

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 3

WARSZAWA, 31 MARCA 1925 R.

Rok II

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O astenji wieku dziecięcego. *)

podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Każdy, kto w ciągu ostatnich lat kilku miał do czynienia z większą liczbą dzieci, nie mógł nie stwierdzić szeregu objawów chorobowych, które do niedawna spotykały się jedynie wyjątkowo, i o których rzadko tylko można było znaleźć wzmianki w odnośnym piśmiennictwie. Wiele z tych objawów składane bywa na karb neuropatii, które to pojęcie objęło stopniowo w pedjatrii nader szerokie tereny i stało się wyrazem, używanym dla określenia całego szeregu rozmaitych skarg i symptomów subiektywnej przeważnie natury. Jednakże nie ulega wątpliwości, że do tych objawów zaliczane bywają i takie, które w istocie posiadają mocne podłoże w zasadniczych właściwościach ustroju i dają się zszeregować do pewnego określonego typu. Otóż znaczna część dzieci, które bardzo często uważane są za neuropatów ze względu na zespół zachodzących u nich objawów chorobowych, stanowi typ ustrojowy, opisany przed laty trzydziestu przez Stillera pod nazwą astenji, ale w piśmiennictwie pedjatrycznym uwzględniany nieco dopiero w ciągu paru lat ostatnich.

Typ ustrojowy, który Stiller¹⁾ nazwał mianem astenika, w klasycznej swej postaci przedstawiał się jako wysoko wyrosnięty, chudy typ osobnika z długą szyją, wąską, płaską klatką piersiową, wąskim górnym otworem piersiowym, szerokimi międzyżebrowymi i ostrym kątem nadpępkowym. Do dalszych cech tego typu ustrojowego zaliczał, jak wiadomo, Stiller słabą, o małym napięciu muskulaturę, opadnięte wnętrzności brzuszne, skłonność do niestrawności i sokotok żołądkowy, małe wymiary serca, wolne żebro X, wrodzoną słabość układu nerwowego. Stiller odróżnia samą budowę asteniczną (*habitus*) od takiejże choroby — *morbus asthenicus*, która rozwija się na danym tle ustrojowym. Na szereg podobnych zbroczeń somatycznych wskazywał również swego czasu Zieliński²⁾, łącząc je z usposobieniem gruczołowym.

Ta to anomalja ustrojowa, a przede wszystkim zespół objawów chorobowych zaczął w ostatnich paru latach zwracać na siebie uwagę pedjatrów. Jedni, jak Kleinschmidt³⁾ i Wetzel³⁾ starają się przede wszystkim określić możliwie ściśle osobliwości budowy, drudzy — jak Szperk⁴⁾ i Göppert-Langstein⁵⁾, akcentują właściwości czynnościowe u dzieci-asteników. Otóż nie ulega dziś wątpliwości, że bardzo często możemy stwierdzić typowe objawy astenji układu nerwowego u dzieci, u których nie znajdujemy ani śladu

właściwej budowy astenicznej, które nawet mogą wykazywać doskonały stan odżywiania. Toż samo tyczy się ustrojowej niedomogi układu naczyniowego, którą również nierzadko napotyka się bez znanych powszechnie oznak astenji. I to właśnie, jak słusznie zaznacza Schiff⁶⁾, stanowi o trudności ścisłego odgraniczenia astenji, jako odrębnej postaci ustrojowej u dzieci, u których coraz częściej spotykamy astenję nerwową i naczyniową.

Jak bardzo szeroko ujmują dzisiaj niektórzy pierwotne Stillero wskie pojęcie astenji, tego dowodem są np. poglądy Benjamina⁷⁾, który ten typ ustrojowy u dzieci charakteryzuje tak, że znajduje w nim oznaki prawie wszystkich anomalji konstytucyjnych, że widzi w nim rodzaj „pandiatezy“ (Pfaundler⁷⁾). Nie stwierdza przytem Benjamin, aby nieodzowną cechą astenji było wolne żebro dziesiąte, co dla Stillera jest cechą kardynalną wprowadzonego przezeń pojęcia. To samo również o tym objawie twierdzi Kleinschmidt, który przy swych ścisłych badaniach nad znaczną liczbą dzieci nie zdołał w ogólności skonstataować stałości i innych cech charakterystycznych Stillera. Takie poglądy na niestałość i małoważność Stillero wskiej *costa declinata fluctuans* zgadzają się w zupełności z współczesnymi poglądami anatomicznymi, które ową cechę kardynalną astenji uważają za „cechę normalną i progresywną“ (Loth⁸⁾).

Badając ambulatoryjnie w ciągu ostatnich trzech lat znaczną liczbę dzieci w wieku szkolnym, doszedłem do wniosku, że przeważna ich część zjawia się ze skargami, tyjącami się właśnie dziedziny wspomnianej powyżej „astenji nerwowej i naczyniowej“. I pacjenci i ich matki skarżą się więc przede wszystkim na zmęczenie, wywołwane zarówno zajęciami w szkole, jak bieganiem i ćwiczeniami fizycznymi. Często przy niewielkiem zmęczeniu cielesnym zjawia się duszność, uczucie bicia serca; bardzo pospolitym objawem są różnego rodzaju i natężenia bóle w okolicy serca. Zdarzają się wypadki omdleń bez widocznej przyczyny, i z tego powodu dzieci bywają odsyłane ze szkoły. Powszechną skargą matek tych pacjentów jest nerwowość we wszystkich odcieniach, a nieledwie stałą zupełny brak łaknienia.

Przy badaniu mamy przed sobą w ogromnej większości przypadków ów właśnie powyżej opisany typ Stillero wski z charakterystyczną klatką piersiową, z wybitnie przeważnie zaakcentowanym zmniejszonym napięciem muskulatury, z tu i owdzie stwierdzonym wolnym żebrem dziesiątem. Prawie zawsze cechuje pacjentów większy lub mniejszy stopień anemji pozornej, dermatografizm, przyspieszona czynność serca, słabe napięcie tętna. Obok tych wszystkich objawów u mniej więcej 90% takich osobników mogłem stwierdzić w rozmaitym stopniu zaznaczony objaw Chwostka, na który od lat trzech zwracałem szczególną uwagę.

1) Odczyt wygłoszony w dn. 18 listopada 1924 r. w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim.

Co się tyczy serca, to często zarówno drogą opukiwania, jak i prześwietlania stwierdziłem niewielkie przeważnie powiększenie wymiaru poprzecznego; czasem udaje się wysłuchać szmer systoliczny, szczególnie wyraźny w postawie leżącej pacjenta; rozszerzenie serca występuje przeważnie u dzieci pomiędzy 11 a 14-ym rokiem życia. Oprócz tego spotyka się tu „małe“ serce oraz jako ustrojową właściwość słabo wypełnione, nitkowate prawie tętno.

Zważywszy wszystko we wstępie powiedziane, należałoby się zastanowić, czy dzieci o powyższych objawach chorobowych ma się prawo wyodrębnić i objąć mianem: asteników? Wielu lekarzy zaliczyłoby ich niewątpliwie do neuropatów, zaakcentowawszy, być może, conajwyżej szczególną chwiejność i nieodomość ich układu naczynioruchowego. Jednakże pewne rozważania pozwalają na takie właśnie rozpoznanie. Zapewne, poszczególnie wzięty każdy z wymienionych objawów daje się stwierdzić u tego czy owego dziecka neuropatycznego, ale ich zespół jest już czemś charakterystycznym dla określonego typu ustrojowego.

Najpospolitsza skarga, brak łaknienia dzieci, jest dziś chlebem powszednim pedjatrii i, jak wiadomo, towarzyszy prawie stale pierwszemu objawom gruźlicy, stanowi też często przejaw dziecięcego negatywizmu⁹⁾. U asteników jednak ma on podłoże swoiste; w r. 1922 Sauer, Minok i Alexander¹⁰⁾ potrafili ćwiec drogą prześwietlań promieniami Roentgena po próbnym śniadaniu, że u dzieci z brakiem łaknienia opróżnienie żołądka często bywa opóźnione, wynosi ono $6 \frac{1}{2}$ godzin, gdy u dzieci z dobrym apetytem wynosi 4 $\frac{1}{2}$. To obniżenie zdolności ruchowej żołądka odpowiada, zdaniem autorów, astenicznym właściwościom dorosłego.

Podobnie i układ naczyniowy dzieci astenicznych posiada swoje swoiste właściwości, które w ostatnich latach udało się stwierdzić drogą badania farmakologicznego. Schiff¹¹⁾ mianowicie dowiódł że typ bladego, o nitkowatym tętnie dziecka nie reaguje wzmnożeniem ciśnienia na zastrzyknięcie adrenaliny, jak to ma miejsce u dzieci normalnych lub też których anemja pozorna polega tylko na chwiejności i wrażliwości układu naczynioruchowego. Badania Schiffa wykazały, że ten asteniczny odczyn naczyniowy jest istotnym piętrem konstytucyjnym i że w nim posiadamy jeden dowód więcej, że nie o neuropatję tu chodzi, lecz o ustrojowe upośledzenie całego układu naczyniowego, którego klinicznym wyrazem jest między innymi bladeść i słabe tętno takich dzieci.

Jeżeli typ astenji dziecięcej posiada istotne głęboko w organizmie tkwiące podłoże, to z każdego względu ważne jest możliwie wczesne rozpoznanie tej anomalji ustrojowej. Aczkolwiek najczęściej i najdobitniej występuje ona dopiero w wieku szkolnym, to jednak wbrew twierdzeniu niektórych autorów, jak Tandler¹²⁾ i Bauer¹³⁾, że astenja objawia się około dziesiątego roku życia, typowe oznaki jej można skonstatować już w okresie niemowlęctwa. Objawy astenji u niemowląt znajdowali Feer¹⁴⁾, Pfundler¹⁵⁾, Finkelstein¹⁶⁾, ale dopiero badania Wetzel¹⁾ fakt ten wskazały i szeroko oświetliły. Na podstawie obfitego materiału kliniki Pfundera dochodzi Wetzel do wniosku, że asteniczne niemowlę wykazuje cały szereg osobliwości zarówno morfologicznej, jak i czynnościowej natury. Dziecko także uderza szczupłością i wysmukłością swojej budowy kostnej, zwłaszcza klatki piersiowej, co daje się nawet wyrazić w pewnym wzorze matematycznym; często można stwierdzić tu wolne żebro dziesiąte, przeważnie silnie zaakcentowana jest ostrość kąta nadpepkowego. W przeciwieństwie do charakterystycznej dla astenji dorosłych hypertonji znajduje się, zdaniem Wetzla, u niemowląt, obarczonych tą anomalią, właśnie wzmoczone napięcie mięśniowe, które obecnie objaśnia się fizykochemicznymi zmianami w dziedzinie przemiany materji w sensie utraty przez organizm składników mineralnych. Obok tych monograficznych cech osesków-asteników uderzają ich właściwości w dziedzinie zaburzeń odżywiania. U wszystkich dzieci, obarczonych skłonnością do chronicznych wymiotów oraz do skurczu odźwiernika, mógł Wetzel zawsze stwierdzić cechy właściwe astenji; również i Finkelstein znajdował nader często oznaki astenji u niemowląt, dotkniętych skurczem odźwiernika. W moim materiale niemowlęcym mogłem zauważyć, że dzieci, cierpiące od urodzenia na skłonność do wymiotów, dzieci, wykazujące nierządno t. zw. idjosynkrazję do mleka kobiecego, które uważane są za obarczone neuropatją, posiadają tę czy inną cechę astenji. Wetzel znalazł, że wszystkie dzieci ze skurczem odźwiernika, które były leczone w klinice Monachijskiej,

wykazały cechy asteniczne i przeważnie pochodziły z rodziców asteników. Tak więc możemy twierdzić, że pod nazwą astenji daje się zgrupować szereg cech ustrojowych wieku dziecięcego, które, aczkolwiek niezawsze związane są z pewnym wyraźnie zaznaczonym typem budowy, to jednak występują bardzo wybitnie w zakresie czynnościowym, przetem często uwydatniają się w sposób uderzający już we wczesnym niemowlęctwie. Przejawy tej anomalji ustrojowej nie dają się przeważnie uchwycić drogą badania fizycznego, a nawet i radiologicznego, które to metody pozwalają nam wnioskować jedynie o stosunkach statycznych, a w danym przypadku idzie o zmniejszoną sprawność czynnościową organów, o zagadnienie natury biologicznej.

Objawem, który prawie bez wyjątku mogłem skonstatować u badanych dzieci — asteników, był wyżej wspomniany symptom Chwostka. On to doprowadził mnie stopniowo do zwrócenia szczególnej uwagi na opisany zespół objawów; podobnie i Sperk w pracy, ogłoszonej w r. 1914, podaje, że objaw Chwostka i dla niego również był punktem wyjścia do studjów nad nieodmą ustrojową dzieci. Objawowi Chwostka w najnowszym piśmiennictwie pedjatrjcznym przypisuje się daleko szersze i głębsze znaczenie, aniżeli to miało miejsce dotychczas, gdy uważano go za wyraz tęczyki dzieci małych lub neuropatji starszych. Tak Stheeman¹⁸⁾ wykazał, że objaw Chwostka u dzieci w wieku późniejszym zbiega się nader często z osłabieniem, z bezsilnością najważniejszych narządów biologicznych organizmu dziecięcego, mianowicie ogólnego rozwoju, trawienia i czynności układu nerwowego (adynamia chylica, trophica i nervosa), które występują w najrozmaitszych kombinacjach i natężeniu. Te stany chorobowe występują przeważnie w wielkiej grupie typów konstytucyjnych, które, zdaniem Stheemana, polegają na upośledzeniu wrodzonym. Stheeman na podstawie określeń wapnia we krwi przypuszcza, że ta ogólna i miejscowa adynamja w powyższych typach ustrojowych jest wyrazem pewnego zubożenia organizmu w sole wapniowe; a terapia również zdaje się w zupełności potwierdzać to przypuszczenie. Objaw Chwostka jest nader czułym odczynnikiem uszczupionej zawartości wapnia w organizmie, tej adynamji; jest to, jak się wyraża Stheeman, „stygmat bezwapniowy“ (kalzoprives Stigma). Uważa autor ten, że owa adynamja jest jednym z najbardziej charakterystycznych objawów astenji Stillera, młodzieńczą postacią tego typu ustrojowego. Jak neurapatyczne, tak też i asteniczne dzieci w znacznej części wykazują typ bezwapniowej konstytucji, której objawy stwierdzić można w dziedzinie czynności odżywczych, nerwowych i gruczołowych w najszerszym znaczeniu tego pojęcia.

Zwracając stale uwagę na obecność objawu Chwostka u wszystkich dzieci astenicznych i stosując od paru lat w szerokich rozmiarach leczenie wapniem takich pacjentów, stwierdziłem w ogromnej większości przypadków znaczną poprawę stanu ogólnego, przetem równoległe do tej poprawy zmniejszał się, względnie znikał objaw Chwostka.

Tak więc zważywszy wszystko powyżej powiedziane, dochodzimy do wniosku, że w astenji poza typem ustrojowym, związanym z charakterystyczną, przez Stillera opisaną budową osobnika, mamy do czynienia z pewnymi czynnościowymi zmianami w organizmie, których natura dopiero dzięki badaniom z paru lat ostatnich zaczyna nam się stopniowo wyjaśniać. Jeśli znaczenie soli wapniowych dla organizmu dziecięcego w warunkach fizjologicznych i patologicznych znane jest już od szeregu lat, to dopiero w ostatnich czasach przez stwierdzenie związku, jaki zachodzi w organizmie między działaniem jonów wapnia, sodu i potasu a działaniem nerwów błędnego i współczulnego, znalazło ono szerszą podstawę. Dowiadcznienia Zondeka, Krausa i Dillingera dowiodły, że stan układu nerwowego wegetacyjnego i koncentracja jonów wapniowych we krwi ściśle są ze sobą związane. Z badań Zondeka¹⁹⁾ wynika, że istota zaburzeń czynnościowych w organach polega zawsze na nienormalnej pobudliwości nerwu błędnego lub współczulnego, jest więc ostatecznie naruszeniem fizjologicznej kombinacji elektrolitów; zdaniem Zondeka, jednym z dowodów tego jest skuteczność terapii wapniowej w wago-tonji. Podobnie i Kraus²⁰⁾ dochodzi do wniosku, że elektrolity posiadają pierwszorzędne znaczenie dla funkcji żywotnych, że normalna pobudliwość tkanek zależy od obecności i określonego stosunku jonów sodu, potasu, wapnia i magnezu jak to już dowiedli Loeb i Hoerber; według Krausa kombinacja elektrolitów i rów-

nowaga jonów są wielkiej wagi czynnikiem konstytucyjnym. Z badań G l a s e r a³⁰⁾ wynika, że w niektórych nerwicach czynnościowych dają się stwierdzić wahania zawartości wapnia w surowicy, które, zdaniem tego autora, zależą od zmian w napięciu nerwów błędnego i współczulnego.

Badania nad zaburzeniami w zakresie układu nerwowego wegetacyjnego u dzieci są dopiero w zaciątku; z tego wszakże, co dotychczas wiemy, możemy wnioskować, że znaczna część objawów astenicznych tutaj znajduje swoje objaśnienie, a niedawne prace na drodze farmakologicznej w zupełności to potwierdzają. Tutaj należą badania M e n s i e g o²¹⁾ nad teorią E p p i n g e r a i H e s s a w zastosowaniu do kliniki wieku dziecięcego, oraz U s e n e r a²²⁾, który niedawno wystawił trzy grupy nerwic układu nerwowego wegetacyjnego; z nich na pierwszym miejscu stoi ogólna nerwica w zakresie układu nerwowego autonomicznego, uwarunkowana neuropatyczno-astenicznym stanem układu współczulnego, na drugim rodzaj wagotonji lokalnej w znaczeniu E p p i n g e r a i H e s s a, na trzecim — zaburzenia i schorzenia naczynioruchowe, uwarunkowane układem współczulnym, przytem rozróżniać tu należy z jednej strony stany osłabionego unerwienia, jak np. skłonność do omdleń, z drugiej zaś stany kurczowe w zakresie unerwienia współczulnego, jakimi są prawdopodobnie ataki epilepsji, migreny i obrzęki naczynioruchowe.

Obok tych badań doświadczalnych najnowsze prace kliniczne podkreślają również znaczenie zaburzeń wegetacyjnych w wieku dziecięcym, że wspomnę na tem miejscu B a l i n t a²³⁾, który szereg objawów chorobowych u dzieci, jak napadowe bóle brzucha, głowy, skłonność do podniesienia ciepłoty, braku łaknienia, łączy z nadmierną pobudliwością układu błędnego i podkreśla doskonałe wyniki lecznicze przy stosowaniu chlorku wapnia z atropiną, jako środków, zmniejszających tę pobudliwość. Obok tego należy przytoczyć pracę prof. F e e r a o „osobliwej nerwicy układu wegetacyjnego u małego dziecka“²⁴⁾; i F e e r a również uderza zjawiająca się w ciągu lat ostatnich dość znaczna liczba pacjentów z osłabieniami i typowymi objawami, jak zaburzenia snu i psychiki, obrzęki kończyn, wysypki skórne, zmęczenie, osłabienie napięcia mięśniowego, uderzające przyspieszenie tętna, stałe wzmoczenie ciśnienia krwi; stosowanie wapnia i w tych przypadkach daje bardzo dodatnie wyniki. Dla dopełnienia przytoczę tu jeszcze pracę L u b o w s k i e g o²⁵⁾, który u dorosłych stwierdził również wyraźną zależność ustępowania objawów astenicznych od podawania wapnia, oraz pracę francuskich pediatrów L e m a i r e a i O l i v i e r a²⁶⁾, którzy u niemowląt z objawami skurczu odźwiernika znajdowali objaw C h w o s t k a i skłonność do drgawek, a po podaniu chlorku wapnia osiągnęli zupełne wyzdrowienie.

Wszystkie powyższe podane zestawienia objawów klinicznych i danych doświadczalnych pozwalają połączyć w jedną całość różne symptomy chorobowe, powiązać jednym łańcuchem odległe napozór okresy rozwojowe dziecka i obok pewnych anomalji budowy podać, jako podłoże tkwiące w ustroju, subtelne zaburzenia czynnościowe.

Pozostaje jeszcze zastanowić się nad zagadnieniem, jaką rolę grają w powstawaniu astenji czynniki dziedziczno-konstytucyjne, a w jakim zakresie mogą działać wpływy zewnętrzne. Aczkolwiek nie ulega wątpliwości, że ta anomalia ustrojowa jest przede wszystkim dziedziczna, że, zdaniem L e n z a²⁷⁾, dziedziczność ta jest charakteru panującego, a jak chce K. H. B a u e r²⁸⁾, należy astenja do szeregu dziedzicznoustrojowych schorzeń mezo-chymy, to jednak na coraz częstsze występowanie czynnościowych przede wszystkim objawów „adynamji“ wpływają prawdopodobnie różne okoliczności zewnętrzne, związane z warunkami życia i wychowania dzieci. W szczególności w naszych warunkach rozważania te powinny mieć wielkie znaczenie. Jeżeli bralibyśmy pod uwagę czynniki dziedziczno-konstytucyjne, przejawiające się w coraz to częstszym występowaniu zewnętrznych, anatomicznych cech danego typu, to możnaby dojść do wniosku, że mamy przed sobą oznaki pewnego zwyrodnienia rasowego; eugenika miałaby tu przed sobą wielkie pole działania. Niepodobna jednak odrzucić znaczenia czynników zewnętrznych, wśród których jedno z najpierwszych miejsc zajmuje przeciążenie szkolne. Tak więc zagadnienie astenji dziecięcej obok strony lekarskiej posiada jeszcze znaczenie daleko ogólniejsze, wkraczając w dziedzinę higieny rasy oraz pedagogiki.

Z punktu widzenia leczniczego i zapobiegawczego jest

dla lekarza niezmiernie ważne możliwie wczesne rozpoznanie astenji; już w wieku niemowlęcym rozpoznanie to może być wprawdzie przewodnią przy normowaniu odżywiania, jak np. wprowadzanie bardziej skoncentrowanego pokarmu E s c h e r i c h a i P f a u n d l e r a; we wczesnym dzieciństwie, być może, duże znaczenie ma dla zwalczania słabości mięśniowej i wysmukłości kośćca wczesne stosowanie racjonalnej gimnastyki; jak twierdzi np. B i e r²⁹⁾ „astenja może być usunięta przez harmonijne ćwiczenie“. Przedewszystkiem zaś należy mieć na oku od pierwszych chwil życia wrażliwy układ nerwowy dziecka i usuwać z otoczenia jego wszelkie czynniki szkodliwe; w wieku szkolnym zwracać baczną uwagę na wyżej wspomniane przeciążenie nauką szkolną. Co się tyczy leczenia w znaczeniu ścisłym, to biorąc pod uwagę powyższe wywody teoretyczne, należy w odpowiednim czasie stosować długo i w dostatecznej ilości sole wapnia, nie mówiąc już o środkach wzmacniających w ogólności.

Piśmiennictwo.

- 1) Stiller. Grundzüge der Asthenie. Stuttgart. 1916.
- 2) Kleinschmidt. Zur Lehre vom Habitus asthenicus im Kindesalter, Monatschrift f. Kinderheilkunde. Tom 25, rok 1923.
- 3) Wetzel. Die Stillersche Konstitutionsanomalie (Asthenia universalis congenita) im Säuglingsalter. Münch. Med. Woch. 1922, Nr. 35.
- 4) Sperk. Ueber das schwache Kind, Wiener Klin. Woch. 1914, Nr. 8.
- 5) Goepfert - Langstein. Prophylaxe und Therapie der Kinderkrankheiten, Berlin 1920.
- 6) Schiff. Das asthenische Kind, Monatschr. f. Kinderheilkunde, T. 24, 1923.
- 7) Benjamin. Beobachtungen über Asthenie im Kindesalter, Münch. Med. Woch. 1923, Nr. 37, str. 1189.
- 8) Loth. Teorja konstytucjonalizmu a współczesne poglądy na normalną budowę człowieka. Medycyna Doświadczalna i Społeczna. 1924, zeszyt 1—2.
- 9) Pr. Heller. Paedagogische Therapie f. praktische Aerzte. Berlin 1914, str. 160.
- 10) Sauer, Minok i Alexander. Magenbefunde bei Kindern mit Anorexie. Journ. of the amer. med. assoc. 79, Nr. 3, 1922. Refer. Monatschr. f. Kinderheil. T. 26, 1923.
- 11) Schiff. Asthenische Gefäßreaktion als Konstitutionelles Stigma bei Kindern Mediz. Klinik. 1922, Nr. 7.
- 12) Tandler. Konstitution und Rassenhygiene. Zeitschrift f. angewandte Anatomie und Konstitutionslehre 1913. Tom I, zeszyt I.
- 13) Bauer. Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten. Berlin 1917.
- 14) Feer. Diagnostik der Kinderkrankheiten. Berlin 1921.
- 15) Pr. Feer. Lehrbuch der Kinderheilkunde. Wyd. 9.
- 16) Finkelstein. Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. Berlin 1921.
- 17) l. c.
- 18) Stheemann. Adynamie und Blutkalkspiegel (die calprive Konstitution). Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Tom 94, 1921.
- 19) Zondek. Untersuchungen über das Wesen der Vagus und Sympathicuswirkung. Deut. M. Woch. 1921, Nr. 50.
- 20) Fr. Kraus. Ueber die Wirkung des Kalziums auf den Kreislauf. Deut. Med. Woch. 1920, Nr. 8.
- 21) Mensi. Endokrines System und vegetatives Nervensystem in der Klinik der Kinderkrankheiten. Monatschr. f. Kinderheil. T. 25, 1923.
- 22) Usener. Zur Kenntnis des vegetativen Nervensystems. Monatschr. f. Kinderheil. 1924. Tom 27.
- 23) Balint. Beitrag zur Behandlung der vegetativen Störungen im Kindesalter. Fortschr. d. Medizin 1922, Nr. 13. Referat w Monatschr. f. Kinderheil. 1923. T. 26.
- 24) Feer. Eine eigenartige Neurose des vegetativen Systems beim Kleinkinde. Ergebnisse der inner. Mediz. und Kinderheilkunde. Tom 24, 1923.
- 25) Lubowski. Der Serumkalkspiegel bei Asthenie. Deut. Med. Woch. 1923, Nr. 21.
- 26) Lemairo i Olivier. Le Nourisson, 1922, Nr. 5, Referat w Monatschr. f. Kinderheil. 1923. T. 26.

- 27) Por. Lenz, Baur i Fischer. Menschliche Erblchkeitslehre. Monachjum 1921.
 28) K. H. Bauer. Erbkonstitutionelle „Systemerkrankungen“ und Mesenchym. Klin. Wochenschrift 1923, N. 14.
 29) Bier. Gymnastik als Vorbeugungs- und Heilmittel. Münch. Med. Woch. 1922, Nr. 27.

30) Glaser. Ueber Schwankungen des Kalkgehaltes im Blutserum bei funktionellen Neurosen. Medizinische Klinik 1924, Nr. 36.

31) E. Zieliński. O zboczeniach w budowie ciała suchotników. Gazeta Lekarska 1900, Nr. 45.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału wewnętrznego Szpita. Dz. Jezus w Warszawie.
 (Ordynator: Dr. J. SKŁODOWSKI).

Insulina w praktyce *)

Podali

Dr. A. W. KAPŁAN (Warszawa)

i Dr. J. KONOPNICKI (Warszawa).

Na oddziale mieliśmy od kwietnia r. 1924 8-miu chorych na cukrzycę. W 5-ciu przypadkach stosowaliśmy insulinę, w 2-ch, u ludzi starszych i otyłych, opanowaliśmy cukromocz przy pomocy samej diety, w ostatnim wreszcie nie stosowaliśmy insuliny z powodu daleko posuniętej rozpadowej gruźlicy płuc.

Leczenie insuliną, choć stosowane od niedawna, ulegało i ulega ciągłym zmianom, wobec czego, nie uważając naszych badań za zakończone, pragniemy tylko podzielić się dotychczasowymi wynikami, kładąc główny nacisk na dokładny opis przypadków. Możemy przytem potwierdzić, że wprowadzenie insuliny do terapii cukrzycy nietylko nie ułatwiło leczenia tej choroby, lecz wymaga od lekarza jeszcze dokładniejszej znajomości diety, niż poprzednio. Insulina, będąc pierwszorzędnym środkiem leczniczym nie usuwa przyczyny choroby, ale szybko i skutecznie, aczkolwiek przemijająco, opanowuje najgłośniejsze jej przejawy. Działanie jej można porównać z działaniem tyreoidyny w śluzoobrzęku.

Przechodzimy do stosowania jej na oddziale. Po zbadaaniu chorego wyznacza mu się dietę dobową, zawierającą ograniczoną ilość węglowodanów i białka. Najpraktyczniejszym i najłatwiejszym okazał się na oddziale następujący sposób postępowania: choremu wyznaczamy przede wszystkim zielone jarzyny (szpinak, kapusta, kalafior, ogórki, pomidory i t. p.) w ilości dość obfitej, średnio 400—600 gramów. Przy gotowaniu jarzyn, które, jak i wszystkie innopotrawy dla djabetyków, siostra przyrządza oddzielnie w kuchence oddziałowej, odlewa się dwukrotnie wodę; pozostała wówczas w nich zawartość węglowodanów nie przenosi podług Umbra 2,5%, co pozwala przy nieznacznej ilości w nich białka praktycznie nie brać jarzyn wcale w rachubę. Węglowodany dajemy w postaci kartofli ze względu na dość znaczną pojemność i dogodnie obliczanie (100 gr. surowych lub gotowanych kartofli zawiera 20 gr. węglowodanów); białko w postaci jaj. (Jedno jajko = 6,3 gr. białka i 4,9 gr. tłuszczu).

Oprócz tego dajemy 100 gr. śmietanki lub mleka, jako dodatek do kawy lub herbaty.

Naogół proponujemy wyznaczyć choremu w przypadku średniej ciężkości diety dość skąpą, zawierającą od 25—35 kal. na kilogram wagi; białka około 0,75 gr. na klg., węglowodanów, nie licząc jarzyn, około 50 gr., resztę kaloryj uzupełniamy tłuszczem.

Djeta dla chorego wagi około 60 kilo przedstawiać się będzie następująco:

	W.	B.	Tł.	Kal.
500 gr. jarzyn	—	—	—	—
200 gr. kartofli	40	—	—	180
7 jaj	—	44	34,3	490
100 gr. mleka lub śmietanki	4,5	3,5	3,2	65
tłuszczu równowartość 1500—735 C. = 765				
	ca 45	48	115	1500

Rosół, kawa, herbata w sacharyną, lemoniada—dowolnie. Powyższa dieta da się później indywidualnie urozmaicić przez odpowiednią zamianę potraw wedle tablic (co do ilości węglowodanów, białka i ogólnej wartości kalorycznej).

*) Wygłoszone na posiedzeniach klinicznych lekarzy szpitala Dzieciątka Jezus w dniach 12.X i 14.XII.1924 r.

Przy tej diecie w przeciągu najbliższych dni poznajemy, czy chory ma dodatni lub ujemny bilans, i staramy się ustalić stopień tolerancji jego dla węglowodanów, względnie i białka.

Początkową dietę odpowiednio do stanu chorego uzupełniamy następnie przez wprowadzenie dni głodowych, jarzynowych (kalorycznie również bardzo skąpych), jarzynowo-tłuszczowych (według Petréna i Falty), kleikowych, rzadziej mlecznych¹⁾. Okres ten zwykle wystarcza do znacznego odcukrzenia chorego, i wtedy dopiero przystępujemy do leczenia insuliną.

Chorego waży się codzień naczecz po oddaniu moczu. Po osiągnięciu pewnej równowagi (co do wagi, diurezy, glikozurji dobowej) określamy naczecz glicemję, przyczem zaznaczamy, że w dalszym ciągu wystarczy 2—3 krotne badanie jej na tydzień. W moczu, zbieranym od 8-ej rano do 8-ej rano dnia następnego, określamy codziennie ilość, ciężar gatunkowy, cukier i aceton ilościowo, kwas aceto-octowy jakościowo.

Insulinę stosowaliśmy naszą PZH oraz angielską A. B., przyczem zaznaczamy, że zasadniczej różnicy co do skuteczności obu tych preparatów nie stwierdziliśmy; 2 razy tylko mieliśmy do czynienia z preparatem PZH słabszym, który, jak się okazało, przeleżał w składnicy miejskiej przeszło 4 miesiące. Stosowaliśmy go przeważnie 2 razy dziennie śródmięśniowo w pośladki, a w przypadku śpiączki dożylnie. Całą ilość wyznaczonych węglowodanów chory również spożywał w dwóch porcjach w pół godziny po zastrzyku.

Co do dawkowania, to zaczynaliśmy od ilości mniejszej, jak np. 2 razy po 10 jednostek, stopniowo powiększając dawkę aż do ilości, przy której nastąpiło maximum działania. Ogólnej reguły ustalić się tu nie da, należy ilość w każdym przypadku doświadczać wypróbować. Naogół wystarczało od 40—60 jednostek dziennie; podwyższenie, nawet znaczne, tej dawki nie zwiększało jej skuteczności (p. przyp. II okr. 2 i 3). Wyrażnych objawów hypoglicemji nie mieliśmy. Jeden tylko chory (przyp. III) skarżył się na silne bóle głowy i niepokój, występujący w parę godzin po zastrzyknięciu insuliny, zwłaszcza w nocy. Objawy te dały się usunąć przez podawanie tejże dobowej ilości insuliny w trzech, względnie czterech porcjach z odpowiednim podziałem węglowodanów.

Leczenie insuliną stosowaliśmy przeciętnie od 4-ch do 6-cu tygodni. Myślą przewodnią było nie to, aby choremu narazie umożliwić spożycie większej ilości węglowodanów i wogóle pokarmów, lecz, aby przy skąpej diecie powiększyć jego tolerancję węglowodanową, a może też i ogólnie kaloryczną w znaczeniu, użytym przez Thannhausera i Tischerhausera i dać tem samem wypoczynek trzustce²⁾. Przy

¹⁾ Celem skuteczniejszego opanowania ketonurji w przypadku III, chcieliśmy zastosować, zamiast zwykłego tłuszczu, tłuszcz syntetycznie otrzymany, t. zw. intarwinę. Tłuszcz ten wprowadzony do terapii przez Maxa Kahna; o nieparzystej liczbie atomów węgla, ma spalać się w ograniczonym, nie dając ciał ketonowych. Niestety, wobec wstrętnego smaku tego preparatu, nie dało się chorego nakłonić do spożywania go.

²⁾ Autorzy ci w pracy swej Zur Theorie und Therapie des Diabetes mellitus und der Acidosis, Münchner med. Woch. Nr. 41, 42, 1924 r. m. in. dowodzą, że zdolność chorego na cukrzycę do zasymilowania określonej ilości węglowodanów i białka zależy nietylko od rodzaju—jakości spożytych potraw, ale i od ogólnej ich wartości kalorycznej, czyli inaczej spala się ta sama ilość węglowodanów i białka przy diecie obfitej, a inaczej przy skąpej. Przekonałiśmy się zresztą o tem podczas wojny np. w Niemczech, gdzie liczba djabetyków przy ogólnym ograniczeniu spożycia znacznie zmalała

wyjściu ze szpitala dawaliśmy każdemu choremu szczegółowy przepis dalszej diety, jeden dzień głodowy i jeden jarzynowo-tłuszczowy w tygodniu. Prócz tego zalecaliśmy dwa razy w tygodniu jednorazowe zastrzyknięcie po 30 jednostek insuliny.

We wszystkich naszych przypadkach stwierdziliśmy szybki spadek glicemii, acetonurji i zniknięcie kwasu octowego w moczu. Spadek glikozurji następuje później i wymaga większych dawek insuliny oraz znaczniejszego ograniczenia węglowodanów. Tem też da się wytłumaczyć rzekome rozkojarzenie działania insuliny w stosunku do poszczególnych objawów cukrzycy, na co wielu autorów zwróciło już uwagę.

Przy tej okazji chcieliśmy podkreślić, że nie należy sądzić o stanie chorego lub ciężkości przypadku na podstawie wysokości jednej tylko glicemji, gdyż glicemja przedewszystkiem zależy od ilości spożytych poprzednio węglowodanów.—Ciekawe są pod tym względem badania z kliniki Umberta, gdzie przeprowadzono próby czynnościowe na glicemję, dające szybki i dokładny pogląd na tę sprawę. Choremu naczeczko podaje się pewną ilość węglowodanów, poczem w przeciągu 2-ch godzin, co pół godziny bada się jego glicemję. U zdrowego krzywa podnosi się w ciągu pół godziny i opada do poprzedniej wysokości po dwóch godzinach, zaś u djabetyka krzywa glicemii w przeciągu całego tego czasu powoli się wznosi.

Wprowadzone przez Chabanier, Lobo—O'Neill i Leberta pojęcie współczynnika nerkowego, t. zw. próg nerkowy dla cukru praktycznie nie ma większego znaczenia, gdyż jest nawet u jednego i tego samego chorego wartością zmienną. Jak to można widzieć w przyp. III okr. 1. Przy stałej diecie i glicemji —0,28%, glikozurja wynosi 120—180 gr., zaś w kilka dni potem przy tejże diecie i glicemji—0,11% po insulinie glikozurja = 150 gr.

Niezmiernie ważna jest obserwacja wagi i diurezy. Większe wahania wagi są niekorzystne, gdyż spadek jej świadczy o rozpadzie białka, o czem przekonaliśmy się także porównyując stosunek azotu w moczu do azotu, wprowadzonego w potrawach, zaś szybki wzrost wskazuje na zatrzymanie wody.

Znaczna diureza w związku ze wzmocnionem pragnieniem jest nie tylko następstwem zwiększonego wydzielania cukru i glicemji, lecz świadczy o ciężkości przypadku i jest w myśl badań Allena wyrazem utraty zdolności tkanek do zatrzymania wody. Wpływ insuliny polega na podniesieniu tej zdolności, a niekiedy insulina powoduje nawet obrzęki. Jak widzimy w przy. III, okr. I i 3, chory wydzielił tę samą ilość cukru w dwóch i pięciu litrach moczu, i krzywa diurezy jego podnosiła się równolegle z ogólnem pogorszeniem się jego stanu.

Najlepsze wyniki mieliśmy w tych przypadkach, gdy chory powoli i stopniowo przybierał na wadze (przyp. drugi i trzeci w okresie drugim).

Przypadek I. G. J., 31 lat, wyrobnik rolny, w szpitalu od 10.V do 15.VI.

Chory od dwóch miesięcy. Od m-ca musiał przerwać prace; w dzieciństwie przeziębienie; w wojsku uległ ciężkiej kontuzji. Luem negat.

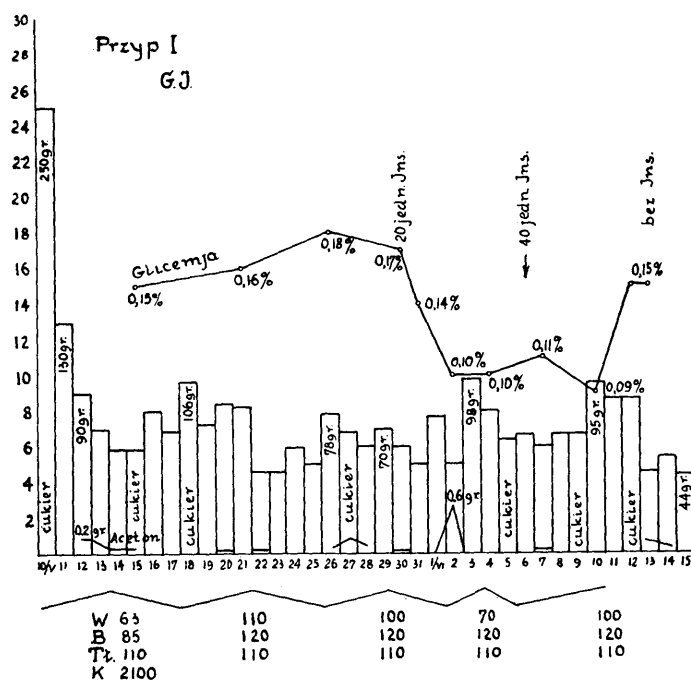
Bud. praw., odżywianie bardzo liche. Skóra biała, sucha, wiotka. Stan bezgorączkowy. Język lekko obłożony. Przytłumienie nad lewym szczytem, wydech szorstki, bez rzeżeń. Tętno serca czyste, nuls 60 miarowy. Organy brzuszne bez zmian. Brak odruchów kolanowych. Dno oka bez zmian. Odczyn Wassermana ujemny.

Widzimy:

- 1) Bilans dodatni, bliski zera. Glicemja nieznaczna. Acetonurja minimalna, a więc przypadek, dający się opanować samym leczeniem dietetycznym. Na wyraźne żądanie chorego i w celu wypróbowania po raz pierwszy na oddziale insuliny zastosowaliśmy ją. Pod wpływem panujących wówczas obaw, co do hypoglicemji pounsulinowej zastosowaliśmy z wielką ostrożnością małe dawki, jednocześnie podając dość duże ilości węglowodanów.
- 2) Po zastosowaniu insuliny wydatnia się wyraźny wpływ na glicemję, zaś wpływu na glikozurję i ogólne objawy nie osiągnięto wobec stosowania zbyt obfitej diety.
- 3) Diureza początkowo około 4 litr., wkrótce spadła i nie przekraczała 1½ litra na dobę.

Wypisał się w stanie niezłym, bez rzeczowej poprawy.

Przypadek II. S. Z., 48 lat, kolejarz, w szpitalu od 11.VI do 14.VII.



Uwaga do tablic. Cukier dobowy jest oznaczony w formie kolumny, której 1 m.m. wysokości odpowiada 2 gr. cukru (1 cm. = 20 gr.), zaś glicemja, acetonurja i diureza dobowy w formie krzywych, przyczem wysokość rzędnej jest oznaczona dla glicemji 0,01% = 3 mm.; aceton 0,1 gr. = 2 mm.; diurezy 1 ltr. = 2 cm.

Chory od 1½ roku zauważył, że mocz pozostawia na ubraniu białe plamy, co skierowało rozpoznanie w kierunku cukrzycy. Analiza z czerwca ub. r. wykazała ślad białka i cukru. Po zastosowaniu diety z ograniczeniem węglowodanów przez kilka m-cy czuł się dobrze. Od grudnia tegoż roku wskutek nieprzestrzegania diety stan chorego pogorszył się; przestał pracować, cukru w moczu 6%, aceton obecny; w czerwcu b. r. zgłosił się na oddział z prośbą o leczenie insuliną. W dzieciństwie przeżył odrę, przed dziesięciu laty szereg ataków malarycznych, przed 8 laty ciężkie zapalenie otrzewny. W kwietniu b. r. przeżył żółtaczkę bezgorączkową, która po kilkunastu dniach ustąpiła. Przed 20 laty rzeżączka; luem negat.

Bud. praw., odżywianie liche, skóra sucha, blada, język suchy, śluzówka gardzieli lekko zaczerwieniona, brak większej liczby zębów trzonowych. Lekkie przytłumienie nad pr. szczytem, wydech zaostroszony, brak rzeżeń. — Serce bez zmian. Tętno 96, miarowe. Ciśnienie krwi R—R 105—65. Brak obrzęków. Brak odruchów kolanowych i Achillesa. Żrenice nierówne, lewa nieco szersza, reagują na światło i przystosowanie leniwie. Dno oka bez zmian. Wassermana ujemny.

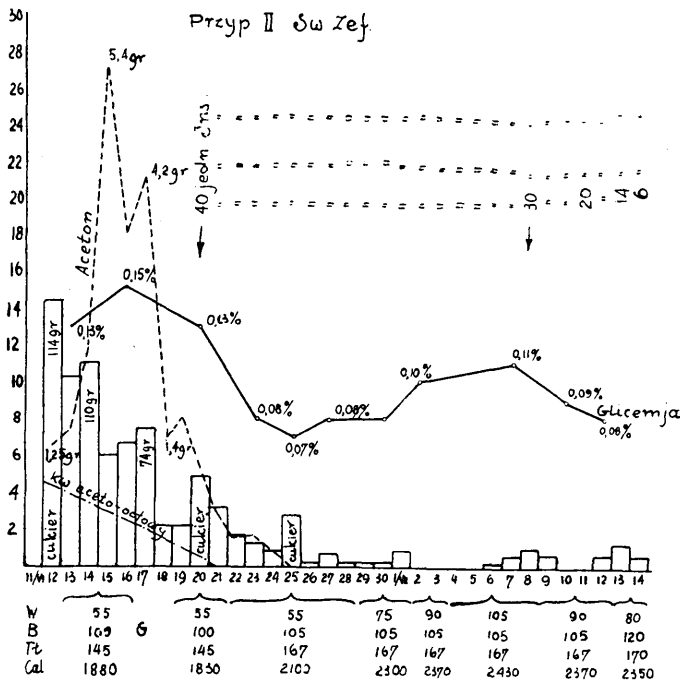
Przy bliższym badaniu widzimy:

- 1) Bilans ujemny. Acetonurja przy dużej ilości spożytego białka, raptownie opada w dniu głodowym i skąpym jarzynowo-tłuszczowym. Umiarkowana glicemja (0,15%).
- 2) Po zastosowaniu 40 jednostek insuliny całkowite zniknięcie kwasu octowego (na 3 dzień), spadek glikozurji, glicemji do 0,07%, bez objawów hypoglicemicznych i na 5 dzień zupełne zniknięcie acetonu.
- 3) Powiększenie ogólnej ilości Kal. z 1800 do 2100 i wyżej wywołało podniesienie glicemji (0,08—0,11%), było więc niepotrzebnem obciążeniem.
- 4) Mimo doprowadzenia glicemji do 0,07% nie było żadnych objawów hypoglicemicznych.

Chory wypisał się w stanie znakomitej poprawy. Przez szereg miesięcy według otrzymywanych wiadomości czuł się b. dobrze, pracował. Insuliny nie używał. Jednak, gdy w listopadzie b. r. z powodu warunków pracy przestał przestrzegać diety, stan jego znacznie się pogorszył; podług ostatniej wiadomości leży w łóżku, chwilami niezupełnie przytomny.

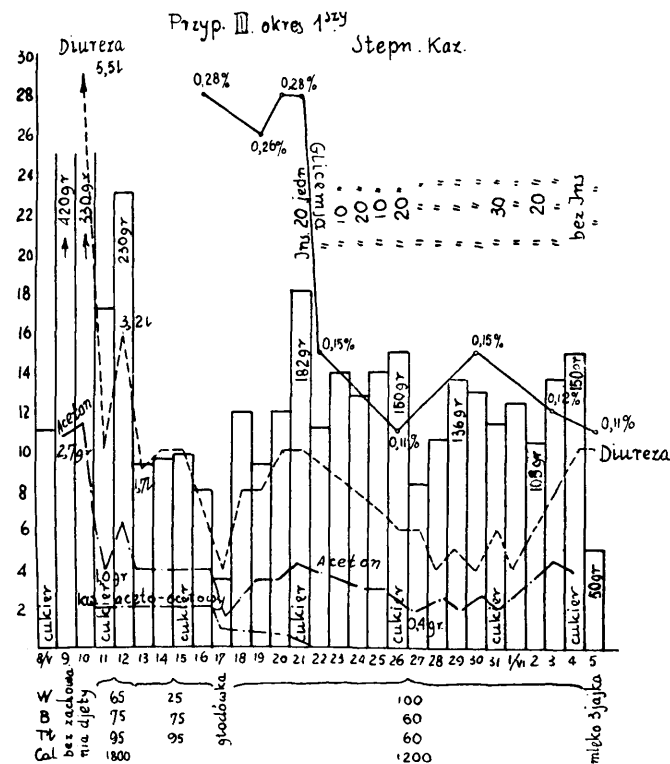
Przypadek III. S. K., 28 lat, monter, w szpitalu od 8.V do 5.VI.

W r. 18 życia zapalenie opłucny, trwające 4 m-ce. W 19 roku życia zapalenie płuc i opłucny—6 m-cy. W 20 roku życia



tyfus powrotny. Od tego czasu często, prawie co 1/2 roku zapada na płuca. 2 m-ce temu dostał gorączki (40°), leczył się na płuca, 3 tygodnie temu miał jakiś „atak sercowy”, przyczem stwierdzono cukier w moczu. Badanie płwociny wykazało kilka laseczników w preparacie. Chory, uprzednio atletycznej budowy, stracił w przeciągu 6-ciu tygodni 24 kg.

St. pr. Budowy prawidłowej, odżywiania średniego, błony śluzowe normalne, gruczołów powiększonych niema. język nieobłożony, tętno miarowe. Płuca: w prawym szczyście wydech wydłużony i pojedyncze świsty. Narząd krążenia, organy brzuszne, odruchy, źrenice—bez zmian Roentgen: lekkie zawołowanie prawego szczytu. Mocz 8.V. 2000 cm³ na dobę. ięzar gatunkowy 1039, białka ślad. Cukru 5,5% = 110 gr. na dobę. Aceton +++ kw. acet. octowy +.



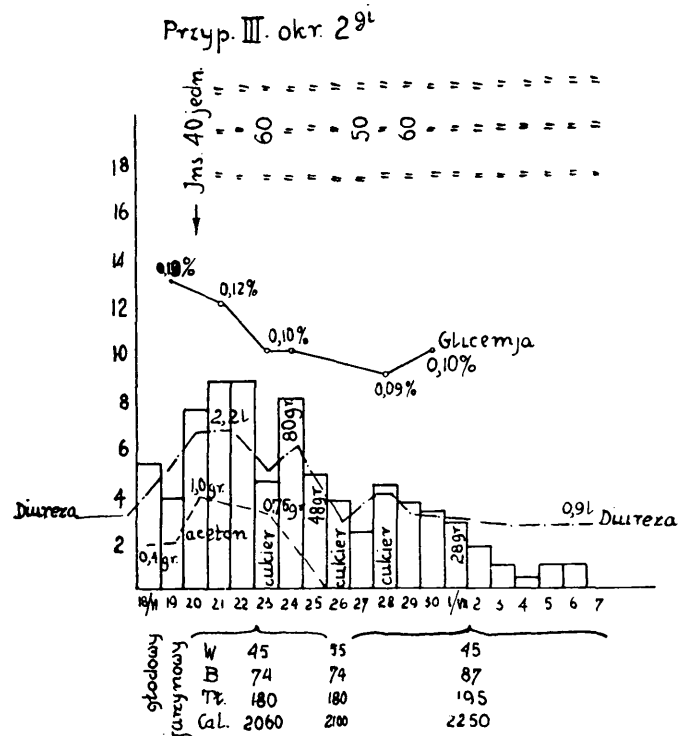
- Mamy do czynienia z chcym, u którego stwierdzamy:
- 1) Bilans ujemny. Znaczna glicemja (0,28%). Acetonurja, kw. aceto-octowy wyraźnie zaznaczony. Poprawa po dniu głodowym.
 - 2) Po zastosowaniu małych dawek insuliny szybki spadek glicemji, zmniejszenie się acetonurji, zniknięcie kwasu aceto-octowego; żadnego wpływu na glikozurję.

Zbyt małe dawki insuliny i zbyt wielkie obciążenie węglowodanami i białkiem były przyczyną niepowodzenia i braku poprawy stanu ogólnego; tem też prawdopodobnie tłumaczyć należy pewnego stopnia rozkojarzenie działalności insuliny, t. zn. szybki spadek glicemji przy braku wszelkiego wpływu na glikozurję.

Po wypisaniu się ze szpitala chory przez pewien czas znajdował się na stałej djeicie, zawierającej węglowodanów 50, białka 70, tłuszczu 170 gr. i czuł się dobrze. Przy tej djeicie dnia 16.VI glicemja równa się 0,16%, wydajność dobową cukru 74 gr., acetonu 9,5 gr., kwas aceto-octowy dodatni.

Okres drugi.

Po dwóch tygodniach chory ponownie zgłosił się do szpitala.



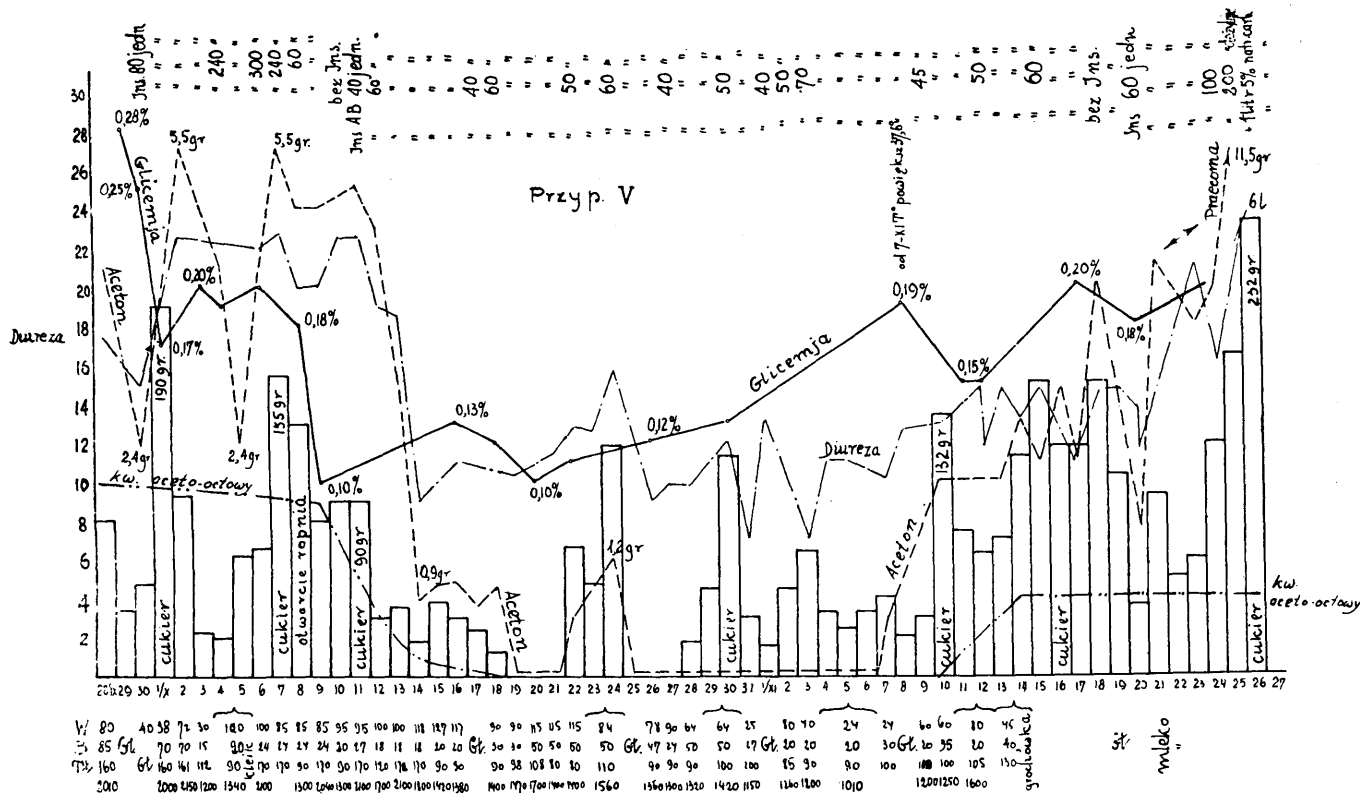
- 1) W drugim dniu pobytu w szpitalu, po zastosowaniu 40 jednostek insuliny (po poprzednim dniu głodowym), widzimy powolny spadek glicemji i acetonurji przy glikozurji przeszło 80 gram na dobę; po podwyższeniu dawki do 60 jednostek—szybki spadek glicemji,—glikozurji do zera oraz zniknięcie acetonu i kwasu aceto-octowego, czyli optimum działania przy 60 jednostkach.
- 2) Brak objawów hypoglicemji.

Chory wypisał się w dobrym stanie i samopoczuciu. Przybyło przeszło 2 kilo.

Po wypisaniu się ze szpitala chory przeszedł 3 miesiące czuł się bardzo dobrze, dużo jeździł samochodem, intensywnie pracował. Zachowywał przytem zaleconą mu djetę, sam badał jakościowo mocz i 2 razy w tygodniu zastrzykiwał sobie po 30 jednostek insuliny. Pod koniec, czując się zupełnie zdrowym, zachowując djetę węglowodanową, podwyższył sobie znacznie rację mięsa, przyczem 2 razy podczas podróży pozwolił sobie na 2 sute całonocne libacje. Skutek nie dał na siebie długo czekać, i dnia 28.IX, chory po raz trzeci zgłosił się na oddział.

Okres trzeci.

Przybył w stanie bardzo ciężkim. ledwo się trzymał na nogach; oddech o typie K u s s m a u l a, nudności, wymioty, bóle brzucha; wydzieliał silny zapach acetonu.



*)

Mimo stosowania dwudniowej głodówki i diety kleikowej (z płatków owsianych), aceton po chwilowej niższej utrzymywał się na wysokim poziomie; nie pomogły również olbrzymie dawki insuliny, dochodzące jednego dnia do 300 jednostek. Poprawa nastąpiła dopiero po otwarciu ropnia na udzie, który powstał w okresie, gdy chory poza szpitalem sam sobie stosował insulinę. Ropień ten był powodem gorączki i pogorszenia się stanu ogólnego chorego i najprawdopodobniej był przyczyną zahamowania działalności insuliny.

Okres poprawy trwał około tygodnia, ale chory wkrótce zaczął się skarżyć na bóle głowy, niepokój, bezsenność, znaczne osłabienie, — objawy, które ustępowały po podaniu niewielkiej ilości cukru i wskazywałyby więc na pewnego stopnia hypoglicemję: wobec powyższego podniesiono mu dzienną rację węglowodanów do 115 gr, co zachwiało uzyskana nietrwałą równowagę. W następnym okresie mimo diety jarzynowo-tłuszczowej, zawierającej zaledwie 25 gr. węglowodanów, glicemia i poliuria znacznie się podniosły (8.X = 0,19%). Jednocześnie stwierdzono zaostrzenie się sprawy gruźliczej w prawym płucu: stan podgorączkowy, krepitacje, liczne łaseczniki w skapej płwocinie, co znacznie utrudniło nam dalsze leczenie. Na rentgenogramie stwierdzono zjawienie się rozsianskich zgęszczeń w ohydnych płucach.

Próbowaliśmy również spotęgować działanie insuliny przez jednoczesne podawanie dożylnie 5% roztworu 2-fosfororanu sodowego¹⁾. Po dwukrotnym zastosowaniu tego środka wprawu na objawy cukrzycy nie stwierdziliśmy natomiast wzmogły się bóle w prawym szczycie, liczba rzeżeń znacznie się zwiększyła, pojawiło się tarcie, wobec czego zaniechaliśmy dalszego stosowania.

Od tego czasu stan ogólny chorego stale się pogarsza. Mimo stosowania insuliny, dni głodowych, jarzynowo-tłuszczowych, diety kleikowej, mlecznej i mieszanej, żadnego wpływu zarówno na objawy, jak i na ogólny stan osiągnąć się nie udało: ilość acetonu stale wzrasta. Dnia 23.XI chory dostał śpiączki: nie przerywając leczenia insuliną, która stosowaliśmy dożylnie do 200 jednostek dziennie, dokonywaliśmy kilkakrotnie wlewań dożylnie 5% roztworu sodu. Chory przyszedł do przytomności, czuł się przez kilka godzin lepiej,

lecz następnie znów wpadł w śpiączkę, w której chwilami odzykiwał przytomność. 26.XI zmarł²⁾.

Czy insulina w danym przypadku nas zawiodła?

W przeciągu blisko pół roku mieliśmy względnie dobre wyniki przy leczeniu tym środkiem, przyczem wpływu ujemnego na istniejącą gruźlicę nie stwierdziliśmy. Dopiero w ostanich 2 mies. nastąpiło stałe pogorszenie wszystkich objawów cukrzycy z jednoczesnym eobstrzeniem procesu w płucach.

Już na początku stosowania insuliny francuscy autorzy (Blum i Sch wob) ostrzegali przed stosowaniem insuliny u chorych tuberkulików, twierdząc, że podysca ona proces istniejący. Nie mając danych do rozstrzygnięcia tej sprawy, zaznaczamy tylko odniesione u naszego chorego wrażenie, że pogorszenie się jego choroby cukrowej przed przybyciem po raz trzeci do szpitala było pierwotne i nastąpiło wskutek wykroczeń dietetycznych i ropnia. To dało powód do upadku odżywiania, a pośrednio do dalszego rozwoju gruźlicy, przyczem nastąpił zupełny upadek sił obronnych ustroju, tak, że ani leczenie dietetyczne, ani insulina uratować chorego nie mogły.

Przypadek IV. W. W., 42 lat, ustawiczn pociągów, w szpitalu od 4.X do 4.XI.

Chory od półtora roku. W marcu b. r. po raz pierwszy stwierdzono u niego 6% cukru oraz aceton i kwas aceto-octowy w znacznej ilości. Mimo zachowania diety czuł się bardzo osłabionym. Chorób wenerycznych lub innych miał nie przechodzić.

Budowy prawidłowej, odżywiania lichego, skóra wiotka, blada, sucha, w okolicy obu stawów łokciowych i kolanowych ślady po czyrakach. Stan bezgorączkowy, język suchy z lekkim bronzowym nalotem; liczne braki zębów trzonowych, zapalenie dziąseł, przednie dolne siekacze obluźwane, ząbady na ustach, trudno gojące się. Płuca, narząd krążenia, organy brzuszne bez zmiany. Brak odruchów kolanowych i lewego Achillesa. Zaburzeń czucia bólowego i dotykowego brak. Dno oka bez zmian. W a s s e r m a n ujemny.

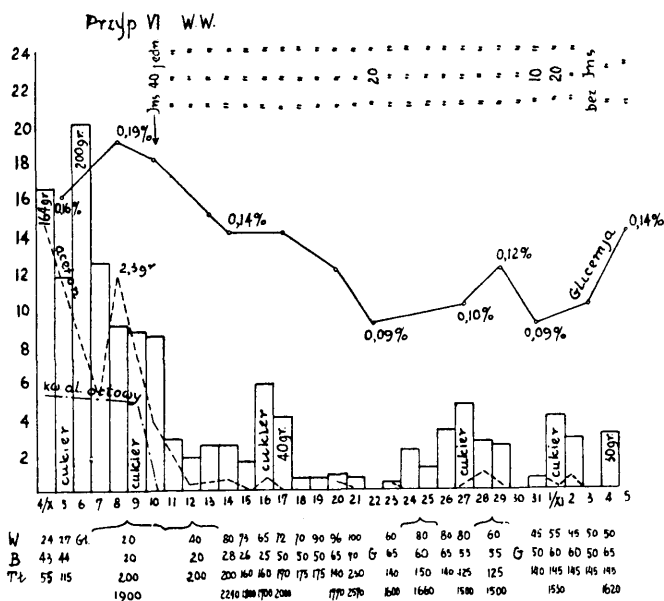
Przy bliższym badaniu widzimy:

- 1) Bilans ujemny. Ketonuria.
- 2) Skąpa dieta powoli wpływa na obniżenie glikozurji i acetonurji, kw. aceto-oct. pozostaje.
- 3) Z chwilą zastosowania 40 jednostek insuliny raptowny spadek glikozurji, acetonurji, glicemji oraz natychmiastowe i zupełne ustąpienie odczynu na kw. aceto-octowy.
- 4) Przedwczesne zmniejszenie insuliny, z 40 na 20 jednostek przy tem samym obciążeniu dietetycznym wpłynęło u-

¹⁾ Na propozycję Wegierki w Polsk. Arch. med. wewn. T. 1 str. 435.

²⁾ Na rysunku, zamiast Przyp. V, powinno być: Przyp. III. okres 2.

²⁾ Sekcji ze względu na rodzinę dokonać nie mogliśmy, co prawdopodobnie większego znaczenia dla nas nie mia-łoby.



*)
 jemnie na glicemję. Krzywa, która stała opadała, zatrzymała się i następnie poszła w górę. Ponownie zjawiał się aceton. Co się tyczy glikozurji powiększenie jej było nieznaczne, ale równowaga ogólna była chwiejna, dowodem czego jest fakt, że w chwili odstawienia, insuliny natychmiast podniosła się glicemja.

5) Również błędne było podniesienie ilości białka w chwili osiągnięcia równowagi powyżej 50 gram.

5. XI chory wypisał się na własne żądanie; czuł się znacznie silniejszym, ustały bóle w nogach, przeszła polidypsja, przybyło na wadze 2 kg. Frzy wypisaniu dostał szczegółową dietę, nie przekraczającą 1600 C na dobę, w tem 60 gr. węglowodanów i tyleż białka; zalecono mu jeden dzień w tygodniu głodowy i jeden jarzynowo-tłuszczowy i dwa razy tygodniowo po 30 jednostek insuliny. Chory zgłosił się po kilku tygodniach, podając, że czuje się przy tej djece bardzo dobrze, pracuje, nie męczy się, nie ma pragnienia; wobec jednak obecności cukru i acetonu w moczu polecono dalsze kontynuowanie przepisane go leczenia dietetycznego i insulinowego.

Przypadek V. S. F., 44 lat, rolnik 14.VIII.

Chory od 4 miesięcy. Przypadek podobny do przyp. 1, wobec czego nie opisujemy go dokładnie, zaznaczamy tylko, że po zastosowaniu insuliny nastąpił spadek glicemji. Jednak glikozurja utrzymywała się, ponieważ chory nieściśle stosował się do przepisanej diety; wypisał się w stanie dobrym.

Piśmiennictwo.

Allen: Journ. of metab. Research. 1923, Nr. 4, cyt. w D. m. W. 1924, Nr. 12. Apert: Diabète avec infantilisme traité depuis un ans par l'insuline. Bull des Hop. Paris, 1924. Apert et Chabanier: Diabète grave avec infantilisme traité et tres amélioré par l'insuline. Bull. des Hop. Paris, 1923, str. 133. Blum et H. Schwob: Le traitement du diabète sucré par l'Insuline. Presse Medic. 1923, str. 637. Blum, Cailler et Schwob: Sur les dangers de l'interruption du traitement chez les diabétiques graves soignés par l'insuline. Bull. des Hop. Paris, 1923, str. 1789. Brugsch: Zur Theorie der Insulinwirkung D. m. W. 1924, str. 491. Bornstein: Ein Fall von Vergiftung eines gesunden Menschen mit Insulin. D. m. Woch. 1924, Nr. 16. Chabanier, Lobo-Onel et Lebert: Du traitement du diabète et des etats acidotiques par insuline. Bull. d. Hop. Paris, 1923, str. 949 i 1496. Cissami: De la mise en pratique du traitement du diabète par insuline. Presse med. 1924, Nr. 33 i 38. L. Cheinisse: Presse med. 1923, str. 991 i 995, 1924, Nr. 12. Delassenne, Hallion et Ledebt: Les données physiologiques relatives à l'Insuline. Presse med. 1923, str. 981. Desgrès, Bierry et RATHERY: L'emploi de l'insuline chez les diabétiques. Bull. des Hop. Paris. 1923, str. 1693. Falta, Depisch und Höglér: Uber die Insulinbehandl. d. Diabetes mellitus, Wiener Arch. f. inn.

med. 1924, Bd. VII, str. 13. Tenże: Uber specif. ketogene Wirkung d. Eiweisses M. m. W. 1924, Nr. 49. Feyertag: Uber d. Grundumsatz d. Diabetes mellitus und Insulin. Kl. Woch. 1924, Nr. 1. Isaak: Zur Praxis und Theorie der Insulinbehandlung. Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 98 Helft 4. M. Labbé, Nepveux et Lambrin: Le traitement du diabète par l'insuline, Presse med. 1923, str. 986. M. Labbé: Traitement du diabète par l'insuline, Bull. d. Hop. Paris 1923, str. 1051. Tenże: Action comparé de l'insuline sur la glycosurie et sur l'aceton, Presse med. 1924, Nr. 32. Tenże: Uu cas de diabète renal, Bull. d. Hop. 1924, Nr. 15. Labbé, Nepveux et Hone: Valeur prognostique de la réserve alkaline dans l'acidosé diabétique, Bull. d. Hop. 1924, str. 1296. Cissami: L'emploi de l'insuline en suppositoires, Bull. d. Hop, str. 1431. M. Labbé et Tanulet: Action de l'insuline sur l'hypercholestérinémie diabétique, Bull. des Hop. Paris, str. 1534, M. Labbé: Coma hépatique chez un diabétique acidotique. Lereboullet, Marcel Le-long, Fronbard: Un cas de diabète infantile traité par l'insuline avec accidents cutanées graves str. 1884. Ernst Laquer: Zur Bereitung und Standardisierung des Insulins, D. m. W. 1924, str. 496. Noorden und Isaak: Weitere Erfahrungen über Insulinbehandlung des Diabetes. Kl. Woch. 1924, Nr. 17. RATHERY et m-lle Dreyfus: Coma diabétique et tbc pulmon. traitement par insuline, Bull. d. Hop. Paris, str. 973. Rosenberg: Blutzuckerstudien. Arch. f. exp. Pathol. und Ther., Bd. 99, Helft 3 i 4. Tenże: Uber den heutigen Stand der Insulinforschung, M. m. W. 1923, Nr. 42. Rotky: Uber renale und extrarenale Beeinflussung des Blutzuckers. M. m. W., str. 544. C. Radoslav: Uber die Wirkung des Insulins auf den Blutzucker beim Menschen. Wien. Arch. f. inn. Med. 1924, Bd. VIII, str. 395. Strauss und Simon: Die Insulinbehandlung bei Diabètes, Berlin 1924 Verlag Korger. Strauss H.: Inwieweit sind Blutzuckerbestimmungen bei der Insulinbehandlung unerlässlich, D. m. W. 1924, Nr. 24: Strauss: Insulin, Kl. W., 1924, Nr. 2 i 3. Thannhäuser i Tischhäuser: Zur Theorie u. Therapie d. Diabet. mell. und der Acidosis. M. m. W. 1419, 1469. UMBER und ROSENBERG: Weitere Erfahrungen mit insulin an 100 Klinisch behandelten Diabetikern. D. M. W., Nr. 12, str. 359. Cissami: Erfahrungen an 300 Diabetikern D. m. W. UMBER: Der Diabetes mellitus. M. m. W., 1924, str. 787, 839, 905, 1171, 1282 1324, 1544, 1649, 1726. Widal, Abrami et Weil: L'hydrémie au cours du diabète par l'insuline, Presse med. 1924, Nr. 54. Cissami: Action dissociée de l'insuline sur la glycosurie et l'acetonurie, Presse med. 1924, Nr. 24. Blassberg i Joffe: Przyczynek do stosowania Insuliny i oznaczania cukru we krwi. Pol. Gaz. Lek. 1924, str. 293. Landau, Feigin: Wyniki leczenia insulina w przypadku ciężkiej cukrzycy wraz z kilkoma uwagami o tym nowym środku leczniczym. Pol. Gaz. Lek. 1924, str. 48. Cissami: Insulina, jej wskazania i sposób stosowania, Pol. Gaz. Lek. str. 433. M. Landsberg: Insulina. W. Cz. Lek. 1924, Nr. 1. Oszaeki: Dotychczasowe doświadczenie własna z insulina u ludzi i królików. Pol. Gaz. Lek. 1924, str. 239. K. Funk i Kołodziejka: Działanie insuliny per os. Med. doświadczenia i Społ., t. II, zes. 5—6, str. 367. Kopeć: Przyczynek do leczenia insulina cukrzycy wieku dziecięcego. Pedjatrja Polska, 1924, str. 381. Terlecki: Insulina przy operacji zaćmy cukrzycowej, Pol. Gaz. Lek. 1924 str. 717. Węgierek: O wpływie równoczesnego podawania insuliny i dwufosforanu sodowego na ludzi zdrowych i chorych na cukrzycę, Pol. Gaz. Lek. 1924, str. 679; 703. E. Putter: Klin. Woch. Nr. 49, 1924 r. W. Redisch: Substitutionstherapie mit Insulin. Klin. Woch., 1924, Nr. 33.

Z II oddz. chir. Szpít. Przem. Pańskiego w Warszawie.
 (Ordynator: Dr. Al. ZAWADZKI).

Przypadek częściowego wycięcia przewodu żółciowego wspólnego. *)

Podał

Dr. J. POMPER (Warszawa).

Salomea T., lat 60, żona kupca, została przywieziona do szpitala Przem. Pańskiego w stanie ogólnego wyniszczenia, ze skargami na wybitne bóle napadowe w brzuchu oraz na długotrwałą żółtaczkę.

*) Według pokazu, przedstaw. na posiedz. sekcji klin. P. Tow. Med. Społ. dn. 3.I 1925.

*) na rysunku, zamiast Przyp. VI, powinno być: Przyp. IV.

Wywiady wykazują co następuje:

Aż do zamążpójścia zawsze była zdrowa. Rodziła 3 razy, poronień nie było. W 35 roku życia przebyła dur brzuszny. W 45 roku życia, t. j. 15 lat temu, chora poraz pierwszy zaczęła odczuwać dolegliwości ze strony jamy brzusznej; zjawily się bóle o charakterze kolki wątrobowej powstające co pewien czas. Chora stale się leczyła, wyjeżdżała również kilkakrotnie do Karlsbadu. Na dwa lata przed wojną miała jeden większy atak bólowy z gorączką i wymiotami, z powodu którego była zmuszona długi czas leżeć w łóżku. Stan taki trwał przez czas dłuższy, mając charakter łagodniejszy podczas lat wojennych, przyczem chora stale była na dęcie i znajdowała się pod obserwacją lekarską. Od dwóch lat bóle są intensywniejsze. Zjawily się częste silne ataki z gorączką, wymiotami i przemijającą żółtaczką. Chora miewała chwilowe poprawy w sensie czasowego osłabienia bólów, lecz stan jej ogólny wciąż się pogarszał; zaczęła wybitnie chudnąć, nie opuszczając prawie zupełnie łóżka. W początkach lata roku minionego wznowiła się żółtaczką, która już nie ustępowała, dokuczając chorej w silny sposób, szczególnie z powodu swędzenia.

Przy badaniu chorej w dniu 18.XI.1924, t. j. w dniu przybycia do szpitala, stwierdza się:

Chora bardzo wychudzona, osłabiona, żółta. Tętno serca głucho, tętno zleżka przyspieszone. W jamie brzusznej stwierdza się wybitną bolesność przy obmacywaniu prawego podżebrza. Przy obmacywaniu okolicy pęcherzyka żółciowego doznaje się wrażenia zleżka uwydatniającego się guza.

Stolec odbarwiony. W moczu — barwniki żółciowe. Badanie zawartości żółdkowej po próbnem śniadaniu wykazuje: kwasu solnego wolnego niema, kw. ogólna 20, kw. mlekowego niema. Próba na krew ujemna. W osadzie obficie drożdże i krochmal, nabł. wł. i pasemka śluzu. Badanie rentgenologiczne dokonane w zakładzie kol. K r y Ń s k i e g o wykazało przeciągnięcie dwunastnicy i poprzecznicę w stronę wątroby i wótrne podrażnienie żółdka. Zdjęcie okolicy pęcherzyka wykazuje szereg cieni, ułożonych półkolem o charakterze kamieni żółciowych.

Po kilkudniowym odpowiednim przygotowaniu chorej dokonano zabiegu operacyjnego w znieczuleniu eterowym (operujący: Dr. Z a w a d z k i, asyst.: Dr. P o m p e r). Po otwarciu jamy brzusznej i rozdzieleniu zrostów stwierdza się znacznie rozszerzony przewód żółciowy wspólny, na tyle, że w pierwszej chwili można go było wziąć za jelito.

Pęcherzyk żółciowy szczelnie wypełniony kamieniami, skurczony, połączony na dużej swej powierzchni bezpośrednio z przewodem wspólnym. Oddzielenie pęcherzyka od przewodu wspólnego niemożliwe. Oddzielono pęcherzyk od przewodu wspólnego przez częściowe wycięcie tegoż przewodu, z którego światła usunięto 3 duże kamienie.

Przez wytworzony w ten sposób brak w przewodzie wspólnym założono rurkę gumową, wprowadzoną mniej więcej na jakieś 2 cm. do przewodu wątrobowego z wyprowadzeniem drugiego końca poprzez resztki przewodu wspólnego do dwunastnicy. Wówczas nad rurką nałożono 3 szwy na przewód wspólny, w kierunku poprzecznym, zamykając w ten sposób brak w przewodzie wspólnym. Zakończenie zabiegu operacyjnego w zwykły sposób, z założeniem drenu i 3

sączków pod wiązadło wątrobowo-dwunastnicze i w okolicy łożyska wątroby.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki, bez jakichkolwiek powikłań. Zjawily się zabarwione stolce, żółtaczką stopniowo zaczęła ustępować.

Badanie bakterjologiczne zawartości pęcherzyka żółciowego (Dr. L. Z a w a d z k i) wykazało obecność paciorkowców, z których przygotowano autoszczepionki, stosowane w ogólnej liczbie 9 co drugi dzień.

Po dwóch tygodniach wszelka wydzielina z rany znikła, wkrótce też nastąpiło zupełne zabliznienie rany. Żółtaczką ustąpiła, zjawily się apetyt, stan ogólny poprawił się, i chora jest na drodze do zupełnego wyleczenia.

Badanie rentgenologiczne, wykonane w miesiąc po zabiegu również w zakładzie kol. K r y Ń s k i e g o, wykazało obecność rurki gumowej w obrębie dolnych żeber. Rurka ta, wstawiona podczas zabiegu, posłużyła za protezę do połączenia rozdzielonych końców przewodu wspólnego, równocześnie grając rolę wygodnego sączka wewnętrznego.

Badania Cornila i Carnota w r. 1897, a szczególnie Sulliwana w r. 1909 wykazały, że dookoła tej gumki następuje zupełna regeneracja błony śluzowej ściany przewodu. Poza tem mamy cały szereg obserwacji innych autorów, potwierdzających dobre wyniki założenia podobnej czasowej protezy. Ta proteza gumowa może odegrać rolę nie tylko w częściowych brakach przewodu wspólnego, lecz również w razie zupełnego zniszczenia przewodu.

Ostatnio Hartman n ogłosił zebraną przez siebie z literatury statystykę podobnego założenia rurki gumowej. Na 37 przypadków było 27 zupełnych wyleczeń, przyczem niektóre z nich datują się od wielu lat. Co się tyczy wyjścia rurki gumowej, to wyżej podana statystyka wykazuje: na 24 przypadki założonej rurki — w 6 przypadkach rurka wyszła w okresie od 4 tygodni do 2 miesięcy, jeden raz wyszła z wymiotami (przypadek hepaticogastrostomji), w 2 przypadkach zaznaczono, że rurka nie była wykazana rentgenologicznie, wyjście jej nastąpiło niepostrzeżenie. W jednym przypadku zanotowano na 35 dzień zmianę pozycji rurki (G e r n e r), w żadnym z przypadków rurka nie wywołała przykrych powikłań.

Przy sposobności zaznaczę, że wobec tak dobrych wyników z protezą gumową, zaczęto ostatnio stosować także rurki gumowe na drogach żółciowych, gdzie jest konieczność sączkowania tych dróg. Zamiast niewygodnej rurki K e h r a w kształcie litery T, wstawia się taki „drain perdu“, czyli zatopiony sączek, którego stosowanie daje dobre wyniki pooperacyjne. W Polsce, lecz mogą zaznaczyć, że nie tylko w Polsce, pierwszymi zwolennikami stosowania tej metody są prof. S c h r a m w e Lwowie (2 przypadki) i szef. mój Dr. A l. Z a w a d z k i, na którego ooddziale założono takich rurek zatopionych — 13 z bardzo zachęcającym wynikiem. W przypadku, tu omówionym, rurka poza działaniem sączka miała jeszcze charakter protezy przy załataniu braku w przewodzie wspólnym, w wyniku czego nastąpiło „restitutio ad integrum“ chociażby w sensie klinicznym z zupełnem wyleczeniem pacjentki.

Z praktyki prywatnej.

Objawy nerwowe w włośnicy.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

Powikłania nerwowe w przebiegu chorób zakaźnych pochodzenia bakteryjnego należą do zjawisk częstych i powszechnie znanych. Nie tylko w zakażeniach przewlekłych, jak przymiot i gruźlica, powodujących liczne zespoły chorobowe w obrębie układu nerwowego, ale i w chorobach zakaźnych ostrych występują często na jaw zaburzenia nerwowe natury bądź ubytkowej, bądź podrażnieniowej, że wymienię tylko z najbardziej częstych powikłania neurologiczne duru i grypy, z rzadszych zaś kokluszu, odry lub ospy wietrznej, nie mówiąc już o infekcjach, lokalizujących się wyłąc-

nie w układzie nerwowym, jak wścieklizna, tężec, choroba Heine-Medina, nażminne śpiączkowe zapalenie mózgu i drętwa karku.

Daleko rzadsze bezwątpienia są powikłania nerwowe w przebiegu chorób zakaźnych, wywoływanych przez pasoryty z wierzące. Z tych najbardziej znany i najdokładniej opracowany jest obraz kliniczny i patologiczno-anatomiczny, wywoływany przez przrzuły wągry (cysticercus) w mózgu. następnie zespół bąblowcowy (echinococcus) mózgu i t. zw. śpiączki afrykańskiej, powodowanej przez ukąszenie muchy Tse-Tse. Najmniej znane i najmniej zbadane są powikłania nerwowe włośnicy, których dwa przykłady rzadkie pozwalam sobie tutaj przytoczyć.

Przypadek I. Przypadek ten dotyczy 21-letniej panny, której początek choroby datuje od przeszło 2 lat. Mianowicie 1 marca 1921 r., będąc na kolacji u brata, zjadła

kilka kawałków kiełbasy i kieszki pasztetowcj. Z obecnych wtedy 8 osób, które jadły wędlinę, 5 zapadło po kilku dniach na włośnicę o dość łagodnym przebiegu. Sama pacjentka na 4-y dzień po zjedzeniu wspomnianej wędliny zauważyła obrzmienie twarzy i powiek oraz poczuła tępy ból w okolicach nadoczołotowych. Już wtedy istniały nieznaczne poobiednie wzniesienia ciepłoty, ale chora pomimo zdecydowanie złego samopoczucia zajmowała się swą pracą naukowiczką. Kiedy w dniu 9.III nastąpiło wzniesienie się ciepłoty ponad 39°, zawezwano do chorej lekarza, który stwierdził z całą stanowczością zatrucie trychinami, zalecił olej rycynowy i tymol i nakazał leżenie w łóżku. Stan taki trwał bez zmiany w przeciągu 3 następných dni, zaś 13.III zwróciło uwagę otoczenia nienormalne zachowanie się pacjentki. Kiedy tego dnia mianowicie przyszyły odwiedzić ją uczennice, początkowo zupełnie ich nie poznała, kiedy zaś po kilkunastominutowym pobycie odeszły, nie pamiętała zupełnie, że ktoś był u niej w odwiedzinach, i przeczyła, jakoby dzieci były u niej przed południem. Tego samego dnia po południu wystąpił gwałtowny ból głowy, głównie w okolicach skroniowych, który uspokoił się dopiero nad wieczorem. Noc z dnia 13.III na 14.III przespała chora spokojnie, zaś o 5-ej nad ranem zastano pacjentkę z zupełnie porażeniem i prawem i kończynami, rozglądającą się bezradnie i niespokojnie po pokoju i nie mogącą wymówić ani jednego słowa.

Badanie lekarskie stwierdziło wtedy porażenie prawej kończyny górnej i dolnej, zupełną afazję ruchową przy zachowaniu zrozumienia mowy oraz znaczne zaburzenia czucia, dotyku i bólu jakoteż zmysłu mięśniowego w obrębie prawej górnej i dolnej kończyny. Badanie morfologiczne krwi stwierdziło znaczną leukocytozę oraz kolosalną eozynofilię, natomiast wynik badania krwi na odczyn Wassermana wypadł ujemnie. W moczu początkowo występowały ślady białka, które następnie znikły zupełnie. Odczyn diazowy Ehrlicha nie był dokonany. Wysoki stan gorączkowy o typie febris continua trwał do 4-go tygodnia marca i zakończył się w sposób lityczny. Co się dotyczy objawów porażeniowych, to mniej więcej po 2 tygodniach trwania zaczęły powracać ruchy w prawej kończynie dolnej, mniej więcej w tydzień później — w prawej kończynie górnej, przyczem chora zaczęła z trudnością wymawiać w sposób zniekształcony poszczególne wyrazy. W końcu kwietnia 1921 r. pacjentka zaczęła wstawać z łóżka i chodzić o własnych siłach, ale ruchy w prawej kończynie górnej, zwłaszcza w palcach i dłoni, były jeszcze bardzo słabe i ograniczone, tak, że chora nie mogła posługiwać się tą kończyną w życiu codziennym, a mowa do wolna narówni z powtarzaniem była tak utrudniona i zniekształcona, że porozumienie ustne z pacjentką było prawie zupełnie niemożliwe, uniemożliwione było również pisanie z powodu niemożności ujęcia w palce póra lub ołówka, natomiast czytanie „wewnętrzne“ (lecture mentale) było zachowane i chora bez wielkiego wysiłku mogła czytać książki i gazety. Od tego czasu poprawa w dziedzinie mowy i w stanie kończyn prawych postępowała stale, jakkolwiek niezmiernie powolnie. Jeszcze i tegoroczny 6-tygodniowy pobyt w Ciechocinku spowodował pewne ułatwienia mowy oraz poprawę w obrębie ruchów w prawej kończynie górnej. Pacjentka pochodzi z rodziny zdrowej, nieobarczonej pod względem neuropatycznym i gruźliczym — i poza odrę w dzieciństwie nie przypomina sobie, ażeby kiedykolwiek chorowała. Absolutnie żadnych danych na syfilis dziedziczny nie udaje się stwierdzić.

Chorą miałem sposobność zbadać o b j e k t y w n i e po raz pierwszy w dniu 5.X.1922 r. i wtedy stwierdziłem stan następujący. Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywianie upośledzone, skóra i błony śluzowe blade. W narządach wewnętrznych, a specjalnie w sercu i układzie naczyniowym nie stwierdza się absolutnie żadnych zmian patologicznych; źrenice dość szerokie, równe — oddziaływały żywo na światło i przystosowanie. Dno oczu normalne. Bardzo nieznaczne osłabienie dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego, które występuje na jaw tylko przy ruchach mimicznych. Język przy wysuwaniu nie zbaca. Mowa w bardzo znacznym stopniu utrudniona: chorej nieustannie brak jest słów, wyraz wyraża z trudnością, zaczynając się nieraz, w sposób zupełnie zniekształcony, nie widać jednak wyraźnej parafazji. Rozumienie mowy dokładnie zachowane, powtarzanie zupełnie tak samo upośledzone, jak i mowa samowolna. Defekty czytania na głos odpowiadają ściśle warunkom niemożności ruchowej, czytanie wewnętrzne dokładnie zachowane. Również i trudności w p i s a n i u wynikają li tylko z upośledzenia ru-

chowego i nie mają żadnych cech agrafji. Nie stwierdza się również jakichkolwiek cech apraksji. W obrębie prawej kończyny górnej ruchy w stawie barkowym i łokciowym nie są ograniczone, ale siła ich, zwłaszcza unoszenia w barku i zginania w łokciu, jest znacznie zmniejszona.

W stawie napiętkowym widoczne jest znaczne osłabienie i ograniczenie ruchów, zwłaszcza zgięcia grzbietowego, które jest bardzo nieznaczne i nie może przewyciężyć nawet słabego oporu. Jeszcze bardziej ograniczone i słabe są ruchy w palcach, które są przytem niezręczne, powolne i mało rozczłonkowane. Najgorsze jest zbliżanie i oddalanie palców oraz opozycja dużego palca do 4-go i 5-go. Cała dłoń jest nieco obrzękła, sino-czerwona i zimna na dotyk. Osłabienie ruchów w prawej kończynie dolnej jest znacznie mniejsze, ale wymiary we wszystkich odcinkach zachowane. Typ osłabienia jest tu raczej w przeciwieństwie do kończyny górnej proksymalny z zaznaczoną lokalizacją predylekcyjną (przewaga siły mięśni wydłużających kończynę). Czucie dotyku, bólu i ciepłokowe nie wykazuje zmian wyraźnych. Nieznaczne zaburzenia zmysłu mięśniowego w palcach stopy i dłoni. Bardzo wybitne upośledzenie zmysłu stereognostycznego i w ogóle gnostycznego w prawej dłoni. Odruchy z mięśnia trójgłowego i okostnowe szprychowe prawostronne patologicznie wzmożone. Niezmiernie wybitny objaw Jacobsohna z prawej strony, Clonus manus. Odruch brzuszny lewy żywy, prawy — minimalny. Prawostronny objaw Babińskiego, Gordona, Oppenheima i Mendel-Bechterewa. Z t. zw. „petits signes“ połowicznego porażenia organicznego; L é r i —, S t e r l i n g +, R a i m i s t +, C a c c i a p u o t t i +, G r a s s e t —. Chora chodzi z łatwością o własnych siłach bez wyraźnej cyrkumdukcji. Psychika chorej nie wykazuje cech głębszego upośledzenia: postrzeganie, pamięć, zdolności kombinacyjne, sfera kojarzeniowa funkcjonują sprawnie; uderza wszakże ogromna wyčerpywalność dziedzin intelektualnej, pewna bezradność oraz stan przygnębienia, wpływający jednakże z warunków zdrowia.

Przypadek II. Dr. Zygm. K., lat 56. W maju 1913 roku, będąc lekarzem powiatu Kutnowskiego, pojechał z sędzią śledczym i naczelnikiem straży ziemskiej do Żychlina na sekcję zwłok. W Żychlinie wszyscy zjedli poledwicy wieprzową i wszyscy następnie (Dr. K., sędzia śledczy, naczelnik straży ziemskiej i furman, który ich wioził) rozchorowali się na włośnicę. Dr. K. zjadł najmniej, gdyż tylko jeden buterszyn z poledwicy wieprzową, i rozchorował się najciężej ze wszystkich. Mianowicie w 6 dni po zjedzeniu poledwicy wystąpiły objawy arytmji sercowej, stwierdzone przez d-ra P a w i Ń s k i e g o w Warszawie, do którego pacjent przyjechał po poradę. Następnie powrócił do Kutna, czuł się względnie dobrze, jeździł do chorych, ale arytmja trwała w dalszym ciągu. Dopiero w 10 dniu po zatruciu wystąpiły objawy kiszkowe, mianowicie biegunka naprzemian z zaparciem, zaś w kilka dni potem obrzęki pcd oczami, bóle w mięśniach brzusznych i w udach oraz bezpośrednio potem stan nieprzytomności ze stanem podgorączkowym (37⁰—37,2⁹), co trwało około 12 dni. Stan nieprzytomności był zupełny, chory oddawał pod siebie mocz i kał, majaczył, ale nie halucynował. Po powrocie do przytomności uwidoczniło się, oprócz ogólnej ogromnej astenji, wybitne osłabienie lewej kończyny górnej. Przez pewien czas również istniało podobno nieznaczne utrudnienie mowy zupełnie niezależnie od jąkania się, które trwa od dzieciństwa i wystąpiło po urazie głowy. Chory zaznacza przytem, że nie jest mańkutom. Po przemianicy objawów ogólnych pacjent wyjechał do Zakopanego, gdzie był tak słaby, że nie mógł przejść pół wiorsty. Specjalnie osłabiona była lewa kończyna dolna, natomiast w lewej górnej nie było już wtedy żadnej parezy. Wtedy również badanie lekarskie stwierdziło wybitne wzmoczenie odruchu kolanowego i Achillesowego z lewej strony. Natomiast zaburzeń czucia nie było, i mowa była normalna. Stan taki trwa do obecnej chwili mniej więcej bez zmiany. Pacjent w dzieciństwie przechodził odrę, zaś w r. 1922 czerwca. Do zapadnięcia na włośnicę był bardzo silny i wytrzymały — znany był jako pierwszorzędnny piechur. Obecnie czuje się bardzo osłabiony.

St. praesens w dniu 9 listopada 1922 r. Chory wysokiego wzrostu normalnej budowy i miernego odżywiania. Granice serca nieznacznie rozszerzone na lewo, tony głuche, tętno przyspieszone. W płucach i narządach jamy brzusznej brak zmian patologicznych. Obustronna myopia i lewostronny astygmatyzm. Reakcja źrenic zachowana. Dno oczu nor-

malne. Brak jakiegokolwiek asymetrii twarzy podczas spokoju i podczas ruchów dowolnych i mimicznych. Język przy wysuwaniu nie zbacza. Żucie i połykanie normalne. Siła mięśniowa w kończynach prawych jest zachowana. Również i w lewej kończynie górnej stwierdza się obecnie siłę mięśniową prawie zupełnie normalną (być może, unoszenie w barku jest nieco słabsze, niż z prawej strony); w każdym razie podkreślić należy, że ruchy w odcinkach dystalnych, a więc uścisk dłoni, ruchy w stawie napiętkowym i ruchy palcami odbywają się z siłą zupełnie normalną. Natomiast w lewej kończynie dolnej stwierdza się wyraźne osłabienie siły mięśniowej o typie proksymalnym. Typ osłabienia jest przytem wybitnie predylekcyjny z przewagą rozginania w stawie biodrowym, rozginania w stawie kolanowym i fleksji plantarnej w stawie skokowym. Najbardziej osłabione jest zginanie w stawie biodrowym i odprowadzanie uda, w mniejszym stopniu zginanie kolana, ruchy w stawie skokowym i w palcach lewej stopy odbywają się z siłą, zmniejszoną tylko nieznacznie. Wymiar ruchów we wszystkich stawach lewych kończyn są zachowane. T. zw. „drobne objawy“ („petits signes“) porażenia połowicznego przedstawiają się jak następuje: L é r i: —, M i n g a z z i n i: —, S t e r l i n g: —, R a i m i s t (objaw wskaziciela): —, C a c c i a p u o t t i + R a i m i s t (doprowadzanie bierne uda): + G a s s e t: —, H o o v e r: +, G o r d o n M e n d e l - B e c h t e r e w: —, R o s s a l i m o. — Odruchy ścięgnowe z kończyn prawych umiarkowane, lewy odruch z mięśnia trójkątowego ramienia wyrażnie wzmożony, lewy odruch okcstnowy z promienia wybitnie kloniczny, ale objawu J a c o b s o h n a brak. Przy biernym tyłozgięciu lewej dłoni występuje w sposób wybitny objaw *clonus manus*. Odruch kolanowy lewy kloniczny, zaznaczony *clonus patellae*, odruch Achillesowy lewy wybitnie wzmożony, ale bez objawów klonicznych. Odruchy brzuszne obustronnie słabe, lewy nieco słabszy, odruchy mosznowe umiarkowane, lewy wybitnie słabszy. Objawu B a b i Ń s k i e g o brak. Wszystkie kategorie czucia łącznie z mięśniowem i stereognostycznym najdokładniej zachowane. Psychika normalna.

Powikłania włośnicy cierpieniami układu nerwowego należą do takich rzadkości, że w całkowitem dostępnem mi piśmiennictwie neurologicznem z ostatnich lat 20 znalazłem tylko pracę S c h ö n b o r n a, który w jednym ze spostrzeżanych przez siebie przypadków włośnicy rozpoznał obwodowe zapalenie nerwów; zależnia je od działania toksyn na nerwy. Nie wiele więcej danych znalazłem w piśmiennictwie epidemiologicznem, włączając w to wielki podręcznik K o l l e g o i W a s s e r m a n n a oraz najnowsze wydawnictwo francuskie „*Traité de médecine*“. Między in. M e y e r stwierdził trychiny w płynie mózgowordzeniowym, a S t ä u b l i spostrzegł w jednym przypadku sztywność karku, objaw K e r n i g a i zanik odruchów kolanowych. Zanik odruchów ścięgowych spostrzegali również i inni autorzy (S t r ü m p e l l, N o n n e i H ö p f n e r), ale zależał on najprawdopodobniej od zmian mięśniowych. O możliwości zakrzepów mózgowych wspomina tylko M e h r i n g w swoim podręczniku, nie powołując się jednakże na żaden przypadek. To też opisane tutaj przeze mnie 2 przypadki porażenia połowicznego w przebiegu włośnicy, jak mi się wydaje, są dotąd w piśmiennictwie zupełnie odosobnione. Patogeneza tych przypadków może być, jak dotąd, wyjaśniona tylko z pewną dozą prawdopodobieństwa.

Uderza w każdym razie fakt, że zarówno w I-ym, jak i w II-im przypadku wystąpiło zaburzenie świadomości i pewien stan zamroczenia ogólnego, a później dopiero objawy niedowładu połowicznego. W przypadku drugim stan nieprzytomności trwał nawet 12 dni, i wtedy dopiero zauważono objawy niedowładu. Jest więc rzeczą możliwą, że pod wpływem włośni lub ich toksyn powstaje stan zapalny w oponach, który przechodzi na istotę mózgową i wywołuje porażenie.

Zachodziłaby tutaj analogia z wieloma innymi sprawami zakaźnymi, a więc nie tylko z gruźlicą i drętwicą karku, lecz i z dremm plamistym, w którego przebiegu występują zjawiska analogiczne. Nader skąpe dane z dziedziny patologii trychiny nie pozwalają nam twierdzić tego z całą stanowczością, zwrócić jednakże należy uwagę na niektóre dane z tej dziedziny, o których już była mowa, a więc na fakt stwierdzenia przez M a y e r a włośni w płynie mózgowordzeniowym, na stwierdzoną przez S t ä u b l i e g o sztywność karku, objaw K e r n i g a i zanik odruchów kolanowych. Ten fakt, istotnie pospolity w stanach zapalnych opon mózgowordzeniowych był zauważony w włośnicy przez cały szereg badaczy (S t r ü m p e l l, N o n n e i inni). Ważniejsze jeszcze, rzecz prosta, są analogie pomiędzy obrazem zaburzeń w włośnicy a takimiż zaburzeniami, wywoływanymi przez inne pasorzyty mózgowo-zwierzęce, dla których znamy już odpowiadające im tło patologiczno-anatomiczne. Wiemy np., że węgry (*Cysticercus cellulosae*) sadowić się mogą na naczyniach mózgu (Z e n k e r, M a r s c h a n d, A s k a n a z y, L é r i i L e m o i n e, J a c o b s o h n), wiemy, że w okolicy węgry rozwijają się mogą na dalekiej nawet przestrzeni zmiany tkanki mózgowej. Oprócz ograniczonych spraw zapalnych mózgowia rozmiękczony oraz drobnych wybroczyn w okolicy węgry spostrzegane były stany zapalne błony zewnętrznej tętnic oraz zapalenie tętnic zarostowe (*periarteriitis i endarteriitis obliterans*) oraz bardzo rozległe stany włośniczego zapalenia opon (Z e n k e r, H e l l e r, M e n i k e, A s k a n a z y, R o s e n b l a t t, S c h o b, O p p e n h e i m). Niektórzy badacze (H e n n e b e r g, G o l d s t e i n) podnoszą znaczne podobieństwo tych zmian naczyniowych i oponowych do obrazu kilakowatego zapalenia opon na podstawie czaszki (*meningitis basilaris gummosa*). Badania autorów japońskich (O t a n i, J a m a g i w a, K a t z u r a d a, T a n i g u c h i) stwierdzają w obrębie mózgu również torbiele motyli (*Distomum*) przy obrazie klinicznym i anatomicznym, zbliżonym do zmian, wywoływanych przez węgry. Spostrzegane były również zatory tętnic mózgowych, spowodowane przez *echinokokki*, pochodzące według wszelkiego prawdopodobieństwa z komór bocznych. Ponieważ nie posiadamy dotąd absolutnie żadnych danych anatomicznych, dotyczących zmian w mózgu w przypadkach włośnicy, przeto o patogenie przypadków naszych wnioskować możemy wyłącznie na zasadzie przytoczonych wyżej analogij. Jeżeli na zasadzie przebiegu klinicznego obserwacji naszych z pomiędzy rozmaitych możliwości, jak zmiany zapalne w naczyniach, zator, zakrzep oraz zapalenie opon i mózgu, skłaniamy się ku tej ostatniej koncepcji, to czynimy to tylko w postaci przypuszczenia. Właściwe światło na tę sprawę mogłyby rzucić dopiero prace doświadczalne oraz kliniczne, w których byłyby dokonywane badania płynu mózgowordzeniowego, zaś w przypadkach pośmiertnych badania patologiczno-anatomiczne.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Streszczenia zbiorowe.

O izoaglutyninach we krwi.

Podał

dr. med. Jerzy RUTKOWSKI (Warszawa).
st. asystent Klin. Chir. II. U. W.

Ehrlich i Morgenroth już przed 24ema laty, uodparniając kozy krwinkami innych kóz, otrzymali w obrębie tego gatunku swoiste przeciwi ciała (hemolizyny). Przeciwi ciała te rozpuszczały krew tylko niektórych kóz, nigdy nie rozpuszczały krwinek kozy, która wytworzyła te hemolizyny. Późniejsze badania D u n g e r n a i H i r s z f e l d a (1910) nad wzajemnem uodparnieniem psów wykryły, że przyczyną powstawania izoprzeciwi ciał u zwierząt są odrębności serologiczne krwinek (A i B), występujące u poszczególnych osobników z osobna, lub razem, albo wcale, wskutek

czego, zależnie od właściwości biochemicznych krwinek u psów, dadzą się wyróżnić cztery grupy krwi:

A, B, AB i O.

Podczas gdy u kóz, psów i niektórych innych zwierząt przeciwi ciała, skierowane przeciwko krwinkom osobników tego samego rodzaju, w stanie gotowym nie istnieją, a można je dopiero wywołać przez uodpornienie, u człowieka znajdują się one zawsze normalnie. L a n d s t e i n e r pierwszy (1901 roku) niezbitnie dowiódł, że izoaglutyny, t. j. aglutyniny, zlepiające krwinki tego samego rodzaju, istnieją u człowieka fizjologicznie (w stanie normalnym), podczas gdy dawniej obecność izoaglutynin we krwi człowieka wiązano ze stanami patologicznymi. L a n d s t e i n e r, mieszając zawieszoną krwinek jednego człowieka z surowicą krwi innego, wyprowadził istnienie trzech grup krwi ludzkiej: grupy A,

której surowica zlepiała krwinki grupy B, nigdy swoje własne lub inne grupy A; grupy B, której surowica zlepiała tylko krwinki grupy A; i grupy C, której surowica zlepiała krwinki obydwu grup poprzednich (A i B), natomiast krwinki tej grupy (C) nie były zlepiane przez żadną surowicę. Do tych trzech grup Landsteina, Decastello i Stürli, Jansky (1906) i Moss (1911) później dodali 4-tą, występującą najrzadziej. Surowica osobników, należących do tej grupy, nie zlepia żadnych krwinek, natomiast jej krwinki są zlepiane przez surowicę trzech pierwszych grup. Stosunki między wszystkimi czterema grupami wyjaśniają podane niżej tabliczki, na których znak + oznacza aglutynację, znak — brak aglutynacji.

Krwinki		Krwinki			
		I	II	III	IV
Surowice	1	—	+	+	+
	2	—	—	+	+
	3	—	+	—	+
	4	—	—	—	—

Jansky

Krwinki		Krwinki			
		I	II	III	IV
Surowice	1	—	—	—	—
	2	+	—	—	—
	3	+	+	—	—
	4	+	—	+	—

Moss

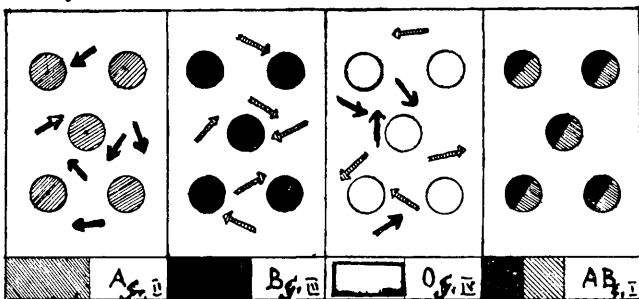
Klasyfikacja Janskyego ma prawo pierwszeństwa i została oficjalnie przyjęta przez stowarzyszenie serologów i bakterjologów amerykańskich.

Znacznie wygodniej będzie przyjąć schemat nie grup, lecz cech krwi (podług Dungere i Hirszfelda), wypływający z istnienia dwóch różnych cech krwinek A i B, i prawa Landsteina, głoszącego, że surowica zawsze zawiera izoaglutyniny, skierowane przeciwko cesze, której nie posiada w krwinkach własnych.

Zależnie więc od obecności tej czy innej cechy krwinek, istnienia ich z osobna, razem lub ich braku, rozróżniamy następujące grupy krwi, odpowiadające I, II, III i IV-iej grupom Jansyego:

Grupy Janskyego	I	II	III	IV
Krwinki grupy	O	A	B	AB
Surowica posiada	anti A anti B	anti B	anti A	izoaglutynin nie zawiera

A zatem surowica krwi danej grupy będzie zawsze zlepiała krwinki grupy obcej, nigdy swojej własnej (z wyjątkiem pewnych stanów chorobowych (autoaglutynacja) lub grupy podobnej.



Schemat przedstawiający grupy krwi według L. Hirszfelda (L'Anthropologie, 29, 505, 1920). Kółka przedstawiają os. krwinki; strzałki - izoaglutyniny, należące do odpowiednich grup.

Rys. 1.

Należy nadmienić, że już Dungere i Hirszfeld wykryli za pomocą absorpcji, że liczba własności swoistych krwinek jest znacznie większa od powszechnie przyjętych 4-eh grup. Znajdowali oni osobniki grupy A, które miały w krwinkach więcej specyficznych własności, niż inne osobniki tejże grupy A, t. j. rozmaite gatunki krwi grupy A różniły się między sobą. Z badań tych wynika, że oprócz grup zasadniczych istnieją podgrupy, co zostało potwierdzone przez najnowsze prace (Guhtrie, Coca, Klein, Sucker, Liang, Huck i inni).

Izoaglutyniny rzadko zjawiają się zaraz po urodzeniu, przeważnie powstają one w czasie 1-go r. życia, zawsze zaś na początku trzeciego (E. Jeanbrau). Zdolność krwinek do aglutynacji daje się stwierdzić już w czasie życia płodowego. Dungere i Hirszfeldowi udało się ją wykryć u płodu 6-cio miesięcznego.

Do określenia grupy krwi używamy następującego sposobu. Do badań niezodna jest wzorcowa surowica krwi grupy A (zawiera izoaglutyniny anti B), surowica krwi grupy B (zawiera izoaglutyniny anti A) 5% roztwór cytrynianu sodu w wodzie destylowanej, zmieszanej z roztworem 0,85% NaCl (w stosunku 1:9) i roztwór fizjologiczny soli kuchennej. Surowice odpowiednich grup krwi otrzymujemy, odcinając je wyjąłowaną pipetą pasteurowską z odwirowanej krwi, wziętej z żyły danego osobnika, i przenosząc je do wyjąłowanych buteleczek z ciemnego szkła, dodawszy acid. carbol. liq. w stosunku 0,5%. Surowicę do prób trzymamy w ciemnym i chłodnym miejscu. Nawiąsem należy dodać, że izoaglutyniny są bardzo trwałe, nie giną nawet w gnijących już surowicach, znoszą zamrażanie w ciągu dłuższego czasu (Schütz u. Wöhlisch). Samo badanie wykonywa się w następujący sposób.

Bierzemy 2—3 krople krwi do badania z palca po ułtciu, najlepiej igłą Fraucka, i mieszamy w małej probówce z roztworem cytrynianu sodu, jak podałem wyżej (wzgl. z roztworem fizjologicznym soli kuchennej, do którego dodano parę kropli cytryn. sodu), następnie, dokładnie mieszawszy, bierzemy stąd pipetą po 2 krople do dwóch osobnych probówek i do jednej z nich, również za pomocą pipety, dodajemy równą ilość (2) kropli surowicy anti B, do drugiej zaś surowicy anti A, dbając o dobre zmieszanie. Pipetę pasteurowską ustawicznie przepłukujemy w czasie roboty roztworem fizjologicznym soli kuchennej. Wynik badania odczytujemy najlepiej po upływie 20—30 minut. Aglutynację stwierdzamy, jeżeli powstanie osad, który przy skłóceniu będzie podobny do ceglatego piasku. Przy braku aglutynacji mieszanina po skłóceniu robi się jednorodną. Jeżeli nastąpi aglutynacja w probówce, do której dodano surowicy anti B, wówczas badana krew należy do grupy B. Jeżeli nastąpi aglutynacja w probówce, do której dodano surowicy anti A, badana krew jest grupy A.

Jeżeli aglutynacja wystąpi w obydwu probówkach, badana krew należy do grupy AB.

Wreszcie jeżeli aglutynacja nie nastąpi w żadnej probówce, badana krew należy do grupy O.

Dane statystyczne dla Europy środkowej wykazały, że grupa O jest najbardziej rozpowszechniona, należy do niej ok. 46% ludności, do grupy A należy 40%, do grupy B — 10% i do grupy AB — tylko 4%. Zresztą, powyższe dane liczbowe różnią się na Wschodzie i Zachodzie, o czym pomówimy dalej.

Jakie są właściwości fizyko-chemiczne zlepników krwi (izohemaglutynin) i substancji krwinek czerwonich, podlegającej aglutynacji, na czym polega zjawisko samej izohemaglutynacji? Na to pytanie znajdujemy po części odpowiedź w ostatnich badaniach Schütza i Wöhlischa. Już wspomnieliśmy o tem, że izoaglutyniny znoszą długie zamrażanie. Doświadczenia wspomnianych autorów wykazały, że izoaglutyniny są względnie ciepłostale, mianowicie znikają dopiero przy tej temperaturze, przy której wypadają globuliny (być może nawet, że zachodzi tu tylko adsorpcja, a nie zniszczenie). Jeżeli zrobimy strąk alkoholowy z aglutynującej surowicy, który tydzień przebywał w alkoholu, następnie strąk wysuszymy i z proszku zrobimy wyciąg solą kuchenną lub normosolem, to wyciąg ten będzie jeszcze posiadał własności aglutynujące. Jeżeli za pomocą siarczanu amonowego oddzielimy globuliny surowicy od albuminów wówczas aglutyniny okażą się we frakcji globulinowej. Ultraprzesącz surowicy aglutynującej traci własności czynne, skąd wniosek, że aglutyniny są ciałami kolloidalnymi. Co się tyczy chwytników grupy krwinek, to doświadczenia Schütza i

Wöhlicha wykazały, że dają się one zmyć z krwinek za pomocą roztworu fizjologicznego NaCl. Tutaj jednak wykryto duże różnice indywidualne: podczas gdy jedne krwinki już po krótkotrwałym przemywaniu małymi ilościami roztworu NaCl traciły zdolność zlepiania się, inne zachowywały się pod tym względem nadzwyczaj opornie.

Istota izohemaglutynacji polegałaby, zdaniem Schutza i Wöhlicha, na wytworzeniu na powierzchni czerwonych krwinek łatwo dającego się odmyć strątu, bardzo zmniejszającego normalny ładunek elektryczny.

Sprawę dziedziczenia cech biochemicznych krwi u ludzi (i psów) rozstrzygnęli D u n g e r n i H i r s z f e l d. Autorzy ci dowiedli na psach, że cechy A i B dziedziczą się i to niezależnie od cech anatomicznych: pies, który odziedziczył rasę matki, może mieć krew grupy ojca i odwrotnie. Badania nad ludźmi (72 rodziny — 348 osobników) pozwoliły wykryć szereg ważnych faktów, mianowicie: biochemiczne cechy krwi A i B mogą się dziedziczyć, ale nie muszą; własności A i B dziedziczą się niezależnie, to znaczy, że rodzice z cechą AB mogą mieć dzieci jedne z cechą A, inne z cechą B; jeżeli oboje rodzice nie posiadają ani A, ani B, dzieci nie mogą mieć tych cech w krwi. Ten fakt ostatni może mieć duże znaczenie w dochodzeniu ojcostwa.

Następujący schemat uwidocznił możliwość, wykryte przez D u n g e r n a i H i r s z f e l d a w dziedziczeniu przekazywania potomstwu cech biochemicznych krwi:

A	A	A + B	A + O	A + AB	B + B
A, O	AB, A, B, O	A, O	A, AB, BO	B, O	
B + O	B + AB	AB + AB	AB + O	O + O	
B, O	B, A, AB, O	A, B, AB, O	A, B, AB, C	O, O	

Z powyżej wykrytych faktów wyprowadzili autorzy wniosek, że cechy krwi dziedziczą się zgodnie z prawami Mendla.

Cechy A i B są to cechy dominujące, dziedziczące się niezależnie jedna od drugiej. Cechom tym D u n g e r n i H i r s z f e l d przeciwstawiają brak tych cech:

nie A=a i nie B=b,

które przy dziedziczeniu ustępują.

Zatem mielibyśmy cztery rodzaje dojrzałych komórek płciowych:

Ab—odpowiada grupie A
aB—odpowiada grupie B
AB—odpowiada grupie AB
ab—odpowiada grupie O

To że cechy A i B są w pewnej niezależności od siebie i spotykają się razem zgodnie z rachunkiem prawdopodobieństwa, stwierdzają dane statystyczne. Jeżeli grupę A spotykamy w 40%, grupę zaś B w 10%, to AB powinniśmy spotkać w:

$$\frac{40}{100} \times \frac{10}{100} = \frac{400}{10000} = 4\%$$

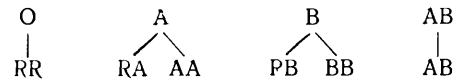
co odpowiada w dużym przybliżeniu danym statystycznym.

Zróbmy teraz wyliczenia dla grupy O. Jeżeli grupę A spotyka się w 40%, grupę B w 10%, a grupę AB w 4% przypadków, to cechę A znajdujemy w 44% (A+AB), cechę B w 14% (B+AB). W takim razie dla cechy nie A (=a) wyliczymy 56% (100% — 44%), dla cechy nie B (=b) — 86% (100% — 14%). Grupa O będzie to spotkanie nie A z nie B czyli na zasadzie rachunku prawdopodobieństwa znajdziemy, że grupa O wystąpi w:

$$ab = \frac{56}{100} \times \frac{86}{100} = \frac{4816}{10000} = 48,16\%$$

Liczba ta niewiele różni się od danych statystycznych. Powyższe wyliczenia zostały sprawdzone na dużym materiale (badania nad rasami) przez L. i H. Hirszfelców, C o c a i D e i b e r t a, T e b b u t t a i C o n n e l l i. Liczni obecnie już autorzy (Weszczycki, Ottenberg, Tebbutt i Connelli inni) potwierdzili dziedziczenie właściwości biochemicznych krwi zgodnie z prawami Mendla.

Ostatnio F. Bernstein podaje modyfikacje hipotezy D u n g e r n a i H i r s z f e l d a, że osobnik grupy A posiada eo ipso geny b, zaś osobnik B geny a. Na jej miejsce stawia hipotezę trzech allelomorfnych cech biochemicznych krwi A, B, R, z których A i B dominują, R—ustępuje. Skład odpowiednich grup przedstawiałby się jak następuje:



RR, AA, BB, byłyby pierwotne typy czyste (homozygoty), RA, RB, AB — typy mieszane (heterozygoty), powstałe później. Opierając się na tem założeniu, F. Bernstein wyprowadza swoją teorię istnienia trzech ras ludzkich, do której to teorii jeszcze zamierzamy powrócić.

Pozostaje jeszcze omówić, czy istnieje stosunek innych przeciwciał do izoaglutynin, i jakie ma to znaczenie dla dziedziczenia.

W literaturze istniały jedynie dane o dziedziczości dopełniacza. Niektóre świnki morskie nie posiadają komplementu. F. A. Rich, Downing, Hyde, krzyżując zwierzęta, nie posiadające komplementu, z osobnikami posiadającymi komplementu, wykryli na wielkim materiale, że zachodzi tu dziedziczenie zgodnie z prawami Mendla, przy czym istnienie komplementu występuje jako cecha dominująca. Co do innych przeciwciał, mamy w tym względzie bardzo mało danych. Dopiero ostatnie badania L. i H. Hirszfelców i H. Brokmana nad dziedziczością odporności względem błonicy rzuciły na tę sprawę snop światła. Wspomnianym autorom udało się wykryć, że dziedziczenie skłonności do błonicy jest w korelacji z grupą krwi: jeżeli jedno z rodziców dawalo odczyn Schick na błonicy, do dodatni, drugie zaś ujemny, to dzieci, posiadające grupę rodzica z odczynem dodatnim, również miały odczyn Schicka dodatni, posiadające zaś grupę rodzica z odczynem na błonicy ujemnym miały po większej części odczyn Schicka ujemny, niekiedy dodatni. Obecnie mamy całkiem realne podstawy, ażeby przypuszczać, że jakiś czynnik chorobowy przy dziedziczeniu może być w pewien sposób związany z grupą krwi. Mamy cały szereg spostrzeżeń, świadczących o tem, że różne przeciwciała występują niekiedy powiązane razem. D u n g e r n i H i r s z f e l d wykryli, że niektóre gatunki grupy A, zawierają więcej wywoływaczy, związanych z grupą, niż inne, i że istnieją surowice, posiadające przeciwciała przeciwko tym nadprogramowym wywoływaczom. Potwierdzili te badania Guthrie, Huck, Coca i Klein, którzy znaleźli pewną własność C (wzgl. X) stale związaną z grupą A. Odpowiednie przeciwciała (anti A i anti C) mogą się dziedziczyć tylko razem (L. Hirszfeld).

Widzimy zatem, że zagadnienia cech biochemicznych krwi są to zagadnienia konstytucjonalne. Konsekwentne powiązanie tych zagadnień znajdujemy w niemieckiej pracy L. Hirszfelda p. t.: Die Konstitutionslehre im Lichte serologischer Forschung (Klin. Wochenschr. Nr. 26, 1924) i w polskiej: Medyc. Doświadczalnej Tom III 2.IV—XI, gdzie jest podane też obszernie piśmiennictwo. Widzimy jak płodne w następstwach dla nauki było wykrycie odrębnych biochemicznych struktur krwi w obrębie jednego i tego samego gatunku. Odniosły tu korzyść nie tylko nauki czysto biologiczne, ale i inne, jak w pierwszym rzędzie antropologia, a nawet statystyka matematyczna; za pomocą analizy matematyczno-biologicznej sprawdza się dziedziczenie grup krwi (Bernstein, Mydlarski).

Największe i pierwsze wogóle badania serologiczne nad rasami przeprowadzili Polacy. Praca L. Hirszfelda i H. Hirszfeldej stanowi epokę w tej dziedzinie. Autorem tym, dzięki sprzyjającym warunkom pobytu w Macedonji, podczas wojny udało się zbadać grupy u 8,000 osobników żyjących w jednakowych warunkach (przeważnie żołnierzy), należących do szeregu narodów europejskich i niektórych ras azjatyckich podczas wojny udało się zbadać grupy w jednakowych warunkach u 8,000 osobników (przeważnie żołnierzy), należących do szeregu narodów europejskich i niektórych ras azjatycko-afrykańskich. Badania Halberówny i Mydlarskiego o największe na świecie dotyczą 11.488 Polaków i 818 polskich żydów. Z obcych autorów mamy badania późniejsze Verzara i Veszczyckiego nad 1,500 Węgrami i 400 cyganami, Kilgora i Lui nad 100 Chińczykami, Lui i

W a n g a nad 1,000 Chińczyków i innych. Zesławienie tych wszystkich badań podajemy w tabliczce, zapożyczony z pracy L. Hirszfelda o stosunku konstytucji do serologii, cytowanej wyżej.

Narodowość	Cechy grupy o/o			Liczba badanych	A u t o r	
	(II + IV)	(III + IV)	(I)			
Anglicy . . .	46,4	10,2	46,4	500	L. i H. Hirszfeldowie Dungern i L. Hirszfeld	
Francuzi . . .	45,6	14,2	43,2	500		
Włosi . . .	41,8	14,8	47,2	500		
Niemcy . . .	58,7	21,7	36,0	348		
Serbowie . . .	46,4	20,2	38,0	500		
Grecy . . .	45,6	20,2	38,2	500		
Bułgarzy . . .	46,8	20,4	39,0	500		
Arabowie . . .	37,4	24,0	43,6	500		
Turcy . . .	44,6	25,2	36,8	500		
Rosjanie . . .	37,5	28,1	40,7	1000		L. i H. Hirszfeldowie
Zydzi (hiszp.)	38,0	28,2	43,8	500		
Malgaszę . . .	30,7	25,2	45,5	500		
Murzyni (Seneg.)	27,6	34,2	43,2	500		
Anamici . . .	29,6	35,6	42,0	500		
Hindusi . . .	27,5	49,7	31,3	1000		
Polacy . . .	46,6	29,9	32,5	11488	Halberówna i Mydlarski	
Zydzi polscy	49,5	25,4	33,1	818		
Węgrzy . . .	50,2	31,0	31,0	1500	Verzar i Weszczky	
Cyganie . . .	26,9	44,7	34,2	400		
Chińczycy . . .	47,0	36,0	28,0	100	Kilgre Lui Lui i Wang	
" . . .	35,0	44,0	30,0	1000		
" (połud.)	37,1	34,2	37,4		Fukamachi	
" (póln.)	44,4	31,0	31,			
" razem	42,0	39,0	29,0	111	Ccca i Deibert	
"	40,8	36,3	31,5			
Japończycy . . .	54,8	32,3	26,8		Fukamachi	
Koreańczycy . . .	45,5	39,1	28,1			
Mandżur. (póln.)	35,1	46,7	26,6		Tebbutt i Connel Coca i Deibert	
Australczycy . . .	38,9	10,5	52,6	1176		
Indjanie . . .	20,6	2,5	77,7	862	J. H. Harvey Firie	
Atrykańczycy (póln.) . . .	28,8	20,8	52,0	250		

W powyższej tablicy mamy podany ogólny odsetek cech A i B, a więc na A składają się nie tylko osobniki grupy A, ale i AB, na B, zaś osobniki grupy B i grupy AB. Grupa AB osobno uwzględniona nie została, gdyż nie jest ona samodzielna i stanowi tylko przypadkowe spotkanie A i B. Przy takim przedstawieniu rzeczy powstaje pozorna sprzeczność, polegająca na tem, że suma poszczególnych cech krwi w każdym wypadku jest większa od stu. Dzieje się to wskutek tego, że osobniki grupy AB zostały dwa razy policzone. Przeglądając załączoną tablicę, widzimy, że cechą A najbardziej rozpowszechniona jest u narodów północno i środkowo-europejskich, cecha B u narodów azjatycko-afrykańskich. Rosjanie, Żydzi hiszpańscy i Arabowie zajmują stanowisko pośrednie. L. i H. Hirszfeldowie przypuszczają istnienie dwóch kolebek serologicznie różniczkowalnej ludzkości, jednej w Europie, z której wyszła rasa biochemiczna A, drugiej w Azji (Indje?), z której pochodzi biochemiczna rasa B: im bliżej Europy, tem więcej znajdujemy A, im bliżej Azji, tem więcej B. Różnice w ilości A i B nie są zależne od klimatu, tylko od pochodzenia, n. p. Węgrzy mają A—50%, B—31%, podczas gdy cyganie, mieszkający na Węgrzech, mają A—26%, B—44%.

W ostatnich czasach F. Bernstein (Klin. Wochschr. Nr. 33. 1924) postawił hipotezę istnienia trzech ras (p. W.) pierwotnie czystych (AA, BB, i RR=O), które w następstwie dały rasy mieszane: RA, RB i AB. Najbardziej czyste rasy ze wszystkich narodów zachowały do dzisiaj Indjanie, którzy posiadają 20% A, 2% B i aż 77% O (=RR). Hipotezę swoją Bernstein stara się uzasadnić na drodze matematycznej, wyliczając częstość (ilość) każdej z 3-ch ras dla poszczególnych okolic ziemi.

Wykrycie izoaglutynin posiada bardzo doniosłe znaczenie dla przetaczania krwi. Już w roku 1638 wykonał P o t t e r w Anglii liczne doświadczenia nad zwierzętami, polegające na przetaczaniu krwi wykrwawionym umyślnie zwierzętom, przy czem do transfuzji używał krwi tego samego gatunku. Pierw-

sza transfuzja u człowieka była wykonana przez J e a n D e n i s'a w Paryżu w roku 1667. Jakkolwiek już w XVII stuleciu (wedł. Dieffenbacha Martina) próbowano zastąpić utraconą skutkiem krwotoków krew w ustroju przez krew obcą, próby te jednak, wskutek nie uwzględniania grup krwi z jednej strony i nieznaomości sposobów zapobiegania krzepnięciu krwi z drugiej, dawały ciężkie powikłania, wskutek powstania groźnych dla życia zatorów, aglutynacji i hemolizy. Obecnie krzepnięciu krwi, wziętej do przetaczania, zapobiegamy w ten sposób, że mieszamy ją z cytrynianem sodu (natrium citricum) w stosunku 4 gramy na 1 litr krwi (S a t t e r l e e i H o o c k e r). Ażeby zapobiec aglutynacji krwinek krwiodawcy przez surowicę krwi krwiobiorcy określamy, do jakich grup krwi oni należą. Aglutynacja czerwonych ciałek krwiobiorcy przez surowicę krwi krwiodawcy nie gra, jak pokazało doświadczenie, większej roli z tego powodu, że wprowadzone do ogólnego krwioobiegu krwiobiorcy cudze izoaglutyniny znajdują się szybko w bardzo silnym rozcieńczeniu. Do określenia grupy krwi używamy sposobu, podanego wyżej lub następującego. Bierzymy suche szkiełka przedmiotowe w liczbie odpowiedniej do ilości badanych prób krwi. Na każdym szkiełku umieszczamy po stronie lewej kroplę surowicy krwi grupy A (zawiera anti B), po stronie prawej — grupy B (zawiera anti A), dodając do każdej po kropli badanej krwi, zawieszonyj w soli z cytrynianem.

Krew badana zmieszana z surowicą krwi: grupy A grupy B



Badana krew należeć będzie do grupy:

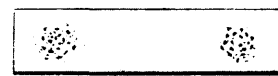
O (ok. 45%).
(niema dylistynacji z obu surowicami)



A (ok. 40%)
(aglutynacja zanti A)



B (ok. 10%)
(aglutynacja zanti B)



AB (ok. 5%)
(aglutynacja z obu surowicami)

Sposób badania krwi na grupy na szkiełkach przedmiotowych.

Rys 2.

Jeżeli nastąpi aglutynacja, wówczas zauważymy w kropce jakgdyby proszek tartej cegły. W razie nieposiadania potrzebnych do wykrycia grup surowic wzorcowych mieszamy krwinki krwiodawcy z surowicą krwi krwiobiorcy w celu sprawdzenia, czy wystąpi aglutynacja, czy nie. Dobrze jest sprawdzić to w każdym przypadku, gdyż, jak wiemy, w obrębie jednej grupy mogą być różnice (podgrupy p. W.).

Krew grupy A można przetaczać osobnikom grupy A i grupy AB.

Krew grupy B — osobnikom B i AB.

Krew grupy AB — tylko osobnikom AB (krew egoistyczna — general receiver).

Krew grupy O można przetaczać wszystkim (krew altruistyczna — general donor).

Przy przetaczaniu w przypadkach nagłych bez możliwości sprawdzenia grupy krwi ryzyko powikłań śmiertelnych wynosi ok. 3% (J e n n b r e a n).

Istnieje szereg sposobów przetaczania krwi. Osobiście posługujemy się następującą techniką.

Mamy w kolbce przygotowaną większą ilość (+ 50 ctm.³) wyjałowionego 10% roztworu cytrynianu sodu, którego użyjemy do zmieszania z krwią krwiodawcy (10 ctm.³ cytrynianu na 250 ctm.³ krwi). Do zebrania krwi posługujemy się dużą wyjałowioną kolbą kalibrowaną (możemy ją sami

skalibrować). Krew zbieramy grubą igłą do wenepunkcji, opatrzoną krótkim drenem gumowym. Zebraną krew, zmieszana w odpowiednim stosunku z cytrynianem, przelewamy do cylindra wielkiej strzykawki pęcherzowej (Record), opatrzonej rurką gumową z grubą igłą, którą wkładamy do żyły krwiobiorecy. Szybkość przetaczania powinna się równać 100 ctm.³ w ciągu 5 minut, czyli 1/2 litra krwi w ciągu więcej pół godziny.

Powszechnie obecnie już uznano dobroczynny wpływ przetaczania krwi nie tylko w przypadkach ostrego wykrwienienia, ale i w całym szeregu innych spraw chorobowych. W każdym z naszych przypadków po przetoczeniu krwi odsetek hemoglobiny i liczba czerwonych ciałek krwi wzrastały. Przy przetaczaniu parokrotnym u jednego i tego samego chorego udawało nam się znacznie podnieść skład krwi. W jednym przypadku niedokrewności na tle charłactwa rakowego liczba czerwonych krwinek po dwóch przetaczaniach wzrosła z 1,350,000 do 2,512,000, ilość zaś hemoglobiny z 12 do 21. W przypadkach ostrej niedokrwistości mieliśmy zawsze wynik dobry. Wytworzenie nowego zawodu krwiodawców (muszą być zdrowi i mieć zawsze sprawdzoną krew na zakażenie kiłą, malarją i inne pasorzyty) pokazało, że fach ich nie wpływa ujemnie na zdrowie, odwrotnie, większość z nich po szeregu upustów krwi przybrała na wadze i czuła się doskonale (Chenisse).

Z polskich autorów o przetaczaniu krwi pisali Szerzyński, Dziembowski i Teliga.

Obecność izoaglutynin we krwi poza znaczeniem dla celów praktycznych przy przetaczaniu krwi musi odgrywać niejedną jeszcze doniosłą a nieznaną rolę. Znaczenie ich dla patologii nie zostało dotychczas wyjaśnione. Sprawą tą jak również badaniami własnymi i innych autorów nad obecnością izoaglutynin poza krwiobiegiem w rozmaitych płynach ustroju normalnych i patologicznych — zajmujemy się w najbliższej naszej publikacji.

Piśmiennictwo.

- Ehrlich u. Morgenroth, Berl. Klin. Wochschr. 1900.
Landsteiner. Wien. Klin. Wochschr. 1901, 14; 1132.
Dungern u. Hirszfild. Zeitschr. f. Immunität. 1909. Bd. 4.
Dungern u. Hirszfild. Zeitschr. f. Immunität. 1910. Bd. 4.
Dungern u. Hirszfild. Zeitschr. f. Immunität. 1910. Bd. 6.
Dungern u. Hirszfild. Zeitschr. f. Immunität. 1911. Bd. 8.
Dungern u. Hirszfild. Münch. Med. Wochenschr. 1910 str. 741.
Dungern u. Hirszfild. Jahres Kurse f. ärz. Febr. 1912. 3. 10.
Hirszfild L. i H. Lancet. 1919. 2. 675.
Hirszfild L. i H. L'anthropologie. 1920, 29, 505.
Hirszfild L. i H. Przegł. Epidemj. 1920. T. I z 2.

Dr. Ludwik Hirszfild. O biochemicznych własnościach krwi i ich dziedziczeniu. Przegł Lekarski. 1911 r. Kraków.

W. Sucker. Die Isohämagglutinine des menschlichen Blutes und ihre rassenbiologische Bedeutung. Z. f. Hygiene und Infektionskrankheiten B. 102. H. 3/4 1924 r. Berlin.

B. Lang. Neue Untersuchungen über Isohämagglutinine bei den Chinesen, insbesondere die geographische Änderung des Hämagglutinationsindex („biochemischen Rassenindex“) Ar. f. Hygiene Bd. 94. — 1924 München.

Dr. L. u. H. Hirszfild. Essai d'application des methodes serologiques au problème des races. L'Anthropologie. Paris T. XXIX. 1918 — 1919.

A. F. Coca and Hyman Klein. A Hitherto undescribed pair of isoagglutination elements in Human beings. Department of Bacteriology and Immunology. Cornell Univ. Med. Coll. New York. The Journal of Immunology Vol. VIII No. 6 November 1923.

H. Plüss. Ueber Isoagglutination im menschlichen Blute und ihre Vererbung. Basel 1924.

S. H. Harvey Pirie M. D. F. R. C. P. — Blood Testing preliminary to transfusion with a note on the group distribution among S. A. natives. The medical journal of South. Africa. Vol XVI 190/112 pp. January 1921.

N. N. Burkitt M. B. (Sydney) Physical Characters of the Australian Aboriginal.

Med. Jour. of Australia. September 29 1923.

O. Weszeckky. Untersuchungen über die gruppenweise Hämagglutination beim Menschen. April 1920. Biochem. Zeitsch. Band.

F. Verzar und O. Weszeckky. Rassenbiologische Untersuchungen mittels Isohämagglutininen. Oktober 1921. Biochem. Zeitsch B. 126.

K. Landsteiner u. dr. M. Richter. Ueber die Verwertbarkeit individueller Blutdifferenzen für die forensische Praxis. Zeitsch. f. Medizinal beamte Jahrg. 1903 Heft 3.

Dr. K. Landsteiner. Ueber Agglutinationserscheinungen normalen menschlichen Blutes. Wiener Klin. Wochenschrift 1901 Nr. 46.

Dr. L. i H. Hirszfildowie. Badania nad rasami ludzkimi. Przegł. Epidem. T. I. Zesz. 2, 1920.

A. H. Tebbutt. Comparative Iso-agglutinin Index of Australian Aborigines and Australians. The Medical Journal of Australia. Pan Pacific Science Congress. Sydney. September 1923 Nr. 13 Vol. II — 10 th. 9 mar.

Wyczerpujące piśmiennictwo znaleźć można w książce Leona Lattes (Messina):

La individualità del sangue. Biblioteca di „haematologica“.

Z. Hirszfild. Zagadnienie Konstytucjonalizmu Med. Domow. T. III 2.V—VI.

Z. Hirszfild. Die Konstitutionsprobleme im Zichte urologisch Forschug Klin. Wochausch. 1924, Nr. 26.

Piśmiennictwo dotyczące przetaczania krwi można zacytować z książki:

32-e Congres Français de Chirurgie du 8 au 13 octobre 1923 á Paris. Information et rapports. Paris 1923.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Bakterjologia i Serologja.

F. SCHÜTZ i E. WÖHLISCH. O znaczeniu i istocie aglutynacji krwinek i o grupach krwi u człowieka. (Kl. Woch. Nr. 36, 1924).

Autorzy zastanowili się nad pytaniem, na czym zasadzają się różnice w składzie krwi ludzkiej, i czy można wnioskować o stosunku pokrewieństwa biologicznego na zasadzie zjawiska aglutynacji krwi. W tym celu przeprowadzili badania biologiczno-rasowe, serologiczne i fizyczno-chemiczne nad powyższymi zjawiskami. Według poprzednich spostrzeżeń częstość występowania II grupy maleje, a III-ej wzrasta w miarę posuwania się z północnego zachodu Europy na południe i wschód, co ma być wyrazem właściwości rasowych. Mając jednakże na względzie możliwość wpływu innych jeszcze czynników, jak np. klimatu, zawodu, dodatniego lub ujemnego oddziaływania Wassermann'a, zbadali autorzy 1679 próbek krwi

ludzkiej, przeważnie pochodzącej od ludności Szlezwig-Holsztynji, przy czem okazało się, że rozkład odsetkowy grup odpowiadał w przybliżeniu liczbom innych badaczy niemieckich: I-sza gr.=2,9%; II-ga=42,7%; III-cia=11,7%; IV-ta=42,7%. Stwierdzono brak zależności od płci, życia na wsi lub w mieście, i od wyniku odczynu Wassermann'a. Jednakże przy badaniu ludności pewnych okręgów, z których w ciągu wieków emigrowano, lecz dokąd nie imigrowano, wykryto odstępstwa od liczb powyższych: I-sza=2,4%; II-ga=50,6%; III-cia=7,5%; IV-ta=39,5%. Badanie profesorów i zamężnych akademików na Uniwersytecie w Kilonji dało liczby: I-sza=3,4%; II-ga=19,4%; III-cia=8,9%; IV-ta=38,3%; podczas gdy badanie więźniów w tem samym mieście dało wyniki: I-sza=4,4%; II-ga=34,8%; III-cia=10,9%; IV-ta=50%. Wreszcie znaczną nadwyżkę III-ciej gr. w stosunku do liczb przeciętnych dla Niemiec wykazywała ludność pewnej wyspy, która od stuleci nie krzyżowała się z obcymi (I-sza=

0%; II-ga=33,8%; III-cia=26%; IV-ta=40,2%). Z zestawienia powyższych liczb wyciągają autorzy wniosek, że kwestja współzależności grupy krwi od rasy pozostaje jeszcze otwartą, a zależność taka jest poniekąd wątpliwa, co też potwierdziłyby badania Schiffa i Zieglera, którzy wykazali, że procentowy rozkład grup krwi u berlińskich Żydów bardziej się zbliża do liczb berlińskich nie-żydów, niż do stonków w Żydów z innych krajów. Co do strony fizyczno-chemicznej zjawiska aglutynacji krwi jednogatunkowej (isohaem aglutinatio), podają autorzy, że aglutyniny surowicy są to ciała koloidalne, względnie ciepłotrwałe, które stają się nieczynne dopiero w temperaturze wypadania globulin, przyczem jest rzeczą możliwą, że nie rozkładają się one w tych warunkach, lecz zostają odsortowane i porwane przez stracone globuliny. Temperaturę poniżej 0° znoszą aglutyniny w ciągu tygodni; dosyć długo opierają się działaniu alkoholu. Przy wysalaniu siarczanem amonowym aglutyniny w całości pozostają we frakcji globulinowej; przy djalizowaniu globulin względem wody przekroplonej zachodzą w nich pewne nieodwracalne zmiany, a jednocześnie ustaje działanie aglutynin; podobnie niweczą je mocne zasady i kwasy mineralne.

Odnosnie do istoty substancji aglutynującej się („receptora“) zrobiono następujące spostrzeżenia: niekiedy erytrocyty, przemyte roztworem fizjol. soli, tracą zdolność aglutynowania się surowicą, która je uprzednio sklejała. Dostrzeżono przy tem znaczne różnice osobnicze: jedne erytrocyty traciły zdolność aglutynacji już po krótkotrwałym przepłukaniu, inne za ledwie część tej zdolności tracą po długotrwałym myciu. Powstało przypuszczenie, że substancja, podlegająca aglutynacji, może być mechanicznie zmyta z powierzchni erytrocytów, i, rzeczywiście, okazało się, że roztwór fizjologiczny, użyty do przemycia erytrocytów, zmniejszył zdolność aglutynacyjną odpowiedniej surowicy o wiele znacznie, niż jadtakowe rozcieńczenie zwykłym roztworem fizjologicznym; natomiast dodanie roztworu, użytego do przepłukania, do surowicy, nieaglutynującej danych erytrocytów, miało na nią wpływ taki sam, jak rozcieńczenie jej zwykłym roztworem fizjologicznym. Zjawisko powyższe tłumaczą sobie autorzy nasyceniem swoistych aglutynin przez odpowiednie receptory, zmyte z powierzchni erytrocytów. Następnie w szeregu doświadczeń, opartych na szybkości kateforezy erytrocytów homo- i heterologicznych dla danej surowicy, stwierdzono, że w procesie aglutynacji zmniejsza się ładunek elektryczny erytrocytów; doprowadziło to autorów do wniosku, że proces isohemaglutynacji polegać może na wytworzeniu na powierzchni erytrocytów (łatwo zmywającego się) strątu, który znacznie obniża normalny ładunek krwinek czerwonych.

E. Bokser.

C. P. MILLER Jr., C. H. ANDREWES and H. F. SWIFT. I. Przesączalny zarazek, wywołujący zakażenia u królików. II. Obecność jego u zwierząt, szczepionych materiałem od ludzi chorych na reumatyzm. (Jour. Exp. Med. V. VXL p. 773).

Krew i płyny wysiękowe chorych na reumatyzm były zastrzykiwane królikom do jąder, i przeszczepy były robione na jądra innych królików w różnych odstępach czasu. U zaszczepionych króli rozwijało się ostre zapalenie, wywołane przez przesączalny zarazek. Zarazek ten może być przeszczepiany bezgranicznie długo od królika do królika. Doskórny zastrzyk zarazka wywołuje miejscową reakcję na 3—6 dzień. Wstrzyknięcie zarazka do klatki piersiowej wywołuje u króli pericarditis i czasem myocarditis. Barwienie eozyną wykazuje śródkomórkowe różowe ciała, które były znajduwane w jądrach, w skórze i w mięśniach serca. W dwa tygodnie po zastrzyknięciu zarazka doskórnie albo dojedrowo króle stają się odporne i nie dają odczynów skórnych; surowica wykazuje własności zobojętniające *in vitro*. Zarazek może być przechowany w 50% glicerynie najmniej przez 68 dni. Porównanie tego zarazka z opisywanym przez Riversa i Filleta w studiach nad ospą drobiu, zarazkiem III wykazuje zupełną identyczność, gdy tymczasem brak ciał odpornościowych we krwi chorych na reumatyzm nie zdaje się przemawiać za łącznością z tą chorobą u ludzi.

F. Przesmycki.

C. H. ANDREWES and C. P. MILLER. Obecność przesączalnego zarazka u pozornie normalnych króli. (Jour. Exp. Med. V. VXL p. 779).

Zarazek, powyżej opisany, był znaleziony u normalnych króli. Zarazek ten jest identyczny pod względem serologicznym

z zarazkiem III, opisanym przez Riversa i Filleta. Jest on prawdopodobnie pasorzytem domowych króli, ale źródła zakażenia dotąd pozostają nieznanne.

Przesmycki.

Julja T. PARKER. Wytwarzanie egzotoksyn przez niektóre szczepy gronkowców złocistych. (Jour. of Exp. Med. V. XL p. 761).

Niektóre szczepy gronkowców złocistych są zdolne do produkowania przesączalnych jadów, które wywołują uszkodzenia skóry. Skóra uodpornionych królików jest niewrażliwa na te jady. Autorka zalicza opisane jady do egzotoksyn.

Przesmycki.

Choroby gardła, nosa i uszów.

Dr. Dyonizy HELLIN. Ucho, jako narząd równowagi i orientacji.

Autor w pracy swojej, usiłuje zwrócić uwagę czytelnika na tę ważną rolę, jaką odgrywają narządy kanałów półkolistych i narządy kamyczkowe w fizjologii. Z ujęcia tematu również z formy bardzo dostępnego wynika, że praca przeznaczona jest nie dla fachowców, lecz dla szerszego grona czytelników, interesujących się sprawami fizjologii układu nerwowego. Szerokie uwzględnienie fizjologii narządów nerwu przedśionkowego w ich rozwoju filogenetycznym czyni pracę interesującą, i niejednen z czytelników znajdzie ciekawe dane, rzucające światło na zjawiska, z którymi się często spotykamy w życiu.

Należy jednak zrobić pewne zastrzeżenia, co do roli, jaką przypisuje autor układowi nerwu przedśionkowego w aparacie psychomotorycznym. Na tak dominującą rolę trudno się zgodzić najbardziej przychylnie usposobionemu dla poruszonego przez autora tematu czytelnikowi, zwłaszcza wówczas, kiedy chodzi o rolę pośrednią układu nerwu przedśionkowego w czynności wyższej mózgowia. Dodać jeszcze należy, że niektóre źródła bibliograficzne zostały podane niezupełnie ściśle. Tak np. na rolę oftalmostatyki błędnikowej i zależnej od niej syntaksji ogólnej przy strzelaniu do celu zwrócił uwagę prof. Noiszewski w swojej pracy o ataksji wzrokowej, a nie dr. Szwarzarc; na objawy makropsji i mikropsji przy wstrząsach ucha wewnętrzznego pierwszy zwrócił uwagę Karbowski w swojej pracy „Neuropathia acustica“, a nie Dr. Szwarzarc.

Karbowski.

P. BERTEIN. Zapalenie utajone wyrostka sutkowego w przebiegu ostrych zapaleń ucha środkowego. (La Presse Médicale Nr. 86, str. 841).

Autor opisuje 3 przypadki zapalenia ostrego ucha środkowego, powikłane zapaleniem wyrostka sutkowego. Sprawa miała przebieg na pozór banalny, lecz w chwili, gdy się zbliżało zupełne wyzdrowienie, zjawiały się objawy posocznice bez jakichkolwiek objawów lokalnych ze strony wyrostka sutkowego. We wszystkich 3 przypadkach zabieg operacyjny wykazał ropień w wyrostku, komunikujący z rozszerzoną jamą sutkową i niszczący beleczki kostne. Zwracał na siebie uwagę ogromny niestosunek między nasileniem i rozległością zmian anatomicznych i ich wyrazem klinicznym lokalnym, co tłumaczy się powstawaniem w wyrostku ognisk martwiczych, które bólów nie wywołują.

Autor zalicza swoje przypadki do grupy ropowic usznych bez zapaleń żył. Zapalenie ogólne następuje drogą układu żylnego, otaczającego jamy ucha, lub układu chłonnego. Ropowice bez zakrzepów dają rzadko ropnie w płucach, częściej w krążeniu dużym, głównie w stawach w przeciwieństwie do zapaleń żył zakrzepowych. Ponieważ zatoka nie jest jedyną drogą wchłaniania wystarcza trepanacja z drenem ropnia sutkowego bez podwiązania żyły szyjnej. Autor zastrzega się, że nie każda posocznica uszna wymaga trepanacji, oraz że nie każda operacja wykaże większe zmiany w wyrostku. Badanie reontgenologiczne potwierdza rozpoznanie przy wyniku pozytywnym, ujemny zaś nie wyłącza stanu zapalnego.

Wniosek. U chorego na zapalenie ucha środkowego, dobrze drenowanego, zjawienie się drobnych oznak zakażenia ogólnego, szybko postępującego, powinno nasuwać myśl o ropieniu w wyrostku sutkowym, nawet, jeżeli klinicznie wyrostek zmian nie wykazuje. Zmiany te, które Rentgen może potwierdzić, nie ustępują pod wpływem leczenia konserwatywnego, lecz wymagają operacji.

S. Półtorzycka.

ZAHORSKY John. Herpangina. (Arch. of pediatr., z. 41, Nr. 3, str. 181—184, 1924).

Cierpienie to występuje najczęściej w czasie letnich miesięcy u dzieci w wieku od 3-ich do 10-ciu lat; okres wyłączenia trwa 4—10 dni, rozpoczyna się znacznie podniesioną ciepłotą ciała, bólami głowy i w okolicy karku. W gardle stwierdzamy zaczerwienienie z rozsianymi pęcherzykami, które przechodzą w guzki, a te podlegają owrzodzeniu. We krwi — nieznaczna leukocytoza. Przebieg ciepłoty nieokreślony, po 4-ch dniach opada ona litycznie. Swoisty zarazek nie został wykryty.

B. Frydman.

Choroby narządów trawienia.

P. RICHTER. O leczeniu niewydolności wątrobowej insuliny. (Mediz. Klin. Nr. 40, 1924).

Rogier wykazał doświadczalnie, że zwierzęta, pozbawione glikogenu przez głodzenie, nie są w stanie oprzeć się jadom, wstrzykniętym do żyły wrotnej, podczas gdy jednoczesne podanie glikogenu zabezpiecza je przed skutkami działania jadu. Uwzględniając powyższe badanie Rogiera i opierając się na teoretycznym założeniu, że glikogen broni komórek wątroby przed czynnikami szkodliwymi, spróbował autor stosować insulinę w różnych ciężkich stanach ostrej niewydolności wątroby (*hepatargia acuta*). W żadnym przypadku nie osiągnął wyzdrowienia, w wielu przypadkach nie stwierdził żadnego dodatniego wpływu insuliny, w jednym wszakże przypadku widzi autor niezaprzeczalnie dodatni wpływ insuliny na zdolność obronną wątroby. Przypadek ten przedstawia się jak następuje: 44-letnia kobieta bez żadnych chorób w wywiadach przed 3 tygodniami nagle zapadła na żółtaczkę, stawała się coraz apatyczniejsza, aż doszło do zupełnej utraty świadomości; w tym stanie przyjeżdża do szpitala. Stan odżywienia znośny, skóra i białka o zabarwieniu ciemno-żółtaczkowym; chora nieprzytomna, podniecenie ruchowe, dochodzące czasami do drgawek, wylewy w skórę, wątroba bolesna, stłumienie wątrobowe ledwie zaznaczone; w moczu: leucyna i tyrozyna, liczne wałki szkliste. W dniu przyjęcia dano dożylnie 50 jednostek insuliny + 80 cm³ 40% roztworu cukru granowego. Nazajutrz zrana chora odzyskała całkowicie przytomność, podniecenie ruchowe utrzymało się; w porze obiadowej znów zamroczenie świadomości; poczem wstrzyknięto 40 jednostek insuliny + 50 cm³ cukru. Nazajutrz rano chora znów zupełnie przytomna, rozmowna, żąda pożywienia; po południu znów zamroczenie i drgawki. Nazajutrz zastrzyknięto 70 insuliny + 80 cm³ cukru prócz tego — cukier przez usta; to samo leczenie zastawano trzeciego dnia, ale chora przez te 2 dni przytomności nie odzyskała, często potwarzały się drgawki. Czwartego dnia przytomność wróciła, pozostało nieznaczne podniecenie ruchowe; zastrzyknięto insulinę, jak dni poprzednich. Przez cały ten dzień i zrana dnia następnego — zupełnie przytomna, dokładnie odpowiada na pytania, żąda pożywienia. Dano *per os* lewulozę, którą wymiotowała, i zastrzyknięto 20 insuliny. Po południu — utrata świadomości i rzucawka. Nazajutrz rano powróciła do świadomości, ale zdradzała znaczną senność. Zastrzyknięto, samą insulinę w ilości 10 jednostek, gdyż z powodu zakrzepów żył nie dało się wstrzyknąć cukru, a podany *per os* wymiotowała. Po południu — zupełnie nieprzytomna, znaczne podniecenie ruchowe. Dnia następnego, nie odzyskawszy przytomności, zmarła. Obdukcja i badanie histologiczne wykazały typowy obraz ostrego żółtego zaniku wątroby. W komórkach wątroby i w mięśniach stwierdzono obfitą ilość glikogenu. Przebieg kliniczny ma, zdaniem autora, wskazywać na walkę pomiędzy siłą obronną wątroby, wspieraną przez (powstającą pod wpływem insuliny) glikogen, a czynnikiem szkodliwym, wywołującym autolityczny rozpad tkanki wątrobowej. Z chwilą, gdy ustał dowód cukru do ustroju, przyłączył się do czynników szkodliwych również stan hypoglikemiczny (co stwierdzono badaniem ilościowym na cukier we krwi). Autor zaleca wypróbowanie terapii insulinowej w przypadkach przewlekłej niewydolności wątrobowej.

E. Bokser.

ROST. W sprawie powstawania żółtaczki w przebiegu dróg żółciowych. (D. Ztschft. f. Chir., t. 189, z. 1—3).

Autor podaje opis kilku przypadków zapalenia dróg żółciowych z żółtaczką, w których zespoleenie pęcherzykowo-jelitowe doprowadziło do szybkiego zniknięcia żółtaczki. Do-

datni wynik leczniczy może być wytłomaczony w ten sposób, że w powstaniu żółtaczki poza zmianami wewnątrzwątrobowymi odgrywa również wybitną rolę zmiana czynnościowa przewodu żółciowego wspólnego, względnie zwieracza Oddiego.

J. Pomper.

LIAN, WEISSENBACH i PARTURIER. Kolka wątrobową, objawiająca się pod postacią dusznicy bolesnej. (La Presse médicale Nr. 96, 1924).

W przypadkach, spostrzeganych przez autorów, na pierwszy plan występował zespół typowych objawów dusznicy bolesnej. Tylko szczegółowe badanie chorego naprowadzało na przyczynę, wywołującą napad dusznicy bolesnej, mianowicie na kolkę wątrobową (*la forme angineuse de la colique hépatique*). Bólom w okolicy serca towarzyszyły nudności, nieraz wymioty żółciowe. Niektórzy chorzy skarżyli się na pełność nawet po kilku kroplach napoju. Często przed albo po napadzie dusznicy bolesnej następowały stolce żółciowe: plynne, obfite, zielonkawe, raptem wydalane i drażniące otwór stolcowy. Wreszcie w jakiś czas przed napadem choroby cierpieli na zaburzenia żołądkowe. Niekiedy napad dusznicy bolesnej poprzedzany był kolką wątrobową. Badanie kliniczne i rentgenologiczne wyłączało u takich chorych zaburzenia układu sercowo-naczyniowego, zaś objektywnie łatwo było stwierdzić schorzenie okolicy pęcherzyka żółciowego. W moczu wykryć można było urobilinę i barwiki żółciowe. Po napadzie występowała lekka żółtaczką, a w kale nieraz ukazywały się kamienie żółciowe. Rozpoznanie potwierdzało skuteczne leczenie (okłady, belladonna, opium), przerywające napad dusznicy bolesnej, podczas, gdy środki przeciwdusznicy nie pomagały. Jednakże trudności rozpoznawcza nastęrczały się wówczas, gdy stwierdzono zmiany w sercu i naczyniach lub też w żołądku i kiszkiach. W przypadku pierwszym, zdaniem autorów, kamica żółciowa była czynnikiem, prowokującym napad dusznicy bolesnej, dający się usunąć przez leczenie kamicy żółciowej. Wychodząc z założenia, że zaburzenia spłotu sercowego powodują napad dusznicy bolesnej wogóle, autorzy przypuszczają, że wyżej opisaną postać dusznicy bolesnej może być wywołana w kamicy żółciowej na drodze układu współczulnego.

St. Dobryszycy.

SIMICI i DUMITRIN. Wydzielanie barwików przez śluzówkę żołądka. (Arch. d'App. Dig. et Nurs. Nr. 4, 1924).

Przytaczając na wstępie obszerny i wyczerpujący opis historii rozwoju chromodjagnostyki żołądka, autorowie podają wyniki swoich badań po stosowaniu domięśniowym różnych barwików u osób zdrowych z punktu widzenia wydzielenia tych barwików przez śluzówkę żołądka. Zastrzykiwano domięśniowo 0,05 gr. barwika, rozcieńczonego w 5 c. sz. wody destylowanej, przyczem jednocześnie w wydobytej przy pomocy zgłębnika dwunastniczego treści żołą. obserwowano moment jej zabarwienia się. Wyniki są następujące: czerwień obojętna, rodamina i metylenblau wydzielają się stale przez śluzówkę żołą., z nich najszybciej i najbardziej charakterystycznie pod względem zabarwienia czerwień obojętna. Indygokarmin, fenoltalleina, eożyna, czerwień—K o n g o i metylenwiolet nie wydzielają się wcale. Autorowie wyrażają zdanie, że w niedalekiej przyszłości będzie możliwe przy pomocy chromodjagnostyki odróżniać cierpienia żołą. organiczne od czynnościowych.

M. Orzech.

ZANDER. O istocie poricholecystitis i perigastritis. (Zbl. f. Chir. Nr. 48, 1924).

Znajdywane podczas zabiegu zrosty pomiędzy żołądkiem, dwunastnicą i pęcherzykiem żółciowym u chorych, operowanych z powodu obrazu klinicznego wrzodu żołądka, dają aśmptu chirurgom do dokonywania częściowego wycięcia żołądka, przy czem, jak twierdzi Doberer, w usuniętych preparatach stwierdzić można zmiany, odpowiadające przewlekłemu nieżyłowi żołądka. Autor nie zgadza się z powyższymi wywodami i, na zasadzie własnego przypadku, przypuszcza, że w wielu przypadkach ze zrostami rzecz tyczy się prawdopodobnie zapalenia trzustki. Gdy minie okres ostrej w trzustce trudno stwierdzić zmiany mikroskopowe, i jedynie zrosty pomiędzy narządami sąsiednimi są pozostałością, stale delegującą choremu.

J. Pomper.

DOBERER. W sprawie patologii i terapii perigastritis. (Zbl. f. Chir. Nr. 32, 1924).

Autor zwraca uwagę na te przypadki schorzeń żołądka, kiedy dane anamnestyczne i badania kliniczne i rentgenologiczne wykazują obecność wrzodu żołądka lub dwunastnicy, a zabieg operacyjny nie potwierdza tego rozpoznania. Natomiast często w takich przypadkach spotyka się liczne zrosty, szczególnie w okolicy odźwiernika, rozgałęziające się w kierunku trzustki, ligam. gastrooici i pęcherzyka żółciowego. Przytem nierzadko stwierdzić można w sąsiedztwie dużej krzywizny liczne powiększone gruczoły charakteru zapalnego. Autor przyrównywa te przypadki do pewnych schorzeń wyrostka robaczkowego, określając je mianem **gastritis adhaesiva**. Badania autora wykazały, że równocześnie występują zmiany zapalne w śluzówce i mięśniówce, czasami aż do surowiczówki, szczególnie w okolicy odźwiernika. Doberer pragnie wyodrębnić te sprawy w oddzielną jednostkę chorobową, — **gastritis adhaesiva**, — występująca zazwyczaj u osobników z ogólnym tłem konstytucji neuropatycznej.

Wobec tego, że zmiany powyższe nie ustępują przed żadnym leczeniem, D. radzi dokonywać wycięcia odźwiernika, jako chorego miejsca, wywołującego opisane objawy chorobowe. W statystyce swojej autor podaje 53 przypadki podobnych **perigastritis** z wybitnie dobrym wynikiem pooperacyjnym.

J. P o m p e r.

WEISS. T. z. długie prątki kałowe i stosunek ich do prątków Boasa-Opplera. (Arch. f. Verd. Krkh., kwiecień 1924).

Autor zwraca uwagę na mylne dotychczas identyfikowanie t zw. długich prątków znajdujących w kale; pewna część ich to żołądkowe Boas-Opplerowskie, które z żołądka przedostają się do jelit i do kału; inne znów — są to prątki łańcuskowe kiszkowe, które znacznie się różnią od pierwszych; znajdują się i w kale normalnym, zwykle jako przyczyna niestrawności fermentacyjnej na równi z **Clostridium butyricum**.

F r a n k.

FAURE. Dlaczego należy operować przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego. (Pr. Med. Nr. 93, 1924).

Wiednie aktualny temat **appendicitis** jest poruszony przez Faure'a z powodu artykułu Brytea, który zaleca rezerwę wobec operowania przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego. Faure twierdzi, że duża część ludzkości cierpi z powodu **appendicitis chronica**. I jeżeli czasami po operacji bóle się wznawiają, należy to do rzadkości bowiem ogromny jego materiał, nie tylko kliniczny, lecz nawet i rodzinny uprawnia go do twierdzenia, że w przeważającej większości przypadków wycięcia wyrostka robaczkowego usuwa wszelkie dolegliwości, związane z okolicą prawej jamy biodrowej, czy też nie mające wyraźnej lokalizacji w jamie brzusznej.

J. P o m p e r.

BEUTTNER. O rewizji wyrostka robaczkowego i o wskazaniach do jego usunięcia podczas 1400 laparotomii ginekologicznych. (Pr. Med. Nr. 97, 1924).

Doświadczenie kliniki genewskiej idzie w kierunku ujemnym co do usuwania bez potrzeby wyrostka robaczkowego podczas zabiegów brzusznych ginekologicznych. Po zbadaniu usuniętych w ten sposób 100 wyrostków robaczkowych, autor przychodzi do następujących wniosków.

Porównanie stanu mikroskopowego i makroskopowego w 37 przypadkach wyrostków normalnych z punktu widzenia histologicznego pozwala ustalić, że w większości przypadków wygląd makroskopowy nie odpowiada obrazowi histologicznemu.

Z porównania stanu mikroskopowego z makroskopowym 63 przypadków, zmienionych z punktu widzenia histologicznego, wynika, że wyrostek makroskopowo normalny może wykazywać zmiany mikroskopowe. W grupie 63 wyrostków, zmienionych z punktu widzenia histologicznego, równoległość zmian makroskopowych jest większa, niż w przypadkach normalnych z punktu widzenia histologicznego. Lecz ta równoległość nie jest dostatecznie stała, by służyć za podstawę wskazania prawdziwej naukowej do usunięcia wyrostka.

We właściwości i ciężkości stanu chorobowego ginekologicznego nie posiada się przewodnika, któryby a priori pozwolił sądzić o obrazie mikroskopowym odpowiedniego wy-

rostka. Pogorszenie się spraw zapalnych przydatków prawych zdaje się iść w parze z powiększeniem się liczby wyrostków, zmienionych histologicznie, lecz bez równoległego pogarszania się zmian w wyrostku.

J. P o m p e r.

JENNY. Leczenie ruminacji przy pomocy zgłębnika z balonem podług Siegerta. (Kl. Woch. Nr. 42, 1924).

Autor przytacza przypadek ruminacji u dziecka 5½ miesięcznego, u którego żadne środki lecznicze nie odniosły skutku. Dopiero zastosowanie zgłębnika, zaopatrzonego podług Siegerta na koncu w mały balon gumowy, spowodowało zupełne wyleczenie. Zonę zakładano po karmieniu, następnie przy pomocy pompki wdmuchiowano powietrze w gumową atmosferę, która w ten sposób szczelnie zamykała wpust żołądka i nie pozwalała pokarmom wracać do góry.

M. O r z e c h.

SIMITSCH. Leczenie pooperacyjnego porażenia jelit i pęcherza moczowego za pomocą żółci. (Strasbourg Med. Nr. 3, 1924, wg. ref. Pr. Med. Nr. 9, 1925).

Dawno znany jest fakt, że żółć, wprowadzona do organizmu, czy to przez przewód pokarmowy, czy też drogą krwionośną, działa pobudzająco na ruch robaczkowy jelit. Wychoząc z tego założenia, autor zaproponował stosowanie żółci w chwilowych porażeniach pooperacyjnych jelit. Dla tego celu można korzystać ze świeżej żółci wołowej lub z wyciągu suchego, który dostać można w aptekach 5—6 gr. rozpuszczonych w szklance ciepłej wody wystarcza na jednorazową dawkę. Wyniki, otrzymane za pomocą tego prostego środka, są pewne i stałe. Równocześnie autor zauważył, że po takim stosowaniu żółci następuje równocześnie oddanie moczu przez chorych, którzy z tego samego powodu moczu nie oddawali. Wobec czego obecnie autor stosuje tę metodę we wszystkich tych przypadkach, kiedy zatrzymanie się moczu wymaga wielokrotnej katetyzacji.

J. P o m p e r.

WIESENACH. Leczenie wapniem w schorzeniach przewodu pokarmowego. (Deut. med. Woch. Nr. 36, 1924).

Wychodząc z założenia, że sole wapnia, podawane per os, nie wchłaniają się w jelitach, stosował autor CaCl₂ dożylnie, w parafityfusie i czerwonce, rozpoczynając od słabych rozczyńców (½—1%). Efekt stosowania był bardzo szybki i wyraźny: liczba stolców zmniejszała się, domieszka krwi znikała, a parcie ustępowało. Autor stosuje chlorek wapnia w każdym zaburzeniu nieżytosem jelit i zawsze z dobrym skutkiem. Objawy **botulismus** wraz z objawami mózgowymi również szybko ustępowały pod wpływem zastrzykiwań dożylnych chlorku wapnia. Autor objaśnia ten fakt tem, że dzięki zahamowaniu wchłaniania, tolerancja na trucizny (na salwarsan) wzmagana się. Z dobrym też skutkiem stosował autor chlorek wapnia w żółtacze nieżytowej, wychodząc z założenia, że, gdy ustąpi nieżyt jelit, to znika też i żółtaczką. Taki sam skutek otrzymał autor przy stosowaniu wapnia w przypadkach żółtaczek, pochodzenia salwarsanowego. Autor zaleca preparat **Calcium chloratum, cristal. purissim.** Mercka i stosuje 5% rozczyń w ilości 8—10 cm³ na raz.

G o l d i n b e r g.

Etienne PIOT. Leczenie chorób żołądka promieniami Roentgena. (Arch. des maladies de l'appareil digestif, Nr. 9, 1924).

Jakkolwiek poprawa chorych na raka żołądka po zastosowaniu promieni Roentgena jest przejściowa, jednakże przypadki spostrzegane zachęcają do dalszego stosowania i ulepszenie techniki tej metody leczenia. Niektórzy autorowie spostrzegali w przypadkach rozpaczliwych znaczne złagodzenie objawów klinicznych, a nieraz przedłużenie życia do 2 i 3 lat.

Stosowanie promieni Roentgena wskazane jest zwłaszcza po wycięciu raka żołądka celem naświetlania gruczołów. W przypadku, nie nadających się do operacji, jeśli guz jest umiejscowiony w okolicy odźwiernika należy również, po uprzednim wykonaniu zespolenia żołądkowo-jelitowego, systematycznie stosować naświetlanie.

Promienie Roentgena dają dobre wyniki także w owrzodzeniach żołądka. Spostrzegano tutaj zmniejszenie się wydzielania soku żołądkowego, nadkwaśności oraz polepszenie, a nawet znikanie objawów klinicznych, zależnych od

nadkwaśności. Schullz-Berge, chirurg. na 77 leczonych przez niego promieniami Roentgena przypadków owrzodzenia żołądka uzyskał 13 polepszeń i 32 wyleczenia. Leczenie wrzodu żołądka promieniami Roentgena powinno być stosowane, gdy leczenie zewnętrzne, skutku nie odnosi, a operacja jest niemożliwa, — zaś po operacji, w razie utworzenia się nowego wrzodu trawiennego lub nasilenia objawów, spowodowanych nadkwaśnością.

St. Dobryszycycki.

Choroby kobiet i położnictwo.

L. PORTES. Cięcie cesarskie i czasowe uzewnętrznienie macicy. (Gynécologie et Ostétrique Nr. 4, T. X, 1924).

Gdy u rodzącej nie można wydobyć żywego dziecka sposobami naturalnymi, należy stosować klasyczne cięcie cesarskie. Jeżeli zaś jesteśmy prawie pewni, że macica i jajo płodowe są zakażone, operacja cięcia cesarskiego jest wprost niebezpieczna. Otóż autor opisuje szczegółowo nowy sposób operowania tych właśnie przypadków.

Operacja składa się z kilku części:

- 1) Uzewnętrznienie macicy i zamknięcie brzucha przed otwarciem macicy.
- 2) Wyjęcie dziecka i zeszczenie macicy.
- 3) Włożenie z powrotem macicy do brzucha, jeśli istnieje pewność, że zakażenie maciczne minęło, lub histerektomią sposobem Porro, jeżeli stan lokalny i stan ogólny chorej tego wymaga.

Bezpośredni rezultat tych operacji, których autor wykonał aż dziesięć, był zadowalający.

Zdolność rozrodcza tych operowanych kobiet powinna pozostać w obserwacji, gdyż zamało czasu upłynęło od wykonania operacji, ażeby móc sądzić o ich rezultatach.

L. Ebin.

Piero GALL. Przyczynki do historii cięcia cesarskiego. (Gynécologie et Obstétrique Nr. 1, T. X, 1925).

Autor przytacza szereg dokumentów, stwierdzających, że cięcie cesarskie było robione pierwszy raz we Francji w roku 1539 przez Charles Estienne. W swojej pracy, wydanej w 1545 roku w Paryżu pod tytułem: „De dissectione partium corporis humani“ Estienne dokładnie przytacza technikę cięcia cesarskiego. Operację wykonał kilka razy na kobietach w agonji z dobrym wynikiem. Dotychczas wiadano tylko, że Rodericus a Castro, portugalczyk, wykonał poraż pierwszy cięcie cesarskie na kobiecie w agonji w 1906 roku, o czem pisze w swoim dziele „De universa muliera medicina etc.“ Hamburg 1603.

L. Ebin.

Henri HARTMANN. Wszczepienie jajnika do macicy. (Gynécologie et Ostétrique N. 1 T. XI. 1925).

Autor w swoim artykule przypomina operację, którą lekarze wykonywali już w 1895 roku, ale nie otrzymywali takich rezultatów, jak obecnie.

Kobieta nie może rodzić, jeżeli z konieczności wycięto jej jajowody z obydwu stron. Ażeby jednakże dać takiej kobiecie możliwość rodzenia, powstała myśl wszczepienia jajnika do macicy.

Estes na podstawie 27 i Tuffier 29 obserwacji dowiedli, że im się to w zupełności udało. 12% operowanych kobiet zaszło w ciążę, a prawie wszystkie menstruowały do czasu normalnego przekwitania.

Takiego procentu dobroczynnych wyników nie można nigdy kłaść na karb ciężkiej przypadkowej z powodu dodatkowego jajnika. Zresztą, u jednej z chorych, która była operowana z powodu skrętu kiszek 9 miesięcy po wszczepieniu jajnika, po wydobyciu macicy, stwierdzono badaniem drobnovidzowym, że wszczepiony jajnik jest zupełnie normalny i zdolny do wytwarzania jaj.

L. Ebin.

Louis TIXIER et Eugène POLOSSON. Mięśniaki (włókniaki) maciczne i guzy jajników u starszych kobiet. (Gynécologie et Obstétrique N. 1 T. XI. 1925).

Autorowie przedstawiają nam przypadki, kiedy u starszych kobiet zaczyna się rozwijać guz jajnikowy przy mięśniaku macicy. Mięśniak ten może być rozpoznany lub nie, choć istnieje dłuższy czas. Rozwojowi mięśniaków niezmiernie często towarzyszą zmiany chorobowe w jajnikach.

Schematycznie obraz kliniczny takiej chorej przedstawia się następująco: chora liczy około 60 lat; mięśniak maciczny jest rozpoznany od dłuższego czasu. Chora czuje się względnie dobrze. Od czasu do czasu jednakże skarży się na bóle i zaburzenia przewodów pokarmowego. Po kilku dniach wszystko przechodzi, i chora wraz z otoczeniem, przypisując to mięśniakowi, uspakaja się. Po pewnym jednak czasie chora ma większe bóle, niż zwykle, zaczyna gorączkować, ogólny stan się pogarsza, chudnie, i brzuch się powiększa. Badanie ginekologiczne nie wykazuje żadnych zmian. Mięśniak nie jest większy i nie zmienił swej konsystencji. Również niema upławów, ani białych, ani krwistych, ani cuchnących. Szyja maciczna normalna. Tymczasem brzuch się powiększa, rozpoznaje się puchlinę brzuszną (ascites). Wykonywa się laparotomię, która może być tylko próbna, gdyż w brzuchu okazuje się guz jajnikowy złośliwy z przerzutami na otrzewnę i na kiszki; prócz tego płyn puchlinowy zawiera krew.

Autorowie przytaczają cały szereg obserwacji i przychodzą do wniosku, że, jeżeli chora ma mięśniak i zaczyna mieć nagłe bóle, gorączkę, puchlinę brzuszną, i stan ogólny się pogarsza, trzeba natychmiast operować. Trudność polega na wczesnem rozpoznaniu i na tem, że chora nie zgadza się dłuższy czas na operację, bo nie chce wierzyć, że do mięśniaka, jako do choroby lekkiej, przyłączył się nowy guz, niezależny od pierwszego. Nawet gdy przy badaniu mięśniaka nie szczególnego nie zauważymy ani w objętości, ani w konsystencji, należy zawsze myśleć o ukrywającym się guzie jajnika, w szczególności u starszych kobiet po pokwitaniu, między 50 i 75 rokiem życia. Podwyższona temperatura nie powinna nas zrażać, gdyż zapalenie przydatków u starszych kobiet bywa rzadko.

Z powodu tego, że guzy jajnikowe u starszych kobiet bywają po większej części złośliwe, powinniśmy odrzucić leczenie konserwatywne mięśniaków, gdyż energia promienista może nawet zaszkodzić. Można ewentualnie wyciąć guz jajnikowy, jeżeli stan chorej nie pozwala na radykalną operację, i mięśniak może być tolerowany dalej.

L. Ebin.

Choroby nerwowe i psychiczne.

V. CHRISTIANSEN. O znaczeniu rozpoznawczem tarczy zastoinowej z punktu widzenia neurologicznego. (Archiv. d'ophtalmologie Nr. 8 i 9, 1924).

Opierając się na badaniu 220 przypadków nowotworów mózgowych, autor podaje w swej pracy szereg spostrzeżeń, dotyczących się tarczy zastoinowej. Nasilenie tarczy zastoinowej nie ma praktycznego znaczenia. Z wyjątkiem zastoiny jednostronnej, towarzyszącej guzowi w czołole, stwierdzenie tarczy zastoinowej, nawet słabo zaznaczonej, wskazuje zawsze wzmocnienie ciśnienia śródczaszkowego, lecz nie tło, na jakim ono powstało. Doświadczenie jednak poucza, że w znacznej większości przypadków mamy do czynienia z guzami mózgowymi. Jednocześnie z tarczą zastoinową przy wzmocnionem ciśnieniu śródczaszkowym autor zawsze stwierdzał cały szereg ogólnych objawów uciskowych, jak: bóle, zawroty głowy, wymioty, przejściowe dwojenie lub zaburzenia psychiczne. Brak wszelkich objawów towarzyszących, autor raczej uważa za cechę charakterystyczną dla *neuritis sensu strictiori (papillitis)*, wywołanej przez czynniki toksyczne lub bakteryjne.

Pod względem umiejscowienia guza tarcza zastoinowa sama przez się znaczenia nie posiada. Nie pozwala ona również wynioskować, czy guz umiejscowiony jest wewnątrz czy zewnątrz mózgu. Przez dłuższy czas autor przypuszczał, że cechą charakterystyczną dla guzów wewnątrzmożgowych są w nagły i gwałtowny sposób występujące objawy ogólne i ogniskowe; autor uzależniał je od wylewów krwawych, często zdarzających się we wczesnym okresie rozwoju tych guzów. Przestało to jednak służyć za oznakę rozpoznawczą, od kiedy podobne wylewy zostały stwierdzone również w guzach zewnątrzmożgowych.

Umiejscowienie procesu chorobowego w mózgu bezwzględnie wpływa na to, czy tarcza zastoinowa wystąpi wcześniej lub później. Autor jednak uzależnia czas wystąpienia tarczy zastoinowej od tego, czy obrzęb, w którym jest uszkodzony proces chorobowy, zawiera szlaki nerwowe, wywołujące objawy, na które chory się skarży. Wiadomem jest, że tarcza zastoinowa daje się zawsze prawie stwierdzić w nowotworach, znajdujących się w płacie czołowym, potylicznym, w mózdzku i na podstawie czaszki. Objasnia to się tem, że

objawy ogniskowe w tych przypadkach przechodzą dla chorego niepostrzeżenie. Np., niedowidzenie połowiczne jednoimienne, które jest głównym objawem potylicznych, przeważnie nie zwraca na siebie najmniejszej uwagi chorego. Również w przypadkach gózków kąta mózdkowo-mostowego pacjent zwykle nie zdaje sobie zupełnie sprawy z głuchoty jednosłuchowej, z upośledzenia czucia rogówki, z zaniku odczynu kalorycznego przedsionkowego, które przez długi przeciąg czasu są głównymi objawami choroby. Guzy na podstawie czaszki też dlatego pozostają przez dłuższy czas w stanie utajonym, ponieważ nerwy czaszkowe ruchowe są bardzo odporne nawet na znaczny ucisk. Badanie pośmiertne często wykrywa nerwy twarzowy lub odwodzący, zupełnie obrzęnięte przez tkankę guza, podczas gdy klinicznie nie dało się stwierdzić najmniejszego braku w ich czynności. W wyżej wymienionych przypadkach lekarz zawsze stwierdza tarczę zastoinową dlatego, że chory zwraca się do niego dopiero w późnym okresie choroby, kiedy guz zdołał osiągnąć rozmiar dostateczny, aby spowodować wzmocnienie ciśnienia śródczaszkowego. Guzy zaś okolicy ruchowej lub umiejscowione w mocie Varola dają się rozpoznać we wczesnym okresie choroby, zanim tarcza zastoinowa zdołała się utworzyć, ponieważ wywołują objawy bardzo uciążliwe dla chorego i zmuszają go do wczesnego zwrócenia się do lekarza. To samo tyczy się guzów, usadowionych w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych. Tu pierwszym objawem, bardzo niepokojącym chorego, bywa osłabienie siły wzroku, które powstaje we wczesnym okresie choroby, podczas gdy tarcza zastoinowa może wystąpić dopiero znacznie później.

Opierając się na własnym doświadczeniu, autor twierdzi, że szybkość, z jaką rozwija się proces chorobowy wewnątrz-czaszkowy, jakoteż jego cechy histologiczne odgrywają pewną rolę w szybkości powstawania tarczy zastoinowej. Autor głównie ma na myśli okolice przysadki, Guzy niezłośliwe, rosnące powoli, wywołują stopniowy ucisk szlaków wzrokowych, i tarcza zastoinowa może wystąpić znacznie później lub nawet wcale się nie zjawić. W przypadkach zaś guzów złośliwych rosnących szybko (*dystrophia adipogenitalis*) tarcza zastoinowa występuje wcześniej.

Dalej autor zaznacza, że we wszystkich przypadkach guzów bez tarczy zastoinowej, w których ucisk na nerwy wzrokowe przejawiał się w zaburzeniach czynnościowych (osłabienie siły wzroku, hemianopsja) oraz w mniej lub więcej zaznaczonym zaniku tarczy, siodełko tureckie zawsze wykazywało zmiany. W przypadkach zaś, w których siodełko tureckie było niezmienione, dawała się zawsze stwierdzić, wybitna tarcza zastoinowa i ogólne objawy wzmoczonego ciśnienia przy względnie niewielkich zaburzeniach czynnościowych nerwów wzrokowych. Powyższe dane mogłyby przemawiać za tem, że czynnikiem, odgrywającym tu rolę, jest wzmocnienie ciśnienia śródczaszkowego. Ze względu na leczenie ma to ważne znaczenie praktyczne. W przypadkach, w których brak tarczy zastoinowej, leczenie inne, niż bezpośrednio skierowane na guz, powinno być uważane, za bezużyteczne. Przeciwnie, o ile mamy do czynienia z tarczą zastoinową, jest zawsze nadzieją powstrzymanie zwyrodnienia dróg wzrokowych za pomocą trepanacji.

W. Frenkiele-Zamenhofsowa.

R. THIELE. Przypadek ostrej, samoistnej hematoporfirynurji z zapaleniem nerwów i objawową psychozą. (Mon. f. Psych. u. Neurol. T. 55, z. 6, 1924)

Kobieta 25 letnia, niezamężna. W 1921 r. wymioty w ciągu 2 tygodni, po kilkunastu dniach żółtaczka, zaparcie stolca. Po zniknięciu tych objawów zjawiała się na częściach ciała, wystawionych na działanie słońca, wysypka pod postacią białych pęcherzyków, powtarzających się wielokrotnie w ciągu całego lata.

Równocześnie rozdrażnienie, bezsenność. W ciągu następnych 2 lat zupełnie zdrowa. W marcu 1923 r. nagle wymioty, ból głowy, ból brzucha, bezsenność, zaparcie stolca, podwyższona ciepota ciała (do 38,5°). Objawy te poprzedzały zmiany psychiczne: lęklliwość, urojenia hipochondryczne, zmienność nastroju. W 3 tygodniu choroby poważniejsze zaburzenia psychiczne: chwilowe stany zamroczenia, dezorientacja, mamy, majaczenia, niepokój ruchowy, głównie nocą, a następnie objawy katatoniczne. Badanie somatyczne: tętno 120. Język i śluzówka jamy ustnej suche; powietrze wydychane, ma zapach owoców. Przech bolesny, głównie w dolnej części.

Narządy wewn. bez zmian. Mocz koloru ciemno-czerwonego. Hematoporfiryna w znacznej ilości. Urobilinogen +. Białka, cukru brak.

Żrenice: lewa nieco szersza od prawej. Oddziaływanie na światło i zbornosć zachowana. Dno oczu normalne.

Nieznaczny niedowład dolnej gałki lewego nerwu twarzowego. Osłabienie siły mięśni kończyn górnych i dolnych oraz mięśni tułowia. Odruchy ściągnowe i okostnowe zachowane, brzuszne — 0.

Podeszwowe — N. Czucie bez wyraźnych zmian. W dalszym przebiegu zaburzenia psychiczne ustąpiły, rozwinął się niedowład wszystkich kończyn o typie wiotkim, niedowład mięśni tułowia, zaniki mięśniowe ze zmianą w oddziaływaniu na prąd elektryczny, aż do zupełnego odczynu zwyrodnienia; zniesienie odruchów okostnych i ścięgnowych. Zaburzenia czucia: bóle, parestezje, przeczulica skóry, następnie osłabienie czucia dotykowego i ciepłikowego na tułowiu i kończynach o typie korzonkowym. Niedowład VII pary. Częściowy odczyn zwyrodnienia w mięśniach twarzy (w obrębie dolnej gałki). Porażenie nerwów przeponowych. Nietrzymanie moczu i stolca. Brak objawów ze strony dróg piramidowych. Przeczulenie, lęklliwość, usposobienie zmienne, kapryśne.

Po 3 miesiącach poprawa, przerwana napadem podobnym do pierwszego. Po napadzie nasilenie się objawów chorobowych na krótki czas, potem wolno, ale stale postępująca poprawa.

Autor rozpoznał hematoporfirynurję na zasadzie obecności porfiryny w moczu — oraz typowych napadów: kolki jelitowej, wymiotów, zaparcia stolca. Etiologia hematoporfirynurji w danym przypadku jest zupełnie ciemna. Zatrucie lekarstwami, jak sulfonal i trional wyłączone. Nierozstrzygnięta pozostaje też sprawa, czy uszkodzenie układu nerwowego należy przypisać porfirynie, czy też, jakiemuś innemu czynnikowi, który spowodował i hematoporfirynurję i zmiany w tkance nerwowej.

Autor umiejscawia proces chorobowy nie w samych nerwach obwodowych, lecz w całym neuronie obwodowym.

B a u - P u s s a k o w a.

Attilio OMODEI-ZORINI. Następstwa nagminnego zapalenia mózgu i istota czarna Sommeringa. (Virch. Arch. T. 250; 1924, str. 487).

Według badań autora dla parkinsonowskiego zespołu, występującego po nagminnym zapaleniu mózgu, charakterystyczne są zmiany mikroskopowe w istocie czarnej. Zmiany te polegają: 1) na zaniku komórek nerwowych barwnikowych; 2) na zmianach szklistych w ścianie naczyń i 3) pozostałościach po naciekach okołonaczyniowych.

Przyczyny nadmiernego napięcia mięśniowego w tem schorzeniu szukać należy prawdopodobnie w uszkodzeniu istoty czarnej. Posiada ona hamujący wpływ na mózdzek, przy zmniejszeniu tych wpływów potęguje się działanie statotoniczne mózdzku, stąd też i wzmocnienie napięcia mięśniowego.

A. Siedlecka.

M. BRESOWSKI. Niezwykłe stany hebefrenji. (Monatschrift f. Psych. u. Neur. Bd, LVII, H. 1, 1924).

Opierając się na długoletniej obserwacji trzech przypadków dem. praecox, — przychodzi autor do wniosku, że stanem końcowym lekkiej postaci hebefrenji może być powstanie typu psychopatycznego, przyczem ta zmiana charakteru może być czemś zupełnie nowym, co przed psychozą nie istniało, lub pewnym nowym dodatkiem do istniejących już przed psychozą anomalij charakteru. W każdym razie rozchodzi się nie o ujawnienie istniejących już przedtem cech psychopatycznych pod wpływem psychozy, lecz, co autor z naciskiem podkreśla, o powstaniu typu psychopatycznego, który jest już stanem końcowym, a nie przejściowym, co potwierdza długoletnia obserwacja autora (od 7 do 20 lat).

W ten sposób z charakterów, nie odbiegających zbyt od normy, po przejściu hebefrenji powstają typy psychopatyczne: pobudliwi, popędowi pieniacze, asocjalni. Ten niezwykły stan końcowy hebefrenji cechuje się jeszcze zachowaniem lub nawet wzmocnieniem aktywności, co również nie jest epizodycznym stanem hypomanjakkalnym, lecz stanem, nie ulegającym już dalszej zmianie.

Obraz ten uzupełnia lekkie otępienie umysłowe (debilitas), w każdym bądź razie tak mało charakterystyczne, że tylko na podstawie dokładnego wywiadu można orzec, iż w da-

nym przypadku typ psychopatyczny jest stanem końcowym hebefrenji, gdyż poza tem niczem nie różni się od zwykłych konstytucyj psychopatycznych.

R. M a r k u s z e w i c z.

M. SICHEL. Choroby psychiczne u żydów w czasie wojny i pokoju. (Monatschrift f. Psych. u. Neur. Bd. LV, H. 3—4, 1923).

Oporając się na statystyce pruskich zakładów dla psychicznie chorych, wykazuje autor błędność dość rozpowszechnionego poglądu, że żydzi częściej zapadają na choroby umysłowe, niż aryjczycy: z przytoczonych statystyk wynika, że wzmożenie się chorób umysłowych u aryjczyków wynosi w latach 1895-97 — 8% (u żydów 3%), w latach 1898-1900 — 13% (u żydów 10%) w stosunku do lat ubiegłych; z zestawienia tego widzimy, że psychozy u aryjczyków bardziej się wzmożyły, niż u żydów.

Autor słusznie podnosi fakt, że żydzi — chorzy umysłowo, jako mieszkańcy miast, ze względów społecznych częściej dostają się do zakładów niż mieszkańcy wsi; z drugiej zaś strony, psychozy alkoholowe, które u aryjczyków często występują, u żydów dają znikomą odsetkę. Również i z własnej statystyki autora (zakład dla umysłowo chorych we Frankfurcie n/M.) wynika, że w latach 1906-07 przyjęto do zakładu 6,5% żydów (we Frankfurcie zamieszkuje 6,8% żydów), czyli, że i z tej statystyki wynika, że żydzi nie zapadają na choroby umysłowe częściej, niż aryjczycy.

Również ciekawa jest statystyka, którą podaje autor, chorób umysłowych u żydów podczas wojny. Przedewszystkiem godny zanotowania jest fakt ogólny, że choroby umysłowe (według statystyki zakładu we Frankfurcie n/M.), podczas wojny tylko nieznacznie stały się częstsze. Również ciekawy jest fakt, że odsetka żydów — umysłowo chorych zmniejszyła się podczas wojny, w stosunku do lat poprzednich: w r. 1906-07 — 6,5%, zaś w r. 1916-17 — 5,5% żydów umysłowo chorych. Te statystyczne dane zasługują na uwagę dlatego, że przeczą one pogładowi, według którego żydzi mieliby być specjalnie skłonni do chorób psychicznych, co przejawiłoby się podczas wojny, którą dostarczyła dużo wstrząsów psychicznych.

Na podstawie powyższych cyfr autor przychodzi do przekonania, że obecnie skłonność żydów do schorzeń psychicznych zaczyna się zmniejszać, i zjawisko to objaśnia odpornością psychiczną, którą żydzi nabyli podczas stuleci, obfitych w ciosy losu.

Co się tyczy chorób poszczególnych, to w czasach pokojowych żydzi wykazują większą odsetkę we wszystkich schorzeniach, z wyjątkiem padaczki (aryjczycy 14%, żydzi 8%) i psychoz alkoholowych (aryjczycy 32%, żydzi 1,5%).

W czasie wojny stosunek procentowy poszczególnych schorzeń zmienił się na korzyść żydów: cyfry te są tak ciekawe i mówiące same za siebie, że podaję parę z nich:

Dementia praecox: przed wojną 17% aryjczyków i 28% żydów; zaś podczas wojny: 18% aryjczyków i 23% żydów.
Histerja: przed wojną 26% aryjczyków i 18% żydów, zaś podczas wojny: 26% aryjczyków i 18% żydów.

Zaś psychoza manjakałno-depresyjna, którą autor uważa za typową dla żydów i nazywa *psychosis Judaica* (co nie jest zgodne z naszym doświadczeniem), wykazuje większą odsetkę stosunkowo żydów podczas wojny, mianowicie: przed wojną: 3% aryjczyków i 12% żydów, zaś podczas wojny: 6% aryjczyków i 17,5% żydów.

Porównyując statystykę przedwojenną i podczas wojny, autor dochodzi do ciekawego wniosku, że z biegiem czasu widoczną staje się tendencja do wyrównania się cyfrowo poszczególnych schorzeń u żydów i aryjczyków: proces, który według autora mógłby znaleźć uzasadnienie w postępującej asymilacji żydów.

Na zakończenie pozwolimy sobie dodać uwagę krytyczną, iż autor w swych rozważaniach nie dość silnie akcentuje rzadkość psychoz alkoholowych u żydów, co, być może, wpływa na optymistyczny pogląd autora na skłonność żydów do zachorzeń psychicznych.

R. M a r k u s z e w i c z.

Choroby skóry, weneryczne i pfciove.

RAVAUT, BOULIN i RABEAU. *Lymphogranulomatosis inguinalis subcuta.* (Annales des dermatol. T. V Nr. 8—3 1924 r.).

Istnieje wyjątkowa rozmaitość schorzeń gruczołów natury nieznannej, często ropiejących, usadawiających się głównie w pachwinach, mogących jednak, według zdania autorów występować również w innych okolicach ciała szczególnie na szyi. Nie są one wywołane przez żadną ze znanych obecnie bakterji, nie wchodzą również w ramy schorzeń gruczołów związanych ze zmianami w narządach limfotwórczych, jak to ma miejsce np. w białaczkach, a są one wynikiem jakiejś specjalnej infekcji, bliżej jeszcze nieokreślonej. Jeden z badaczy stwierdził w wydzielinie z przetok, o których będzie mowa niżej, jakies ruchome postacie peizakowe.

Obraz kliniczny tego schorzenia zwanego „czwartą chorobą weneryczną“ lub „chorobą Nicolas et Favre'a“, przedstawia się następująco: Na samym początku chorzy konstatują w okolicy pachwiny nabrzmienie bolesne i powodujące uczucie ociężałości, napięcia, utrudniające chodzenie i przeszkadzające wszelkiemu wysiłkowi fizycznemu. Sprawa rozwija się dość szybko, i lekarz stwierdza powiększenie gruczołów, które mogą dojść do wielkości jaja gęsiego, częściej jednak nie przekraczające rozmiarów orzecha laskowego. Gdy są duże, bywają wtedy nierówne, często o powierzchni zbrózdzonej, gdyż powstają ze zlania się kilku guzików mniejszych, czasem są one bardziej gładkie, tak, że ze względu na swój wygląd i szybki rozwój mogą być nawet operowane, jako przepukliny uwięzłe. Te schorzenia gruczołów bywają przeważnie jednostronne. Z początku niema objawów ropienia, i skóra wygląda zupełnie normalnie. Jeżeli dokładnie badać chorego, to można zauważyć, że powyższe schorzenie gruczołów nie ogranicza się jedynie do pachwin, lecz, że przenosi się etapami dalej, dochodząc aż do szyi. Temperatura podnosi się do 39°, nocą występują obfite poty, bóle głowy, brak apetytu i tak silne osłabienie, że chorey musi pozostawać w łóżku. U innych chorych można zaobserwować prócz tego dręszcze, bóle w kościach, kurcze w nogach. Lecz najcharakterystyczniejszym objawem jest powiększenie wątroby i śledzicy. Skład krwi również ulega zmianom, choć liczba czerwonych ciałek krwi nie zmienia się, lecz liczba białych i pozostałych składników morfotycznych ulega dość dużym wahaniom. Czasem wszystkie te wyżej wymienione objawy mogą występować w bardzo łagodnej formie, czasem zaś w tak groźnej, że o niczem innem myśleć nie możemy, jak o przyczynie infekcyjnej, powodującej te objawy. Często, gdy objawy są tak minimalne, że wymykają się uwadze, chorzy nie przypisują żadnego znaczenia małej nadżerke, która znika samoistnie po kilku dniach, lub kilku pęcherzykom opryszczkowym krótkotrwałym, które poprzedziły pojawienie się zapalenia gruczołów. Przeważnie jednak objawy początkowe są silniej zaznaczone.

W jednym z opisanych przypadków schorzenie przedstawiało się pod postacią owrzodzenia, koloru żywo czerwonego, kształtu nieregularnego, o brzegach stromych, bezbolesnego, miękkiego, samoistnie się zblizniającego i nie przeschepiającego się. Gruczoły, które uległy zapaleniu, choć zewnętrznie nie zdają się ropieć, wykazują jednak w swem wnętrzu liczne małe ropnie (*micro — abscess intraganglionnaires*), z których można przez nakłucie wydstać kilka kropel ropy. Czasem ropnie te wchłaniają się bez zewnętrznego otwarcia, częściej jednak ropa przebija się na zewnątrz w kilku miejscach i gruczoł wygląda jak sito polewaczki. Gdy się już ze przetoki utworzyły, utrzymują się one bardzo długo bez żadnej zmiany, czasem do 6 miesięcy. Następnie gruczoły zmniejszają się, stopniowo, na miejscu opisanych zmian powstają blizny włókniste, dość głębokie, uciskające naczyń i nerwy i dające początek sioniowaciznie nóg. Sprawa niezmierniej wagi jest okoliczność, że opiswane cierpienie jest zakaźne. Stwierdzają to dwie załączone historie chorób małżeństwa, z których widzimy, że u męża owrzodzenie występuje w końcu listopada, schorzenie zaś gruczołów w końcu grudnia, schorzenie zaś gruczołów w środku stycznia. Co się tyczy zajęcia gruczołów szyjnych, to występują one podługotrwałych i uprzejwych zajęciach migdałka.

Na zakończenie wspomnieć należy, że stwierdzenie zapalenia gruczołów pachwinowych, początkowo stwardniałych, później ropiejących, i którym czasami towarzyszy małe obra-

żenie organów płciowych, nasuwa zrazu myśl o wrzodzie wenerycznym lub przymiocie, lecz ze względu na brak cech, charakteryzujących te obydwa schorzenia, natychmiast je wyłączamy.

Co się tyczy terapii, to autorzy zalecają wlewanie dożylny:

Jodi puri 1.0 dwa dni z rzędu
Kali jodati 2.0
Aq. dest. 100.0

z następną przerwą jednodniową, poczynając od 5 do 10 cc., które mieszają z równą objętością roztworu fizjologicznego. Iniekcje te są bardzo dobrze znoszone przez chiry. Prócz powyższego leczenia dodajemy zastrzykiwania chlorhydratu emetyny domięśniowo w dawce od 6—8 cgrm. dziennie doprowadzając dawkę ogólną do 1 grama.

Poszczególni autorzy otrzymali dobre wyniki, stosując promienie R o e n t g e n a i ultrafioletowe.

Autorzy proponują dla tej nowej jednostki chorobowej nazwę:

„Poradeno — lymphite suppuree benigne à forme septicémique“.

Edward B e m s k i.

C. NELKEN. Uwagi do kliniki przymiotu wrodzonego (Med. Kl. N. 42, 1924 r.).

Wczesne rozpoznanie przymiotu wrodzonego jest niezbędne dla pomyślnego leczenia choroby. Nieliczne dzieci zdolne do życia, przychodzą na świat z objawami chorobowymi; tylko wywiady b. często naprowadzają nas na właściwe tory. Szczególną uwagę należy zwracać na poród przedwczesny. W materiale autora (65 przypadków) było 20% dzieci, urodzonych przedwcześnie. Większość dzieci była ślubnych, aczkolwiek utarł się pogląd, że największą liczbę obarczonych przymiotem stnowią dzieci nieslubne. Śród 40 pacjentów z obserwacji autora 7 przyszło na świat z objawami, a śród reszty choroba wystąpiła w 4—8 tygodniu, wzgl. w 4 miesiącu życia. Rozpoznanie choroby często nastrocza wiele trudności. Wiele pacjentów przybywa do klinik z zupełnie innymi chorobami, np. cierpieniami dróg oddechowych. W niektórych przypadkach brak było objawów klinicznych, tylko cdczyn serologiczny wypadł dodatnio. W 4 obserwacjach stosunek był wręcz odwrotny: typowe, nawet ciężkie objawy skórne z zajęciem trzewny przy ujemnym odczynie W. Przebieg choroby ogólnie był niepomyślny: śmiertelność stanowiła 50%. Autor podkreśla zmniejszoną odporność tych dzieci w stosunku do innych infekcyj, szczególnie do chorób narządów oddechowych. Godne jest uwagi to, że czasami jakaś ostra sprawa w narządach dróg oddechowych z podniesioną ciepłotą ciała poprzedzała występowanie wysypki swoistej i dodatniego odczynu W. Z objawów wysuwa się na pierwszy plan zapalenie swoiste śluzówki nosa, czasami nie dające się odróżnić od zwykłego kataru. Do częstych objawów należy również obustronne zajęcie gruczołów łokciowych. Z wykwitów skórnych najczęściej spotyka się różyczkę i grudki na twarzy, rzadziej pęcherzyce swoiste i wykwity grudkowo-krostkowate. Pęknięcia kątów wargi przechodzące poza czerwień wargową, nie zawsze są też dowodem choroby. U 27 dzieci z 40, badanych rentgenologicznie, stwierdzono zmiany w kościach i okostnie. Świerdzono również u 25 chorych niedokrwistość, polegającą na zmniejszeniu hemoglobiny przy stosunkowo mało zmienionej liczbie krwinek. Zmiany patologiczne w osadzie moczu były znalezione w 18 przypadkach. Badanie sekcyjne w jednym przypadku wykryło śródmiąższowe zapalenie nerek; postać ta ma być swoista dla przymiotu wrodzonego (F r a n k). Leczenie stosowano kombinowane metodą L i n s e r a: NS wraz z Cyarsal m ewent. Novarsalem, domięśniowo młodszym dzieciom, a starszym dożylnie. Badania serologiczne dały chwiejne i zmienne wyniki, nie pozwalające na wysnucie jakichkolwiek wniosków o skuteczności przeprowadzonego leczenia.

J. G e l b f i s z.

LEREDELE. Rozpoznanie kılı wrodzonej i wzóc cytologiczny krwi. (Presse Medical Nr. 61, 1924).

Znany objawy kılı wrodzonej pewne i prawdopodobne. Kilka prawdopodobnych objawów daje powód do rozpoczęcia kuracji swoistej. Należy zwracać uwagę na wywiady rodzinne; w przypadkach, gdy ojciec lub matka dziecka dotknięci

są kılı, należy przypuszczać kılı dziecka, to samo dotyczy przypadków, gdzie brat lub siostra dziecka, albo brat lub siostra matki dotknięci są kılı wrodzoną. Badanie cytologiczne krwi daje możliwość wczesnego rozpoznania kılı, gdy o klinicznych objawach niema jeszcze mowy, wykazuje ono wówczas według autora niedostatek krwinek czerwonych, zmniejszenie się ilości hemoglobiny, leukocytozę i monocytozę.

P. B e r l i s.

CZICKELI. Przypadek kılı wrodzonej w drugim pokoleniu. (Münch. med. Woch. Nr. 44, 1924).

Opis przypadku — dziecko trzymiesięczne — zupełnie pewnej wrodzonej kılı, przeniesionej od matki z wrodzoną kılı na dziecko, jest to siódmy przypadek z 6-ciu dotychczas, opisanych w piśmiennictwie.

(Przypisek sprawozdawcy: w pracy nie podano nic o kile ojca, nie jest więc wyłączona możność powtórnego nabycia przymiotu przez matkę, ew. wolną od wrodzonego przymiotu).

M e r e n l e n d e r.

STOYE. Leczenie bizmutowe kılı wrodzonej. (Münch. med. Woch. Nr. 41, 1924).

Spostrzeżenia oparte na 26-ciu przypadkach (w tem 20 osesków). Autor przychodzi do wniosku, że bizmut jest bardzo cennym i dobrze działającym środkiem przeciwko kile wrodzonej. Uboczne działanie (znane i już opisane) jest nieznaczne i daje się przy zachowaniu ostrożności ominąć; pod tym względem bizmut jest lepszy od rtęci.

M e r e n l e n d e r.

E. HOFFMAN i STREMPPEL. O nieskuteczności leczenia kılı za pomocą jednoczesnego, mieszanego (w strzykawce) stosowania rtęci ew. bizmutu z salwarsanem. (Münch. med. Woch. Nr. 38, 1924).

Na podstawie spostrzeżeń autorów metoda powyższa jest mniej skuteczna i niebezpieczniejsza, niż dwuczasyowe bizmutowo-salwarsanowe leczenie.

M e r e n l e n d e r.

SILBERSTEIN. W sprawie salwarsanoopornej kılı. (Archiv. f. Dermatologie Bd. 147/1).

Autor zestawia opublikowane (39) przypadki kılı czynnej, w których albo od początku, albo po początkowym poddaniu się, a późniejszej oporności leczenia, objawy kılıowe nie znikwały po stosowaniu salwarsanu. Na klinice królewieckiej spostrzegano (już od kilku lat) zmniejszenie się działania salwarsanu w tym kierunku, że przy równym leczeniu, w wielu przypadkach odczyn W a s s e r m a n n a powolniej stawał się ujemnym, niż dawniej, a w przypadkach z ujemnym odczynem W a s s e r m a n n a później częściej (niż dawniej) występują nawroty kliniczne i serologiczne. Po przejrzeniu historii chorób, autor się przekonał, że np. w jednakowych, podobnych przypadkach kılı O. W. (w porównaniu z latami 1911—1916) w okresie czasu 1921—1922 tylko w 50% przypadków (w porównaniu z tamtymi) stawał się ujemnym. Przed wojną wogóle nie spostrzegano, żeby po 4-ch leczeniach swoistych O. W. był jeszcze dodatni, podczas gdy obecnie spostrzega się to w 23% przypadków. Co się tyczy ostatecznej skuteczności, to zmniejszyła się ona w 84% na 52,5%.

Możnaby to objaśnić tem, że wskutek wojennego wycieńczenia ustrój osłabiony nie współdziała przy zwalczaniu krętków. Ale ponieważ i F r e y spostrzegał osłabienie działania salwarsanu na materiale szwajcarskim, który nie ucierpiał wskutek wojny, należy przypuszczać, że krętki stopniowo stają się salwarsanoopornymi.

M e r e n l e n d e r.

A. MESKA. O polskim Neosalutanie. (Bratislavski lekárske listy. Rocz. VI, str. 2).

Autor wykonał przeszło 400 zastrzyknięć neosalutanu z nader dobrymi wynikami nawet w przypadkach bardzo ciężkich. W jednym przypadku zastosowany został neosalutan w celu leczenia poronnego również z wynikiem pomyślnym. Działanie uboczne widział M. tylko raz jeden w postaci wysypki pokrzywkowej. Na zasadzie swego doświadczenia autor gorąco poleca neosalutan w leczeniu kılı.

Z. S.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie z dnia 13.I.1925.

Adam Ciągliński wygłosił odczyt p. t.: „Co oznacza spadek umieralności z gruźlicy w okresie powojennym?” (Wydrukowany w numerze bieżącym, Warsz. Czasop. Lek.).

W dyskusji zabierali głos: Kacprzak, Dłuski, Knappe, Miklaszewski, Gantz, Huscza, Dolkart, Justman, Bujalski i prelegent.

Posiedzenie z dnia 10.II.1925.

Na przewodniczącego zebrania walnego zaproszono Dr. Ignacego Grudza, na asesora — Dr. Kazimierza Bacię z Łowicza, na sekretarza — Dr. Janusza Pompera.

W roku 1924 Towarzystwo poniosło stratę przez śmierć prof. Kazimierza Rzętkowskiego, który był autorem memoriału w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Obszerny ten memoriał, wydrukowany w II. tomie prac Towarzystwa, zawierał, prócz motywów, przemawiających za utworzeniem odrębnej jednostki rządowej, szczegółowy zakres działania projektowanego ministerstwa, jego skład osobisty, zakłady, zadania w zakresie higieny publicznej, statystyki, prasy lekarskiej, rozporządzeń i kodyfikacji.

Memoriał odniósł pożądaną skuteczną, gdyż wkrótce powołane zostało do życia u nas Ministerstwo Zdrowia Publicznego, a ministrem został wiceprezes Towarzystwa — Dr. Chodźko.

Zmarły prof. Rzętkowski nieraz przewodniczył na posiedzeniach, wyróżniał się łatwym orjentowaniem się w sytuacji i szybką decyzją.

W roku sprawozdawczym zmarł Dr. Henryk Sarcewicz, jeden z nielicznych kresowców, który szczerze przywarł do Towarzystwa; był członkiem Sądu Izby Lekarskiej i stanowił ogniwo, łączące Koło Demokratyczne z Lekarzami Społecznikami.

Trzecią stratę poniosło Towarzystwo przez tragiczną śmierć D-ra Ignacego Muchy, który brał żywy udział w pracach Towarzystwa, a szerszemu ogółowi dał się poznać przez pełną inicjatywę współpracę w założeniu Polskiej Konfederacji Pracowników Umysłowych. Stale chętny i uczynny w każdej pracy, pożytecznej dla społeczeństwa, zmarły zażył sobie na miano dobrego obywatela.

Nadto zmarli w roku sprawozdawczym: D-rzy Ludwik Stein, Henryk Adler i Maksymiljan Cyterman. Pamięć wszystkich zmarłych obecni uczcili przez powstanie.

Nowych członków zapisało się 44, wobec czego w końcu roku sprawozdawczego Towarzystwo liczyło 248 członków.

Wobec wniesienia przez partję polityczną: Chrześcijańskiej-Demokracji i Związku Ludowo-Narodowego w sejmie sprawy nowelizacji ustawy o Kasach chorych, popartej przez memoriał Związku Lekarzy Państwa Polskiego, Pol. Towarzystwo Medycyny Społecznej wystosowało do sejmu, do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej memoriał, w którym, podnosząc ważność instytucji Kas Chorych w sprawie udostępnienia prawidłowego lecznictwa, tem samem podniesienia kultury ogólnej najliczniejszej warstwy społecznej, oświadczyło, że, zdaniem Towarzystwa, Kasy będą mogły spełniać swoje szczytne zadanie jedynie przy zachowaniu: 1) zasady terytorjalności, 2) zasady przymusu ubezpieczenia i 3) zasady wolnego wyboru lekarza z pośród wszystkich lekarzy, zatrudnionych w kasie, oraz proponowało niektóre zmiany w zakresie praw lekarza naczelnego, świadceń dla ubezpieczonych, matek i dzieci nieślubnych i zmianę w sposobie angażowania lekarzy.

Wobec powstania w Warszawie Polskiej Konfederacji Pracowników Umysłowych, jako polskiego oddziału Konfederacji Międzynarodowej z centralą w Paryżu (Confédération Internationale des Travailleurs Intellectuels) zarząd za zgodą zebrania plenarnego zgłosił akces Towarzystwa do Konfederacji i wydelegował przedstawiciela do Komisji Organizacyjnej.

Zarząd uchwalił przyłączyć Towarzystwo do Związku Przeciwgruźliczego, zainicjowanego przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia i wydelegował swego przedstawiciela na posiedzenie organizacyjne.

Wobec utyskiwań ze strony członków na niesprawie-

dliwe opodatkowywanie lekarzy, Zarząd powołał Komisję, która zajęła się czuwaniem nad tą sprawą.

Komisja zwoływała wszystkich członków Towarzystwa, którzy zasiadali w Komisjach szacunkowych, i wystosowała podanie do Rady Miejskiej i do Izby Skarbowej, domagając się przedstawicielstwa we wszystkich Komisjach szacunkowych. Głos Towarzystwa dotarł do samego Ministerstwa, które zajęło się rozpatrzeniem nadesłanych zażaleń.

Z okazji 35-cio lecia pracy naukowej i społeczno-lekarskiej D-ra med. Seweryna Sterlinga w Łodzi walne zgromadzenie jednomyślnie uchwaliło nadać czcigodnemu Jubilatowi tytuł Członka Honorowego.

W roku sprawozdawczym odbyło się 9 posiedzeń plenarnych z następującymi odczytami:

- 1) 29.I. Dr. Budzińska-Tylicka: „Ustawa o opiece społecznej“.
- 2) 26.II. p. St. Adamowiczowa: „Działalność organizacji higieny Ligi Narodów“.
- 3) 18.III. Dr. Budzińska - Tylicka: „Zarządzenia magistratu m. Warszawy w dziedzinie sanitarnej i opieki społecznej“.
- Dr. J. Bujalski: „Służba przygotowawcza i egzamin“.
- 4) 15.IV. Dr. W. Dobrzański: „Jak poradzić sobie w Austrii z problemem mieszkaniowym“.
- 5) 20.V. Dr. T. Kaszubski: „O nowelizacji ustawy Kasy Chorych“.
- 6) 30.V. Dr. Sęczycki Dr. A. Szwarc: „O nowelizacji Kas Chorych“.
- 7) 14.X. Dr. J. Zieliński: „Higiena pracy na dwóch Kongresach międzynarodowych w Genewie“.
- 8) 11.XI. Dr. L. Anigsztein: „Studja zbiorowe Komisji Ligi Narodów nad malarją w Europie Wschodniej i Południowej“.
- 9) 9.XII. Dr. M. Kacprzak: „O prohibicji w Stanach Zjednoczonych“.

Sekcja Kliniczna odbyła 17 posiedzeń, w tem 9 pokazowych i 8 odczytowych. Przewodniczyli na posiedzeniach Dr. E. Flatau i Prof. Z. Szymanowski. Na posiedzeniach pokazowych demonstrowano: 14 przypadków z medycyny wewnętrznej, 12—z neurologji, 5—z chirurgji, 4—z dermatologji, 1—z pedjatrji, 1—z laryngologji, 1—z okulistyki. Na posiedzeniach odczytowych następujące referaty:

- 1) 12.I. Funk: „O insulinie“.
- 2) 9.II. Hirszfeld: „Współczesny stan serodiagnostyki kiły“.
- 3) 21.III. Hertz R.: „O wartości praktycznej badania krwi w chorobach wewnętrznych“.
- Erlichówna: „Odrębności krwi dziecięcej pod względem fizjologicznym i patologicznym“.
- 4) 12.IV. Janowski Wł.: „Kliniczne postaci niemiaroowości tętna“.
- 5) 24.IX. Landau i Held: „O stanach żółtaczkowych“.
- 6) 27.IX. Brokman: „Zdobycze pedjatrji w dziedzinie badań nad odpornością i zapobieganiem chorobom zakaźnym“.
- 7) 25.X. Higier H.: „Stanowisko obecne nauki o padaczce“.
- Sterling W.: „O pograniczach padaczki“.
- 8) 15.XI. Hirszfeld: „Zagadnienia konstytucjonalizmu w świetle badań serologicznych“.

Sekcja Klubowa odbyła 6 zebrań, na których wygłoszone zostały przez uproszonych prelegentów odczyty z dziedziny filozofji, socjologii, etnografji i metapsychiki.

Zarząd Towarzystwa ukonstytuował się na rok 1925 w następujący sposób: Prezesem został Dr. K. Dłuski; wiceprezami — Dr. B. Pawłowicz i Dr. J. Adamski, sekretarzem — Dr. W. Knappe; skarbnikiem — Dr. W. Heflich; członkami — Dr. Maleciński, Dr. Z. Srebrny, Dr. A. Szwarc, Dr. H. Trenkner.

Do Komisji Rewizyjnej wybrano ponownie: Prof. M. Konopnickiego, Dr. A. Korala i Dr. P. Rudzkiego.

Sekretariat mieści się: Warszawa, Hoża 37 m. 4.

Na temże posiedzeniu:

Stefan Kramsztyk wygłosił odczyt p. t.: „Biologiczne podstawy powstawania klas społecznych“. Główniejsze wywody i tezy referenta były następujące:

Nigdzie może powiązanie danych biologicznych z wpływami społeczno-gospodarczymi nie występuje tak wybitnie, jak w zagażowaniu tworzenia się warstw ludności stosownie do ich społecznego i gospodarczego położenia. Tutaj najsilniej może wychodzi na jaw znaczenie własności cielesnych, czyli ustrojowych człowieka dla jego stanowiska społecznego. Przedstawiciele światopoglądu socjalistycznego stawiają na pierwszym miejscu wpływ stanowiska społecznego na ustrój cielesny; tymczasem przedstawiciele biologii i eugeniki występują przeciwko materialistycznemu pogładowi, a w miejsce walki klasowej stawiają walkę o byt drogą doboru naturalnego; gdzie marksiści widzą zubożenie jako przyczynę upadku społecznego jednostki, tam dla zwolenników „higjeny rasy“ wchodzi w grę zwyrodnienie ustroju. Dzieje tworzenia się klas społecznych wskazują bezwzględnie na działanie tutaj wpływów biologicznych; np. dzieje ustroju kastowego w Indiach Wschodnich lub powstawanie szachty. Obfity materiał statystyczny i genealogiczny, zbrany przez Galtona, Leutza i in., również za tym poglądem przemawia. Tworzenie się warstw rozpoczyna się przez łączenie się ludzi o jednakowej umysłowości: przez związki męczyzn, przez organizacje kastowe, zawodowe, przez związki rodowe, małżeńskie i rodzinne. Znaczenie dziedziczności uzdolnień duchowych nie da się zaprzeczyć; uznają to i autorowie, będący zwolennikami materialistycznego ujmowania rozpatrywanego zagadnienia. Nie może jednak ulegać wątpliwości, że zarodki i możliwości osiągnięcia wyższych stanowisk tkwią również i w niższych klasach społecznych, lecz przeważnie są dla tych ostatnich uniedostępnione dzięki czynnikom zewnętrznym; do przyszłości należeć będzie przez wszechstronny rozwój i postęp higieny społecznej stopniowe usuwanie tych bolączek, trapiących ludzkość.

Po odczycie wywiązała się dyskusja, w której zabierali głos drzy Koral, Trenkner, Szwarci i inni.

Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

Posiedzenie z dnia 7.V.1924 r.

Kramsztyk Stefan przedstawia i omawia przypadek **niedokrwistości. Jaksch-Hayéma.**

Wiśniewski Tomasz demonstruje **1½-letnią dziewczynkę z samoistnie wyleczonym wrodzonym zwężeniem prawego stawu biodrowego.**

Anigstajnowa omawia nierozpoznany przypadek **ropnego zapalenia otrzewny u niemowlęcia.** (Rzecz została wydrukowana w Pedjatrji Polskiej).

W dyskusji Michałowicz podkreślił trudności rozpoznawcze przypadku.

Barański przedstawia preparat i omawia przypadek **zwężenia odźwiernika.**

Dyskusja: Stankiewicz podkreślił ciężkość przypadku i dobroczynny wpływ gęstych papek na przebieg cierpienia.

Gromski sądzi, że przerostowy charakter zwężenia usprawiedliwia całkowite leczenie chirurgiczne.

Michałowicz podkreśla fakt, że pilorospastyków spotyka się głównie w rodzinach inteligentnych.

Baumritter przedstawia przypadek **posocznicy paciorkowcowej z umiejscowieniem się sprawy w oponach mózgowych, w przebiegu zapalenia płuc.**

Kramsztyk Stefan wygłasza odczyt p. t. „**Z dziedziny zbroczeń rozwojowych.**“ (Drukowane w „Warsz. Czasop. Lek.“ Nr. 11, 1924).

Posiedzenie z dnia 31.V.1924 r.

Gieszyński przedstawił przypadek **rozstrzeni oskrzeli, powikłanej ropniem i odłą opłucny u 11-letniej dziewczynki.**

Erlichówna demonstruje **14-letnią dziewczynkę z chorobą Werlhofa, (skłonnością do krwawień z nosa i wybroczyn na skórze) zanemizowaną wskutek krwotoków podczas 3-iej rzędu menstruacji. Niedokrwistość wyleczono przez wstrzykiwanie krwi ludzkiej śródmięśniowo.**

W dyskusji Hirszfildowa uważa wyniki domięśniowego podawania krwi w tych stanach za równoznaczne z otrzymywaniem drogami transfuzji.

Szenajch podnosi, że pacjentka pierwsza ogłosiła pracę o domięśniowym stosowaniu krwi w niedokrwistościach.

Barański wygłasza odczyt pod tytułem: „**O syste-**

matykach zaburzeń w odżywianiu u niemowląt.“ (Rzecz będzie ogłoszona drukiem w Pedjatrji Polskiej).

W dyskusji Michałowicz omawia swoje dwie klasyfikacje zaburzeń w odżywianiu. Z innych za najgłębszą uważa systematykę Finkelsteina.

Szenajch podkreśla kliniczny charakter systematyki, Finkelsteina oraz podnosi niezwykłą jej prostotę.

Posiedzenie z dnia 4.VI.1924.

Bień demonstruje przypadek **ostrej białaczki limfatycznej u chłopca 6-letniego.**

W dyskusji Pułjanowski zgadza się z tem, że nagłe obniżenie się liczby białych ciałek stoi w związku z rozpadem ich pod wpływem naświetlania promieniami Roentgena.

Jastrzębski i Kopeć demonstrują preparat i omawiają przypadek **wady serca.** (Rzecz będzie drukowana w Pedjatrji Polskiej).

W dyskusji Gromski nawiązuje do własnego, przed laty obserwowanego przypadku.

Kramsztyk Stefan wygłasza odczyt: „**O niektórych czynnościowych objawach ze strony serca u dzieci.**“

Łapiński wygłasza odczyt: „**O zapaleniu wyrostka robaczkowego u dzieci.**“ (Rzecz będzie ogłoszona drukiem).

Dyskusja: Zembrzowski Ludwik zaznacza, że u dzieci zapalenie wyrostka robaczkowego przebiega burzliwiej niż u dorosłych. Po wojnie spotyka się ono częściej.

Jastrzębski i zapytuje o procent śmiertelności i zwraca uwagę na znaczenie badania liczby leukocytów we krwi, które powinno poprzedzać każdorazowo zabieg operacyjny.

Erlichówna kwestjonuje znaczenie badania krwi w tych sprawach, znacznie mniej ważne od badania klinicznego.

Michałowicz podkreśla wartość objawu przykurczenia.

Łapiński w odpowiedzi zaznacza, że jest za operowaniem wczesnem. Rozpoznanie sprawy nie przedstawia zwyczaj żadnych trudności. Różnica zdań co do bolesności punktu M. B. zależy od techniki badania. Postępowanie w ropniach musi być indywidualizowane. Statystyki większej wartości nie posiadają.

Posiedzenie z dnia 24.IX. 1924 r.

Kramsztyk Julian wygłasza wspomnienie o zmarłym dniu 30.VIII.1924 tokarze Zangu.

Szenajch postawił następujący wniosek: „P. T. Padj. po wysłuchaniu odczytu Łapińskiego w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego u dzieci uchwała zwrócić się do lekarzy szkolnych z prośbą, by przy badaniu dzieci uwzględniali wczesne objawy tego cierpienia i w odpowiednim czasie kierowali je do chirurgów.“ Wniosek ten został przyjęty.

H. Higier wygłasza odczyt: „**O dzieciach neuro-psychopatycznych.**“ (Rzecz będzie ogłoszona drukiem)

Posiedzenie z dnia 8.X.1924 r.

Kopeć omawia przypadek **ropnego paciorkowcowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dziecka 2-letniego.**

Sterling Władysław pokazuje i omawia przypadek eunuchoidyzmu.

W dyskusji Erlichówna zapytuje o charakter zębów chorego. Lyskawiński zaś o zmiany krwi w omawianym przypadku.

Sterling w odpowiedzi zaznacza, że zęby żadnych swicystych zmian nie przedstawiają, we krwi zaś zazwyczaj stwierdza się limfocytozę.

Sterling Wł. pokazuje i omawia przypadek **lipodystrophiae progressivae.** (Rzecz będzie drukowana w P. P.).

W dyskusji nad referatem Higiera o dzieciach neuro-psychopatycznych Kramsztyk St. zaznacza, że pedjatra nie ma do czynienia z wyraźnie określonymi typami dzieci neuro- lub psychopatycznych, spotyka jedynie objawy, nie dające się zszeregować do określonego typu.

Higier w odpowiedzi zaznacza, że z rozpoznawaniem nerwie wazomotoryjnych trzeba być ostrożnym.

Karwacki Leon wygłasza odczyt: „**O objawach anafilaktycznych w czerwiowości.**“

Dyskusja: Lyskawiński zaznacza, że próbe Trumpa pedjatrzy odrzucili. Eozynofilia zdarza się rzadziej w czerwiowości niż we włośnicy.

Szenajch z objawów czerwiowości wymienia stany padaczkowe.

Erlichówna zapytuje o przyczynę dużej eozynofilii we włośnicy.

Pieńkowski przytacza własny przypadek **trichocephalus dispar**, powikłany napadami padaczki.

Karwacki nie chce lekceważyć próby Trumpa z punktu widzenia patologii. Wybitną eozynofilję we włośnicy tłumaczy sobie tem, że włośnica powstaje przede wszystkim miejscowo.

Posiedzenie z dnia 5.XI 1924 r.

Bień przedstawia przypadek **licznych guzów na tułowiu i na kończynach u dziecka 5-miesięcznego**. Omówienie przypadku nastąpi po ukończeniu badań histologicznych.

Dąbrowska omawia z punktu widzenia anatomopatologicznego przypadek guzek krezki. (Rzecz będzie drukowana w P. P.).

Jastrzębski i Łyskawiński omawiają przypadek **wybitnego zwięzienia dwunastnicy na tle rozwojowej wady naczyniowej u noworodka płci żeńskiej**. (Rzecz będzie ogłoszona drukiem).

Rudzki Stefan wygłasza odczyt pod tytułem: **gruźlica dziecięca na IV międzynarodowym zjeździe przeciwgruźliczym w Lizjannie**. (Rzecz ukaże się w druku).

Posiedzenie z dnia 19.XI. 1924 r.

Kramsztyk Stefan omawia przypadek **ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego. U ośmioletniej dziewczynki**. Dokonana została apendektomia na zimno w półtora roku po pierwszym ataku, który doprowadził do ropienia. Pogląd, jakoby w przebiegu ropienia wyrostek ulegał zniszczeniu, jest mylny.

W dyskusji Wiśniewski Tom, zaznaczył, że trudno jest oczekiwać zupełnego zniszczenia wyrostka przez zropienie.

Kramsztyk Stefan daje przyczynek do **leczenia zapalenia miedniczek nerkowych**. Najlepsze wyniki według prelegenta można otrzymać przez zmianę koncentracji jaoowej w moczu.

W dyskusji Sachs przypomina, że podany sposób leczenia zapalenia miedniczek nerkowych nie jest nowy. Najlepsze wyniki otrzymuje się przy kombinowaniu tego sposobu z odkażaniem dróg moczowych. Według Szenajcha sposób, omawiany przez prelegenta, nie ma charakteru **therapia sterilisans magna**, i dobre wyniki są prawdopodobnie przemijające.

L. Zembrzowski wygłasza odczyt pod tytułem: „**w sprawie leczenia przepuklin pachwinowych i pępkowych u niemowląt**“. (Rzecz ukaże się w druku).

Dyskusja: Wiśniewski sędzi, że należy się wstrzymać od zabiegu operacyjnego w przypadkach przepuklin pachwinowych u dzieci do jednego lub 1½ roku. W przypadkach uwięźnięcia przepukliny nie powinno się czekać, lecz operować natychmiast.

U dzieci starszych należy postępować radykalnie. W przypadkach przepuklin pępkowych Z. od zabiegu operacyjnego się powstrzymuje, stosując do 5 miesiąca plaster lepki, potem ewentualnie wstrzykuje alkohol, u starszych zaś dzieci postępuje radykalnie.

Lapiński w przypadkach przepuklin pępkowych stosuje tylko plaster lepki, w uporczywych przypadkach łączy to z iniekcjami alkoholu. Operacji wycinania pępka nie stosuje. W przypadkach przepuklin pachwinowych odkłada zabieg operacyjny do 1 lub 1½ roku, regulując do tego dietę i stosując wężel z bawełny.

Z. Zembrzowski przytacza kilkadziesiąt przypadków przepuklin pachwinowych, operowanych przez siebie przed ukończeniem 1 roku życia bez jakichkolwiek komplikacji. Do iniekcji alkoholowych zniechęcił się.

Posiedzenia z dnia 3.XII. 1924 r.

Baumritter przedstawia przypadek **gruźlicy płuc u 13-letniej dziewczynki z dobrym wyglądem, odżywianiem i samopoczuciem**. Dziewczyna ta do ostatniej chwili uczęszczała do szkoły.

W dyskusji Michałowicz podkreśla społeczną stronę tego zjawiska.

Brokman i Hirszfel'dowa demonstrować szereg dzieci, badanych na wrażliwość na płonicę metodą Dicków.

W dyskusji Przesmycki mówi o właściwościach **stereptococcus hameolipticus** i o stosunku jego do płonicy.

Roszkowskiego interesuje zachowanie się odporności przeciwploniczej u dzieci, które przebyły płonicę

Michałowicz, podkreśla istnienie w płonicy 2 czynników: zewnątrzploniczego i zewnątrzploniczego.

Hirszfel'dowa podaje, że wraz z Brokmanem badała 8 dzieci, które przebyły płonicę; u 6-ga odczyn Dicków był ujemny.

Brokman sędzi, że różne wyniki, otrzymywane przy stosowaniu szczepionki Gabriczewskiej, zależą głównie od charakteru łańcuszka. Teorje Szontagha podlega rozwijają.

Michałowicz omawia sprawę **leczenia ropnych zapaleń opłucny u niemowląt i małych dzieci**. (Rzecz będzie drukowana w P. P.).

Dyskusja: Zembrzowski Z. doszedł do analogicznych wniosków. Małe dzieci nie znoszą torakotomji.

Piotrowski omawia zapalenia opłucny popłonicze.

Drabczyk i Wiśniewski, całkowicie się zgadzają ze zdaniem prelegenta.

Jastrzębski podnosi trudności rozpcznawcze zapaleń opłucny.

Sekretarz: Barański.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej.

Posiedzenie kliniczne z dnia 4.XII.1924.

1) Adelfang pokazuje rentgenogramy chorej z **guzem śródpiersia**, powikłanym naturalną odmą płucną. U chorej przed 8-ma miesiącami stwierdzono guz śródpiersia. Po 3-ch serjach naświetlań promieniami Roentgena guz znikł prawie zupełnie, pozostawiając tylko nieznaczny ślad w górnej części prawej wnęki. Obecne badanie wykryło jednak istnienie zupełnej lewostronnej odmny płucnej, której powstanie A. tłumaczy przeżarciem przez guz prawdopodobnie **lymphosarcoma**, opłucny mediastinalnej i lewego oskrzela. W trakcie obserwacji (3 tygodnie) płuco powoli zaczęło wracać do normy. A. w końcu zaznacza, że przy obecnym stanie chirurgji płuc jedynie promienie Roentgena, jeżeli zupełnie nie wyleczą, to w każdym razie przyniosą znaczną ulgę w sprawach ciężkich i przedłużą życie podobnym chorym.

2) J. Felhender i I. Lichtenberg. Przypadek **myelosis poporodowej**. (Z oddziału D-ra Lewina).

Kobieta lat 23. Przed 3-ma miesiącami poród, krwawienie poporodowe, skrobanie, zapalenie macicy i stan gorączkowy, w trakcie którego występuje coraz bardziej powiększający się guz śledziony i bolesność kości. We krwi 186000 leukocytów z myelocytami, myeloblastami i erytroblastami. Po naświetlaniu prom. Roentgena śledziony i kości dłuższych wybitna poprawa przed- i podmiotowa. Znikła splenomegalja, leukocytów tylko 18000, znikły prawie zupełnie formy młode, L. uważa ten przypadek białaczki szpikowej, jako wyraz zakażenia poporodowego, chociaż o białaczkę ostrą w danym przypadku mowy być nie może, Zimnica, którą pacjentka kiedyś przechodziła, uczyniła z jej szpiku kostnego **locus minoris resistentiae**. Białaczka obecna przedstawia reakcję tego szpiku na ponowny czynnik szkodliwy, na zakażenie poporodowe. Przypadek może być zaliczony do kategorii chronicsepticemji, jak **endocarditis lenta**, **anaemia lenta** i t. p. Jakkolwiek Kryński uważa przypadek ten za beznadziejny, nie bacząc na chwilowo osiągnięty efekt, i zaleca iniekcje toru, — to jednak L. przypomina statystyki Decastello, Kienböcka i Joachima, którzy w 90% — przypadków białaczki szpikowej, leczonych prom. Roentgena, widzieli długotrwałe remisje, i uważa takie remisje, przedłużające życie chorego na lata, za wielki, choć nie idealny sukces terapeutyczny.

3) J. Fliederaum i I. Lichtenberg. **Przypadek infantillismus z obrzękami na tle niedomogi gruźliczo o wydzielaniu wewnętrznem**. (Z oddziału D-ra Lewina).

Osobnik lat 18 przybył ze skargami na obrzęki, trwające od 3-ch miesięcy, czasami zawroty głowy i wymioty. Stan wybitnie hypoplastyczny. **Cryptorchismus**. Prącie i jądra niedorozwinięte. Wzrost i waga także psychika, odpowiadają wiekowi lat 13, twarz dziewczęcą, głos chłopięcy, plecy wąskie, miednica szeroka, asekualizm, brak owłosienia na twarzy, tułowiu i nad spoiemieniem. Blade obrzęki na twarzy, zbite na kończynach dolnych. **Otitis media chronica**. **Apicitis sinistra**. **Fistula ani**. L. rozpoznaje infantylizm ogólny, postać

prześciową między typem Lorrain a Brossaud, wzgł. „*insufficientiam thyreo-sexualem*“ Borchardti. Ze względu na wybitne zmiany endokrynologiczne i na brak zmian w moczu i we krwi, L. wiąże obrzęki ze zmianami w wydzielaniu wewnętrznym, w pierwszym rzędzie tarczycy. Po zastosowaniu przetworów tarczycy chory stracił w ciągu 3-ch tygodni 6 funtów, przy czym obrzęki prawie znikły.

W dyskusji izabierali głos: Higier, Endelman, Lichtenberg.

4) H. Stabholc. **Problemat biologiczny i etjologiczny choroby rakowej.** (Odczyt).

(Rzecz ukaże się w „Kwartalniku Szpitala na Czystem“)

Posiedzenie kliniczne z dnia 18.XII.1924.

Przed porządkiem dziennym Przewodniczący wygłosił wspomnienie pośmiertne o D-rze Ludwiku Steinie. Urodzony w r. 1875, ukończył gimnazjum i uniwersytet w Warszawie. Po kilkuletnich studiach w klinice uniwersyteckiej osiadł na Litwie, gdzie praktykował 10 lat. Po powrocie stamtąd rozpoczął praktykę na Pradze, gdzie cieszył się dużym powodzeniem, jako lekarz chorób wewnętrznych i dziecięcych. Odnaczał się sumiennością, pracowitością i postępowaniem etycznym. Brał czynny udział w pracy społecznej. Jeszcze będąc studentem zajmował stanowisko prezesa Bratniej Pomocy Uniwersyteckiej. W „Zrzeszeniu“ był członkiem Zarządu Kasy Wzajemnej Pomocy. Cześć Jego pamięci!

1) T. Simchowicz. **Przypadek tężca u dziecka.**

L. G., lat 3, wsunęła sobie głęboko do nosa znalezionej w kuchni kawałek papieru. W 5 dni potem wystąpiło zwężenie prawej szpary ocznej, następnego dnia szczękostisk, który potęgował się z każdym dniem. Po 10 dniach podczas kichania wypadł z nosa kawałek papieru. Wówczas neurolog stwierdził wybitny szczękostisk, skurcz mięśnia okrężnego prawego oka ze zwężeniem szpary ocznej. Głębokie fałdy nosowo-wargowe przy smutnym wyrazie oczu dawały klasyczny obraz śmiechu sardonicznego, tak dla tężca swoistego. Po upływie 3-ch tygodni objawy skurczowe zaczęły się cofać i znikły zupełnie po upływie 2 miesięcy.

2) Sz. Lewinson. **Przypadek kamienia nerkowego niezwyklej wielkości.**

L. przedstawia chorą z olbrzymim kamieniem, wypełniającą całą nerkę i opuszczającą się do moczowodu. Rentgenogram nerki z przed 8 laty, porównywany z obecnym, wykazuje, że kamień w ciągu tego czasu ogromnie się powiększył.

Dyskusja: Adelfang, Fryszman.

3) D. Szenkier i S. Markusfeld, **3 przypadki przerostu gruczołu krokowego niezwyklej wielkości.**

Utarło się mniemanie, że przerost gruczołu krokowego jest jednym z objawów starczego wyczerpania, i że dolegliwości, z tą sprawą związane są koniecznością nie do przewyciężenia, — że przeto leczenie jest często bezskuteczne. Dziwnem się też wydaje, że gdy inne narządy na starość się zmniejszają, gruczoł krokowy się powiększa. Badania lat ostatnich, zwłaszcza szkoły francuskiej, sprawę tę wyjaśniły. Gruczoł krokowy wcale nie przerasta, lecz wraz z innymi narządami zanika i zmniejsza się. To, cośmy zwykli nazywać przerostem, jest nowotworem łagodnym, wychodzącym z gruczołów okołocewkowych (Albarran, Motz, Cunéo, Verliac, Papin, Tandler). Gruczoły te mają wspólne z gruczołem krokowym pochodzenie embryologiczne, i dlatego w nowotworze tym stwierdzamy anatomicznie wszystkie elementy budowy gruczołu krokowego. Jest więc guz o charakterze włókniako-mięśniowo-gruczołowym. Guz ten może być różnej wielkości. Ciekawe jest porównanie wagi jego z wagą normalnego gruczołu krokowego. Ten ostatni waży od 15—20 gramów, T, zw, przerost średniej wielkości waży powyżej 80 gr. Niedawno opisany został przez Damskiego guz taki wagi 150 gr. Gross podaje przerost wagi 288 gr. zaś w Musée Civiale przechowuje się gruczolako-włókniak wagi 380 gr. Nasze preparaty, uzyskane drogą operacyjną (D. Szenkier) waży 125, 210 i 225 gr. Przybliżone określenie wielkości „przerostu gruczołu“ przed operacją może mieć znaczenie w wyborze metody operacyjnej. Bardzo duże gruczoły nadają się jedynie do usunięcia drogą nadbłonową podług Frayera (*prostatectomia transvesicalis suprapubica*). Stwierdzenie dużych rozmiarów przerostu ma znaczenie również w określaniu charakteru guza. Złośliwe nowotwory zazwyczaj nie są duże, chyba w okresie późnym, kiedy występują inne objawy złośliwości (charłactwo, bóle w kończynach dolnych i t. d.).

Dyskusja: Lubelski, Fryszman, Szenkier.

4) J. Mackiewicz. **Kilka uwag o czkawce epidemicznej.**

Czkawka ta występuje prawie wyłącznie u mężczyzn, zwykle w wieku średnim, bez objawów prodromalnych. Trwa przeciętnie 4 dni, czasem jednak przedłuża się do dni 18. W początku często stan podgorączkowy. Cierpienie polega na skurczach myoklonicznych przepony i głośni, przeważnie podczas wdechu. Czasami występują także myoklonje mięśni przedniej ściany brzucha, rzadko także kończyn górnych, b. rzadko objawy bólowe. Skurcze te są arytmiczne, od 5—7 na minutę, czasami występują okresowo. Zaburzeń snu niema, o ile czkawka nie przeszkadza choremu zasnąć. Czasami wymioty, bardzo rzadko nawrót cierpienia. Czkawka sporadyczna zdarza się często, zwłaszcza w cierpieniach nerwowych i po operacjach urologicznych. Epidemiczna—przedstawia analogję z *encephalitis epidemica*, w której również bywa czkawka, i która występuje często obok czkawki epidemicznej. Zmiany anatomopatologiczne polegają na nacieczeniach dookoła naczyń w górnej części rdzenia szjowego (ośrodek n. phrenici). Dotąd były takie epidemie we Francji, Rzymie, Warszawie, Łodzi, przeważnie w grudniu. Leczenie — czysto objawowe (łóżko, faradyzacja nadbrzusza, galwanizacja n. phrenici, kokainizacja jamy nosowogardzielowej i t. d.), Rokowanie dobre.

W dyskusji zabierali głos: Simchowicz, Bryzman, Fryszman, Higier, Dolkart, Goldflam, Abramowicz, Szenkier, Spiro, Lewinson, Róbin i Mackiewicz.

Posiedzenie kliniczne z dnia 1.I.1925.

1) B. Kryński. **Przypadek choroby Hirscheprunga na tle częściowej atresji ani.**

2) M. Lubelski. **Przypadek nephropexiae.** Rozpoznano *appendicitis*. Operacja metodą Vogela (przerzucenie płata tylnej listewki otoczki nerkowej przez 12 żebro).

3) M. Lubelski. **Przypadek cholecystectomiae partialis.** Cięcie Czerny-Kochera. Usunięto tylko część pęcherzyka, zasklepionego w zrostach.

Dyskusja: Saidman, Hurwicz, Róbin, Lubelski.

4) M. Saidman. **Przypadek Colitidis ulcerosae, wyleczony za pomocą kolostomji i następczego przemywania zgóry roztworem lapisu, wodą wapniową, roztworem fizjologicznym.** Cierpiał 6 lat.

W dyskusji Róbin zaznacza, że zna chorego od 2 lat, że obraz rektoskopowy wielokrotnie stwierdzał ciężkie zmiany (silnie krwawiące owrzodzenia), że leczenie środkami wewnętrznymi do celu nie prowadziło, i że rektoskopia, wykonana po operacji i po owych przemywaniach, wykryła zdumiewające rezultaty: cała błona śluzowa czysta, biała, bez owrzodzeń. Zabierali jeszcze głos: Lubelski, Rapiport, Bryzman, Blacher i Saidman.

5) J. Mackiewicz. **Przypadek Polyarthropathiae tablicae.** 8 artropatii w postaci ostrych zapaleń stawów.

Dyskusja: L. Endelman, B. Kryński.

Posiedzenie kliniczne z dnia 15.I.1925.

Przed porządkiem dziennym Przewodniczący uczcił pamięć przedwcześnie zgasłego ś. p. Prof. K. Rzętkowskiego.

1) M. Lubelski. **Przypadek raka prosthity u 24-letniej kobiety.** Stwierdzony przy pomocy rektoskopu. W assermann we krwi +. Leczenie specyficzne bez wyniku. Zabieg: *resectio recti et anus sacralis*. Histopatologicznie: *Adenocarcinoma*.

2) M. Lubelski. **Przypadek torakoplastyki.** 14-letnia dziewczyna. Przed 6 laty *empyema pleurae*, po której została przetoka nazewnątr. Wycięto 7 żeber sposobem Schede. Zagojenie *per secundam*.

Dyskusja: Dobryszyccki, Stabholc, Karbowski, Lubelski.

3) H. Adelfang. **Przypadek obcego ciała w przewodzie pokarmowym.** 15-letnia dziewczyna połknęła igię (Roentgen), która przostawała w jelitach w ciągu 6 miesięcy i wyszła *per vias naturales*.

Dyskusja: Karbowski, Arkin, Lubelski, Mesz, Stabholc, Kryński i Adelfang.

4) L. Endelman i P. Goldstein. **Przypadek kostniaka kości sitowej.**

Kobieta 30-letnia z wybitnym wytrzeszczem prawej gałki ocznej, dewiacją jej, zmianami w sile wzroku i dna oczu. Rozpoznano pierwotnie guz jamy Highmora. Dokonano wyłuszczenia guza, który okazał się kostniakiem kości sitowej. Znakomita poprawa objawów ocznych w kilka tygodni po operacji.

Dyskusja: Arkin, Karbowski, Mesz, Lubelski, Szwarc, L. Endelman, Goldstein.

5) P. Goldstein. **Przypadek Torbieli skórzastej jajnika u 6-letniej dziewczynki.**

Napad ostrych objawów brzusznych i otrzewnowych. Rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego. Operacja: torbiel skórzasta wielkości główki noworodka uległa skręceniu na szypule. Wyłuszczenie torbieli. Wyzdrowienie. Przypadek należy do bardzo rzadkich.

Dyskusja: Mesz, E. Finkielkraut, Goldstein.

6) H. Higier. **5 przypadków jankania i głuchoniemoty** ze szczególnym uwzględnieniem terapii. H. omawia bliżej patogenezę i metodykę leczenia tych cierpień, demonstrując chorych w różnych okresach leczenia, naogół wysoce pomyślnego.

Dyskusja: Z. Bychowski, Krąkowska, Karbowski, Bryzma i Higier.

7) T. Simchowicz. **Przypadek choroby Dercuma.** 26-letnia dziewczyna od lat 6 zauważyła u siebie znaczne tycie kończyn dolnych. Miejsca te są bardzo bolesne na dotyk. Apatja. *Lipodystrophia progressiva* wykluczona, również *elephantiasis spuria* na tle żyłaków. Organoterapia bez skutku.

Dyskusja: Lebeasbaum, Higier, Lichtenberg, L. Endelman, Bychowski, Szpinak, ów, na, Szwarc i Simchowicz.

Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie 39-te z dnia 17.I.1925.

Przewodniczący Bregman wygłasza wspomnienie o prof. Strümpflu, znakomitym neurologu niemieckim. Pamięć Jego zostaje uczczona przez powstanie.

1) Morawiecka. **Przypadek choroby Basedowa** ze sklerodermją i postacią przykurczową zmięknienia kości.

U chorej lat 23 z objawami choroby Basedowa: wole, wytrzeszcz gałek ocznych i przyspieszone tętno — rozwinęły się objawy zmięknienia kości ze znacznego stopnia niekształceniami oraz z objawami twardziny skóry. Niektórych objawów choroby Basedowa brakowało; od nacieków twardzinowych wolne były: twarz, kończyny górne i stopy. Przykurcze mięśniowe na tle zmięknienia było nietypowe i kończyny dolne były zgięte w stopach i kolanach. Oprócz tego stwierdzone prześwietlaniem zmiany w kręgosłupie o charakterze spondylo-artretycznym. Małe dawki tyrocydiny podziałały dodatnio. Objawy choroby tłumaczy M. zaburzeniami w sferze gruczołów dokrewnych.

2) Krzezińska. **Przypadek postrzału 10-letniego chłopca z dubeltówki.**

Zgodnie z obrazem rentgenologicznym nosi w głowie 23 śródciny, z których 22 utkwily w miękkich częściach głowy, jedna zaś przeszła czaszkę i utkwiała w mózgu, w wyniku czego chłopiec dotknięty jest lewostronnym niedowładem połowicznym.

W dyskusji zabierają głos Bychowski Z. i Bregman.

3) Koelichen. **Przypadek stwardnienia wielogniskowego z zaburzeniami w dziedzinie układu nerwowego i wegetacyjnego.**

U chorego 22 letniego oprócz zmian, wywołanych stwardnieniem wielogniskowym, stwierdza się przy zmęczeniu obfite pocenie się lewej połowy głowy i twarzy, zwężenie lewej szpary ocznej i żrenicy, ten ostatni objaw jest niestały. Oprócz tego stwierdza się objaw Chwostka na twarzy wybitniejszy po stronie prawej.

Niezwykłe są w danym przypadku stwardnienia zaburzenia w dziedzinie układu wegetacyjnego i objaw Chwostka.

4) Bregman. **Przyczynę do patogenezы t. zw. reumatycznego porażenia twarzy.**

Chora najpierw była dotknięta półpaścem międzyżebrowym, a wkrótce potem podrażnieniem n. twarzowego. Stosu-

nek obu cierpień, które są niewątpliwie wyrazem jednego i tego samego zakażenia, a także stosunek porażenia N. VII do t. zw. półpaśca usznego zostaje szczegółowo rozpatrzony (rzecz będzie wydrukowana w „Neurologji Polskiej“, t. VII, z. 1).

W dyskusjach biorą udział Higier, Sterling i Biro.

5) Skubiszewski i Tyczko. **Przypadek uszkodzenia najwyższej części splotu barkowego lewego.**

Przypadek dotyczy mężczyzny, który został postrzelony w okolicę nadobojczykową lewą, w następstwie czego wystąpił niedowład kończyny. Wskutek uszkodzenia najwyższej położonych wiązek nerwowych (korzonek szyjny 5-ty, trochę 6-ty) nie wytworzył się typowy zespół Duchenne-Erba.

Niedowład z zanikania dały się stwierdzić w przednich 2/3 n. naramiennego i ramiennie-promieniowym oraz nad i podgrzebieniowym. OZ dotyczył tylko 2/3 n. naramiennego i ramiennie-promieniowego.

W dyskusji bierze udział Koelichen, Higier, i Sterling Wł.

6) Noiszewski. **O omamach wzrokowych.**

Prelegent przeprowadza różniczkowanie między omamami wrzekomemi a prawdziwymi. Pawstawanie omamów stara się N. tłumaczyć czynnością kory mózgowej, w której można umiejscowić nieskończoną liczbę siatkówek ośrodkowych.

W dyskusji bierze udział Nelken, Higier, Bychowski G., którzy podkreślają w powstawaniu omamów wzrokowych decydującą rolę momentu psychorodnego.

7) Nudelman. **Przypadek nowotworu mózgowego** (z oddz. L, E, Bregmana).

Nowotwór l. zrazu skroniowego i dolnej części zrazu ciemieniowego u 32 letniego mężczyzny. Ze względu na powikłania przewlekłym cierpieniem lewego ucha, dokonano najpierw radykalnej operacji ucha (Lublina) ropnia mózgu nie znaleziono. Następnie wobec szybkiej utraty wzroku dokonano trepanacji czaszki w l. okolicy skroniowej (Sołowiejczyk) i znaleziono nowotwór. Zraz skroniowy był rozmiękczony, wpływa ciecz, w której badanie ciałek ropnych nie wykazało.

Sekretarz: Jarecki.

Polskie Towarzystwo Anatomiczne w Warszawie.

Posiedzenie z dnia 14.I.1925.

Przewodniczący: M. Konopacki.

1. Zatwierdzenie sprawozdania z posiedzenia poprzedniego.

2. Przewodniczący zakomunikował o nadesłanych do biblioteki Tow. odbitkach prac: D-rów Komockiego, P. Słonimskiego i A. Wojciechowskiego.

Postanowiono, aby nadsyłane prace pozostawały na przechowaniu u sekretarza aż do wyboru bibliotekarza.

3. E. Loth zawiadomił o nadesłanych mu czasopiśmie i pracach z Rosji oraz poruszył sprawę wymiany prac z zagranicą.

4. M. Konopacki wygłosił komunikat na temat: „Nieczo danych histochemicznych o t. zw. jądrze żółtkowym i tworzeniu się żółtka w oocytach żaby“.

Za pomocą metod mikrochemicznych autor wykazał obecność t. zw. jądra żółtkowego w młodych oocytach żaby z września. Składa się ono ze skupienia ziarenek natury mitochondrialnej i z ziarenek lipidów. Podczas wzrostu oocytów substancja jądra żółtkowego, nie wykazującego żadnego odgraniczenia od reszty cytoplazmy, okazuje się raczej substancją żółtkotwórczą. Dzieli się ona na dwie lub trzy części, z których jedna układa się około jądra, druga zaś na obwodzie jądra. Ilość lipidów wzrasta, tak że oocyt ok. 300 μ zawiera ich bardzo dużo w obu warstwach. W oocytach ok. 350 μ zaczyna się dopiero tworzyć żółtko w obu tych warstwach, pręcej jednak na obwodzie. Ziarenka żółtka barwią się kwasochłonnie.

Za tem, że lipidy biorą udział w tworzeniu się żółtka, przemawia fakt stopniowego ich zużywania się i to nierównomiernego w całym oocycie. Na biegunie roślinnym, gdzie żółtko wytwarza się więcej, zużywają się one prawie całkowicie, natomiast na biegunie zwierzęcym pewna ich ilość zostaje. Jednocześnie z tym procesem wytwarzają się w oocy-

cie tłuszczowe obojskie, również obficie na biegunie zwierzęcym. W ten sposób już w oocyocie ok. 540 μ gdy niema jeszcze barwnika, można wykazać budowę biegunową.

Glikogen zjawia się tuż przed wytworzeniem się żółtka również w warstwie obwodowej i około jądra i prawdopodobnie bierze też udział w tworzeniu się żółtka, które stopniowo zmienia swe własności kwasochłonne na zasadochłonne. Rolę przenosiela tych substancji zapasowych odgrywa nabłonek foliokularny, w którym można wykazać tak obecność lipidów, jak i glikogenu.

Na podstawie powyższych danych i danych V o s s a o umiejscowieniu oksyda w oocyocie t. zw. jądro żółtkowe i masa żółtkotwórcza są pewnymi ośrodkami procesów twórczych dla substancji zapasowych rozwijającej się komórki jajowej. Komunikat był ilustrowany licznymi rysunkami. W dyskusji zabierała głos Z. Zakolska.

5. C. J a s t r z ę b s k i przedstawił komunikat: „O zmienności zastawki trójdzielnej w sercu ludzkim“

Na podstawie przeszło 600 spostrzeżeń, z których 100 były poddane analizie szczegółowej, prelegent znalazł 28 odmian kształtu zastawki przedsionkowej prawej i przyszedł do wniosków następujących:

- 1) Klasyczna budowa zastawki trójdzielnej została stwierdzona w 14% i dla tego nie może być uważana za typową.
- 2) Pomiędzy płatkami przednim a przysrodkowym w 90% znajdują się niewielkie płatki uzupełniające, nazwane przez prelegenta pośrednim (c. medialis). Płatek ten należy uważać za typową część zastawki.
- 3) Płatki zastawki trójdzielnej można podzielić na dwa typy: nie rozszczepione i rozszczepione wcięciami dodatkowymi. Tak pierwsza, jak i druga mogą być długie lub zrosnięte z płatkami sąsiednimi.
- 4) Rozszczepienie płatka bywa systematyczne (częściej) lub asymetryczne (rzadko).
- 5) Zrastanie płatków bywa całkowite, t. j. bez śladów wcięcia (asymilacja) lub częściowe, gdyż pozostaje pomiędzy nimi płytkie wcięcie, albo istnieje różnica ich długości.

Dane liczbowe i schematyczne rysunki odmian były przedstawione na 10 tablicach.

Omówienie przyczyn kształtu zastawki trójdzielnej prelegent odłożył do jednego z posiedzeń następnych. W dyskusji zabierał głos E. L o t h.

6. J. Z w e i b a u m demonstrował liczne hodowle śledziony i sieci królika, psa i kota dorosłych w różnych okresach ich wzrostu *In vitro* (metodą C a r r e l a) oraz hodowle fibroblastów na włóknach waty (metodą F i s c h e r a), które są obecnie przedmiotem badań prelegenta. Poza demonstracją żywych tkanek autor demonstrował utrwalone preparaty takich hodowli, zawierające liczne figury mitotyczne. Pokazy prelegent poprzedził krótkim referatem o obecnym stanie strony technicznej hodowli tkanek *in vitro*.

Sekretarz: C. J a s t r z ę b s k i.

Polskie Towarzystwo Eugeniczne.

Sekcja eugeniczna.

Posiedzenie z dnia 16.II.1925.

Prof. patologii ogólnej Un. War. dr. Franciszek V e n u l e t wygłosił odczyt p. t.: **O konstytucji ustroju ludzkiego.**

Prelegent w jasny sposób określił, co pojmuje pod nazwą konstytucji. Jest to suma cech i własności, które dziedziczymy po rodzicach. Konstytucja ustroju zależy od właściwości komórek płciowych obu rodziców. Odróżniamy 4 typy normalne oraz niezliczoną liczbę typów przejściowych. Typami normalnymi są: 1) Typ oddechowy (górale), w których przedewszystkiem jest rozwinięta klatka piersiowa, twarz długa, ściągła, jama brzuszna w stosunku do klatki piersiowej jest niewielka. 2) Typ trawienny, znamionuje się rozwojem jamy brzusznej i dolnej części twarzy (eskimosi). 3) Typ mięśniowy, najbardziej harmonijny, występujący u atletów, był on ideałem starożytnych Greków. 4) Typ mózgowy z przewagą rozwoju czaszki, siabszym wzrostem i budową. Do typów konstytucji chorobowych zaliczyć należy: artretyczny, gruźliczy, wysiękowy. Lecz i każdy poszczególny narząd ustroju posiada swoją konstytucję, posiada ją i każda z wielu komórek, z których ustrój jest zbudowany. Komórka składa się z zarodki i jądra. Najważniejszą częścią jądra są cząsteczki barwnikowe, zwane chromozomami, które uważamy za nosi-

cieli cech dodatnich i ujemnych. Liczba chromozomów w jądrze komórki rozrodczej jest dla każdego gatunku stała. U ludzi wynosi 24. Nie wszystkie chromozomy posiadają wartość jednakową. Jedne z nich mogą być nosicielami cech dodatnich, inne ujemnych. Przed połączeniem się komórki płciowej męskiej i żeńskiej tracą one połowę chromozomów. Od przypadkowości podziału chromozomów zależy jakość cech, przekazanych powstającemu organizmowi. Nie wszystkie cechy jednak ujawniają się u dziecka, niektóre z nich występują później, inne zaś przez całe życie są utajone, lecz mogą wystąpić u potomstwa. Nie znając biologicznej przeszłości rodziców, nie możemy wyrokować o dziedziczności. O dziedziczności konstytucji najlepiej przemawia do nas wrażliwość na niektóre choroby zakaźne (błonica). Wiadomo, że dorośli w 80% nie są wrażliwi na błonicę. 20% jest wrażliwych, i ci ostatni posiadają dzieci specjalnie wrażliwe przez całe życie na błonicę. Konstytucja ustroju jest stała i niezmienna. Zmiany w organizmie mogą w pewnym stopniu zależeć od czynników zewnętrznych (kondycji). Zmiany te jednak mogą występować tylko wówczas, gdy konstytucja ustroju na to pozwala. Z punktu widzenia eugenicznego ma duże znaczenie ta okoliczność, że braki konstytucji poszczególnych osób, można do pewnego stopnia wyrównać dzięki czynnikom zewnętrznym (sportom, wyborowi zawodu, tryb życia), zwłaszcza stosując je zapobiegawczo. Fatalizm, jaki wynika z określenia zmienności konstytucji, nie jest zupełnie usprawiedliwiony.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Posiedzenie z dnia 14.I.1925.

Przewodniczący: K. O p o c z y Ń s k i,

Sekretarz: E. C z a r n e c k i.

Obecnych 105 osób, w tej liczbie 65 członków Tow.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu posiedzenia z dnia 3 grudnia 1924 r.

II. Cz. C z a r n o w s k i — pokaz chorej, operowanej z powodu cholesteatomu ucha środkowego; perlak dużych rozmiarów zniszczył kość skroniową dokoła ucha środkowego. W okresie poceracyjnym napady drgawek o charakterze padaczki z sinicą i słabym tętnem, przeważnie po stronie prawej (odpowiada umiejscowieniu cholesteatomu). Stan chorej obecnie dobry.

W dyskusji K. O p o c z y Ń s k i zapytuje, czy nie można było przypuścić, że drgawki zostały spowodowane zmianami w krążeniu naczyń mózgu, wywołanymi usunięciem guza.

A. M i k u l s k i — drgawki po trepanacji występują nierzadko; istnieje przypuszczenie, że ośrodki korowe nie wchodziły tu w grę, nie były to drgawki ogniskowe, a raczej spowodowane ogólnym wstrząsem.

III. W. J a s i Ń s k i — przedstawił preparaty makro- i mikroskopowe z przypadku wrodzonego zwężenia odźwiernika (stenosis pylori congenita) u oseska zmarłego w wieku 2 miesięcy. Przypadek został przez J. szeroko omówiony.

W dyskusji Ch. Z a r c y n stwierdza, że choroba M a r f a n a interesuje w stopniu niemińszym, niż internistów, i chirurgów; niestety, operację często dokonuje się zbyt późno, co ją dyskredytuje.

IV. J. S z m u r ł o — pokazał chorego, 70-letniego urzędnika, któremu przed 11 miesiącami dokonał wycięcia krtań z powodu raka lewej połowy krtani, ograniczonego do lewej struny głosowej i okolicy podgłośniaowej. Na 4 dzień po operacji — krwotok z tętnicy krtańowej górnej, rozpuszczono szwy, ranę zatamowano co znacznie przedłużyło przebieg pooperacyjny, ale okazało się zbawcze dla chorego, ponieważ w miesiąc po operacji w dolnej wardze rany stwierdzono drobnowidzowo nowotwór raka; wycięto śluzówkę aż do części zdrowych. Po 2 miesiącach nowy nowotwór, wycięto po raz drugi części zrakowaciałe i wypalono galwanokauterem. Dalszy przebieg pomyślny; w 10 miesiącu od pierwszej operacji, S z m. dokonał operacji plastycznej, pozostała niewielka przetoka, która stale się zmniejsza. Chory połyka bardzo dobrze i od paru tygodni oddaje się zwykłej pracy zawodowej.

W dyskusji K. O p o c z y Ń s k i zapytuje, czy nawrót w tym przypadku nie mógł być spowodowany zaszczepieniem, na co J. S z m u r ł o odpowiada, że proces nowotworowy nie był umiejscowiony w skórze, lecz w ścianie przełyku.

Dalej J. S z m u r ł o i A. J a n u s z k i e w i c z wzmiankują o pracach w tej dziedzinie S h e r o t k o w a i rzekomo dobrych wynikach G r e k o w a, który miał demonstrować pacjentów, wyleczonych sposobem S k o r o t k o w a.

V. Ł. Łukowski — wygłasza rzecz p. t. „**Przyczynę do dziedziczności krwawiaczki z podaniem tablicy rodowej**”. (przeznaczone do druku)

Dyskusja: A. Wirszubski wskazuje, że w Talmudzie są zmiany, świadczące o uświadomieniu starożytnych żydów w kierunku dziedziczenia hemofilji i warunków, w jakich to dziedziczenie się odbywa; przytacza odnośne przykłady.

VI. T. Wąsowski wygłasza rzecz p. t.: „**Wpływ Roentgena na krzepliwość krwi i formułę leukocytową w świetle własnych spostrzeżeń**” (przeznaczone do druku).

Posiedzenie z dnia 21.I.1925.

Przewodniczący: K. Opoczyński,

Sekretarz: E. Czarniecki.

Obecnych 50 osób, w tej liczbie 33 członków Tow.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu posiedzenia z dnia 14 stycznia b. r.

II. Dalszy ciąg dyskusji w sprawie wygłoszonych na poprzednim posiedzeniu przez d-rów Ł. Łukowskiego i T. Wąsowskiego odczytów; W. Jasiński zwraca uwagę na stosunek gruźlicy do krwawiaczki. A. Hołówko mówi o rzadkich wprawdzie, lecz możliwych przypadkach krwawiaczki u kobiet; przytacza przypadek z kliniki Z weifla, demonstrowany w 1921 r. przez Neumanna w Lipsku; chodziło o krwawiaczkę u kobiet, mężczyźni zaś w tej rodzinie, nie ulegając schorzeniu, przenosili ją na potomstwo płci żeńskiej.

J. Szmurło mówi o różnych stopniach nasilenia hemofilji, podkreśla ważność stanu naczyń krwionośnych w tej chorobie.

Oponentom odpowiada Ł. Łukowski, dając wyjaśnienia. M. Obieziński podkreśla ważne znaczenie jajników w hemofilji.

A. Januszkiewicz zgodnie z pracą Feissly mówi o braku leczniczego działania wyciągów z ciała żółtego, jak również dodatniego wpływu promieni Roentgena; przelewanie krwi niekiedy dawało zadawalające wyniki.

Przemawiali jeszcze: K. Opoczyński i T. Wąsowski.

III. K. Pawłowski — **sprawozdanie z 5 przypadków cukrzycy** (w tem jeden ze śpiączką), leczonych insuliną w II Klin. Ch. Wewn. U. S. B.

W dyskusji M. Obieziński mówi o zespole gruźli w ustroju ludzkim, które wpływają na gospodarkę węglowodanową.

E. Czarniecki zaznacza, że w skład insuliny, wchodzi 2 czynniki pierwiastki, jeden z nich ulega rozkładowi pod wpływem soków trawiennych, tem się tłumaczy brak działania tego preparatu przy podawaniu przez usta; stwierdza dalej, że insulina i adrenalina stoją ze sobą w stosunku antagonistycznym, ilustrując to przytoczeniem odpowiednich badań.

A. Safarewicz — przemiana materii węglowodanowa i tłuszczowa, jest osłabiona u djabetyków. Chorym takim brakuje czegoś, co pozwala osobnikom zdrowym rozszczepić glukozę; stwierdzono, że gdyby djabetykom podawać produkty glukozy w pierwszym stadium rozkładu, mogliby oni je łatwo spalać. Hyperglikemja, drażniąc nerki, wywołuje białkomocz.

J. Szmurło odmawia dwuwęglanowi sodu znaczenia leczniczego w śpiączce.

St. Trzebiński jest zdania odmiennego, stwierdzając, że przed wprowadzeniem insuliny podawanie sody dawało niekiedy pożądane wyniki.

A. Januszkiewicz szeroko omawia sposób odkładania cukru w ustroju i ewentualn. działania insuliny. I mgr. adrenaliny odpowiada 10 jednostkom ameryk. insuliny.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Przypadek śmierci po pierwszym zastrzyknięciu podskórnym surowicy przeciwbłoniczej podali Lesné i Barrea u na lutowym posiedzeniu paryskiego Towarzystwa Pedjatrycznego. Dziecko 4-letnie z niezbyt silną błoniczą gardzieli, znajdujące się w dobrym stanie i mające wysoka ciepłotę, otrzymało 50 sz. cm. surowicy pod skórę i zmarło w kilka minut potem w ogólnych skurczach klonicznych, po kilkakrot-

nych wymiotach, — mimo, że otrzymało dożylnie adrenalinę. Dziecko nigdy uprzednio nie otrzymało zastrzyknięcia surowicy, nigdy nie spożywało surowego mięsa końskiego czy surowicy, nigdy też nie wykazywało objawów astmy. Podczas badania pośmiertnego nie znaleziono żadnych zmian gruźliczych, ani też zmian w gruczole tarczowym lub grasicy; naczyń mózgu były wypełnione krwią. Autorzy sądzą, że nie wielkość dawki była przyczyną śmierci, lecz wogóle białko obce, cd którego, ich zdaniem, surowica lecznicza winna być możliwie wolna.

Przypadki, w rodzaju powyższego, znane zresztą dokładnie, pobudzają wciąż do unieszkodliwienia surowicy nie tylko przez wpływanie na jej skład chemiczny, lecz i przez ominięcie drogi podskórnej czy dożylniej. Dotychczasowe próby wewnętrznego podawania surowicy nie przemawiały za skutecznością tego rodzaju jej wprowadzania. A jednak stale wypróbowuje się ten sposób wprowadzania szczepionek i surowicy. Klotz z Lubeki w grudniu r. ub, na posiedzeniu kilofskiego tow. lek. omawiał właśnie wyniki stosowania mieszaniny Behringa toksyny z antytoksyną błoniczą przez przewód pokarmowy. Badania, przeprowadzone na dzieciach z odczynem Schicka dodatnim, mają przekonywać, że jednak pewne frakcje mieszaniny powyższej poprzez przewód pokarmowy dostają się do krwiobiegu, skoro po wprowadzeniu u owiej mieszaniny przez usta otrzymywano następnie więcej, niż w połowie przypadków, u tych dzieci odczyn Schicka ujemny. Ciekawe, że odporność przeciwbłoniczą udaje się w pewnym stopniu przenieść na potomstwo w drodze doświadczalnej, jeśli potwierdzą się spostrzeżenia Zollera (Soc. de Biol., 4,II,25). Zgodnie z temi ostatnimi szczepienie zwierząt — matek anatoksyną błoniczą przed rozpoczęciem karmienia czy w okresie karmienia nie przenosi odporności na młode; szczepienie w czasie ciąży daje objawy odporności u potomstwa, nie przekraczające jednak poza 2-gi miesiąc życia; szczepienie przed ciążą daje odporność u potomstwa niekiedy jeszcze w 2-gim miesiącu, lecz nie sięga poza 4-ty miesiąc życia.

Sicard i Forestier nie przestają polecać lipjodolu w celach rozpoznawczych. Tym razem (Soc. méd. des hop. 27.II.25), zalecają go do określenia rozmiarów, konturów i punktu wyjścia ropni zimnych opadowych. Zastrzyknięcie lipjodolu bywa dobrze w tych razach znoszone i wywiera nawet dodatni wpływ leczniczy.

Bardzo interesujący przypadek dwukrotnie w odstępie dwu lat dokonanej w tej samej opłucnie odmy sztucznej demonstrowali Gènevrier i Robin w tow. ped. w Paryżu w lutym r. b. W r. 1923 siedmiokrotnie wprowadzenie gazu do opłucny uleczyło 5-letnią dziewczynkę od cierpienia lewego płuca z obfitem wydzieleniem ropy. Objawów gruźlicy wtedy nie stwierdzono. W grudniu 1924 wystąpiły u dziecka objawy gruźlicy płuca lewego z obecnością prątków w płocinie i rozległymi zmianami. W 20 miesięcy po wessaniu się pierwszej odmy rozpoczęto nową, która, jak dotąd, dała zupełnie dobry wynik. Na uwagę zasługuje brak wzrostów po odmie poprzedniej. M. G.

Na posiedzeniu paryskiej Akademji lekarskiej dnia 10.II roku bieżącego, przedstawił dr. Doleris pracę 2-ch lekarzy argentyńskich: Jaureguiego i Lancelottiego, dotyczącą **nowej surowicy przeciwbłoniczej**. J. i L. wywoływali u lamy kiłę, która u zwierzęcia tego rozwija się znacznie szybciej, niż u człowieka; w ciągu 3-ch lat następuje śmierć wśród ciężkich objawów nerwowych. Autorom udało się otrzymać czyste hodowle na surowicy ludzkiej, w środowisku beztlenowym. Zwierzęta uodpornione dostarczały surowicy leczniczej, która, zastosowana u lamy, dawała doskonałe wyniki w okresie I-vm i II-im; po czterech miesiącach możliwa była reinfekcja. Zwierzęta leczone po kilku latach nie wykazywały żadnych objawów chorobowych.

Doświadczenia podjęte były również na ludziach i dawały wyniki b. dobre.

W dyskusji, która się wywiązała, prof. dermatologii Uniw. paryskiego, dr. Jeannelme, podkreślił wagę wspomnianej pracy, która dała tak zachęcające wyniki; zaznacza jednak, że surowica d-rów Jauregui i Lancelotti winna być poddana ścisłej kontroli.

Paweł Kon.

Skrzynka zapytań.

Jaki jest obecnie pogląd naukowy na Pneumateryję?
Dr. T. w P.

Odpowiedź:

Przyrządy przenośne (Waldenburga i t. p.) okazały się mało skuteczne i niemal zupełnie wychodzą z użycia w celu leczniczym. Bardziej celowe są t. zw. kamery pneumatyczne, które znajdują się, między innymi, w miejscowościach kuracyjnych: Reichenhall, Ems, Gleichenberg, Baden-Baden, Meran. Z miast zachodnioeuropejskich w Berlinie i Wiedniu (co do Francji nie posiadamy danych odpowiednich). Najlepsze wyniki osiąga się, rzecz jasna, w miejscowościach

klimatycznych, gdzie, prócz przyrządów, działanie lecznicze wywierają czynniki psychiczne, powietrze, a niekiedy i wzięcia lecznicze. Pneumateryja może niewątpliwie, okazać się korzystną w wielu cierpieniach dróg oddechowych. Hofbauer (Wiedeń) stosuje szczególnie sposób ćwiczeń oddechowych w astmie etc. U nas w kraju, o ile nam wiadomo, niema firm, gdzie możnaby otrzymać kamery pneumatyczne, zagranicą, w Niemczech, znane są firmy frankfurckie, berlińskie, lipskie. Mamy wreszcie poważne wątpliwości, czy w warunkach obecnych poświęcenie się pneumateryji ma wielką u nas przyszłość.
M. Gantz.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Co oznacza spadek cyfry zgonów na gruźlicę w okresie powojennym*).

Podał

Dr. Med. Adam CIĄGLIŃSKI.

Naczelnik Wydziału Statystycznego Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Pamięci prof. dr. Kazimierza RZĘTKOWSKIEGO.

W latach wojny nietylko u nas w kraju, ale i na zachodzie Europy dało się zauważyć znaczne podniesienie się cyfr zgonów na gruźlicę z również gwałtownym, poczynając od roku 1919, spadkiem do norm przedwojennych lub nawet jeszcze niższych.

W Warszawie krzywa cyfr zgonów na gruźlicę, obliczona za okres od r. 1877, wykazywała od roku 1880 stale wznoszący się spadek od 430 na sto tysięcy do 200 i 220 w latach 1912—14.

Lata okupacji niemieckiej dały podniesienie się cyfr zgonów do 800⁰/0000 w roku 1917 i 640⁰/0000 w r. 1918. Lata 1919—20 dały obniżenie cyfr zgonów do 330 na 100000.

Rok 1921 dał maximum obniżenia, dochodzącego do 200⁰/0000, lecz już lata 1922—23—24 wykazały pewną wyżkę (210—225⁰/0000).

Gwałtowny spadek cyfr zgonów na gruźlicę jeszcze w okresie bardzo ciężkim dla ludności miejscowej (1919—20), jak również poczynająca się wyżka cyfr zgonów w latach ostatnich (1922—24) stanowiły pewną niespodziankę, którą trudno było uważać za wykładnię poprawy (1919—1920), względnie pogorszenia stanu sanitarnego miasta (1922—1924).

Żeby zagadkę tę rozwiązać, należy przedewszystkiem zdać sobie dobrze sprawę, co są i co nam dają cyfry zgonów, stosowane przez statystykę ludności dla scharakteryzowania procesu wymierania ludności na daną chorobę, lub na pewną grupę chorób, wreszcie wskutek łącznego działania wszystkich wogóle przyczyn, sprawdzających śmierć.

Cyfry zgonów są wyrazem obiektywnej częstości zgonów. Rozróżniamy cyfry zgonów: ogólną i poszczególną, w zależności od tego, czy są one wypadkową liczbowego stosunku całości przypadków zgonów i pełnej liczebności zaludnienia, czy też tylko wypadkową ich części, w jednakowej mierze zróżniczkowanych.

Obiektywna częstość zgonu nosi w niemieckiej literaturze statystycznej nazwę: Mortalität—Sterblichkeit. Odpowiednika tych nazw w polskim języku nie znam, nie jest nim ani termin: umieralność, ani termin: śmiertelność — oba powyższe terminy wyrażają prawdopodobieństwo zgonu, a ni Mortalität, ani Sterblichkeit nie wyrażają bynajmniej prawdopodobieństwa zgonu.

Dlatego też w ciągu dalszych rozważań używać będę określenia: cyfry zgonów ogólna i poszczególne. Ogólna cyfra zgonów znajduje swój wyraz liczbowy w ogólnej liczbie zgonów — ściślej: w stosunku liczbowym konkretnej albo przeciętnej liczby zgonów, obliczonych dla okresu całorocznego, do przeciętnej liczebności ludności stwierdzonej na danym terenie w danym okresie czasu.

Poszczególne cyfry zgonów, czyli tak zwane współczynniki zgonów są to określenia cyfry zgonów dla poszczególnych warstw ludności naturalnych (biologicznych) lub społecznych (socjalnych).

Ogólna cyfra zgonów jest wyrazem całokształtu dzia-

łania (Gesamtwirkung) siły, śmierć niosącej, grasującej na danym terenie. Wykazuje ona obiektywnie miarę obciążenia rocznego przypadkami śmiertelnymi mas ludności. Im większa jest ona, tem mniejszą przedstawia się w stosunku do ogólnej liczby zgonów liczba pozostałych przy życiu, tem szybciej przeto dokonywa się wymiana (Umsatz) życia ludzkiego.

Ogólna cyfra zgonów nie pozwala jednak na odtworzenie sobie pojęcia niebezpieczeństwa utraty życia, zagrażającego indywidualnie jednostce w danym okresie czasu.

Ogólna cyfra zgonów jest z wyłączeniem specjalnych przypadków, jak wojna, wielkie epidemie — wartością ogólną, która daje w sprawie niebezpieczeństwa, zagrażającego życiu ludzkiemu, zaledwie pierwszy impuls do dalszych badań momentów, składających się na wytworzenie danej cyfry zgonów.

Wysoki stopień cyfr zgonów może zależeć od istniejącego rzeczywiście wysokiego niebezpieczeństwa, zagrażającego życiu, ale może również zależeć od znacznego liczebnie udziału części składowej ludności, wystawionej na specjalne niebezpieczeństwo utraty życia.

Jednakowe cyfry zgonów mogą w jednym przypadku odpowiadać warunkom zdrowotnym niepomyślnym, a w drugim przypadku właśnie wyjątkowo pomyślnym (v. Mayr, Statistik und Gesellschaftslehre. II Band. II Auflage. Tübingen 1924, str. 345—349).

Bardzo wymowny przykład, ilustrujący słuszność ostatniej uwagi v. Mayra, przytacza w drugim wydaniu swej konkursowej pracy H. Westergaard (Mortalität und Morbilität, 1901. Jena). Cytuję go podług pracy Blaschkego, ponieważ drugie wydanie pracy Westergaarda było mi niedostępne.

(Dr. Ernst Blaschke. Vorlesungen über Mathematische Statistik. Die Lehre von den Statistischen Masszahlen 1906).

Grupa duchownych anglikańskich o liczebności 57936 dała w ciągu roku 1100 zgonów. Cyfra zgonów=190⁰/00.

Grupa urzędników kolejowych także w Anglii — o liczebności 128511 dała w ciągu roku 2170 zgonów. Cyfra zgonów=170⁰/00.

Ponieważ duchowni anglikańscy uchodzą za klasę ludzi najbardziej długowiecznych, powyższy wynik mógłby być uważany za niezgodny z rzeczywistym stanem rzeczy.

Dla wyjaśnienia tej niezgodności przedstawimy poniżej oba zespoły: duchownych i urzędników kolejowych z podziałem na klasy wieku i z oznaczeniem współczynnika cyfry zgonów każdej poszczególniej klasy wieku.

Klasy wieku	Duchowni anglikańscy				Urzędnicy kolejowi			
	na żyjących	zgonów	o/00	Względna liczebność klas wieku	na żyjących	zgonów	o/00	Względna liczebność klas wieku
25—35	13339	62	5	230,2	64445	787	12	501,4
35—45	14811	93	6	255,6	37875	567	15	294,7
45—55	12539	166	13	216,5	17849	384	22	138,9
55—65	10086	229	23	174,1	6404	260	41	49,9
65—75	5357	279	52	92,4	1678	119	71	13,1
75—∞	1804	271	150	31,2	258	53	205	2,0
Suma	57936	1100	19	1000,0	128511	2170	17	1000,0

*) Podług odczytu, ogłoszonego na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej dnia 13.I.1925.

Jeżeli uważnie rozpatrzmy tę tablicę, to spostrzeżemy:

- 1) że młodsze klasy wieku od 25—45 są względnie liczebniejsze u uczestników kolejowych, wyższe klasy wieku 45—75 są za to liczebniejsze u duchownych anglikańskich.
- 2) że poszczególne klasy wieku urzędników kolejowych, to znaczy, że żyją oni i pracują w warunkach gorszych, aniżeli duchowni anglikańscy.
- 3) że przewaga cyfr zgonów duchownych warunkowana jest względem przeludnieniem, charakterystycznym dla zespołów długowiecznych, wyższych klas wieku, mających wysokie poszczególne cyfry zgonów, gdy z drugiej strony odpowiednie klasy wieku urzędników kolejowych, pomimo nawet wysokich poszczególnych cyfr zgonów (205 zamiast 150 w klasie wieku 75— w mniej składają ofiar, to jest mniej wnoszą do ogólnej cyfry zgonów.

$$\begin{aligned} 0,150 & \cdot 31,2 = 4,68 \\ 0,205 & \cdot 2,0 = 0,41 \end{aligned}$$

Dla wyrobienia sobie dokładnego pojęcia o wzajemnym stosunku poszczególnych cyfr zgonów obu grup, należy, zachowując dla każdego zespołu właściwe mu poszczególne cyfry zgonów, obliczyć ogólną cyfrę zgonów podług wspólnej dla obu zespołów względnej liczebności klas wieku, przyjętej w danym przypadku za względną liczebność klas wieku typu zasadniczego (Standard).

Jeżeli przyjmujemy za typ zasadniczy względną liczebność klas wieku liczebność klas duchownych anglikańskich, to otrzymamy dla duchownych anglikańskich ogólną cyfrę zgonów = 18,9882⁰/oo, a dla urzędników kolejowych = 31,4539⁰/oo.

$$\begin{aligned} 230,2 & \cdot 0,005 = 1,1510 \\ 255,6 & \cdot 0,006 = 1,5336 \\ 216,5 & \cdot 0,013 = 2,8145 \\ 174,1 & \cdot 0,023 = 4,0043 \\ 24,4 & \cdot 0,052 = 4,8048 \\ 31,2 & \cdot 0,150 = 4,6800 \\ \hline 1000 & = 18,9882 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 230,2 & \cdot 0,012 = 2,7624 \\ 255,6 & \cdot 0,015 = 3,8340 \\ 216,5 & \cdot 0,022 = 4,7630 \\ 174,1 & \cdot 0,041 = 7,1381 \\ 92,4 & \cdot 0,071 = 6,5604 \\ 31,2 & \cdot 0,205 = 6,3960 \\ \hline 1000 & = 31,4539 \end{aligned}$$

Jeżeli zaś przyjąć za typ zasadniczy względną liczebność klas wieku urzędników kolejowych, to otrzymamy dla duchownych anglikańskich cyfrę zgonów = 8,2798, a dla urzędników kolejowych = 16,8791.

$$\begin{aligned} 501,4 & \cdot 0,005 = 2,5070 \\ 294,7 & \cdot 0,006 = 1,7682 \\ 138,9 & \cdot 0,013 = 1,8757 \\ 49,9 & \cdot 0,023 = 1,1477 \\ 92,4 & \cdot 0,052 = 0,6812 \\ 2,0 & \cdot 0,150 = 0,3000 \\ \hline 1000 & = 8,2798 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 501,4 & \cdot 0,012 = 6,0168 \\ 294,7 & \cdot 0,015 = 4,4205 \\ 138,9 & \cdot 0,022 = 3,0558 \\ 49,9 & \cdot 0,041 = 2,0459 \\ 13,1 & \cdot 0,071 = 0,9301 \\ 2,0 & \cdot 0,205 = 0,4100 \\ \hline 1000 & = 16,8791 \end{aligned}$$

Jeżeli ogólną cyfrę zgonów duchownych przyjmujemy = 100, to cyfra zgonów urzędników kolejowych wyrazi się cyfrą 165,6.

Jeżeli zaś za 100 przyjmujemy ogólną cyfrę zgonów urzędników, to cyfra zgonów duchownych równać się będzie 49.

Bardziej znany jest wpływ rocznej cyfry urodzeń na wysokość cyfry zgonów. Wysoka liczebność pierwszej klasy wieku (0—1), cechującej się najwyższą poszczególną cyfrą zgonów, odbić się z konieczności musi na wysokości ogólnej liczby zgonów.

Z przytoczonych powyżej przykładów widzimy, że roczne cyfry zgonów bywają niekiedy zupełnie niewystarczającą charakterystyką nasilenia procesu wymierania ludności.

Nic więc dziwnego, że w literaturze statystycznej ostatnich czasów daje się zauważyć tendencja do uzyskania cyfr zgonów, dokładniej obliczonych (feiner berechnete Sterbeziffern), zwłaszcza tam, gdzie chodzi o dochodzenia teoretyczne. Mówiąc o tem, v. M a y e r (l. c. str. 346) wspomina o propozycji L e x i s a charakteryzowania procesu wymierania przez tak. zw. Sterblichkeitsziffer, którą obliczałyby należało już nie jako natężenie umieralności ale jako prawdopodobieństwo zgonu w sposób następujący: od liczby zgonów w danym roku spostrzegania należy odjąć liczbę zmarłych w tym roku i w tymże roku urodzonych dzieci i otrzymaną różnicę podzielić przez liczbę ludności, stwierdzoną na początku roku.

Otóż, jeżeli przy ogólnych wyliczeniach cyfr zgonów w statystyce ludności ogólnie stosowana metoda nie zawsze wystarcza i zbyt często daje wyniki zawodne, które mogą być tłumaczone niekiedy najzupełniej opacznie, to nie dziw, że statystyka lekarska, którą bardzo często więcej obchodzi stopień indywidualnego niebezpieczeństwa utraty życia jednostki, aniżeli ogólna liczba zgonów, nie mogła poprzestawać na stosowaniu jedynie cyfr zgonów, ale musiała w dochodzeniach swych bardzo często opierać się na prawdopodobieństwie zgonu, wyprowadzonym z liczby zgonów i z liczby ludności, stwierdzonej na początku okresu spostrzegania, tak samo, jak śmiertelność wyprowadzona jest z liczby zgonów i z liczby w okresie spostrzegania istniejących chorych.

Takie prawdopodobieństwo zgonu, obliczone w stosunku do liczby ludności, określamy mianem umieralności.

Pojęcie umieralności na daną chorobę opiera się na prawdopodobieństwie w danym okresie czasu zgonu na tę chorobę jednostki, jako członka pewnej, możliwie jednolitej, liczebno dokładnie określonej grupy. Żeby prawdopodobieństwo owo określić, należy obliczyć i zestawzić wszystkie „za“ i „przeciw“ tego faktu. Podstawą podobnego obliczenia może być tylko doświadczenie, zdobyte drogą spostrzegania i pozwalające ustalić, ile razy w danym szeregu spostrzeżeń fakt, o który nam chodzi, zdarzył się lub nie zdarzył. Wychodzi się przytem z założenia, że stwierdzone stosunki liczebne są wskazówką i na przyszłość. W tem ostatniem zastrzeżeniu tkwi charakterystyka obliczeń statystycznych — wyniki, zdobyte z doświadczeń przeszłości, mają nam mówić o przyszłości.

Co się tyczy możliwej jednolitości grupy, to oczywiście jest to pojęcie bardzo względne, bardzo rozciągliwe. Może np. odnosić się do całej ludności kraju, zamieszkującej ziemie, określone pewnymi granicami, i wtedy liczba rocznych zgonów na daną chorobę, które zaszły na rozpatrywanych terytorjach, w zestawieniu z liczbą ludności, ziemie te zamieszkującej, da nam roczną cyfrę umieralności na daną chorobę w całym kraju. Ale może także uwzględniać również tylko część tej ludności, wyłączonej z całości na podstawie pewnej jednej cechy lub paru i więcej cech charakterystycznych, i odnośną część ogólnej liczby zgonów, wyłączonej na podstawie teźże cechy lub tychże cech, a więc np. ludzi danej płci, danej rasy, danej płci i danej rasy, danego zawodu, danego wieku, danej płci, wieku i zawodu i t. p. i liczbę zgonów, które pośród nich zaszły.

Jeżeli z ogólnej liczby wydzielimy jednostki, których jedyną uwzględnioną cechą wyróżniającą jest to, że są dotknięte chorobą, na którą umieralność badamy, to wtedy zestawienie liczby zgonów na daną chorobę z liczbą osób, chorobą tą dotkniętych, już nie będzie wyrażeniem umieralności na daną chorobę, ale będzie wyrażało śmiertelność tej choroby, o której była mowa, i będzie prawdopodobieństwem prostym zgonów, wtedy gdy pojęcie umieralności na daną chorobę jest wyrazem dwóch prawdopodobieństw: prawdopodobieństwa zapadnięcia na daną chorobę i prawdopodobieństwa zgonu po zapadnięciu na tę chorobę. Spełnienie się prawdopodobieństwa drugiego jest w danym przykładzie niemożliwe bez poprzedniego ziszczenia się prawdopodobieństwa pierwszego. Takie prawdopodobieństwa noszą nazwę prawdopodobieństw złożonych, a wartość ich wyraża się iloczynem obu składających się na nie prawdopodobieństw.

Oczywiście, prawdopodobieństwo złożone może się składać z dowolnej liczby innych prawdopodobieństw; spełnianie się prawdopodobieństw iść musi w pewnym właściwym nautrze spostrzeganych zjawisk porządku. Ich iloczyn określa nam wartość prawdopodobieństwa złożonego.

W interesującym nas w danej chwili przypadku —

prawdopodobieństwo zgonu na daną chorobę, — a więc umieralność równa się prawdopodobieństwu zapadnięcia na tę chorobę, a więc zapadalności, pomnożonej przez prawdopodobieństwo śmierci jednostki, chorobą tą dotkniętej, a więc przez śmiertelność.

Ścisłe mówiąc, dokładnego odpowiednika w literaturze zagranicznej do terminu „zapadalność” niema. Określenie takie, jak morbiditas, morbidity, Morbidität (Morbilität — Westergaard), odpowiadają raczej określeniu „chorobowości”, dotychczas dość powszechnie stosowanemu. Jedynie może rzadziej używany termin niemiecki — Erkrankungshäufigkeit zbliża się do naszego polskiego terminu „zapadalność”.

Co należy rozumieć pod określeniem: zapadalność? Należy rozumieć stosunek liczby zapadnięć na daną chorobę, które w ciągu roku sprawozdawczego wydarzyły się na danym terytorjum — do liczby ludności, teren ten w czasie wskazanym zamieszkującej, stwierdzonej na początku okresu sprawozdawczego.

Dla uniknięcia wszelkich nieporozumień odrazu podkreślam, że o pojęciu zapadalności mówić może jedynie liczba zapadnięć na daną chorobę (P), ale bynajmniej nie liczba chorych na tę chorobę w określonym okresie czasu, na danym terenie przebywających (S).

Tak zaślubialność (nuptialité) jest stosunkiem liczby w danym roku zaślubionych (mężczyzn, kobiet) do liczby ludności (męskiej, żeńskiej), stwierdzonej na początku okresu sprawozdawczego, ale bynajmniej nie stosunkiem do liczebności ludności liczby żonatych lub mężatek.

Stosunek liczby zapadnięć względnie zaślubin, do liczby ludności, czyli iloraz tych dwóch liczb, nosi nazwę współczynnika zapadalności, względnie zaślubialności.

Określanie zapadalności jest, jak widzimy, bardzo proste i żadnych trudności nie przedstawia. Należy tylko mieć liczbę zgłoszonych w ciągu roku sprawozdawczego zachorowań (zapadnięć) na daną chorobę oraz liczebność ludności, zamieszkującej dany teren w początku roku sprawozdawczego.

Oczywiście, żadne Państwo nie prowadzi spisów ludności corocznie. Obowiązują zatem w tym względzie cyfry ostatniego spisu, a więc u nas obecnie spisu z dnia 30 września 1921 r., ogłoszone jako wynik spisu prowizoryczny podług poszczególnych miast i gmin wiejskich w każdym powiecie w V zeszyci, V tomu — Rok 1922 Miesięcznika Statystycznego.

Ostateczne wyniki spisu, podające liczbę zaludnienia dla poszczególnych jednostek terytorjalnych, jak wieś, kolonja, folwark, osada (osady: młyńskie, fabryczna, leśne, pałacowe), browar, cegielnia, dwór, klasztor, koszary, leśnictwo, leśniczówka, sadleśnictwo, przedmieście, przysiółek, przystanek tramwajowy, smolarnia, stacja kolejowa, tartak, twierdza, a nawet szpital epidemiczny i uzdrowisko — ukazują się dopiero w pomnikowym wydawnictwie, zatytułowanym: Skorowidz miejscowości Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącem istny spis inwentarzowy ziem polskich.

Dotychczas wydano następujące województwa:

- 1) Nowogródzkie (Tom VII, cz. I),
- 2) Poleskie (Tom VIII),
- 3) Wołyńskie (Tom IX),
- 4) Lwowskie (Tom XIII),
- 5) Stanisławowskie (Tom XIV),
- 6) Tarnopolskie (Tom XV),
- 7) Białostockie (Tom V),
- 8) Ziemię Wileńską (Tom VII, cz. II).

O ile dla określenia zapadalności najzupełniej wystarczyła nam, przy wiadomej liczebności zaludnienia, liczba zgłoszonych w ciągu roku sprawozdawczego zachorowań (zapadnięć), o tyle przy określaniu panującej w danym czasie śmiertelności danej choroby ustalić przedewszystkiem winniśmy liczbę ogólną na tę chorobę chorych, bez względu na okres czasu zapadnięcia.

W przypadkach chorób krótkotrwałych, to jest trwających nie dłużej, niż 365 dni, dostatecznie charakteryzuje śmiertelność choroby prawdopodobieństwo zgonu, wyrażone stosunkiem liczbowym zgonów na daną chorobę, które w pewnym okresie czasu zaszły, do liczby w tymże czasie zgłoszonych zapadnięć na tę chorobę.

Jeżeli więc oznaczymy liczbę zgłoszonych zapadnięć na badaną chorobę przez P, liczbę zgonów, które w tymże czasie na tę chorobę zaszły, przez m i liczebność ludności na po-

czątku okresu sprawozdawczego przez L—to zapadalność wyrazi się

$$\text{wzorem } \frac{P}{L}, \text{ śmiertelność } \frac{m}{P}, \text{ a umieralność } \frac{P \cdot m}{L \cdot P} = \frac{m}{L}$$

to znaczy, że umieralność dla chorób krótkotrwałych charakteryzuje stosunek liczby zgonów (na daną chorobę lub na dane choroby) do liczby ludności, stwierdzonej na początku okresu spostrzegania.

Wyrażenie umieralności na choroby krótkotrwałe różni się więc od wyrażenia ogólnej cyfry zgonów na takie choroby tak, jak każde prawdopodobieństwo zgonu różni się od natężenia umieralności, mianowicie przy jednakowym liczniku ułamka — liczbie zgonów m, ułamek prawdopodobieństwa ma za mianownik liczebność ludności, stwierdzoną na początku okresu spostrzegania, a ułamek ogólnej cyfry zgonów — jako wyrażenie natężenia śmiertelności, ma za mianownik przeciętną liczbę ludności (liczebność ludności, stwierdzoną w środku okresu spostrzegania).

Inaczej się jednak przedstawia sprawa wtedy, gdy pragniemy określić umieralność, powodowaną chorobami przewlekłymi, to jest trwającymi dłużej, aniżeli 365 dni. Tu już dla określenia śmiertelności choroby badanej nie wystarczy stosunek liczby zgonów, które w danym roku zaszły, do liczby w tymże roku na tę chorobę zgłoszonych zapadnięć.

Jeżeli, przechodząc do konkretnego naszego przypadku gruźlicy płucnej (wraz z gruźlicą krtani), przyjmiemy liczbę zgonów na tę chorobę w Warszawie w r. 1917—6668, to oczywiście trudno jest utrzymywać, a nawet choćby przypuszczać, że owe 6668 zgonów zaszły wyłącznie i jedynie wśród tych osobników, którzy zapadli na gruźlicę w roku 1917. Liczby zapadnięć na gruźlicę w ciągu roku 1917 nie znamy, ale to jednak twierdzić możemy napewno, że w dniu 1 stycznia 1917 roku Warszawa zupełnie wolna od gruźlików nie była; że przebywało w niej osobników, gruźlicą dotkniętych, wcale nie mało i takich, u których pierwsze objawy gruźlicy ujawniły się w 1916 i w 1915, a zapewne i dużo, dużo dawniej. Wiemy wszak, że przeciętny czas trwania gruźlicy jedni lekarze klinicyści określali na lat 4 (Dr. Sokółowski), inni nawet na lat 6 (Dr. Dunin). Mojem zdaniem przeciętny czas trwania gruźlicy wynosi raczej więcej, niż mniej lat od wyżej przytoczonych przypuszczeń. Dla ułatwienia wyliczenia założymy, że przeciętny czas trwania gruźlicy wynosi lat 5, i że w roku 1917 w Warszawie mieliśmy chorych, u których pierwsze pewniejsze objawy gruźlicy stwierdzone zostały w latach 1913, 14, 15, 16 i oczywiście 1917.

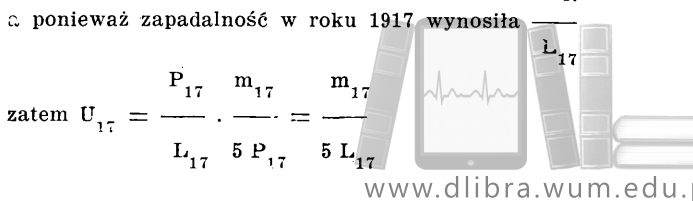
Przytem jeszcze zauważyć należy, że obrachunkowo, jeżeli zakładamy, że przeciętny czas trwania gruźlicy wynosi 5 lat, to milcząco przyjmujemy, że w ciągu lat 5 choroby nie umiera żaden chory, ale za to po upływie lat pięciu umierają wszyscy, którzy w danym roczniku mieli umrzeć. (W chorobach nieuleczalnych, oczywiście wszyscy). A więc w roku 1917, jako chorzy na gruźlicę muszą być uwzględniani i ci, co zachorowali w r. 1913 (P₁₃) i ci, co zachorowali w r. 1914 (P₁₄) i tak dalej aż do P₁₇.

Śmiertelność zatem gruźlicy, obliczona w roku 1917, wyrazi się wzorem

$$\frac{m_{17}}{P_{13} + P_{14} + P_{15} + P_{16} + P_{17}}$$

Zakładając, że w ciągu lat 5 liczba rocznych zapadnięć na gruźlicę na danym terytorjum zbytnio się nie różniła (w latach wojny oczywiście było zapewne inaczej), śmiertelność gruźlicy płuc wyrazić możemy wzorem

$$\text{zatem } U_{17} = \frac{P_{17}}{L_{17}} \cdot \frac{m_{17}}{5 P_{17}} = \frac{m_{17}}{5 L_{17}}$$



Wobec powyższych rozumowań zestawienie ułamka, wyrażającego umieralność na choroby przewlekłe z ułamkiem, wyrażającym ogólną cyfrę zgonów, wykazuje, że różnica, jaka zachodzi między tymi dwoma ułamkami, nie jest już różnicą, jaką przywykliśmy widzieć między ułamkami prawdopodobieństwa zgonu i natężenia umieralności, albowiem wartość ułamka ogólnej cyfry zgonu na choroby długotrwałe jest tylorotnie większa od wartości ułamka umieralności. Ilekroć razy przeciętny czas trwania badanej choroby długotrwałej jest większy od 365 dni, to jest od roku jednego.

Ogólnej cyfrze zgonów na choroby długotrwałe nie powinna przysługiwać nazwa: Mortalitas — bo ułamek takiej cyfry zgonów nie jest już natężeniem umieralności, albowiem natężenie umieralności, względnie śmiertelności zawsze uwzględnia liczbę lat przeżytych czy przechorowanych, a ogólna cyfra zgonów tej liczby lat bynajmniej nie uwzględnia.

Ci statystycy 1), którzy liczby przechorowanych lat nie uwzględniają przy obliczaniu ułamka śmiertelności, są przy wprowadzaniu ogólnej cyfry zgonów na choroby przewlekłe

podług wzoru
$$\frac{m}{L}$$
 — przynajmniej konsekwentni.

Nie można tego powiedzieć o tych statystykach, którzy, przyznając, że określenie śmiertelności wymaga uwzględnienia pierwiastka czasu, sądzą, że w określaniu umieralności uwzględnianie pierwiastka czasu jest zbędne.

Prawda, że w chorobach o nieznanym czasie zapadnięć rocznych, określenie śmiertelności chorób jest niemożliwe, a i przeciętny czas trwania choroby nie zawsze z łatwością da się ustalić — w takich razach nie możemy określać umieralności na daną chorobę długotrwałą i musimy poprzestawać na ogólnej cyfrze zgonów, ale wtedy pamiętać należy, że jest to tylko cyfra zgonów, na której podstawie żadnego wniosku o niebezpieczeństwie indywidualnym zgonu np. na gruźlicę w danej jednostce czasu wyprowadzać nie można.

W przypadkach chorób przewlekłych, spostrzeganych w szpitalach, można na podstawie liczby dni szpitalnych, przeżytych w ciągu roku sprawozdawczego przez wszystkich chorych, leczonych w ciągu tego roku, określić przeciętną ilość czasu trwania choroby nawet wtedy, gdy wynosiła ona lat kilka.

Sprawę tę omówiłem szczegółowo w pracy mej: Zasady statystyki szpitalnej — str. 15—20.

Tak np. w przytułku dla psychicznie chorych Dep. Sekwany w r. 1909 przeciętny czas trwania choroby wynosił 1280 dni = 3,5089.

Śmiertelność w przytułku wynosiła
$$\frac{m}{(m+n) 3,5}$$

a umieralność
$$U = \frac{m}{L 3,5}$$

Należy jeszcze przed przystąpieniem do udzielenia odpowiedzi na pytanie, postawione w nagłówku niniejszego artykułu, zwrócić uwagę na jedną charakterystyczną stronę umieralności, a raczej na wzajemny stosunek dwóch prawdopodobieństw: zapadalności i śmiertelności, składających się na to złożone prawdopodobieństwo, jakim jest umieralność. Otóż między zapadalnością a śmiertelnością bardzo często daje się stwierdzić współzależność ujemną: przy wysokich wartościach ułamków zapadalności zwykle mamy niższą wartość ułamków śmiertelności i odwrotnie.

O ile stwierdzamy niski ułamek zapadalności przy wysokim ułamku śmiertelności, to starają się nam wytłumaczyć, że notowania przypadków zgonu są o wiele pewniejsze, aniżeli zgłaszanie przypadków zachorowań, zapadnięć, kończących się pomyślnie, które często nie bywają wcale rejestrowane. Zapewne, że bywa i tak. Ale jeżeli przy znacznych liczbach zapadnięć mamy zanotowane zgony nieliczne, to zarzut podobny nie może być już stawiany.

Dlatego też zasługuje na uwagę zestawienie zapadalności na dur powrotny, choroby łatwej do rozpoznania — ze śmiertelnością tej choroby w r. 1922 w rozmaitych województwach naszego kraju.

1) Bertillon — Annuaire Statistique de la ville de Paris 1909. „Mortalité (powinno być lethality — ponieważ mowa tu o chorych szpitalnych) calculée d'après le nombre des individus sortis par guérison ou par décès, divisé

par le nombre des morts, p. 465. V. M a y r. Die Sterblichkeit belief sich in den allgemeinen Krankenanstalten des Reichs auf 7,4% der abgelautenen Krankheitsfälle. (A więc znowu sortis par guérison ou par décès). Zresztą Bertillon w konkretnym przypadku obliczenia śmiertelności chorych w przytułku dla psychicznie chorych Dep. Sekwany (przeciętny czas trwania choroby = 3,5 lat), mówi: Comparé au chiffre de la population traitée le nombre des décès donne les proportions suivantes: (str. 497), a więc w mianowniku ułamka, określającego wartość śmiertelności badanej choroby przewlekłej, oprócz liczby zmarłych i wypisanych, pomieszcza jeszcze liczbę tych chorych, co w szpitalu pozostał w dniu 31 grudnia roku sprawozdawczego. Por. Ciąglicki: Zasady statystyki szpitalnej — str. 24—25.

Województwo:	Zapadalność ‰/0000:	Śmiertelność %:
Polesie	14448,3	2,0
Białystok	570,7	4,8
Nowogródek	563,0	4,1
Wołyn	348,6	2,9
Lublin	325,5	4,5
Wilno	227,0	2,4
Stanisławów	8,7	5,9
Kraków	2,5	6,0
Warszawa	21,5	7,4
Lwów	8,7	15,6

Rok 1922.

Porównawcza zapadalność i śmiertelność miast i wsi 1)

Choroba:	Województwo Warszawskie.		Śmiertelność %:	
	Zapadalność ‰/0000:	Wsie.	Miasta.	Wsie.
1) Ospa	5,4	2,0	0	18,7
2) Dur brzuszny	143,0	75,7	7,9	9,3
3) Dur osutkowy	90,9	69,8	6,9	10,6
4) Czerwonka	33,7	18,9	9,3	11,3
5) Płonica	45,1	31,7	10,4	15,5
6) Błonica	22,7	14,5	8,6	21,7
7) Odra	145,1	33,3	15,1	7,0
8) Róża	7,6	3,0	11,1	0
9) Krztusiec	33,3	7,0	2,3	0
10) Zimnica	24,7	10,3	0	1,2
11) Zakażenie połogowe	2,7	2,1	14,3	17,6
12) Wścieklizna	2,7	2,9	0	4,3

Województwo Łódzkie.

1) Ospa	9,1	6,9	6,6	9,8
2) Dur brzuszny	163,0	55,0	8,1	10,3
3) Dur osutkowy	76,9	36,8	10,7	8,6
4) Czerwonka	41,4	11,1	12,2	13,8
5) Płonica	32,3	13,9	16,6	13,4
6) Błonica	18,5	4,6	12,0	9,0
7) Odra	29,7	12,3	3,2	0,7
8) Róża	5,0	0,8	6,2	10,0
9) Krztusiec	13,9	0,6	9,0	75,0
10) Zimnica	4,1	0,2	7,1	0
11) Zakażenie połogowe	1,9	0,3	33,3	50,0
12) Wścieklizna	2,2	0,5	0	0

Z referatu p. Adamowiczowej i p. D-ra Kacprzaka o durze brzuszny w Łodzi w r. 1924 biore następujące zestawienie:

Rok:	Zapadalność ‰/0000:	Śmiertelność %:
1915	282	4,25%
1917	117	8,54%
1918	69	30,95%
1919	88	20,45%

Bardzo charakterystyczny przykład wysokiej współzależności ujemnej zapadalności i śmiertelności na dur osut-

1) Obliczone na podstawie dzienników zachorowań i zgonów na choroby zakaźne, prowadzonych przez lekarzy powiatowych.

kowy przytoczył na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w dniu 13.1.1925 w dyskusji nad niniejszym cdczytem jeden z lekarzy

Mianowicie podczas epidemii duru osutkowego w obzcie koncentracyjnym u Niemców śmiertelność duru osutkowego wynosiła 3,0%, ale „umieralność stawała się prawie śmiertelnością“, ponieważ zapadalność była prawie 100%. Prawie nikt z internowanych od zapadnięcia na dur osutkowy ustrzec się nie mógł.

W epidemii warszawskiej duru osutkowego w latach 1917—18 na podstawie indywidualnych kart statystycznych szpitalnych można było stwierdzić, że zapadalność ludności żydowskiej była 4,5 razy większa niż zapadalność ludności chrześcijańskiej, a śmiertelność chrześcijan była 2,05 razy większa, aniżeli śmiertelność żydów: 12,731% i 6,208%.

	Chrześcijan:	Żydów:
Zapadalność	1,	4,5
Śmiertelność	2,05	1,0
Umieralność	1,0	2,2

Dla ludności m. Warszawy, leczącej się w latach 1917—18 na dur osutkowy w szpitalach warszawskich można było stwierdzić następujące dane:

Śmiertelność	0,0805	8,0%
Zapadalność	0,0226	22,60/00
Umieralność	0,0018193	1,820/00

Już podczas druku niniejszej notatki otrzymałem protokół posiedzeń sesji październikowej 1924 r. Komitetu stałego międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej w Paryżu.

Z uwag, wypowiedzianych na posiedzeniach tych w sprawie przebiegu i śmiertelności płonicy w krajach różnych części świata, przytaczam niektóre, mające związek z omawianą sprawą.

Prof. Carlos Chagas, generalny dyrektor służby zdrowia publicznego w Rio de Janeiro (Brazylja).

„Wogóle biorąc, zapadalność na płonicę jest minimalna w krajach gorących, lecz śmiertelność jest bardzo wysoka; rzecz się ma zupełnie odwrotnie w okolicach chłodnych“.

Dr. Albert Lutrario (Włochy).

„Daje się zauważyć w kraju znaczny spadek zapadalności i umieralności na płonicę; niestety, śmiertelność płonicy pozostaje wciąż bardzo wysoka“.

„W większości przypadków przebieg płonicy jest ciężki i umieralność wysoka. Ciężki przebieg choroby i odpowiednio wysokie liczby zgonów dają się spostrzegać głównie w

okolicach gorętszych. (W pewnej okolicy śmiertelność sięgała prawie 100%). Spostrzeżenia te najzupełniej zgadzają się ze spostrzeżeniami Chagasa, poczynionymi w Rio de Janeiro, gdzie niewielkiej liczbie zapadnięć odpowiada prawie równa jej liczba zgonów“.

Dr. Jitta (Niderlandy).

„Cyfry zapadalności nie odpowiadają cyfrom umieralności, które ulegają wahaniom nieznacznym, niezależnie od liczby przypadków zgłoszonych; przeciwnie, możnaby z danych cyfr wnioskować raczej, że śmiertelność znajduje się w stosunku odwrotnym do zapadalności“.

„W każdym razie stwierdzić możemy, że pewnemu zwiększeniu się zapadalności towarzyszy niekiedy wyraźny spadek śmiertelności“.

Jeżeli teraz zwrócimy się do pytania, postawionego w nagłówku niniejszego artykułu, to analizując krzywą zgonów na gruźlicę w Warszawie dojść musimy do następujących wniosków:

- 1) Podniesienie się krzywej zgonów od 200,000—800,000 rozumieć należy jako niezaprzeczalne podniesienie się umieralności na gruźlicę, warunkowane w pierwszej linii wzmogoną śmiertelnością, a być może, i nasileniem zapadalności.
- 2) Nagły spadek linii zgonów, poczynając od roku 1918, nie może być w żaden sposób odniesiony do zmniejszenia się umieralności na gruźlicę. Nie można tu było liczyć na tak znaczne zmniejszenie się śmiertelności, jak również zapadalności.
- 3) Jedynym wytłumaczeniem tak znacznego i tak krytycznego spadku linii zgonów może być tylko jedno: wskutek znacznej śmiertelności lat okupacji niemieckiej wymarła znaczna część osób, dotkniętych gruźlicą, tak, że stosunek liczby zgonów, jakie się wydarzyły pośród tak uszczuplonego zespołu osobników, gruźlicą dotkniętych, do liczby ludności miasta, stanowiący podstawę do obliczenia cyfr zgonów, oczywiście ulec musiał znacznemu zmniejszeniu.
- 4) Ponieważ wcześniejszej śmierci na gruźlicę podlegały w pierwszej linii osobniki węższe, a ocalały odporniejsze, zmniejszał się również wskutek tego późniejszy odsetek śmiertelności gruźlicy.
- 5) Powolne narastanie cyfr zgonów na gruźlicę w latach ostatnich pozwala przypuszczać, że przerzedzone szeregi gruźlików zaczynają się zwolna wypełniać, i stąd ogólna liczba zmarłych na gruźlicę dążyć będzie do pewnej normy, jaką ustala warunki zdrowotne kraju oraz jego warunki ekonomiczne.

Sprawy zawodowe.

Dzisiejsza organizacja lecznictwa a proletaryzacja stanu lekarskiego.

Podał

Dr. Jerzy BUJAŁSKI (Warszawa).

(Dokończenie).

* * *

Wyżej podane wnioski — rzecz prosta — nie rozwiązują t. zw. „problemu kasowego“. Jednak wprowadzenie ich w życie, co — zdaniem moim — przy solidarnym wystąpieniu lekarzy nie natrafiłoby na wielkie trudności ani zasadniczej, ani technicznej natury, musiałoby wpłynąć dodatnio na stosunki wzajemne między lekarzem, chorym i Kasą, gdyż z jednej strony nadałoby pracy lekarskiej cechy jej właściwe — ściśle lecznicze, z drugiej strony przez usunięcie głównych przyczyn zatargów — zasiłków, a w związku z tem wzajemnej nieufności — wprowadziłoby do stosunku obustronnego czynnik zaufania i dobrej woli, tak wybitnie dominujący w stosunkach między lekarzem prywatnym i chorym. Nie ulega dla mnie wątpliwości, że zrealizowanie tych wniosków wprowadziłoby Kasę na drogę sanacji stosunków wewnętrznych, dziś tak niezadowolonych z przyczyn od lekarzy niezależnych—

organizacji wewnętrznej Kasy i roli, jaką narzuca Zarząd Kasy lekarzom.

Mówiąc o organizacji wewnętrznej Kasy, nie mam w tym wypadku na myśli organizacji jej administracji. Jest to bowiem zagadnienie, które pośrednio tylko dotyka stan lekarski, aczkolwiek silnie oddziaływa na życie kasowe, więc i na lekarzy, w niej pracujących, choćby tylko z powodu, ten dencji pokrywania błędów administracji kasowej i wad jej organizacji kosztem lekarzy. Narazie chodzi mi jedynie o wzajemny stosunek dwóch działów organizacji kasowej — leczniczej i zasiłkowej.

Przy dzisiejszej organizacji dział leczniczy jest podporządkowany zupełnie ściśle działowi zasiłkowemu.

Lekarz jest przede wszystkim urzędnikiem, stwierdzającym niezdolność do pracy, na ten rodzaj pracy jego jest specjalnie zwrócona uwaga Zarządu i jest on ściśle kontrolowany, lecznictwo zaś traktowane bardziej powierzchownie, jako dodatek, choć nie miły, ale niestety konieczny. Organizacja lecznictwa jest może więcej obliczona na efekt zewnętrzny.

Stąd, przy bardzo daleko posuniętym systemie oszczędnościowym w organizacji lecznictwa, przy braku funduszy na siły lekarskie, ambulatorja i środki techniczne, spotykamy się z szerokim gestem w dziale świadczeń aptekarskich, mamy umowy nietylko z krajowami, ale i z zagranicznymi uzdrowiskami przy jednoczesnym utrudnieniu korzystania z tych

uzdrowisk; stąd też pochodzi obcinanie kredytów leczniczych przy rozrzutności gdzieindziej. Brak jasnej i wyraźnej polityki Kasy daje chaotyczną organizację wewnętrzną, a w życiu codziennym Kasy sprzeczności, doprowadzające siłą rzeczy do ciągłych starć. I niema — zdaniem mojem — mowy o sanacji stosunków kasowych dotąd, dopóki nie przeprowadzi się zasadniczej reorganizacji wewnętrznej Kasy — podziału jej na dwie odrębne organizacje — leczniczą i zasiłkową, zupełnie równorzędne, powiązane ze sobą tylko w najwyższym administracyjnym organie Kasy za pośrednictwem swych szefów. Lekarz naczelny Kasy winien mieć swój odrębny budżet, swoje etaty, swój personel oddany wyłącznie tylko lecznictwu. Wtedy będzie mógł on zorganizować precyzyjnie lecznictwo, dostosować świadczenia lecznicze do ram budżetu zupełnie otwarcie i szczerze wobec ubezpieczonych. Wtedy lekarz nigdy nie będzie używany do markowania lecznictwa, nie będzie niezaspokojonych pragnień chorych, nie będzie niepotrzebnych starć i tarć, dyskredytujących ideę ubezpieczenia społecznego. Popularyzowanie tej idei, nadawanie jej siły atrakcyjnej przez nadmierne obietnice, o których zgóry się wie, że spełnione być nie mogą, jest zdaje się błędem, i daje wręcz przeciwnie rezultaty. Również zarząd Kasy musi się pogodzić z tym faktem, że lekarz leczący nie może być jednocześnie urzędnikiem, zwięzającym lub rozszerzającym na polecenie Zarządu pojęcia niezdolności do pracy w zależności od chwilowego stanu funduszy kasowych, naturalnie, jeżeli mówić się ma poważnie o sanacji stosunków kasowych. Wyodrębnienie całego lecznictwa, niezależnienie go od działu zasiłkowego, odjęcie lekarzom leczącym charakteru urzędników zasiłkowych, oto podstawy, na których oprzeć się musi sanacja stosunków kasowych.

Odrębnie winien być zorganizowany dział zasiłkowy nie tylko w tem znaczeniu, że będzie miał swój aparat urzędniczo-administracyjny, ale i swoich zaufanych lekarzy, którzy orzekać będą o niezdolności do pracy ubezpieczonych. Na pierwszy rzut oka zdawałoby się mogło, że wprowadzenie specjalnych „zasiłkowych“ lekarzy utrudni manipulację, i — co może najważniejsze — zwiększy wydatki Kasy.

W rzeczywistości zaś przy wprowadzeniu takiej organizacji wydatki kasowe muszą się zmniejszyć, manipulacja uprosi i, co najważniejsze, ujednostajni pojęcie niezdolności do pracy. Dzisiaj pojęcie to określane jest indywidualnie przez każdego lekarza, zależne więc jest od jego wiadomości fachowych, wyrobienia zawodowego, wrażliwości uczuciowej, stanu psychicznego w chwili badania, musi być więc różne, czasami krzywdzące może Kasę, czasami również może i ubezpieczonego. Orzekanie zaś o niezdolności do pracy przez specjalnie do tego powołanych lekarzy, stale pracujących w tym tylko kierunku, da większe gwarancje, że interesy Kasy i ubezpieczonych będą należycie uwzględnione, i zdaje mi się, że niewielki koszt, związany z powołaniem do życia tych lekarzy „zasiłkowych“ np. w Warszawie po trzech na dzielnicę, znalazłoby pokrycie kilkakrotne w ich pracy orzekającej.

Stan chorobowy i niezdolność do pracy niezawsze się pokrywają. Zaś o niezdolności do pracy decyduje nie stan chorobowy w oderwaniu wzięty, lecz ten stan w związku z rodzajem zajęcia chorego, a w wielu wypadkach rodzaj zajęcia wprost decyduje w orzecznictwie o niezdolności do pracy. Więc, na przykład, ropnia palca lewej ręki ślusarza i urzędnika biurowego nie można oceniać jednakowo w stosunku do ich niezdolności do pracy.

Dzisiaj moment ten niezawsze bywa uwzględniany przez lekarzy kasowych, choćby ze względu na brak czasu i brak ściślejszych danych co do rodzaju zajęcia ubezpieczonego, gdyż na karcie lekarskiej znajduje się tylko ogólnikowe określenie zajęcia. Lekarze „zasiłkowi“, nie zajmujący się zupełnie lecznictwem, będą mogli wszystkie składniki niezdolności do pracy należycie ocenić i przez to orzecznictwo ich bezwarunkowo będzie bardziej sprawiedliwe i dla Kasy i dla ubezpieczonych.

Techniczna strona ich działalności, o której wspominałem w pierwszej części tego artykułu, jest tak prosta i nieskomplikowana, tak łatwa do przeprowadzenia, że szerzej rozwodzić się nad nią nie będę, poprzestając na stwierdzeniu, że ani na godzinę nie opóźni manipulacji zasiłkowej.

Dwie równorzędne organizacje — zapomogowa i lecznicza, dwa budżety, dwaj równorzędni wykonawcy tych budżetów — to droga, prowadząca do sanacji stosunków kasowych przy jednocześnie szczerem postawieniu sprawy świadczeń kasowych wobec ubezpieczonych. W przyszłości

doprowadzi ona może do tak ponętnego, a teoretycznie słusznego, wolnego wyboru lekarza, w każdym razie dziś wybitnie zmniejszy tarcia wewnętrzną, stworzy warunki znośnej pracy dla lekarzy, a tem samem podniesie poziom lecznictwa, co nie tylko wpłynęło musiałoby dodatnio na ubezpieczonych, ale i przysłużyłoby się dobrze samej idei ubezpieczenia społecznego, w którą proponowane przeze mnie zmiany zupełnie nie godzą. Dotykają one bowiem wyłącznie tylko pewnych zasad organizacji wewnętrznej Kasy i mają na celu naprawę tej organizacji. W płaszczyźnie rozważań nad konstrukcją fizyczną Kas chorych, z natury rzeczy apolityczną, mogą, zdaniem mojem, współpracować wszystkie odłamy lekarskie bez obawy wywołania tarć. A przecież wytworzenie choćby tylko w tej sprawie jednolitej opinii lekarskiej miałoby prócz moralnego jeszcze inne znaczenie: przeprowadzenie celowej z punktu widzenia lecznictwa organizacji kasowej wpłynęłoby wybitnie dodatnio na materialne stosunki lekarskie.

* * *

II. Pomoc lekarska dla urzędników państwowych.

W dziale lecznictwa bezpłatnego, zapewniającego pomoc lekarską pewnym ściśle określonym grupom ludności bez stałego finansowego obciążenia tych grup, na pierwsze miejsce wysuwa się organizacja pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, jako liczebnie najsilniejsza i przez to nadająca ton innym podobnym organizacjom. Charakter tej organizacji jest odmienny nieco od Kas chorych nie tylko dlatego, że urzędnicy pokrywają manipulacyjne koszty porad każdorazowo, ale i dlatego, że rozpiętość świadczeń jest mniejsza, i że koszty tych świadczeń w 25% pokrywają sami urzędnicy, że odpadają zapomogi przez czas choroby, a badanie odbywa się przeważnie w prywatnych gabinetach lekarskich. Stosunek lekarza do chorego zbliżony jest bardzo do stosunku lekarza prywatnego do chorego, gdyż bodaj jedną różnicą jest ryczałtowa opłata lekarzy. Lekarz nie wystawia certyfikatów na zapomogi pieniężne, odpada więc pierwiastek podejrzliwości, w poleceniach, wydawanych choremu, nie jest zbyt skrupowany, gdyż prócz najprostszycch świadczeń, które nie wymagają zatwierdzenia komisji lekarskiej, wszystkie inne decydowane są w komisji lekarskiej, i obwarowane są rozporządzeniami, tak, że ewentualne konflikty omijają przeważnie lekarza leczącego, idąc wprost do wyższej instancji. A nade wszystko dodatnio wpływa na wzajemny stosunek między lekarzem i chorym, inteligentny i kulturalny materiał, z jakiego składają się chorzy.

Jednak kultura tych chorych siłą rzeczy wzmogła wymagania w leczeniu, i chorym tym nie wystarczy sam dyplom lekarski. Odczuwają oni potrzebę wprowadzenia do wzajemnego stosunku czynnika zaufania i brak tegoż przy dzisiejszej organizacji lecznictwa dla nich, dość silnie odczuwają. Podnosiły się z różnych stron kraju ze sfer urzędniczych głosy, stawiające sprawę ostro i krańcowo, a żądające albo wprowadzenia wolnego wyboru lekarza, albo zniesienia wogóle całej organizacji i przejścia do systemu zapomóg w razie choroby.

I tu należałoby się zastanowić, czy nie czas jest żądać kategorycznie zmiany organizacji lecznictwa przez wprowadzenie wolnego wyboru lekarza i opłat jednostkowych. Na przeszkodzie stanęłyby jedynie mogły względy na skarb Państwa, który przy zmianie byłby bardziej obciążony. Jednak nie o wiele mniej ważkim jest wzgląd na żywotny interes stanu lekarskiego, który swą funkcję społeczną pełni i pełnić musi właśnie ze względu na interes tegoż Państwa. Sprawa do zmiany jest — zdaniem mojem — zupełnie dojrzała, a solidarny wysiłek lekarzy w tym kierunku, gdyby uwieńczony był powodzeniem, wpłynęłoby dodatnio na ugruntowanie finansowych podstaw pracy lekarskiej.

Rzecz prosta, że w związku z tą zmianą należałoby wprowadzić niższą taksę dla urzędników państwowych, projektowaną zresztą już dawno przez wszystkie prawie zrzeszenia lekarskie i obowiązujący wszystkich lekarzy.

*) Rozwinięta tu szerzej myśl o oddzieleniu funkcji lekarza orzekającego od funkcji lekarza leczącego wypowiedział kol. Leon Z a m e n h o f w krótkiej notatce, nadesłanej do redakcji przed rokiem. Druk tej notatki odłożony został do chwili omówienia całokształtu zagadnienia o Kasach chorych — podamy ją w numerze następnym. (Redakcja).

III. Przychodnie.

Cechą charakterystyczną dla lecznictwa bezpłatnego na ziemiach b. zaboru rosyjskiego są liczne, t. zw. przychodnie (ambulatorja). Posiada je każdy szpital obowiązkowo, prócz tego są przychodnie miejskie, powiatowe, wyznaniowe, najrozmaitszych towarzystw kulturalnych, z których każde uważa za obowiązek honoru mieć choć jedno ambulatorjum i wykonywać miłosierdzie samarytańskie, naturalnie, na rachunek śmiesznie niedostatecznie wynagradzanego lekarza.

Odbywają się wprost rekordy w zdobywaniu tysięcy porad rocznie przez poszczególne ambulatorja. Nie posiadamy pod ręką danych statystycznych co do bezpłatnych przychodni. Ale każdy, znający stosunki, zgodzi się ze mną, że posiadamy ich w samej tylko Warszawie kilkadziesiąt, a bezpłatne porady liczyć trzeba na kilkanaście dziesiątków tysięcy rocznie. To rozmnożenie się przychodni nie jest znane w innych dzielnicach Polski. Na ziemiach b. zaboru rosyjskiego zostało ono jako serwitut przedwojennych stosunków. Wtedy, gdy organizacja społeczna nie istniała zupełnie, gdy samopomoc społeczna winna była nie tylko uzupełnić, ale wprost stworzyć tę organizację, uprzystępnienie leczenia szerokim warstwom niezamożnej ludności było nakazem nie tylko sumienia lekarskiego, nie tylko instynktu samoobrony narodowej, ale i głębokiej polskiej racji stanu.

Pamiętamy jeszcze te napisy na drzwiach prywatnych mieszkań lekarskich „uobdzy bezpłatnie“, napisy, będące naprawdę świadectwem wielkiego uspołecznienia stanu lekarskiego w okresie przedwojennym. Lecz dziś w odrodzonej Polsce stosunki społeczne uległy zasadniczej zmianie, a wobec tego należałoby może poddać rewizji stosunek do bezpłatnych przychodni. Zgóry się zastrzegam, że nie mówię tu o przychodniach dla niemowląt, kobiet ciężarnych, gruźliczych; wenerycznych i zwalczania raka. Przychodnie tego typu, mające na celu albo ochronę przyrostu naturalnego albo walkę z chorobami społecznymi, wyłączam zupełnie z omawiania.

Mówiąc o zmianie stosunków społecznych w odrodzonej Polsce, miałem na myśli ubezpieczenie na wypadek choroby. Szeroko zakreślona ustawa objęła obowiązkiem ubezpieczenia wszystkich pracujących i ich rodziny nie tylko w ścisłym pojęciu tego słowa, ale również bardzo szerokim, bo włączającem do rodziny wszystkich, pozostających na utrzymaniu pracującego. Reszcie zaś obywateli dała prawo dobrowolnego ubezpieczenia. Śmiało dziś powiedzieć możemy, że w miastach, poza warstwą materialnie zamożną, zdolną do pokrywania kosztów leczenia, prawie niema pozbawionych bezpłatnej opieki lekarskiej. Więc przychodnie w miastach służą tym, którzy pomoc lekarską mają zapewnioną już w innej organizacji społecznej, a korzystają z nich dlatego, że albo mają je bliżej swych mieszkań, albo mają czasami większe zaufanie, łatwiejszy bez żadnych formalności dostęp do lekarza, a bardzo często robią t. zw. „konsylja“, chodząc od przychodni do przychodni celem skontrolowania rozpoznania. Przecież w ambulatorjach nie prowadzi się żadnych dochodzeń co do należenia do Kasy chorych lub organizacji leczniczej miejskiej czy państwowej, wystarcza bowiem przecząca odpowiedź interesowanego na odpowiednie pytanie.

Nasze ambulatorja dzisiejsze, to drugie ubezpieczenie społeczne dla już raz ubezpieczonych z tą różnicą, że zupełnie bezpłatne. Boć przecież chorzy uobdzy, nie ubezpieczeni, nie zapewnią np. w Warszawie, nawet ambulatorjów klinicznych, i napewno nie dadzą tych dziesiątków tysięcy porad rocznie. W miastach powiatowych, miasteczkach i osadach stosunki są inne. Tam mamy tysiące ubogiej ludności wiejskiej, nie objętej obowiązkiem ubezpieczenia. Tam w imię interesu społecznego i państwowego należy stworzyć bezpłatne ambulatoryjne leczenie. Ale w ośrodkach miejskich, gdzie funkcjonują Kasy chorych i inne organizacje ubezpieczeniowe, tworzenie licznych ambulatorjów w dzisiejszych rozmiarach jest społecznie zbyt ciężkie, a ze stanowiska zawodowo-lekarskiego szkodliwe, ze względu na wysokość płac lekarskich. Przychodnie odciążają znaczenie organizacje ubezpieczeniowe, przez co zmniejszają liczbę posad lekarskich w tych organizacjach, a same wynagradzają w sposób śmieszny. Przecież jeszcze dziś w niektórych ambulatorjach płaci się po półtora złotego za godzinę ordynacyjną. I dla tego należałoby poddać rewizji stosunek do przychodni. I albo stanąć na stanowisku wydatnego zmniejszenia przychodni w miastach aż do ambulatorjów klinicznych, względnie do jednego miejskiego dla ubogich nieubezpieczonych, albo też

zrównać płace lekarzy w tych przychodniach z płacami w organizacjach społecznych. Małopolska np. ma publiczne ambulatorja tylko przy klinikach, a w miastach miejskie przychodnie dla rejestrowanych ubogich chorych, nie należących do Kas chorych. Szpitalom ambulatorjów prowadzić nie wolno. A już szczególną uwagę należałoby może zwrócić na ambulatorja najrozmaitszych towarzystw, gdzie samarytanizm reklamowy oparty jest na wyższym lekarza.

Pewne próby sanacji stosunków zawodowo-lekarskich w ambulatorjach podjęła warszawska Izba Lekarska przez powzięcie uchwały, ustalającej płacę za godzinę ambulatoryjną we wszystkich ambulatorjach na 10 złotych i polecającą donoszenie pisemne w wypadku niestosowania się zarządów przychodni do tej taksy. Niestety, próby te, przedsięwzięte, zdaje się, bez planu i bez zapewnienia sobie możliwości technicznego przeprowadzenia uchwały, nie dały rzeczywistego efektu. Sprawa samarytańskiego miłosierdzia, uprawianego na rachunek lekarzy, sprawa wyzysku zwłaszcza młodszych sił lekarskich, zmuszonych do przyjmowania jakichkolwiek stanowisk dla zdobycia podstaw materialnych egzystencji, pozostała nadal otwartą ku szkodzie całego stanu lekarskiego.

IV. Przychodnie prywatne.

Warszawa obfituje w przedsiębiorstwa lekarskie, t. j. lecznice dla przychodzących chorych, nieznanie nigdzie więcej w Rzeczypospolitej. Pozostały one z czasów przedwojennych, jako spuścizna po niezorganizowanych stosunkach społecznych tego okresu. Nosiły one wtedy nazwę „lecznic dla niezamożnych chorych“, i sama już nazwa mówiła o ich genezie. Miały one pełnić funkcje zastępcze normalnej organizacji społecznej, wtedy nieistniejącej, miały uprzystępnić leczenie warstwom, materialnie słabym, nie mogącym opłacać normalnych honorarjów lekarskich. Cel ich był jasny i wzniosły, rola wyraźna — maskowane ubezpieczenie na wypadek choroby w dziale leczniczym dzisiejszego ubezpieczenia.

Dziś, gdy stosunki społeczne uległy zmianie, zmieniły się i lecznice: dodatek „dla niezamożnych“ został usunięty, rola społeczna odpadła, a pozostały zwykłe tylko przedsiębiorstwa lekarskie, i jako takie winny być one dzisiaj traktowane. Płazczyzna stosunku w jakiej rozpatrywać należy ten problem prywatnych przychodni, nie może dziś mieć zabarwienia ideowego, gdyż przez ustawę o ubezpieczeniu społecznym idea uprzystępnienia leczenia niezamożnym w organizacji prywatnej stała się nieaktualną. Dzisiaj działalność tych lecznic, zwykłych przedsiębiorstw lekarskich, ocenianą być winna wyłącznie tylko pod kątem interesów zawodowo-lekarskich i oddziaływania na materialne położenie lekarzy.

Liczba lecznic wzrasta w szybkim tempie; już udziałonych, a jeszcze nie wyzyskanych koncesyj mamy przeszło sześćdziesiąt. Wzmagająca się konkurencja między istniejącymi, potęgowana widmem powstania w niedalekiej przyszłości kilku dziesiątków nowych lecznic, prowadzi w kierunku obniżenia cen biletów przy coraz większym podniesieniu poziomu świadczeń tych lecznic, tak co do liczby, jak i jakości, co nie może nie odbijać się ujemnie na praktyce prywatnej lekarskiej. Lecznice mogą stać się regulatorem honorarjów lekarskich prywatnych. Jakie społeczne kategorie chorych obsługują te lecznice? Kasa chorych, organizacje pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, miejskich, kolejowych, wojskowych, wreszcie prywatne Kasy chorych, jak studenckie i inne, organizacje lekarzy szkolnych i t. p., objęły przecież w Warszawie wszystko wraz z rodzinami, co żyje z pracy rąk czy mózgu, zmniejszając, rzecz prosta, praktykę prywatną do minimum. Z kategorii tych chorych z lecznic korzystają ci, którzy z jakichbyś powodów z własnej bezpłatnej organizacji lekarskiej korzystać nie chcą, lecz którzy pomoc lekarską mają w każdym razie zapewnioną. Uprzystępnienie leczenia aż do trzech złotych za poradę tym, których wysoki cenzus majątkowy postawił poza organizacjami ubezpieczeniowymi, nie da się przecież usprawiedliwić.

W problemie przychodni prywatnych należy uwzględnić jednak jeden moment: brak praktyki lekarskiej zmusza lekarzy do daleko posuniętego uprzystępnienia piętynego porady, w celu wywołania tak znacznego wpływu korzystających z tych porad, by liczba zrównoważyła efektywnie różnicę opłat za badanie w lecznicy i w domu lekarza. Moment rzeczywiście ważny i zapoznawać go nie można. Jednak trzeba zdać sobie również sprawę i z tego, że dalszy

rozwój tych lecznic, o ile pozostawione one będą bez ram regulujących, może oddziaływać niekorzystnie na stan lekarski. Albowiem coraz bardziej zwięzający się teren praktyki prywatnej na skutek udoskonalającej się organizacji lecznictwa instytucyj ubezpieczeniowych, będzie zmuszał w przyszłości coraz więcej lekarzy znanych i dobrych do szukania zarobku w lecznicach, a to, rzeczą prostą, oddziaływać będzie musiało pośrednio i na wysokość honorarjów lekarskich i na praktykę w kierunku ujemnym. Konkurencja między lecznicami doprowadzi do „zamerykanizowania się“ — w złem znaczeniu tego słowa — tych instytucyj, czego przeżytki znajdujemy już i dzisiaj w tonie niektórych reklam. Wreszcie, że lecznice, zbyt uprzępsznione, odciążać będą organizacje ubezpieczeniowe, co nie leży w interesie lekarzy. I dlatego należałoby się zastanowić nad uregulowaniem tej sprawy, co może być przeprowadzone dwojako: albo przez zakaz tworzenia nowych i stopniową likwidację już istniejących, albo też przez regulowanie cennika porad, który nie powinien spadać poniżej 60% cennika normalnego. Sprawa — zdaniem mojem — dla praktyki na terenie warszawskim niezmiernie wagi i z tego powodu zasługująca na głębokie zastanowienie się. Podstawy prawne do uregulowania tej sprawy mogłaby mieć Izba Lekarska przez powzięcie uchwały, zakazującej lekarzom tworzenia lecznic bez zgody Izby i bez uprzedniego przyjęcia zasadniczych podstaw organizacji lecznic, opracowanych przez Izbę.

* * *

Rzuczone przeze mnie uwagi na temat organizacji lecznictwa i oddziaływania jej na materialne stosunki lekarzy nie objęły ani całokształtu zagadnienia, ani nie oświetliły go wyczerpująco. I nie tylko nie roszczę do tego pretensji, ale nie miały nawet tego na celu. Cel był jeden — zwrócenie uwagi na doniosłość organizacji lecznictwa, u nas w żadnej ze swych składowych części nie uregulowanej, na oddziaływanie jej na stan lekarski, stojący u progu socjalizacji, wreszcie na związek tej organizacji z rozwojem polskiej nauki lekarskiej; miały one na celu wywołanie wymiany zdań między lekarzami, co doprowadziłoby może do skonsolidowania opinii lekarskiej dziś prawie nie istniejącej.

Zajmowanie biernego stanowiska w stosunku do organizacji lecznictwa, decydującej o stanie materialnym lekarzy, względnie dorywcze, bezplanowe regulowanie części, bez objęcia całości, równałoby się oddaniu uporządkowania tej sprawy czynnikom innym, nie lekarskim, i byłoby błędem, który wkrótce zemściłby się serco na lekarzach.

Wdzięczne pole do pracy nad organizacją lecznictwa w Rzeczypospolitej rozpościera się przed Naczelną Izbą Lekarską, do tego w pierwszym rzędzie powołaną.

Przeprowadzenie odpowiedniej ankiety, opracowanie szczegółowe wszystkich działów lecznictwa, wykreślenie wytycznych dla organizacji tegoż lecznictwa miałyby nad wyraz doniosłe znaczenie dla przyszłości stanu lekarskiego i dobrze zasłużyłoby się Polsce.

Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1924.

W roku sprawozdawczym odbyło się jedno posiedzenie Naczelnej Izby Lekarskiej, jedno posiedzenie Zarządu w pełnym składzie i 20 posiedzeń Zarządu (Wydziału Wykonawczego).

Na posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 27.I. 1924 r. rozpatrzono i przyjęto regulamin ogólny Naczelnej Izby Lekarskiej, regulamin Zarządu, regulamin Komisji Rewizyjnej oraz regulamin wewnętrzny.

Wydział Wykonawczy otrzymał upoważnienie od Zarządu w pełnym składzie do występowania we wszystkich sprawach jako Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej, Zarząd zaś N. I. L. otrzymał od Naczelnej Izby Lekarskiej pełnomocnictwa do działania w jej imieniu treści następującej:

„Naczelna Izba Lekarska na posiedzeniu w dniu 27.I. 1924 r. do następnego zebrania Izby udziela Zarządowi (Wydziałowi Wykonawczemu) pełnomocnictw do działania i występowania w jej imieniu we wszystkich sprawach kierowniczych, reprezentacyjnych, organizacyjnych (zatwierdzanie regulaminów), wykonawczych, leżących w zakresie jej działalności oraz do udzielania pełnomocnictw w jej imieniu (stawiwanie u rejentów, u ministrów i t. p.)“.

Na wniosek Zarządu Izba Naczelna uchwaliła, że wobec znacznych kosztów połączonych z przyjazdami z prowincji, tymczasowo aż do czasu uregulowania stosunków finansowych w kraju członkowie Izby Naczelnej z prowincji mogą otrzymywać mandaty na piśmie od tych członków Izby Naczelnej, którzy nie mogą przybyć na zebranie i przy głosowaniu rozporządzają tyłu głosami, ile mandatów otrzymali. W sprawie urlopów członków Izby Naczelnej postanowiono, że zastępcy tych członków, którzy otrzymali urlop, będą powoływani tylko na zebrania ogólne Naczelnej Izby.

Zgodnie z przyjętym regulaminem ogólnym Izby Naczelnej zarządzone wybory, dopełniające liczbę zastępców członków Zarządu do 9. Ponieważ było tylko pięciu zastępców członków Zarządu, powołano jeszcze czterech następujących kolegów z Warszawy:

1) Szerypo Ryszard, 2) Guranowski Ludwik, 3) Chmielewski Jan, 4) Zawadzki Józef.

W sprawie Sądu N. I. L. przyjęto projekt powstawania i urządzenia Sądu, opracowany przez Zarząd, w brzmieniu następującem:

1. Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej składa się z 27 sędziów i 27 zastępców.

2. Członek Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej nie może być jednocześnie członkiem Sądu Izby Lekarskiej. Jeżeli przeto członek Sądu Izby Lekarskiej zostanie wybrany na członka Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, ma jedną z tych godności zliczyć.

3. Pierwsze posiedzenie Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej w pierwszym roku jego istnienia zwołuje Przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej. W latach następnych — Przewodniczący Sądu N. I. L.

4. Na pierwszym posiedzeniu obranego Sądu przy złożeniu przynajmniej 2/3 uprawnionych głosów zwykłą większością głosów przez głosowanie tajne sędziowie wybierają z pośród sędziów, zamieszkałych w Warszawie, Przewodniczącego Sądu N. I. L., który ukonstytuuje Sąd na pierwszym konstytuującym się posiedzeniu Sądu.

5. Nieobecni sędziowie mają prawo nadesłać swoje głosy pocztą w formie, zapewniającej tajemnicę ich głosowania.

6. Prezydjum Sądu N. I. L. zajmie się niezwłocznie w ścisłym porozumieniu ze wszystkimi członkami Sądu N. I. L. ułożeniem regulaminu Sądu, który po przyjęciu go przez zwykłą większość ogółu sędziów przeszle za pośrednictwem Zarządu N. I. L. Ministerstwu Zdrowia do ogłoszenia.

7. Naczelna Izba Lekarska upoważnia Zarząd N. I. L. do ostatecznego porozumienia się z Ministerstwem Zdrowia i Prezydjum Sądu co do ustalenia ostatecznego brzmienia regulaminu Sądu.

Po przyjęciu przytoczonego tu projektu urządzenia Sądu przystąpiono do wyborów sędziów i zastępców Sądu N. I. L. Wybrano z Warszawy 7 sędziów i tyłu zastępców; z prowincji 10 sędziów i 10 zastępców.

Lista sędziów i zastępców:

Sędziowie.

Zastępcy.

Sędziowie.

Zastępcy.

1. Bogucki Wincenty
 2. Gębarski Stanisław
 3. Gruszczyński Aleksander
 4. Guranowski Ludwik
 5. Jakimiak Bolesław
 6. Janczewski Władysław
 7. Kołtątaj-Srzednicki Jan
 8. Kozerski Adolf
 9. Makowski Tytus
 10. Mazurkiewicz Jan
 11. Narkiewicz Ludwik
 12. Orłowski Edward
 13. Rudzki Stefan
 14. Śmiechowski Antoni
 15. Starkiewicz Mikołaj
 16. Wojnianka Zofja
 17. Żurakowski Aleksander
- Z prowincji.
18. Papee Jan
 19. Zagórski Kazimierz
 20. Jankowski Stanisław
 21. Wrześniowski Władysław
 22. Karwowski Adam

- Chmielewski Jan
 - Gawłowski Wacław
 - Gurbski Stanisław
 - Hagmajer Stanisław
 - Jasiński Tadeusz
 - Jakowicki Władysław
 - Jędrzejewski Michał
 - Kędziński Antoni
 - Kowalski Franciszek
 - Maleciński Juljan
 - Michałowicz Mieczysław
 - Nowacki Ludomir
 - Osiński Eugenjusz
 - Rudziński Walenty
 - Szerypo Ryszard
 - Szmakfefer Kazimierz
 - Turski Antoni
- Z prowincji
- Doliński Eugenjusz
 - Nowicki Witold
 - Olbrycht Jan
 - Suchodolski Kazimierz

23. Dandelski Zdzisław	Matuszewski Romuald
24. Modrzewski Jan	Swinarski Emil
25. Wiszniewski Eugenjusz	Jacewski
26. Mittelstaedt Edward	Drożdż Wacław
27. Sterling Seweryn	Grabowski Juljan
	Trenkner Henryk.

W sprawie Rady Dyscyplinarnej Zarząd N. I. L. na wezwanie Ministerstwa Zdrowia do czasu zebrania N. I. L. wybrał z pośród lekarzy z Warszawy tymczasowych delegatów dla opracowania regulaminu Rady Dyscyplinarnej. Delegaci wspólnie z powołanymi przez Ministerstwo Zdrowia sędziami w obradach przyszli do wniosku, że przy obecnie istniejących przepisach i ustawach czynności Rady Dyscyplinarnej powinny być przelane na Sąd Izby Naczelnej, i wobec tego wystąpili do Naczelnej Izby z projektem zwrócenia się do Ministerstwa Zdrowia o cofnięcie żądania przedstawienia kandydatów do Rady Dyscyplinarnej i o wyjednanie w drodze ustawodawczej wykreślenia z art. 38 Ustawy o Izbach Lekarskich ustępu o Radzie Dyscyplinarnej.

Izba naczelna po rozpatrzeniu tej sprawy upoważniła Zarząd do zwrócenia się do Ministerstwa Zdrowia z projektem skreślenia w drodze Ustawodawczej ustępu o Radzie Dyscyplinarnej. Do czasu jednakże zmiany art. 38 Ustawy obowiązuje ustawa istniejąca. Na zasadzie więc tej ustawy postanowiono dokonać wyborów na członków Rady Dyscyplinarnej. Wybory dały wynik następujący:

Członkowie Rady Dyscyplinarnej: Babiński, Krzyształowicz, Offenberga, Przyborowski,

Zastępcy: Szerszyński, Sochacki, Łążyński, Konopacki.

Na wniosek Zarządu Naczelna Izba Lekarska zatwierdziła regulamin Izby Lubelskiej i regulamin Sądu tej Izby. Zatwierdzono również uchwałę Izby Lwowskiej w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby i śmierci. W związku z tą uchwałą rozpatrzono wniosek Izby Lubelskiej w sprawie wzajemnego ubezpieczenia wszystkich lekarzy w Państwie. W tej sprawie zapadła uchwała, ażeby Zarząd N. I. L. powołał komisję dla opracowania projektu ubezpieczenia wzajemnego dla wszystkich lekarzy w Państwie i przedstawienia tego projektu na następne posiedzenie Izby Naczelnej. Komisja ta ma pracować w kontraktach ze wszystkimi izbami, ażeby projekt ustawy był dostosowany do potrzeb wszystkich izb.

W sprawie projektu Ministerstwo Zdrowia zorganizowania przez Naczelną Izbę centralnego biura pośrednictwa pracy zapatrywania przedstawicieli poszczególnych izb były różne. Z dyskusji wynikało, że organizowanie w chwili obecnej centralnego biura pośrednictwa pracy byłoby przedwczesne. Przyjęto natomiast wniosek, ażeby Naczelna Izba informowała poszczególne izby o wakujących stanowiskach w urzędach centralnych w celu dawania możliwości kolegom z prowincji przedstawienia swych ofert na te stanowiska. Przyjęto również wniosek, ażeby Naczelna Izba Lekarska wezwała poszczególne izby do tworzenia lokalnych biur pośrednictwa pracy, tam, gdzie biur tych jeszcze niema.

Pojęcie praktyki lekarskiej (wniosek Izby Krakowskiej) reskrypt Ministerstwa Zdrowia wyjaśnia w tem znaczeniu, że do grona lekarzy praktykujących zaliczają się tylko ci lekarze, którzy są w kontakcie z chorymi. Izba Naczelna wypowiedziała się za rozszerzeniem tego pojęcia. Przyjęto wniosek, który z pojęciem praktyki lekarskiej łączy obowiązek należenia do Izby Lekarskiej, w brzmieniu następującem: „Obowiązek należenia do Izby Lekarskiej obejmuje wszystkich, którzy wykonywują zawód lekarski w jakiegokolwiek jego formie na podstawie uzyskanego dyplomu“. W sprawie udzielania pomocy lekarskiej funkcjonariuszom państwowym zabierali głos przedstawiciele wszystkich dzielnic kraju. Postanowiono, by Izba Naczelna w sprawie tej wystąpiła z projektem zorganizowania dla funkcjonariuszów państwowych pomocy lekarskiej na zasadzie wolnego wyboru.

O współdziałaniu Izb Lekarskich w sprawie Zdrowia Publicznego złożył wniosek dr. Bogucki treści następującej: „Zważywszy iż Ustawa o Izbach Lekarskich przewiduje współdziałanie Naczelnej Izby Lekarskiej z Władzami Państwowymi w sprawach zdrowia publicznego, jako organu opiniodawczego, i że względu na doniosłe znaczenie w tych sprawach opinii zespołu lekarskiego, Naczelna Izba Lekarska postanawia zwrócić się do Rządu, aby przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej byli nowoływani przez odnośne Ministerstwa

do rozważania spraw dotyczących organizacji zdrowia publicznego“.

Wniosek dr. Boguckiego został przyjęty i przekazany Zarządowi do wykonania.

Po rozpatrzeniu wniosku dr. Radziwiłłowicza w sprawie nieukonstytuowania się Sądu Izby Warszawsko-Białostockiej i po uchyleniu tego wniosku obrady Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 27.I. 1924 r. zostały zamknięte. Zadaniem Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej w okresie sprawozdawczym było w pierwszej linii wykonanie spraw bieżących na podstawie udzielonych przez Izbę Naczelną pełnomocnictw.

Ukonstytuowanie Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się w dniu 16 marca 1924 r. na podstawie przyjętego przez Naczelną Izbę regulaminu urzędzenia Sądu. Na Przewodniczącego Sądu N. I. L. powołano dr. Kozerskiego Adolfa; na wiceprzewodniczących — prof. Jana Mazurkiewicza i dr. Antoniego Śmiechowskiego; na pisarza Sądu dr. Władysława Jan-czawskiego i na zastępcę pisarza dr. Stanisława Gębarskiego. Prof. Mazurkiewicz wkrótce potem złożył urząd członka prezydium Sądu i członka Sądu N. I. L. Rezygnacja prof. Mazurkiewicza była rozpatrzona przez Zarząd N. I. L. na posiedzeniu w dniu 22.XII. 1924 r. Zarząd N. I. L. po obznajmieniu się z dokumentami, dotyczącymi rezygnacji postanowił, na zasadzie udzielonych mu przez Naczelną Izbę pełnomocnictw, zwolnić prof. Mazurkiewicza z pełnienia obowiązków członka Sądu N. I. L. zawiadomić o tem Prezydium Sądu N. I. L. i prof. Mazurkiewicza. Na następnym posiedzeniu Sądu N. I. L. w dniu 14.IX. 1924 r. na opróżnione po ustąpieniu prof. Mazurkiewicza miejsce wiceprzewodniczącego Sądu N. I. L. powołano pułk. dr. Kołłątaj-Srzednickiego. Na posiedzeniu tem został uchwalony regulamin Sądu N. I. L. i regulamin ten za pośrednictwem Zarządu N. I. L. został przesłany Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych) w celu ustalenia tego regulaminu w oddzielnym rozporządzeniu.

Zgodnie z uchwałą Izby Naczelnej w sprawie Rady Dyscyplinarnej Zarząd N. I. L. przestał niezwłocznie Ministerstwu Zdrowia listę wybranych członków Rady Dyscyplinarnej. Ponieważ jeden z członków Rady Dyscyplinarnej dr. Leon Babiński zrzekł się mandatu, powołano na jego miejsce pierwszego z listy zastępców dr. Bronisława Szerszyńskiego. Jednocześnie z przesłaniem listy członków Rady Dyscyplinarnej Zarząd N. I. L. przestał Ministerstwu Zdrowia uchwalony przez Izbę Naczelną projekt skreślenia w drodze ustawodawczej ustępu o Radzie Dyscyplinarnej w art. 38 Ustawy o Izbach Lekarskich. W początkach września 1924 r. otrzymano od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia zawiadomienie o ukonstytuowaniu się Rady Dyscyplinarnej oraz zawiadomienie o projekcie Ministerstwa Sprawiedliwości wystąpienia do Izb Ustawodawczych z nowelą do Ustawy o Izbach Lekarskich w sensie zniesienia instytucji Rady Dyscyplinarnej i przelania jej atrybucji na Sąd N. I. L. Zarząd N. I. L. był zapytany o opinię w tej sprawie, Zarząd N. I. L. po zasięgnięciu opinii wszystkich izb, które jednoznacznie wypowiedziały się za projektem Ministerstwa Sprawiedliwości, niezwłocznie opinię tę przestał Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Opinia w sprawie Rady Dyscyplinarnej przesłana została w połowie listopada 1924 r.

Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia w początkach grudnia roku ubiegłego zwróciła się z zapytaniem o zdanie Izby Naczelnej, czy regulamin Sądu N. I. L. ma być ogłoszony w oddzielnym rozporządzeniu przed rozstrzygnięciem sprawy Rady Dyscyplinarnej drogą Ustawodawczą, czy też z ogłoszeniem tego regulaminu wstrzymać się lepiej do czasu ostatecznej decyzji Izb Ustawodawczych co do Rady Dyscyplinarnej. Zarząd N. I. L. wypowiedział się za niezwłocznym ogłoszeniem w oddzielnym rozporządzeniu regulaminu Sądu N. I. L., gdyż Sąd N. I. L. przed tem ogłoszeniem nie może przystąpić do swej działalności, a na działalność jego oczekują zaległe do roku sprawy. W razie zmiany art. 38 Ustawy o Izbach Lekarskich odnośnie Rady Dyscyplinarnej, regulamin Sądu N.I.L. może być odpowiednio co do punktu tego zmodyfikowany.

Tak więc zwłoka w działalności Sądu N. I. L., nie zależała ani od Sądu ani od Zarządu N. I. L., gdyż instytucja ta dążyła jak widzimy do przyspieszenia jego działalności.

W sprawie opracowania statutu ubezpieczeniowego dla wszystkich lekarzy w Państwie Zarząd N. I. L. zwracał się do poszczególnych izb o opinię jak również do osób fachowych w tej sprawie. Izby Lwowska i Poznańsko-Pomorska, popierając w zasadzie projekt wzajemnego ubezpieczenia wszyst-

kich lekarzy, zwrócili uwagę na trudności w realizowaniu tego projektu przyczem Izba Lwowska wypowiada się na razie za tworzeniem kas terytorjalnych, jak to ma miejsce obecnie w Izbie Lwowskiej.

Co do znawców, do których się zwracano (dr. Guranowski i dr. Luksemburg), to ci byli zdania, że ze sprawą tą jeszcze wstrzymać się należy, zanim stosunki w kraju po wprowadzeniu nowej waluty nie zostaną ostatecznie skonsolidowane. Wobec takich opinii sprawę ubezpieczeń społecznych postanowiono odłożyć. W ostatniej chwili sprawą wzajemnych ubezpieczeń zajęła się Izba Warszawsko-Białostocka.

W sprawie pośrednictwa pracy przesłano uchwałę Izby Naczelnej Izbom Warszawsko-Białostockiej, Łódzkiej i Lubelskiej, które to izby biur pośrednictwa pracy dotąd jeszcze nie miały.

Izba Warszawsko-Białostocka zawiadomiła, że biuro pośrednictwa pracy zostało przez tę Izbę zapoczątkowane Po rozszerzeniu się działalności biura pośrednictwa pracy w

Izbie Warszawsko-Białostockiej, Izba ta wzięłaby na siebie obowiązek zawiadamiania poszczególnych izb o wakujących miejscach w urzędach centralnych.

Izba Lubelska wypowiedziała się w tym sensie, że rolę pośredników pracy mogłoby objąć lekarze powiatowi. Nie wchodząc w ocenę stosunków miejscowych, Zarząd N. I. L. naogół opinii Izby Lubelskiej w tej sprawie nie podziela.

W sprawie udzielania pomocy lekarskiej funkcjonariuszom państwowym Przedstawiciele Zarządu N. I. L. odbyli kilka konferencji z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia. Wprowadzenie pomocy lekarskiej na podstawach wolnego wyboru lekarza uznane zostało przez Centralną Dyрекcję Służby Zdrowia za pożądane; jednakże stoi temu na przeszkodzie brak odpowiednich na ten cel kredytów. Sprawa ta stała się mniej aktualną od czasu, kiedy był funkcjonariuszów państwowych w związku ze stabilizacją waluty zmienił się na lepsze.

(Dok. nast..)

Wiadomości bieżące.

— Dn. 19 b. m. w sali wykładowej anatomji patologicznej odbyła się uroczystość odsłonięcia tablicy pamiątkowej i płaskorzeźby w bronzie, ufundowanych przez Wydział lekarski i młodzież akademicką Uniwersytetu Warszawskiego ku uczczeniu pamięci profesora anatomji patologicznej tegoż Uniwersytetu, przedwcześnie zmarłego z wielką dla nauki stratą, ś. p. D-ra Józefa Hornowskiego. Słowo wstępne wygłosił przedstawiciel młodzieży, prezes koła medyków, poczem dziekan wydziału lekarskiego, prof. Czubalski, w pięknym przemówieniu złożył hołd ceniom zmarłego i polecił pieczy obecnemu rektorowi i jego następców uchwałę senatu akademickiego, aby sala wykładowa anatomji patologicznej Uniw. War. nosiła nazwę Józefa Hornowskiego. Jego Magnificencja, rektor Krzyształowicz, w podniosłych wyrazach uczcił pamięć i zasługi naukowe zmarłego profesora. Końcowego ustępu przemówienia rektora obecni wysłuchali, stojąc. Uroczystość zakończył wykład prof. Paszkiewicza o nowotworach doświadczalnych.

— W dniu 6/III b. r. o godz. 8-ej wiecz. w siedzibie Stow. Lek. Polskich (Widok 23) odbyło się drugie Organizacyjne Walne Zebranie Członków Założycieli T-wa Lekarzy Oficerów Rezerwy, które zagał Prezes Tymczasowej Komisji Dr. Gurbki—przewodniczył zaś dr. Bączkiewicz. Po odczytaniu protokołu z I-go Organizacyjnego Zebrania, sekretarz dr. Witkowski streścił dotychczasową działalność Tymczasowej Komisji, która odbyła 3 posiedzenia, opracowała projekt statutu T-wa, zjednała 4 prelegentów: Gen. Składkowskiego, pułk. Osmólskiego, pułk. Chlewińskiego i mjr. Łaskiego. Członków założycieli liczy T-wo 186. Następnie Vice-prezes Komisji dr. Zaorski odczytał projekt statutu, opracowanego przez Komisję, który przyjęto z poprawką w jednym paragrafie. Potem dokonano wyborów do władz T-wa na 1 rok. Do Zarządu weszli: dr. Gurbki — prezes, dr. Zaorski — vice prezes, dr. Witkowski — sekretarz, dr. Grauberg — zastępca sekretarza i dr. Borkowski — skarbnik.

Do Komisji Rewizyjnej wybrani: Dr. Bałabian, dr. Janczewski i dr. Jastrzębski. Do Sądu Honorowego powołani: Dr. Śmiechowski, dr. Horodyński, dr. Kołodziejewski, dr. Gruszczyński i dr. Metelski.

Po załatwieniu tych spraw Szef Departamentu Sanitarnego M. S. Wojsk. gen. Składkowski wygłosił odczyt p. t. „Szef Sanitarny Dywizji Piechoty w marszu“. W słowach prostych i z żołnierską iście przeszedł ze słuchaczami wszystkie troski i kłopoty Szefa Sanitarnego Dywizji — tego biedaka, który odpowiada za ocalenie ronnych całej Dywizji, a który nie ma tej pociechy, aby widzieć ich wdzięczne uśmiechy za to ocalenie, gdyż niema możności zetknięcia się z nimi.

Słuchacze z mapami w ręku podzielali kłopoty Szefa Sanitarnego 28 Dywizji Piechoty, który dzięki nielase czy też uprzejmości losu znalazł się w Szczuczynie pod Lidą i transportował swych rannych do najbliższej stacji kolejowej Skidel, odległej o 30 kilometrów (gdzie był szpital ewakuacyjny).

Zakończył gen. Składkowski zapowiedzią dwu dalszych odczytów: „Szef Sanitarny w boju“ i Szef Sanitarny przy odwoicie Dywizji“. Po zakończeniu odczytu gen. Składkowski był nagrodzony rzęsiestymi oklaskami słuchaczy.

Następne odczyty—aż do czasu uzyskania przez T-wo własnego lokalu będą się odbywały, dzięki uprzejmości P. Prezesa Stow. Lek. Polskich dr. Bączkiewicza i Gospodarza d-ra Nowackiego, w siedzibie tegoż Stowarzyszenia przy ul. Widok 23.

Wszelkich informacji w sprawach T-wa udzielają członkowie Zarządu. Zgłoszenia nowych członków, którymi mogą być wszyscy lekarze, przyjmuje sekretarz T-wa dr. Edward Witkowski, Warszawa, Warecka 5 m. 3, tel. 310-66 od 5—8 wiecz.

— Z Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

W sprawie projektowanego wydawnictwa „Album zasłużonych lekarzy“.

Do wiadomości Zarządu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej doszło, że cały szereg kolegów otrzymał prospekty wydawnictwa p. t. „Album zasłużonych lekarzy“, wraz z propozycją przesłania swego życiorysu, a to w celu umieszczenia go w wyżej wymienionem wydawnictwie.

Na zasadzie zebranych informacji Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej stwierdza, że wydawnictwo to ma charakter czysto reklamowy i ostrzega kolegów przed braniem w niem udziału.

Naczelnik Izby: Przyborski.

Pisarz Izby: J. Sochacki.

— Informacje dotyczące II Kongresu Lekarskiego Francusko-Polskiego w Paryżu.

- 1) Kongres rozpoczyna się dn. 20 kwietnia.
- 2) Termin zapisywania się przedłuża się do dn. 10 marca r. b.
- 3) Na koszt organizacyjne wpłacać należy 25 zł. od osoby do P. K. O. w Warszawie na rachunek Towarzystwa Lekarskiego Francusko-Polskiego Nr. 3090.
- 4) Pasporty będą indywidualne. Wszyscy zapisani członkowie otrzymują zaświadczenia, iż są uczestnikami Kongresu. Lekarze zamieszkali w Warszawie mogą starać się o paszport oddzielnie, albo za pośrednictwem d-ra Melanowskiego, Żórawia 31, tel. 502-50.
- 5) Podróż do Paryża koleją na Berlin bez przesiadania 36 godzin I kl. — 190 zł., II kl. — 135 zł., III kl. — 90 zł. (przesiadanie 4-o krotne). Za miejsca w wagonie sypialnym dopłaca się 80 zł. i należy je zamówić na 10 dni przed wyjazdem.

Podróż na Wiedeń i Szwajcarię kosztuje o 30 zł. drożej i trwa znacznie dłużej.

Koleje polskie dają 30% ustępstwa, koleje francuskie 50% wyłącznie dla podróżujących zbiorowo. Prawdopodobnie w Paryżu uzyska się dogodną datę powrotu.

Podróż okrętem z Gdańska do Hawru trwa 3 do 4 dni. I kl. — 660 fr., II kl. — 510 fr., z całkowitem utrzymaniem.

Członkowie Kongresu płać o 25% mniej. Z Hawru do Paryża I kl. — 71 fr., II kl. 52 fr. Express 3 g. 30 m.

Mieszkania w hotelach będą zapewnione przez komitet organizacyjny paryski.

8) Szczegółowy program Kongresu, jakoteż francuskie karty członkowskie będą rozesłane później.

9) Kongres francusko-polski pomimo niektórych wspólnych z międzynarodowym Kongresem medycyny wojskowej przyjęć i wycieczek zachowa swą odrębność.

Sekretarze Towarzystwa Lekarskiego Francusko-Polskiego:

Dr. Józef Zieliński — Górnioślaska 16, tel. 225-26.

Dr. Władysław Melanowski — Żórawia 31, tel. 502-50.

— Zlikwidowanie zatargu cennikowego w Łódzkiej Kasie Chorych

Bezrobocie lekarskie, które wybuchło w dniu 16 lutego na tle cennikowym, zostało ukończony w dniu 10 marca r. b.

Żądaniu lekarzy, załatwienia zatargu cennikowego drogą arbitrażu stało się zadość. Na propozycję p. Ministra Pracy i O. S., p. Sokala, pozostawienia obowiązującej decyzji dla stron obu — jemu, lekarze i Kasa Chorych wyraziły w dniu 7 marca swą zgodę. (Zgoda Kasy Chorych na tę propozycję we właściwym czasie wyrażona, zapobiegłaby wogóle bezrobociu).

Następujące momenty z przebiegu bezrobocia zasługują na tem miejscu na podkreślenie:

1) W dniu 18 lutego zwołał p. Wojewoda łódzki Darowski, w gmachu Województwa konferencję, na którą zaprosił: Kasę Chorych, dyrektora Urzędu Zdrowia, Prokuratora, Inspektora pracy, Komisarza Rządu, Kierownika Urzędu do walki z lichwą, przedstawicieli Magistratu i Naczelnika Izby Lekarskiej D-ra Tomaszewskiego. Ze Związku Lekarzy nikogo nieproszono; dopiero w kilka godzin później konferował p. Wojewoda z Prezesem Związku, dr. J. Rosiewiczem. W komunikacie P. A. T. nazwano d-ra Tomaszewskiego „przedstawicielem“ strajkujących lekarzy. P. Wojewoda zaproponował: przystąpienie natychmiastowe do pracy i wybranie komisji, która by rozpatrywała całokształt zatargu a której decyzje miałyby jedynie wartość moralną, nie obowiązującą. Zarząd Związku propozycję odrzucił, o czem zakomunikował dn. 20 ustnie p. Wojewodzie, który znow przyjął przedstawicieli Związku na czele Komisji w wyżej wymienionym składzie.

2) Wywierano presję na lekarzy wojskowych, by do pracy w Kasie Chorych przystąpili. Dzięki staraniom władz Województwa D. O. G. miejscowe wydało rozkaz stawienia się do pracy w instytucjach Kasy Chorych. Lekarzy wojskowych, zatrudnionych w Kasie Chorych, jest w Łodzi jedenaście na ogólną liczbę dwustu trzydziestu lekarzy kasowych. Rozporządzenie takie miało zatem jedynie demonstracyjny charakter.

3) Na lekarzy urzędowych, w liczbie trzech wywierana została taka sama presja. Lekarze urzędowi, jako członkowie Związku Lekarzy, do pracy przystąpić nie mogli; władze zaś administracyjne rozporządzenia na piśmie nie chciały wydać, ograniczając się do nakazu ustnego; przeciwko tym kolegom wszczęto dochodzenie dyscyplinarne i zostali oni zawieszani w urzędowaniu. Dopiero w dniu 9 marca otrzymali oni rozkaz pisemny stawienia się do pracy w Kasie Chorych.

4) Lekarzy-obcokrajowców, w liczbie trzech t. j. takich, którzy jakkolwiek od dłuższego czasu praktykują w Łodzi, czynią starania celem uzyskania obywatelstwa polskiego, chciano zmusić do przystąpienia do pracy pod groźbą wysiedlenia; otrzymali oni dn. 28 lutego pilne wezwanie zgłoszenia się do wydziału Lecznictwa w Centrali Kasy Chorych. Wezwanie podpisane przez lekarza naczelnego Kasy Ch., doktora Kłuszyńskiego i dyrektora dr. Arcta (pieczętka ostatniego — miast podpisu). W Centrali Kasy Ch. przyjęci zostali w tej sprawie przez d-ra Kłuszyńskiego, jego zastępcę d-ra Zylbersztajna i jednego z urzędników. Zagrożono im, że w razie nieprzystąpienia do pracy w ciągu 24 godzin, mogą zostać natychmiast wysiedleni. Groźba nie poskutkowała i lekarze ci do pracy nie przystąpili.

Finansowa organizacja podczas bezrobocia przedstawiała się jak następuje: z kwot pobranych od pacjentów kasowych (do 40% porad lekarskich zostało udzielonych bezpłatnie, za zobowiązaniem pacjenta do zwrotu 3 wzgl. 10 zł.) co tydzień wpłacali wszyscy lekarze, nie wyłączając i lekarzy prywatnych, 20% na rzecz funduszu zapomogowego. Dla kontroli służyły rozdane wszystkim lekarzom numerowane i osteplowane przez Związek Lekarzy bloczki w postaci kwitariuszy. Z zebranych w ten sposób 20%-ych odtrącań zostały wydane, po zlikwidowaniu zatargu kolegom, którzy złożyli umotywowane podania, pożyczki, wzgl. zapomogi; z reguły, w żądanej wysokości.

Na żądanie p. Wojewody kilku lekarzy zostało oddanych do prokuratorji za rzekomą odmowę udzielenia pomocy lekarskiej w nagłych przypadkach. Trzech z nich, lekarzy kasowych, zostało w pierwszym dniu przystąpienia do pracy, zawieszonych z tej racji w czynnościach lekarzy kasowych przez Zarząd K. Ch. Zawieszenie to nastąpiło bez porozumienia się w tej sprawie ze Związkiem Lek., bez zawiadomienia go nawet o tem. W obecnej chwili sprawa ta, w związku z mającą być zawartą umową główną, jest znowu przedmiotem ostrego zatargu.

Łódź, 17. III 1925.

Zmarli: James Mackenzie, głośny lekarz angielski, autor znanego podręcznika chorób serca i znakomity znawca tego działu patologji — w Londynie.

— August v. Wassermann, odkrywca znanego odczynu, noszącego jego nazwisko — w Berlinie.

Obszerniejsze wspomnienie pośmiertne umieścimy w numerze następnym.

— Prof. Juljan Hirschberg, nestor okulistów niemieckich — w Berlinie. Oprócz wielu cennych prac naukowych z dziedziny chorób oczu, Hirschberg z bogactw piśmiennictwa lekarskie licznymi rozprawami historycznymi.

Nadesłane do Redakcji:

— Dr. Marta Erlichówna. Zarys hematologii dziecięcej, 1924.

— Dr. Ignacy Dembicki. Cieclocinek. Środki lecznicze i zakres ich stosowania oraz wskazania, 1925.

— Józef Fritz. Z dziejów pedjatrji XVI wieku.

— Jan Hieronim Chrościejowski. Odbitka z Arch. Hist. i Filoz. med. T. I. Z. III—IV, 1925.

— Dr. St. Klein Primäre Cholangitis. Odbitka z Ergebnisse der gesamt. Med. Bd. VI.

TREŚĆ: ST. KRAMSZTYK. O astenji wieku dziecięcego. — A. W. KAPLAN i J. KONOPNICKI. Insulina w praktyce. — J. POMPER. Przypadek częściowego wycięcia przewodu żółciowego wspólnego. — WŁ. STERLING. Objawy nerwowe w włośnicy. — J. RUTKOWSKI. O izoaglutyninach we krwi. Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Skrzynka pytań. — A. CIĄGLIŃSKI. Co oznacza spadek cyfry zgonów na gruźlicę w okresie powojennym. — J. BUJAŁSKI. Działalność organizacja lecznictwa a proletaryzacja stanu lekarskiego (dokończenie). — Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej za r. 1924. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: ST. KRAMSZTYK. Sur l'asthénie de l'âge infantil. — A. W. KAPLAN et J. KONOPNICKI. L'insuline dans la pratique. — J. POMPER. Un cas de résection partielle du canal cholédoque. — L. STERLING. Les symptômes nerveux au cours de la trichinose. — J. RUTKOWSKI. Sur les isoagglutinines dans le sang. — A. CIONGLINSKI. La signification de la baisse de nombre des cas mortels parmi les tuberculeux après la guerre. — J. BUJAŁSKI. L'organisation du secours médical et la prolétarisation 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.