade. Hutinel nazywa to „dystrofią“ i rozróżnia:

- 1) dystrofje miejscowe, jak zniekształcenia zębów, nosa, jąder i t. d.
- 2) dystrofje ogólne, jak uszkodzenie gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, czem tłumaczy się infantylizm, wzrost olbrzymi, wzrost karli, zaburzenia kostne i t. p.
- 3) dystrofje krwi (dystrophies sanguines), jak anemja, żółtaczka hemolityczna, hemoglobinuria paroksyzmalna i wreszcie tak zw.
- 4) dystrofja dziedziczna, jako występowanie zaburzeń u dzieci, pomimo wyleczenia przymiotu u rodziców.

Z prac Whitea i Veedera, którzy na 1145 dzieci, dotkniętych przymiotem wrodzonym, w 17,8% stwierdzili zaburzenia układu nerwowego, widzimy znów, jak często ten układ zostaje przez krętki atakowany.

Nonne opisuje kilka przypadków zaburzeń przysadki

na tle przymiotu wrodzonego, przejawiających się jako infantylizm lub **dystrophia adiposo-genitalis**.

Z prac zaś Tunpeera, Krausa i innych wiemy, że przymiot wrodzony może przenosić się aż na 3 pokolenia.

Godne uwagi jest zdanie Hertza, który dzieli przymiot wrodzony na postać złośliwą i łagodną. Do pierwszej zalicza autor przypadki przymiotu wrodzonego u dzieci, których rodzice byli niedostatecznie leczeni. Na skutek niedostatecznego leczenia szczerp krętków ulega pewnym zmianom biologicznym, dzięki którym staje się opornym względem leków swoistych. Krętki te, przechodząc do ustroju dziecka, stają się złośliwymi dlatego, że leczenie swoiste drażni je tylko, a nie niszczy, cały ustrój zostaje zalany temi krętkami i następuje, według autora, zakażenie krętkowe z częstym zejściem śmiertelnym. W tych przypadkach zaś, gdzie rodzice byli dobrze leczeni, dziecko znosi dobrze leczenie swoiste, szczególnie w dużych dawkach. Te przypadki zalicza autor do postaci łagodnych.

Co do terapii, to dziś przymiot wrodzony leczy się zupełnie tak samo, jak nabyty. Leczenie prowadzi się przewlekłe-przestankowo rtęcią, neosalvarsanem i bizmutem. Na oddz. chr. skórno-wener. D-ra Wacł. Sterlinga stosowane jest dawkowanie leków przeciwprzymiotowych w przymiocie wrodzonym u dzieci wedle wzoru Hoffmana, mianowicie: 1) rtęć w postaci kąpeli sublimatowych 1 gr. sublimatu na kąpiel dziecięcą oraz wcierań szaruchy w dawce 0,1 grama na kilo wagi dziecka, 2) neosalvarsan w dawce 0,01—0,02 na kilo wagi, 3) bizmut zaś wedle zwykłych zasad dawkowania u dzieci. Leczenie to jest naogół przez dzieci bardzo dobrze znoszone i daje wyniki zadawalające.

W końcu każdej kuracji rtęcią, neosalv. i bizmutem niektórzy autorzy radzą dawać jeszcze przez pewien czas preparaty jodowe, jak na przykład **Sirup. ferri jodat.** 3 r. dziennie po łyżeczce od herbaty.

Tutaj wspomnieć chciałbym jeszcze o spostrzeżeniu niektórych badaczy, że wielokrotnie stwierdzono znikanie objawów chorobowych u dzieci z przymiotem wrodzonym nie leczonych, lecz karmionych przez matki, które były leczone neosalvarsanem, gdyż pewna część tego preparatu przechodzi również z mlekiem matki na dziecko, trudno jednak przypuścić, aby w ilości, wystarczającej do wyleczenia dziecka.

Na zakończenie zaznaczyć muszę, że wszyscy niemal autorzy zgodnie rozwiązują problematę przymiotu wrodzonego widzą w energicznym leczeniu przeciwprzymiotowym rodziców, głównie zaś kobiet ciężarnych, tembardziej, że ciąża nie przedstawia żadnego absolutnie przeciwskazania do leczenia swoistego, jak to dawniej przypuszczano.

Piśmiennictwo.

Aussprache über angeborene oder ererbte Syphilis. Sitzung der Med. Chirurg. Gesellsch. in Edinburgh v. Februar 1924. Derm. Woch. Nr. 37, 1924. Kongenitale Syphilis prof. Leiner. Zentrblatt f. Haut. u. Geschl. Bd. XIV Hf. 1/3 1924. Zur Frühdiagnose der angeborenen Syphilis v. Hoffman. Klin. Wochenschr. Nr. 6, 1924. Trenung der Lues congenita in eine maligne und benigne Form. v. Herz. Monatschr. f. Kinderheilk. Bd. 28, Hf. 2, 1924. Zur Prophylaxe der kongenitalen Syphilis v. E. Levin. Med. Klin. Nr. 45, 1924. Congenital Syphilis. Welsh, Stewart Southern med. Journ. Bd. 16, Nr., 1923. La Syphilis par prof. L. M. Pautrier „Le monde médical“ Mars 1924. L'hérédité par E. Guyénot. Czy tuberculum Carabelli jest objawem przym. wrodz. Wiktor Borkowski. Ueber Zahnanomalien bei Kongenitaler Syphilis. D. m. W. Nr. 28, 1920.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Histologia i Embrjologia.

T. LUTHY. O ogniskach nabłonkowych wrodzonych w gruczołach chłonnych. (Virch. Arch. T. 250, 1924, str. 30).

Na sekcji 33-letniej kobiety z zasadniczym schorzeniem — wrzodziejącym zapaleniem wsierdzia — spostrzeżono dwa symetrycznie ułożone około dolnych kręgów lędźwiowych gruczoły chłonne wielkości fasoli. Mikroskopowo wśród zwykłego gruczołowego utkania znajdowały się pod torebką lite pasma nabłonkowe oraz torbielki, wysłane walcowatym rzeszkowym, sześciennym lub płaskim nabłonkiem.

Oprócz tego stwierdzono agenezję prawej nerki, dwurożną macicę, podwójny przewód Gärtnera prawy. W prawym rogu macicy znajdował się uchyłek, w którego ścianie przy badaniu mikroskopowym spostrzeżono utkanie typowe dla gruczołako-mięśniaków kąta jajowodowego („rzekome kłębki“ Recklinghausena).

Ogniska nabłonkowe w gruczołach chłonnych znajdują się do czynienia względnie dość często z zawiązkami gruczołów ślinowych i ich przewodów w gruczołach chłonnych

szy. Autor wślad za innymi badaczami wydziela gruczoły miedniczy, w których ogniska nabłonkowe przybierają specjalną postać.

Nie można tych nabłonkowych tworów uważać za powstałe ze śródbłonków naczyń w stanach zapalnych, ze względu na obecność rżesk w komórkach, wydzielanie śluzu i obecność komórek kubkowych.

W swoim przypadku autor wobec istnienia całego szeregu zaburzeń rozwojowych w narządach moczowo-płciowych oraz ze względu na umiejscowienie gruczołów i charakter zawartych w nich ognisk nabłonkowych przychodzi do wniosku, że są to pozostałości pranercza i przewodu Wolffa.

Dany przypadek oczywiście nie rozwiązuje zagadnienia, czy takie nabłonkowe twory mogą bujać nowotworowo, przekształcając się w raki.

A. Siedlecka.

H. BERGER. O unerwieniu opony miękkiej i naczyń mózgowych. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten, T. 70, Z. 2 1924).

Na preparatach z opony miękkiej, barwionych metodą Bielschowskiego, zmodyfikowaną przez Schulzego, znalazł autor włókna nerwowe myelinowe, opisane już poprzednio przez Purkiniego, a następnie przez Stöhra.

Udało mu się również stwierdzić liczne włókna nerwowe w tkankach naczyniowych (telae chorioideae) komór: bocznych, III i IV, oraz nerwy naczynioruchowe mniejszych i większych tętnic opony miękkiej i spłotów naczyniowych.

Natomiast opisanych przez Stöhra zakończeń nerwów w tkankach naczyniowych i nerwów włosowatych i żylnych opony miękkiej nie spostrzegł. Jak wynika z badań autora oraz Stöhra, naczynia w samej tkance mózgowej pozbawione są zupełnie nerwów naczynioruchowych. Stöhr przypuszcza, iż naczynia, przebiegające w oponie miękkiej, wywierają wpływ na krążenie krwi w mózgu, zaś zakończenia nerwów w oponie miękkiej i w tkankach naczynioruchowych mają pewien związek z wydzielaniem się płynu mózgowo-rdzeniowego i regulowaniem ciśnienia wśrodczaszkowego.

Bau-Prusakowa.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

E. PUTTER. O zależności kurczów hypoglikemicznych od poziomu cukru we krwi. (Klinische Wochenschrift Nr. 49 1924).

Badania doświadczalne autora na zwierzętach w liczbie przeszło 500 dowodzą stanowczej niezależności kurczów, występujących przy stosowaniu większych dawek insuliny, od poziomu cukru we krwi. Znaczna część zwierząt (króliki) dostawała kurczów, choć poziom cukru wynosił 60 mg. % albo nawet 70 mg. %. I naodwrot, u wielu królików poziom cukru spadał poniżej 50 gm. % albo nawet niżej 40 mg. %, a pomimo tego kurczów nie dostawały. Uwzględnianie spadku cukru w % również zależności tej nie wyjaśniło.

Okazuje się więc, że określanie siły działania insuliny według występowania objawów kurczowych jest zupełnie niezasadne, gdyż są one zależne od szeregu czynników dotychczas jeszcze dla nas nieuchwytnych.

Klinicysta może stosować z wielką korzyścią jedynie te preparaty insulinowe, które w doświadczeniach na zwierzęciu łączą możliwie największe działanie, obniżające poziom cukru we krwi, z najmniejszą zdolnością wywoływania kurczów.

J. Typograf.

NITZESCU i MANGUICA. Wpływ insuliny na liczbę krwinek. (Comptes Rendus de la Société de Biologie Nr. 17, 23.V.1924).

W związku z zastrzykami insuliny autorzy badali zachowanie się liczby krwinek białych u królików i psów zdrowych oraz u psów cukrzyczych po całkowitem usunięciu trzustki. Leukocytozę obliczano przed i po zastrzyku insuliny równoległe z określaniem ilości w krwi. Okazało się, że w pierwszej godzinie po zastrzyku istnieje skłonność do niewielkiej leukopenji, szybko ustępująca miejsca dość znacznej leukocytozie (powiększenie się liczby krwinek białych waha się około 100%). Krzywa leukocytozy jest prawie równoległą do krzywej spadku cukru w krwi, tak, że szczyt leukocytozy następuje w 4—5 godzin po zastrzyku, jednocześnie z najwię-

szem obniżeniem poziomu cukru we krwi. Takie same wahania okazała krzywa leukocytoza u chorej na cukrzycę kobiety: przed zastrzykiem 20 jednostek insuliny — 6500 białych krwinek, w 20 minut później — 5,600, po 4-ch godzinach — 11,600.

Co się tyczy wzoru leukocytów oraz liczby krwinek czerwonych, nie stwierdzono pod wpływem insuliny żadnej zmiany. Zmiany w liczbie leukocytów po zastrzykach insuliny dotyczą zarówno osobników zdrowych, jak i cukrzyczych.

J. Typograf.

BERGONIÉ i ROUSSY. Walka z rakiem we Francji. (Pr. Med. Nr. 95, 1924).

We Francji umiera rocznie z powodu raka około 40000 osób, co wynosi 1 przypadek na 20 śmierci wogóle, na całym świecie około 500000 osób.

Autorowie bezwzględnie zwalczają stare dogmaty, że rak jest chorobą nieuchronną, dziedziczną i niewyleczalną. Dziedziczność jako prawo w rakach nie istnieje, t. zw. rodziny rakowate są dość rzadkie. Również można mówić o rzeczywistej profilaktyce w stosunku do raków, lecząc zawczasu wszelkie przewlekłe zmiany miejscowe, które, będąc zaniedbane, mogą się przeistoczyć w nowotwory złośliwe. Co się zaś tyczy uleczalności raków, to z postępem wiedzy lekarskiej liczba zupełnych wyzdrowień zupełnie się powiększyła dzięki udoskonalonej dagnostyce, wczesnym zabiegom operacyjnym i swoistemu działaniu promieni X i radu. Żeby tę walkę z rakiem ująć w jednolite ramki, we Francji został utworzony szereg stacyj centralnych (centres régionaux contre le cancer), rozrzuconych po całym kraju, łączących w bezpośredniej zależności od ministerjum higieny i wypełniających potrójne zadanie: 1) leczenie ubogich chorych na raka, 2) nauczanie lekarzy i studentów w kierunku zwalczania raka, i 3) przeprowadzenie badań i doświadczeń naukowych w specjalnych zakładach i pracowniach.

J. Pomper.

Lecznictwo.

Prof. Dr. H. STRAUSS. Praktische Winke für die Kochsalzentziehungskur durch chlorarme Ernährung. (Wydanie trzecie, poprawione i uzupełnione. Berlin. Nakładem Kargera. 1924).

Autor wprowadził przed 21 laty do lecznictwa metodę bezsolną, nazywaną ogólnie kuracją bezchlorkową. Okazało się jednak, że nietylko cząsteczka chloru w soli kuchennej wpływa na zatrzymywanie wody w ustroju w niektórych stanach chorobowych: własność tę posiada bardzo wyraźnie również cząsteczka sodu. Dlatego w nowym wydaniu autor mówi już o redukcji soli kuchennej, nie zaś tylko chlorków. Sole potasu np. wywierają działanie wprost przeciwnie.

Wpływ djety ubogiej w sól kuchenną na ustrój jest wieloraki. Przedewszystkiem wpływ jej jest odwadniający. Sól kuchenna zatrzymuje w tkankach wodę. Widać to w chorobach nerkowych, widzieliśmy to także w puchlinie głodowej okresu wojennego. Pozatem ograniczenie soli wywiera wpływ oszczędzający na nerki, wpływ na wymianę bromu i chloru, wreszcie obfitość soli wykazuje działanie drażniące na skórę.

Autor opisuje wskazania do djety ubogiej w sól kuchenną, stosowanej w kuracji suchej (zaburzenia krążenia, miażdżycza, niektóre sprawy nerkowe, otyłość, biednica), bromowej (padaczka), chorobach dróg moczowych, chorobach serca, moczowce, chorobach żołądka, krwi i skóry oraz w leczeniu wysięków.

Przepis djety ubogiej w chlorki nie może ograniczyć się do tego, żeby chorego objaśnić, że powinien unikać soli; lecz powinien on zawierać wskazówki, jak chorego ma utożyc sobie pokarmy i jak je przygotować, ażeby nie wprowadzać do ustroju nadmiaru soli, a jednocześnie zaspokoić głód i łaknienie. Takie postępowanie wymaga znajomości składu chemicznego pokarmów co do zawartości w nich soli oraz wiadomości kulinarnych. Wyjaśnieniem tych rzeczy zajmuje się autor w danej broszurce. Podaje on procentową zawartość soli we wszystkich używanych pokarmach w stanie surowym i wybiera potrawy, które z nich przygotować można, podając szczegółowe przepisy kuchenne.

Jest tych potraw, co niemiara, wszystkie przyprawione to cytryną, to maderą, to pomidorami, to parmezanem, to papryką, to octem, to grzybkami lub korniszonami.

Autor chciał widocznie wykazać, że ubóstwo menu w stanach chorobowych jest tylko wynikiem braku pomysłów kulinarnych lub małych wiadomości lekarza.

W czasie wojny autor był kierownikiem oddziału chorób nerkowych; przytacza spis potraw wydzielanych na oddziałach przez cały tydzień: na śniadanie, obiad i kolację. Dziś, po przebyciu ciężkiego okresu, spis potraw w szpitalu może być znacznie więcej jeszcze urozmaicony.

Praca powinna znaleźć się w ręku przedewszystkiem lekarzy, prowadzących zakłady dietetyczne, będzie dla nich wielkim ułatwieniem; lekarz praktyk będzie z niej mógł czerpać coraz to nowe potrawy, urozmaicające jedłospis pacjenta, skazanego na długie lata karencji chlorkowej.

K n a p p e.

MICHAËL. W sprawie sympatektomji okołotętnicznej. (D. Zschfr. f. Chir. T. 189, Z. 1—3).

Chcąc wzbogacić naukę o znaczeniu sympatektomji dla kliniki, M. wykonał szereg doświadczeń na królikach, u których duże uszy nadają się specjalnie do obserwacji porównawczej. M. wychodzi z założenia, że, usuwając **ganglion colli supremum nervi sympathici**, przerywa większość dróg współczulnych, skierowanych do ucha zwierzęcia. Po 31 doświadczeniach M. przychodzi do następujących wniosków: wycięcie zwoju nie wpływa na gojenie się rany w uchu królika. Zapalenie chemiczne przebiega w takim uchu o wiele intensywniej, niż w uchu porównawczem. Lecz po usunięciu zwoju z równoczesnym przecięciem nerwów czuciowych ucha odczyn zapalny zostaje znowu doprowadzony do normy.

Z doświadczeń tych więc wynika, że dla zagojenia rany poza rozszerzeniem się naczyń według **Leriche'a** konieczne jest współdziałanie jeszcze innych czynników, tymczasem nieznanych.

J. P o m p e r.

Gruźlica.

Hołger MÖLLGAARD. Chemotherapy of tuberculosis. (Kopenhaga. 1924).

Jest to książka o 417 stronicach z licznymi ilustracjami, napisana przy współudziale duńskich klinicyстів i traktująca o nowym przez **Möllgaard'a** przygotowanym środku przeciwgruźliczym chemoterapeutycznym.

Książka składa się z 2 głównych części, z których pierwsza omawia podstawy doświadczalne stosowania tego przetworu złota, druga podaje dotychczasowe wyniki leczenia gruźlicy tym nowym środkiem, zwanym **sanocrysiną**. Pierwszą część — teoretyczną — opracował sam twórca środka, profesor fizjologii w szkole weterynaryjnej i rolniczej w Kopenhadze. Wspomniałszy o dotychczasowych próbach chemoterapeutycznych w gruźlicy (**Luton, Fiakler, Linden** i inni — próby z miedzią — **Bruck i Glück, Bettman, Juncher, Mayer, Feldt, Spiess** i t. d. — próby z przetworami złota) M., na zasadzie rozważań teoretycznych wypowiada zdanie, że przesłanki **Feldta**, jakoby przetwory złota, wprowadzone do ustroju, miały działać wyłącznie katalizująco na komórki, a więc miałyby tylko przyspieszać naturalny proces samoleczenia, są niestuszne. Od właściwego środka chemoterapeutycznego, w myśl zasad, sformułowanych przez **Ehrlicha**, winniśmy żądać, by nietylko przyspieszał proces gojenia się, lecz, by posiadał własność hamującą rozwój i niszczącą zarazki. W gruźlicy sprawa ta wikła się przez szczególne właściwości budowy zarazka, utrudniające przedostawanie się środka leczniczego do wnętrza zarazka, M. uważa, że środek chemoterapeutyczny przeciwgruźliczy winien być rozpuszczalny w wodzie, szybko dyfundować, nie posiadać wolnych jonów złota, które są dla ustroju jadowite, wolno rozkładać się w ustroju, rozkładając się przy tem bez wytwarzania jonów złota czy innych połączeń trujących. Za taki właśnie środek uważa autor swój przetwór złota, zawierający jeszcze tlen, siarkę i sód, przedstawiający wzór $Au_{2}(SO_{3})_{2}N_{3}$. Zaznaczę mimochodem, że M. nie dostarcza wyraźnych dowodów na korzyść twierdzenia, że środek jego nadzwyczajnie szybko dyfunduje. W szeregu badań można było się przekonać, że sanocrysiną hamuje wzrost prątków w hodowlach i że pozbawia prątki własności barwienia się fuksyną. Badania nad działaniem sanocrysiny na poszczególne organy doprowadzają autora do wniosku, że naogół w niewielkich dawkach przetwór ten nie jest szkodliwy dla organów ustroju **drowego**, choć niezbyt rzadko powoduje białkomocz, co by wskazywało na lekkie przemijające podrażnienie nerek. Bądź co bądź, okazało się, że największe ilości złota znajdowano w nerkach, przez które, najwłaściwiej, w pierwszym rzędzie wydziela się złoto

na zewnątrz. Jeszcze w 4—6 dni po zastrzyknięciu dożylnym znajdowano złoto w moczu. Szczególnie wrażliwe na sanocrysinę są nerki drobnych zwierząt pracownianych (świniek i myszy). Przetwór musi być jednak zupełnie czysty, bez szkodliwych domieszek, śnieżnobiałego koloru, w postaci długich kryształków i musi być przechowywany w ściśle zamkniętych rurkach szklanych. Zmiana koloru jest wyrazem występującej jadowitości sanocrysiny. W ilościach 1—2 centigramów na kilo żywej wagi sanocrysiną, dożylnie wprowadzona, nie jest szkodliwa dla ustroju. Zauważono, że wprowadzenie do ustroju preparatów arsenikowych tuż przed zastrzyknięciem sanocrysiny czy w czasie jej stosowania jest szkodliwe. Ponieważ sanocrysiną zabija znajdujące się w ustroju laseczniki gruźlicy, uwalnia przez to toksyny, które mogą powodować toksynemję, odczyn analogiczny do tuberkulinowego, a nawet wstrząs tuberkulinowy (jak np. u świnek morskich po tuberkulinie). Należało tedy pomyśleć o neutralizowaniu owych uwalniających się toksyn. Wstrząs, kończący się nieraz śmiercią, był spostrzegany, zwłaszcza w pierwszym okresie prób z sanokrysiną, u cieląt, małą, kur, a nawet ludzi. Pierwszym objawem zjawiającego się wstrząsu jest białkomocz (do 4%), często z cylindrurją lub krwiomocz, następnie idą objawy kiszkowe, zaburzenia działaności serca (**myocarditis**), wreszcie występuje obrzęk płuc, spadek ciepłoty i śmierć. Niezawsze wstrząs rozwija się w całej okazałości: zwierzęta czy ludzie wracają wtedy do swego stanu zwykłego. M. objaśnia powstawanie wstrząsu brakiem niweczników we krwi. W celu przeciwdziałania w chwili wystąpienia białkomoczu wprowadza do ustroju dożylnie surowicę zdrowych cieląt, którym uprzednio zastrzykuje kilkakrotnie zabite w ciepłocie 115°C. prątki **Kocha** i tuberkulinę. Zabieg ten ratuje zwierzęta zakażone od śmierci wskutek wprowadzenia sanocrysiny. Ludziom niekiedy wstrzykiwano surowicę i zapobiegawczo przed zastrzyknięciem sanocrysiny. Tak więc, zdaniem M., sanocrysiną wyzwała jady, rozpuszczalne w wodzie (? przyp. ref.), zaś surowica, przez nią otrzymana, zawiera niweczniki, które udaje się biernie przenieść na ustrój chory w celu zapobiegawczym czy leczniczym. Bez surowicy przeszło 50% zwierząt i ludzi chorych, leczonych sanocrysiną, zginie od wstrząsu.

Co się tyczy działania leczniczego sanocrysiny, to M. przerobił liczne badania na zwierzętach. Z badań tych na szczególną uwagę zasługuje następujące. W duńskim państwowym zakładzie surowicę wprowadzono cielętom dożylnie kilkakrotnie wzrastające dawki zjadliwej hodowli prątków gruźliczych. W godzinę po każdym zastrzyknięciu zwierzę dostawało 0,25 sanocrysiny i 20 cm. sz. surowicy. Cielęta otrzymywały w ten sposób 0,7 gr. laseczników gruźliczych i pozostawały zdrowe.

Badania drobnowidzowe tkanek gruźliczych zwierząt, leczonych sanocrysiną, wykazywały przerastanie gruzelków prosówkowych i zserowaciałych tkanką łączną, wygojenie z obecnością złożeń wapiennych i zupełne znikanie prątków gruźliczych, jednym słowem, to, co się widuje w samoistnym wyleczeniu.

O stronie klinicznej zdaje sprawę szereg lekarzy duńskich z **Secherem** na czele. Sanocrysinę rozpuszcza się w świeżo destylowanej wodzie w stężeniu 4,5—5% — wem. Zastrzykiwać należy dożylnie, bacząc, by przetwór nie dostał się do tkanek, wywołuje to bowiem ból, zapalenia i nawet zgorzel. U małych dzieci nieraz trzeba się uciekać do zastrzykiwań domięśniowych, co ma nieraz niepożądaną skutek w postaci ropni. **Secher** wstrzykuje do żyły łokciowej, niekiedy zaś do żył przedramienia, posiłkując się wtedy swym przyrządem do utrzymania na miejscu żyły. Pierwszym objawem, który występuje po zastrzyknięciu, jest wznieśnienie ciepłoty, którą należy mierzyć 4—5 razy dziennie w przewidywaniu nagle niekiedy następującego spadku, uważanego za objaw wstrząsu niepożądanego. Przeoczenie w tym wypadku może być niebezpieczne dla chorego. Zresztą, sama ciepłota niezawsze musi być zwiastunem wstrząsu, wymagającego natychmiastowej interwencji: przekrwienie twarzy, siniaca, miękkie tętno i inne objawy zapaści mogą wystąpić dość szybko, — należy więc mieć zwróconą stale uwagę na chorego. Również ważnym objawem wstrząsu jest białkomocz. Poza tem należy pamiętać o pedantycznej czystości jamy ustnej, gdzie dają się stwierdzić rozmaite zmiany na śluzówce, i o możliwości wystąpienia wysypek na skórze. Dość często występują uporczywe, nawet długotrwałe wmioty, które zresztą mogą się rozpoczynać jeszcze w czasie zastrzykiwania. Wysypki i białkomocz **Secher** objaśnia jako powstające

skutkiem uwalniania się jajów gruźliczych. Na uwagę zasługują cytowane przez Sechera przypadki pcosuniętej gruźnicy z bardzo licznymi rżęciami w obu płucach, gdzie po jednym lub kilku zastrzykach sanocrynsiny zupełnie zniknęły rżęciami, na sekcji zaś stwierdzano płuca „zupełnie suche”, jamy wykazywały suche ściany i były bez zawartości, owróżdzenia w kiszkiach były czyste. Śmierć w tych przypadkach następowała skutkiem wstrząsu.

Roentgen często wykazywał wyjaśnienie miejsc chorych o charakterze pneumonicznym; miejsca, nie ulegające poprawie, zdaniem Sechera, zawdzięczamy to bardzo zwartej tkance łącznej, która uniemożliwiała dostęp sanocrynsiny do wnętrza ognisk. Często zniknęły szybko prątki z płwociny. W dalszych swych rozważaniach Secher zaznacza, że lepsze widoki dają przypadki, w których zmiany miejscowe i stan ogólny dają prawo przypuszczać, że ustrój posiada dość sił obronnych, i w których pod wpływem sanocrynsiny uwolni się niezbyt obfita ilość jądów gruźliczych. Szczególnie dobrze mają przebiegać przypadki zapalenia opłucny, gruczołów chłonnych. Stosowanie sanocrynsiny w dawkach małych nie osiąga, zdaniem Sechera, celu i może nawet zaszkodzić choremu. Początkowa dawka wynosi 0,5, następna po 3—4 dniach zależy (jak i w tuberkulinoterapii) od odczynu, wywołanego przez pierwszą i t. d. (Ostatnio rozmaici lekarze duńscy stosują podobno mniejsze, niż początkowo, dawki). Waga w czasie leczenia pada, po ukończeniu leczenia szybko wzrasta.

Spostrzeżenia kliniczne, przytoczone w książce, a dostarczone przez pięciu klinicystów, były, jak zaznacza Secher, prośbami, które wskutek często nieodpowiedniego stosowania sanocrynsiny, nieraz kończyły się śmiercią. Bądź co bądź, niektóre z nich, — nawet jeśli pozostawić na stronie 2 przypadki prosówki płuc, które uległy jakoby wyleczeniu, — przemawiają za skutecznym niekiedy działaniem sanocrynsiny. Przypadki śmierci, spowodowanej leczeniem, nie były rzadkie.

Należy przyznać, że cała książka czyni wrażenie poważne, że niema tam nic takiego, coby odrazu wyglądało na t. zw. humbug. Autorzy klinicyści obiektywnie traktują swą pracę próbną, przytaczają dość szczegółowo historje choroby, pozwalając czytelnikowi samemu na wyprowadzenie odpowiedniego wniosku. Część teoretyczna, niezmiernie interesująca sama przez się pod względem doświadczalnym, zawiera sporo wniosków, właściwie niepopartych dostatecznymi dowodami (np. cała sprawa surowicy t. zw. przeciwgruźliczej, pewne porównanie z tuberkuliną, objaśnienie wstrząsu etc.). Roztrząsanie teoretyczne całego zagadnienia zajęłoby zbyt dużo miejsca i byłoby, sądząc, sprawą czysto akademicką, niezawsze bowiem metoda lecznicza skuteczna posiada jasne dla nas podstawy teoretyczne.

Srodek Möllgaaarda musi być dokładnie zbadany z zastosowaniem wszelkich środków ostrożności (*primum non nocere!*), a przyszłość pokaże nam, czy mamy powód do trjumfu, czy też przeżyjemy jeszcze jedno rozczarowanie „przeciwgruźlicze“.

M. Gantz.

Rudolf ZIEL. *Anregungen zur gesetzlichen Regelung der Tuberkuloseprophylaxis.* (1923. Tuberk. Bibliothek).

Jest to jedna z broszur (Nr. 18), wydawanych pod redakcją prof. Lydji Rabinowicz, jako dodatek do Zeits f. Tuberk.

Autor skreśla stan sprawy gruźliczej w Czechach, opisując śmiertelność z gruźlicy i organizację walki z tem cierpieniem. Broszurka ma na celu propagandę na rzecz wydania ustawy o meldowaniu gruźlicy w Czechach i zorganizowanie prawdziwie celowej walki z gruźlicą przez państwo i komuny. By być bardziej realnym, przedstawia projekt ustawy przeciwgruźliczej, wykreśla przypuszczalny budżet i wskazuje, skąd należałoby czerpać środki finansowe na pokrycie wydatków. Stara się przekonać (i, jak sądzą, słusznie), że przy dobrych chęciach możnaby plan rychło wprowadzić w życie. Broszurkę uzupełnia ustawa przeciwgruźlicza, obowiązująca w Japonji od r. 1919, i dwie mapki Czech, wykazujące śmiertelność z gruźlicy w latach 1906—1908 i w r. 1920. (U nas o tego rodzaju mapkach narazie nawet marzyć nie można. A organizacja walki z gruźlicą u nas?).

M. Gantz.

JAQUEROD. *Les processus naturels de guérison de la tuberculose pulmonaire.* (Masson et C-o. Paris 1924).

Niezmiernie interesująca książeczka dla każdego leka-

rza, mającego do czynienia z gruźlicą płuc. Poza krótkimi uwagami nad istotą zmian gruźliczych w płucach, ich umiejscowieniem, sposobem powstawania i klasyfikacją, mamy krótki przegląd naturalnych sposobów leczenia się gruźlicy, a co najważniejsze, zestawienie 32 spostrzeżeń z praktyki własnej ze zdjęciami rentgenowskimi. Ta ostatnia część jest właśnie najcenniejsza. Wykazuje ona dobitnie, jak nadzwyczajna, jest tendencja samogojenia się w gruźlicy płuc i jak rozległe nieraz zmiany ulegają olbrzymiej poprawie, jeśli nie samowyleczeniu w odpowiednich warunkach, li tylko pod wpływem kuracji klimatycznej. Przystudjowanie książeczki Jaquero da pobudza do większego krytycyzmu w praktyce codziennej, lecz wzbudza pewną otuchę i wiarę, że, skoro sama natura tyle potrafi zdziałać, może zdoła się wreszcie skutecznie naśladować ją w większości przypadków gruźlicy, stosując jakąś nową metodę leczniczą.

M. Gantz.

BACKMEISTER. *Leczenie gruźlicy sanochryzyną metodą Möllgaaarda.* (Deutsch. Med. Woch. Nr. 5, 1925).

Wobec sprzecznych i nieściślych publikacji o nowym srodku leczniczym w gruźlicy, wynalezionym przez prof. Möllgaaarda z Kopenhagi, uważa autor za stosowne powołać się w tym względzie na zdanie wybitnego lekarza holenderskiego prof. Snappera, który dopiero niedawno wypowiedział się o nowym leku na łamach „Nederlandsch Tijdschrift voer Geneeskunde“ 1924, Nr. 23.

„Sanochryzyna jest to biały, rozpuszczający się w wodzie proszek, o wzorze chemicznym: Au (S2 O3)2 Na3. Preparat ten posiada *in vitro* własności wybitnie zabójcze względem prątków Kocha; giną one w ciągu 24 godzin przy rozcieńczeniu preparatu 1:100000, natomiast przy rozcieńczeniu 1:1000000 rozwój ich ulega zahamowaniu. Przy podaniu śródżylnym 5% sanochryzyny osobnikowi, dotkniętemu gruźlicą, — następuje gwałtowny i niebezpieczny odczyn ogólny organizmu, spowodowany nagłym nagromadzeniem się endotoksyn gruźliczych, wyzwolonych na skutek rozpadu wielkiej liczby prątków Kocha; występuje wysoka gorączka, wymioty, biegunka, wysypka, niedomoga nerek z białkococzem.

Dla unieszkodliwienia, a więc niejako zubożenia tych tak niebezpiecznych endotoksyn Möllgaaard posługuje się dodatkowo surowicą cieląt, względnie koni, uodpornionych drogą dłuższego podawania zabitych prątków gruźliczych i tuberkuliny.

W rezultacie więc zabieg leczniczy składa się z dwóch zasadniczych momentów: 1) podanie dożylnie sanochryzyny, 2) podanie surowicy dla stłumienia odczynu. Zarówno technika stosowania, jak i dawkowanie preparatu nie są jeszcze ustalone. Dotychczasowe doświadczenia na około 400 pacjentach nie upoważniają do żadnych ostatecznych wniosków. Warto zaznaczyć, że w pewnej liczbie przypadków nasąpił gwałtowny wstrząs tuberkulinowy z zejściem śmiertelnym. W gruźlicy płuc odczyn miejscowy (ogniskowy) nie występował tak wyraźnie, jak w gruźlicy jelit, w której to zaobserwowano kilka razy krwotoki kiszkiowe, a jeden raz nawet przedziurawienie kiszki. Möllgaaard sam porównywa swą metodę z ciężkim zabiegiem operacyjnym, o rokowaniu niepewnym, podkreśla jednak, że przypadki, w których zdołano odczyn organizmu opanować, kończyły się wyzdrowieniem“.

G. Raciązek.

Toru KOIZUNI. *O obecności prątków gruźliczych w szpiku kostnym chorych na gruźlicę.* (D. M. W. Nr. 44, 1924).

Chcąc sprawdzić czy słuszne jest twierdzenie Löwensteina, że każdy przypadek śmierci na gruźlicę wykazuje typową agonalną bacilleme, autor zbadał pewną liczbę przypadków odpowiednich na obecność prątków gruźliczych w pęcherzyku żółciowym i szpiku kostnym. Autor sądzi na podstawie swych badań, że laseczki gruźlicy przed samą śmiercią są rozsiane obficie we wszystkich organach, które zresztą z wyglądu są napozór wolne od gruźlicy. W 46% stwierdzona została obecność prątków w pęcherzyku żółciowym, w 75% w szpiku kostnym zmarłych, nie wykazujących zmian prosówkowych. Wyniki te zdają się przemawiać za słusnością wspomnianego wyżej twierdzenia Löwensteina.

M. G.

F. KLEMPERER i A. SALOMON. *O wartości klinicznej nowszych sposobów serodjagnostycznych w rozpoznawaniu gruźlicy.* (Ztschr. f. Klin. Med. 100, 1, 1924).

Odczyny, polegające na wiązaniu dopełniacza, zarówno

z antygenem Wassermann'a, jak i Besredki, wypadają dodatnio w 73% przyp. pewnej gruźlicy. W przypadkach klinicznie stwierdzonej gruźlicy nieczynnej próba Wassermann'a wypadła w 27%, Besredki zaś w 46%. Wobec tego w niepewnych przypadkach próby te nie rozstrzygają ostatecznie.
L.

Choroby narządów trawienia.

E. NORDMANN. O wrzodzie żołądka i dwunastnicy. (Arch. f. Kl. Chir., t. 125, 1923)

Autor zdaje sprawę ze 180 zabiegów chirurgicznych, wykonanych przez prof. O. Nordmanna z powodu wrzodu żołądka lub dwunastnicy. Praca ta ma rzucić światło na ciągle jeszcze sporną kwestję rodzaju zabiegu, jaki należy stosować w tych schorzeniach.

W rozdziale „Uwagi do anatomii patologicznej i etjologii wrzodu“ autor daje krótki przegląd istniejących w tej sprawie teorii, starając się oświetlić je z punktu widzenia omawianych przypadków. Między innymi zwraca uwagę na znaczenie konstytucji w powstawaniu wrzodów, mianowicie, w 90—95% przypadków autor stwierdził skłonność do neurastenji.

Chorzy ci zazwyczaj przed zabiegiem czas dłuższy leczenia byli z powodu „nerwowego cierpienia żołądkowego“.

Wśród całego szeregu czynników, sprzyjających występowaniu wrzodów okrężnych, jakoto: sztywność krzywizny małej żołądka, ogólne zaburzenia roślinnego układu nerwowego i t. d., autor podkreśla współistnienie zmian zapalnych w woreczku żółciowym lub wyrostku robaczkowym. Od pół roku autor zwraca uwagę przy zabiegach na żołądka na stan tych narządów i 16 razy na 18 badanych przypadków wynik poszukiwań był dodatni na wyrostku robaczkowym. Były to przyczynki do teorii powstawania wrzodu na drodze zatoru zakaźnego (Moynihan, Payr, Eiselsberg), tembardziej, że często wtedy spotyka się zrost zapalny wyrostka z kreską jelita cienkiego. Sądzić z tego można, że proces zakaźny z wyrostka łączy drogą naczyń chłonnych lub krwionośnych na kreskę jelita cienkiego, a stąd na żołądek.

Jednocześnie zmiany w woreczku żółciowym stwierdzono 10 razy.

Co się tyczy rozpoznania, to w 80% przypadków badanie czysto kliniczne, obserwacja i dokładne wywiady prowadzą do celu.

Z pośród objawów podmiotowych najważniejszy jest ból po jedzeniu, przyczem jednak pamiętać należy, że „bole głodowe“ bywają również we wrzodzie żołądka.

Bolesność uciskowa w dołku nie jest objawem pewnym, gdyż okolica splotu śródbrzusznego (ganglion coeliacum) reaguje na różne schorzenia jamy brzusznej. Badanie chemizmu żołądka nie wyjaśnia sprawy, gdyż w operacyjnie stwierdzonych wrzodach autor otrzymywał w 50% stosunki kwasowości prawidłowe, a wśród pozostałych bywała nadkwaśność, niedokwaśność lub zupełny brak kwasu. Natomiast badanie kału na krew utajoną jest cennym środkiem rozpoznawczym.

W 70% sprawdzonych wrzodów wynik tego badania był dodatni.

Najważniejszym środkiem rozpoznawczym jest badanie promieniami Roentgena, a zwłaszcza zdjęcie, gdyż tylko klisza oddać potrafi te subtelności, jakich oko nie dostrzeże na ekranie.

Różniczkowanie między wrzodem żołądka a dwunastnicy jest bardzo trudne.

We wszystkich przypadkach wrzodu dwunastnicy stwierdził autor okresowość cierpienia, ale tylko w połowie były wywiady typowe, a co więcej, w niektórych przypadkach wrzodu żołądka objawy podmiotowe przemawiały raczej typowo za dwunastnicę. Za najcenniejszy objaw dla wrzodu dwunastnicy należy, według autora, uważać utrzymywanie się cienia opuszki dwunastnicy, t. zw. „Dauerbulbus“, przy badaniu rentgenowskim. Rodzaj stosowanego zabiegu autor uzależnia od obrazu anatomo-patologicznego, jaki stwierdza podczas zabiegu.

Obecnie zasadniczo jest zwolennikiem wycinania wrzodów wraz z częścią odźwiernikową sposobem Bilrotha II, z modyfikacją Reichel—Polya. Tylko przy bardzo wysoko, około wpustu, siedzącym owrzodzeniu poprzestaje na wycięciu poprzecznym, ażeby nie pozostawić zbyt małej resztki żołądka.

W przypadkach wrzodu dwunastnicy, o ile to tylko, technicznie jest możliwe, również — dąży do wycięcia, gdy

się to jednak nie uda, operuje także sposobem Bilrotha II. W ten sposób wrzód zostaje zupełnie wydzielony z drogi przechodzenia pokarmów i postawiony w warunki sprzyjające wygojeniu.

Zespoleenie żołądkowo-jelitowe pozostawia autor tylko dla zwężeń odźwiernika, powstałych na tle wygasłej już sprawy.

Zespoleenie żołądkowo-jelitowe ma spowodować szybsze wydalanie pokarmów, zubożenie chemizmu żołądkowego przez wsteczne wlewanie się zasadowej treści dwunastnicy i ewentualnie omijanie wrzodu. Te czynniki mają się przyczyniać do zagojenia wrzodu.

To zubożenie treści żołądkowej może się odbywać właściwie tylko wtedy, kiedy otwór zespoleniowy znajduje się blisko odźwiernika, gdzie wydziela się najkwaśniejszy sok, a znów wyłączenie wrzodu — gdy otwór leży dostojnie od miejsc, które ma być omijane. Wszystkie te warunki trudno jest wypełnić, tembardziej, że, jak prześwietlenia wykazują, przy drożnym odźwierniku pokarm wydała się przez oba otwory. Poza tem „leczenie“ wrzodów tylko przy pomocy zespolenia kryje w sobie duże niebezpieczeństwa, jakoto: późniejsze przedziurawienie, krwotoki, wrzód trawienny jelita czczego i ewentualnie rzadkie wprawdzie, ale możliwe złośliwe zwyrodnienie wrzodu. Tych niebezpieczeństw niema w wycięciu częściowym żołądka, tam bowiem usuwamy wrzód, a wraz z nim dolegliwości i możliwości powikłań, przecięcie zaś przy tem nerwów błędnych usuwa ten ważny czynnik powstawania wrzodów, jakim jest wago-tonia. Do wad jednak tego sposobu doszczętnego leczenia zaliczyć należy większy zabieg, jakim jest rezekcja z jej większą śmiertelnością, po G. E. 1.5% Kocher, 3,2% Kreuter, na 4,5% po rezekcji—Haberer, a wrzody trawienne po wycięciu zaczynają już być spostrzegane (Eiselsberg, Denk, Baum).

Co się tyczy techniki operacyjnej, stosowanej w klinice Nordmanna, to wspomnę tylko ważniejsze dane.

Uśpienie stosują zawsze mieszane A-C-E, cięcie w linii środkowej.

Przy bezpośrednim badaniu żołądka, nawet gdy na przedniej jego ścianie stwierdzi się wrzód, to z a w s z e zostaje otwarta bursa omentalis, i obejrzana tylna ściana żołądka, na której zresztą zwykle wyraźniej występują zmiany zapalne.

Zespoleenie zakłada klinika Nordmanna tylko typowe Hackera (tylne) z bardzo krótką pętlą.

Ważne jest zakładanie zespolenia blisko odźwiernika, gdyż tylko wtedy przy drożnym odźwierniku znaczna część treści tędy się opróżnia, jak to wykazuje prześwietlenie.

Wyłączenia odźwiernika nie stosują od czasu dłuższego wcale.

W wyjątkowych razach, gdy tylna powierzchnia żołądka wykazuje zrosty płaszczynowe z otoczeniem, wykonywane jest zespolenie przednie z modyfikacją Brauna.

Co się tyczy rezekcji, to należy dbać o dobre uruchomienie żołądka, a szwy nakładać na zdrowej ścianie. Celem uniknięcia kłopotliwego cofnięcia się kikuta żołądkowego przy rezekcji, Nordmann nakłada poza zaciskaczami na obu krzywiznach, mającej pozostać części żołądka po jednym szwie, które mają służyć jako cugle.

W razie, gdy wrzód siedzi szeroko na przedniej ścianie dwunastnicy, to zostaje ona przecięta skośnie tak, że przednia wraz z miejscem chorem zostaje zabrana na większej przestrzeni, niż tylna. Ciągły szew strunowy i pojedyncze niciane zamykają kikut jelita na glucho, przyczem zabezpieczyc można go jeszcze trzustką, łapaną w szew oczywiście płytko dla uniknięcia wydobycia się jej wydzieliny do jamy brzusznej. Następnie—zespolenie Reichel—Polya.

Brzuch zostaje zaszyty na glucho.

Z rozdziału o leczeniu pooperacyjnym wspomnę tylko, że w ciągu pierwszych trzech dni chory dostaje po 150—200 cm.³ herbaty dziennie łyżeczkami, od 3—5 dnia do 600—ccm. płynu, a od 5-go dnia podaje się już pokarmy papkowe.

Po 3—4 tygodniach chorzy zostają wypisani z pouczeniem, aby przez tygodnie unikali czarnego chleba, jarzyn strączkowych i kapusty, jadali zaś co 2—3 godziny.

Z pośród tych jeden chory był operowany gdzieindziej z powodu przepukliny smugi białej, dolegliwości jednak pozostały. Na oddziale autora każdy taki chory przy zabiegu na przepuklinie ma skontrolowany żołądek i na 7 przypadków znaleziono 3 razy wrzód.

4 razy miał autor sposobność przekonania się przy re-laparotomji, jaki jest los wrzodu po zespoleniu żołądkowo-

jelitowem. Otóż u 3 chorych wrzód pozostał mimo g-e, u jednego zagoił się.

Wrzodów trawiennych jelita czczego autor operował cztery.

Według literatury najnowszej rodzaj zespolenia nie wpływa na niepowstawanie wrzodu trawiennego, a ostatnio zjawiają się spostrzeżenia o nich też po rezekcjach.

Zaden więc zabieg właściwie od wrzodu trawiennego nie chroni.

Rozpoznanie jest w przybliżeniu możliwe z wystąpienia objawów podobnych do przedoperacyjnych. Bolesność uciskowa nie jest charakterystyczna w tych przypadkach, gdyż, jak powiedziano wyżej, bywa ona zwykle w miejscu zespolenia. Stosunki kwasowości zaś bywają tak samo różne, jak we wrzodach pierwotnych. Z powodu większej od innych wrzodów skłonności do przedziurawień należy operować doszczętnie.

Feliks Grauberg.

WERTHEIMER. 4) wrzodzie żołądka. (Arch. f. Verd. Kr. 1924).

Dziwnem wydaje się, dlaczego u zwierząt prawie nie obserwujemy wrzodu żołądka. Objaśnia to się tem, iż u człowieka żołądek „wisi“ w jamie brzusznej i napełniony wyciąga swe wiązadła, tworząc miejsca odpowiednie dla wrzodu, natomiast u psa, naprzykład, żołądek przylega do przedniej ściany jamy brzusznej i ku dolnej powierzchni wątroby, a więc ma stałą, trwałą podstawę. Główną przyczyną, według autora, powstawania wrzodu jest położenie stojące człowieka, co powoduje zaburzenia w krążeniu w śluzówce; skurcz mięśniówki wywołuje bezkrwistość w pewnym miejscu — w następstwie tworzy się tu wrzód. W celu różniczkowania cierpienia — autor radzi chorego położyć na brzuch, wówczas przy owrzodzeniu bóle ustają, przy nerwobólu żołądkowym trwają nadal. I w celach leczniczych radzi kłaść chorego na brzuch — na 8 dni; podaje on choremu co 2 godz. potrawy, poczem chory kładzie się na 1/2 godz. na brzuch lub przyjmuje pozycję kolanołokciową, wreszcie kładzie się na prawy bok. Autor miał przy powyższym leczeniu bardzo dobre rezultaty.

z Frank.

JARKO. W sprawie wrzodu żołądka. (Arch. f. Verd. Krkh. IV. 1924).

W etjologii wrzodu żołądka — odgrywają wybitną rolę następujące szkodliwe czynniki: mechaniczne, chemiczne i trujące, jak również i wagotonja. Pepsyna nie trawi części żołądka, wyciętej przy operacji. Autor dochodzi do przekonania, iż w pewnym miejscu żołądka tworzy się martwica — poczem dopiero pepsyna jest w stanie dokończyć dzieła i przyczynić się do wytworzenia wrzodu.

Frank.

KUMMER. Dalsze wyniki leczenia chirurgicznego wrzodu małej krzyżownicy żołądka. (Arch. des Maladies de l'app. digestif. Nr. 5, T. XIV).

Jest to sprawozdanie z 43 przypadków operowanych od r. 1916. Najgorsze wyniki miał autor po częściowem wycięciu żołądka z wrzodem (resectio medlogastrica). Na 13 przypadków, tak operowanych, u 4 nastąpiły nawroty.

Po zespoleniu żołądkowo-jelitowem zawsze znikają bóle. W 11 na 21 przypadków wyniki były bez zarzutu w sensie zupełnego wyleczenia.

Gastro-pylorectomia była dokonana w 10 przypadkach, we wszystkich z dobrym wynikiem. Kwasota została wyraźnie zmniejszona, opróżnienie żołądka doprowadzone do normy. Tę też metodę ze względu na wyniki lecznicze autor uważa za najodpowiedniejszą we wrzodach małej krzyżownicy.

J. Pomper.

ELSNER. Gastroskopia w rozpoznawaniu wrzodu i raka żołądka. (Arch. f. Verd. Krkh. IV. 1924).

Autor zachwala system swego gastroskopu, nadmieniacząc, iż gastroskopia przedstawia sposób badania, dopełniający inne badania, a więc winna być zastosowana tylko w tych przypadkach, kiedy wszelkie inne sposoby badania nie dały zadawalającego wyniku. Dzięki gastroskopji powstaje możliwość zaoszczędzenia choremu t. zw. próbnej operacji — w razie ujemnego wyniku badania na raka żołądka. Dalej gastroskopia stoi wyżej od Roentgena, gdyż daje nam możliwość stwierdzenia, jakie zmiany śluzówki powstały wokoło guza i jak daleko ten sięga. Co się tyczy wczesnego rozpoznania ra-

ka — to autor jest zdania, iż gastroskopia względnie niewiele osiąga z tego tylko powodu, iż chory zjawia się zbyt późno do lekarza ze swemi dolegliwościami. Co się tyczy rozpoznania wrzodu żołądka — gastroskopia oddaje usługi, i autor nie widzi przeciwwskazania do wprowadzania gastroskopu. Najlepiej udaje się wprowadzić gastroskop u osobników z budową asteniczną, u których, jak wykazują ostatnie badania, najczęściej napotykaemy owrzodzenia żołądkowe. Roentgen daje nam możność rozpoznania wrzodów dwunastnicy i większych wrzodów żołądka t. zw. *ulc. callos, resp. penetrans*; co się tyczy *ulc. simplex*, to tylko gastroskopia daje możność stwierdzenia jego istnienia; podejrzenie zwykłego, powierzchownego wrzodu — jest obecnie prawie jedynem i głównem wskazaniem do wprowadzenia gastroskopu. Wobec tego, iż nie wszystkie części żołądka — zwłaszcza część odźwiernikowa, są dostępne do oświetlenia gastroskopem — przy podejrzeniu na wrzód żołądka ujemny wynik badania — nie wyłącza obecności wrzodu.

Frank.

François MOUTIER. Przedziurawienie wrzodów żołądkowo-dwunastniczych. (Arch. de Maladies de l'App. dig. T. XIV Nr. 8, 1924).

W pracy swej autor porusza sprawę wrzodów dziurawiaczych, uwzględniając statystykę, podział, obrazy makroskopowe takich wrzodów, gojenie się ich i patogenezę.

Materiał jego faktyczny stanowią 19 wrzodów dziurawiaczych: 5 dwunastniczych i 14 żołądkowych, w tem 14 było mężczyzn i 5 kobiet, w wieku średnim (21—50 częściej, w wieku młodszym i starszym rzadziej).

Przedziurawienie wrzodów dwunastniczych dotyczyło wrzodów, usadowionych tuż przy odźwierniku w ścianie przedniej bez żadnych objawów klinicznych.

Podział autora jest bardziej złożony, niż podziały dotąd istniejące (Kocha, Sawawała i Fremont Valégo).

Autor dzieli je na:

A. Wrzody ostre odrazu dziurawiące 1.

Wtędy występuje zakażenie o przebiegu podoстрыm. Zmiany są spowodowane zakrzepem, zatorem, uszkodzeniem śluzówki najczęściej w przebiegu posocznicy, dotyczą głównie błon podśluzowej i podotrzewnowej.

B. Wrzody przewlekłe z przedziurawieniem:

1) o przebiegu ostrym 3

2) o przebiegu podoстрыm 9

3) o pęknięciu mechanicznem 5

4) przedziurawienie wrzodów zabliźnionych 1.

Przychem autor podkreśla, iż wrzody dwunastnicze zwykle bywają o przebiegu ostrym, przebieg zaś wrzodów żołądkowych bywa nieprawidłowy z obostrzeniami.

Przedziurawienie wrzodu żołądkowo-dwunastniczego jest sprawą złożoną, wywołaną przez czynnik zakaźny mechaniczny lub też mieszany, i obraz makroskopowy pozwala tylko odróżnić wrzody świeże, ostre od wrzodów przewlekłych.

Rozmaite obrazy wrzodów dziurawiaczych, od przedziurawienia ostrego do jamy otrzewnej, aż do pęknięcia szczelinowego stopniowego, uzależnione są od:

1) zaburzeń w krążeniu (wylew krwawy, obrzęk),

2) od wieku wrzodu,

3) od stopnia zakażenia i siły działania drobnoustrojów.

W odczytywaniu obrazów skrawków mikroskopowych trzeba umieć odróżniać zmiany, prowadzące zniszczenie, od zmian obronnych.

W sprawie obrony we wrzodach śluzówka odgrywa rolę minimalną. Największe zniszczenie dotyczy błon podśluzowej i podsurowiczej, i w nich też spostrzec można pole obrony z rozrostem tkanki łącznej. Mięśnie znikają stopniowo, zostają zamienione przez tkankę łączną.

Owrzodzenie świeże zwykle w dniu ma zachowaną błonę mięsną. Po roku mniej więcej błona miękka znika i zostaje zamieniona przez tkankę łączną, zlewającą się z tkanką łączną błon podśluzowej i podsurowiczej.

W dniu z tkanki łącznej rozróżnia się trzy warstwy: 1) warstwę szczałkową (*débris*), 2) warstwę martwicy i 3) warstwę odczynu łącznotkankowego.

Wiek owrzodzenia zależy od rodzaju tkanki łącznej, im bardziej tkanka łączna jest kwasochłonna, tem starszy jest wrzód.

Rozrost włókien sprężystych idzie równoległe z wzrostem wrzodu. Zmiany zapalne w naczyniach i nerwach i dookoła nich spostrzec można tylko we wrzodach starych.

Wrzód zabliźniony może ulec przedziurawieniu wskutek

rozdarcia mechanicznego lub też wskutek wybuchu sprawy zapalnej, wywołanej przez droboustroje, znajdujące się w bliźnie w stanie drzemającym.

Zwykle wrzód żołądkowo-dwunastniczy jest sprawą przewlekłą cbostrzoną.

Obostrzenia te są wywołane przez zakażenia tkanek: pierwotne lub wtórne.

Dlatego też każde owrzodzenie, zwłaszcza owrzodzenie dziurawiające, trzeba traktować jako sprawę zakaźną, stosując dłuższe leczenie. Zakażeniem objaśnić można komplikacje, związane z zabiegiem operacyjnym, zwłaszcza nawroty. Co się tyczy nadkwasoty soku żołądkowego w niektórych postaciach wrzodów, to bardzo być może, że jest ona środkiem obronnym przeciwko drobnoustrojom i ewentualnemu zakażeniu wrzodu (R a m o n d).

Janina Dą b r o w s k a.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

Prof. Dr. H. STRAUSS i Dr. M. SIMON. *Die Insulinbehandlung bei Diabetes Mellitus.* (Wydanie drugie, powiększone i poprawione. Nakładem Kargera. Berlin. 1924).

Strauss był jednym z pierwszych, którzy otrzymali w Niemczech większy zapas insuliny z zakładu Mac Leoda w Toronto (Canada) i zajęli się jej zbadaniem. Owocem tych studiów była przedewszystkiem praca, ogłoszona w XXXII tomie „Archiv für Verdauungskrankheiten“ zeszyt 3—4, obecna broszura jest rozwinięciem poprzedniej pracy na podstawie 30 własnych spostrzeżeń klinicznych i powszechnej literatury aż do marca 1924.

Po krótkim przeglądzie historycznym i opisie sposobów otrzymywania insuliny (Collipa, Dudleya, Robertsona i Andersona, Moloneya i Find'aya, wreszcie Besta i Scotta), autorowie podają chemję insuliny oraz fizjologiczne i farmakologiczne jej działanie, porównując przy tem wartość wytworów różnych firm które różnią się wielce co do siły i wartości leczniczej.

Dział kliniczny zajmuje połowę broszury, liczącej 62 strony druku. Autorzy nie opisują w nim swoich przypadków, z wyjątkiem trzech, ilustrujących wygłaszane twierdzenia. Zadaniem ich jest synteza wyprowadzonych wniosków z własnych obserwacji klinicznych, co do wskazań stosowania insuliny, dawkowania, środków ostrożności i przepisów dietetycznych. Insulina nie leczy cukrzycy; po odstawieniu środka obraz kliniczny wracał do stanu poprzedniego; o jakimś wycieczku lub wyleczeniu aparatu wydzielniczego w trzustce pod wpływem insuliny niema mowy; to też dietetyka nie straciła swojego naczelnego miejsca w leczeniu choroby. Całe życie insuliny stosować nie można. Insulina leczy kwasicę i śpiączkę cukrzyczą, na którą dotąd nie posiadaliśmy żadnego środka, atoli autorzy przytaczają statystykę, przypadków śpiączki 15-tu autorów, z której wynika, że pomimo wielkich dawek insuliny 1/3 przypadków zakończyła się śmiercią.

Autorzy dzielą dawki na małe (do 20 jednostek **pro die**), średnie (do 40 **pro die**), duże (do 80 **pro die**) i olbrzymie (powyżej 80 jednostek). Przepisów ogólnych dawkowania insuliny niema, w każdym przypadku musi być dawka uzależniona od indywidualnych właściwości, tak samo, jak i przepis dietetyczny; jedynie tylko pamiętać należy, żeby zastrzykiwać insulinę 1/4 do 1/2 godziny przed jedzeniem.

Duży nacisk kładą autorzy na powikłania z powodu insuliny, na tak zw. stany hypoglikemiczne, które opisują szczegółowo, podając środki lecznicze (sok pomarańczowy, cukier gronowy doustnie i adrenalinę podskórnie).

Określanie cukru we krwi przed przystąpieniem do zastrzykiwania insuliny zajmuje najpierwsze miejsce w klinice; wobec możliwości cukrzycy nerkowej, którą autorzy słusznie nazywają cukrzyczą normoglikemiczną, należy każdy przypadek poddawać badaniu krwi na cukier. Autorzy posługiwali się metodą Hagedorna, która polega na odtlenianiu czerwonego cyanku żelaza do żółtego pod wpływem cukru i określenia reszty metodą jodometryczną. W przypadkach cukromoczu otrzymywali we krwi od 0,07 do 0,3% cukru, najczęściej 0,2%, w okresach aglikozurji — od 0,07 do 0,2% (najczęściej 0,13%).

Insulina nie jest rzeczywistym środkiem na cukrzycę; jest tylko środkiem zastępczym; powinna być stosowana w tych przypadkach, w których metody dietetyczne (kuracja głodowa, jarzynowa, jarzynowo-tłuszczowa, jarzynowo-jałko-

wa, kleikowa i t. d.) nie są w możności usunąć ani acetonu, ani cukru w moczu, czyli w przypadkach ciężkiego cukromoczu z kwasicą lub bez niej, a zwłaszcza w rocznikach młodych, oraz w przypadkach, mających być poddanymi zabiegom operacyjnym.

Ostrożność nakazuje rozpoczynać leczenie insuliną w klinice pod ścisłą obserwacją; dopiero po sprawdzeniu reakcji w klinice można dalszą kurację przeprowadzać w domu.

Na zakończenie autorzy próbują dać teorię działania insuliny. Pomimo jednak zestawienia wszystkich prac obcych autorów i swoich własnych, które prowadzono w dziesięciu rozmaitych kierunkach, nie udało się autorom wyprowadzić jedynej syntezy. Sami są skłonni utrzymywać, że insulina działa wprost na przemianę węglowodanową w ścisłem znaczeniu (nie zaś na wątrobę, mięśnie, przemianę tłuszczową etc.).

Praca zasługuje na wyróżnienie przez stałe dążenie do syntezy na podstawie ścisłego obiektywizmu: autorzy stosują ścisłą krytykę do oceny prac obcych, jak i własnych; praca jest napisana jasno i czyta się z zająciem.

K n a p p e.

A. GIGON. *Badania nad przemianą węglowodanów i nad działaniem insuliny.* (Zeitschr. f. klinische Medizin. 100 17, 1924).

W badaniach, poświęconych wielu zagadnieniom gospodarki węglowodanowej, G. dowodzi, że wchłanianie cukru z jelit odbywa się nietylko przez układ żyły wrotnej, ale i przez naczynia chłonne drogą przewodu piersiowego. Cukier pokarmowy nie zostaje zatrzymywany w wątrobie, hyperglikemja zaś pokarmowa spada nawet przed zakończeniem resorbcji cukru z jelit. Fakty te dowodzą, że przecukrzyenie krwi „pokarmowe“ w ścisłem słowa tego znaczeniu jest tylko odpowiedzą wątroby „na bodziec swoisty“, mianowicie na wzmożony dopływ do niej cukru „jelitowego“. Co się tyczy insuliny i jej działania, to autor potwierdza badania innych autorów, według których insulina oprócz działania odcukrzającego działa na ustrój toksycznie, a wrażliwość na toksyczne działanie insuliny zwiększa się pod wpływem stałej diety cukrowej, zmniejsza się zaś przy dijecie tłuszczowej. L.

S. M. NEUSCHLOSS. *O stosunkach lepkości swoistej surowicy do wysokości podstawowej przemiany materji w zaburzeniach czynności tarczycy.* (Klin. Woch. 1924 Nr. 23, str. 1013).

Jak to wynika z prac N. wespół z H e l l w i g i e m pod nazwą: „ułamka lepkości“ czy też „lepkości swoistej“, jak to później nazywa P. S p i r o, należy rozumieć ułamek, w którym mianownikiem jest zawartość białka w badanej surowicy, licznikiem zaś lepkość tej surowicy. Owa lepkość swoista u ludzi normalnych waha się zazwyczaj około 1,00—(0,98—1,00). W hypertyreozach, jak to ujawniły badania H e l l w i g a, ów wskaźnik „L. S.“ był prawie zawsze wyraźnie zmniejszony, w hypotyreozach — zwiększony. W celu oznaczenia gazowej przemiany materji N. posiłkował się aparatem Benedicta od firmy Sandborn z Bostonu. Lepkość krwi oznaczał we krwi, otrzymanej z żyły przy pomocy przyrządu O s t w a l d a, zaś białko w surowicy za pomocą metody K j e l d a h l a. N. uważa refraktometryczne oznaczenie białka za nieściśle. Dokonane tym sposobem na większym materiale chorych badania potwierdziły wyniki poprzednich badań N. dokonanych z H e l l w i g i e m. Stwierdzono mianowicie obniżanie się „L. S.“ w stanach hypertyreotycznych, powiększanie się w stanach hypotyreotycznych. Równoległe zaś badanie przemiany zasadniczej gazowej i zestawienie szeregu tych danych z szeregiem wysokości dla „L. Sw.“ pozwoliło ustalić pomiędzy temi wielkościami pewien stosunek i czbwoy, mianowicie:

przy przem. gaz.	< niż—130	wskaźnik „L. Sw.“	0,84—0,94
„	„	< 110—130	„ „ 0,91—1,00
„	„	< 100—110	„ „ 0,98—1,02
„	„	< 95—100	„ „ 1,00—1,01
„	„	< 95	„ „ 1,04—1,08

Na zasadzie tego zestawienia N. wnioskuje, że metoda wyznaczania „L. S.“ surowicy w stanach zaburzeń czynności gruczołu tarczowego może zastąpić poniekąd oznaczenie tegoż zaburzenia przy pomocy badania zasadniczej przemiany gazowej w tych razach, gdzie badanie przemiany gazowej jest niemożliwe. Metoda ta nie daje pojęcia dokładnego o ilościowym napięciu zaburzenia, lecz ujawnia wyłącznie kierunek tego zaburzenia, co posłużyć może w badanym przypadku ja-

ko sprawdzian orjentacyjny kierunku zaburzenia przemiany materji.

K. Rz.

H. BIERRY i F. RATHERY. Wydalanie ciał ketonowych i kwasu β oksymasłowego u psów, pozbawionych trzustki. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 26, 25. VII. 1924).

Autorzy postawili sobie za zadanie ilościowe zbadanie wydalania acetonu, kwasu aceto-otowego i kwasu β oksymasłowego u zwierząt, pozbawionych trzustki. Na razie podają wyniki dotyczące psów, karmionych chudem mięsem: w 24 godziny po całkowitem usunięciu trzustki kwas β oksymasłowy znajduje się już w moczu w ilości dość znacznej, podczas gdy ciała ketonowe mogą być jeszcze nieobecne. Wydalanie kwasu α oksymasłowego u psów, karmionych mięsem odfuszczone, przeważa nad wydalaniem ciał ketonowych. Wielkość tego wydalania jest u różnych zwierząt zmienna, ale nigdy nie osiąga poziomu tak wysokiego, jak ten, który spostrzegano u psów beztrzustkowych, karmionych tłuszczami.

Z powyższego wynika, że określenie ciał ketonowych może dać c acetonurji pojęcie jedynie bardzo niedokładne.

J. Typograf.

H. BIENERT. O zmianach wstecznych w grasicy ze szczególnem uwzględnieniem wysepek nabłonkowych i o innych rzadkich obrazach chorobowych. (Ziegler Beiträge B. 71, H. 2, J. 1923 16. IV).

Na wstępie swej pracy autor omawia budowę normalną grasicy, jej pochodzenie oraz przytacza poglądy, panujące w piśmiennictwie o t. zw. „limfocytach“ grasicy. Następnie przechodzi do omówienia obrazów, spostrzeganych przy zanikach grasicy—fizjologicznym i przypadkowym — przez rozmaitych badaczy. Stwierdziwszy na zasadzie piśmiennictwa pewen rodzaj zmian, zachodzących przy zanikach, autor opisuje 12 przypadków własnych, w których te zmiany mógł wykazać. Badania autora potwierdzają dane, wyszczególnione w części wstępnej tej pracy.

W części drugiej są wyszczególnione zapatrywania obecne na t. zw. „ropnie D u b o i s“ grasicy. Dwa przypadki autora, zbadane makroskopowo i mikroskopowo, pozwoliły mu na zajęcie stanowiska neutralnego, gdyż mechanizm powstawania „ropni“ w jednym przypadku potwierdzał poglądy H a m m a r a, w drugim zaś poglądy C h i a r i e g o. Prócz tego w tejże pracy są krótko wzmiankowane: przerzut raka płaskomórkowego do grasicy (rak pierwotny piersi) i gruczek nabłonkowy w gruczylicy kostnej.

W. Czarnocki.

Choroby kobiet i położnictwo.

COTTE. Jakie miejsce lecznicze ma zająć w ginekologii sympatektomia tętnicy nadržusznej? (Pr. Med. Nr. 7, 1924).

W pewnych przypadkach, kiedy nasze środki rozpoznawcze nie wykazują żadnej zmiany widocznej w sferze aparatu macicznej-przydatkowego, pomimo stałych wybitnych cierpień i dolegliwości, należy przypuszczać, że cierpienia powyższe są powodowane pierwotną nerwicą w obrębie splotu współczulnego miednicy lub są związane z obecnością pewnych neuroamatów współczulnych, analogicznie do opisanych przez M a s s o n a w zapaleniu wyrostka robaczkowego lub S t e r n a i A s k a n a z y e g o we wrzodach żołądka.

Wychodząc z tego założenia i opierając się na danych L a t a r j e t a, R o c h e t, J a b o u l a y a, L e r i c h e a, H a l l o p e a u i J i a n o, autor u 5 chorych dokonał sympatektomji tętnicy nadržusznej. Co do wyników osobistych, to autor zatrzymuje się dłużej na 2 przypadkach, co do których rozporządza obserwacją dłuższą. W jednym przypadku miesięczkowanie po zabiegu się unormowało, straciwszy swój przedoperacyjny wybitnie bolesny charakter, chociaż ogólny stan podrażnienia nerwowego nie minął. U drugiej chorej, z silnemi bólami podczas miesięczkowania, z silnemi bólami w pochwie i z bolesnością podczas stosunku płciowego, wszystkie objawy chorobowe znikły, chora czuje się dobrze. W trzech następnych przypadkach jeszcze zbyt świeżych ogólne wyniki są również bardzo zachęcające.

J. Pomper.

ROUFFART. Leczenie chirurgiczne włóknaków macicznych. (Gynekologie et obstetrique. tom X. Nr. 6, 1924).

Autor podkreśla konieczność dokładnej djaгноzy w każdym przypadku, ponieważ wskazania do leczenia operacyjnego, zarówno, jak i do leczenia promieniami X lub radem są bardzo ściśle. Promienie nie działają bezpośrednio na włóknaki, a tylko, zatrzymując czynność jajników, powodują zmniejszenie się krwotoków, a zatem i zmniejszenie się guza.

U kobiet, których jajniki już przestały funkcjonować, naświetlanie się nie stosuje. Jeśli po naświetlaniu krwawienia nie ustają, wskazuje to, że są one pochodzenia jajowodowego.

Z tego też powodu wielkie znaczenie ma charakter krwawienia. Perjodyczne krwawienia, chociażby długotrwałe i obfite, będą wskazaniem do leczenia naświetlaniami, natomiast krwawienia ciągłe lub powtarzające się z bylejakiego powodu, będą wskazaniem do zabiegu operacyjnego.

Absolutnem wskazaniem operacyjnem jest: ropienie lub gangrena włóknaka, rozmiary guza, szybki wzrost, ucisk na sąsiednie narządy lub naczyńia miednicy. skręć, wolny płyn w jamie brzusznej powikłania zapaleniem jajowodów, wyrostka robaczkowego lub otrzewny, wreszcie poważniejsze zaburzenia w zakresie układu nerwowego i postępująca niedokrwiłość.

L. Ebin.

Th. GUIRAUDEN. Rozpoznawanie śmierci płodu przez określenie czasu krzepnięcia krwi matki. (Bulletin de la société d'obstetrique et de gyn. de Paris Nr. IX, 1924).

Wiemy dobrze, jak trudno jest czasami stwierdzić u ciężarnej kobiety, czy płód żyje. Wiemy także, że żaden z klasycznych objawów śmierci płodu, a szczególnie jeden tylko nie może być przekonujący.

Autor przypadkowo zauważył, że wzięcie krwi, celem zbadania na odczyn W a s s e r m a n a u położnic, które uroczily zmacerowane płody, napotykało zawsze na trudności z powodu krzepnięcia krwi w igle. Naprowadziło to autora na myśl, że krew szybciej krzepnie u kobiety, która nosi w swem łonie martwy płód.

Badania, przeprowadzone w tym kierunku, doprowadziły autora do następującego wniosku. Gdy klasyczne objawy śmierci płodu zawodzą, należy zbadać krzepnięcie krwi matki. Gdy krew krzepnie do 5 minut, jest to pewnik, że płód nie żyje. Ma to jednak znaczenie tylko w ostatnich trzech miesiącach ciąży, w początkach ciąży natomiast krzepnięcie krwi może się przedłużyć do 10 minut. Jest to zrozumiałe, ponieważ wiemy, że krew matki posiada w pierwszych sześciu miesiącach ciąży 1,9 gr. fibryny i 4,9 w ostatnich trzech miesiącach.

Przyczynę hyperkoagulacji krwi u ciężarnych z martwym płodem mogą rozstrzygnąć w przyszłości badania laboratoryjne.

L. Ebin.

Choroby dróg moczowych.

A. DAMSKI. Duży włókniak gruczołu krokowego bez objawów „prostatyzmu“. (Ztschr. f. Urol. Chirurgie. T. XVI, 1—2).

Do autora zgłosił się 62-letni chory ze skargą na guz w okolicy krocza, który powodował zatrzymanie, względnie bolesne oddawanie stolca. Pacjent źle odżywiany; żadnych dolegliwości ze strony pęcherza; oddawanie moczu regularne, bezbolesne; mocz przezroczysty, pozostałego moczu wcale niema; cewnikowanie nieutrudnione. Na kroczu widoczne jest obrzmienie nieco ku przodowi od ujścia prostnicy; obmacywaniem stwierdza się guzowatość o konsystencji dobrze napiętego mięśnia, odgraniczającą się od otoczenia. Badanie palcem per rectum przekonywa o b. znacznym przeroście gruczołu krokowego. Cystoskopia nic pouczającego nie daje. Zdecydowano się na operację przez cięcie krocza. Z powodu wielkości guza (głowa małego dziecka) autor zmuszony był wycinać go płatami. Waga guza 180 gr. Badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie kliniczne: typowy przerost — włóknia-kiemięśniak.

S. Markusfeld.

A. MALAVASOS. W sprawie leczenia nawrotów brodawczaka pęcherza moczowego. (Ztschr. f. Urol. Chirurgie. T. XVI).

Jeżeli w bliźnie po wycięciu brodawczaka występuje nawrót, należy ją wraz z otaczającą częścią śluzówki pęcherza wyciąć. Trudno jest bowiem decydować o łagodności lub złośliwości brodawczaka jedynie na zasadzie badania histologicznego wycinków, ponieważ charakter złośliwości najpierw objawia się w podstawie guza. Za złośliwością przemawia szeroka nasada albo gruba szypuła guza, owróżdzenia w nim i obrzęk śluzówki pęcherza, otaczającej guz. O ile po cięciu wysokim pęcherza pozostają niegojące się przetoki, nasuwa to podejrzenie — złośliwości guza. Opierając się na powyższych wzmiankach, autor doradza po wycięciu brodawczaka wykonywanie co 1—2 miesiące cystoskopji, by można było dość wcześnie zauważyć nawrót w bliźnie pooperacyjnej względnie w obrębie wewnętrznego ujścia niegojącej się przetoki i przystąpić do dalszego wycięcia blizny wraz z rozległą częścią otaczającą ją śluzówki pęcherza. Postępując w ten sposób, autor często miewał dobre wyniki.

S. M a r k u s f e l d.

N. ANTELAWA. Przyczynę do poznania pozaotrzewnowych guzów mieszanych, wychodzących z torebki nerkowej. (Ztschr. f. Urolog. Chirurgie. T. XV).

Nowotwory mieszane, wychodzące z torebki nerkowej, naogół są rzadko spotykane. Dotychczas notowane okazały się po większej części złośliwymi.

Podług W i l m s a powstają te guzy w najwcześniejszym okresie rozwojowym przez bujanie niezróżniczkowanej tkanki, z której powstaje blaszka środkowa. Tem się tłumaczy, dlaczego w nowotworach mieszanych napotykaamy obok pochodnych łącznotkankowych twory nabłonkowe. — Ciekawy przypadek guza mieszanego, wychodzącego z torebki nerkowej, opisuje autor. U dziecka 2-u letniego, słabo rozwiniętego, cała lewa połowa jamy brzusznej zajęta była przez guz o gładkiej powierzchni i dobrze napięty. Innych objawów klinicznych brak. Czynnosc nerek dobra. Podczas operacji okazało się, że guz wychodzi z torebki łącznotkankowej lewej nerki, która znajduje się w dolnym biegunie guza i jest przezeń przykryta całkowicie. Guz wielkości głowy dorosłego człowieka, makroskopowo wykazuje budowę częściowo stałą, częściowo torbielową. Główna masa guza składa się z tłuszczu, przerosniętego przez widoczne gołem okiem włókna, blaszki kostne i chrzęstne.

Badanie histologiczne guza wykazało: włókniako-tłuszczako-mięśniako-chrzęstniako-kostno-torbieliak.

S. M a r k u s f e l d.

S. WERBOFF. O zniekształceniu miedniczek nerkowych. (Zeitschr. f. Urol. Heft. 4 Band 18).

Zniekształcenia miedniczek do rzadkich się nie zaliczają. Zdarzają się u ludzi nieprawidłowości, które nieraz do ciężkich zaburzeń w nerce prowadzą, dzielimy je według D e l m a s a na: 1) anomalje w przebiegu moczowodu; 2) co do ich liczby; 3) długości; 4) wielkości; 5) co do ujścia; w pracy powyższej autor omawia jedynie rozdwojenie moczowodu i miedniczek. Rozwojowo anomalja ta powstaje wskutek nieprawidłowości w przewodzie W o l f f a. Anomalję tę spotykamy częściej u kobiet, i to w stosunku 7:3; jednostronne rozdwojenie częstsze i to po stronie lewej. Są opisane przypadki, gdzie 4 moczowody po jednej stronie przebiegały. Zmiany te rozwojowe mają duże znaczenie rozpoznawcze, gdyż pozwalają nam orjentować się w kolejności ich ujścia w pęcherzu. I tak według W e i g e r t a, M e y e r a i innych moczowód górnej połowy nerki wpada zawsze dośrodkowo, dolnej — bocznie. Ponieważ moczowody podwójne odpowiadają dwum miedniczkom, to można na zasadzie moczu wypływającego w obrazie wziernikowym chorą część nerki stwierdzić. Jak widać z powyższej klasyfikacji, trudności rozpoznawcze następują moczowody, które na pewnej wysokości rozgałęziają się; tutaj nieocenione usługi daje nam pyelografia, która jednak ze względu na trudności przy cewnikowaniu łatwa nie jest, to też Z o n d e k radzi wprowadzić cewnik na wysokość 5 cm, i wypełniać płynem kontrastowym, bądź też wprowadzić cewnik do miedniczki, wypełnić ją, a następnie stopniowo cewnik wyciągać, wypełniając jednocześnie. Autor przytacza 2 przypadki, z których jeden wobec powtarzających się typowych napadów kamieni i podejrzanego cienia operowany został, jednak kamienia nie znaleziono; w obrazie wziernikowym były 2 ujścia moczowodów po jednej stronie, a pyelografia wykazała nerkę normalnej wielkości z dwi-

ma miedniczkami i moczowodami, które na wysokości 3 kręgu lędźwiowego krzyżowały się.

Jak widać więc, skrzyżowanie moczowodów może być przyczyną napadów, przypominających kolkę nerkową. Zrozumiałem jest, iż rozwidlenie moczowodu wskutek trudności w odpływie moczu, prowadzić może do ciężkich zmian w nerce.

N. M a y z n e r,

J. CREYSSEL. Cewnik w moczowodach na komornem. (Journal d'Urologie, T. XVII, Nr. 6).

Autor zaleca cewnik w moczowodach na komornem w uporczywym zapaleniu miedniczkowo-nerkowym, kiedy już wszelkie inne leczenie zawodzi. Szczególnie dobre wyniki miał autor w zapaleniu o charakterze wstępującym: wystarczyło kilkodniowe przetrzymanie cewnika moczowodowego i przemywanie miedniczki płynami przeciwwskaznymi, by zapalenie miedniczkowo-nerkowe znikło bez względu na rodzaj wywołującego zapalenie drobnoustroju. Mniej pocieszające wyniki daje cewnik na komornem w moczowodach w zapaleniu miedniczkowo-nerkowym, pochodzącym z krwi.

W przypadkach, powstałych po porodzie lub poronieniu, tego rodzaju leczenie również sprawowało częste wyzdrowienie (gorączka i bóle zniknęły, mocz stawał się przezroczystym). Spodziewać się należy po zastosowaniu cewnika moczowodowego na komornem doskonałych wyników w przypadkach kamicy moczowodowo-nerkowej, związanej z bezmoczem, oraz w przypadkach przetoki moczowodowo-pochwowej. Przy zachowaniu ścisłej aseptyki radzi autor używać dość grubych cewników z dwoma otworami u dziobu, dokonywać przemywania dwa razy dziennie i zmieniać cewnik co 3—4 dni.

S. M a r k u s f e l d.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

KYRLE. Leczenie świeżego i utajonego przymiotu zimnicą. (Kongres niemieckich lekarzy i przyrodników w Insbrucku 21—27.IX.1924). (Ther. der Geg. 211, 1924).

Leczenie zimnicą przymiotu drugorzędowego świeżego i starego, ze zmianami w płynie mózgoworodzeniowym lub bez nich, dało bardzo dobre wyniki w 500 z górą przypadkach. Wyniki są tem lepsze, im świeższa jest choroba; lecz nawet w przymiocie, trwającym przeszło dziesięć lat, udaje się tym sposobem opanować zmiany w płynie. Skutki leczenia występują często w dłuższym czasie po skończonej kuracji. Dodatni odczyn W a w e krwi w starych przypadkach często pozostaje bez zmian. W 205 przypadkach przymiotu drugorzędowego po jednej tylko kuracji spostrzegano 3 nawroty (w przypadkach tych zaniechano następczego leczenia salwarsanem), w pozostałych zaś przypadkach w przeciągu ½ — 1 ½ roku nie spostrzegano żadnych objawów, ani klinicznych, ani serologicznych we krwi i w płynie. W jednym przypadku nastąpiło powtórne zakażenie.

Technika stosowania: leczenie przedwstępne neosalwarsanem (3.0) w przeciągu 4 tygodni, potem leczenie zimnicą prz z 14 dni, wreszcie leczenie następcze neosalwarsanem w ogólnej dawce nie mniejszej, niż 3.0. Ciężkie schorzenia serca i naczyń są przeciwwskazaniem do stosowania zimnicy. Napady zimnicy ustępują po dożylnem podawaniu 10% roztworu dwusiarczynu chininy.

Autor uważa powyższą metodę za najlepszą z dotychczas stosowanych w leczeniu przymiotu.

J. G e l b f i s z.

WEYGANDT. Leczenie metaluesu. (Ibidem).

Metalues zajmuje odrębne stanowisko wśród innych schorzeń przymiotowych, chociażby w stosunku do leczenia środkami swoistymi. Mechanizm powstawania tego cierpienia jest jeszcze nieznan. Dane statystyczne co do częstotliwości choroby są rozbieżne; zmiany w płynie mózgoworodzeniowym w przymiocie drugorzędowym występują w 40—100%; na metalues cierpi 2—20%, na paraliż postępujący zapada 10% wszystkich chorych na przymiot. W występowaniu metaluesu odgrywa rolę nabyta i wrodzona skłonność. Teoria o neuro- i dermatopowych krętkach nie rozwiązuje w całości zagadnienia. Niedostateczne leczenie również odgrywa rolę w powstawaniu cierpienia. Rzadkość występowania metaluesu u narodów pierwotnych można objaśnić brakiem leczenia swoistego, które usuwa objawy skórne, a tem samym przeszkadza wytwarzaniu się ciał obronnych. Kretki, znajdujące się w płynie w przymiocie drugorzędowym, wskutek niedochodzenia do nich

leków, przechowują się aż do chwili przebudzenia się ich działalności w ośrodkowym układzie nerwowym. Zmiany zwyrodniające w układzie nerwowym powstają pod wpływem krętków i ich toksyn. Co się tyczy leczenia metaluesu, to do 1919 roku panował pod tym względem stosunek negatywny. Empirycznie jednakowoż stwierdzono dodatni wpływ wysokiej ciepłoty i procesów ropnych na przebieg cierpienia. Środki swoiste nie dają dobrych wyników. Leczenie uodparniające mało rozwija się wskutek trudności w otrzymaniu czystych kultur krętków. Leczenie nieswoiste wpływa dodatnio na przebieg paraliżu postępującego, dając częstsze i dłuższe remisje. Najlepsze wyniki dają: **natrium nucleinum**, **phlogetan**, **tuberkulina**, **zinnica**, wprowadzona w 1917 r. przez **Wagner-Jauregga**. Sposób stosowania zinnicy jest prosty; niebezpieczeństwo przy stosowaniu zinnicy trzeciaczkowej i przy uwzględnieniu chorób serca i naczyń jest niewielkie. Napady zinnicy przerywa się przy pomocy chininy. Stosowanie zinnicy we wczesnych okresach paraliżu postępującego wraca 1/4—1/3 części chorych zupełną zdolność do pracy, u 1/5—1/4 zostają pewne defekty; u 1/6 tylko choroba pozostaje w stanie stacjonarnym. Śmiertelność przy stosowaniu zinnicy nie przekracza 10%. Objawy cielesne ustępują w mniejszym lub większym stopniu. Płeocytoza w płynie zmniejsza się, odczyn globulinowy ustępuje. Dodatni odczyn **Wa** we krwi i w płynie podczas kuracji lub wskutek leczenia następczego zmienia się na ujemny. Jednocześnie z poprawą kliniczną występuje osłabienie 3 grup odczynów w płynie. Objawy zapalne w korze, jak stwierdzono na sekcji, znikają. Szczepienie tyfusu powrotnego dało wyniki te same, co stosowanie zinnicy. Działanie leczenia nieswoiste polega na wytwarzaniu ciał obronnych, wskutek wzmożonej działalności komórek. Jako leczenie następcze, stosuje się neosalwarsan, podawany dołędźwiowo lub przez drenaż płynu, a przy braku zmian w płynie i dodatnim odczynie **Wa** we krwi — dożylnie.

Jahnel i Weichbrodt zalecają szczepienia bakteriami **X19** dożylnie po napadzie gorączkowym.

Wskazane byłoby leczenie swoisto-uodparniające. We władze rdzenia udaje się przy pomocy szczepień często otrzymać znaczne polepszenie objawów. W kile mózgu szczepienia mogą też znaleźć zastosowanie.

J. Gelbfisz.

NONNE. Leczenie późnego przymiotu i metaluesu. (Ibidem).

Metalues jest to właściwy przymiot układu nerwowego, t. j. ektodermy, podczas gdy **lues cerebrospinalis**, t. j. zajęcie naczyń, opon i wytwarzanie się kilaków jest przymiotem mezodermy, a układ nerwowy wtedy zostaje wtórnie zajęty. W **metalues** następują samoistne remisje, a w **lues cerebrospinalis** sprawa nieleczona postępuje naprzód. Stosunek obu tych postaci do leków swoich jest odmienny: w **lues cerebrospinalis** usuwają one objawy szybko i bezpowrotnie, w **metalues** działanie ich jest nieznaczne. Leki swoiste działają tak długo, póki nie nastąpiły zmiany nieuleczalne.

W przeciwieństwie do przymiotu mezodermalnego, we władze rdzenia i porażeniu postępującym często obraz kliniczny nie odpowiada zmianom anatomicznym. Autor przestrzega przed nadmiernym leczeniem niepełnego władu rdzenia, ponieważ leki swoiste w tych przypadkach, szczególnie salwarsan, mogą wywołać obostrzenie sprawy. Co się tyczy wpływu swoistego leczenia, względnie niedostatecznego leczenia w okresie pierwszo- i drugorzędowym przymiotu na powstawanie metaluesu, to, według autora, w tych przypadkach metalues występuje wcześniej, niż w nieleczonych. Czy liczba chorych na metalues powiększyła się od ery salwarsanowej, nie można tego stanowczo stwierdzić. Objawy wtórne we w. r. i p. p. są bardzo rzadkie, co odpowiada znanemu faktowi że u pierwotnych ludów, u których spotyka się ciężkie objawy skórne i kostne, metaluesu prawie niema. Możliwe jest, że leki swoiste zmniejszają odczyn obronny ustroju. Brak zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym nie chroni wcale od przymiotu układu nerwowego. Dodatni zaś odczyn białkowy i dodatni odczyn **Wa** w płynie wskazują na swoiste schorzenie opon; s'ab'e odczynu uważa autor za odruch obronny ze strony opon. Co się tyczy stosowania salwarsanu w metalues, to w przypadkach łagodnych i stacjonarnych nie stosuje **N. salwarsanu**. Prócz tego stosuje autor bizmut, rtęć i jod. Jako środki pomocnicze używa się aolan i phlogetan. Każdy przypadek metaluesu należy indywidualizować. Same zmiany serolo-

giczne w płynie i we krwi nie są jeszcze wskazaniem do leczenia. Rokowanie na zasadzie zmian we krwi należy stawiać bardzo oględnie. Terapia współczesna dąży do podniesienia sił obronnych ustroju przy pomocy środków nieswoistych. Dołędźwiowe wprowadzanie leku metodą **Gennericha** nie daje lepszych wyników od innych sposobów, pozatem częste są objawy uboczne i niebezpieczne. Autor nie potwierdza teorii **Gennericha** co do powstawania metaluesu, uważając ją za zbyt mechaniczną.

Na zakończenie autor wspomina o leczeniu p. p. zastrzykami zinnicy; metoda ta daje częstsze remisje, należy tylko uwzględnić stan serca i naczyń. W klinice **N.** wszyscy paralitycy są leczeni tym sposobem.

J. Gelbfisz.

KARTAMISCHER. W sprawie wczesnego rozpoznawania pęcherzycy (pemphigus vulgaris). (Arch. f. Dermatolog. 146/2).

Autor przeprowadził badania nad przemianą materji w pęcherzycy pospolitej w klinicznie niepewnych przypadkach, jak np. niecharakterystycznych pęcherzach w jamie ustnej. Rozpoznanie może być wyjaśnione za pomocą określenia ilości soli kuchennej w moczu, które w pęcherzycy daje ujemny wynik — zmniejszona ilość. Napięcie zatrzymania soli kuchennej może być cennym środkiem prognostycznym, gdyż jest ono w prostym stosunku do ciężkości postępu lub też cofania się choroby. Jak umiejscowiona (np. w ustach) tak i rozlana pęcherzyca jednakowo się zachowują pod względem wyżej opisanego zaburzenia przemiany materji.

Merenlender.

WIRZ. Powstawanie bąbla pokrzywkowego i stosunek jego do układu naczyniowego. (Arch. f. Dermatologie Bd. 146/2).

Do powyższej pracy doświadczalnej (na zwierzętach) autor posługiwał się galwanicznym wywoływaniem bąbli oraz sztucznie wywołanym zaburzeniem w obiegu krwi. Autor na podstawie swych badań obala dotychczasowe poglądy w powstawaniu pokrzywki (czysto mechaniczne w sensie przepięcia naczyń i wysięku następczego). Przyszedł on do wniosku, że tkanka skórna sama bierze udział czynny w tworzeniu się bąbli. Zmiany zachodzą wskutek zakłócenia równowagi chemicznej jonów, które powodują zmiany w przepuszczalności komórki, wskutek czego głównym czynnikiem patogenezą bąbla pokrzywkowego jest powiększenie zatrzymania wody w pokrzywkowo uszkodzonej tkance.

Merenlender.

SPIETHOFF. Wywoływanie miesiączki za pomocą naświetlenia śledziony promieniami Roentgena. (Münch. med. Woch. Nr. 23, 1924).

Autor stwierdził u chorych skórnych, u których miesiączkowanie było zatrzymane, wznowienie perjodu po naświetlaniu śledziony promieniami **Roentgena**. Opierając się na tem spostrzeżeniu, autor wypróbował z powodzeniem naświetlania śledziony u chorych na rzeżączkę i kiłę, u których miesiączkowanie było przez dłuższy czas przerwane.

Merenlender.

Choroby kości i stawów.

P. SPIRO i F. PFANNER. O konstytucjonalnej eozynofilji w przewlekłych zmianach stawowych. (Klinische Wochenschrift Nr. 50, 1924).

Z badań autorów nad odczynem obrazu krwi podczas leczenia bodźcowego (zastrzyki ciał białkowych lub siarki) wynika, że występuje wówczas zmiana obrazu, który, jednocześnie ze zwykle stwierdzaną neutrofilją, przedewszystkiem cechuje się stale występującą eozynopenją.

W poszczególnych przypadkach przewlekłych zmian stawowych stwierdza się natomiast, że obraz krwi, szczególnie po pierwszych zastrzykach, wykazuje nie eozynopenję, lecz eozynofilję. Żadnego innego wyjaśnienia dla tej eozynofilji poza zaliczeniem jej do cech konstytucjonalnych nie można było stwierdzić.

Na tej podstawie autorzy uważają, że między przewlekłymi zmianami stawowymi z jednej strony a zjawiskami konstytucjonalnej eozynofilji z drugiej istnieje pewien związek szczególny.

Francuscy autorzy na mocy spostrzeżeń przy łóżku chorego przecież już oddawna zaliczają skazę wysiękową, pokrzywkę, nieżyt jelit śluzowy oraz dychawicę oskrzelową,

którym wszystkim jest właściwa wspólna cecha eozynofilii, do obszernej grupy „skazy artrytycznej“.

Badania autorów dostarczają jeszcze jednego dowodu, że to włączanie przez francuzów do „skazy eozynofilowej“ autorów niemieckich również i niektórych przypadków przewlekłych zmian stawowych jest uzasadnione przez stwierdzenie w tych przypadkach występowania opisanej eozynofilii konstytucjonalnej.

J. Typograf

ASSMAN. Rozpoznanie kliniczne nowotworów kostnych. (Medizinische Klinik Nr. 4 i 5, 1924).

Według autora obraz kliniczny nowotworów kości jest bardzo niejednorodny i aierzak bardzo podobny do innych spraw chorobowych. Pierwotne guzy, w pierwszej linii gruczolu krokowego, w drugiej — sutka, tarczycy, żołądka i nadnerczy mają skłonność do dawania przerzutów w kościach, rzadziej spotykamy się z pierwotnymi guzami kości (myelomaty), jeszcze rzadziej z torbielami, chrzęstniakami, śluzakami, mięsakami i t. d. Objawy kliniczne występują zwykle w postaci bóliw kostnych, złamań, zmian w obrazie rentgenowskim; w postaci anemii i objawów podrażnienia szpiku kostnego; (normoblasty, myelocyty); ze strony układu nerwowego — w postaci objawów uciskowych na rdzeń i nerwy obwodowe (parestezje, niedowłady i porażenia) oraz objawów ogólnych wyniszczenia i gorączki. Przy rozpoznaniu różniczkowym uwzględnić należy ze strony układu kostnego: rumatyzm, przymiot, osteosclerosis diffusa, ostitis fibrosa cystica, chorobę Pageta oraz osteomalację; ze strony układu krwiotwórczego i stanu ogólnego: guzy złośliwe, zwłaszcza, przewodu pokarmowego bez przerzutów w kości (objawy podrażnienia szpiku przemawiać będą za przerzutami do kości) oraz anemię złośliwą: wskaźnik mniejszy od jedności, leukocytoza obojętnochłonna (nie zawsze, ale często), brak myeloblastów, dużo normoblastów, normalna lub zwiększona liczba płytek, blade powłoki skórne, wtórna niedokrwistość przemawiać będą za przerzutami. Ze względu na objawy nerwowe pamiętać należy o władzie rdzenia, złośliwej anemii oraz o gruźlicy kręgow.

Zajdenbajtel.

St. R. BRÜNAUER i J. HASZ. O przymiotowych schorzeniach stawów i ich rozpoznawaniu. (Mediz. Klinik Nr. 42, 43, 1924).

Dane o częstości schorzeń stawowych, wywołanych przymiotem, są różne. Gué na swoim materiale klinicznym (3527 przypadków) stwierdził schorzeń stawów przymiotowych we wczesnym przymiotcie — 0,5%, w późniejszych okresach — 5%. Axhausen stosunek schorzeń stawów przymiotowych do gruźliczych określa jak 1:2,5. B. i H. na swoim materiale stwierdzili na 584 chorych, dotkniętych schorzeniami stawów, tylko 2% przypadków na tle przymiotu, a stosunek do gruźliczych określili jako 1:20. Cechą najbardziej charakterystyczną tych schorzeń, według Hartunga, jest brak silnej bolesności. Inni atoli podnoszą bolesność stawów, wywołującą spastyczny kurcz mięśni i odpowiednie ustawienie kończyn w zgięciu. Z innych objawów należy odnotować: wysięk stawowy, zaczerwienienie odpowiedniego miejsca skóry, podniesienie ciepłoty ciała. Te objawy właściwe i innym schorzeniom stawów nie dają wskazówek rozpoznawczych dla określenia etiologii. B. i H. z cech charakterystycznych dla przymiotowych schorzeń stawów podncszą: 1) proces chorobowy rozpoczyna się od torebki stawowej, 2) wysięk stawowy nie ulega zropieniu, 3) w obrazie rentgenologicznym nie daje się zauważyć zaniku mięśni, ani kości; a co najbardziej charakterystyczne: gdy w innych schorzeniach stawowych objawy zanikowe występują już w pierwszych okresach choroby, w przebiegu przymiotu tego nie widzimy; z biegiem czasu, naturalnie, objawy te wystąpić muszą, ale już jako skutek unieruchomienia kończyny. Należy zbadać zawartość płynną stawu na odczyn Wassermann'a.

I zdarza się, że płyn daje + WR, a krew — WR. Rozpoznanie potwierdza się często ex juvantibus. B. i H. ujmują schorzenia przymiotowe stawów w następujące trzy grupy: 1) te, które klinicznie przypominają obraz Polyarthritidis rheumatica. Występują najczęściej z pierwszą osutką skórną i znikają po kilku dniach. Wystąpienie wtórnej wysypki może powodować zaostrenie objawów stawowych. Wraz z bolesnością występuje ograniczenie w ruchach i skłonność do przykurczeń. Ciepłota ciała dochodzi często do 39°. Podobne przymiotowe „pseudoreumatyzmy“ występują nie tylko we wczesnych okresach, ale i późniejszych. I tu ich przebieg ma charakter cstry, bóle bywają b. silne, szczególnie w nocy.

Potwierdzić rozpoznanie mogą objawy jednocześnie występującego przymiotu czynnego (Lues manifesta) oraz wynik badania na odczyn Wassermann'a i obecność krętków w płynie wysiękowym. Niektóre przypadki rozwijają się w ten sposób, że zwolna w stawie zbiera się płyn, sprawa przebiega chronicznie, ruchy w stawach nie są silnie ograniczone, bolesności brak. Swoiste leczenie niezmiernie szybko usuwa te objawy.

Do drugiej grupy zaliczyć należy przypadki, przebiegające, jako grzyb stawowy (Fungus), — tu obraz zupełnie zbliżony jest do gruźlicy. Zmiany patologiczne głównie umiejscawiają się w torebce i chrząstce stawowej, a dopiero z biegiem czasu przechodzą i na kość. Anatomicznie dają by się to określić jako „tumor albus syphiliticus“. Schorzenie występuje w jednym stawie — najczęściej w kolanowym, rzadziej — skokowym. Różniczkowanie od gruźlicy jest niezmiernie utrudnione. O jednym jednak należy pamiętać: bez względu na ciężkość schorzenia nigdy nie dochodzi do ropienia; — może ono wystąpić, ale tylko jako objaw wtórny. Do trzeciej grupy zaliczyć należy te przypadki, które dają obraz zniekształcającego zapalenia stawu (Arthritis deformans), Schlesinger i inni zwracają uwagę na częste występowanie zniekształcającego zapalenia stawów u chorych, dotkniętych przymiotem. Najczęściej ulega schorzeniu jeden staw, zapalenia wielostawowe są bardzo rzadkie. Ponieważ w tych przypadkach zmiany destrukcyjne są bardzo daleko posunięte, leczenie swoiste nie wywiera wybitnego wpływu. Od tych postaci schorzeń stawowych odróżnić należy te, gdzie punktem wyjścia jest kość — zapalenie kości przymiotowe, ostitis luetica, skąd dopiero proces chorobowy przechodzi do jamy stawu.

B. Frydman.

Medycyna wojskowa.

Pułkownik Adolf MAŁYSZKO. **Wojna chemiczna.** Wydanie drugie. Warszawa 1924.

Na treść książki niniejszej składają się rozważania, dotyczące przede wszystkim znaczenia gazów trujących, używanych w wojnie ostatniej. Skład chemiczny tych gazów oraz sposób ich stosowania i działania uwzględnione są dosyć obszernie, o ile oczywiście mieści się to w ramach wiedzy dostępnej, nie wychodzącej poza tajemnice laboratoryjne. Lecz treść książki mówi nadto znacznie więcej, niż sam jej tytuł zapowiada. Obszernie mówi też autor o lotnictwie współczesnym i wogóle o wszelkich nowych metodach wojowania oraz o środkach obrony państwowej.

Informacje pułk. Małyszki są interesujące dla każdego myślącego czytelnika, a wobec swego charakteru propagandowego powinny być poważnie wzięte w rachubę. W porównaniu z innymi państwami, zwłaszcza zbrojącymi cały naród do ewentualnej przyszłej wojny, Polska, niestety, żadnymi lub bardzo nikłymi na tem polu może się poszczycić pracami. W porę przeto autor nawołuje, ostrzega i poucza, co za rzetelną poczytać mu należy zastręę. Sprawozdawca jedno tylko ma zastrzeżenie, prosząc o staranniejsze na przyszłość opracowanie języka w tej bardzo cennej i zajmującej rozprawie.

M. F.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie z dnia 13.I. 1925 r.

A. Ciągliński. **Co oznacza upadek krzywej umieralności na gruźlicę w okresie powojennym?**

W latach wojny nie tylko u nas w kraju, ale i na zachodzie

Europy dało się zauważyć znaczne nasilenie cyfr umieralności na gruźlicę z również gwałtownym spadkiem, poczynając od roku 1919 do norm przedwojennych lub nawet jeszcze niżej.

W Warszawie krzywa umieralności na gruźlicę, wykazywała od r. 1880 stale wzmagający się spadek od 430 na sto tysięcy do 200—220 w latach 1912—1914.

Lata okupacji niemieckiej cały nasilenie umieralności do 800 na sto tysięcy w roku 1917 i 640 w roku 1918.

Lata 1919—20 dały spadek umieralności 440, względnie 330 na 100000.

Rok 1921 dał maximum spadku, dochodzący do 200 na 100000, lecz już lata 1922, 1923 i 1924 — wykazały pewnąwyżkę (210—220 0/0000).

Gwałtowny spadek umieralności na gruźlicę jeszcze w okresie bardzo ciężkim dla ludności miejscowej (r. 1919—1920), jak również poczynające się nasilenie umieralności w latach (1922—1924) stanowiły pewną niespodziankę, której nie można było uważać za wykładnię poprawy (r. 1919—20), względnie pogorszenia stanu sanitarnego miasta (22—24).

Zdaniem prelegenta, gwałtowny spadek cyfr umieralności tłumaczyć mogą dwie przyczyny:

1) wskutek znacznej śmiertelności w latach okupacji niemieckiej wymarła znaczna część osób, dotkniętych gruźlicą, tak, że stosunek liczby zgonów, jakie się wydarzały pośród tak uszczuplonego zespołu gruźlików, do liczby ludności miasta, stanowiący podstawę do obliczenia cyfr umieralności, oczywiście ulec musiał znacznemu zmniejszeniu;

2) ponieważ wcześniejszej śmierci na gruźlicę podległy w pierwszej linii osobniki węższe, a ocalały odporniejsze — zmniejszył się również wskutek tego odsetek śmiertelności z gruźlicy.

Powolne narastanie cyfr umieralności na gruźlicę w latach ostatnich, pozwala przypuszczać, że przerezedzone szeregi gruźlików zaczynają się zwolna wypełniać, i stąd ogólna liczba zmarłych na gruźlicę dążyć będzie do pewnej normy jaką ustalają warunki zdrowotne kraju oraz jego warunki ekonomiczne.

Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dnia 6.XII. 1924 r.

B a u - P r u s a k o w a. O wlewaniu lipjodolu do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia (pokaz rentgenogramów (M e s z)).

Radjografię lipjodolową Sicarda i Forestiera stosowano na oddziale Flatau a w 30 przypadkach różnorodnych schorzeń rdzenia, opon i kręgów, mianowicie: w 6 przypadkach guzów rdzenia, w 1 przypadku torbieli opon miękkich, w 7 przyp. guzów i w 2 przypadkach gruźlicy kręgów, w 4 przypadkach stwardnienia rozsianego, w 4 przypadkach Myelosis funicularis, w 2 przypadkach jamistości rdzenia, w 2 przypadkach kiły rdzenia i w 1 przypadku pachymeningitis cervic. luetica.

Lipjodol zatrzymywał się we wszystkich przypadkach guzów rdzenia, w 5 przypadkach guzów i w obu przypadkach gruźlicy kręgów, w przypadku torbieli oraz w przyp. pachymeningitis. We wszystkich zaś innych przypadkach opadł całkowicie na dno rożka twardówkowego. W przyp. operowanych i sekcyjnych stwierdzano guz w miejscu zatrzymania się lipjodolu. Lipjodol wprowadzano wprost do zbiornika wielkiego za pomocą nakłucia między I a II kr. szyjnym. W wielu przypadkach stwierdzano potem gorączkę i bóle korzonkowe, objawy te ustępowały po 1—3 dniach. Większość chorych znosiła zabieg ten dobrze

Dyskusja: Bregman wskazuje na przypadek, w którym początkowo lipjodol zatrzymał się w miejscu domniemanego nowotworu, po przeprowadzeniu jednak leczenia swoistego opadł on na dół. W drugim przypadku wczesnego rozpoznania nowotworu rdzenia lipjodol nie zatrzymywał się początkowo, a dopiero później wskutek wzmagającego się ucisku. Goldflam wskazuje na doniosłość praktyczną wlewania lipjodolu. Flatau, Mesz.

Justman. Przypadek rumienia guzkowatego. 60-letni mężczyzna z Powiśla styczności z Henrykowem nie miał. Przez 2 dni bóle i łamanie w kościach. Po 5 dniach zjawiła się wysypka wielopostaciowa w okolicach stawów kończyn od typu odrowego do typowych rumieniów. Obrzęk skóry, bolesność stawów bez zmian wewnątrzstawowych. Ciepłota waha się około 38 st. Po dwukrotnym dożylnym zastosowaniu argokolu wszystkie objawy znikają. W okresie rekonwalescencji kilkodniowy białkomocz. J. znajduje w cierpieniu tem pewną analogię z płonicą i ujmuje je jako posocznice.

Rosenberg. Nie chodzi w danym przypadku o rumień guzkowaty (erythema nodosum), lecz o erythema exsudativum multiforme. Przypadki w Henrykowie również nie należały do kategorii rumienia guzkowatego.

Pomper. Przypadek częściowego wycięcia wątroby z powodu bąblowca.

Chory lat 45 był operowany na oddziale D-ra Zawaadzkiego w Szpitalu Przemienienia Pańskiego z powodu wielkiego guza w nadbrzuszu przy objawach wybitnego charaktwu. Podczas operacji okazało się, że lewy płat wątroby na przestrzeni wielkości dłoni jest usiany twardymi, jak chrząstki, guzami o zabarwieniu perłowym. Cała ta część wątroby została usunięta, i po zatamowaniu krwawienia jamę brzuszną zamknięto.

Guzy te były oddzielnymi komorami bąblowca o bardzo twardej otoczce.

Chory wyzdrowiał.

Aleksander Zawaadzki. Rozpoznanie w danym przypadku było trudne. Krew zawierała tylko 4% eozynochłonnych, tak, że przypuszczano nowotwór. Wycięcie częściowe wątroby było tu konieczne, gdyż zwykle otwarcie otoczek dалоby nawroty. Krwawienie zatamowano przez podwiązanie naczyń i materacowy szew. Z. po raz wtóry dokonał podobnego zabiegu, w I przypadku chodziło o usunięcie wielkiego chłoniaka wątroby. Operacja ta również zakończyła się wyzdrowieniem.

Dolkart wspomina o dwukrotnie rozpoznanym przez niego bąblowcu.

W I. przypadku dokonano punkcji chęłboczącego guza i w wydobytym płynie stwierdzono haczyki, w II. zaś przypadku rozpoznanie ustalono na zasadzie dodatniego wyniku odczynu Weinberga.

Rubinrot wspomina o możliwości rozpoznania bąblowca za pomocą promieni Roentgena. Arkin ostrzega przed próbami nakłucia (możliwość anafilaksji). Dany przypadek należy zaliczyć do bąbl. jednokomorowych, dających lepsze rokowanie, aniżeli wielokomorowe.

Likiernik. Pokaz przypadku jaglicy na tle wrodzonej kiły.

Zmiany na brzegach powiek oraz na spojówce charakterystyczne dla blizen jaglicowych. Resztki keratitis parenchymatosa.

WaR++++.

Chodzi tu o kiłę wrodzoną, o tarsitis luetica ciliaris: postgummatosa. Przypadek ten należy do kategorii pseudotrachomatów.

Dyskusja. Arkin, Rosenberg.

Rom. W sprawie obecnej epidemii czkawki. Od paru tygodni spostrzegamy w Warszawie niezwykle rozległą epidemję czkawki. Już od roku 1921 sporadyczne przypadki czkawki występowały w okresie nasilenia epidemji śpiączki (encephalitis lethargica), jako zwiastuny tej groźnej choroby. Obecna epidemja ze względu na jej rozmiary, charakterystyczne objawy i typowy przebieg zasługuje na bliższe omówienie. T. zw. czkawka epidemiczna zaczyna się nagle, wśród najlepszego zdrowia, bez poprzedzających objawów ogólnego niedomagania, niekiedy bez podniesienia ciepłoty ciała, aczkolwiek dokładniejsze wywiady stwierdzają najczęściej stan podgorączkowy. Czkawka nie głośna, rytmiczna co 5—10 sekund, niekiedy trwająca bez przerwy przez całą noc, czasami przerywa się na parę godzin. Poza tem chorzy na nie się nie skarżą, niektórzy nawet nie przerywają swojej pracy. Choroba trwa zazwyczaj od 1 do 3 dni i ustępuje bez leczenia najczęściej nagle (na 15 spostrzeganych przeze mnie przypadków tylko w 2-ch trwała ona od 8 do 15 dni). Przebieg choroby przeważnie łagodny, tylko w 2 przypadkach widziałem znaczniejsze podniesienie ciepłoty (do 38,5°), wymioty, bezsenność, lecz i te przypadki zakończyły się pomyślnie. Najbardziej zastanawiał jednak fakt, że cierpieniu temu podlegają prawie wyłącznie mężczyźni w wieku od 25 do 70 lat (moje spostrzeżenia dotyczą, wyłącznie mężczyzn, niektórzy koledy widzieli pojedyncze przypadki u kobiet).

Patogeneza tego cierpienia jest dotąd niewyjaśniona. Większość badaczy skłonna jest widzieć w cierpieniu tem — poranną postać nagminnego zapalenia mózgu, niektórzy jednak uważają, że jest to pewna forma grypy z dominującym objawem przeponowym (podobnie jak zdarzają się w przebiegu grypy zajęcia nn. potylicznych, usznych lub splotu barokowego).

(Autoreferat).

Posiedzenie z dnia 3.I. 1925 r.

Srebrny zabiera głos przed porządkiem dziennym, aby uczcić pamięć s. p. Profesora Kazimierza Rzętkowskiego, którego przedwczesny zgon jest pomiędzy innymi

wielką stratą dla „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“. Obecni, na wniosek Przewodniczącego uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Srebrny. Pokaz przypadku wola, wyleczonego minimalnymi dawkami jodu.

W grudniu 1923 r. S. stwierdza u pacjentki wole wielkości mandarynki. Od I.I.1924 do I.VI chora zażywała codziennie łyżkę lekarstwa następującego: **Kalii jodati 0,04, aq. dest. 150**, czyli na dawkę 4 miligramy jodku potasu. W sierpniu r. z. na miejscu wola wyczuwał się tylko mały guziczek, który obecnie znikł zupełnie. S. omawia kwestję stosowania minimalnych dawek jodu w przypadkach wola i wspomina o ustanowionych obecnie w Szwajcarii normach dawkowania jodu celem zapobiegania powstawaniu wola.

W dyskusji zabierają głos Knappe, Goldflam, Higier, Landau, Janowski.

Pomper. Przypadek wycięcia częściowego przewodu żółciowego wspólnego. (Ukaże się w „Warsz. Czasop. Lek.“).

Dyskusja. Zawadzki, Goldstein, Saidman.

Landsberg i Simchowicz. Przypadek hipertyreoidyzmu z przemijającym cukromoczem.

Simchowicz pokazuje 40-letniego pacjenta, który się leczy u niego od 2 lat. Zjawił się wtedy wytrzeszcz lewego oka, tak, że można było podejrzewać jakąś sprawę miejscową w tem oku. Po pewnym czasie wytrzeszcz taki wystąpił i na oku prawym. Przytem pacjent uskarżał się na silne zdenerowanie, poty oraz chudnięcie. Pewnej nocy uczuł silne pragnienie, zaczął chudnąć jeszcze raptownie i wydzielać wielkie ilości moczu (5% cukru). Po przeprowadzeniu przez Landsberga 3-dniowej głodówki, następczej djety węglowod., a później bezwęglowod., cukier z moczu oraz hyperglikemja zginęły, najdłużej utrzymywał się aceton.

Obecnie pacjent spożywa duże ilości węglowod., nie wykazując ani hyperglikemji, ani cukromoczu. Przypadek jest dlatego przedstawiany, że nie chodzi tu o przejściowy lekki cukromocz, jaki spotykamy w przebiegu choroby Basedowa. O ile zaś jest to cukrzyca w ostrym stopniu, to za łatwo, dała się ona usunąć. Co się tyczy samego Basedowa, to jest on również nietypowy. Należy przypuścić, że mamy tu do czynienia z niedomogą tarczycy, powikłaną przejściową niedomogą trzustki.

Dyskusja: Goldflam, Landau, Janowski, Higier.

Spiro. Przypadek zahamowania czynności serca w przebiegu ostrego gośca stawowego.

(Referat nie dostarczony).

W dyskusji zabierają głos Janowski, Landau.

Karbowski. Przypadek perlaka ucha środkowego, usuniętego operacyjnie przez przewód zewnętrzny.

Pacjentka 52-letnia cierpiała od kilku lat na uporczywe bóle głowy. W czerwcu r. b. wystąpiły objawy Meniere'a. Badanie wykazało: przedziurawienie *partis flaccidae* błony bębenkowej, w którym widoczne były łuski perlaka. Dotykaniem otworu wacikiem powodowało zawroty głowy, oczopląs, zataczanie się. Na zasadzie obrazu klinicznego rozpoznano perlak o przebiegu utajonym ze zniszczeniem części kanału półkolistego poziomego.

W przypadku tym zamiast doszczętnej operacji zewnątrz dokonana została operacja przez przewód zewnętrzny w znieczuleniu miejscowym. Po odtuszczeniu okostny z bocznej ściany uchyłka i górnej ściany przewodu wydtutowany został otwór, przez który usunięte zostały masy perliste. Już następnego dnia samoistne objawy błędnikowe ustąpiły. Po 4-ch tygodniach chora była demonstrowana w towarzystwie oto-laryng. z zagojoną raną, z dodatnim jeszcze jednak objawem przetokowym. Obecnie nastąpiło już zagojenie przetoki w kanale półkolistym, na co wskazuje brak oczopląsu przy zgęszczaniu i rozrzedzaniu powietrza w przewodzie zewnętrznym.

Pozwoliłem sobie przypadek ten demonstrować, albowiem sprawa operowania przez przewód zewnętrzny jest w zachodniej Europie na porządku dziennym. Przypadek demonstrowany jest u nas pierwszą próbą operowania przez przewód zewnętrzny i, jak mogli się Panowie przekonać, z doskonałym wynikiem.

(Autoreferat).

Poncz i Neudingowa. W sprawie badania pleocytozy w płynie mózgoworodzeniowym.

(Referat nie dostarczony).

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej

Posiedzenie z dnia 23.X. 1924 r.

1) S. Dobryszycki. **Przypadek zupełnego zatkania przez pestkę odźwiernika, zwężonego wskutek blizny po wrzodzie.** Chora C. M., lat 25, z ambulatorjum D-ra Róbin a cierpi od 4-ch lat na owrządzenie żołądka bez zastoiny naczo. Od 5 miesięcy stan chorej uległ znacznemu pogorszeniu. Wystąpiły częste i obfite wymioty pokarmowe, brak łaknienia, silne bóle w okolicy żołądka. W czczym żołądku stwierdzono znaczną zastoinę, z czworniakami i resztkami pokarmowymi z dnia poprzedniego. Systematyczne przepłukiwanie żołądka i ścisła djeta nie sprowadzały poprawy, wymioty nie ustawały. Podczas 11-go przepłukiwania D. zauważył w przepłuczynach kłaczkę śluzu, usiane kroplami krwi, wyciągnął wobec tego zgłębnik, i wówczas z okienka tegoż wypadła pestka od śliwki. Od tej chwili nastąpiła znaczna poprawa: wymioty ustały, apetyt powrócił, bóle znikły, chora zaczęła przybierać na wadze. Należy jednak podkreślić, że pomimo poprawy podmiotowej zastoina w czczym żołądku, acz mniejsza, stale dawała się stwierdzać. Tak więc w danym przypadku obecność zatkania zupełnie odźwiernik, już poprzednio przez bliznę zwężony.

2) B. Chorążycycki. **Problemat migdałkowy** (Odczyt) (Drukowane w Nr. 1 „Warsz. Czas. Lek.“). W dyskusji zabierali głos: Gliksmann, Michałowicz, Karbo-wski, Kahan, Bychowski, Chorążycycki.

Posiedzenie z dnia 6.XI. 1924 r.

1) H. Adelfang. **Przypadek guza śródpiersia z przerzutami do płuc.** A. przedstawił przypadek guza śródpiersia z 3-ma okrągłymi przerzutami wzdłuż wewnętrznego brzegu lewej łopatki. Objawy kliniczne: uporczywy kaszel, nie poddający się najsilniejszym narkotykom, i stale wzmagająca się duszność. Przeciwno gruźlicy gruczołów chłonnych okołoskrzelowych przemawia w danym przypadku wiek chorej (42 lata), brak objawów gruźlicy w szczytach i w miąższu płucnym, wreszcie wygląd przerzutów, które przedstawiają się w postaci 3-ch ostro odgraniczonych i otoczonych normalną tkanką ognisk nowotworowych. Po zastosowaniu 5-ciu seryj naświetlań głębokich guz znikł zupełnie, a wraz z nim ustąpiły objawy duszności i kaszlu. A. zaznacza, że w chwili obecnej rentgenoterapia jest jedynym środkiem który, jeśli nie zupełnie uleczy, to w każdym razie przedłuży życie i przyniesie znaczną ulgę chorym, dotkniętym tak ciężkim cierpieniem.

W dyskusji S. Goldflam skłania się raczej do rozpoznania gruźlicy gruczołów okołoskrzelowych. Adelfang w odpowiedzi podkreśla, że przerzuty do płuc i skuteczność promieni Roentgena przemawiają za nowotworem.

2) W. Róbin. **Rzadki przypadek okresowego cierpienia żołądka.**

P. Sz., lat 55, miewa od 28 lat napady, początkowo co 5—6 miesięcy, bólów w dołku, promieniujących do krtani i krzyża. Czasem w okresie międzypadawym zwracania wodniste kwaśne, nawet naczo. Po śniadaniu próbnym wówczas wolny HCL = 38, A = 74. Typowa kuracja wrzodowa bez skutku. Prof. Boas w r. 1911 rozpoznawał „nerwicę żołądka“. W r. 1912 Salomon rozpoznął „nadkwaśność okresową“. Badanie promieniami Roentgena w r. 1912 wykazało cechy następcze po owrządzeniu odźwiernika. Powtórne badanie promieniami Roentgena w r. 1913 dało wyniki zupełnie ujemne. W r. 1917 Wassermann ujemny. W r. 1918 naczo wydobyto 35 cm. cz. płynu śluzowego bez resztek pokarmowych, L=20, A=40, krwi niema. Po śniadaniu próbnym L=45, A=80, bez krwi. W r. 1920 wynik badania promieniami Roentgena znowu ujemny. W r. 1924 napady zaczęły się zjawiać znacznie częściej, co 2 tygodnie, polegały na silnych bólach w dołku i wymiotach obfitych, b. częstych, zielonych, często z niewielką domieszką krwi. Po napadzie chory zupełnie zdrow, może wszystko jeść. Badanie żołądka naczo: zastoiny niema. Po śniadaniu próbnym zwraca uwagę z naczną ilością śluzu, L=45, A=70, krwi ślady. Wymiociny tuż po napadzie zawierają dużo śluzu, L = 20 A = 29, bez krwi, pod drobnowidzem nieliczne ciążka skrobi. Dokładne badanie innych narządów (płuc, nerek, wątroby) nie wykazuje zmian patologicznych. Zastanawiając się nad rozpoznaniem danego przypadku, możemy wyłaczyć owrządzenie okolicy odźwiernika i niektóre sprawy odruchowe, powodujące tego rodzaju napady okresowe, naprz. zatrucie mocznicze, wiażdż-

nia, zatrucie żółciowe, zapalenie wyrostka robaczkowego, przymiot żółtka, miazgotyż żółtka, i musimy stanąć na stanowisku czysto lokanej sprawy żółtkowej, ale jakiej? Nazwa „nerwica“ nic nie mówi. Długotrwałość cierpienia (28 lat), dobry stan ogólny, brak innych objawów nerwowych przemawiają raczej za chorobą żółtka o typie nieznanym, rzadkim, w rodzaju „gastroxynsis Rossbachi“. „Wielka ilość śluzu, stale napotykana, nasuwa myśl, czy nagromadzenie się śluzu w ciągu pewnego czasu, obecnie krótszego, dawniej dłuższego, nie jest właśnie tym momentem, wywołującym napad.

W dyskusji Higier różniczkuje przypadek pomiędzy t. zw. „migrène abdominale“ a obrzękiem Quinckego o szczególnej lokalizacji.

Tuchendler rozpoznaje niezbyt żółtka przewlekły. S. Goldflam uważa przypadek za nerwicę.

B. Chorążycycki radzi zbadać jamy Highmora, gdyż ukryte ich ropienie może być punktem wyjścia sprawy żółtkowej.

Poncz upatruje w cierpieniu tło wagotoniczne.

Róbin przemawia za metodycznym przepłukiwaniem żółtka w danym przypadku w celu usunięcia nagromadzonego się śluzu.

3) H. Higier. **Z pogranicza padaczki.** (Drukowane w Warsz. Czasop. Lekarskim Nr. 12, 1924).

Posiedzenie z dnia 20.XI. 1924 r.

Br. Karbowski. **Przypadek perlaka, zoperowanego przez przewód uszny zewnętrzny.** (Patrz Posiedzenia Sekcji Klin. Tow. Med. Społ.).

Br. Karbowski. **Przypadek obcego ciała w przełyku.**

Chora 30-kilkoletnia w 7-mym miesiącu ciąży podczas śniadania połknęła protezę zębowa, składającą się z płyty kauuczukowej o powierzchni $4\frac{1}{2}$ na 4 cm. z dwoma ostremi końcami, pozatem do jednego z zębów przylutowany był ostry haczyk. Chorej na miesiąc zastrzyknięto apomorfine. Do K. zgłosiła się w stanie ciężkim z powodu ruchów wymiotowych, które ją od kilku godzin męczyły. Badanie promieniami Roentgena (Mesz), wykazało obce ciało na wysokości rekojęści mostka. Przy pomocy ezofagoskopu udało się uwiocznąć ciało dla oka, uchwycić kleszczami, lecz nie sposób było usunąć bez ryzyka uszkodzenia przełyku. Chorą zakwalifikowano do ezofagotomji i skierowano na oddział D-ra Lubelskiego. Dokonane następnego dnia zdjęcie Roentgenowskie wykazało, że obce ciało znajduje się w żółtku. Wobec tego zdecydowano czekać. Nazajutrz obce ciało wyszło przez odbytnicę. Przypadek ten jest ciekawy ze względu na rozmiary obcego ciała, które jednakże przeszło swobodnie przez odźwiernik i przez zastawkę Bauhina.

W dyskusji zabierali głos: Abramowicz, Dworecki, Z. Bychowski, Goldstein, Adelfang i Karbowski.

H. Higier. **Przypadek nietypowy sclerosis insularis inveteratae, ostro powstałej.**

Chory lat 65. Przed 33 laty po przestraszu nagle powstały obraz częściowej myelitjs dorsalis z zaburzeniami ruchu, uczucia i narządów moczopłciowych, rozpoznany w owym czasie przez H. jako haematomyelia centralis. Badanie obecne po latach z górą 30-u stwierdza błędność rozpoznania, które brzmień musi „sclerosis disseminata“. Mimo ostrego początku i mimo braku trójcy objawów klasycznych rozpoznanie jest niewątpliwie wobec ciągłych wahań, obostrzeń i remisji, wobec braku objawów bólowych i uciskowych. Brak zupełny objawów mózgowo-móźdkowo-mostowych przemawia wprawdzie za wyłączną lokalizacją ognisk sklerotycznych w rdzeniu.

H. Higier. **Pokaz 3-eh epileptyków, umięających przy pomocy pewnego zabiegu ruchowego powstrzymać wybuchający napad padaczki motorycznej.**

H. zastanawia się bliżej nad tą nader rzadką, ogółowi lekarzy prawie nieznaną postacią padaczki samoistnej i usiłuje wytlumaczyć mechanizm patofizjologiczny hamowania napadu ruchowego, analizując działanie t. zw. środków odciążających (derivantia) w medycynie, oraz przeszkakiwanie podniety czuciowej z odcinka czuciowego na odcinek ruchowy tejeż metamery rdzeniowej. Analoge spotyka się w Crampus musculorum, w Torticollis mentali i w pozapiramidowych hyperkinezach jąder podstawowych mózgowia.

Dyskusja: Mackiewicz, Simchowicz, Z. Bychowski i Higier.

Z. Bychowski (Odczyt). **O rokowaniu i współczesnym leczeniu padaczki.**

(Drukowane w dzisiejszym Nr. „Warsz. Czasop. Lek.“).

W dyskusji zabierali głos: Goldstein, Merenlender, Simchowicz, Higier i Z. Bychowski.

Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie z dnia 20.XII. 1924 r.

Przewodniczący Bregman poświęca gorące słowa pamięci ś. p. Prof. K. Rzętkowskiego, podnosząc wielkie zasługi zmarłego dla Polskiej nauki lekarskiej, wybitne zdolności pedagogiczne i organizacyjne, wykazane w prowadzeniu Kliniki Uniwersyteckiej, a w szczególności szlachetności charakteru i niezmiernie zycliwy stosunek do kolegów, które zjednały Mu powszechną sympatję i uznanie.

Mackiewicz J. przedstawił chorego, u którego rozpoznano **kauzaliczny w przebiegu przymiotu rdzenia.**

Freyówna w związku z powyższą demonstracją przedstawia chorego syfilityka, skarżącego się na silne bóle o charakterze palenia i darcia w drugim palcu lewej ręki, które następnie objęły kciuk i całe przedramię. U chorego uderza zanik, suchość i nadmierne łuszczenie się skóry na lewej ręce. Leczenie swoiste dało znaczną poprawę.

Mikułowski radzi podać powyższych chorych badaniu za pomocą kapillaroskopji, co może przyczynić się do stwierdzenia atonji w układzie naczyniowym brodawkowym i podbrodawkowym.

Orzechowski widywał podobne bóle w wiądzie oraz w jamistości rdzenia.

Bregman przedstawił chorego z **przymiotem rdzenia**, u którego zadanie lipjodolem wykazało całkowite zatrzymanie się lipjodolu na granicy części szyjnej i grzbietowej, co przemawiałoby za umiejscowieniem zapaleniem.

Po przeprowadzeniu leczenia swoistego lipjodol prawie całkowicie spadł, tak, że na wysokości ogniska pozostały za ledwie ślady. Oprócz tego B. stwierdził u chorego liczne zmiany chorobowe w kościach twarzy, kończyn i tułowia, połączone z bliznami, ogniskami ropiącymi na odpowiednich miejscach skóry. Zmiany te są pochodzenia przymiotowego. Rozpoznanie różniczkowe między przymiotem a gruźlicą jest niezmiernie trudne, a opiera się przedewszystkiem na rentgenogramach, które wykazują zmiany sklerotyczne.

Higier uważa, że próba lipjodolowa wypaść może dodatnio w przymiocie rdzenia, który zwykle w różnych miejscach blokuje drogi i przestrzenie rdzeniowo-oponowe, co zmniejsza jej wartość w rozpoznawaniu nowotworów.

Goldflam jest zdania, że zatrzymanie się lipjodolu nie świadczy jeszcze o zablckowaniu, tembardziej, że u chorego niema objawów uciskowych.

Orzechowski wskazuje z własnego doświadczenia na możliwość pomyłek przy próbie lipjodolowej.

Bregman podkreśla rzadkość zatrzymywania się lipjodolu w przymiocie rdzenia.

Higier przedstawił trzech chorych z **postrzałami mózgu kulkami floweru z ciężkimi następstwami**: napadami drgawek, hemianopsją, zanikiem n. wzrokowego, upośledzenia umysłowego porażeniem — połowiczem oraz bólami głowy.

Neudingowa i Poncz wygłosili odczyt p. t. **Przyczynek do badania pleocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym.** Pleocytoze wykazuje się przez dodanie do płynu mózgowo-rdzeniowego, świeżo wydobytego, paru kropel roztworu ługu potażowego. Praca będzie ogłoszona drukiem.

Flatau i Zandowa zaznaczają, że podana próba służyć może za ledwie do orientacji ogólnej.

Daleko cenniejsze wyniki daje kamera Fuchsa i Rosenthala.

Higier zastanawia się bliżej nad istotą opisywanej próby.

Bregman sądzi, że próba chemiczna na pleocytoze może okazać pewne usługi lekarzowi praktykowi przy badaniu prędkim — prowizorycznym, a bynajmniej nie czyni zbędnem badania dokładnego płynu zwykłymi sposobami laboratoryjnymi.

Sterling W. wygłosił odczyt p. t. **„Obecna epidemia czkawki w Warszawie“** (wydrukowany w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim“ R. II, Nr. 1).

W dyskusji zabierali głos: Flatau, Biro, Z. Bychowski, Higier, Poncz, Bornsztajn, Goldflam, S. Kopczyński, Knappe i Bregman.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

O powstawaniu i leczeniu raka mówił w Towarzystwie Lekarskim Frybuskiem Opitz. Prelegent utrzymuje, że obraz mikroskopowy tkanki rakowej, t. j. bujanie nabłonka, jest tylko zewnętrznym wyrazem poza niem leżącego schorzenia. Zdaniem prelegenta, błądzimy, szukając jednej określonej przyczyny raka, przyczyn tych może być wiele, i dają się one ująć w 2 grupy: 1) zależne od samego ustroju, 2) wywołane przez wpływy zewnętrzne. I jedno i drugie mogą być natury ogólnej i miejscowej. Opitz przedstawia schematycznie, jak czynniki konstytucjonalne i wewnętrzne wywołać mogą zmiany w zawartości jonów i napięciu powierzchniowym, w przemianie materji i niektórych innych sprawach, które wzajemnie oddziałują jedne na drugie i w sprzyjających warunkach wytwarzają samodzielność pewnych komórek, wyrażającą się we wzmożonej zdolności gliko- i proteolitycznej. Ta zdolność zaś jest podstawą bezgranicznego bujania komórkowego, które nazywamy rakiem.

I w dziedzinie leczenia raka wykazały nowsze badania niezliczone możliwości wplywania na rozwój raka u zwierząt doświadczalnych, a także i u człowieka. Większość dotychczas wykonanych doświadczeń polega na empirji. Prelegent usiłował przy pomocy badań systematycznych posunąć naprzód terapię, mianowicie wzmacnić naturalne dążenia obronne ustroju i wplywać na rozwój wsteczny tego, co musimy uważać za warunek bujania rakowego. Na tej drodze za pomocą kombinacji rozmaitych środków, które są w stanie pobudzić do bujania tkankę łączną i wzmocnić jej siłę, udało się wykazać wsteczny rozwój doświadczalnego raka myszy, który daje się stwierdzić i histologicznie przez zupełne zniknięcie bujania rakowego. Udało się nawet stałe usuwanie guzów, których inaniemi środkami z naświetlaniem włącznie usunąć nie zdołano. Środek, z którym w chwili obecnej dokonywane są próby, jest to kombinacja barwików z ciałami, pobudzającymi wydzielinę gruczołów dokrewnych, i takimi solami, które w tkankach chorych na raka znajdują się w ilości mniejszej, niż u ludzi zdrowych. Od tej doświadczalnie dowiedzionej możliwości wywołania wstecznego rozwoju raka do wyleczenia chorych rakowych jest jeszcze daleko. Widoki jednak w tym kierunku są pomyślne, jakkolwiek najtrudniejsza i najważniejsza kwestja dawkowania środka dotychczas jeszcze nie została rozwiązana.

W dyskusji Hosemann zwraca uwagę, że takie znikanie raków u ludzi zdarza się przy użyciu pewnych środków,

jak np. kankroidyny, antymerystemu it.p., ale nie oznacza to wyleczenia: na obwodzie rozmnażają się w dalszym ciągu komórki rakowe, „recydywa“ nie daje długo czekać na siebie. Uhlenhuth były wdzięczny Opitzowi za bliższe informacje o jego środku leczniczym. Przy tej sposobności przypomina o próbach Wassermann'a z eozyn-selenem, który działał leczniczo na guzy mysie; preparat ten był silnie trujący. Dalej wymienia U. doświadczenia Neubergera i Caspariego ze środkami koloidalnymi oraz Wernera ze solami choliny w kombinacji z metalami koloidalnymi a także swoje badania z rozmaitymi barwikami i środkami lekarskimi. Jeżeli Opitz otrzymuje stałe wyleczenia za pomocą swoich kombinacji z barwikami, i zwierzęta przytem nie padają, to oznacza to duży postęp. Cięża według badań U. wplywa hamująco na rozwój guzów; do takich samych wniosków doszedł Kok: jeżeli mysz, której zaszczerpiono raka, zachodzi w ciążę, to guz zwykle zmniejsza się, w niektórych razach ginie w zupełności i nazawsze, w innych zaś zaczyna po porodzie bujać nanowo i przytem bardzo szybko. Zdarzają się zresztą przypadki, w których ciąża niema wplywu na rozwój guza. Jeżeli zaszczerpić guz zwierzętom, w późnym okresie ciąży będącym, to w ciągu pierwszych 14 dni wzrost guza w porównaniu ze zwierzętami kontrolnymi jest opóźniony; w trzecim tygodniu po porodzie jednak guz rozrasta się gwałtownie i przewyższa rozmiarami guzy zwierząt kontrolnych. W każdym razie guz, zaszczerpiiony myszy wysoko ciężarnej, przyjmuje się. Tem dziwniej przeto przebiegały doświadczenia na 12 myszach, szczepionych 1—13 dni po porodzie: ani jeden guz się nie przyjął (u zwierząt kontrolnych 80% wyników dodatnich). Szczepienie w trzecim tygodniu po porodzie dało wynik dodatni. Traktowanie myszy wyciągiem z płodów mysich z a p o b i e g a ło przyjmowaniu się szczepionych guzów; o leczniczym działaniu takich wyciągów U. jeszcze nie stanowczego powiedzieć nie może, zdaje się jednak, że wybitniejszego działania spodziewać się nie należy, jeżeli guz doszedł już do pewnych rozmiarów.

Na pytanie U., jakich środków Opitz w swoich doświadczeniach używał, tenże odpowiada ogólnikowo, tłumacząc swoją rezerwę ciągłymi zmianami w wyborze i składzie procentowym środków oraz nieustalonym jeszcze dawkowaniem. Zresztą, tak, jak powstawania raka nie należy przypisywać jednej przyczynie, tak samo wyleczenia raka nie można się spodziewać od jednego środka.

(Klin. Wochenschr. Nr. 5, 1925).

Z. S.

Korespondencja.

Sanochryzyna.

Kopenhaga, 28.I—1925 r.

Jesteśmy tu we czterech, jako komisja, delegowana przez Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia Publicznego w składzie następującym: kol. kol. Hirszfeld, dyrektor Państwowego Zakładu Badania Surowic, płk. lek. Rudzki, komendant Szpitala Ujazdowskiego, K. Dąbrowski, ordynator Szpitala Wolskiego, i niżej podpisany. Przyjechał z nami również, ale już bez oficjalnego mandatu i na własny koszt, kol. O. Sokółowski z Zakopanego. Hirszfeld i ja reprezentujemy teorię, pozostali trzej to wytrawni ftyzjolodzy—kliniści. Mamy się zapoznać z obecnym stanem poglądów na działanie sanochryzyny i z wynikami, osiągniętymi w lecznictwie. Professor Madsen, do którego skierowaliśmy się przedewszystkiem, jako do prezesa Komitetu Higjeny Ligi Narodów, przyjął nas nadzwyczaj serdecznie, zgodnie z jego stałą życzliwością dla Polski i dla Polaków, i trzeba przyznać, że nadzwyczaj mądrze pokierował naszymi krokami. Pierwszego dnia zapoznaliśmy się z prof. Moellgaardem, wynalazcą sanochryzyny, i umówiliśmy się z nim na szczegółową dyskusję po upływie kilku dni, gdy już będziemy mieli pewną orientację, co do stanu rzeczy w klinikach. W myśl wskazówek prof. Madsena zaczęliśmy od klinicystów, najbardziej ostrożnych, niemal sceptycznie usposobionych, zwłaszcza w pewnym okresie prób, mianowicie od Knuda Fabera, profesora i doświadczanego klinicysty, oraz od d-ra Permina. Obaj uważali sanochryzynę za preparat bardzo potężnie działający, ale niebezpieczny w użyciu wskutek działania ubocznego w postaci wstrząsu i białkomoczu. Działanie to daje się wpraw-

dzie moderować za pomocą surowicy swoistej, ale sprawa ta nie jest łatwa i wymaga bardzo ostrożnego stawiania wskazań. Na drugi dzień byliśmy w szpitalu Bjespebjerg u d-ra Sechera. Jest to główny współpracownik kliniczny prof. M., człowiek śmiały, energiczny, wcale nie specjalista od gruźlicy, lecz internista wogóle. On pierwszy rozpoczął stosowanie sanochryzyny z rezultatami wprawdzie od początku zachęcającymi, ale połączeniemi z niejedną ofiarą życia ludzkiego. Dziś jeszcze jest pełen entuzjazmu, demonstrował nam cały szereg przypadków, pozostających w leceniu. Głównie motto jego demonstracji było znakomite skrócenie czasu leczenia w porównaniu ze zwykłymi metodami sanatoryjnymi. Pokazywał nam również kilka przypadków, kiedy dodatnie wyniki zostały osiągnięte, jego zdaniem, tylko dzięki sanochryzynie. Widzieliśmy również u niego pacjentkę, która dostała sanochryzynę na własne żądanie wbrew jego wskazaniom, i gdzie rezultat był bardzo niepomyślny. Nawiasowo wspomnę, że szpital, w którym pracuje Secher, jest bezwątpienia jednym z najwspanialszych w Europie. Składa się z baraków, rozrzuconych w ogromnym ogrodzie w bardzo malowniczym otoczeniu. Każdy barak posiada własną pracownię, urządzenia wentylacyjne, sygnalizację od każdego chorego za pomocą światła elektrycznego (niema wcale dzwonek), piękne sale rekonwalescentów i t. p. Osobliwością szpitala są korytarze podziemne, łączące pomiędzy sobą wszystkie baraki, oraz budynek kancelaryjny z salą przyjęć. Chory wykąpany jedzie odrazu do właściwego baraku, wcale nie wychodząc na powietrze. Zbyteczne nadmieniac, jakie to ma znaczenie w kraju o takim klimacie, jak Danja. Prof. Bie, pedjatra, którego odwiedziliśmy nazajutrz, nie pokazy-

wał nam chorych, lecz wykresy i historie chorób. Doświadczenie jego nie jest wielkie, ale wnioski ogólne bardzo zachęcające. Wogóle wszyscy klinicyści, których odwiedziliśmy, odznaczali się wytrawnością sądu, ostrożnością w ocenie poszczególnych przypadków i dokładnością analizy; wskutek tego nawet z niewielkiej liczby obserwacji można było wnioski wysnuwać. Dla mnie, jako dla teoretyka, najciekawsza jednak była wizyta w pracowni prof. Moellgarda. Widzieliśmy tam rzeczy nadzwyczaj interesujące i świadczące o niesłychanej sile stosowanego preparatu.

Sanochryzyna jest to tiosulfat sodowy złota. W ustroju zdrowym nie wywołuje ona znacniejszego odczynu, natomiast w ustroju, dotkniętym gruźlicą, daje się obserwować typowy wstrząs, tak samo, jak po tuberkulinie, połączone z zaostreniem odczynu zapalnego dokoła ogniska gruźliczego. Wstrząs ten może być śmiertelny po upływie doby lub więcej, i w takim razie każde ognisko gruźlicze otoczone jest wyraźną czerwoną obwódką przekrwienia. O ile jednak śmierć nienastępuje, rozwija się proces wytwórczy, otorbijający ognisko tkanką włóknistą. Ale co uderza najbardziej, to widoczne zmniejszanie się liczby ognisk w porównaniu ze zwierzętami kontrolnymi. Różnica ta może się posuwać aż do zupełnego wyleczenia, jeżeli nie bakterjologicznego, to w każdym razie klinicznego. Przypadki wyleczenia bakterjologicznego widzieliśmy również. Prof. M. ma cały szereg cieląt, zakażonych gruźlicą, które pod wpływem stosowania sanochryzyny wyleczone zostały zupełnie, tak, że zawiesina z rzutanych gruczołów chłonnych, zastrzyknięta morskiej śwince, nie wywołała u niej ani śladu procesu gruźliczego.

Czynnikiem niezbędnym w doświadczeniach prof. M. obok sanochryzyny jest surowica zwierząt, zakażonych gruźlicą i leczonych sanochryzyną. Prof. M. zauważył bowiem, że w miarę postępów leczenia gruźlicy doświadczalnej groźne z początku wstrząsy i białkomoczn stawały się z czasem rzadsze i słabsze. Wyciągnął stąd słuszny wniosek, że ustrój ulega systematycznemu uodpornieniu, i stwierdził w dalszym ciągu, że surowica zwierzęcia takiego może działać uodparniająco na inne zwierzę. Surowica taka, zastrzykiwana natychmiast po zastrzyknięciu sanochryzyny, wpływa łagodząco na jej działanie uboczne: nie dopuszcza do wstrząsu i usuwa białkomoczn.

Tak się przedstawia w ogólnych zarysach mechanizm działania tej metody leczniczej. Mamy tu do czynienia niewątpliwie z chemoterapią w najściślejszym znaczeniu tego wyrazu. Sanochryzyna jest środkiem, niszczącym prątki gruźlicze zarówno w ustroju, jak tego dowodzą doświadczenia Moellgarda, jak in vitro: pod wpływem sanochryzyny prątki gruźlicze tracą kwasoodporność, a nawet barwność i wreszcie znikają. Jeden zwłaszcza szczegół zasługuje w tych doświadczeniach na uwagę. Prof. M. zakaża swoje zwierzęta drogą śródżylną i śródżylnie również wprowadza sanochryzynę. Dawka prątka gruźliczego nie gra tu roli zasadniczej. Udało mu się raz wyleczyć cielę, które dostało ogółem 700 miligramów odsączonych prątków: liczba zaiste zawrotna. Decydującym momentem jest tylko sposób zakażenia. Prątki, wprowadzone dożylnie, rozsiewają się mniej więcej równomiernie, tworzą młode gruzełki, do których miąższu środek leczniczy może się dostać, i ulegają zniszczeniu. Doświadczenia nad leczeniem naturalnej gruźlicy bydła są dopiero w toku.

Nie będę tu wchodził bliżej w analizę działania surowicy oraz w rozbiór ścisły wskazań klinicznych. Zaprowadziłoby

to nas za daleko, zresztą, szczegółowe sprawozdanie nasze t. j. zarówno klinicystów, jak i teoretyków, będzie ogłoszone w najbliższym Nr. „Medycyny Doświadczalnej i Społecznej“. Pragnę tylko podkreślić, jako moment szczególny, tę konieczność wybrania chwili stosownej do leczenia sanochryzyną. Nie nadają się tu przypadki świeże; ryzyko tu jest zbyt wielkie, a wyniki leczenia sanatoryjnego są tak dobre, że niema powodu narażać chorego na niebezpieczeństwo. Nie nadają się również przypadki stare; warunki dyfuzji są tu zbyt niepożyteczne; ogniska są otoczone zbyt grubym wałem ochronnym, ażeby bakterje mogły być zniszczone. Tam, gdzie proces ulega nagłemu obustroniu, gdzie z pierwotnego ogniska następuje wysiew prątków nawet obfity, sanochryzyna okazuje swe potężne działanie. Mówiono nam nawet o wyleczonych przypadkach gruźlicy prosówkowej. Bądź co bądź, chemoterapia gruźlicy przeszła dzięki Moellgardowi po raz pierwszy z fazy hipotez i nieosiągalnych dążeń w sferę rzeczywistości. Trzeba się tylko nauczyć, jak i kiedy prątki mogą być zniszczone. Niewątpliwie jest to możliwe, ale jeszcze niezrealizowane. To, co gazety codzienne pisały, co robić z sanatorjami, które staną się zbyteczne, jest nonsensem. Klinicyści dłużej dopiero zaczynają gromadzić materiał dla ustalenia wskazań, kogo leczyć, kiedy leczyć, jakimi dawkami sanochryzyny, kiedy i w jakiej ilości należy stosować surowicę. Wyrób surowicy, aczkolwiek znajduje się w tak wysoce kompetentnym ręku, jak prof. Madsona, nie wyszedł jeszcze z okresu pierwotnej empirji. Pochłonął już 300 cieląt i dał zaledwie 300 litrów płynu. Rozpoczęte obecnie próby na koniach dały 50% śmiertelności, zanim otrzymano pierwsze porcje surowicy. Trzeba być cierpliwym, walka z gruźlicą wchodzi w nową fazę, i rezultaty muszą przyjść.

Na zakończenie jedna uwaga: czy jest po co jechać do Kopenhagi w obecnej chwili? I tak i nie. Przeciętny praktyk, szukający nowego sposobu zbijania grosza, może spokojnie zścisnąć w domu. Przedewszystkiem nie dostanie preparatu. Wytwórcy dają go tylko w obrębie Danji za pośrednictwem komisji, złożonej z uczonych fachowców, która decyduje, jakie szpitale i kliniki mogą prowadzić próby. Ognisk takich w Danji jest dosyć dużo. W maju odbędzie się konferencja lekarzy duńskich, poświęcona specjalnie sprawie sanochryzyny. Do innych krajów wytwórcy dają sanochryzynę tylko komisjom, organizującym badania w klinikach i szpitalach. Naprz. komisja niemiecka wybrała 16 takich punktów, gdzie prowadzą się badania; wyniki będą ogłoszone wspólnie i przez komisję. Tem się tłumaczy, dlaczego w pismach niemieckich nic dotąd niema. Rząd polski pójdzie tą samą drogą. Na razie zakupiono pewną ilość sanochryzyny, która będzie przydzielona klinikom i szpitalom.

Pod względem naukowym pospolity praktyk także niewiele dziś z Danji wyniesie. Każdy z klinicystów działa podług własnego doświadczenia: Jedni wolą dawki mniejsze, drudzy większe. Jedni wolą leczyć zapalenia opłucny, inni świeże nacieki i t. p. Wszystkich zaś cechuje to, że mają niewielu pacjentów na raz. Trzebaby więc siedzieć bardzo długo, ażeby naprawdę coś zabaczyć.

Inaczej rzecz się ma dla doświadczonego specjalisty: ten będzie miał możność zetknięcia się z wybitnymi fachowcami i zobaczy dużo ciekawych rzeczy, zwłaszcza, że koledzy duńscy nie robią z tego żadnej tajemnicy i chętnie służą swoim doświadczeniem. Tak przynajmniej było z nami, chociaż może się do tego przyczynił urzędowy charakter naszej ekspedycji.

Z. Szymanowski. (Warszawa).

MEDYCINA SPOŁECZNA.

Naczelné władze sanitarne po zniesieniu Ministerstwa Zdrowia.

Podał

Dr. Jerzy BUJAŁSKI (Warszawa).

W organizacji państwowej służby zdrowia publicznego, po okresie przejściowym, wywołanym zniesieniem Ministerstwa Zdrowia, zbliżyliśmy się już do pewnej stabilizacji. Rozporządzenia i dekry, statuty ministerstw, zakończyły — miejmy nadzieję, że tylko na krótki czas — budowę dzisiejszego sanitarjatu państwowego. Nowej tej organizacji na-

dano tak nieprawdopodobne formy, stworzono z niej coś tak niewiarygodnie dziwaczego, że zrozumieć jej budowę nie można, o ile nie odtworzy się choć pobieżnie — właściwych powodów zniesienia Ministerstwa Zdrowia, — nie ujawni się czynników, głównie w tej sprawie działających, i celu, do którego dążyły.

* * *

Oficjalne powody zniesienia Ministerstwa Zdrowia — oszczędność i wzmocnienie egzekutywy sanitarnej przez zespolenie służby zdrowia z władzami politycznymi — nie były właściwymi powodami likwidacji Ministerstwa. Fakt ten znany był wszystkim, stojącym bliżej akcji przeciw Ministerstwu

jeszcze przed odpowiednią uchwałą Rady Ministrów i Sejmu. Miniony rok fakt ten potwierdził. Oszczędności na zniesieniu Ministerstwa nie osiągnięto żadnych, a egzekutywę wybitnie osłabiono, natomiast zupełnie uzależniono działalność sanitariatu od administracji politycznej i rozbito ją między różne ministerstwa. Taki końcowy efekt akcji, której zapoczątkowaniem było zniesienie Ministerstwa, znany był i obrońcom Ministerstwa i jego przeciwnikom, gdyż był wyraźnym celem tej akcji.

Rozpętana ze względów politycznych agitacja przeciwko nadmiernej jakoby liczbie ministerstw pozwałała osiągnąć cele, ukrywane przed społeczeństwem, a jednym z celów było też Ministerstwo, które z charakteru swej działalności, mając do rozporządzenia ze względów na interesy państwowo-społeczne tylko zakazy i ograniczenia, przeszkadzało wielu. Najbardziej parł do zniesienia Ministerstwa wielki przemysł i handel, widząc w niem wroga swej nieliczącej się z niczem samowoli. W momencie rodzenia się prawodawstwa polskiego chciał on usunąć od wpływu na nie ten organ państwowy, którego obowiązkiem było zważanie granic dowolności produkcji i sprzedaży ze względu na zdrowie publiczne.

Jaskrawym przykładem stosunku wielkiego kapitału do zagadnień zdrowotnych. może być historia choćby projektu ustawy o dozorcze nad środkami żywności. Od czterech lat projekt ten nie może dojść do Rady Ministrów na skutek protestu przedstawicieli przemysłu i handlu.

Skargi liczne, wnoszone przez wielki przemysł i handel na Ministerstwo Zdrowia do prezydium Rady Ministrów, Min. Przem. i Handlu i Sejmu, aczkolwiek są chlubnym świadectwem dla działalności Ministerstwa, dowodzą istotnego stosunku tych sfer do naszej magistratury sanitarnej.

Również między innymi akcja przeciwalkoholowa, prowadzona z takim nakładem pracy i sił przez Ministerstwo Zdrowia, pobudziła energję naszych sfer przemysłowych i handlowych, które znalazły niestety poparcie Rządu, niezyciwiście traktującego działalność na tem polu Ministerstwa, jako zmniejszającą dochody skarbu z wyszynku alkoholu. Faktem jest bowiem, że w przeciągu dwóch lat czterokrotnie wnosili ministrowie skarbu nowelę, anulującą całą ustawę, i czterokrotnie musiała ona być zdejmwana z porządku dziennego na skutek protestów Ministrów zdrowia. Przeszła ona przez Radę Ministrów dopiero po zniesieniu Ministerstwa, a za czasów Generalnej Dyrekcji. Postanowiono też znieść Ministerstwo tak niedogodne, Ministerstwo, które miało do zaofiarowania tylko zakazy i ograniczenia. Ale usunięcie z Rady Ministrów przedstawiciela interesów zdrowotnych kraju nie wystarczało. Zależało bowiem na tem, by sanitariat pozabawił zupełnie wpływu i znaczenia, a środkiem do osiągnięcia tego celu było częściowo zespolenie ściśle z administracją polityczną i podporządkowanie jej, częściowo zaś rozbięcie go na drobne referaty, przyczepione do kilku Ministerstw. I dlatego odrzucono na Radzie Ministrów wniosek, postawiony przezemnie po uchwale o zniesieniu Ministerstwa Zdrowia, o połączenie całego sanitariatu z Min. Pracy i Opieki Społ., co w rok później uczyniła Francja. Wniosek ten, podjęty w Sejmie przez kluby lewicowe, również nie uzyskał większości.

Jeszcze za czasów Ministerstwa Zdrowia pięć innych ministerstw, prócz wojskowości, miało u siebie bądź referaty, bądź wydziały sanitarne, zupełnie nie powiązane, o przeprowadzeniu więc jednolitej polityki sanitarnej nie mogło być mowy. Te referaty sanitarne nie tylko posiadały niekontrolowaną przez Minist. Zdrowia autonomję, ale opierając się na wpływach politycznych swych ministrów, dążyły do uzyskania, a w dwóch wypadkach uzyskały zupełną eksterytorjalność w stosunku do organów Ministerstwa Zdrowia.

Doszło do tego, że lekarz powiatowy czy wojewódzki miał wzbroniony wstęp np. na terytorjum kolei czy szkoły, nawet w wypadku stwierdzonej choroby zakaźnej. Na tereny te nie chciano wpuścić wysokich urzędników Ministerstwa Zdrowia, a rozporządzenia referentów sanitarnych różnych ministerstw nie były nawet przysyłane do wiadomości tego, który był konstytucyjnie odpowiedzialnym za stan zdrowotny kraju i rzecznikiem higieny publicznej w Radzie Ministrów, i którego obowiązkiem było prowadzenie jednolitej polityki sanitarnej na obszarze całego Państwa. Ponieważ wraz z Dr. Chodźko rozumieliśmy, że stosunki takie nie mogą być czciane w dobrze zorganizowanym Państwie, przeprowadziliśmy, za zgodą i przy najzupełniejszym poparciu bawiącego wtedy służbowo w Genewie Chodźki, uchwałę Rady Ministrów gabinetu Nowakowskiego, zespalającą wszystkie referaty sa-

nitarnie z Min. Zdrowia i poddającą pod wyłączne kierownictwo i nadzór wszystkie agendy sanitarne temu, kto był konstytucyjnie do tego powołany, t.j. Ministrowi Zdrowia. Uchwała ta miała na celu położenie kresu rozbieżności w działaniu różnych organów sanitarnych, poddanie ich fachowej kontroli oraz skoncentrowanie całej służby zdrowia w jednym ręku. Pomimo uchwały Rady Ministrów ten program zespolenia, aczkolwiek opracowany prawie że w szczegółach i częściowo (bo tylko z wyjątkiem M. W. R. i O. P.) przyjęty, nie mógł być wprowadzony całkowicie w życie wskutek biernego oporu zainteresowanych ministerstw i referentów, czekających chwili zniesienia Ministerstwa, a łącznie z tem przywrócenia błogosławionego stanu zupełnej swej niezależności. Jeżeli do tego dodamy niski poziom kultury społeczeństwa, które nie broń przedstawicielstwa swych najistotniejszych i najżywniejszych interesów, nie zdając sobie sprawy ze skutków jego likwidacji, i bierne zachowanie się stanu lekarskiego, nie orjentującego się zupełnie w sytuacji, to będziemy mieli w skróceniu mniej więcej wszystko, co złożyło się na uchwałę Rządu i Sejmu zniesienia Ministerstwa Zdrowia.

* * *

Akcja, której początkiem było zniesienie Ministerstwa Zdrowia i usunięcie przedstawiciela higieny publicznej z Rządu, a celem zupełne rozbięcie sanitariatu, zepchnięcie go do roli czynnika bezwartościowego i bezwpływowego oraz autonomiczne dążności referatów sanitarnych, terenowo związanych z innymi Ministerstwami, znalazła swój wyraz w dziesięcioletniej organizacji władz sanitarnych trzeciej instancji.

Stworzono Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, a właściwie departament sanitarne, postawiono na jej czele urzędnika w randze wiceministra, ale jednocześnie przez odebranie całego szeregu spraw zwężono jej kompetencję prawie że do granic policji sanitarnej. Prawie wszystko, co decydować mogło o polityce zdrowotnej Państwa, co stanowiło istotną treść tej polityki, porozdzielano między inne Ministerstwa. rozbudowując tam agendy sanitarne, zupełnie równorzędne z Gen. Dyr. Sł. Zdrowia.

Najbardziej istotne dla sanitariatu działy wyrwane zostały z Gen. Dyr. Sł. Zdr., której zostawiono wątpliwej wartości „współdziałanie“. I tak np., Minist. Pracy i Opieki Społ. ma obecnie u siebie całą higienę zawodową w przemyśle, górnictwie, rzemiośle, higienę pracy, w komunikacji lądowej i wodnej, ma całą, więc i lekarską, opiekę nad dzieckiem, matką i macierzyństwem, wszystkie sprawy opiekuńczych instytucji i towarzyszy o celach leczniczych i higienicznych, ma również i wszystkie sprawy osiedleńcze, prowadzić więc ma całą politykę mieszkaniowo-budowlaną.

Ponieważ Minist. Pracy i Op. Społ. już przedtem posiadało u siebie całą opiekę społeczną i kasy chorych, więc ma dziś u siebie potężny kompleks spraw, które decydują o polityce zdrowotnej Państwa i organizacji lecznictwa. Wielkim działem służby zdrowia kierują referenci pod nadzorem naczelników i różnych wydziałów i departamentów. W porównaniu z M. Pr. i Op. Sp. uprawnienia Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, tej de nomine najwyższej magistratury sanitarnej z wysokim urzędnikiem sanitarnym na czele, przedstawiają się bardzo skromnie. Albowiem prócz spraw natury czysto administracyjno-personalnej służby zdrowia 1 i 2 instancji, prócz spraw rejestracyjnych, koncesyjnych i policyjno-sanitarnych, pozostawiono jej tylko alkohol, a zagadnieniami gruźlicy i chorób wenerycznych musi się już dzielić, jeśli chodzi o dzieci, z Min. Pr. i Op. Społ. Stworzono więc urząd, którego zakres działalności stoi w rażącej sprzeczności z nazwą. Jeżeli dodamy do tego, że Ministerstwo Sprawiedliwości ma u siebie całą higienę więziennictwa i lecznictwa, Min. Oświaty całą higienę szkolną, więc w zakresie wychowania fizycznego i higieny nauczania, Min. Kolei sprawy sanitarne kolejowe, a nawet Min. Robót publ. pielęgnuje u siebie dotychczas turystykę, Minist. zaś Spraw Zagr. ma też sprawy sanitarne w związku z Gdańskiem, to oczywistym się staje wtedy fakt, jak daleko i precyzyjnie posunięto poszatkwanie organizacji sanitarnej, i jak osłabiono Gen. Dyr. Sł. Zd. i tak już kadłubową wskutek odcięcia od niej już przedtem całej opieki społecznej i kas chorych.

Taki podział agend sanitarnych przy równoczesnem uniezależnieniu referentów różnych ministerstw od Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia i wtłoczenie ich do najrzeczmaiszych wydziałów, miało cel zupełnie jasny. Gener. Dyrektora, który może zapragnąłby prowadzić politykę zdrowotną, unieruchomiono przez odebranie mu pola działania, tarcia kompetencyjne zaogniono wybitnie przez konieczność uzgad-

niania między kilku ministerstwami najdrobniejszych spraw ustawowych, zahamowano zupełnie działalność ustawodawczą, przez uniezależnienie faktycznie referentów sanitarnych od Generalnego Dyrektora, wytworzono rozbieżność zarządzeń dla władz sanitarnych 1 i 2 instancji, która wykonywać musi obecnie rozporządzenia aż pięciu ministerstw.

Przy tej organizacji państwowa służba zdrowia nietylko nie może poważnie pracować, ale musi się kompromitować. Dość powiedzieć, że już od roku sejmowa komisja zdrowia nie zbiera się, ponieważ niema materiału do obrad. Dość powiedzieć, że nadzór nad szpitalami i administrację szpitalną wykonywują cztery ministerstwa: min. spraw. wewn., pracy i opieki społecznej, min. sprawiedliwości i min. kolei.

Iść dalej na drodze do absurdu nie można było.

* * *

Na tle tej organizacji Państwowej Służby Zdrowia rozpatrywać należy projekt powołania do życia Państwowej Rady Zdrowia, zgłoszony podczas ubiegłych debat budżetowych w Sejmie. Rada ta, składająca się z referentów sanitarnych wszystkich tych ministerstw, które mają u siebie działy sanitarne, przedstawieli samorządów i „czynników społecznych“, będzie powołana do czuwania nad uzgodnieniem zamierzeń poszczególnych władz w dziedzinie administracji sanitarnej“ i „skoordynowania działalności poszczególnych władz centralnych w zakresie spraw zdrowotnych“. Statut tej rady nie został jeszcze ogłoszony, z zapowiedzi jednak już wiadać, że będzie posiadała ona atrybucje decydowania zbiorowego o wszystkich sprawach sanitarnych, bo inaczej rozumieć nie można „czuwania nad uzgodnieniem“ i „koodynację działalności“ różnych władz sanitarnych państwowych i samorządowych. Przed uchwałą Rady ugiąć się będą musiały reprezentowane w niej władze sanitarne. Inną interpretację oficjalnej zapowiedzi zakresu działania Rady wyłącza istnienie od szeregu lat podobnej Rady, powołanej przez Chodźkę, jednak o charakterze wyłącznie opiniodawczym. Jest rzeczą prawników pogodzenie przy wcielaniu w formę prawną tej Rady z konstytucyjną odpowiedzialnością poszczególnych ministrów i organizacją władz centralnych. Ale o ile nie nastąpią zasadnicze zmiany w zakresie jej działania, to powstanie jej będzie bardzo ważnym momentem w dziejach naszego sanitarjatu państwowego. Bowiern dowodzić ono będzie, że Generalna Dyrekcja Sł. Zdrowia dobrowolnie rezygnuje z przysługującej jej prawa bezpośredniego uzgadniania z referentami sanitarnymi innych ministerstw, co pozwalało na wywieranie silnego wpływu w dziedzinach jej niepodległych na rzecz tej Rady, więc ciała zbiorowego. Również każe wnioskować, że ze stanem dzisiejszego rozproszkowania władz sanitarnych w zupełności się godzi, stan ten przez powołanie Rady uzgadniającej utrwała i że sprawy bezpośredniego uzależnienia fachowego organów sanitarnych innych ministerstw od siebie i na przyszłość się wyrzeka. Byłoby więc to zasadniczą zmianą w ustosunkowaniu się naszej magistratury sanitarnej do referatów sanitarnych innych ministerstw, cofnięciem się wstecz z drogi, którą bardzo szeroko i daleko przełożyło przez góry ambicji i uprzedzeń, przez lasy nieświadomości Ministerstwo Zdrowia.

Byłoby to również zamknięciem powrotu na tę drogę na cały szereg lat. Należy jednak mieć nadzieję, że może przy opracowaniu statutu tej Rady nastąpią takie zmiany, które z Rady nie zrobią wielkiej klody na przyszłej drodze rozwojowej naszego sanitarjatu państwowego, a w dniu dzisiejszym nie pozbawią Gen. Dyr. Sł. Zdr. resztki autorytetu i praw, co musiałoby pociągnąć za sobą w przyszłości likwidację samej Dyrekcji, jako takiej.

Winniśmy pamiętać, że zniesienie Ministerstwa Zdrowia jest tylko czasowe. Pochód społeczny naprzód po szczeblach kultury, wzrastające uświadomienie szerokich mas w zakresie ochrony zdrowia publicznego wysunie w krótszym może, niż wielu przypuszcza, czasie ideę restauracji Ministerstwa w dawnej postaci, względnie w Ministerstwie Spraw Społecznych łącznie z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, która jest spadkobierczynią Ministerstwa, a która winna być ośrodkiem sanitarjatu państwowego na dziś i kamieniem węgielnym dla naszego Ministerstwa Zdrowia na jutro, nie może uczynić nic takiego, coby racjonalną organizację służby zdrowia opóźnić mogło lub jej stanąć na przeszkodzie. A obawiać się należy, że nowa Rada, o ile — powtarzam — statut jej nie odbiegnie zasadniczo od zapowiedzi budżetowej, zepchnie Generalną Dyrekcję ze stanowiska łącznika, którym winna ona być, między Minister-

stwem Zdrowia Publicznego przeszłości i przyszłości i utrudni znacznie prace przygotowawcze dla nowego Ministerstwa. I dlatego właśnie projekt takiej Rady rużony został na pół roku przed likwidacją Ministerstwa Zdrowia przez jego pracowników.

* * *

Szkielet więc organizacyjny państwowej służby zdrowia w dniu dzisiejszym przedstawiałby się w sposób następujący: sześć ministerstw, z Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia na czele, posiada referaty, bądź wydziały sanitarne, aczkolwiek jest jeszcze rzeczą wątpliwą, czy pierwsze miejsce nie należałoby się, ze względu na rodzaj kompetencji, Min. Pracy i Opieki Społecznej. Nad tem wszystkim ciałem zbiorowe — Państwowa Rada Zdrowia dla „uzgadniania“, a tem samem dla kierowania ogólną polityką sanitarną Państwa.

* * *

Istniejący już faktycznie stan organizacji sanitarnej trzeciej instancji łącznie z zapowiedzią powołania do życia nowych organów dowodzi, że w dziedzinie administracji sanitarnej cofnęliśmy się bardzo daleko wstecz, i że stworzone zostały warunki, wśród których poważną, i świadoma celu praca służby zdrowia stała się niemożliwą. Akcja różnych czynników, mająca na celu odsunięcie przedstawiciela higieny publicznej od wpływu na ustawodawstwo Rzeczypospolitej, pozbawienie administracji sanitarnej jakiegokolwiek wpływu i znaczenia, uniemożliwienie prowadzenia polityki zdrowotnej państwowej, jak dziś, uwieńczona została powodzeniem.

Uwagi w sprawie nowelizacji ustawy o Kasach Chorych i o ich reorganizacji *).

Podał

Dr. Jakób SĘCZYC (Warszawa).

K r y z y s K a s c h o r y c h .

Instytucja ubezpieczenia obowiązkowego na wypadek choroby, czyli instytucja Kas chorych, powołana do życia ustawą z dnia 19.V 1920 r., wcześniej, aniżeli należało się tego spodziewać, wpadła w stan ostrego kryzysu.

Kryzys ten pogłębiła wdrożona przeciw Kasom kampania publicystyczna, prowadzona w duchu nieprzychylnym. Wprawdzie ataki prasy tyczą się nieomal wyłącznie Kasy warszawskiej, działającej w warunkach szczególnie niekorzystnych, zostały one jednak zużytkowane celem wprowadzenia całokształtu dotyczących zagadnień na porządek dzienny dyskusji publicznej, zagrażając podważeniem niektórych bardzo cennych podstawowych zasad, na których opiera się powołana ustawa.

Potrzeba ubezpieczenia na wypadek choroby gospodarczo słabych pracowników najemnych i samodzielnych.

Powody kryzysu instytucji Kas chorych leżą po części w założeniu ustawy, głównie zaś w jej wykonywaniu.

Co do pierwszego z wymienionych czynników, wiadomo, że prawodawca, wzorując się na analogicznych ustawach austriackich i niemieckich, przyjął, jako obiekt ubezpieczenia obowiązkowego, tylko osoby, zatrudnione na podstawie stosunku roboczego lub służbowego.

Założenie to nie odpowiada warunkom aktualnym.

Ustawa winna zabezpieczyć pomoc lekarską tym warstwom społeczeństwa, które nie są w stanie ponosić odpowiednich kosztów.

Otóż powojenne życie gospodarcze osób, zatrudnionych na podstawie stosunku roboczego lub służbowego, ukształtowało się naogół pomyślniej, aniżeli przed wojną, tak, że wielu z nich na wypadek choroby nie potrzebuje opieki Państwa w formie obowiązkowego ubezpieczenia w Kasach chorych i w istocie z pomocy lekarskiej tych Kas nie korzysta, mimo że do nich uiszcza wysokie składki.

Pozatem obejmuje ustawa pracowników wysoko płatnych, którzy przed wojną, skutkiem przewidzianej granicy górnej dochodu, zwalniani byli od obowiązku ubezpieczenia.

Natomiast pracownicy samodzielni, których liczne rze-

*) Wygłoszone na posiedzeniu plenarnem Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej dnia 30.V. 1924 r.

sze nie są w możności ponoszenia kosztów kuracji, zostali poza nawiasem.

Nie odpowiada to sprawiedliwemu rozwiązaniu kwestji udostępnienia pomocy lekarskiej warstwom niezamożnym społeczeństwa i stwarza źródło niezadowolenia obu wymienionych kategorii pracowników.

Niezadowolony jest również ogół lekarzy, gdyż ten czynnik nie znalazł należytego uwzględnienia ani w ustawie, ani w organizacji lecznictwa Kas chorych.

Żądania przeciwników Kas chorych.

W dyskusji publicystycznej wysuwany jest przez strony, atakując obecną ustawę Kasową, szereg żądań, jako to:

- 1) zniesienie przymusu ubezpieczenia pracowników na wypadek choroby; ewentualnie
- 2) określenie górnej granicy dochodu, ponad którą ustaje obowiązek należania do Kasy chorych;
- 3) dopuszczanie odrębnych Kas chorych jako to: Kas samorządowych miejskich i wiejskich, fabrycznych, kolejowych i t. p.
- 4) wolny wybór lekarza;
- 5) równouprawnienie gabinetów lekarskich z przychodniami Kasy chorych i
- 6) powołanie do zarządu Kasy fachowych sił lekarskich.

Chciałbym przeto przedewszystkiem te żądania omówić.

Przymus ubezpieczeniowy.

Przymus kasowy stanowi nieodzowny warunek powodzenia akcji ubezpieczenia na wypadek choroby, gdyż wielu, dopóki im zdrowie dopisuje, uważa wpłacanie składek ubezpieczeniowych za zbyt ciężkie, wołając w razie zachorowania obarczyć kosztami kuracji gminę, do której należą, względnie państwo.

Nie ulega wątpliwości, że zniesienie przymusu kasowego pociągnęłoby za sobą upadek instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby, a do tego chyba nie można dopuścić, choćby przez wzgląd na ogólnoswiatową politykę socjalną.

Czy ustanowić granicę górną dochodu w stosunku do obowiązku ubezpieczenia.

Zaś w razie utrzymania zasady obowiązkowości zachodzi pytanie, czy nie należałoby obowiązkowi tego ograniczyć pewną wysokością dochodów pracownika, jak to miało miejsce w b. zaborze austriackim i niemieckim przed wydaniem obecnie będącej w mocy ustawy.

Wówczas bowiem na całym obszarze Rzeczypospolitej wysoko-płatni pracownicy przemysłowi, stanowiący liczebnie poważny odłam, może nawet większość warstwy średnio-zamożnej, tworzyć będą szerokie pole dla prywatnej praktyki lekarskiej.

Nieuwzględnienie tej granicy górnej w ustawie z dnia 19.V 1920 r., obok zaprowadzenia bezpłatnej pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów miejskich, państwowych, wojskowych, kolejowych, Pocztovej Kasy Oszczędności i Polskiej Krajowej Kasy Pożyczkowej, zacieśniło poważnie teren prywatnej praktyki, co musiało odbić się fatalnie na położeniu przeciętnego lekarza — praktyka; tembardziej, że nieubezpieczona reszta społeczeństwa stała się w znacznej mierze, jeżeli nie wyłącznie, domeną szczupłej garstki szczególnie renomowanych lekarzy.

Wprawdzie ubezpieczenie społeczne wciągnęło szerokie masy ludności ubogiej i najuboższej do rządu pacjentów płatnych, jednakże dochód, stąd płynący, zdaje się, nie równoważy strat, wynikłych z ubezpieczenia pracowników średnio-zamożnych. Faktem jest, że poza kasami i terenem praktyki wykwiłnej pozostaje duży zastęp kolegów bez zapewnionego utrzymania.

A jednak zastęp ten niezbędnie potrzebny jest społeczeństwu i Państwu do spełnienia licznych ważnych zadań w dziedzinie zdrowotności, leżących poza obrębem zadań Kas chorych.

Okoliczności wymienione, które przy ogólnej depresji finansowej szczególnie zaważyły na położeniu gospodarzem lekarzy, stworzyły sytuację, prowadzącą do walki ogółu lekarzy z Kasami chorych, walki, paraliżującej z każdym dniem dotkliwiej działalność tych ostatnich.

W niemalym stopniu przyczyniło się do tego poniżające stanowisko lekarza w odniesieniu do dyrektora Kasy.

Z temi skutkami nie liczono się przy opracowaniu ustawy o Kasach chorych, nie zdawano sobie sprawy, że, obejmując ubezpieczeniem na wypadek choroby przeważającą część społeczeństwa, wstępuje się na drogę, wiodącą w prostej linii do etatyzowania stanu lekarskiego, zaś, o ile to przewidywano, żałować należy, że nie pomyślano o sposobach uregulowania równocześnie i kwestji lekarskiej.

Chcąc obecnie uzdrowić położenie Kas chorych, związane ściśle z położeniem lekarzy, jako ich najważniejszego czynnika wykonawczego, i uwzględnić przytem warunki bytu lekarzy pozakasowych, należy albo konsekwentnie pójść naprzód, rozszerzając obowiązek ubezpieczenia na wypadek choroby na całe społeczeństwo, przy równoczesnym etatyzowaniu stanu lekarskiego, albo, o ile ten plan byłby niewykonalny, pójść drogą odwrotną, ograniczając rzeczony obowiązek do tych warstw, które nie są w stanie ponieść kosztów kuracji, czyli wprowadzić granicę górną dochodu w stosunku do obowiązku ubezpieczenia.

Ochrona inteligencji średnio-zamożnej.

W tym drugim wypadku jednak należy obmyśleć środki, ułatwiające leczenie się na koszt własny zwolnionym z przymusu przynależności do Kas pracownikom średnio-zamożnym, czyli inteligencji średnio-zamożnej, która, narażona na niepomierne wysokie wydatki kuracyjne, łatwo wpada w położenie ciężkie, a nawet rozpaczliwe.

Warstwa ta stosunkowo najcięższe ponosi ofiary krwi i majątku w czasie wojny, ponosiła lwią część kosztów inflacji, współdziałała z największym poświęceniem w akcji sanacji skarbu i we wszystkich swoich poczynaniach kieruje się zawsze względami na dobro Państwa. Zasługuje ona przeto, ażeby, nawiedziona chorobą, doznawała traktowania ulgowego ze strony lekarzy praktyków oraz władz samorządowych i państwowych.

W tym celu należałoby:

- a) nie zejść z granicą górną dochodu zbyt nisko;
- b) ustanowić maksymalny cennik lekarski w zastosowaniu do warstw średniozamożnych, określając przynależność, do rzeczonych warstw wysokością opłacanych podatków;
- c) zarządzić, ażeby analogicznie do stosunków, istniejących w Małopolsce, w szpitalach publicznych, liczących ponad 50 łóżek, przewidziano pokoiki drugiej klasy;
- d) ustanowić dla tej klasy, również analogicznie do szpitali małopolskich, takseę lżenną, obejmującą wszelkie świadczenia szpitalne, z wyłączeniem jakichkolwiek opłat dodatkowych za leczenie;
- e) zwolnić szpitale publiczne (państwowe i samorządowe) od obowiązku utrzymywania i leczenia członków Kas chorych za zwrotem tylko połowy kosztów własnych, gdyż samorządy obciążają drugą połowę rzeczonych kosztów chorych pozakasowych, do których właśnie należy warstwa średniozamożna, czyli inteligencja pracująca, uniemożliwiając jej tem korzystanie z szpitali.

Kasy chorych miejskie, zawodowe i inne.

Dopuszczenie tworzenia, poza Kasami terytorjalnymi, odrębnych miejskich Kas chorych, względnie własnej organizacji pomocy lekarskiej na innej podstawie, mogłoby być wzięte pod uwagę od wypadku do wypadku, wszelako jedynie w stosunku do miast wielkich, o ile one rozporządzają zakładami leczniczymi, umożliwiającymi przeprowadzenie wszelkiego rodzaju powszechnie praktykowanego leczenia specjalnego, i potrzebnym do tego personelem.

Przemawiają za tem względy służbowe w stosunku do funkcjonariuszów miejskich, pobierających przez czas chorowania pełne pobory. W tych warunkach kwestja zwolnienia funkcjonariusza ze służby z powodu choroby wiąże się dla magistratu z kwestją zaufania tego ostatniego do danego lekarza. Lekarz ogólnej Kasy chorych nie stanowi pod tym względem odpowiedniego łącznika między magistratem a jego funkcjonariuszem.

O potrzebie tego zaufania zaś świadczy spostrzeżenie, uczynione w pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów państwowych. Mianowicie okazało się, że w jednej dykasterji rzeczonych funkcjonariuszów, liczącej przeszło 3000 osób, rocznie około 10% było wezwań niewątpliwie nieuzasadnionych.

Dalsze rozczłonkowanie.

Dalsze rozczłonkowanie instytucji Kas chorych nie jest wskazane. Szczególnie wskrzeszenie odrębnych Kas przemysłowych przedstawia się jako zamierzenie wprost szkodliwe dla rozwoju akcji ubezpieczeniowej w zakresie pomocy lekarskiej.

Nie ulega wątpliwości, że Kasy przemysłowe, zwłaszcza przedsiębiorstwach bogatych, często działały bardzo celowo, gdyż uwzględniały specjalne warunki pracy w danym zakładzie. Atoli w przeważającej liczbie przedsiębiorstw korzyścili z Kasy w pełnej mierze, a często i ponad dopuszczalną miarę urzędnicy zakładu, zwłaszcza urzędnicy wyżsi, pozbawiona przez nich nieznaczna grupa robotników, podczas gdy ogół robotników traktowany był po macoszemu.

Przeciw płynącemu stąd krzywdom i nadużyciom nie było skutecznego środka obrony, gdyż skład Zarządu Kasy i jej działalność, jak również lekarz kasowy w zupełności zależny był od woli kierownictwa zakładu. Robotnik, ujawniający niezadowolone z tego stanu rzeczy, zostawał przy pierwszej nadarzącej się sposobności zwolniony ze służby.

Zależność chorego robotnika od Zarządu fabryki.

Nierzadko zdarzało się, że kierownictwo zakładu przemysłowego terrorizowało robotników chorych, żądając, ażeby nie przerywali zajęcia.

W ogólnej Kasie chorych, będącej instytucją rzeczywistości autonomiczną i zarządzaną przeważnie przez robotników, robotnik chory na czas choroby zupełnie wyjęty jest z pod wpływu fabryki, względnie zakładu przemysłowego.

Wreszcie przeciw rozbiciu Kasy terytorjalnej przemawia okoliczność, że zmniejszenie liczby członków pociąga za sobą niedowład finansowy Kasy, a co za tem idzie, niezdolność jej do należytego prowadzenia i rozwijania lecznictwa oraz akcji zapobiegania szerzeniu się chorób społecznych. Mam tu na myśli urządzanie szpitali, sanatoriów, przychodni i laboratoriów, wyposażenie tych instytucji we wszelkie potrzebne środki, stosownie do postępu nauki, wysyłanie lekarzy do miast uniwersyteckich, ewentualnie za granicę w celach naukowych, prowadzenie poradni dla matek, dla osób, dotkniętych gruźlicą, wenerją, jaglicą i innymi chorobami społecznymi, prowadzenie żłobków dla dzieci, szkółek leśnych, kolonij letnich i t. p.

Moment ten finansowy należy szczególnie mieć na oku na wypadek ustanowienia granicy górnej dochodu, gdyż już przez to Kasy doznałyby poważnego uszczerbienia wpływów, tracąc licznych członków, którzy uiszczają wysokie składki.

Wolny wybór lekarza, stawiany jako zasadnicze żądanie sfer lekarskich, a często i członków Kasy, stanowi bezwątpienia moment bardzo ważny w dziedzinie lecznictwa, jednakże, stosowany w praktyce kasowej, nie daje on oczekiwanego zadowolenia żadnej ze stron interesowanych.

Pytanie to należy rozważyć w odniesieniu do lekarzy, do chorego i do Kasy.

Dla lekarzy wolny wybór jest pojęty ze względów finansowych, gdyż wiąże się on prawie zawsze z opłatą od porady i zabiegu, co daje wyższy dochód, niż opłata ryczałtowa, pozbawiając lekarza w zupełności od administracji Kasy.

W rzeczywistości strona dochodowa przy stosowaniu wolnego wyboru przedstawia się mniej różowo.

Wśród kolegów rozwija się niesympatyczna konkurencja — o pozyskanie jaknajwiększej liczby ubezpieczonych. Wynik tej walki bywa najczęściej taki, że niewielka liczba lekarzy, niezawsze najgodniejszych, owładnie ogółem ubezpieczonych, czerpiąc stąd ogromne dochody, podczas gdy pozostała większość kolegów, o ile byt swój pragnęłaby oprzeć na praktyce kasowej, nie byłaby w stanie związać końca z końcem.

W Poznaniu, gdzie istnieje wolny wybór lekarza, cały szereg kolegów, nie mogących utrzymać się z okruszyn praktyki kasowej, pobiera wsparcia.

Lekarze niechętni walce konkurencyjnej pragnęliby gorąco spokojnej pracy przy równomierniejszym jej podziale. Nie mogą oni tego jednak ujawnić z obawy przed tymi lekarzami kasowymi, którym się dobrze dzieje.

Co do niezależności lekarza od dyrektora Kasy, stwierdzić należy, że ten skutek wprawdzie zapewniony jest przy wolnym wyborze, da się on wszelako osiągnąć równie dobrze drogą zmiany organizacji kasowej.

Natomiast wolny wybór czyni lekarza w zupełności i wyłącznie zależnym od członka Kasy.

Gdyby chory kasowy opłacał z własnych środków lekarstwa, zabiegi lecznicze, kąpiele i t. d. oraz lekarza, zależność lekarza wyłącznie od chorego nie nasuwałaby żadnych wątpliwości. O ile jednak rzeczono koszty opłaca osoba trzecia, niepodobna nie liczyć się z nią wcale, zwłaszcza, jeżeli, jak w Kasie chorych, lecznictwo pochłania tysiące miliardów. W tym razie bezwzględna jednostronna zależność lekarza od ubezpieczonego nie jest słuszną, a ze stanowiska administracji Kasy przeciwwskazana.

Dla ubezpieczonych wolny wybór lekarza nie zawsze da się zrealizować, n. p. w szpitalach lub w klinice; pozbawieni są lekarze szczególnie renomowani, gdyż Kasa nie może opłacać ich wysokich honorarjów.

Garstka lekarzy, która potrafiła opanować praktykę kasową, oblegana przez masy pacjentów, ceni sobie czas zbyt wysoko, ażeby go poświęcała w wydatnej mierze poszczególnemu choremu.

Wypada tedy licznym chorym wybierać z pośród lekarzy mniej głośnych. Którego z nich w danym razie wezwać, do którego udać się, wiedzą tylko niektórzy ubezpieczeni, zaś przeważająca masa chorych nie posiada w tym względzie orientacji, szczególnie w miastach wielkich, liczących setki, a nawet tysiące lekarzy.

Co w takich warunkach mówić o wolnym wyborze?

O ile Kasa wskaże godnego zaufania, dobrze wykształconego lekarza, przysłuży się ona choremu znakomicie. Jemu chodzi o należyłą opiekę lekarską, a taka opieka nie jest koniecznie złączona z systemem opłacania, lecz raczej z osobą lekarza.

Jeżeli uda się Kasie dobrać sobie zespół lekarzy, zawodowo dobrze przygotowanych, sumiennych i uspołecznionych, wykonywających obowiązki swoje z zapałem, lecznictwo jej będzie postawione doskonale.

Najkorzystniejsze byłoby kompromisowe załatwienie kwestji, o czem później będzie mowa.

Pozostaje do omówienia znaczenie wolnego wyboru w odniesieniu do instytucji Kasy chorych.

Dla Kasy chorych wolny wybór lekarza nie nadaje się, otwiera on bowiem szerokie pole do nadużyć, które przez wzgląd na ich charakter przeważnie są nieuchwytnie.

Trudno stwierdzić, czy lekarz istotnie działał w dobrej mierze, zwalniając ubezpieczonego od pracy; trudno stwierdzić, czy chorego należało badać codziennie, czy wystarczało co drugi dzień; czy konieczne były dwie wizyty u chorego dziennie, czy wystarczała jedna; czy druga wizyta musiała mieć miejsce wieczorem, kiedy obowiązuje taksa podwójna; czy zabieg prosty, np. masaż, wkraplanie i t. p. w danym razie musiał wykonywać lekarz sam, czy można było czynności tę powierzyć choremu lub komuś z jego otoczenia; czy konieczna była cystoskopia, ezofagoskopia lub inne kosztowne metody badania i w zarachowanej częstości; czy konieczny był specyfik bardzo drogi i inne drogie sposoby leczenia; czy okres leczenia, związany z otrzymywaniem przez chorego zasiłku, nie mógł ulec skróceniu.

Takich wydatków można naliczyć jeszcze duży szereg. Sumują się one w gospodarce Kas do olbrzymich kwot, które łącznie z wzmocnionymi wydatkami na pokrycie taks lekarskich obciążają zbytnio budżet kasowy, utrudniając poważnie działalność instytucji nawet w jej najciaśniejszych ramach.

W końcu nie należy przeoczyć, że o ile wolny wybór lekarza idzie w parze z opłatą od porady i zabiegu, składane są z każdej kuracji odrębne rachunki. W kasach wielkomięskich wpływają w ciągu roku dziesiątki, jeśli nie setki tysięcy takich rachunków, a rozpatrywanie ich i likwidacja wymaga znacznego zwiększenia personelu administracyjnego.

W określonych warunkach zrozumiałe jest, że Kasy chorych stanowczo zwalczają nieograniczony wolny wybór lekarza, stawiając żądanie, ażeby lekarz do pewnego stopnia ponosił koszty lecznictwa, ale także ustawowo odpowiedzialna jest za jego sprawne działanie.

Z tego względu należałoby utrzymać w mocy zawarte w ustawie postanowienie, w myśl którego członkowie Kasy mają prawo wolnego wyboru lekarza z pośród tych, z którymi Kasa zawarła umowę.

Wszak Zarząd Kasy, wyszedłszy z wyborów, reprezentuje ogół ubezpieczonych, zawiera rzeczono umowy w ich

imieniu i jest wyrazicielem ich zbiorowej woli, co do wyboru lekarza.

Zaś wymaganiom indywidualnego wolnego wyboru stałoby się żądanie w drodze wzorowania się na angielskich urządzeniach kasowych.

Ubezpieczony, zgłaszając się do Kasy, wskaże z pośród lekarzy umówionych lekarza swojego wyboru na wypadek choroby i zostaje wciągnięty na jego listę.

O ile wybór ten okazałby się niezadowolającym, może ubezpieczony żądać zmiany, oczywiście, również według własnego wyboru.

Co do przyczyn wadliwości wykonywania ustawy o obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby, wysuwa się na czoło brak fachowo-lekarskiego prowadzenia instytucji.

Kierownictwo to leży w ręku Zarządu formalnie, zaś istotnie jest ono prawie ze nieograniczoną domeną dyrektora Kasy, jako informatora Zarządu i pośrednika między nim a ubezpieczonymi, względnie lekarzami, we wszystkich nadarzających się kwestjach, nie wyłączając spraw leczniczych oraz lekarskich.

Stosunek ten odbiera instytucji właściwy jej charakter, w pierwszym rzędzie leczniczy i profilaktyczny, i stwarza atmosferę niezdrową w stosunku do lekarzy, co ujemnie odbić się musi na ubezpieczonych w kierunku, osłabiającym ich zaufanie.

W prowadzeniu Kas winien przodować czynnik lekarski, tembardziej, że lekarze kasowi nie tylko udzielają pomocy chorym, ale decydują również o ich zdolności do pracy, czyli określają, czy, ewentualnie przez jaki okres czasu członek winien pobierać zasiłek; czy dany chory potrzebuje leczenia specjalnego i t. d., wykonywają oni przeto najistotniejsze zadania Kas. Pozostałe czynności są natury manipulacyjno-rachunkowej; im winna przypaść rola drugorzędna.

W tej myśli należałoby domagać się, ażeby całokształt spraw leczniczych i profilaktyki, prowadzonych przez Kasy chorych, przekazany został Lekarzowi Naczelnemu w tym samym rozmiarze, w jakim sprawy te obecnie załatwiane są przez dyrektora Kasy.

Wśród personelu Kasy wyłącznie Lekarz Naczelny winien informować Zarząd o sprawach lecznictwa i zapobiegania chorobom oraz pośredniczyć między Zarządem a ubezpieczonymi w rzeczonych sprawach, względnie między Zarządem a lekarzami.

Lekarz Naczelny winien uczestniczyć w Zarządzie z tymi samymi prawami, co dyrektor, i brać udział we wszystkich naradach Zarządu.

W tym duchu należałoby zmienić art. 73 ustawy z dnia 19.V. 1920 r.

Lekarz Naczelny zaś winien we wszystkich sprawach zasadniczych, regulaminowych i innych o charakterze ogólnym naradzać się z kolegami.

W takich warunkach wzmożni się zainteresowanie lekarzy kasowych dla tej instytucji oraz poczucie ich odpowiedzialności za należyte działanie lecznictwa, a co za tem idzie, zaufanie ubezpieczonych do Kasy.

W sprawie żądania sfer lekarskich, ażeby prywatnym gabinetom lekarskim przyznano równouprawnienie z przychodniami kasowymi, wypowiem się w związku z projektem ogólnej reorganizacji lecznictwa Kas, którego krótki zarys zezwalam sobie przedstawić, jak następuje.

Sądziłbym przede wszystkim, że lecznictwo kasowe w miastach wielkich nie powinno być scentralizowane całkowicie lub przeważnie w jednym gmachu, tem mniej w Warszawie, która nie rozporządza odpowiednim po temu budynkiem.

Dzielnice miasta, liczące około 50000 mieszkańców, winnyby posiadać odrębną ambulatorja, z wyjątkiem niektórych pracowni np. rentgenologicznej, która mogłaby pozostać w centrali.

W każdym ambulatorjum winno być praktykować tylu lekarzy, ażeby na każdego z nich wypadło conajwyżej 1500 ubezpieczonych.

Nazwiska lekarzy podane są w przychodni do publicznej wiadomości.

Z pośród nich pracownik, zgłaszający się na członka, wybiera lekarza, u którego pragnąłby leczyć się w razie zachorowania. Obok nazwiska lekarza widnieje liczba zapisanych nań członków.

O ile liczba ta doszła do 1500, listę członków zamyka się.

Określając w ten sposób liczbę ubezpieczonych w stosunku do lekarza, ogranicza się konkurencję. Zaś dbanie lekarza o chorego nie słabnie, gdyż inaczej członkowie przemiełliby się na inną listę.

Należałoby zezwolić, ażeby chorzy byli przyjmowani całkowicie lub częściowo w gabinetach prywatnych lekarzy. Wyjątek stanowi chirurgja przez wzgląd na asystę i potrzebne zapasy materiałów opatrunkowych.

Każdy lekarz, który objął leczenie ubezpieczonego, obowiązany jest do przestrzegania ciągłości leczenia, interwenjując nie tylko w przychodni, lecz również i w domu chorego osobiście.

Płaca, jak już wspominałem, wymierzana jest od liczby zapisanych na liście członków w stosunku rocznym. Zatem, przyjąwszy od głowy 5 zł., wypadałoby za 1500 ubezpieczonych 7.500 zł. rocznie, a na dany miesiąc 625 zł. Odrębnie liczy się od wizyty, która to taksa winna być utrzymywana w niskich granicach, gdyż służy ona tylko do zainteresowania Kasy w obronie lekarza przed zbyt wysokimi wzywaniem.

Zażalenia członków na lekarzy rozstrzyga komisja lekarska, ewentualnie poszczególne komisje, zależnie od specjalności, zawsze pod przewodnictwem lekarza naczelnego. Komisje te działają również jako ciała opiniodawcze.

Sprawy zawodowe.

Dzisiejsza organizacja lecznictwa a proletaryzacja stanu lekarskiego.

Podał

Dr. Jerzy BUJALSKI (Warszawa).

Przesilenie, w którym znajduje się stan lekarski od lat kilku, nie tylko nie traci na ostrości, ale przeciwnie, zdawałoby się, zaostrza się coraz bardziej. Zupełnie zrozumiałe zaniepokojenie lekarzy zaczyna nabierać cech trwogi już nie tylko o chleb powszedni, ale o przyszłość polskiej nauki lekarskiej, która — zdaniem wielu — traci materialne podstawy swego rozwoju. Stąd szukanie, dość nerwowe, środków zaradczych, i to w warunkach najmniej dla tego odpowiednich, więc na wiecach lub publicznych zebraniach organizacji lekarskich, niestety, nie poprzedzonych gruntowną pracą przygotowawczą. Stąd nie tylko brak skryształizowanej opinii całego stanu lekarskiego, ale rozbieżność tej opinii, co, tłumaczone na język realny, daje zupełny brak jakiegokolwiek poważnej akcji zaradczej.

A faktem jest już tak oczywistym, że nie wymagającym udawadniania nawet dla optymistów, że sytuacja wy-

tworzyła się bardzo poważna, że zubożenie lekarzy postępuje dalej szybko, ogarniając nie tylko wielkie ośrodki miejskie, ale przechodząc również na miasteczka i osady; że zwężający się coraz bardziej teren zarobkowy przy dość masowej produkcji młodej generacji lekarskiej może wytworzyć w niedalekiej przyszłości stosunki konkurencyjne, niezbyt przyjazne dla wysokiego poziomu etyki lekarskiej; że wreszcie nauka lekarska może nie znaleźć odpowiednich warunków dla rozwoju.

Zagadnienie obecnego przesilenia w świecie lekarskim i rozwiązanie tego zagadnienia na skutek swej ważkości wysunęło się na czoło wszystkich zagadnień zawodowych; musi być ono poddane gruntownemu naukowemu badaniu, i dopiero po przeprowadzeniu badania winny być ustalone środki zaradcze, mające na celu czy złagodzenie przesilenia, czy niedopuszczenie do kazuistycznych form rozwiązania. Albowiem na powstanie przesilenia w stanie lekarskim złożył się w mniejszym stopniu ogólny kryzys gospodarczy, a głównie wielkie zmiany polityczno-społeczne, jakich świadkami jesteśmy od lat pięciu i w związku z tem zasadnicze zmiany w organizacji lecznictwa, a na tej organizacji opierała się przecież i do niej dostosowywała się praca zarobkowa lekarzy. A i wieloletnia wojna, ten wróg normalnego życia, wprowa-

dziła zamieszanie w życie lekarskie. I dlatego dzisiejsza organizacja lecznictwa winna być poddana gruntownemu badaniu, które orzeknie, jakie zmiany wywołane zostały postępowaniem społecznym, który nakłada na lekarzy obowiązki przystosowania się do nich, a jakie zmiany są przejawem patologii w życiu zbiorowym, co znowu wymagałoby solidarnego przeciwstawienia się. Zorganizowaniem poważnego badania tego bardzo trudnego zagadnienia winny zająć się nasze organizacje lekarskie bez różnicy odcieni politycznych. Znaczenie tego zagadnienia dla przyszłości nauki lekarskiej polskiej, dla stanu lekarskiego, poczucie odpowiedzialności za dzień dzisiejszy wobec dnia jutrzejszego, winno zgromadzić wszystkie organizacje lekarskie przy jednym stole, nie w warunkach wieczowego podniecenia, lecz w atmosferze poważnej, pozytywnej pracy. Zdaje mi się, że skrupulatna analiza dzisiejszej organizacji lecznictwa wskazałaby drogę, po której krocząc, wyszlibyśmy, choć częściowo, z topieli przesileniowej. Również sędzę, że jaknajszersze grona lekarzy winny w naszej prasie omawiać szczegółowo dzisiejszą organizację lecznictwa w tej myśli, że każdy głos przyczyni się do wszechstronnego oświetlenia tego tak ważnego dla lekarzy problemu i ułatwi wyjście. Uważam wreszcie, że trzeba z męską odwagą i powagą spojrzeć prawdziwie w oczy i począć mówić o rzeczach, które mogą być drażliwe.

W zrozumieniu, że artykuł niniejszy będzie jedynie zapoczątkowaniem dyskusji na temat dzisiejszej organizacji lecznictwa i oddziaływania jej na stan lekarski, skreśliłem parę luźnych uwag, które, zupełnie nie roszcząc pretensji do wszechstronnego ujęcia zagadnienia i jego rozwiązania, a są tylko zapoczątkowaniem wymiany zdań między lekarzami.

* * *

Leczenie chorych na obszarze Rzeczypospolitej nie oparło się jeszcze na definitywnie ustalonych ramach organizacji. Brak pewnych ustaw z zakresu organizacji lecznictwa, projekty zmian już istniejących nie pozwalają uważać dzisiejszej organizacji lecznictwa za ustaloną i wykończoną na najbliższą choćby przyszłość. Tem bardziej winna być ona poddana szczegółowemu badaniu, by jej ostateczne na dłuższy czas ustalenie nie nastąpiło bez wiedzy i zgody lekarzy.

Organizację lecznictwa dzieli na dwa zasadnicze działy: lecznictwo publiczne i lecznictwo prywatne.

Na lecznictwo publiczne składa się: 1) lecznictwo, oparte na zasadach ubezpieczenia, więc kasy chorych najróżniejszych rodzaju i typu, 2) lecznictwo, oparte na obowiązku służbowym zapewnienia pomocy lekarskiej w razie choroby bez finansowego współudziału pracowników — więc pomoc lekarska dla urzędników państwowych i t. p. 3) bezpłatne lecznictwo bądź dla pewnych grup ludności, bądź dla wszystkich, więc ambulatorja kliniczne, szpitalne, instytucyj samorządowych i towarzystw humanitarnych, przychodnie, stacje badawcze, lekarze szkolni i t. p. 4) lecznictwo zakładowe — szpitale, kliniki, domy zdrowia i wogóle wszystkie zakłady, nie obliczone na zysk.

Na lecznictwo prywatne składają się: 1) praktyka prywatna, 2) prywatne lecznice dla przychodzących chorych, 3) zakłady lecznicze, prowadzone z zamiarem osiągnięcia zysku.

Z poszczególnych działów należałoby szczegółowiej omówić przynajmniej te instytucje, które, czy to na mocy swego rozmiaru, czy też charakteru organizacyjnego, nadają ton organizacjom pokrewnym.

* * *

I. Kasy Chorych.

W dziale lecznictwa publicznego na pierwsze miejsce wysuwają się potężne już dziś organizacje Kas chorych, ogarniające w miastach olbrzymi procent ludności, a będące obecnie bądź przyczyną ostrych walk obozów lekarskich między sobą, bądź bezpośrednim terenem walk lekarzy zorganizowanych z kasą. Faktem jest, że sprawa stosunku lekarzy do kas chorych i odwrotnie znajduje się obecnie w stanie wielkiego zaognienia, jest osiłą, około której obraca się życie zawodowe lekarskie i jest kością niezgody między grupami lekarskimi. Do problemu stosunku lekarzy do kas chorych, do zagadnienia organizacji lecznictwa w tych kasach wniesiono, niestety, momenty polityczne, co znowu znacznie zaogniło sytuację, zresztą zupełnie niepotrzebnie. Albowiem uważam za bardziej manifestacyjną, niż realną, wysuwanie hasła powszechnego bojkotu kas chorych, jako instytucyj szkodliwych,

żądanie zniesienia tej instytucji, względnie bardzo wydatnego jej skrócenia. Kasy chorych są zdobyczą zorganizowanego bardzo silnie proletariatu, gotowego bronić tej placówki i mającego dostateczne środki techniczne do tej obrony, i z tym stan lekarski, czy chce, czy nie chce, liczyć się musi. Z drugiej strony namiętną obronę instytucji kas chorych przez grupy lekarzy uważam również za przejaw raczej manifestacji uczuć, niż realnej potrzeby. A fakt, że kasy chorych mają potężnych obrońców we wszystkich organizacjach politycznych i robotniczych, znakomicie upraszcza nam sytuację, przekonywując, że żądanie likwidacji kasy lub jej znaczne obcięcie jest nierealne, drugich — że obrona jest zbyteczna. I jeśli chodzi o stosunek nasz do kas chorych, to jesteśmy w tem szczęśliwym położeniu, że przy ocenianiu go i ustalaniu możemy brać pod uwagę jedynie względy społeczno-państwowe i nasze zawodowe, nie siląc się na obronę interesów kasy, ani też na atakowanie jej, gdyż i jedno i drugie, wobec potęgi — w stosunku do sił lekarskich — naturalnych obrońców kasy i ich środków technicznych, wyglądać musi zbyt młodocianie. Stojąc więc wyłącznie na stanowisku obrony interesów zawodowych lekarskich i dobrej woli w stosunku do kasy chorych, jako przejawu społecznego postępu, starać się będę scharakteryzować status praesens dzisiejszych stosunków lekarzy do kasy chorych i odwrotnie.

W zakresie organizacji lecznictwa kasowego i podstaw ubezpieczenia zarysowały się dwie opinie, reprezentowane przez dwie grupy lekarskie. Jedna grupa lekarzy twierdzi, że dzisiejszy stan organizacji lecznictwa i podstawy ubezpieczenia zupełnie niszczą stan lekarski materialnie, przynosząc jednocześnie minimalny użytek ubezpieczonym. System ambulatoryjnego leczenia, wynagradzanie lekarzy ryczałtowe, ograniczony wybór lekarzy, w praktyce sprowadzający się do zniesienia wolnego wyboru lekarza przez chorego, — oto wady organizacji lecznictwa, tak dotkliwie oddziaływające na ogół lekarzy materialnie. Wysłunięciu bardzo wysokiej granicy zarobkowej, zwalnającej od ubezpieczenia, zmniejszyło do minimum chorych nieubezpieczonych, a przez to wprost zmioło prywatną praktykę. Niejako „zmaszynowanie” udzielania porad ma działać ujemnie na umysłowość lekarzy, a pozbawienie ich konkurencji ma osiabić ich zdolność do pracy naukowej. Wszystko zaś razem przez sproletaryzowanie lekarzy wytwarza złe stosunki dla rozwoju nauki polskiej lekarskiej.

Druga grupa lekarzy zajmuje stanowisko obrońców i samej kasy i jej organizacji lecznictwa, twierdząc, że inna organizacja uniemożliwiłaby w dobie dzisiejszej istnienie kasy, społecznie niezbędnej; że oddziaływanie jej na ogół lekarzy pod względem moralnym i materialnym nie jest tak ujemne, że owszem daje ona pewne korzyści stanowi lekarskiemu i nie prowadzi do zubożenia; że wreszcie należałoby wciągnąć w ramy ubezpieczenia kasowego jeszcze dalsze sfery społeczne.

Jak widać z powyższego zestawienia, różnica w stanowisku obu odłamów lekarskich jest duża i zasadnicza, a sprowadza się, jeśli chodzi o interesy lekarskie, do następujących zagadnień: 1) czy utrzymać system ambulatoryjnego — w ambulatoriach kasy — leczenia i ryczałtowego wynagradzania lekarzy, czy też przejść do systemu opłaty jednostkowej i ordynowania w gabinetach prywatnych lekarskich; 2) czy wprowadzić system nieograniczonego, wolnego wyboru, czy też utrzymać stan dzisiejszy.

Oto te dwie zasadnicze sprawy, których takie czy inne rozwiązanie leży w sferze możliwości lekarzy i to bezpośredniej. Inne sprawy są już natury ogólnospołecznej i rozwiązywane będą przez całe społeczeństwo, i tych spraw zupełnie na razie nie poruszam.

Żeby dojść do wniosku, która z grup zajmuje słuszne stanowisko, czy też żadna z nich, należy przedtem dokładnie wyjaśnić funkcje lekarza kasowego w chwili pełnienia przez niego obowiązków służbowych.

Do obowiązków lekarza kasowego należy: leczenie i stwierdzanie niezdolności do pracy. Jest więc on podczas swej pracy w kasie dwuosobowym: lekarzem w całym słowa tego znaczeniu i urzędnikiem kasy, asygnującym pieniądze niezdolnym do pracy członkom kasy, których niezdolność sam stwierdza. Dodać od razu należy, że tę podwójną rolę narzuciła lekarzom nie ustawa, lecz organizacja wewnętrzna kasy. Ta podwójna rola lekarza siłą rzeczy musi pociągać za sobą następstwa i to przede wszystkim w stosunku jego do chorego.

Kontyngent chorych kasowych jest dwojakiego rodzaju: chorzy ubezpieczeni, wobec których kasa ma obowiązek leczenia i finansowej pomocy w razie niezdolności do pracy, i rodziny ubezpieczonych (przyczem pojęcie „rodziny“ ustawa znacznie rozszerzyła), wobec której kasa ma obowiązek tylko leczenia. Poziom kultury społecznej, towarzyskiej i osobistej obu kategorii chorych jest nam, jako członkom tego samego społeczeństwa, znany, i charakteryzować go nie będą, jest on jednak bardzo ważny przy omawianiu działalności kasy w jej zakresie dzisiejszym.

Praca lekarza i stosunek jego do chorego ze względu na dwuosobowość lekarza są pod pewnym względem różne, zależnie od tego, do której kategorii należy dany chory, i dlatego oddzielnie winno się rozpatrywać działalność lekarską w stosunku do obu grup.

W stosunku lekarza kasowego do chorego ubezpieczonego zachodzi stosunek odwrotny, niż w wolnej prywatnej praktyce lekarskiej: w prywatnej praktyce honorarium lekarskie zależne jest nie tylko od udzielenia porad fachowych, ale i od stopnia zainteresowania się lekarza stanem chorego. Wszystkie rady, bardzo szczegółowe i życzyliwie udzielane choremu, zobowiązują lekarza o tyle, że musza być w zgodzie z jego sumieniem lekarskim. Więc czy to zalecenie spoczynku, krótkiego czy dłuższego, helio lub termoterapii, wyjazdu do miejsc klimatycznych, czy częstych kąpiei, czy wreszcie jakakolwiekby była rada nie zobowiązuje materialnie lekarza do niczego, a przyczynia się do uzyskania wdzięczności chorego za troskliwe zajęcie się jego stanem zdrowia. Sam jednak chory wysiła się nad wypełnieniem poleceń lekarza, przystosowuje je do swych warunków życiowych, spełnia je wszystkie lub też częściowo, zależnie od rodzaju poleceń i swych stosunków materialnych i służbowych. Odwrotny stosunek znajdujemy w stosunku lekarza kasowego do chorego. Lekarz kasowy, udzielając choremu rady, podpisuje w tej chwili weksel na materialne świadczenia ze strony Kasy, każde słowo lekarza kasowego zamienia się w pieniądź, który lekarz wypłaca choremu choć nie z własnej kieszeni. I tak np. zalecenie choremu spoczynku pociąga za sobą zwolnienie go od pracy i pobieranie zasiłku, zalecenie helio- czy termoterapii — skierowanie go do odpowiedniego zakładu, zalecenie wyjazdu do miejsca klimatycznego — finansowe uprzedstąpienie tego wyjazdu.

Przeciętny chory kasowy, który ma mieć zapewnione leczenie w najobszerniejszym tego słowa znaczeniu, nie rozumie tak, jak chory w prywatnym gabinecie lekarskim, który, mając zalecony spoczynek, a nie mogąc przerwać pracy, w ten sposób przeprowadza radę lekarza, że po powrocie z pracy kładzie się do łóżka, leży do następnego dnia. Chory kasowy, opierając się na zobowiązaniach Kasy wobec niego, żąda, by Kasa umożliwiła mu zastosowanie się jaknajcisłsze do wszystkich poleceń lekarza i by wszystkie wydatki, z tem związane, pokryła. Stosunek ten chorego kasowego do lecznictwa kasowego, oparty na błędnie interpretowanej ustawie, doprowadzający do takich śmieszności, jak zapisywanie przez lekarza płynu na odciski, cięży jak płyta grobowa na stosunku lekarza do chorego. Przekonany, że każde słowo, skierowane do chorego, będzie przez tegoż wyzyskane dla żądania świadczeń, staje się lekarz małomównym, bardzo ostrożnym w słowach i radach, co znowu wywołuje niezadowolenie i rzeczywiście chorych i symulantów. Ta ostrożność lekarza jest tem, na którym powstają narzekania chorych, przyzwyczajonych do innego stosunku w lecznictwie lekarzy prywatnych, na brak bliższego zainteresowania się stanem zdrowia ze strony lekarzy kasowych. A ostrożność lekarza jest konieczna ze względu na moralny obowiązek jego, jako urzędnika Kasy, tembardziej, że z symulacją spotyka się bardzo często. Straty, poniesione przez opuszczenie zajęcia, czy to dla załatwienia swych spraw osobistych, czy też dla dodatkowego urlopu lub załatwienia deficytu budżetowego dodatkowym zarobkiem, czy wreszcie wskutek braku pracy ma pokrywać w przekonaniu bardzo wielu Kasa Chorych, a w niej — organ asygnujący pieniądze — więc lekarz.

I tu znowu próby symulacji części ubezpieczonych ciągną nad stosunkiem lekarza chorego kasowego, wywołując w nim podejrzliwość albo też stan, tak dobitnie przejawiający się w „machnięciu ręką“. Jeżeli do tego wszystkiego dodamy raźniar chorych, przesuwających się przed oczyma lekarza, ze znaczną szybkością (od 7 do 25 chorych na godzinę), to łatwo nam już będzie odtworzyć stan psychiczny lekarza podczas jego godzin ordynacyjnych w Kasie, do tego lekarza, że

wynagradzanego (7 zł. za godzinę), zupełnie nie chronionego podczas spełniania swych obowiązków służbowych przed nieodpowiednim zachowaniem się niektórych chorych, pracującego bez instrukcji i regulaminu, ale za to starannie kontrolowanego w swej pracy przy braku kontroli ubezpieczonych i zupełnej ich bezkarności.

Stosunek lekarza do członków rodziny ubezpieczonego jest różny o tyle, że odpada asygnowanie przez lekarza zasiłków wskutek niezdolności do pracy, więc i symulacja; wszystko inne pozostaje.

Teraz porównać należałoby, co się zmieni i w jakim stopniu, gdy wprowadzimy wolny wybór lekarza wśród wszystkich, którzy wyrazili ochotę przyjmowania chorych kasowych, więc prawie wszystkich praktykujących, znieśmy ambulatorja kasowe, a lecznictwo przeniesiemy do gabinetów prywatnych lekarskich. Co ulegnie zmianie?

Podwójna funkcja — lekarska i urzędnicza — pozostaje, a z tem wszystkie konsekwencje, pozostanie również konieczność oględnego dysponowania radami, które finansowe konsekwencje pociągać będą.

Zmieni się teren pracy, ale nie jej istota.

Istotnej zmianie ulega liczba chorych, badanych w ciągu godziny przez lekarza kasowego, co pozwoli bezwarunkowo sumiennemu lekarzowi dokładniej zaznaczyć się ze stanem chorego, i wprowadzenie czynnika zaufania chorego do lekarza w sposób nieograniczony, a to przez zapewnienie choremu możliwości wyboru między prawie wszystkimi, praktykującymi w danej miejscowości lekarzami, gdy obecnie wybiera on tylko między zakontraktowanymi przez Kasę. Gdyby ten wolny wybór lekarza, na zaufaniu do lekarza i stosunku lekarza do chorego oparty, miał przeprowadzić sanację stosunku między lekarzem kasowym i chorym i odwrotnie, to należałoby natychmiast opowiedzieć się za tem. Ale ten system kryje w sobie poważne niebezpieczeństwa nie tylko dla samej Kasy, ale — co w tym wypadku ważniejsze — dla interesów moralnych i materialnych lekarskich, i budzi wątpliwości, czy osiągnie cel zamierzony.

W praktyce prywatnej decyduje o wziętości lekarza wiedza fachowa, stopień zainteresowania się chorym i t. p.

W praktyce kasowej wprowadzania zostanie jeszcze jeden czynnik — wydajności lekarza w dziedzinie świadczeń materialnych na rzecz chorego, i to czynnik bardzo ważki. Wobec tego, że zarobek lekarza uzależniony będzie wyłącznie od liczby chorych, więc od popularności, jaką cieszyć się będzie wśród ubezpieczonych, zachodzi może bardzo poważna obawa, że popularność ta zyskiwana będzie w wielu wypadkach niepotrzebnym ułatwianiem chorym korzystania ze świadczeń kasowych, co groziłoby znowu bardzo poważnymi konsekwencjami dla moralnych i materialnych interesów ogółu lekarzy.

Przy dzisiejszej organizacji lecznictwa lekarz znajdzie pewnego rodzaju oparcie w niezależności bezpośredniej materialnej od chorego, przy systemie zaś wolnego wyboru i opłat jednostkowych uzależniony będzie bezpośrednio od chorych.

Zdobywanie popularności wśród chorych o niewysokim poziomie kulturalnym, wysuwających bardzo często wprost fantastyczne żądania, przy ogólnej biedzie lekarskiej może w krótkim czasie doprowadzić do znacznego obniżenia poziomu etycznego lekarzy, a to przez nadmierne uleganie żądaniom chorych, czy w kwestji niezdolności do pracy, czy też świadczeń leczniczych. Dla uczciwego lekarza wytworzył się wtedy sytuacja bardzo ciężka. Jeżeli sumiennie oceniał stan ubezpieczonego, to albo w wielu wypadkach wejdzie z nim w konflikt i zyska opinię złego lekarza, albo też przez sumienne potraktowanie sprawy, zwłaszcza u chroniczków, przepisując leczenie, wywoła konflikt między chorym i Kasą, która zaspokoić wszystkich potrzeb w dziedzinie lecznictwa nie będzie w stanie. Jeżeli zaś będzie się liczył z możliwością finansową Kasy w przepisywaniu leczenia, będzie złym lekarzem dla ubezpieczonych. Na stan chorobowy składają się nie tylko zmiany rzeczywiste, ale i stan subiektywny, właściwości psychiczne i t. p., i uczciwy lekarz, pragnący być w porządku w stosunku i do chorego i do Kasy, będzie miał nieraz sytuację bez wyjścia, mniej skrupulatny lekarz będzie miał pole do demagogii leczniczej. Ten system organizacyjny siłą rzeczy pociągnąłby za sobą stworzenie ciał kontrolnych lekarskich i dla chorych, co spowodowałoby w rezultacie zaognienie stosunków międzylekarskich, z Kasy zrobiłoby bardzo ciężko pracującą maszynę, nie mówiąc już o tem, że technicznie, zdaje się, byłoby niemożliwe.

Uwagi powyższe tyczą się przeważnie Kas w wielkich skupieniach ludności. W małych powiatowych kasach, gdzie i lekarzy jest niewiele, gdzie wszyscy znają się dobrze pod każdym względem, gdzie kontrola i lekarzy i ubezpieczonych jest łatwiejsza, sprawa przedstawia się trochę odmiennie. Tam wolny wybór lekarza i opłata jednostkowa za leczenie prędzej mogą być uważane za rozwiązanie siuszne, nawet przy dzisiejszym stanie kultury ubezpieczonych.

W wielkich miastach, przy masie lekarzy i chorych, kontrola i jednych i drugich jest wprost niemożliwa, a wprowadzenie t. zw. czynnika zaufania, zresztą dla większości ubezpieczonych jeszcze nie istotnego, mogłoby wyrodzić opóźnienie terenu kasowego przez mniej skrupulatnych i bardziej naginających się do żądań ubezpieczonych—lekarzy.

Z powyższego, zresztą nawet nie wyczerpującego omówienia sprawy jasne jest dla mnie to tylko, że, gdy weźmie się pod uwagę całokształt zagadnienia stosunku lekarzy do Kas Chorych i odwrotnie, ani stan dzisiejszy organizacji lecznictwa kasowego, ani zaprowadzenie wolnego wyboru i opłat jednostkowych zagadnienia tego nie rozwiąże zadawalająco na dzień dzisiejszy. I inaczej być nie może, gdyż przyczyna leży nie w tem czy innem ustosunkowaniu się tych czynników, lecz w podstawach ustawowych samej Kasy. Ustawa o Kasach Chorych połączyła w jednej organizacji lecznictwo i zasiłki pieniężne dla niezdolnych do pracy, więc czynności ani pokrewne, ani współmierne.

I już w tem ustawowym połączeniu dwu organizacji—leczniczej i zapomogowej — w jednej, tkwi istotna przyczyna niedomagań Kasy i narzekań i lekarzy i ubezpieczonych, które będą tak długo, jak długo będzie trwał ten stan zupełnie ścisłego połączenia. Organizacja zaś wewnętrzna Kasy nie tylko nie starała się zmniejszyć istotnej przyczyny tych niedomagań, ale przez swój regulamin pracy jeszcze ją zwiększyła. Bowiem 1) obowiązek leczenia i stwierdzania istnienia podstaw do zasiłków nałożyła na jednych i tych samych ludzi; 2) nie wszczęła prób sprecyzowania pojęcia choroby, podpadającej pod obowiązek leczenia przez Kasę; 3) zagwarantowała ubezpieczonym i ich rodzinom wszystko, co wchodzi w zakres nie tylko lecznictwa w najrozleglejszym pojęciu, ale i higieny osobistej. Brak sprecyzowania pojęcia „choroby“ doprowadza do tego, że najmniejsze zdrapanie naskórka, okiem ledwo dostrzegalne, zwykły nieżyt nosa, krótkotrwałe bóle głowy po zatruciu alkoholowym, nieładna cera twarzy już są w leczeniu kasowym. Chęć ze strony chorego skontrolowania i dwa miesiące po nieznacznym uderzeniu, czy co mu się nie stało, musi być uwzględniona przez lekarza. Albowiem wstęp ubezpieczonego do lekarza nie jest ograniczony żadnym regulaminem, lecz pozostawiony wyłącznemu uznaniu ubezpieczonego, który w każdej chwili może korzystać wedle swej woli z badań lekarskich, a co niejednokrotnie naraża lekarza na konieczność znoszenia niewczesnych żartów ubezpieczonych, robiących nierządki z porad lekarskich pewnego rodzaju „sport“.

Zagwarantowanie ubezpieczonym zaspokojenia wszystkich potrzeb w dziedzinie lecznictwa bez najmniejszych ograniczeń doprowadza do wydawania płynu na odciski, kremu do rąk, proszku na ból głowy, a są wypadki żądania „plasterka angielskiego“ do „muszek“ na twarzy.

Potrzeby tak obszernie pojętych środków leczniczych w życiu codziennym są duże i częste, a zaspakaja je Kasa znowu wyłącznie tylko za pośrednictwem lekarza. A w rzeczywistości zaspokojenie tych potrzeb wszystkich ubezpieczonych, od płynu na odciski aż do wyjazdów do miejsc klimatycznych, jest choćby tylko finansowo dla Kasy niemożliwe. I tym urzędnikiem Kasy, który ma obowiązek ograniczać apetyty w tym kierunku ubezpieczonych i ich rodzin, utrzymywanych stale w tem przekonaniu, że Kasa im wszystko da,

jest znowu lekarz kasowy. Jest więc on tym, który leczy i bez którego podpisu nie wyda Kasa żadnych świadczeń, ale jednocześnie, też i wystawionym na pierwsze uderzenia ubezpieczonych, a również i tym, którym się zaślania Kasa, nie mogąc spełnić dobrowolnie przyjętych wobec ubezpieczonych nadmiernych zobowiązań.

Z dzisiejszą organizacją Kasy liczyć się jednak musimy, jako z faktem realnym, a biorąc pod uwagę, że wprowadzenie wolnego wyboru lekarza i jednostkowej opłaty, teoretycznie bez zarzutu, żeby osiągnąć mogło swój cel, musi być poprzedzone dłuższym okresem przygotowawczym w celu niejako wyszkolenia ubezpieczonych w kulturze leczniczo-kasowej, uważałbym za nadające się do omówienia następujące natychmiastowe zmiany w organizacji Kasy wielkich miast, przy tymczasowym pozostawieniu obecnego systemu lecznictwa, a to celem usunięcia, względnie zmniejszenia najbardziej jaskrawych, przykrych stron leczenia kasowego:

- 1) Wprowadzenie przepisów, chroniących lekarza podczas jego zajęć służbowych w Kasie (analogicznie do ochrony każdego funkcjonariusza publicznego), a w związku z tem, wprowadzenie regulaminu karnego dla ubezpieczonych w wypadkach naruszenia przepisów, obowiązujących przy korzystaniu ze świadczeń Kasy.
- 2) Oznaczenie w porozumieniu z Izłą Lekarską maksymalnej liczby badanych w ciągu godziny ordynacyjnej dla każdej specjalności, której lekarzowi bezwarunkowo przekroczyć nie wolno (podobnie dla rejonowych).
- 3) Lekarz ordynujący stwierdza niezdolność do pracy wyłącznie tylko w przypadkach oczywistej i niepodlegającej najmniejszej wątpliwości niezdolności. We wszystkich innych przypadkach orzeka stała, w każdym ambulatorjum istniejąca i funkcjonująca w godzinach ordynacyjnych Kasy komisja lekarska, złożona z etatowych urzędników Kasy — lekarzy.
- 4) Podjęcie prób sprecyzowania mniej więcej ścisłego pojęcia stanu chorobowego, uprawniającego do korzystania ze świadczeń Kasy i pozwalającego przez to lekarzowi na odmówienie porady w przypadkach jawnego i niewątpliwego nadużywania prawa korzystania z opieki lekarskiej.
- 5) Zwężenie pojęcia świadczeń leczniczych w związku z ustaleniem pojęcia „stanu chorobowego“.
- 6) Podwyższenie cennika lekarskiego.

Uważam, że zaprowadzenie wyżej podanych zmian w organizacji wielkich Kas, technicznie możliwe, nie natrafiałoby może na istotne trudności, a posunęłoby znacznie naprzód sanację stosunku między lekarzem, ubezpieczonym i Kasą, usunęłoby w dużym stopniu istniejące dziś tarcia. Wprowadzenie wewnętrznego regulaminu karnego w związku z zachowaniem się ubezpieczonych na terenie kasowym, dziś absolutnie bezkarnych, i przestrzeganie go, nadanie pracy lekarskiej więcej cech ściśle lekarskich przez odjęcie, względnie zmniejszenie czynności urzędniczo-lekarskich, stworzyłoby warunki dodatnie dla spokojnej, celowej i poważnej akcji leczniczej.

* * *

Niektóre Kasy Chorych na zachodzie wprowadziły u siebie dwie kategorie ubezpieczonych: pierwsza kategoria, opłacająca zwykłe składki, korzysta z ambulatorjów Kasy i lekarzy, stale w nich pracujących, z prawem wyboru między nimi; druga — opłacająca znacznie wyższe składki, ma zagwarantowany wybór lekarza bez żadnych ograniczeń pośród wszystkich, praktykujących w danej miejscowości. Należałoby pomyśleć, czy i u nas nie warto byłoby wprowadzić tego systemu choćby tylko na rok tytułem próby. Rezultaty osiągnięte byłyby cennym materiałem dla rozważań nad drogami ewolucyjnymi lecznictwa kasowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Dnia 3 lutego r. b. odbyło się posiedzenie Tow. Lek. Warsz., poświęcone pamięci nieodżałowanego, przedwcześnie zmarłego prof. Kazimierza Rzętkowskiego. Słowo wstępne wygłosił sekretarz stały Tow. prof. Gluźniński, poczem skreślił działalność Zmarłego: Mutermilch—na polu naukowym, prof. B. Sawicki — na niwie społecznej i Stefanowski — jako

pedagoga—klinikisty. Dziekan Wydziału Lekarskiego, prof. Czubalski, przedstawił udział ś. p. Rzętkowskiego w Uniwersytecie.

— XII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich (12—16 lipca 1925 r.). Sekcja medycyny wewnętrznej i balneologii. VI Zjazd internistów polskich odbędzie się w Warsza-

wie jednocześnie z XII Zjazdem Lekarzy i Przyrodników Polskich (jako sekcja zjazdu).

T e m a t y g ł ó w n e: 1) Choroba Brighta. Referenci: M. Franke (Lwów) i A. Landau (Warszawa); 2) Kamica żółciowa (wspólnie z sekcją chirurgiczną). Referenci: Wł. Janowski i A. Leśniowski (Warszawa).

Zgłaszający referaty i wykłady winni wraz ze zgłoszeniami nadsyłać krótkie wyraźnie napisane ich streszczenia bez których referaty nie będą przyjmowane. Referat może trwać najdłużej 15 minut, przemówienie w dyskusji 5 minut. Ostatni termin zgłoszeń 15 maja. Adres: Żelazna 4, Szpital Dzieciątka Jezus lekarz naczelny A. Puławski.

— Przewodniczący Sekcji Oto-ryno-laryngologicznej XII Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich podaje do wiadomości Szanownych Kolegów, że dotąd zostały ogłoszone następujące odczyty i referaty:

1. Badania uszu, nosa i gardła w szkołach powszechnych.
2. Dajagnostyczne znaczenie badań narządów ucha wewnętrznego dla neurologii.
3. O znieczuleniu w oto-laryngologii.
4. O zбочzeniach mowy u dzieci ze stanowiska oto-laryngologii i neurologii.
5. O ropniach mózgu pochodzenia usznego.
6. O złamaniach i zwichnięciach chrząstek kraniowych z uwzględnieniem leczenia.
7. Histopatologiczny obraz przewlekłego zapalenia migdałów podniebiennych i gardzielowego w szczególności o zachowaniu się tkanki łącznej w tych postaciach chorobowych z pokazem preparatów.
8. Rozbieżność objawów błędnikowych.
9. Błędnik i wyobrażenia.

Prócz powyższych zaproponowano następujące:

1. Intubacja i tracheotomia w dławcu ze względu na powikłania następcze.
2. Wydobywanie ciał obcych z przetyku.
3. Leczenie nowotworów górnego odcinka dróg oddechowych. Chirurgja i radjoterapia.

O dalsze zgłaszanie tematów przewodniczący Sekcji Oto-ryno-laryngologicznej nauprzejmiej prosi z uwzględnieniem ogólnej zasady, aby tematy, o ile możliwości, obejmowały dziedziny pokrewne, oraz, aby krótkie streszczenia zostały nadesłane do dnia 1 maja r. b.

Przewodniczący Sekcji: Dr. Jan Pieniążek, Warszawa, ul. Moniuszki 6. Zastępca Dr. Jan Czarnecki, Zgoda 8.

Sekretarz: Dr. J. Grzybowski.

— **Komitet Organizacyjny XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich** postanowił utworzyć na Zjeździe sekcję **raka**. Odnosne referaty zgłaszać należy pod adresem przewodniczącego sekcji, D-ra Wejnerta, Marszałkowska 55.

— W dniu 19 października r. z. odbyło się posiedzenie Komitetu Wykonawczego III Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich.

Na porządku dziesnym były następujące sprawy organizacyjne:

- 1) Wybór Prezydium Komitetu.
- 2) Program IV Zjazdu w r. 1925.
- 3) Sprawozdanie z wystawy higienicznej w Łucku i Brześciu n. Bug'em.

Posiedzenie odbyło się pod przewodnictwem d-ra Boguckiego z udziałem dyrektora generalnej dyrekcji służby zdrowia d-ra Wroczyńskiego, delegata Zrzeszenia Sejmików powiatowych d-ra Le Bruna, prezesa Naczelnej Izby lekarskiej d-ra Bączkiewicza, w obecności członków komitetu: dra Budzińskiej-Tylickiej, dra Gawłowskiego, dra Malecińskiego, inspektora weter. Mackiewicza z Warszawy, dra Ostromeckiego z Białegostoku, dra Burzyńskiego z Włocławka dra Mittelsztadta z Łodzi, dra Szulca z Poznania. Do prezydium K. W. wybrano: dra Boguckiego (na prezesa), b. prezydenta m. Wilna P. Łokuciewskiego, prof. Janiszewskiego z Krakowa; ławnika magistratu m. Białegostoku dra Ostromeckiego (na wiceprezesa), oraz dra Gawłowskiego (na sekretarza).

Następny Zjazd uchwalono zwołać w Krakowie w r. 1925 z udziałem przedstawicieli władz i sejmików. Program obejmuje „pielęgę nad dzieckiem i matką i walkę ze śmiertel-

nością niemowląt i dzieci z uwzględnieniem potrzeb higieny szkolnej” oraz

a) Krótki zarys przebiegu ważniejszych spraw na ubiegłych Zjazdach.

b) Organizacja pomocy lekarskiej i organizacja służby zdrowia danej dzielnicy.

c) Sprawa organizacji sanitarnej w oświetleniu budżetów miast i sejmików w r. 1924—25.

Przyjęto sprawozdanie d-ra Gawłowskiego z odbytych wystaw w Łucku i Brześciu nad B.; wystawę zwiedziło z górą 8000 osób; uchwalono propagować urządzenie wystaw higienicznych w innych miastach polskich, narazie zgłosiły chęć urządzenia wystawy następujące miasta: Łódź, Włocławek, Białystok, Pruszków i ponownie Brześć nad B.

— **I. Zjazd przeciwgruźliczy i IV. Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich w Krakowie.**

Wspólny Komitet organizacyjny obu zjazdów zawiadamia:

- 1) I. Zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się w Krakowie w dniach 16 i 17 maja 1925 r.
 - 2) IV. Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich odbędzie się w Krakowie w dniach 18 i 19 maja 1925 r.
 - 3) Terminy obu zjazdów obrano jak wyżej, ażeby uczestnikom dać możliwość wzięcia udziału w obu zjazdach, mających zasadniczo pokrewne cele.
 - 4) Dla Zjazdu przeciwgruźliczego ustalono następujące tematy główne:
 - a) Klasyfikacja gruźlicy.
 - b) Leczenie gruźlicy swoiste i chirurgiczne.
 - c) Zasady społecznej walki z gruźlicą w Polsce.
 - d) Znaczenie społeczne przychodni w walce z gruźlicą.
 - 5) Dla Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich tematy główne:
 - a) Krótki zarys przebiegu ważniejszych spraw na ubiegłych zjazdach.
 - b) Organizacja pomocy lekarskiej i organizacja służby zdrowia danej dzielnicy.
 - c) Sprawa organizacji sanitarnych w oświetleniu budżetów miast i sejmików w r. 1924 i 1925.
 - d) Opieka nad dzieckiem i matką oraz walka ze śmiertelnością niemowląt i dzieci z uwzględnieniem potrzeb higieny szkolnej.
- 6) Nazwiska referentów głównych będą niebawem podane do wiadomości.

Komitet zjazdów zaprasza wszystkie Instytucje i Stowarzyszenia lekarskie, Instytucje zajmujące się stosunkami zdrowotnymi, oraz wszystkich lekarzy do wzięcia jak najliczniejszego udziału w obu zjazdach, mających za cel omówienie tak piękających spraw natury ogólnospołecznej, oraz do licznego zgłaszania referatów. Treść referatów musi się ściśle stosować do wyżej podanych tematów głównych. Czas wyznaczony dla wygłoszenia referatu głównego nie może przekraczać 45 minut, dla referatu uzupełniającego 15 minut.

Uprasza się o zgłaszanie referatów i nadsyłanie ich streszczeń wraz z wnioskami pod adresem Sekretariatu komitetu: Kraków, Magistrat, Miejski Urząd zdrowia, **najpóźniej do dnia 1 kwietnia 1925.**

Wkładka uczestnika wyniesi dla każdego zjazdu po 10 zł. — Nadsyłać wkładkę należy pod adresem skarbnika komitetu D-ra Józefa Owińskiego, Kraków, Magistrat, Miejski Urząd zdrowia.

Do dnia 15 kwietnia 1925 r. przyjmuje skarbnik komitetu Dr. Józef Owiński zgłoszenia o zapewnienie mieszkań na czas zjazdów.

Dalsze szczegóły dotyczące się obydwu zjazdów będą wkrótce ogłoszone.

Komitet Organizacyjny:

Prezydium stoł. król. miasta Krakowa: Zdzisław Wawrausch, komisarz rządowy, Prezydent miasta — Wiceprezydenci miasta: inż. Karol Rolle, inż. Józef Sare, Dr. Piotr Wielgus — Wydział lekarski U. J.: Prof. Dr. Stanisław Maziariski, dziekan i Prof. Dr. Marian Gieszczykiewicz — Krakowskie Towarzystwo Lekarskie: Prof. Dr. Kazimierz Majewski, prezes — Towarzystwo Higieniczne w Krakowie: Doc. Dr. Tomasz Janiszewski, prezes — Towarzystwo Techniczne w Krakowie: Inż. Mieczysław Seifert, prezes — Dr. Tadeusz Berezowski, Doc. Dr. Władysław Bujak, Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski, Inż. Henryk Dudek, Dr. Filip Eisenberg, Dr. Jan Frączkiewicz,

Dr. Leon Fuchs, Prof. Dr. Witold Gądzikiewicz, Prof. Dr. Emil Godlewski, Dr. Antoni Jabłoński, Dr. Stanisław Janikiewicz, Dr. Bolesław Korolewicz, Tadeusz Kossowski, Doc. Dr. Józef Kostrzewski, Dr. Ryszard Kunicki, Dr. Henryk Lang, Prof. Dr. Józef Latkowski, Prof. Dr. Julian Nowak, Jan Owinski, Prof. Dr. Jan Piltz, Tadeusz Przeorski, Prof. Dr. Maksymilian Rutkowski, Dr. Ludwik Schneider, Dr. Eljasz Stahr, Dr. Józef Surzycki, Dr. Piotr Wysocki.

Komitet Organizacyjny ścisły:

Prezes: Prof. Dr. Witold Orłowski — Wiceprezes: Doc. Dr. Tomasz Janiszewski — sekretarz: Doc. Dr. Tadeusz Tempka, Dr. Jakób Weinsberg — skarbnik: Dr. Józef Owsński. — Członkowie: Inż. Andrzej Kłeczek, Dr. Walerj Momidowski, Dr. Stanisław Zamorski, Dr. Henryk Zawistowski.

— **Kongres lekarski francusko-polski.** Zarząd Towarzystwa Lekarskiego francusko-polskiego podaje do wiadomości, że II Kongres lekarski francusko-polski będzie miał miejsce nieodwołalnie w drugiej połowie kwietnia r. b. w Paryżu.

Zapisywać się można u sekretarza dr. Józefa Zielińskiego, Wspólna 51 m. 6, tel. 225-26 od 6-ej do 8-ej godz. wiecz. do dnia 1 marca.

Składkę wynoszącą 25 zł. od osoby wpłacać należy do P. K. O. na rachunek Towarzystwa Lek. Franc. Pol. Nr. 3090.

Informacje tymczasowe dotyczące II Kongresu Lekarskiego Francusko-Polskiego w Paryżu:

- 1) Lekarze pragnący wziąć udział w Kongresie zechcą złożyć ustnie lub piśmiennie odnośną deklarację z podaniem adresu na ręce Sekretarza Towarzystwa Lek. Fr.-Pol. dr. Józefa Zielińskiego, Wspólna 51 m. 6 tel. 225-26, najpóźniej do 1 marca r. b.
- 2) Na koszt organizacyjny wpłacić należy od osoby 25 zł. do P. K. O. na rachunek Towarzystwa Lek. Fr. - Pol. Nr. 3090 w Warszawie.
- 3) W pierwszej połowie marca każdy członek Kongresu otrzyma kartę stwierdzającą, że zapisał się na członka Kongresu naukowego. Posłuży ona do otrzymania paszportu ulgowego.
- 4) Paszporty będą indywidualne; dla lekarzy zamieszkałych w Warszawie Zarząd Towarzystwa podejmie się ich dostarczenia, lekarze na prowincji będą czynili starania u swych władz miejscowych.
- 5) Podróż okrętem będzie zniżoną o 25% minimum.
- 6) Podróż koleją we Francji zniżoną będzie o 25% minimum w Polsce o 30%. Marszruta dowolna: przez Niemcy lub przez Austrię i Szwajcarię. Ponieważ ilość uczestników nie jest jeszcze znaną, nie wiadomo przeto czy pojedą wszyscy jednym pociągami, czy też w ciągu dni kilku.
- 7) Komitet paryski zajmie się zapewnieniem mieszkań w hotelach i pensjonatach. Ceny obecne są następujące: pokój w hotelu od 20 fr. na dobę, obiad od 12 fr., w pensjonatach pokój z całodziennym utrzymaniem od 50 fr. na dobę.
- 8) Ze względu na oficjalny niejako charakter Kongresu požądaniem jest zabranie stroju frakowego.
- 9) Szczegółowy program Kongresu ułożony będzie przez Komitet paryski i rozesłany członkom w końcu marca

Wszelkich informacji udzielają Sekretarze Towarzystwa Lekarskiego Fr.-Polskiego: dr. Józef Zieliński, Wspólna 51 m. 6, tel. 225-26, dr. Melanowski, Żórawia 31, tel. 502-50.

— **Francuski Zjazd Okulistyczny** odbędzie się w roku 1925 w Brukseli.

Francuskie Towarzystwo Oftalmologiczne zwraca się do polskich okulistów z wezwaniem o przybycie jaknajliczniejsze na zjazd celem zaznaczenia wspólności dążeń obu narodów w pracy na polu naukowym.

Francuscy i Belgijscy okuliści z całą serdecznością zapraszają kolegów polskich na ten zjazd naukowy.

Temat główny—leczenie jaskry dziecięcej.

Zjazd odbędzie od 9 do 14 maja. Wpisowe: 15 fr. francuskich.

Po szczegółowy uprasza się zgłaszać do prof. Szymańskiego w Wilnie, delegata Fr. Tow. Oftalm. na Polskę, lub wprost do sekretarzy zjazdu dr. René Infray 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris—VII, albo dr. M. Danis, 7, rue Montoyer, Bruxelles.

— Komunikat Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka została powiadomiona przez Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia, że pomiędzy 1 I. i 28. II. r. b. zostanie przeprowadzona ankieta w sprawie częstości zachorowań na raka i inne nowotwory złośliwe. Kwestjonariusze (wzór których został ustalony w porozumieniu z Izdami Lekarskimi, w Wydziałami Lekarskimi Uniwersytetów i z Polskim Komitetem do zwalczania raka) w potrzebnej ilości lekarze otrzymują w Urzędzie Zdrowia. Ratusz. Pokój Nr. 55, w Kancelarii Izby Lekarskiej, Niecała 7, w Wydziale Zdrowia, Zgoda 10, i we wszystkich dozorcach sanitarnych.

W imię nauki i dla dobra ludzkości Zarząd Izby zwraca się do wszystkich członków Izby z usilną prośbą o jaknajskrupulatniejsze wypełnienie kwestjonariuszów i przekazanie ich Urzędowi Zdrowia, lub Kancelarii Izby.

Pisarz Izby J. S o c h a c k i.

— **Kwestjonariusz do ankiety w sprawie raka i innych nowotworów złośliwych** opracowany przez Generalną Dyрекcję Zdrowia przy czynnym udziale Polskiego Komitetu do zwalczania raka:

1. Nazwisko i imię chorego.....
2. Płeć
3. Wiek
4. Wyznanie
5. Miejsce obecnego zamieszkania (miasto, powiat, gmina)
-
- Odkąd tu mieszka
- Gdzie mieszkał przedtem.....
6. Dom mieszkalny (ulica.....Nr.....liczba pokoi..... liczba ludzi w mieszkaniu.....
7. Zawód chorego.....
8. Wykształcenie (wyższe, średnie, powszechne, bez wykształcenia)
9. Stan cywilny: wolny, małżeński, wdowi, rozwiedziony. Liczba dzieci chorego (ej).....
10. Czy chora karmiła dzieci piersią (przy carc. mammae)....
11. Zamożność chorego: bogaty, dostatni, ubogi.....
12. Czy palił tytoń.... Od którego roku życia.....
13. Dużo, czy mało. Czy palił fajkę (car. labii, car. linguae)
14. Czy używał napojów wysokokowych: przypadkowo, codziennie, nałogowo. Czy nie jest alkoholikiem.....
15. Czy rodziła choroby współistniejące, lub poprzedzające nowotwór (przymiot, gruźlica, wrzód żołądka, kamica i t. p.)
16. Czy na miejscu złośliwego nowotworu nie było przedtem blizny, urazu, brodawki, znamienia i t. p.....
17. Czy rodzice, rodzeństwo, krewni, powinowaci dziadowie nie chorowali na raka.....
18. Jego umiejscowienie.....
19. Czy chorował na raka kto z domowników, albo osób, pozostających z chorym w bliższej styczności przez czas dłuższy
20. Umiejscowienie guza u badanego.....
21. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby.....
22. Czy dotychczasowy przebieg choroby wskazuje charakter złośliwości.....
23. Charakter.....
24. Czy są przerzuty.....
25. Jakie stosowano leczenie (operacja, Roentgen, rad).....
26. Z jakim wynikiem.....
27. Nawrót, po jakim czasie.....
28. Uwagi lekarza.....

Podpis lekarza:

U w a g i: 1) W miejscach kropkowanych prosi się o dawanie krótkich odpowiedzi. Przy wyszczególnieniach należy podkreślić wyrazy właściwe.

2) Kartę wypełnioną zechce WPan(i) Doktor przesać do właściwego lekarza powiatowego pomiędzy 1 a 10 marca 1925 r.

— **Komunikat Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.** O normie płacy za godzinę pracy lekarskiej w ambulatoriach i innych zakładach leczniczych.

Rada Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na posiedzeniu swoim w dniu 14 grudnia 1924 r. uchwaliła normę płacy za godzinę pracy lekarskiej w wysokości 10 złotych.

Zgodnie z art. 22 Ustawy z dnia 2.XII.1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w państwie Polskiem „jeżeli warunki pracy odbiegają od norm ogłoszonych przez Izbę Lekarską, lekarz winien zawiadomić o nich na piśmie Izbę“.

Naczelnik Izby: A. Przyborowski.

Pisarz Izby: J. Sochacki.

— W tych dniach otwarty został w szpitalu na Czystem znacznie powiększony, zupełnie odnowiony i zaopatrzony w niezbędne środki naukowe pawilon chorób wewnętrznych, w którym ordynują kol. Klejn i Lewin.

— Walne Zebranie Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego odbyło się dnia 12 grudnia 1924 roku. Po złożeniu sprawozdania z czynności za rok ubiegły przez ustępujący Zarząd, dokonano wyboru nowego Zarządu na rok 1925, w skład którego weszli: Prezes prof. dr. K. Opoczyński; Wiceprezysi: dr. M. Minkiewicz i dr. O. Załkindson; Sekretarze: prof. dr. S. Trzebiński i dr. E. Czarnecki; Skarbnik dr. W. Bujalski; Bibliotekarz: dr. A. Safarewicz; Komisja rewizyjna: dr. B. Hłasko, dr. Z. Zawadzki i dr. A. Wirszubski.

— W Klinice neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie wakuje posada starszego asystenta.

— IV Konferencja Międzynarodowego Związku przeciwgruźliczego w sierpniu r. z. powzięła na wniosek Leona Bernarda następującą uchwałę: Konferencja po wysłuchaniu referatu prof. Philipa i przemówień innych mówców stwierdza z żywym zadowoleniem spadek śmiertelności z gruźlicy we wszystkich krajach świata i uważa, że metodyczna organizacja walki przeciwgruźliczej jest jednym z głównych czynników, wyjaśniających zmniejszenie się tej

chłębki w krajach, w których organizacja ta istnieje i funkcjonuje od szeregu lat. Konferencja poleca uwadze władz publicznych rozmaitych narodów te dane, wpływające z naukowo traktowanych statystyk śmiertelności, i konieczność zaprowadzenia podobnych statystyk we wszystkich krajach cywilizowanych.

— Dr. Józef Wetterer, autor podręcznika leczenia promieniami Roentgena i radu, przystępuje do wydania spisu międzynarodowego wszystkich radiologów. Spis ten ma nosić nazwę „Index radiologorum“ i wydany będzie w 5 językach. Dr. Wetterer prosi o adresy. Książka ta zawierać będzie i dział naukowy, w którego opracowaniu przyrzekło wziąć udział wielu wybitnych radiologów. Ewentualny czysty dochód ma być obrócony na utworzenie funduszu, z którego wypłacane będą nagrody międzynarodowe za prace naukowe oraz wsparcia. Komitet austriacki składa się z prof. Kienböcke i docenta G. Schwarza, zamieszkałych w Wiedniu.

— Zmarli: Prof. Nowotny, dyrektor kliniki otwartycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Prof. Zeissl, autor znanego podręcznika chorób wenerycznych — w Wiedniu.

Sprostowanie. W Nr. 1, na str. 8, nad nagłówkiem: W sprawie etiologii i leczenia dychawicy oskrzelowej — powinno być: Z oddziału chorób wewnętrznych Szpita. na Czystem w Warsz.

(Ordynator: Doc. Dr. St. Klejn).

Na str. 10 w artykule D-ra Teodorowicza w wierszach 24 i 50, zamiast para B, powinno być para β.

O D A D M I N I S T R A C J I.

W r. 1925 „Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ wychodzić będzie w tym samym formacie i w tej samej objętości, co dotychczas.

Warunki prenumeraty na kwartał I r. 1925 pozostają również bez zmiany, mianowicie:

<i>w Warszawie</i>	<i>złp. 9</i>
<i>na prowincji.</i>	<i>„ 10</i>
<i>za granicą</i>	<i>„ 12</i>

W celu ustalenia nakładu prosimy o wczesne zamawianie pisma i wpłacanie należności na nasze konto czekowe w P. K. O. № 8696.

W sprawach, dotyczących prenumeraty, wysyłki pisma, zmiany adresu, odbitek, ogłoszeń i t. p. prosimy o zwracanie się do Administracji, Szpitalna 10 m. 10. Telef. 193-95.

Do numeru dzisiejszego dołącza się odbitkę z № 2 Wiad. Farm. p. t. Przyczynek do badań nad 100% Essentia Testicularum Ars.

TREŚĆ: Z. BYCHOWSKI. Rokowanie i leczenie padaczki. — L. E. BREGMAN. W sprawie leczenia nowotworów mózgu promieniami Roentgena. — J. MERENLENDER. O skórze krętej ciemienia (Cutis verticis gyrata). — ROSNER. O t. zw. „uporczywych“ bólach reumatycznych kończyn dolnych. — J. BABECKI. Kliniki dagnostyczne w Stanach Zjednoczonych (Odcinek). — E. BEMSKI. Nowsze poglądy na niektóre zagadnienia z dziedziny przymiotu wrodzonego (streszcz. zbior.). Streszczenia pojedyncze i oceny książek. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Z. SZYMANOWSKI. Sanochryzyna (Kore pondencja). — J. BUJALSKI. Naczelne władze sanitarne po zniesieniu Ministerstwa Zdrowia. — J. SĘCZYC. Uwagi w sprawie nowelizacji ustawy o Kasach Chorych i o ich reorganizacji. — J. BUJALSKI. Dzisiejsza organizacja lecznictwa a proletaryzacja stanu lekarskiego. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: Z. BYCHOWSKI. Le pronostic et le traitement de l'épilepsie. — L. E. BREGMAN. Sur la thérapie des néoplasmes du cerveau au moyen des rayons X — J. MERENLENDER. Cutis verticis gyrata. — ROSNER. Sur les douleurs „tenaces“ rhumatismales des jambes. — J. BABECKI. Les cliniques „diagnostiques“ dans les Etats Unis (Feuilleton). — E. BEMSKI. Les nouvelles conceptions sur certains problèmes concernant la syphilis héréditaire (rev. gén.). — Z. SZYMANOWSKI. La sanochryzine (Correspondance). — J. BUJALSKI. Les pouvoirs sanitaires après la liquidation du Ministère de la Santé. — J. SENCZYC. Quelques remarques concernant la novation de la réglementation de la Caisse des Malades et sa réorganisation. — J. BUJALSKI. L'organisation du secours médical et la prolétarianisation des médecins.

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

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

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

www.dlibra.wum.edu.pl