

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 4

WARSZAWA, 30 KWIETNIA 1925 R.

Rok II

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

#### O ekonomicznym a jednak odpowiednim leczeniu chorych na cukrzycę.

Podał

Prof. Dr. O. MINKOWSKI (Wrocław).

Aż do ostatnich czasów zaliczano cukrzycę do rzędu chorób, w których rokowanie specjalnie zależy od stanu majątkowego chorego. Prócz innych okoliczności, zaznaczano głównie, że wystarczająca i odpowiednia dieta, t. j. taka, jaką w leczeniu cukrzyca za odpowiednią uznawano, wyczerpuje nadmiernie zasoby materialne chorego. Zwłaszcza nabywanie dużych ilości mięsa i tłuszczu, uważanych za konieczne, podrywały mniej zamożnych pacjentów.

Pod tym względem jednak zaznaczyła się w ostatnich czasach pewna zmiana pojęć. Wojna z powszechnym brakiem produktów spożywczych nauczyła przedewszystkiem, że zastępowanie węglowodanów, źle asymilujących się w cukrzycy, nadmiernymi ilościami innych pokarmów nie ma celu, że, przeciwnie, jak to wykazali już dawno liczni autorzy, a zwłaszcza Nauyn i jego szkoła, zredukowanie wymogów, stawianych przemianie materji, drogą jaknajwiększych ograniczeń w odżywianiu, może nawet być korzystna dla chorych na cukrzycę, a zmniejszenie dowozu białka, w szczególności zaś mięsa, może w wielu przypadkach mieć daleko większe znaczenie, niż ograniczenie dowozu węglowodanów.

W ten sposób leczenie chorych na cukrzycę zgodnie z nowoczesnymi poglądami stało się zarazem ekonomiczniejszem, tem bardziej, im prędzej dało się tą drogą osiągnąć najbliższy cel kuracji, mianowicie usunięcie cukru z moczu. Wszak najnieekonomicznieszem będzie takie odżywianie chorych w cukrzycy, przy którym duża część energii, zawartej w pokarmach, roztrwoni się z powrotem jako cukier w moczu. Gdy zważymy, że chory na cukrzycę, pozostawiony bez opieki, zmuszony jest, wskutek potęgującego się uczucia głodu i pragnienia, przyjmować nadmierne ilości pokarmów, co stan jego pogarsza, to przyznamy, że najważniejszym zadaniem pod względem ekonomicznym, będzie wczesne rozpoznanie i odpowiednie leczenie cukrzyca.

Z tego powodu należy żądać, żeby każdy chory, zgłaszający się do lekarza z jakiegokolwiek powodu, miał zbadany również i mocz na cukier, czego właśnie niestety lekarze Kasowi, przepracowani i źle wynagradzani, przeważnie zaniedbują.

Skoro tylko lekarz stwierdził obecność cukru w moczu, powinien ustalić sobie pogląd na ciężkość danego przypadku, zestawiając ilość wydzielanego cukru na dobę z ilością przyjętego pokarmu w tym samym okre-

ście czasu. Próby z półtorachlorkiem żelaza nie powinno się również zaniedbywać.

Leczenie powinno być zawsze dostosowane do właściwości danego przypadku, a wyniki kontroliwać należy, badając nie tylko mocz, ale również i wagę chorego, jego samopoczucie i zdolność do pracy.

Przesadna dieta jest nieekonomiczna choćby z tego powodu, że może zmniejszyć fizyczną wydajność chorego.

Unormowanie dowozu pokarmu jest zawsze najważniejszym zadaniem leczenia. W przypadkach, które od razu można rozpoznać jako lekkie, wystarczy często nieznaczna zmiana diety, do której chory był przyzwyczajony; lekarz powinien jednak co do niej dokładnie się poinformować, ażeby, odcukrzając chorego, nie przeszkodzić mu w wykonywaniu pracy zawodowej.

Przeważne jednak zachodzi potrzeba zbadania właściwości danego przypadku drogą dokładnego określenia tolerancji. Jeżeli lekarz obeznany jest z metodami leczenia dietetycznego, a chory jest dostatecznie inteligentny i można mu zaufać, że będzie ściśle przestrzegał wskazówek ilościowych, to można określić tolerancję z łatwością nawet i poza szpitalem.

Często jednak w przypadkach lekkich, a zwłaszcza we wszystkich przypadkach średnio ciężkich, radzi się umieścić chorego w zakładzie, gdzie w ciągu kilku dni można ściśle określić zdolność tolerancyjną. Koszty pobytu w zakładzie i wynikła z tego tytułu strata zarobku powetują się w ten sposób, że leczenie racjonalne, oparte na uzyskanych ścisłych danych, da prędzej pożądany wynik. Należy jednak pamiętać, że tolerancja węglowodanów zależy nie tylko od pokarmów cukrotwórczych, wchodzących w skład pożywienia, ale i od reszty składników oraz innych wpływów, i z biegiem czasu może ulec zmianie.

Za punkt wyjścia dla przepisu dietetycznego, który można zresztą w miarę potrzeby modyfikować w tę lub inną stronę, obiera się zasadniczo pożywienie, zawierające 1 g. białka i około 25—35 ciepłotek na kilo wagi chorego, przy czem ogólna ilość pokarmu powinna być dostosowana do całości ustroju i pracy, wykonywanej przez chorego.

W przypadkach najłżejszych, w których wydzielanie cukru w stosunku do przyjmowanych węglowodanów jest tak nieznaczne, że można spodziewać się dużej zdolności tolerancyjnej, wystarczy narazie ograniczyć na przeciąg kilku dni węglowodany w pokarmach do ściśle określonej umiarkowanej ilości, np. do 100 g. i, zależnie od wyników, zmniejszać je dalej lub powiększać aż do granicy tolerancji.

Naogół jednak daleko łatwiej dochodzi się do celu we wszystkich przypadkach, bez specjalnych przeciwwskazań, jaką

jest przedewszystkiem wybitna kwasica, gdy rozpocząć od możliwie całkowitego skreślenia węglowodanów, a po zniknięciu cukru w moczu, co zwykle następuje po kilku dniach, dodawać ściśle obliczone, coraz większe dawki węglowodanów pod stałą kontrolą moczu, aż do osiągnięcia granicy tolerancji.

Jeżeli siły chorego i jego stan odżywiania ogólnego na to pozwala, to pod względem ekonomicznym może okazać się celowe jeszcze większe skrócenie okresu obserwacyjnego w ten sposób, że zaczyna się leczenie od znacznej redukcji ogólnej masy pokarmów, a nawet od dnia głodowego lub płynowego (Trinktage), przez co szybko uzyskuje się odcukrzenie i wtedy można podnieść dowóz pokarmu do pożądanej wysokości. Szybki efekt działa na chorego sugestywnie i usposabia go do dalszego ściśłego przestrzegania przepisów dietetycznych.

Zasadniczo należy wtedy tak unormować odżywianie, ażeby do w o z w ę g ł o d a n ó w stał poniżej granicy tolerancji, a ilość białka wystarczyła jedynie na utrzymanie równowagi białkowej w ustroju i tylko w razie potrzeby na niezbędną przyrost białka i żeby ilość t ł u s z c z u uzupełniała jedynie brakującą sumę ciepłotek. Ze względu na potrzebne ilości soli i witamin oraz celem zaspokojenia głodu, należy dawać choremu duże ilości pokarmów roślinnych, ubogich w węglowodany.

Co do białka, to właściwie można tylko małą część wymagalnej jego ilości podawać w postaci mięsa: 100—150 gr. mięsa dziennie wystarcza w zupełności dla większości chorych na cukrzycę. Nieraz zaleca się nawet dawać jeszcze mniej mięsa, a nawet zachowywać dni beźmięsne. Tłuste gatunki mięsa, jak wieprzowina, baranina i gęsiina są korzystniejsze ze względu na wysoką wartość odżywczą tłuszczu, pomimo iż cena ich jest wyższa. Zastępowanie mięsa rybami morskimi, nawet śledziami, które powinny być doskonale wymoczone, żeby nie pobudzać pragnienia, może również przyczynić się do zmniejszenia kosztów żywności. Brakującą ilość białek można z łatwością uzupełnić 2—3 jajami, 40—50 gr. sera i roślinami pokarmowymi, zawierającymi białko.

Co do t ł u s z c z ó w, to niekoniecznie powinno być na pierwszym planie kosztowne masło. Z powodzeniem można je zastąpić słoniną, szmalcem, tłuszczem roślinnym lub sztucznym (palmityna, margaryna w dobrym gatunku). Przy dowożeniu tłuszczu należy uwzględnić stan narządów trawienia. Nadmierne ilości tłuszczu są i dla diabetyków niekorzystne, chociaż nie powiększają cukru w moczu. Rzadko kiedy zachodzi potrzeba dawania więcej niż 120—150 gr. tłuszczu.

Tłuszcz, zawarty w mięsie, jajach i serze powinien być również brany w rachubę.

Co do w ę g ł o d a n ó w, to przez cały czas ustalania odpowiedniej diety najlepiej jest dawać je wyłącznie w postaci chleba; później już można, w miarę potrzeby, zastępować chleb innymi pokarmami mącznymi, jak np. 100 gr. kartofli = 40 gr. chleba, 100 gr. kaszy, kaszki lub ryżu = 150 gr. chleba i 100 gr. preparatów owsianych (które zawierają nieco więcej tłuszczu) = 130 gr. chleba. Jarzyny strączkowe (groch, soczewica, fasola) stoją w przybliżeniu na równi z chlebem co do zawartości węglowodanów, różnią się jednak większą zawartością białka.

Różnica ilości węglowodanów w rozmaitych gatunkach chleba nie ma żadnego znaczenia praktycznego. Różnica ta nie jest większą od różnicy wody przy rozmaitych sposobach wypieku. W wyborze gatunku chleba może rozstrzygnąć raczej stan narządów trawienia. Gorsze wykorzystywanie węglowodanów w chlebie gruboziarnistym (razowy, Grahama, pełnoziarnisty), pokrywa się przeważnie tem, że chorzy w przekonaniu, że te gatunki chleba są dla nich zdrowsze, spożywają je w większych ilościach. Z tego też powodu różne zamiastki chleba okazały się szczeró'nie niekorzystne dla diabetyków. Wszystkie rodzaje pieczywa dla diabetyków są całkowicie zbędne i przeto nieekonomiczne. Różnica zawartości w nich węglowodanów jest przeważnie tak mała, że daje się łatwo zastąpić przez nieznaczne zmniejszenie ilości chleba. Pieczywo, nie zawierające niemal zupełnie węglowodanów, jak chleb glutenowy, nie może być uważane za chleb, choć zewnętrznie do chleba jest podobne. Chleb razowy i sucharki nie mają żadnej wartości dla diabetyków, chociażby brano w rachubę zmniejszoną w nich zawartość wody i stosownie do tego przepisywano mniejszą ilość na wagę. Skaramelizowane węglowodany, chociaż mają się łatwiej (?) asymilować, jednak-

że nie są korzystniejsze dla chorych z tego powodu, że rozszczepiony przez przegrzanie krochmal rozpuszcza się łatwiej i wchłania szybciej.

Węglowodany, zawarte w jarzynach, zalecanych chorym na cukrzycę (wszelkie gatunki kapusty, szpinak, bóbwinia, groch szablasty, ogórki, pomidory i t. d.), oblicza się wobec trudniejszej ich przyswajalności w stosunku 3% wagi, chociaż odsetek ich jest większy. Zdobywanie ich w sezonie zimowym na Kresach Wschodnich stanowi, być może, największy szkopuł ekonomiczny przy odżywianiu się chorych na cukrzycę. Przymusowe ograniczanie się do tanich i łatwych do zdobycia gatunków kapusty daje w rezultacie nieprzewidywalny wstręt do spożywania jednostajnego pokarmu. Przy dobrej woli jednakże i wytłumaczeniu chorym, że potrawy te są dla nich konieczne, można pokonać trudności, zwłaszcza o ile potrawy te się nieco urozmaici i odpowiednio przyprawi. Można chorym pozwolić również na niewielką ilość o w o c ó w, jako że zawarty w nich cukier owocowy łatwiej się asymiluje nawet w ustroju chorym na cukrzycę.

Co do napojów, to należy przedewszystkiem całkowicie zabronić piwa. Umiarkowane ilości napojów alkoholowych, nie zawierających cukru, mogą być w wyjątkowych razach, gdy chodzi o przeprowadzenie kuracji drogą niedokarmienia, korzystne dla diabetyków; nie należy ich jednak zalecać do stałego używania. Co do zamiastek kawy, to należy uwzględnić w nich zawartość słoju. Pierwszeństwo należy się naogół lekkiej herbacie. Mleko powinno być dawane zasadniczo w mniejszej ilości (1/4—1/2 litra), przyczem należy uwzględnić, jak dany organizm je znosi. Zawartość węglowodanów w mleku nie bierze się całkowicie w rachubę wobec tego, że cukier mleczny, po rozszczepieniu, tylko w połowie przechodzi w cukier gronowy. Drugi produkt odszczepienia—galaktoza—asymiluje się w umiarkowanych ilościach przez diabetyków, zarówno jak lewuloza; przy stałym jednak użyciu może także dać zwiększenie ilości glikogenu i przez to pośrednio wywołać większy cukromocz. Śmietanka jest dla cukrzycowych odpowiedniejsza od mleka, ale stosunkowo droższa. A jednak w gospodarstwie z liczną rodziną można zawsze z nabywanej codziennie ilości mleka zebrać nieco śmietanki dla jednej osoby bez specjalnych kosztów. Mleko zbierane, a tembardziej maślanka nie nadają się zupełnie dla chorych cukrzycowych, ponieważ zawierają minimum tłuszczu przy całkowitej zawartości cukru. W mleku z siadłem tylko drobna część cukru (1/5—1/6) ulega fermentacji; mleko takie nie może być przeto zalecone dla chorych na cukrzycę.

Uwzględniając powyższe warunki, udaje się, przy dobrej woli, w większości przypadków, z wyjątkiem najcięższych, zastosować nawet w niekorzystnych warunkach zewnętrznych diety, przy której chorzy tracą cukromocz i dolegliwości, zachowując pełnię zdolności do pracy. Za przykład niechaj służy następująca tablica:

	Białko	Tłuszcz	Węglowodany	Ciepłoty
100 g. mięsa (zważonego po ugotowaniu) . . . . .	25 g.	8 g.	— g.	175
3 jaja . . . . .	18 "	16 "	0,5 "	225
40 g. sera . . . . .	10 "	12 "	1,0 "	150
120 g. masła, szmalcu lub innego tłuszczu . . . . .	0,5 "	100 "	0,5 "	900
600 g. jarzyn . . . . .	10 "	1 "	18,0 "	150
50 g. chleba . . . . .	3 "	—	25,0 "	115
1/2 litra mleka . . . . .	4,5 "	5 "	5,0 "	85
	65 g.	142 g.	50 g.	1800

Jeżeli chorego już nie można odcukrzyć na stałe, to przynajmniej należy dążyć do tego, żeby cukru wydzielało się jaknajmniej, i co pewien czas, chociażby raz do roku, przeprowadzić jaknajściślej dietę i pozbyć się cukromoczu na czas krótki, co zawsze korzystnie się odbije na przebiegu choroby.

Bezwzględnie jednak należy całkowicie odcukrzyć chorego w razach powikłań, zależnych, jak wiadomo, od hyperglykemji, jako to: nerwobóle, świerzbiączka (pruritus), przyszczycza, czyraki, zapalenie żołądźi (balanitis), ropotok zębodołowy i inne sprawy ropne, a nawet skłonność do zgorzeli. Jeżeli nawet w takich przypadkach możnaby usunąć

cukromoczą i hyperglykemię drogą samego przepisu dietetycznego, to jednakże ze względu na związane z dietą niedokarmianiem lub nawet głodzeniem i upadek zdolności do pracy, oraz celem przyspieszenia wyzdrowienia z powikłań można czasowo zastosować insulinę. Insulina w ostatnich czasach staniała o tyle, że koszt jej, stosunkowo jeszcze dość znaczny, opłaca się sownie dzięki pokaźnemu skróceniu okresu choroby. Po zagojeniu się powikłania można insulinę odstawić bez obawy. Błędem jest przekonanie, rozpowszechniane przez wielu autorów, że insuliny nie można odstawić bez poważnego narażenia chorego. Dotyczy to tylko przypadków najczęściej szybko postępującej cukrzycy, w której węglowodany bez pomocy insuliny zupełnie się nie asymilują, a choroby, pozbawieni insuliny, prawdopodobnie wcaleby nie dożyli do tego okresu, kiedy byli w stanie je asymilować.

Przepisowe zastosowanie insuliny wskazane jest również przed zabiegami chirurgicznymi, gdy chodzi o usunięcie cukromoczu i hyperglykemi dla poprawy rokowania pooperacyjnego. Jeżeli cel ten dałoby się osiągnąć również i drogą ścisłej diety, to jednakże i wtedy insulina ma niezaprzeczoną wyższość, gdyż nie tylko usuwa cukromoczą, ale, umożliwiając przyswajanie węglowodanów i dozwalając, podawać większe ilości białka, podnosi odporność ustroju i bez wątpienia chroni od niebezpiecznych następstw uspienia oraz od śpiączki pooperacyjnej daleko pewniej, niż dieta ścisła. I w tych przypadkach można po zagojeniu się rany odstawić insulinę z punktu, zastosowawszy naprzód właściwą dietę.

W ciężkich przypadkach cukrzycy, w których mamy stale wydzielanie cukru nawet po całkowitem usunięciu węglowodanów z pokarmów oraz z naczonej ilości acetonu, kwasu acetonowego i oksymasłowego (nie każdy ślad acetonu należy uważać za objaw groźny!) — należy dostosowywać dietę z wielką ostrożnością. Nagłe pozbawienie chorego węglowodanów może tak podnieść kwasicę, że może się to stać bezpośrednią przyczyną śpiączki. Można oczywiście i w takich przypadkach zwalczać kwasicę z powodzeniem drogą niedokarmiania, kuracją „węglowodanów“, dietą owsiankową, mączną lub owocową w połączeniu z daniami jarzynowymi lub płynami, przyczem jaknajwiększe ograniczenie dowozu białka odgrywa tu rolę decydującą; odbywa się to jednak za każdym razem kosztem zdolności do pracy chorego i wobec tego musi być uznane za niekorzystne pod względem ekonomicznym. Rzadko kiedy udaje się w tych przypadkach, skoro już nastąpiła utrata zdolności do pracy, poprawić stan drogą dłuższej kuracji dietetycznej w zakładzie specjalnym na tyle, że chory będzie mógł na czas dłuższy powrócić do swego poprzedniego zajęcia, a jednak i wtedy przestrzeganie ścisłe przepisanego trybu życia poza szpitalem okazuje się dla chorego bardzo uciążliwym.

Właśnie z tych przypadków widać, jaki postępek w kuracji cukrzycy dała insulina. Podziwu godne jest wprost, jak w tych przypadkach cukrzycy, zwłaszcza gdy chodzi o wychudzonych i osłabionych osobników młodych lub męzczyzn, w sile wieku będących, właściwa i rozumnie przeprowadzona kuracja insulinowa poprawia stan odżywiania i sił chorego i przywraca mu utraconą zdolność do pracy.

Zdaje się, wprawdzie, że bardzo rzadko poprawa

przemiany materji pod wpływem insuliny jest na tyle trwałą, że można zaprzestać dalszego jej zastrzykiwania; jak również dziś jeszcze nie wiemy, jak długo można skutecznie pokrywać niedomogę wydzielniczą trzustki dowozem brakującego hormonu. Mogłoby przeto wydawać się wątpliwem, czy koszty kuracji insuliną w tych ciężkich przypadkach, które wymagają stałego jej zastrzykiwania, pokrywają się jako tako przez osiągnięty wynik. Nie ulega jednak żadnej wątpliwości, i przynajmniej to również wszyscy powołani do opieki nad materialnie niezasobnymi, że wartości utrzymania zdrowia i zdolności do pracy nie można pojmować, jako zwykłe zadanie arytmetyczne. Należy tylko życzyć, ażeby w przypadkach, gdy chory nie jest w możności osobiście ponieść kosztów insuliny, instytucje opieki, Kasy Chorych, Kasy Inwalidów, tak samo szczerze dostarczały środków na przeprowadzenie leczenia insuliną ciężkich przypadków cukrzycy bez widoków trwałej poprawy, jak czyniła to w stosunku do leczenia gruźlików, często nie pytając o to, jaki będzie wynik kuracji w poszczególnym przypadku. Ani tu, ani tam nie da się przeprowadzić ścisłej granicy pomiędzy przypadkami, rokującymi powodzenie, a beznadziejnymi, i w żadnym poszczególnym przypadku nie da się przewidzieć, czy poniesione wydatki będą odpowiadały uzyskanym wynikom. Przeciętny koszt kuracji insulinowej  $\frac{1}{2}$ —1 marki pro die przy cenach obecnych nie powinien powstrzymać od stosowania insuliny nawet i w tych przypadkach, gdzie istnieje możliwość tylko utrzymania chorego przy życiu.

Ze w razie grożącej lub już wyrażonej śpiączki cukrzycowej, w której dowóz wielkich ilości insuliny uznany być musi za niezawodny i nawet jedyny istotny środek, ratujący życie, powinna być ona zastosowana bez względu na koszty, nad tem niema co się nawet rozwodzić. Ta okoliczność, że, jak dotąd, insulina musi być podawana podskórnie, stanowi wprawdzie pewną trudność, daje się ona jednak pokonać. Inne sposoby stosowania insuliny, jak doustna lub najżykowa (perlingualna), muszą być ze względów ekonomicznych odrzucone\*).

Prócz preparatów, otrzymywanych z trzustki, niema na razie żadnego środka, któremu możnaby przypisywać jaki taki niezawodny wpływ na przebieg cukrzycy, choć wiele ich jest zachwalanych. Pomijając środki, które mogą niekiedy mieć zastosowanie w leczeniu powikłań lub dolegliwości, związanych z cukrzycą, wszystkie inne zachwalane leki, z wyjątkiem insuliny, muszą być uznane za błędne i nieekonomiczne.

Nie będziemy negowali pewnego wpływu źródeł leczniczych na cukrzycę. Jednakże działanie ich nie jest tak doniosłe, żeby nie dało się osiągnąć tych samych wyników omówionymi tu metodami leczenia. Nadto wyniki kuracji w uzdrowiskach zależą nie tylko od wpływu swobodnego wody mineralnej, ale również i od wielu innych okoliczności, na które sobie nie mogą pozwolić chorzy, rozporządzający ograniczonymi środkami materialnymi. Leczenie w kąpielowych miejscowościach naogół nie nadaje się dla chorych, zmuszonych do oszczędzania.

(Z upoważnienia autora przetłumaczył W. Knapp).

## Z klinik, szpitali i pracowni.

### Chromoneuroskopia.

Podał

Edward FLATAU.

(Doniesienie tymczasowe).

Prawie od 30 lat zajmowano się sprawą stosunku, jaki zachodzi pomiędzy rozmaitemi substancjami, krążącymi we krwi, a mózgiem, zwłaszcza zaś płynem mózgowo-rdzeniowym. Miano tutaj na myśli bądź neurotropizm, bądź t. zw. przepuszczalność tych substancji w stosunku właśnie do płynu mózgowo-rdzeniowego.

Na drodze doświadczalnej Ehrlich (1887) wprowadził do krwi cały szereg barwników, bądź z grupy barwników zasadowych (fuksynę, auraminę, chryzoidynę, błękit metylowy i in.), bądź pierwotne kwasy barwnikowe oraz nitrozwiązki

(eozynę, fluoresceinę, alizarynę, aurancję i in.), bądź wreszcie — sarkokwasy (fuksynę kwaśną, azurynę kwaśną, bordeaux, congo i in.). Z badań tych wynikało, że pierwsza grupa jest najbardziej neurotropiczna, druga mniej, wreszcie trzecia nie wykazuje żadnej skłonności do barwienia mózgu. Samo barwienie dotyczyło wyłącznie istoty szarej, nigdy zaś białej. Z badań tych okazało się więc, co jest rzeczą zastanawiającą ze względu na badania moje własne, że np. fuksyna kwaśna nie wykazywała żadnego powinowactwa do istoty mózgowej.

\*) Co do szczegółów (techniki, wskazań i t. d.) leczenia insuliną chorych na cukrzycę odsyłam do pracy mojego obecnego współpracownika i kierownika mojej kliniki prywatnej Dr. E. Förstera, Neuenahr: „Die Insulinbehandlung Zuckerkranker“ (nakład F. Bergmanna).

Znacznie większą uwagę zwrócono jednak na stosunek substancji, krążących we krwi, do płynu mózgowo-rdzeniowego. W r. 1899 S i c a r d wraz z W i d a l e m i M o n o d e m zajęli się sprawą t. zw. przepuszczalności i doszli do przekonania, że w stanie normalnym ani aglutyniny, ani jodek potasowy nie przechodzą ze krwi do płynu mózgowo-rdzeniowego. Natomiast w niektórych stanach patologicznych, jako to w zapaleniu opon gruzliczym, można stwierdzić przejście jodku do tego płynu. Sprawą przepuszczalności zajęli się i inni badacze, zarówno w zapaleniu opon gruzliczym, jak i epidemicznym, luetycznym, w padaczce, mocznicy, w władze rdzenia, porażeniu postępującym i t. d. (M e s t r e z a t, K a f k a, R e d l i c h—P o e t z l—H e s s, B r i s s a u d—B r é c y i in.). Podstawę teoretyczną tego zagadnienia stanowiło wyjaśnienie samej istoty tej przepuszczalności. Niektórzy sądzili, że ową barjerę między krwią a płynem mózgowo-rdzeniowym stanowią opony miękkie (S i c a r d: *perméabilité ménagée, membrane arachnoïde-piémérienne*), inni główną rolę przypisywali splotom naczyniastym (M e s t r e z a t: *perméabilité choroidienne, Goldmann*). S t e r n i G a u t i e r mówią o *barrière hémato-encéphalique*, rozumiejąc pierwotnie pod tem określeniem całość formacji takich, jak sploty naczyniaste, głązki, wyściółka, szyszynka i in. Ostatnio S t e r n skłania się do poglądu M o n a k o w a, że główną rolę odgrywa tutaj splot naczyniasty. Z y l b e r l a s t-Z a n d o w a doszła jednak do wniosku, że rolę ochronną należy w zupełności przywrócić oponom mózgowo-rdzeniowym, w pierwszej linii oponie naczyniowej, specjalnie zaś znajdującym się w niej histiocytom.

W tem krótkim doniesieniu nie mam zamiaru poddać ocenie krytycznej wszystkich tych zagadnień. Pragnąłbym jednak zwrócić uwagę na niezmierną doniosłość poruszanych tutaj spraw, zarówno pod względem biologicznym, jak i patologicznym. Nie ulega wątpliwości, że w stanie normalnym niektóre substancje, zarówno ulatniające się (chloroform, aceton, wyskok i inn.), jak i nieulatniające się (chlorek lub bromek sodowy, żelazocyan) przechodzą ze krwi do płynu mózgowo-rdzeniowego. Niektóre jednak związki nie przechodzą w stanie normalnym do owego płynu, natomiast przechodzą w stanie patologicznym.

W doniesieniu niniejszem chodziło mi głównie o podanie odpowiednich metod, czyli prób, za pomocą których można przeprowadzać badania, zarówno w kierunku fizjologicznym, jak i patologicznym. Metodę określenia w płynie mózgowo-rdzeniowym jodku M e s t r e z a t nazywa kapryśną. Badacz ten podaje natomiast metodę określenia chemicznego azotanu (natrium nitratum). K a f k a (1910), ostatnio zaś J e r v e l l, posługiwali się uraniną, stanowiącą połączenie amoniakowe fluoresceiny. K a f k a podawał chorym 5 do 8 gramów uraniny w czarnej kawie. Następowo zabarwienie żółte skóry i błon śluzowych. Jednocześnie stwierdzano w stanie normalnym, a jeszcze intensywniej w stanach chorobowych (np. w porażeniu postępującym) zabarwienie płynu mózgowo-rdzeniowego. Naogół jednak reakcja ta występowała słabo. Ostatnio (1925) W a l t e r postępuje się, jako metodą badania, określeniem na drodze chemicznej stosunku bromku w krwi do tegoż ciała w płynie mózgowo-rdzeniowym. S t e r n i B a a t a r d, badając wpływ toksyn na przepuszczalność barjery krwio-mózgowej, używali jako metody pikrynianów i rodanku sodowego, które normalnie przechodzą przez ową barjerę, z drugiej zaś strony stosowali żelazocyanek sodowy, który normalnie nie przechodzi do płynu mózgowo-rdzeniowego.

Na podstawie badań własnych, prowadzonych zarówno na zwierzętach (królikach), jak i na ludziach, zatrzymałem się na 2 próbach, z których pierwsza nadaje się do badań doświadczalnych na zwierzętach, druga zaś może znaleźć zastosowanie, zarówno w badaniach na zwierzętach, jak i na materiale ludzkim.

Pierwsza z tych prób jest zbliżona do tej, którą posługiwali się S t e r n — G a u t i e r — B a a t a r d. Próba ta polega na tem, że królikowi wstrzykuje się dożylnie 1% rodu a n e k a m o n u. Następnie dokonywa się przekłucia podpotylicznego i płyn mózgowo-rdzeniowy zbiera się do szalki porcelanowej, zawierającej 10% chlorek żelaza. Jeżeli zastrzykniętą królikowi dożylnie 20 cm.<sup>3</sup> 1% rodanku amonu, dokonając owego przekłucia i zbierając krople płynu mózgowo-rdzeniowego, w pewnych odstępach czasu, do szalki porcelanowej z chlorkiem żelaza, to po upływie 5 minut (licząc od iniekcji rodanku) nie następuje widoczna reakcja. Natomiast, zaczynając od 10,

tworzy się w szalce wyraźny osad brunatny, który z czasem się nasila. Już mniejsze ilości rodanku amonu, zastrzyknięte dożylnie, dają odczyn z chlorkiem żelaza, tylko słabszy i po dłuższym odstępie czasu. Reakcja ta następuje również po iniekcji podskórnej większej ilości roztworu rodanku. Znaczący należy, że, zależnie od większego lub mniejszego uczulenia królika, występują, przy iniekcji dożylnie, drgawki o charakterze ogólnym, lub — rzadko — połowicznym. Przeważnie drgawki te są przejściowe, jakkolwiek mogą one zakończyć się śmiercią. Przy stosowaniu tej próby otrzymuje się więc z jednej strony reakcję chemiczną, z drugiej zaś wywołuje się przy pomocy dawkowania napady drgawkowe. U królików dużych (2½ — 3 kilogr. wagi) drgawki powstają w tych wypadkach, w których ilość wlewanego dożylnie 1% roztworu rodanku amonu zaczyna przekraczać 20 cm.<sup>3</sup> (a więc 25, 30 i t. d.). Próba ta nadaje się m. inn. do badania na zwierzętach problemu padaczkowego.

Druga próba jest czysto barwnikowa i może być stosowana zarówno u zwierząt, jak i u człowieka. Polega ona na tem, że zastrzykuje się królikowi dożylnie 5 cm.<sup>3</sup> 5% roztworu fuksyny kwaśnej (Fuksyna S) i dokonywa się po upływie 30 minut przekłucia podpotylicznego. Płyn mózgowo-rdzeniowy zbiera się do szalki porcelanowej. Otóż jeżeli płyn mózgowo-rdzeniowy zbierać do szalki, nie zawierającej żadnego reaktynu, to nie powstanie żadne zabarwienie. Jeżeli zaś do szalki porcelanowej wlać uprzednio reaktyn, który ustaliłem jako mieszaninę kwasu solnego ze spirytusem (1 część kwasu solnego na 9 części 95% wyskoku), w takim razie nastąpi słabe zabarwienie fioletowe. Jednym słowem u normalnego królika udaje się otrzymać zupełnie pewne zabarwienie przyżyciowe płynu mózgowo-rdzeniowego. Zabarwienie to można stwierdzić wcześniej, a mianowicie już po 10 minutach, jednakowoż wybitniejsze jest ono po upływie 30 minut. Iniekcja podskórna fuksyny kwaśnej daje również tę reakcję barwną, jednakowoż w stopniu słabszym. Również słabsze roztwory tej fuksyny (nawet 1%), stosowane dożylnie, dadzą zabarwienie płynu mózgowo-rdzeniowego, zebranego do powyższego reaktynu (kwas solny w alkoholu). Na podstawie wielu doświadczeń doszedłem jednak do ustalenia normy najlepszej: 5 cm.<sup>3</sup> 5% fuksyny S. W doniesieniu obecnem pomijam te doświadczenia, za pomocą których starałem się wpłynąć wzmacniająco lub osłabiająco na wynik próby.

Przechodząc do materiału ludzkiego, rozpocząłem doświadczenia od bardzo małych dawek. Przekonałem się, że i tutaj najwłaściwszą jest dawka 5 ctm.<sup>3</sup> 5% fuksyny kwaśnej. Dzieciom wstrzykuje się od 2 do 3 ctm.<sup>3</sup>. Iniekcje stosujemy na oddziale śródmięśniowo, jakkolwiek zastrzykiwania dożylna są również dobrze znoszone. U chorych stosuje się ową iniekcję barwnikową do mięśni pośladkowych i następnie, po upływie pewnego czasu, dokonywa się przekłucia łądźwiowego i płyn zbiera do szalki porcelanowej, do której uprzednio wlewa się reaktyn (kwas solny + 95% wyskok). Zwykle przekłucia łądźwiowego dokonywa się w 1 — 1½ godziny po iniekcji fuksyny. O ile jednak pragnie się prześledzić stopniowe występowanie reakcji barwnej, lepiej dokonać przekłucia, pozostawić igłę na miejscu, następnie zastrzyknąć fuksynę i co 5-10 itd. minut wlewać kilka kropli płynu mózgowo-rdzeniowego do szeregu szalek z reaktywem. Intensywność zabarwienia można określać jako bardzo słabą, słabą, mocniejszą i bardzo mocną.

Zarówno dla oddziału, jak i dla badań na zwierzętach ustaliłem skalę kolorometryczną w ten sposób, że w długich i wąskich rurkach szklanych (podobnych do rurki w hemoglobinometrze S a h l i e g o) mieści się gliceryna, zabarwiona kwaśną fuksyną.

Nr I	skali odpowiada	1 : 50.000
" II	"	1 : 100.000
" III	"	1 : 300.000
" IV	"	1 : 500.000

Dotąd próby tej dokonałem u 30 chorych (histerja, porażenie połowiczne mózgowo, encephalitis lethargica, parkinsonismus, stwardnienie rozsiane, poliomyelitis, nowotwór przysadki, wad rdzenia, paraliż postępujący, zapalenie opon gruzlicze i epidemiczne). Jak dotąd próba wypadła dodatnio wyłącznie w zapaleniu opon epidemicznym i gruzliczym.

Trzy krzywe wykazują to wyraźnie. Pierwsza z nich (Fg. 1) odnosi się do 7-miesięcznego dziecka, które przed trzema tygodniami zapadło na epidemiczne zapalenie opon.

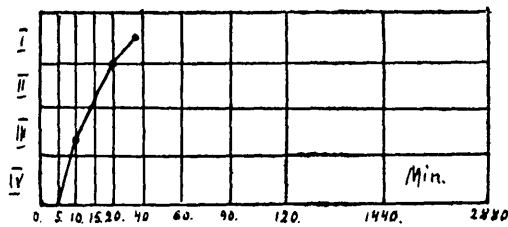


Fig. 1.

Po pierwszych 5 minutach próba wypadła ujemnie, po 10 — słabo dodatnio, po 15 — 20 mocno.

Druga krzywa (fig. 2) odnosi się do 5-miesięcznego dziecka, które przed 18 dniami zapadło na tę samą chorobę.

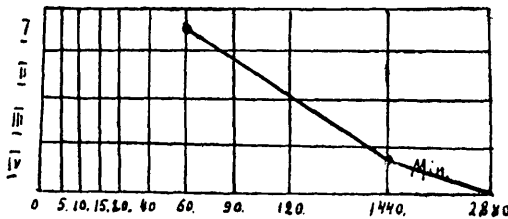


Fig. 2.

Próba, dokonana w godzinę po zastrzyknięciu fuksyny wykazała mocne zabarwienie (Nr. I skali), które było jeszcze wyraźne, jakkolwiek znacznie słabsze, po upływie 24 godzin. Po 48 godzinach próba wypadła ujemnie.

Trzecia krzywa (fig. 3) odnosi się do 13-letniego chłopca, który zapadł na zapalenie gruczłowe opon przed 2 tygodniami.

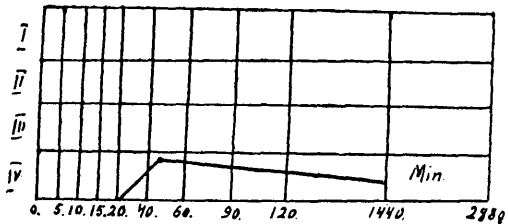


Fig. 3.

Po 25' próba wypadła ujemnie, po 45' — słabo, lecz wyraźne i intensywność zabarwienia mało się zmieniła po 24 godzinach.

Zaznaczę, że w jednym przypadku zapalenia opon gruczłowego u człowieka starszego próba wypadła słabiej, gdyż jeszcze po upływie 1 — 1½ godziny zabarwienie było minimalne. Wogóle w meningitis tuberculosa intensywność zabarwienia była jak dotąd, słabsza, aniżeli w meningitis epidemica.

Jednakowoż muszę dodać, że w jednym przypadku zapalenia opon, prawdopodobnie epidemicznego, próba fuksynowa wypadła z początku ujemnie. Przypadek ten dotyczył 6-letniego chłopca, u którego choroba rozpoczęła się przed dwoma dniami. Na trzeci dzień choroby wypadło pierwsze przekłucie łądźwiowe. Wykazało ono płyn mętny (2048 neutrof.łów). Próba fuksynowa wypadła ujemnie. Przypadek ten przebiegał niezwykle łagodnie. Dziecko było zupełnie przytomne. Po pierwszym właniu surowicy płyn stał się (4-go dnia choroby) klarowny i zawierał tylko 208 leukocytów (w tej liczbie już 64 limfocyty). Na piąty dzień choroby ciepłota spadała poniżej 37°. Szóstego dnia zastrzyknięto 4 cm.<sup>3</sup> fuksyny do żyły, dokonano przekłucia łądźwiowego i wtedy próba wypadła dodatnio (odpowiadała Nr. II skali kolorometrycznej). Zarówno ten przypadek, jak i inne wykazały, iż sama pleocytoza i jej intensywność nie stanowią jeszcze o przepuszczalności barjery między krwią a płynem mózgowo-rdzeniowym. Ujemność próby fuksynowej, przy istnieniu pleocytozy, uważać raczej należy za objaw prognostycznie dodatni dla sprawy oponowej.

Co do wyniku próby, zależnie od tego, czy fuksynę zastrzyknąć śródmięśniowo, czy też dożylnie, to trudno mi jest w danej chwili dać odpowiedź pewną, ze względu na niedo-

stateczną liczbę przypadków. Naogół zastrzykujemy barwnik domięśniowo i tylko w przypadkach wątpliwych stosujemy również iniekcję dożylną. Jak dotąd, iniekcja fuksyny dożylna dała wynik dodatni również wyłącznie w zapaleniu opon. Natomiast w kilku przypadkach, dotyczących władu rdzenia, porażenia postępowego (bez pleocytozy), encephalitis lethargica, próba wypadła ujemnie (przekłucia dokonano w 1 3/4 godziny po iniekcji barwnika).

Muszę podkreślić, że w tych przypadkach zachorzenia metaluetycznego, w których dotąd próby te stosowałem, nie było pleocytozy (przypadki przestarzałe) i że, być może, od tego jest zależny wynik ujemny próby. W każdym bądź razie, jak dotąd nie otrzymano wyniku dodatniego (z wyjątkiem zapalenia opon gruźl. i epidem.), o ile zastrzyknąć śródmięśniowo nie więcej niż 5 ctm.<sup>3</sup> 5% kwasnej fuksyny i płyn mózgowo-rdzeniowy zbierać do reaktywu po upływie 1 — 2 godzin. Nie mogę natomiast twierdzić stanowczo na podstawie doświadczenia dotychczasowego, czy większa ilość barwnika lub większa odległość czasu między iniekcją fuksyny a wypuszczeniem płynu mózgowo-rdzeniowego nie da próby dodatniej w innych również cierpieniach, a nawet u człowieka normalnego (jak to się dzieje u królika). W granicach jednak, wskazanych powyżej próba ta nadaje się do badań klinicznych. Powstają tutaj problemy zachowania się tej próby w miarę zdrowienia w zapaleniu epidemicznym, następnie w przypadkach podrażnienia opon (t. zw. meningismus), zarówno w sprawach infekcyjnych (dur, zapalenie płuc i inn.), jak i w stanach zapalnych ucha, w sprawach nowotworowych mózgu z zajęciem opon i t. d.

Nadmieniam, że płyn mózgowo-rdzeniowy (po dokonanej iniekcji fuksynowej) może być doskonale użyty do zwykłych prób klinicznych. Należy tu więc część tego płynu użyć do tych prób, inną zebrać do reaktywu z kwasem solnym dla określenia próby barwnej. Co do tej ostatniej, to należy przypuszczać, że w przypadkach odpowiednich chromogen fuksyny przenika do płynu mózgowo-rdzeniowego, nie dając mu jednak zabarwienia i dopiero pod wpływem reaktywu powstaje barwa fioletowa.

Cały ten dział metodologiczny, w którym za pomocą reakcji barwnych ze strony płynu mózgowo-rdzeniowego dąży się do określenia stanów bądź fizjologicznych, bądź patologicznych układu nerwowego ośrodkowego, a właściwie owej wskazanej powyżej barjery krwio-mózgowej, możnaby nazwać chromoneuroskopją.

Pierwszą z podanych wyżej prób, nadającą się, jak dotąd, do badań doświadczalnych nad zwierzętami, możnaby oznaczyć, jako rodankową próbę chromoneuroskopową, drugą zaś, nadającą się również do badań klinicznych, — jako fuksynową próbę chromoneuroskopową.

## Z oddziału chorób nerwowych w szpitalu na Czystem.

(Ordynator: Dr. E. FLATAU).

### Degeneratio genito-sclerodermica.

Podał

S. BAU-PRUSSAKOWA (Warszawa).

Jakkolwiek objawy niedomogi jajników pod postacią przedwczesnej utraty miesiączki w przebiegu twardziny skóry znane były już dawno (Hillaret 1872, Grünfeld 1894), to jednak dopiero w ostatnich czasach zaczęto zwracać uwagę na tego rodzaju zespoły. Okazało się, że twardzina skóry może się łączyć nie tylko z objawami ze strony jajników, lecz i wszystkich gruczołów wewnątrzwydzielniczych, wskutek czego powstają postaci chorobowe o najrozmaitszym obrazie klinicznym, zależnym od liczby zajętych gruczołów, jak również od ich ugrupowania.

Jedną z takich postaci chorobowych jest zespół objawów niedomogi gruczołów płciowych i twardziny skóry, nazwany przez Noordena Degeneratio-genito-sclerodermica.

Noorden spostrzegł to cierpienie u młodych dziewcząt, u których po przebyciu jakiegokolwiek choroby zakaźnej przerywała się miesiączka i równocześnie rozwijała się twardzina skóry.

Zanim jeszcze Noorden ogłosił swoje spostrzeżenia, dotyczące tego cierpienia, opisane zostały przez innych autorów przypadki, które niewątpliwie zaliczyć należy do tej samej grupy, jakkolwiek różnią się one pod pewnymi względami od przypadków Noordena. Tak, w przypadku Huiimana, dotyczącym kobiety, która raz rodziła i 2 razy roniła, wystąpiły w 2 lata po poronieniu objawy ze strony tarczycy (wypadanie włosów, brak potów) i ze strony nadnerczy (adynamja, brunatne zabarwienie skóry). Równocześnie ustała miesiączka i rozwinęły się objawy twardziny skóry.

W przypadku Flescha u 25-letniej kobiety ustała miesiączka i wystąpiły objawy twardziny skóry; objaw Chwostka zaś przemawiał za schorzeniem gruczolów przytarczycowych.

Oba więc przypadki dotyczą nie dziewcząt, lecz kobiet, u których cierpienie rozwinęło się niezależnie od chorób zakaźnych, zaś obraz kliniczny przekracza granice, nakreślone przez Noordena, gdyż obok objawu niedomogi jajników obie chore wykazywały objawy ze strony innych gruczolów wewnątrzwydzielniczych. Ostatnia różnica jednak jest tylko pozorna, gdyż, jak słusznie zauważył Sterling, w opisie choroby, podanym przez Noordena, znajdują się wzmianki, świadczące o schorzeniu nadnerczy (astenia), tarczycy (wychudzenie) oraz trzustki (steatorrhoea).

W przypadkach, ogłoszonych w ostatnich latach przez Wł. Sterlinga, mamy również do czynienia z niedomogą wielogruczową, jakkolwiek objawy niedomogi jajników występują wraz z twardziną skóry na plan pierwszy.

W dwóch przypadkach Sterlinga cierpienie rozwinęło się u młodych dziewcząt, w wieku od 18 do 22 r. życia, w jednym zaś — u 25-letniej kobiety, która przez 2 tygodnie żyła z mężem.

We wszystkich przypadkach miesiączka wystąpiła późno (w 14—17 roku życia) i po paru latach ustała. We wszystkich przypadkach stwierdzono zanik narządów rodnych. Dwie chore wykazywały objawy ze strony tarczycy (zespół Basedowa) i nadnerczy, jedna zaś ze strony tarczycy (myxoedema) i przysadki mózgowej (diabetes insipidus). Objawy twardziny skóry były bardzo wybitne.

Widzimy więc, że przypadki te bardziej od przypadków poprzednich zbliżone są do przypadków Noordena, zarówno ze względu na wiek chorych, jak i na związek między ostrą chorobą zakaźną a wystąpieniem pierwszych objawów (w jednym przypadku cierpienie wystąpiło w dwa miesiące po czerwonce).

Jak widać z przytoczonej kazuistyki, liczba ogłoszonych dotychczas przypadków degener. genito-sclerodermicae jest bardzo skąpa, dlatego też ogłoszenie naszych przypadków nie wyda się zbytecznym.

Przykład I. Chora W. R. lat 20. Choroba rozpoczęła się w 15 roku życia od bólów w stawach kończyn dolnych i górnych. Stawy były początkowo obrzmiałe. Od początku choroby sinieją palce rąk i nóg, zwłaszcza na zimnie, podczas tego chora odczuwa klucie w końcach palców. Przed dwoma laty wystąpiło ciemno-brunatne zabarwienie skóry na szyi. W pół roku potem (po przebyciu duru brzuszego) skóra na dużej przestrzeni stała się brunatna i błyszcząca. Od paru miesięcy silne pocenie się dłoni i stóp. W ostatnich czasach bicie serca. Podczas choroby schudła.

Bezpośrednio przed wybuchem choroby chora została zgwałcona, poczem straciła miesiączkę (w ciążę nie zachodziła). Po paru miesiącach menstruacja powróciła, lecz po przebyciu duru brzuszego przerywała się ponownie; pierwsza miesiączka w 14-ym roku życia, aż do czasu choroby regularna. Chora pochodzi ze zdrowej rodziny; była dotąd zdrowa.

St. praesens. Wzrost wysoki, budowa kośćca drobna; odżywianie upośledzone. Klatka piersiowa płaska, wąska. Gruczoły mleczne słabo rozwinięte (jak u 14-letniej dziewczynki).

Owłosienie pod pachami i na spojeniu łonowym skąpe. Owłosienie głowy obfite; rzęsy długie, gęste. Tarczycza, być może, trochę powiększona. Skóra na głowie owłosionej, na twarzy, szyi, tułowi i w mniejszym stopniu na kończynach górnych i dolnych ciemno-brunatno zabarwiona. Tylko na klatce piersiowej z przodu, między obojczykami a wyrostkiem mienicyklatowym, zabarwienie jest jaśniejsze, niejednolite (na jasnym tle wysepki koloru kawowego). Skóra w tem miejscu błyszcząca. Na dłoniowej powierzchni rąk zabarwienie normalne; na powierzchni grzbietowej zabarwienie brunatno sięga do połowy pierwszych paliczków.

Skóra na czole, poza ciemnym zabarwieniem, zmian nie wykazuje; natomiast na nosie i na twarzy jest zgrubiała, błyszcząca, nie daje się ująć w fałdy. Takie same zmiany wykazuje skóra na tułowi i na całych kończynach dolnych i górnych, z wyjątkiem okolicy mięśni naramiennych i zagłębienia łokciowego.

W okolicy stawów napiętkowych i na grzbietowej powierzchni dłoni i palców skóra jest błyszcząca i wybitnie ścieńczała, dłonie i stopy sinę; chwilami sinica się wzmagają, występuje zimny pot. Tętno 108. Ciepłota normalna. Wzmoczona potliwość.

Mocz bez białka i cukru. Odczyn Pirqueta dodatni. Odczyn Wassermann'a z krwi ujemny.

Narządy wewnętrzne normalne. W narządach rodnych zmian nie stwierdzono (kol. Łaska—Abramowicz).

Mamy zatem do czynienia z chorobą 20-letnią, która w 15 roku życia, po silnym wstrząsie (zgwałcenie), straciła na jakiś czas miesiączkę. Niedługo potem wystąpiło jakieś nieokreślone bliżej cierpienie stawowe w kończynach górnych i dolnych oraz zaburzenia naczynioruchowe i wydzielnicze w dłoniach i stopach. Po 3 latach zjawilo się brunatne zabarwienie skóry oraz pierwsze objawy twardziny skóry. Chora drobnej budowy wykazuje znaczny niedorozwój drugorzędnych cech płciowych, wychudzenie, wzmoczoną potliwość, częścicowe unieruchomienie niektórych stawów, tachykardię oraz bardzo wybitne zmiany skóry, i to trojakiemu rodzaju: 1) zmiany, odpowiadające twardzinie skóry, obejmujące twarz, tułów i prawie całe kończyny; 2) brunatne zabarwienie, jak w chorobie Addisona; 3) zaburzenia naczynioruchowe i wydzielnicze na dłoniach i stopach (głównie w palcach), pod postacią stałej sinicy, wzmagającej się napadowo, i wzmoczonego pocenia się tych odcinków. A zatem (obok twardziny skóry i t. zw. zespołu eunuchoidalnego (niedorozwój drugorzędnych cech płciowych, amenorrhoea), mamy tu objawy, świadczące o zajęciu innych gruczolów wewnątrzwydzielniczych. Tachycardia, wychudzenie, wzmoczona potliwość przemawiają za schorzeniem tarczy; brunatne zabarwienie skóry najwidoczniej zależne jest od nadnerczy.

Trudniejsze do wytłomaczenia są zaburzenia naczynioruchowe i zmiany stawowe.

Wiadomo, że napadowe sinienie obwodowych odcinków kończyn jest jednym z wczesnych objawów choroby Raynaua (asphyxie locale), która niekiedy łączy się z twardziną skóry. Wiemy również, iż w przebiegu twardziny skóry zdarzają się zaburzenia naczynioruchowe, przypominające tylko symptomatycznie chorobę Raynaua.

Sterling, który w jednym ze swych przypadków spostrzegł takie same zaburzenia, na zasadzie braku bólów i braku napadowego blednięcia (syncope locale), wyłącza chorobę Raynaua i uważa je za zespół naczynioruchowy, zależny od wzmoczonej czynności tarczycy lub czynnościowej niedomogi przysadki mózgowej.

Jakkolwiek jednak napady bólowe i napadowe blednięcie obwodowych odcinków kończyn są klasycznymi objawami choroby Raynaua, to jednak znane są przypadki tegoż cierpienia, przebiegające bez „syncope locale“, bez bólów, lub z bardzo nieznacznymi bólami (1 przyp. Raynaua, przypadki: Lutz, Targowli, Lantwoorda, Cassirera).

Rozbieżność zdań co do objawów bólowych w chorobie Raynaua jest duża.

Raynaua sam, który tylko w jednym przypadku bólu nie stwierdził, uważa ten objaw prawie za stały w opisanem przez siebie cierpieniu, tego samego zdania jest Weiss, według Hochenegga natomiast ból jest objawem rzadkim.

Zimny pot w odcinkach obwodowych kończyn spostrzegano kilkakrotnie w chorobie Raynaua, zarówno w okresie blednięcia, jak i sinicy (Raynaud, Rahm, Vulpian, Cassirer, Monre, Phleps).

Widzimy zatem, że zarówno w naszym przypadku, jak również i w przypadku Sterlinga nie można twierdzić z całą pewnością, czy mamy do czynienia z chorobą Raynaua, czy też z zespołem naczynioruchowym o charakterze symptomatycznym.

Co się tyczy zapalenia stawów, które wystąpiło na początku choroby, to z dużym prawdopodobieństwem należy je uważać za początek twardziny skóry. Wiadomo bowiem, że schorzenia stawów w przebiegu twardziny skóry zdarzać się mogą, a według Cassirera nie należą nawet do rzadkości.

W wyżej wymienionym przypadku Sterlinga cierpienie rozpoczęło się również od zapalenia stawów. Według autora tego, nie jest ono zależne od twardziny skóry, gdyż wyprzedziło o kilka miesięcy zmiany w skórze, a objęło te odcinki kończyn, w których skóra wykazywała później zmiany najmniejsze.

Sterling przypuszcza, że cierpienie stawów powstało raczej na skutek schorzenia jednego z gruczołów wewnątrzwydzielniczych, być może tarczycy. Pogląd ten nie wyłącza jednak, zdaniem naszym, związku pomiędzy zmianami w stawach a twardziną skóry, albowiem zmiany te mogą, według Cassirera, wyprzedzać zaburzenia skórne o cały szereg lat, te zaś nie muszą wystąpić w tych kończynach, których stawy są zmienione, jak tego dowodzi przypadek Oslera (zapalenie stawu skokowego, po paru tygodniach zaś — objawy twardziny skóry w kończynach górnych).

Przypadek II: S. M. lat 35, zamężna.

Aż do czasu zamążpójścia, t. j. do 21-go roku życia, była zawsze zdrowa.

Chodziła do szkoły niedługo, uczyła się źle, jakoby z powodu upośledzonej pamięci. Pomagała rodzinie w pracy, zarówno w domu, jak i w sklepie. Nie zdradzała żadnych zaburzeń psychicznych, ani w dzieciństwie, ani w latach późniejszych. Pierwsza miesiączka w 18-ym roku życia. W ciągu kilku lat miesiączkowała prawidłowo. Potem miesiączki stały się nieregularne, trwały jeden dzień. Od pół roku amenorrhoea. Z mężem stosunków nie miała z powodu jego osłabienia płciowego. Wkrótce po ślubie zaczęła się zmieniać pod względem fizycznym i psychicznym. Schudła, straciła apetyt, stała się apatyczna, straciła chęć do pracy. Mówiła do siebie i bawiła się szmatkami, jak dziecko. Pamięć zanikała stopniowo. Przed paroma laty miała przez jakiś czas wytrzeszcz gałek ocznych i silny ból głowy. Kilka lat temu osłabła. Przed 3 laty wystąpiło osłabienie wzroku; obecnie zaledwie odróżnia światło od ciemności.

#### Stat. praes.

Wzrost niski, budowa kościca drobna. Wysokość 144 cm., długość górna (Oberlänge) 74 cm., długość dolna (Unterlänge) 70 cm. Siąg (Spannweite) 135,5 cm. Obwód klatki piersiowej na wysokości sutek 65 cm.

Obwód brzucha na wysokości pępka 68 cm.

Długość ramienia 33 cm.

Długość przedramienia 19 cm.

Obwód ramienia (16 cm. powyżej wyrostka łokciowego) 17 cm.

Obwód przedramienia (10 cm. powyżej proc. styl. ulnae) 13 cm.

Szerokość dłoni 7 cm.

Długość uda 37 1/2 cm.

Długość podudzia 29 cm.

Długość stopy 10 cm.

Obwód uda (12 cm. powyżej rzepki) 30 cm.

Obwód podudzia (12 cm. poniżej rzepki) 17 cm.

Szerokość stopy 3 cm.

Znaczne wychudnięcie. Gruczoły mleczne nieźle rozwinięte. Owłosienie głowy obfite. Rzęsy i brwi bez szczególnych zmian. Owłosienie pod pachami skąpe, na spojeniu łonowym nieźle rozwinięte. Skóra na twarzy zwiędła, zwiótzała, stąd starczy wygląd twarzy.

Nienormalnej pigmentacji skóry nie stwierdza się nigdzie.

Skóra, pokrywająca obwodowe odcinki kończyn górnych i dolnych, mianowicie ostatni paliczek paluchów i dwa ostatnie paliczki reszty palców obu dłoni oraz wszystkie palce stóp, przedstawia zmiany, odpowiadające II okresowi twardziny skóry. Jest ścięta, nie daje się ująć w fałdy. Zmiany te w obrębie stóp nie ograniczają się tylko do skóry, lecz obejmują również paliczki. Palce są zniekształcone; zdjęcie rentgen. wykazało duże odwapnienie (zmiany zanikowe — Dr. Mesz). Paznokcie wykazują zmiany odżywcze. W kościach dłoni, jak również w kościach długich zmian nie stwierdzono. Gruczoł tarczycowy w swej części środkowej powiększony, twardy (wielkości jaja kurzego).

Czaszka normalnej konfiguracji, mała. (Obwód 47 cm., wymiar strzałkowy 29 cm., od ucha do ucha 26 cm.).

Rentgenogram (dr. Mesz) wykazał małe siedło турецkie (patologiczne?). Gałki oczne prawidłowo ustawione.

Objawów Graefego, Möbiusa, Stellvaga brak. Objaw Chwostka dodatni. Oddziaływanie źrenic na światło i zbornosć zachowane. Zaćma obustronna.

Ze strony nerwów czaszkowych brak zmian.

Kończyny górne i dolne. Ze strony układu nerwowego brak zmian. Ruchy czynne i bierne w stawach międzypaliczkowych, palców dłoni oraz ruchy palców stóp ograniczone na skutek wyżej wymienionych zmian miejscowych. Pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów normalna.

Narządy wewnętrzne bez zmian. Temp. 36,6<sup>0</sup>. Tętno 72. Odczyn Pirquet a+. Wasserman n z krwi ujemny.

Badanie ginekologiczne (kol. Frysberg). Miednica ogólnie zwężona: (Dist. spinar. 23 cm.).

(Dist. Cristar. 26 1/2 cm.).

Wym. Baudelouqua 15 cm.

Wargi duże i małe bardzo słabo rozwinięte. Błona dzielnicza przepuszcza jeden palec. Macica mała, twarda; jajniki niewyczuwalne.

Stan psychiczny. Orientacja co do miejsca i otoczenia dobra, co do czasu bardzo upośledzona. Ogromne upośledzenie inteligencji (nie wie, jaka różnica między miastem a krajem, miastem a ulicą, rzeką a stawem i t. d.). Niczem się nie interesuje, godzinami całymi przesiaduje, mówiąc sama do siebie. Nastrój pogodny; na nic się nie skarży, dopytuje się tylko, czy odzyska wzrok.

Wykazuje znaczne upośledzenie pamięci i zdolności zapamiętywania.

Przypadek ten dotyczy zatem 35-letniej kobiety, która aż do 21 roku życia (do ślubu) była zdrowa i podobno zupełnie normalna pod względem psychicznym. Wkrótce po ślubie wystąpiła wybitna zmiana. Chora schudła, posiadała przedwcześnie, straciła chęć do pracy tak, że wogóle przestała czemkolwiek się zajmować. Wystąpił cały szereg zaburzeń psychicznych, jak: upośledzenie inteligencji, pamięci, zdolności zapamiętywania oraz otępienie uczuciowe. Miesiączkowanie stało się nieregularne, w końcu ustało zupełnie (w 35 roku życia). W 32-im roku wystąpiła obustronna zaćma. Kiedy zjawiły się zmiany w skórze, w obwodowych odcinkach kończyn i zmiany paliczek — trudno jest ustalić z pewnością.

Widzimy więc, że obraz kliniczny jest w przypadku tym nieco odmienny od poprzedniego, jakkolwiek w obu mamy do czynienia z tem samym cierpieniem.

W obu przypadkach stwierdzamy jednak objawy zasadnicze zwyrodnienia płciowo-twardzinowego; objawy niedomogi jajników — zespół eunochooidalny — i objawy twardziny skóry.

Ostatnia jest w drugim przypadku znacznie mniej rozległa, niż w pierwszym, sięga jednak głębiej, jak tego dowodzą rentgenogramy, wykazujące zmiany zanikowe w palcach stóp.

Z jakiego rodzaju eunochoidyzmem mamy do czynienia w obu przypadkach powyższych?

Już sam fakt, że u obu chorych zaburzenia wystąpiły po osiągnięciu dojrzałości płciowej, pozwala nam wyłączyć eunochoidyzm wczesny w znaczeniu Tandlera i Grossa, przeciw któremu przemawia ponadto brak objawów zasadniczych, jakoto: nadmierny rozwój tkanki tłuszczowej, zwłaszcza w miejscach predyalekcyjnych (w okolicy sutek, na brzuchu, w okolicy grzebieni kości biodrowych) oraz utrzymanie się chrząstek granicznych.

Rozwój płciowy w pierwszym przypadku był aż do wybuchu choroby zupełnie prawidłowy. Chora zaczęła miesiączkować w 14-ym roku życia, w ciągu roku, t. j. aż do wybuchu choroby, menstruacja była prawidłowa. Przypuszczając więc należy, że w jajnikach, normalnie rozwiniętych, wystąpiły z jakiegoś bliżej nieznanego powodu zmiany wsteczne, które zahamowały dalszy rozwój płciowy chorej. Mamy tu zatem do czynienia z późnym eunochoidyzmem Falty.

W przypadku II stosunki są nieco odmiennie. Rozwój płciowy chorej przed wybuchem choroby nie był zupełnie prawidłowy, gdyż chora ta dopiero w 18-ym roku życia zaczęła miesiączkować. Trzeba więc przypuszczać, że zmiany wsteczne wystąpiły w jajnikach już do pewnego stopnia niedorozwiniętych. Jest to zatem eunochoidyzm pośredni między jego postacią wczesną a późną.

Chora druga wykazywała, podobnie jak pierwsza, objawy ze strony innych jeszcze gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

Według opowiadania siostry, u chorej istniał przez szereg lat wytrzeszcz gałek ocznych, fakt, który przemawia za wzmoczoną przejściową czynnością tarczycy. Być może, iż od tego gruczołu zależne było wychudnięcie chorej.

Objaw Chwostka a oraz prawdopodobnie zaćma świadczą o zajęciu gruczołów przytarczycowych. O ile stan psy-

chiczny I. chorej nie wykazywał żadnych wyraźnych uchybień od normy, o tyle w przypadku II wystąpiły daleko posunięte zaburzenia psychiczne, zarówno w sferze inteligencji, jak i w dziedzinie uczuciowej. Zaburzenia te rozwijały się równocześnie ze zmianami somatycznymi, jakkolwiek niektóre dane wskazują na to, że pewne defekty psychiczne istniały już przed chorobą.

Zaburzenia psychiczne, powstające na tle gruczołów wewnątrzwydzielniczych, nie należą do rzadkości. Występują one pod rozmaitymi postaciami, począwszy od t. zw. oligofrenji, aż do najdalej posuniętych form idjotyzmu.

Czy są one następstwem zmienionej czynności gruczołów wewnątrzwydzielniczych, czy też występują na skutek jakichś bliżej nam nieznanych czynników szkodliwych, które wywołują równocześnie zmiany w tychże gruczołach — trudno jest powiedzieć.

Jaka jest etiologia zwyrodnienia płciowo-twardzinowego?

W przypadkach Noordena cierpienie rozwijało się po ostrych chorobach zakaźnych. W jednym przypadku Sterlinga cierpienie poprzedzała czerwonka, w drugim zaś — silny uraz psychiczny. W dwóch przypadkach istniało obarczenie gruźlicze. W naszych przypadkach nie udało się ustalić związku przyczynowego ani z gruźlicą (jakkolwiek odczyn Pirqueta był dodatni), ani z żadną inną chorobą zakaźną; natomiast w obu przypadkach istniał uraz psychiczny.

Już z tego widać, że nie wolno uogólniać wpływu przyczynowego jądów bakteryjnych na powstawanie omawianego tutaj cierpienia; należy raczej przypuszczać, że istnieją również i inne czynniki szkodliwe, których natura nie jest nam bliżej znana.

Na podstawie przypadków własnych oraz obcych przypuszczać należy, że uraz psychiczny może tutaj odgrywać pewną rolę. Patogeneza zwyrodnienia płciowo-twardzinowego pozostała dotąd niewyjaśniona, jak zresztą niewytłomaczona dotąd jest twardzina skóry. Wyliczanie wszystkich hipotez przekroczyłoby ramy naszej pracy.

W zakończeniu pragnęłabym jeszcze zaznaczyć, że zwyrodnienie płciowo-twardzinowe spostrzegano dotychczas prawie wyłącznie u kobiet. Tylko w przypadku Foxhorda dotyczyło ono mężczyzny.

#### Piśmiennictwo

- 1) Noorden: Uber Chlorose. Med. Kl. 1911.
- 2) Huismans: Uber die Beziehungen von Gefäss—und Blutdrüsenkrankungen zur Sklerodermie. Münch. Med. Woch. 1905.
- 3) Fleisch: Fall von Sklerodermie. Wien. Klin. Woch. 1908.
- 4) Sterling Wł.: Degeneratio-genitosclerodermica. Deutsch. Zeitschrift f. Nervenheilkunde. 1916.
- 5) Cassirer: Die vasomotorisch-trophischen Neurosen.

Z pracowni własnej.

### Kolorymetryczne badanie stężenia jonów wodorowych dla stwierdzenia odczynu.

Podał

O. BUJWID (Kraków).

Sprawa ta, mająca już dziś obszerną literaturę, staje się coraz bardziej nagłą dla badań lekarskich i pomocniczych zwłaszcza z chwilą, gdy mamy w ręku bardzo proste i łatwe do otrzymania odczynniki barwne.

U nas poruszano ją w niezbyt licznych dotąd publikacjach: Kmietowicz, Sierekowski, z chemików Vöbröt — te prace miałem w ręku. W ostatnich czasach zaczęto się, jak słyszę, tą kwestją zajmować. Na wydziale rolniczym w Krakowie p. p. Włoddek, Rouppert, Strzemieński, a sądzę, że i wielu innych, ogłoszą swe badania. Nie będę wchodził w teoretyczne rozpatrywanie tej kwestji. Zaznaczę tylko to, co mnie do zajęcia się nią spowodowało.

Przy badaniach nad pożywkami dla bakterij pokazało się, że nie umiemy dotąd uchwycić właściwego odczynu środowiska, w którym się one najlepiej rozwijają. Niejednokrot-

nie przyrządzamy pożywkę, jak się zdaje, możliwie dokładnie: powinniśmy otrzymać dobrą i bujną hodowlę bakterij, ażeby przenieść je na jady dla otrzymania surowicy leczniczej lub szczepionkę dla ludzi i zwierząt. Tymczasem — nieprawda! Pożywka wypadła tak, że bakterje nie rosą lub rosą zupełnie słabo. Wiedzieliśmy, że większa część bakterij najlepiej rozwija się w odczynie zasadowym; wiedzieliśmy, że b. cholery znoszą silny stopień alkalicyzacji, że natomiast zar. durowe wytrzymują podłoża kwaśne. To jednak nie wystarczało. Jest szereg bakterij, które nie znoszą nieznacznego nawet przekwaszenia lub przealkalizowania środowiska. I nie posiadaliśmy żadnego odczynnika, któryby nam pozwolił ocenić dokładnie potrzebny stopień zakwaszenia lub zalkalizowania. Wszystkie używane dotąd odczynniki zawodziły: lakmus — nie dość wyraźny; fenolftaleina za późno wskazuje alkalicyzację: lakmus już ją dawno wykazał, fenolftaleina — jeszcze nie. Dlaczego? Widać to niżej.

Możnaby było zastosować metodę badania elektrycznego przewodnictwa. Do naszych celów jednak jest to metoda zbyt skomplikowana.

Dopiero nowe badania nad barwnikami, łącznie z postępowaniem badań fizykochemicznych wskazały właściwą drogę

Z badań tych wynika, że to, co dotąd nazywaliśmy odczynem kwaśnym i zasadowym, jest właściwie wynikiem jonizacji — czy dysocjacji płynu.

Arrhenius, Ostwald, Sørensen i inni wykazali, że właściwą podstawą odczynu kwaśnego lub zasadowego jest stan dysocjacji płynu. Nie odczyn zatem, ale PH lub POH t. j. stężenie jonów wodorowych lub wodorotlenowych decyduje o odczynie.

Wyjdziemy z wzoru K stałej dla dysocjacji wody przy 23° C. \*)

$$K_{H_2O} = 10^{-14}$$

$$[H'] = [OH'] = 10^7 \text{ odczyn obojętny.}$$

Gdy w płynie zwiększa się liczba jonów wodorowych, wówczas mamy odczyn kwaśny, gdy hydroksylowych — zasadowy.

gdy  $H' = 10^{-5}$  wówczas mówimy,

ze  $P_H$  danego płynu jest = 5

$P_H$  bowiem jest =  $-\log [H']$ .

Zaznaczyć należy, że  $P_H$  zwiększa się lub zmniejsza nie stosunkowo do ilości dodanego kwasu lub zasady, gdyż tworząca się sól wpływa powstrzymująco na wynik działania jonizacyjnego.

Najlepiej spostrzegamy to na poniższej tablicy:

100 c 0,1 n. kwasu + 0 takiegoż ługu	}	$H = 10^{-1}$	$P_H = 1$
100 c tego kwasu + 90 ługu	}	$H = 10^{-2}$	$P_H = 2$
ale. 100 kwasu + 99 ługu	}	$H = 10^{-3}$	$P_H = 3$
100 kwasu 99,9 ługu	}	$H = 10^{-4}$	$P_H = 4$
100 kwasu 100 ługu	}	$H = 10^{-7}$	$P_H = 7$
100 kwasu 101 ługu	}	$H = 10^{-11}$	$P_H = 11$

Widzieliśmy zatem, że przy zobojętnieniu do 99% =  $P_H = 4$ , zaś przy zobojętnieniu ostatnich śladów kwasu nastąpił skok nagły od 4 do 7.

Tylko, znając stopień dysocjacji i rozcieńczenia, można obliczyć wysokość  $P_H$ .

\*) Kolthof: Der Gebrauch von Farbenindikatoren.



Po szczegóły bliższe zachodzących tutaj spraw odsyłam czytelnika do literatury, dla której wstępem może być książka K o l t h o f a.

Przechodzimy do właściwego tematu, który chciałem poruszyć — do praktycznych sposobów określenia wielkości PH, zapomocą których możemy określić tak drobne zmiany dysocjacji w płynie, jakich nigdy żaden dawny odczynnik oznaczyć nie mógł.

Przyszedł tu do pomocy barwniki o zmiennej barwie, których zakres i obszar zmienności jest różny. Według O s t w a l d a wskaźniki barwne są to właściwie słabe zasady lub kwasy, mające inną barwę w stanie równowagi dysocjacji, inną zaś w stanie jonizacji. Według H a n t s c h a, który zmienił nieco to określenie, zmiana barwy zależy nie od stanu jonizacji, ale od układu — konstytucji. Według tego wskaźniki barwne są to słabe kwasy lub zasady, których barwa zmienia się jednocześnie ze zmianą układu drobinowego. Różne barwniki posiadają różny zakres zmiany barwy, który może się wahać pomiędzy PH=1 i PH=14. Dla każdego z barwników można wynaleźć skalę i zakres, w których zmiana następuje.

Rozpatrzmy niektóre z barwników przeważnie rozpuszczonych w alkoholu lub mieszaninie alkoholu i wody w roztworze 0,1% po dodaniu paru kropel do 10 c.<sup>3</sup> wody oraz wprowadzeniu paru kropel 1/100 n. kwasu solnego lub 1/100 n. ługu sodowego:

Barwnik	Skala PH	Po dodaniu kwasu	Po dodaniu zasady
		Barwa	Barwa
Fiolet metylowy	0,1—0,5	żółta	błękitna
" "	1,7—3,2	błękitna	fioletowa
Błękit bromofenolowy	3—4,6	żółta	błękitna
Oranż metylowy	3—4,4	czerwona	pomarańcz.-żółta
Czerwień metylowa	4,4—6,2	czerwona	żółta
Błękit bromotymolowy	6—6,6	żółta	zielona
Błękit bromotymolowy	6,6—7,6	zielona	błękitna
Kresolfaleina (czerwień)	7,2—8,8	żółta	purpurowa
Lakmus (azolitmina)	5—6,5	czerwona	fioletowa
" "	6,5—7	fioletowa	błękitna
Fenolftaleina	8,2—10	bezbarwna	czerwona
Żółcień alizarynowa	10,1—12	żółta	brun.-żółta
Błękit Poiriers	11—13	błękitna	fioletowa

Z tych barwników możemy utworzyć obszerną skalę stopniową po 0,1 PH odczynów barwnych, posługując się roztworami kwaśnymi i zasadowymi soli w różnych zgęszczeniach t. zw. mieszanin buforowych. Po szczegóły odsyłam do wzmiankowanej już pracy K o l t h o f a, której jednak nie należy brać bez kontroli niektórych formuł, zwłaszcza budowy chemicznej, gdzie znalazłem kilka błędów. Do celów praktycznych, nie tak ścisłych, można posługiwać się gotowymi roztworami barwników, których skalę wymieniłem powyżej.

Można również posługiwać się gotowym roztworem, który otrzymałem z Wiedeńskiego składu D-ra V e i t a z marką angielską \*). Rozczyn ten jest bardzo charakterystyczny, gdyż pozwala osądzić skalę PH z barwy: dodając 2—3 krople odczynnika do 6 c.<sup>3</sup> badanego płynu. Aby płyn nie zawierał zbyt dużo soli buforowych, należy go 3 krotnie rozcieńczyć wodą wodociągową, nie destylowaną; destylowana bowiem trzyma zwykle PH=5,5, gdy wodociągowa zbliża się do PH=7. Rozcieńczenie takie wpływa również korzystnie na zmniejszenie natężenia barwy badanej próby np. moczu lub buljonu, nie wpływając widocznie na PH.

Dodać muszę również, że odczynnik ten po bliższym zbadaniu przezemnie okazał się mieszaniną 3 barwników w roztworze alkoholowym: czerwieni metylowej (methylrot), błękitu bromotymolowego (brom—thymolblau) i fenolftaleiny. Nazwijmy go wskaźnikiem ogólnym.

\*) P. nazwą Universal Indicator.

Jest to wyborny odczynnik do badań podręcznych; daje barwy następujące:

czerwona	= 3—4 PH.
pomarańcz. czerwona	= 5
pomarańczowa	= 5,5
żółta	= 6
zielono-żółta	= 7,5
zielono-błękitna	= 7,5
błękitna	= 8
błękitno-fioletowa	= 9
fioletowa	= 10

Skalę tę należy najwpierw porównać ze skalą ścisłą, mierzoną za pomocą odczynów buforowych. Do celów praktycznych wystarcza ona w zupełności. (Cyfry bezwzględne dawać mogą spore różnice).

Gdy chodzi o delikatniejsze różnice w PH, można posługiwać się skalą barwy stałą, którą utworzył M i c h a e l i s.

Do tego celu służą 1 odczynnik żółtej barwy o następującej skali.

<i>a</i> dinitrofenol	PH 2 —4,7
<i>γ</i> dinitrofenol	PH 4 —5,8
<i>p</i> nitrofenol	5,6—7,0
<i>m</i> nitrofenol	6,6—8,6

Odczynniki dołączone są w roztworach 0,1% w słabym alkoholu, do nich dołączone są próbówki zatopione z napięciem, jakiej wysokości PH odpowiada każda próbówka.

Celem badania rozcieńcza się badany płyn wodą wodociągową 2—3 krotnie, odmierza do próbówki 6 c.<sup>3</sup>, wlewa ½ — 1 c. odczynnika i porównywa z barwą odczynnika we flaszce, z której odczynnik użyto; przytem, jeżeli się widzi wybitną różnicę odcienia barwy — bierze się do porównania inny odczynnik, aż się utrzyma barwę odpowiednią. Wówczas zakłada się próbówkę do dołączonego komparatora o 2 szybkach — matowej i błękitnawej. Tuż przed szybką stawia się próbówkę z wodą czystą, za nią płyn badany, w drugim szeregu próbówkę z rozcieńczonym roztworem badanym, zaś tuż za nim rurkę z jednego z szeregów gotowej skali i próbuje, która barwa pasuje. Komparator jest niezbędny zwłaszcza przy płynach zabarwionych lub mętnych, gdyż ocena barwy może wówczas nastąpić tylko przy skompensowaniu barwy lub mętu badanego płynu.

W ten sposób można oznaczyć PH z dokładnością 0,1—0,2. Wadą jest dość podobna i dosyć słaba barwa wszystkich 4 odczynników. Przy pewnej wprawie można jednak dojść do biskich cyfr, przy uwzględnieniu oczywiście pewnych nieuniknionych błędów samej metody.

Dobrze jest ocenić PH w przybliżeniu zapomocą ogólnego odczynnika wyżej opisanego wskaźnika ogólnego, dokładniejsze zaś oznaczenie zrobić przyrządem M i c h a e l i s a. Niema dzisiaj ani jednej gałęzi przemysłu chemicznego, któraby się nie posługiwała jedną z podanych metod do oznaczenia drobnych wahań odczynu.

Piwowarstwo, cukiernictwo, mleczarstwo i serowarstwo, garbarstwo, wyrób kleju, wyrób konserw, farmacja, gleboznawstwo, badanie wody i jej zanieczyszczeń — wszystko to posiada już obszerną literaturę.

Nie wątpię, że zastosowanie tych metod w badaniach lekarskich odda również wielkie usługi.

## Kilka uwag w sprawie cukru we krwi.

Podał

Marceli LANDSBERG (Warszawa).

Piśmiennictwo nasze z ostatnich czasów obfituje w liczne publikacje z zakresu stosowania insuliny. Jak wynika z całej masy prac, sprawie tej poświęconych, jednym z probrzyzy w dawkowaniu insuliny jest zachowanie się cukru we krwi. Mimo to, jednak, że ostatnio opracowano cały szereg klinicznie dogodnych i ścisłych sposobów oznaczania glicemji, że wspomnę tutaj o metodach B a n g a, M a c L e a n a i nieco starszej mikro — B e r t r a n d a, spotykamy się niejednokrotnie w piśmiennictwie naszym z cyframi, które a priori m u s z ą być uważane za absolutnie nieścisłe i poniekąd wprowadzające w błąd jak autora, tak i czytelnika. Spotykamy się z takimi np. zdaniami: glicemja = 0,13; cukromocz 2½% (50g)“, albo „mimo wysokiej dosyć glicemji—0,17, ilość wy-

dzielanego cukru była niewielka". Nie będę wyliczał tutaj podanych przez różnych autorów błędów, chcę tylko zaznaczyć, że w pracach tych często spotykamy się z błędną metodyką określania cukru (np. wedł. P a v y-S a h l i) albo z nieprawidłową interpretacją wysokości poziomu cukru. Otóż z badań B i n g a i J a c o b s o n a, G r a h a m a, M a c L e a n a, S t a u b a, F r a n k a, B a n g a wynika, że cukier we krwi naczecz u osobnika zdrowego wynosi 0,08—0,11. Po spożyciu większej ilości cukru gronowego (50 — 1000 g), glicemja w ciągu 30 minut może wzrosnąć do 0,17, cukromocz zaś w takich przypadkach zjawia się naogół dopiero po przekroczeniu tego „progu“ glicemicznego. Ustrój cukrzycy zachowuje się w tym kierunku tak samo: i tutaj w okresie cukromoczu spotykamy z a w s z e glicemję powyżej 0,17%, w okresie zaś odcukrzenia nieco niżej tej liczby. Cukromocz przy glicemji poniżej 0,17% spotykamy tylko w przypadkach cukromoczu (a nie cukrzycy) ciężarnych oraz w t. zw. nerkowej „cukrzycy“. Lecz i tutaj dane co do zachowania się

cukru we krwi naczecz mogą dać pewne wskazówki rozpoznawcze. *Glycosuria gravidarum* przebiega przy glicemji, a właściwie hyperglicemji fizjologicznej, t. j. od 0,12 do 0,16%, podczas kiedy dla *diabetes renalis* charakterystyczne są liczby poniżej 0,11. Tak więc dokładne badanie cukru we krwi naczecz pozwala nam na zróżniczkowanie tych trzech typów cukromoczu. Bardziej ściśle dane otrzymujemy przez badanie tak zw. krzywej glicemicznej, wskazującej na szybki wzrost i szybki spadek glicemji po spożyciu 100 g. glukozy przez osobnika zdrowego, w przeciwieństwie do wolnego spadku krzywej u diabetyka. W ten sposób możemy wykryć stan cukrzykowy ukryty (*diabetes latens*) i odróżnić stany przelotnego cukrzyczego cukromoczu od cukromoczu ciężarnych i t. zw. nerkowego. Tylko w tych właśnie celach określanie glicemji ma duże znaczenie praktyczne, określanie zaś s t a ł e glicemji w przebiegu stosowania insuliny posiadać może znaczną wartość teoretyczną, ale w większości przypadków jest praktycznie zbędne.

## Z praktyki prywatnej.

### Przyczynę do semjologii odruchu skrócenia.

Podał

S. GOLDFLAM (Warszawa).

Pod nazwą odruchu skrócenia rozumiemy odruch, który jedni określają, jako odruch ucieczki, drudzy jako odruch obronny (*Reflexe de defense*), inni wreszcie, jako odruch automatyzmu rdzeniowego (P. Marie-Foix) lub według fizjologów angielskich, jako odruch zgięcia.

W pracy niniejszej nie będziemy się zajmowali sprawą znaczenia biologicznego tego odruchu, a więc, czy jest on wyrazem mechanizmu niższych ośrodków chodu w rdzeniu, jak uważają Marie-Foix, czy też raczej procesów obronnych, jeno wyłącznie stroną kliniczną, przyczem postępując się będziemy tylko mianem „Odruch skrócenia“ (*Phénomène des raccourcisseurs*) (O. S.).

Podczas gdy najważniejsi podręczniki niemieckie wcale o tym odruchu nie wspominają, nie schodzi on prawie z porządku dziennego w piśmiennictwie francuskim od czasów Brown-Sequarda, Vulpiana i Charcota. Ostatnio ukazały się wartościowe przyczynki Foix<sup>1)</sup>, Babińskiego<sup>2)</sup> i Alajouanine'a<sup>3)</sup>. Pouczające są zwłaszcza dawniejsze prace Marie-Foix, Babińskiego i Strohla<sup>4)</sup>.

Omawiany odruch badamy w pozycji leżącej chorego z wyprostowanymi kończynami dolnymi; — w wyjątkowych tylko przypadkach, gdy przykurcze zginaczy przeszkadzają w należytej ocenie tego odruchu, badać można, trzymając stopy chorego oparte o nieruchomą podstawę, ponieważ przykurcze wówczas rozluźniają się cokolwiek. Istnieją rozmaite sposoby, przy pomocy których wywołać można O. S. Najlepiej jest drażnić skórę grzbietu stopy, wówczas otrzymuje się „*Réflexe de defense superficiel*“ Déjérinea. Należy jednak pamiętać o tem, iż gdy do badania odruchu podeszwowego wystarczają zazwyczaj słabe bodźce, nawet bodźce, nie wywołujące bólu, są właśnie wskazane, to dla wywołania O. S. niezbędną jest przeciwnie silne drażnienie w postaci pojedynczego lub sumowanego klucia bądź też szczypania, według Babińskiego, w okolicy stawu skokowego, ponieważ powierzchowny bodziec dotykowy nawet w przypadkach wzmoczonego O. S. rzadko kiedy wywołuje odruch. Wszakże czucie bólu nie jest niezgodnym czynnikiem, jak tego dowodzą przypadki znieczulenia lub nieprzytomności, w których O. S. można wywołać. Przy sposobie badania, podanym przez Bechterewa i Charcota, a następnie systematycznie wykonywanym przez P. Marie i Foix, obejmuje się palce oraz przednią część stopy i przegina się powoli oraz silnie ku podeszwie. Jest to odruch głęboki (*Reflexe de defense profond, Déjérine*), gdyż przez zgięcie i ucisk draż-

ni się głębsze tkanki, jak ścięgna, powięź, mięśnie, pochewki ścięgnowe, względnie nawet kości. Trudno orzec, który ze wspomnianych sposobów jest lepszy; niekiedy jeden zawodzi, innym razem — drugi.

O. S. należy do kategorii odruchów, których wywołanie nie jest zależne od określonego odcinka skóry, w przeciwstawieniu do odruchów brzusznych, mosznowych lub podeszwowych. Im bardziej odlegle się drażni, tem trudniej jest wywołać ten odruch, a zatem tem silniejsze winno być podrażnienie.

Przez O. S. rozumieć należy potrójne ściąganie (*triple retrait*), t. zn. w jednym tempie wykonane zgięcie toniczne w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym; przytem w wyjątkowych tylko przypadkach brak jest rozgięcia palucha (objawu Babińskiego), które według Marie-Foix i Strohla stanowi zasadniczy składnik O. S., nadając mu znaczenie patologiczne.

Właściwie więc przez O. S. rozumieć należy czterokrotne cofanie lub zgięcie. U osobników zdrowych w rzadkich tylko przypadkach spostrzegałem trzykrotne zgięcia, nigdy jednak z jednoczesnym objawem Babińskiego. Tylko u osesków do 6-go miesiąca, podług Rosenblumówny<sup>1)</sup>, jest O. S. objawem stałym i pozostaje w tym okresie, analogicznie do objawu Babińskiego, w związku z niedostatecznym rozwojem dróg piramidowych. Poniżej przekonamy się, iż istnieje jeszcze jedna cecha, nadająca O. S. znaczenie patologiczne, mianowicie jego występowanie przestankowe przy użyciu dłużej trwających podniet.

W pracach poprzednich (Medycyna 1903, 1908) nad odruchem podeszwowym doszedłem do wniosku, że odruch zgięcia palców jest odruchem korowym, zgięcia potrójnego — korowym i rdzeniowym, Babińskiego wyłącznie rdzeniowym. Dalsze badania własne wykazały, że w przypadkach chorobowych (zw. przerwy rdzenia) zdarza się również rdzeniowy typ odruchu podeszwowego w postaci zgięcia, różniący się przez powolne leniwe zgięcie oraz występowanie przy użyciu podniet mocniejszych.

Punktem wyjścia dla badań niniejszych był przypadek prawdopodobnego ucisku rdzenia w części grzbietowej z zespołem Brown-Sequarda, w którym po raz pierwszy zastosowałem długotrwałe podrażnienie grzbietu stopy, przyczem stwierdziłem, iż między podrażnieniem a oddziaływaniem upływa czas dłuższy, oraz iż czas utajony przy szczypaniu, kluciu po stronie zaburzeń czuciowych jest daleko dłuższy, aniżeli po stronie ruchowej (przy podrażnieniu sposobem Marie-Foix okres utajenia wynosił 40"). W przypadku tym mogłem stwierdzić, iż nie tylko szczypanie, lecz nawet przzerwianie nagle podrażnienia wywołuje O. S. Zaznaczyć wypada, że szczypanie moszny pozostawało bez skutku, podczas gdy drażnienie wewnętrznej powierzchni ud i podudzi pociągało wybitny odruch. W innych przypadkach wzmoczonego O. S. przekonałem się, że moszna i wargi sromowe nie należą do okolic wrażliwych na ten odruch.

1) Du développement du système nerveux au cours de la première enfance. Paris 1915.

1) Questions neurologiques d'actualités, Paris 1922.

2) Rev. Neur. 1922, No. 8.

3) Annales de Medecine 1923, Nr. 3.

4) Les reflexes d'automatisme medullaire, Paris 1913.

Odtąd począłem stosować metodę długotrwałego drażnienia systematycznie na dużym materiale, przyczem się okazało, że czas utajenia, jaki upływa od podrażnienia aż do wystąpienia odruchu nie posiada znaczenia różniczkowego, aczkolwiek O. S. w przypadkach Brown-Sequarda po stronie zaburzeń czuciowych występuje stale z większym opóźnieniem i mniej intensywnie, niż po stronie ruchowej. Następnie okazało się, iż są pewne porażenia kończyn dolnych o charakterze kurczowym (dotyczyło to przeważnie stwardnienia wieloogniskowego), w których O. S. nie można było otrzymać sposobem Marie-Foix, podczas gdy w zespolach uciskowych występował on bardzo wyraźnie. Ma tu znaczenie stopień wzmoczenia pobudliwości odruchowej ośrodków rdzeniowych.

Przy długotrwałym użyciu (zwykle 1 minuta) sposobu Marie-Foix można w odpowiednich przypadkach zauważyć, że potrójne zgięcie kończyny nie pozostaje stałe podczas całego trwania podrażnienia, lecz ulega ono dużym wahaniom, od silnego zgięcia potrójnego aż do zupełnego spokoju, oraz że te zgięcia i przerwy przebiegają równolegle ze wzmaganiem się i osłabieniem bólu w stawie stępopalcowym. Nawet po 5 minutach trwania podrażnienia sposobem Marie-Foix zjawisko to nie znika. Najwyraźniej występuje to przerywane zgięcie potrójne oraz ból w przypadkach ucisku rdzenia grzbietowego, np. przez guz (z zespołem Brown-Sequarda) po stronie ruchowej; przytem niejednokrotnie wstępuje ból korzonkowy na wysokości guza, towarzyszący każdemu zjawieniu się O. S. Po stronie czuciowej odruch ten jest daleko słabszy, i nie towarzyszy mu żaden lub nieznaczny ból. Niezależność O. S. od bólu widoczna jest w tych przypadkach, gdzie odruch przestankowy jest bardzo wyraźny, ból zaś słaby, jednostajny lub też całkowicie go niema.

Ten typ przestankowy O. S. udaje się wywołać nie tylko ze grzbietu stopy, lecz również z okolic skóry bardziej odległych, np. podudzia; z uda i tułowia nigdy nie udało mi się go otrzywać.

Omawiany typ O. S. cechuje wyłącznie odruchy obronne patologiczne; u zdrowego nigdy nie występuje. Prócz przestankowego spotykamy jeszcze inne typy odruchów skracających, np. takie, którym towarzyszy jednoczesne unoszenie kończyny. Zachodzą przypadki, w których O. S. utrzymuje się stale, i niejednostajne, co prawda, napięcie toniczne zginaczy trwa tak długo, jak podrażnienie. Wszystkie wspomniane typy są wyrazem znacznie wzmoczonego O. S., zdarzają się w porażeniach kurczowych, pochodzenia zarówno rdzeniowego, jak i mózgowego. Są i inne postaci, w których O. S. występuje jedynie w początku podrażnienia oraz, jak zobaczymy poniżej, w chwili przerywania bodźca; są wreszcie i takie, gdzie O. S. zjawia się jedynie w chwili przerywania lub też rozgięcie dużego palca utrzymuje się prawie tak długo, jak działanie podrażnienia. Te ostatnie postaci są wyrazem słabego wzmoczenia O. S. w przypadkach lekkich porażeni kurczowych.

Wypada teraz zwrócić uwagę na zjawisko pozornie paradoksalne, mianowicie na występowanie O. S. w chwili przerywania trwającego 1 minutę lub mniej podrażnienia sposobem Marie-Foix lub Babińskiego. W przypadkach silnie wzmoczonego O. S. występuje to zjawisko już po krótkim zastosowaniu bodźca. Zjawisko to proponuję określać nazwą „objawu przerywania, e.g.o b.o.d.ż.c.a.“. Występuje on nawet i tam, gdzie O. S. nie możemy wywołać ani sposobem Marie-Foix, ani Babińskiego (szczypanie). Częstokroć objawowi temu towarzyszy nieprzyjemne uczucie lub ból, nawet w przypadkach obniżenia czucia. Pochodzi to stąd, iż nagłe przerywanie podrażnienia stanowi jeszcze ostrzejszy bodziec. Daje się on wywołać nie tylko z grzbietu stopy, lecz i z bardziej odległych okolic, przyczem nawet całkowite znieczulenie nie przeszkadza jego wystąpieniu. I tu się spostrzega, że w przypadkach ucisku rdzenia przez guz z zespołem Brown-Sequarda, czas utajenia po stronie czuciowej jest dłuższy, aniżeli po stronie porażenia. Objaw przerywanego bodźca tłumaczę tem, iż przy nagłym przerywaniu podrażnienia czuciowe zakończenia nerwowe w skórze i tkankach, głębiej leżących, doznają osobliwego podrażnienia na skutek przemieszczenia tkanek, wznowienia krążenia krwi oraz wstrząsu.

Objaw przerywanego bodźca nie jest patologiczny, widziałem np. wystąpienie odruchu brzuszno przy cofnięciu

brzuśców palców, dotykających lekko powłok brzusznych, podeszwy i t. d.

Wspomniałem już, że możliwa i wargi sromowe nie należą do wrażliwych okolic dla wywołania O. S.; podobnie nie udało mi się ani razu z miejsc tych spowodować zarówno odruchu przestankowego (intermitującego) jak i objawu przerywanego bodźca.

Ośrodek O. S. leży w nabrzmieniu łądźwiowo-krzyżowym, jakkolwiek, podobnie jak odruch Babińskiego, nie jest dokładnie umiejscowiony. Większa lub mniejsza jego wrażliwość zależy od większego lub mniejszego uszkodzenia dróg hamujących, łączących go z mózgiem (zwłaszcza szlaków piramidowych). Są to t. zw. zmiany izolacyjne, podług Munka, „l'activité de la moëlle liberée“ francuzów. Według Babińskiego atoli wzmoczenie odruchów obronnych nie pozostaje w żadnym bezpośrednim stosunku do stopnia zwyrodnienia wtórnego piramid. Bez wątplenia, istnienie pewnej liczby nieuszkodzonych połączeń mózgowodzeniowych jest konieczne dla wywołania O. S., ponieważ ich zupełne przerywanie, jak to bywa w przypadkach całkowitego ucisku lub przecięcia rdzenia, znosi wszystkie odruchy.

Uwzględniając pobudliwość ośrodka O. S., ustalić można następującą skalę:

1. O. S. występuje jedynie na skutek przerwy w działaniu bodźca;

2. Na początku i końcu podrażnienia;

3. Najwyższy stopień pobudliwości przedstawia przestankowe występowanie silnego i rozprzestrzonego O. S. (i jego różnych odmian) podczas całego trwania podrażnienia. Ten ostatni typ O. S. z jego pozorną zależnością od bólu, a zwłaszcza z jego rozprzestrzaniem się z podudzia, występuje przedewszystkiem w przypadkach ucisku rdzenia powyżej nabrzmienia łądźwiowego. Największe nasilenie uzyskuje on w przypadkach ucisku rdzenia grzbietowego przez guz wewnątrzwardówkowy. Natomiast ucisk w pachymeningitis the. lub wywierany na rdzeń pośrednio przez guz wewnątrzwardówkowy daje wprawdzie powód do wzmoczonego O. S., jednak w daleko słabszym stopniu.

Wzmoczenie O. S. i rozszerzenie pasa odruchowego (zone réflexogène) daje się niekiedy zauważyć i w stwardnieniu wieloogniskowym; są tu atoli przeważnie postaci odruchów, słabiej wyrażonych, mianowicie odruchy przerywanego bodźca, lub też występujące na początku podrażnienia; należy tutaj uciekać się do silnych podrażnień, przyczem nie wszystkie sposoby są skuteczne, np. często nawet w całkowitem kurczowym porażeniu O. S. nie udaje się wywołać sposobem Marie-Foix lub innym. Typ zaś przestankowy O. S. jest w tem cierpieniu najczęściej zaledwie zaznaczony, z wyjątkiem nielicznych przypadków z silnie wyrażonym porażeniem przykurczowym, gdzie zachowane czucie czyni w dodatku próbę bardzo bolesną.

Znane są postaci stwardnienia wieloogniskowego, które przebiegają klinicznie, jako guzy zewnątrzrdzeniowe, zwł. części grzbietowej. W tych właśnie wątpliwych pod względem rozpoznawczym przypadkach można naogół powiedzieć, iż słaby O. S., brak rozprzestrzenia się pasa odruchowego na całą kończynę i tułów przemawiają przeciwko rozpoznawaniu guza, a raczej za stwardnieniem wieloogniskowym; natomiast typ przestankowy i jego rozprzestrzenie na podudzie przemawiają na korzyść guza rdzenia.

O. S. nie jest odruchem skórny, gdyż daje się wywołać również z części głębszych, nie jest związany z pewną określoną okolicą skóry i w przeciwieństwie do odruchów skórnych zjawia się w uszkodzeniach piramid. Nie można też O. S. zaliczyć do odruchów ścięgowych. Zajmuje on osobliwe miejsce pośród odruchów.

O. S. spostrzega się jedno — lub dwustronnie w schorzeniach układu nerwowego, połączonych z uszkodzeniem piramid, w bezwładach połowicznych, niedowładach poprzecznych przykurczowych, bezwładnych poprzecznych rdzenia wskutek procesów uciskowych powyżej odcinka łądźwiowego, na skutek ograniczonych lub rozlanych, poprzecznych i niektórych pęczkowych spraw chorobowych rdzenia. Są to zatem te same sprawy chorobowe, w których występuje objaw Babińskiego.

W przytoczonych poprzednio pracach wyraziłem pogląd, że rozgięcie palucha i potrójne zgięcie (triple reftait), na skutek drażnienia podeszwy nie są składnikami jednego odruchu, lecz stanowią dwa różne odruchy. Dotyczy to rów-

niez O. S., otrzymywanego z grzbietu stopy. Za tem przemawiają przypadki ucisku przez guz, w których na skutek nagłego pogorszenia znika odruch podeszwy, naprzód rozgięcie dużego palca, podczas gdy potrójne zgięcie utrzymuje się jeszcze przez czas pewien, aż wreszcie i ten odruch znika. Jednak ośrodki obu tych odruchów znajdują się w bliskim związku, gdyż przeważnie występują jednocześnie. Są atoli przypadki nieznacznego uszkodzenia piramid, w których, nawet przy silnem drażnieniu podeszwy, występuje jedynie rozgięcie palucha, podczas gdy O. S. nie można otrzymać z grzbietu stopy, nawet stosując bodźce bolesne. Tak samo nie występuje zarówno objaw B a b i Ń s k i e g o, jak i zgięcie potrójne w przypadkach bezwładu połowiczego, wywołanego przez ogniska, leżące w korze lub w jej bliskości.

Jakkolwiek O. S. jest odruchem patologicznym, zdarsza się on również u zdrowych, mianowicie we śnie. Badałem pewną liczbę dzieci (od 6—17 roku), będących we śnie głębokim. W pewnej odsetce (14:34) stwierdziłem przy powierzchownem drażnieniu podeszwy objaw B a b i Ń s k i e g o obok zgięcia potrójnego; u tych samych dzieci zdrowych klucie grzbietu stopy wywoływało ten odruch. U pozostałych dzieci przeważnie brak było odruchu (*areflexia*) lub też występowało zgięcie palców wraz z potrójnem zgięciem, lub wreszcie tylko to ostatnie. Potwierdza się zatem spostrzeżenie, że i we śnie O. S. z grzbietu, stopy i podeszwy występują równolegle, zachodzi jedynie różnica w sile podrażnienia. Okoliczność ta przemawia też za tem, że powodem wystąpienia O. S. nie jest niedostateczny jeszcze rozwój piramid w dzieciństwie, lecz brak działania hamującego kory mózgowej na ośrodek odruchowy rdzenia (we śnie).

W przypadkach chorobowych O. S. przebiega przeważnie równolegle ze wzmocnieniem odruchów ścięgowych. W pewnych atoli okolicznościach zachowują się różnie, np. w przypadku zachorzenia rdzenia pęczkowego na podłożu niedokrwistości stwierdziłem objaw B a b i Ń s k i e g o ze zgięciem potrójnem przy zupełnym braku odruchów ścięgowych. To samo dotyczy przypadków T a y - S a c h s a. W tętcu zaś, przeciwnie, mimo wzmocnienia odruchów ścięgowych brak jest O. S.; podobnie do pewnego stopnia rzecz się przedstawia w schorzeniach pozapiramidowych.

Słusznie starają się B a b i Ń s k i i J a r k o w s k i określać za pomocą O. S. dolną granicę guza rdzeniowego. Podczas gdy górna granica zaburzeń uczucia odpowiada górnej granicy ucisku, ma wysokość, do której sięga pas O. S. określać granicę dolną. Jeśli przestrzeń pomiędzy wspomnianymi granicami jest znaczna, przemawia to, zdaniem autorów wspomnianych, za zewnątrzwardówkowym umiejscowieniem guza, jeśli zaś przestrzeń ta jest nieznaczna, to należy wówczas raczej myśleć o guzie wewnątrzwardówkowym.

Rozszerzenie pasa odruchowego częściej istotnie zdarsza się w ucisku rdzenia, aniżeli w innych schorzeniach układu nerwowego. W jednym np. przeze mnie spostrzeganym przypadku guza rdzenia grzbietowego, gdzie zaburzenia uczucia sięgały do 8—9, zaś O. S. do 10—11 odcinka, wykryto przy operacji w odpowiednim miejscu włókniamięsak długości 2½ cm., szerokości 1½ cm., wychodzący z naczyńiówki; powyżej guza znajdowało się nagromadzenie płynu (*meningitis spinalis serosa circumscripta*). W drugim przypadku guza rdzenia zaburzenia uczucia sięgały do 5—6 odcinka grzbietowego, O. S. zaledwie do pachwiny (badano tylko za pomocą klucia); na wysokości 4—5 odcinka grzbietowego znaleziono 2 ponad i obok siebie leżące twarde guzy, wielkości pestki cd śliwki, wychodzące z wewnętrznej powierzchni twardej. Wreszcie w 3-im przypadku, dotyczącym włóknia na wysokości 11 odcinka grzbietowego, w którym operacyjnie szczęśliwie usunięto nowotwór, udało się określić górną granicę za pomocą zaburzeń uczucia; w tym przypadku zupełnego porażenia kurczowego o typie B r o w n - S e q u a r d a nie można było wywołać O. S. przez klucie powłok brzusznych. Widzimy zatem, iż określanie dolnej granicy procesu uciskowego za pomocą najwyższej granicy pasa O. S. nie zawsze udaje się przeprowadzić. Możliwe, że przyczyna w tem tkwi, iż w częściach bliższych osi ciała (tułów,

uda) należy używać silniejszych podrażnień dla wywołania O. S. Toteż w ostatnim z przytoczonych przypadków, jakkolwiek klucie nie wywoływało żadnego efektu, można było w 10 miesiącach po operacji otrzymać O. S. za pomocą szczypania aż do linii pępkowej.

Badane przeze mnie przypadki pooperacyjne guzów wykazują, że odruchy patologiczne, między innymi i tu omawiany, utrzymują się przez czas dłuższy po przejściu zaburzeń czynnościowych.

Miałem również sposobność spostrzegania, jak znikają odruchy w ostatnim okresie nieoperowanego guza; najpierw znikły odruchy ścięgnowe, potem O. S. z grzbietu stopy, dalej z podeszwy, wreszcie rozgięcie palucha przekształciło się w zgięcie palców, które utrzymywało się najdłużej, nawet wówczas, gdy znikło już potrójne zgięcie; tuż przed śmiercią wystąpił brak całkowity odruchów ze stopy.

Wzmocnienie odruchów ścięgowych ze stopopłasem jest jednym z pierwszych objawów powolnego słabego ucisku rdzenia grzbietowego, np. w *Spondylitis tbc*. W całkowitym ucisku rdzenia grzbietowego znikają kolejno najpierw odruchy ścięgnowe, a potem dopiero patologiczne. Tę kolejność w cofaniu się odruchów można spostrzegać również i w końcowych okresach schorzeń mózgowych. Ciekawem jest, że powrót odruchów w tych rzadkich przypadkach całkowitego urazowego przecięcia rdzenia, w których odcinek dolny odzyskuje ponownie niektóre swoje czynności, następuje w odwrotnym porządku kolejnym.

Z e s t a w i e n i e: Pod odruchem skrócenia (O. S.), który występuje przy silnem drażnieniu skóry grzbietu, stopy i głębszych tkanek (sposób B e c h t e r e w - M a r i e - F o i x), należy rozumieć nie tylko potrójne zgięcie w stawach skokowym, kolanowym i biodrowym, lecz wespół z objawem B a b i Ń s k i e g o; jest on w stanie czuwania odruchem patologicznym.

Stosując metodę długotrwałych bodźców, można wywołać przestankowy typ O. S., który jest wyrazem silnego jego wzmocnienia.

O. S., otrzymany na skutek nagłego przerwania długotrwałego bodźca, nie jest wyrazem jego wzmocnienia; odruch przerwano bodźca otrzymuje się w warunkach fizjologicznych ze skóry brzucha, podeszwy.

O. S., wywołane z grzbietu stopy, z okolic, wyżej leżących, oraz podeszwy, są morfologicznie jednakie, posiadają jednakową wartość rozpoznawczą i występują w schorzeniach układu nerwowego, połączonych z uszkodzeniem piramid. Spostrzega się również w schorzeniach mózgowych, bez uszkodzenia piramid, mianowicie, w stanach, połączonych z utratą przytomności.

Najwrażliwszem miejscem dla wywołania O. S. jest podeszwa; im bliżej tułowia, tem bodziec musi być silniejszy.

O. S. nie jest odruchem skórnym, zajmuje on osobliwe miejsce wśród odruchów.

Wzmocnienie O. S. spostrzega się przedewszystkiem w sprawach uciskowych rdzenia (wyżej nabrzmienia ledźwiowego), jakoteż w niektórych przypadkach stwardnienia wielogniskowego, spraw rozsianych i poprzecznych rdzenia, wreszcie w niektórych bezwładach połowicznych.

W przypadkach ucisku przez guz z zespołem B r o w n - S e q u a r d a czas utajenia O. S. jest dłuższy po stronie uczuciowej.

W przypadkach, w których rozpoznanie waha się między guzem a stwardnieniem rozsianem, przemawia słaby O. S. przeciw guzowi, a za stwardnieniem, zaś wzmoczony O. S., zwłaszcza jego typ przestankowy oraz rozprzestrzenienie się na kończyny i tułów, bardziej za guzem.

Określenie dolnej granicy guza uciskającego za pomocą górnej granicy pasa odruchowego (B a b i Ń s k i i J a r k o w s k i) niezawsze daje wyniki pewne.

W przypadkach ucisku przez guz, operowanych z dobrym wynikiem, można wywołać odruchy patologiczne przez czas dłuższy po wyrównaniu zaburzeń czynnościowych.

W przypadkach całkowitego ucisku rdzenia przez guz znikają najpierw odruchy ścięgnowe, a potem w kolejnym porządku w kierunku dystalnym odruchy patologiczne.

## Streszczenia zbiorowe.

### Nowe poglądy na leczenie dyspepsji u dzieci.

Podał

R. BARAŃSKI (Warszawa).

Dyspepsja w ścisłym tego słowa znaczeniu oznacza dysfunkcję żołądka. Obecnie pojęcie niestrawności daleko odbiega od wyżej ustalonego. Mianem tem bowiem w pedjatrji niemowlęcej określamy stany biegunkowe, niekoniecznie pozostające w związku z zaburzeniami czynności żołądka. Muszę tu zaznaczyć, że pojęcie dyspepsji nie wszędzie posiada jednakowe prawa obywatelstwa. W swoim czasie Finkelstein określił tą nazwą w swojej systematyce biegunki, powstałe na skutek przewagi w jelicie spraw fermentacyjnych nad gnilnymi. W późniejszych swych klasyfikacjach autor ten przestał się niem posilkować. Cały szereg jednak pedjatrów z terminu tego nadal korzysta (szkoła Moro, Schaps), i zdaje mi się, że nie zrobię wielkiego błędu, jeśli mianem dyspepsji będę określał te ostre zaburzenia w odżywianiu, które głównie cechują się biegunką bez jakichkolwiek objawów zatrucia i zmian anatomo-patologicznych w jelicie. Objawy tego cierpienia, jak to wynika z wyżej powiedzianego, sprowadzają się głównie do rozwolnienia, wymioty zaś oraz inne objawy schodzą na plan drugi.

W poglądach na etiologję dyspepsji nawracamy obecnie do dawnych teoryj Escherich'a i Lesage'a, mianowicie, do bakteryjnego pochodzenia omawianej sprawy. Szkoła Moro dowiodła, że dyspepsja u niemowląt, żywnionych sztucznie, powstaje wskutek zakażenia (endogene Infektion). Przez analogję można to przypuścić także i dla dyspepsji dzieci, karmionych piersią.

Pod względem patogenetycznym cała rzecz przedstawiałaby się w następujący sposób: górny odcinek jelita cienkiego, jak również żołądek, są zupełnie jałowe. Bakterje, przypadkowo dostające się do tej części przewodu pokarmowego, giną czy to dla braku odpowiedniego środowiska, czy też dzięki bakterjobjęzości ściany jelita. Ostatnia działa bakterjobjęzość dzięki swemu odczynowi. W stanach dyspeptycznych następuje zakażenie jelita cienkiego, niekiedy i żołądka. Porządek poszczególnych zjawisk byłby taki: przede wszystkim zaburzenie czynności ściany jelita, stąd utrata jej bakterjobjęzości (zmiana jej normalnego odczynu). Zjawisko to umożliwia 2 fakty: t. zw. *ascensio endogenes*, czyli przesunięcie się flory bakteryjnej ku górze, i tak zw. „*Wandinfektion*“, t. j. zakażenie ściany jelita. Dalszy bieg rzeczy będzie zależał od charakteru zarazka, który wtargnął do jałowych dotąd części przewodu pokarmowego, od podawanego pożywienia oraz od właściwości ustroju. Przypuścmy, że wtargnął szczerp *bacterium coli*. Bezwzględnie należy się w tym wypadku liczyć najpierw z biochemicznymi właściwościami lasecznika, gdyż stosunek jego czy do węglowodanów, czy do substancyj białkowych może być każdorazowo inny. Co się tyczy podawanego pożywienia — to lasecznik okrzężnicy może wspaniale rozwijać się na węglowodanach, dając mnóstwo kwasów tłuszczowych, powodujących biegunkę, również dobrane na niektórych rodzajach białka, n. p. peptonie — na innych znów źle. Że ustrój odgrywa tu również niepoślednią rolę, świadczy chociażby badanie Kramara, który na 11 badanych przypadków w 3-ch znalazł przesunięcie się flory bakteryjnej ku górze bez objawów dyspepsji.

Widzimy więc, że z punktu widzenia teoryj Moro i Adama dyspepsja daje się sprowadzić do zakażeń, w zasadzie nie różniących się od innych. Jak wogóle w infekcjach zwykłych, tak i tu zachodzi zmaganie się 2 czynników — z jednej strony siła odpornościowa ustroju, z drugiej strony złośliwość zarazka. Cały szereg czynników może obniżać odporność ustroju i zwiększać przez to szanse zarazka. Do nich należą nieodpowiednie żywienie niemowlęcia, przegrzewanie go, pozajelitowe zakażenia i inne.

Akcja zapobiegawcza sprowadza się do usunięcia sprzyjających dyspepsjom czynników, które przed chwilą wyliczyłem.

Technika leczenia dyspepsji, jak wogóle wszystkich zaburzeń w odżywianiu, jest bardzo zmienna. Zmiany w poglądach przynosi nam nieomal każdy dzień. Nic też dziwnego, że wiele metod, stosowanych obecnie, ma już swoją własną hi-

storję, i metod naprawę nowych posiadamy bardzo niewiele. Jednak nawet w tem powtarzaniu się w pedjatrji jest jedna dobra strona — mianowicie wszędzie jest widoczna tendencja do wyjścia z powija'ków empirji i wstąpienia na drogę racjonalizmu. To jest ogromna wyższość terapij zaburzeń w odżywianiu doby obecnej nad dawną, nawet przy stosowaniu starych metod.

Leczenie już powstałej dyspepsji, jeśli ma ono być racjonalne, musi polegać na usunięciu przyczyny wywołującej, t. zn. musi być skierowane przeciw tym bakterjom, które daną dyspepsję powodują. Idealnym rozwiązaniem kwestji byłoby tu każdorazowe stwierdzenie typu zarazka i następnie zwalczanie go odpowiednimi dietetycznymi i farmakologicznymi środkami. Niestety, technika badania bakteryjologicznego treści jelita cienkiego u niemowląt jest jeszcze tak trudna, że badania te nie mogą być masowo przeprowadzone. Z drugiej strony, niedostatecznie jest wyjaśniona biologja poszczególnych typów flory bakteryjnej w jelicie niemowlęcia. Te dwie luki w naszej wiedzy zupełnie wystarczają do usprawiedliwienia całego szeregu niepowodzeń, z którymi każdy lekarz w swej praktyce niemowlęcej się spotyka. Musimy więc częściej postępować poomacku, korzystając jedynie z tych danych, jakich nam dostarcza dzisiejsza bakteriologja co do flory bakteryjnej jelita w różnych rodzajach żywienia.

Przed omówieniem postępowania leczniczego w poszczególnych postaciach dyspepsji chcę zrobić kilka uwag, stosujących się wogóle do wszystkich dyspepsyj. Leczenie prawie zawsze rozpoczynamy od podania *oleum ricini*, wytyczając bardzo lekkie, powstałe przy karmieniu piersią, które ustępują już po uregulowaniu karmienia. Celem podania *ol. ricini* (5,0—7,5) jest mechanicznie usunięcie częściowe tych bakteryj, które są zbyt wysoko umiejscowione. Dalej następuje głodówka. Okres trwania jej zależy od ogólnego stanu dziecka, nie powinien jednak przekraczać 12 godzin. Podkreślić należy, że w tym czasie dowóz płynu dla uniknięcia wysuszenia dziecka jest niezbędny (herbata, rumianek, kwiat lipowy). Dzięki głodówce bakterje, pozbawione pożywki, znów masowo giną. Dawniej dewią było głodzić, głodzić i głodzić. Niestety, i dziś takich głodomorków *e medico*, trzymanych tygodniami na kleikach, stale widzujemy jeszcze w praktyce poliklinicznej i klinicznej. Ilość podawanego pożywienia winna zależeć od tolerancji niemowlęcia, a więc musi być ściśle indywidualizowana. Taktyka nasza sprowadza się do szeregu prób. Podajemy najpierw pożywienie w mniejszej ilości i, o ile nie stwierdzamy przekroczenia tolerancji, co znalazłoby swój wyraz albo w pogorszeniu się objawów dyspeptycznych, albo w spadku wagi, albo w jednym i drugim, stopniowo zwiększamy je do maksymalnego wykorzystania wspomnianej tolerancji, ciągle jednak mając na uwadze to, aby jej nie przekroczyć. Najczęściej niemowlę samo dzięki czynnikowi łaknienia normuje ilościową stronę pożywienia.

Gros dyspepsyj stanowią, jak wiadomo, powstałe przy odżywianiu sztucznym. Wywołują je najczęściej laseczniki okrzężnicy, które się głównie składają na florę bakteryjną dolnego odcinka jelita cienkiego u niemowlęcia, żywnionego mlekiem krowim. Leczenie takiej kolidyspepsji sprowadza się do zwalczania lasecznika okrzężnicy. Dopomaga tu dokładna znajomość jego biologji. Przytoczę niektóre dane. Optimum koncentracji jonowej dla normalnego jego rozwoju stanowi Ph.—7,0, szerokość tego optimum waha się między Ph 5,0 i 8,4. Doskonale rozwija się ten lasecznik na mono- i disacharydach, znacznie trudniej na polisacharydach. Gliceryna i mydła alkaliczne silnie wzmagają rozwój hodowli, sole wapniowe hamują go. Białko i jego produkty rozpadu działają nań hamująco, jedynie pepton znacznie przyspiesza rozwój lasecznika okrzężnicy. Schemat postępowania leczniczego w kolidyspepsji będzie następujący: podaje się *ol. ricini* z następczą głodówką i wyznacza się odpowiednią dietę, utrudniającą rozwój wspomnianego wyżej lasecznika okrzężnicy. Wiemy, że wymaga on określonej koncentracji jonowej. Przesunięcie jej w jedną lub drugą stronę powodują masowe obumieranie lub znaczne osłabienie złośliwości bakteryj. W klasycznych przeciwdyspeptycznych mieszankach, jak maślanka, mleko białkowe, mleko Adama i zakwaszone kwasem, mlekowym mleko, fakt ten brany jest pod uwagę, i widzimy tu koncentrację jonów kwaśnych znacznie wyższą, niż tego wymaga optimum dla *bacterium coli*. Zakwaszenie pierwszych trzech otrzymujemy

przez sfermentowanie w nich cukru mlecznego. Jednak ryzykowną jest rzeczą przypuszczać, że działanie kwaśnych mieszanek polega na większym stężeniu w nich jonów wodorowych, dzięki którym udaje się podnieść koncentrację tych jonów w dwunastnicy i w ten sposób zadziałać bakterjobójczo na laseczniki okrężnicy. Badania Schifffa—Gottsteina na psach oraz Scnariffa i towarzyszy na niemowlętach, nie tylko nie potwierdzają tych przypuszczeń, ale raczej każą myśleć, że dodatniego wpływu stężenia jonów wodorowych w tych mieszkankach należy się doszukiwać w znacznym obniżeniu się ich w dwunastnicy.

Cała ta sprawa atoli na razie pozostaje pod znakiem zapytania. To jednak nie przeszkadza dalszemu stosowaniu kwaśnych mieszanek bez względu na ich teoretyczne uzasadnienie. Mają one utartą już tradycję, a przedewszystkiem dają doskonałe wyniki. Techniki przystosowania pierwszych trzech mieszanek nie podaję, gdyż można ją znaleźć w każdym podręczniku chorób dziecięcych, czwartej zaś omawiam niżej.

Mleko białkowe, maślanka, mleko Adama zawierają mniej łatwo zużywalnego przez laseczniki okrężnicy disacharydu, niż to bywa w zwykłych mieszkankach. Normalną słodycz wspomnianych mieszanek otrzymujemy przez dodanie maltozodekstryny w mleku białkowym lub Adama, maltozodekstryny plus mąki w maślance; są to cukry, znacznie gorzej fermentujące. Ilość białka zaś jest większa, tłuszczów natomiast mniejsza, niż w zwykłych mieszkankach. W ten sposób otrzymujemy odrazu maximum działania na bakterium coli. W zwykłych mieszkankach aptydyspeptyczne działanie ich otrzymujemy przez używanie odtłuszczonego mleka, dodawanie kleików, jako zawierających polisacharydy, zamiast wody, podawanie preparatów białkowych, — jako to: plasmonu, laronu lub nutrozy od 10—15 gr. pro die, słodzenie za pomocą maltozodekstryny.

Sposób naszego postępowania w każdym przypadku musi być indywidualizowany. W najlżejszych wystarczy podanie ol. rycynowego z następczą głodówką. W cięższych z aplikowaniem prócz tego kleiku, zamiast wody, i maltonu, (maltozodekstryny), zamiast cukru trzcinowego; w jeszcze cięższych dodanie do takiej mieszanki preparatu białkowego i ewentualnie odtłuszczenie mleka. W najcięższych należy zastosować jedną ze wspomnianych kwaśnych mieszanek. Którą z nich wybrać?

Tu wchodzi w rachubę czynnik wysuszenia. Jeśli niemowlę znacznie się odwodniło, należy zastosować mleko Adama lub maślankę, jako zawierające większe ilości soli, przy nieznacznym odwodnieniu ustroju — mleko białkowe.

Jak wyżej wspomniałem, Finkelstein uczy, że dyspepsja jest rezultatem przewagi w jelicie procesów fermentacyjnych nad gnilnemi. Z tego punktu widzenia usprawiedliwione było ograniczenie w dziecie antydyspeptycznej węglowodanów szczególnie mono- i disacharydów. Jednak obserwacje klinik francuskich już dawno wskazywały na to, że objawy dyspeptyczne przy zwiększeniu w mieszkankach odsetki cukru nie tylko nie nasilają się, ale słabną i w końcu zupełnie ustępują. Zjawisko to dawniej nie było zrozumiałe. Obecnie z punktu widzenia teorii Morro rzeczy te są zupełnie jasne. Bakterje, jak wiemy, mogą się rozwijać w określonej koncentracji jonowej. Przy większych ilościach cukru na skutek działania bakteryj (wytwarzanie się lotnych kwasów tłuszczowych) koncentracja jonów wodorowych wkrótce przekracza optimum i wzrost bakteryj zaczyna się hamować. Badania doświadczalne Rühlego potwierdzają całkowicie ten pogląd. Nic też dziwnego, że mocno słodkie mieszanki mają co-

raz szersze zastosowanie. Weźmy dla przykładu Dubo (mleko krowie plus 17% cukru trzcinowego), która, aczkolwiek nie jest pokarmem specjalnie antydyspeptycznym, to jednak podaje się bez obawy dyspepsji.

Prócz leczenia dietetycznego stosuje się środki farmakologiczne. Sprowadza się je w chwili obecnej do podawania mlekanu wapnia i kwasu mlekowego (sol. calcii lactici 5%). Stosowanie soli wapniowych oparte jest na tej podstawie, że dodanie ich do pożywek znacznie hamuje rozrost kolonii okrężnicy in vitro. W zastosowaniu jednak do ustroju ludzkiego ta na pozór tak prosta sprawa zaczyna się gmatwać i najwięksi znawcy zaburzeń w odżywianiu nie mają dotąd na te sprawy wyrobionego poglądu. N. p. Adam uważa, że sole wapniowe na laseczniki okrężnicy, wywołują dyspepsję, nie wywierają żadnego działania, z drugiej zaś strony, mówiąc o zaletach swojej mieszanki, jako plus jej podaje większą ilość zawartego w niej wapnia. Acidum lacticum było już stosowane przez Lesage'a, który podawał je jako środek wybitnie bakterjobójczy już w roku 1886. W Niemczech ostatnio stosowanie kwasu mlekowego znalazło gorącego zwolennika w osobie Schapasa. Autor ten radzi dawać 2—3 gramy dziennie, najlepiej dodając je do pożywienia. Działania kwasu mlekowego, według Schapasa, polega na jego bakterjobójczości. Wyniki, jakie Schaps przytem otrzymywał, są bardzo dobre. Ostatnio Demuth radzi zakwaszać mieszanki kwasem solnym 12,5% w ilości 8 kropeł na każde 10 gr. nierozcieńzonego mleka.

Dyspepsje u dzieci, żywionych piersią, stanowią na ogół grupę niewielką. Z punktu widzenia teorii Morro i tu należałoby się doszukiwać przesunięcia się flory bakteryjnej z dolnego odcinka jelita ku górze. Chodziłoby tu o przesunięcie się b. bifidus lub acidophilus. Ponieważ biologia tych bakteryj nie jest jeszcze dokładnie znana, postępowaniu naszemu brak podstaw naukowych. W przypadkach, gdzie mamy do czynienia z dyspepsją na tle przekarmiania (czynnik sprzyjający infectio endogenes), bardzo często wystarcza już uregulowanie karmienia dla uzyskania wyleczenia. Często jednak to nie rozwiązuje sprawy, i wtedy dodajemy 10—15 grm. pro die jakiegoś preparatu białkowego w rozczynnie wody emulsyjnej, lub też wprowadzamy, jedną lub 2 porcje mleka krowiego (100—200 grm. w odpowiednim rozcieńczeniu). Dawna teoria Finkelsteina a nie tłumaczy dobrych wyników, jakie tu otrzymujemy, szczególnie przy tym drugim sposobie postępowania. Stają się one zupełnie zrozumiałe w świetle teorii Morro. Wprowadzenie mleka krowiego hamuje rozrost zwykłej przy karmieniu piersią flory bakteryjnej. Tego rodzaju postępowanie wskazane jest też w dyspepsjach pochodzenia konstytucyjnego.

Leczenia farmakologicznego w dyspepsjach dzieci, karmionych piersią, nie stosujemy zupełnie.

Na zakończenie chcę jeszcze wspomnieć o dyspepsjach, które jako przyczynę, mają głodzenie, brak węglowodanów, zasad lub witamin. Mimo wyraźnej etiologii, patogenza tych cierpień nie jest zupełnie jasna. Jeśli chodzi o głód i brak witamin, cała rzecz dość dobrze dałaby się ująć w ten sposób, że zarówno głód, jak i brak witamin są czynnikami, znacznie zmniejszającymi odporność ustroju, jego tolerancję, a więc są czynnikami, które sprzyjają infectio endogenes. Postępowanie lecznicze jest zwykłe, należy tylko pamiętać o jednoczesnym usunięciu wspomnianych czynników sprzyjających. Kwestja dyspepsji, powstałych na skutek braku węglowodanów lub zasad, jest jeszcze zupełnie ciemna. Leczenie sprowadza się do zaopatrzenia ustroju w ciała brakujące w ilościach odpowiednich.

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

### Fizjologia normalna i patologiczna.

S. J. TRAUNHAUSER i S. WEISS. Badania nad stonunkiem wyciągów eterowych i chloroformowych ciał, zawierających azot i zawartych we krwi ludzkiej, do ciśnienia krwi. (Klin. Woch. 9, 1925).

Wysokość ciśnienia krwi przy prawidłowej czynności serca uzależniona jest od oporów obwodowych, t. j. od stanu najdrobniejszych naczyń. Światło najdrobniejszych naczyń może się zmieniać zależnie od zmian anatomicznych (Lues,

Sclerosis), jako też od zmian czynnościowych — nerwowych. Długotrwałe czynnościowe wężenie światła naczyń powoduje anatomiczne zmiany w naczyniach, w podobny sposób pierwotne zmiany anatomiczne wywołują wtórne zmiany czynnościowe naczyń. Regulacja nerwów naczyńnoruszowych może ulec zaburzeniom pod wpływem czynników fizycznych i chemicznych. Wiadomo, iż z jednej strony pod wpływem ciepła i zimna, z drugiej — dzięki czynnikom chemicznym (znieczulenie miejscowe) mogą być wywoływane zmiany w świetle naczyń bez wpływu na stan ciśnienia krwi. Dowodzi tego także

fakt, iż można całą kończynę oddzielić od ogólnego krążenia i również nie otrzymać zmian w ciśnieniu krwi. Niewiadomo dotychczas, w jakiej rozległości naczyń obwodowych musi nastąpić zwichnięcie światła, aby spowodowało zmiany w ciśnieniu krwi. Wiadomo tylko, iż w przypadkach, w których stwierdzono przez dłuższy czas wzmoczenie się ciśnienia krwi, na sekcji znajdowano prawie we wszystkich narządach i tkankach zgrubienie błony wewnętrznej i mięśniówki naczyń. Usiłowano połączyć wzmoczenie się ciśnienia krwi z pewnymi objawami klinicznymi. Wiadomo, iż ciśnienie krwi wymaga się równocześnie z wystąpieniem objawów uremicznych w przewlekłych zapaleniach nerek; również w ostrym okresie rozlanego zapalenia kłębuszków nerkowych spotyka się podniesienie ciśnienia krwi właśnie u takich chorych, którzy mają napady kłamptyczno-uremiczne. Te spostrzeżenia dały powód do powstania przypuszczenia, iż wzmoczenie ciśnienia krwi jest skutkiem zatrzymania w ustroju pewnych ciał, które wywołują obok skurczu innych mięśni również skurcz mięśniówki naczyń. Ale przypuszczenie powyższe uległo zachwianiu wobec niejednokrotnego stwierdzenia podniesienia ciśnienia krwi bez objawów kłamptycznych. Przez długi czas przypuszczano, iż przyczyną wzmoczonego ciśnienia krwi jest zatrzymanie się w usroju ciał, zawierających azot. Stwierdzano to często w ostatnim okresie zapalenia nerek, gdzie obok hipertonię spostrzegano zwiększoną ilość azotu resztkowego w krwi. Ale i to przypuszczenie nie utrzymało się, gdyż często hipertonię występuje przy normalnej ilości azotu resztkowego albo nawet zmniejszonej ilości jego, jak to bywa w ostrym okresie **glomerulonephritis**.

Natomiast, jeżeli się zrobi wyciąg eterowy lub chloroformowy krwi w całości, nie badając wyłącznie surowicy jej, to stwierdzimy w każdym przypadku wzmoczonego ciśnienia krwi — większą zawartość azotu w wyciągu, aniżeli to bywa w normie. Ilość azotu, stwierdzonego w wyciągu, nie ma nic wspólnego z ilością azotu resztkowego, gdyż często bardzo pierwszy z nich występuje w ilości zwiększonej, a drugi — w ilości zwykłej. Tłumaczy się to tem, iż azot resztkowy zawarty jest w surowicy krwi, natomiast azot, otrzymany w wyciągu przeważnie jest w połączeniu z rozmaitemi ciałami tłuszczowemi całej krwi.

Leon Lewin.

**Ernst ROTHE. Przyczynę do teorii opadania krwinek.** (D. m. W. 1924 r., Nr. 2).

Szybkość sedymentacji jest równoległą do szybkości aglutynacji. Istnieje 3 teorie sedymentacji:

1) Gruber uważa za przyczynę aglutynacji lepkość ciałek; 2) Fahraeus wysunął teorię o ładunku elektrycznym: czerwone krwinki mają ładunek ujemny i wzajemnie się odpychają, pozostając w zawiesinie; opadanie jest skutkiem rozładowania; 3) chemiczna teoria (Linsenmeier): szybkość opadania zależy od zawartości w plazmie globulinów (przyspieszenie) i albuminów (zwolnienie).

Wiadome są jednak fakty, nie układające się w ramach tych teorii. Według autora, głównym czynnikiem szybkości opadania jest napięcie powierzchni czerwonych krwinek: przy większym napięciu powierzchniowym tworzą się większe zlepkki, które szybciej opadają. Wogóle należy rozróżniać trzy momenty opadania: pierwszy, przedwstępny, odbywający się wolniej — opadają pojedyncze krwinki; drugi — gdy opadają zlepkki, w szybszym tempie; trzeci, znów wolniejszy, — opadanie już zakończone, ale osad zbiera się sam w bardziej zbitą masę.

Na szybkość opadania wpływają poza tem: stężenie krwinek (przy oligocytemii — przyspieszenie, przy polyglobulii — zwolnienie), ciężar gatunkowy krwinek i osocza, lepkość osocza, kształt krwinek i wysokość słupka krwi.

A. Lapidus.

**Paul SAXE i Ferdynand DONATH. Przemiana wody a układ siateczkowo-śródbłonkowy.** (Klinische Wochenschr. Nr. 31, 1924 r., str. 1397—1399).

Badania autorów były przeprowadzone na trzech królikach i dziewięciu chorych. Wyniki swych doświadczeń autorzy streszczają w sposób następujący:

1) Blokada układu siateczkowo-śródbłonkowego u królików wywołuje po wstrzyknięciu roztworu fizjologicznego soli kuchennej silniejszą wodnistość krwi, niż u zwierzęcia kontrolnego.

2) Zastrzyk dożylny elektrokollargolu u ludzi, któ-

rym następnie podano do wypicia litr wody, wywołał zmniejszone wydzielanie moczu. Zależy to od zatrzymywania wody w ustroju, a nie od zmian w nerkach.

3) Badania te, zdaniem autorów, wskazują na znaczną rolę układu siateczkowo-śródbłonkowego w przemianie wody w ustroju.

W. Czarnocki.

**Hans POLLITZER i Ernst STOLZ. O próbie novazurowej, wykazującej wpływ wątroby na gospodarkę wodną ustroju.** (Klin. Wochenschrift, 25 marca 1924).

Celem wykazania zależności zaburzeń w gospodarce wodnej od schorzeń wątroby, autorowie przeprowadzili badania, które dały następujące wyniki:

1) Prawidłowo odżywiany ludzki organizm rozporządza w warunkach normalnych pewnym nadmiarem wody (+NaCl), który może zawsze zużyć w przeciągu 24 godz. dla wyrównania wpływów zewnętrznych. Gdy podziałają bodźce moczopędne, może być ta ilość wody (i soli) wydalona, i nie musi wcale nastąpić uzupełnienie jej z zewnątrz, zapoczątkowane pragnieniem. Jest to tak zwana „woda zalegająca“. Ilość wody zalegającej danego organizmu można oznaczyć ubytkiem na wadze, występującym w przeciągu 24 godz. po zastrzyknięciu śródmięśniowym 2 cm<sup>3</sup> 10% novazurołu. Ubytek ten waha się w granicach między 500 a 1000 gr.

2) Podczas żółtaczki nieżytowej i szczególnie kiłowej, podczas kamicy żółciowej i towarzyszących jej spraw zapalnych, jest ilość wody zalegającej nadmiernie wysoka, co wyraża się ubytkiem na wadze po zastrzyku novazurołu, wynoszącym od 1000—3500 gr. Jak długo sprawa chorobowa trwa, ta ilość wody zalegającej zostaje utrzymana, to znaczy, że po upływie 2—3 dni dosięga znowu dawnej wysokości.

3) Autorzy przypisują to powiększenie się ilości wody zalegającej czynnościowo-zapalnemu podrażnieniu Pickowskich zastawek żył wątrobowych. Za tem, że jest to zaburzenie czynnościowe, przemawia fakt, że jest ono największe właśnie podczas najłagodniejszych żółtaczek. Okazało się więc że i podczas schorzeń wątroby, dotyczących, jakby się zdawało, tylko jej aparatu żółciowego, są i ukryte zaburzenia w zakresie żyły wrotnej, które w końcu doprowadzić mogą do puchliny brzusznej.

4) Pomiędzy zdrowymi, badanymi dla kontroli, był pewien odsetek osób o ilości wody zalegającej, przekraczającej normę. U osób tych stwierdzono ukrytą gruźlicę węzki płuc.

Wątroba jest narządem, zawiadującym krążeniem wody w ustroju, płuca zaś stanowią narząd wydalający około 40% wody. To też podczas schorzeń każdego z tych dwu narządów bywają zaburzenia w gospodarce wodnej, dające się wykryć przy pomocy próby novazurowej.

Konstantynerowa.

**Georg LEPEHNE. Badanie sprawności wątroby.** (Klin. Wochenschrift, 8 stycznia 1924).

Badanie czynnościowe wątroby dzieli się na: 1) badanie przemiany cukrowej, 2) wydalania barwików z żółcią, 3) soku dwunastnicy, 4) krwi i 5) moczu.

1) Przemiana cukrowa wątroby należy do najdawniejszych badań jej sprawności. Celem pokarmowego obciążenia używa się lewulozy w dawkach od 25—100 gr., lewulozurę bowiem spostrzega się tylko u ludzi chorych na wątrobę, bardzo wyjątkowo zaś u zdrowych. Dodatnie wyniki już po małych dawkach lewulozy są podczas żółtaczki nieżytowej i kamicowej; podczas żółtaczki zastoinowej, wywołanej guzem, — musimy używać dawek znacznie wyższych. **Cirrrosis i lues** wątroby dają rezultaty zależne od nasilenia tych spraw chorobowych. Ujemne wyniki dają kamica żółciowa, nowotwory wątroby, bąblowiec, wątroba zastoinowa, żółtaczka krwiopochodna. — Analogiczna do próby z lewulozą jest próba z galaktozą.

2) Badanie wydalania barwików z żółcią: barwik, którym może być fenoltetrachlorftaleina lub błękit metylenowy lub wreszcie indigokarmin, wstrzykuje się dożylnie i obserwuje, po jakim czasie zjawia się w soku dwunastnicy, wydostającym się przez założony zgłębnik. U ludzi chorych na wątrobę opóźnia się wydalanie barwnika. Ostatnio bada się sprawność wątroby w wydalaniu barwików, w ten sposób, że się oznacza czas, po jakim barwik wstrzyknięty do krwi znika z niej.

3) Badanie soku dwunastnicy: stwierdza się ilość bilirubiny, urobiliny, urobilinogenu i kwasów żółciowych. Ze względu na diagnozę różniczkową szczególnie ważnym jest badanie soku dwunastnicy na białko, chociaż zdania autorów

co do zjawiania się białka podczas różnych spraw chorobowych są jeszcze podzielone: Strisower uważa, że podczas żółtaczki nieżyłkowej i salwarsanowej niema białka, wykrywamy je natomiast w dużej ilości podczas żółtaczki kiłkowej wczesnej; Raue zaś stwierdził duże ilości białka w przypadkach żółtaczki salwarsanowej.

4) Badanie krwi na zawartość bilirubiny reakcją Himmans van den Bergha; wyróżniamy 2 odmiany tej metody: bezpośrednią i pośrednią; reakcja bezpośrednia przemawia za żółtaczką, wywołaną zmianami w miąższu wątroby lub mechaniczną przeszkodą odpływu żółci, pośrednią za żółtaczką krwiopochodną. Ważniejsze jeszcze jest wykrycie hyperbilirubinemji podczas chorób wątroby z ukrytą żółtaczką.

5) Badanie moczu: Urobilina i urobilinogen zjawiają się w moczu podczas zmian chorobowych wątroby lub też z powodu jej przeładowania urobiliną. Takie przeładowanie zdarza się, gdy jest nadmierny rozpad krwi lub zaburzenie życia bakteryjnego w jelitach (lues, katar jelit). Według Falt'a, Höplera i Knoblocha zjawia się urobilinogenuria po podaniu przez usta 45 cm<sup>3</sup> 10% alkoholowego roztworu chlorofilu tylko u chorych na wątrobę. Mocz badany również na bilirubinę i kwasy żółciowe.

Konstantynaerowa.

J. BARCROFT. Najnowsze badania nad śledzioną. (Lancet Nr. 5294, 319, 1925.).

Znakomity fizjolog z Cambridge w badaniach swych nad absolutną masą krwi doszedł do przekonania, że znaczne wahania, występujące tak w liczbie krwinek, jak i ilości hemoglobiny, mogą być tylko wtedy wytlomaczone, o ile przypuści się istnienie jakiegoś narządu magazynującego, przechowującego krwinki i wyrzucającego je w miarę potrzeby do krwioobiegu głównego. Takim narządem jest śledziona, która nietylko niszczy krwinki, ale i przechowuje je i, dzięki swym rytmicznym skurczom, wyrzuca je do żyły śledzionowej. Badania Barcrofta wykazują, że jednocześnie z wzrostem całkowitej ilości krwi, np. po ogrzaniu zwierzęcia lub po pracy mięśniowej, śledziona zmniejsza się i to dosyć znacznie. Zwierzęta, pozbawione śledziony, szybciej giną w atmosferze przepojonej CO, aniżeli zwierzęta zdrowe, a to dlatego, że te ostatnie posiadają w śledzionie zapas zdrowych krwinek, które powoli przechodzą do krwioobiegu i zastępują przez pewien czas krwinkę zatrute, dostarczając oksyhemoglobiny. Badania Barcrofta są niezwykle ważne, albowiem w sposób dokładny wykazują, że śledziona jest przedewszystkiem nie gruczołem dokrewnym, lecz włączonym do krwioobiegu rezerwuarem o automatycznej regulacji Landsterg.

### Chemja fizjologiczna.

Casimir FUNK. Histoire et les conséquences pratiques de la découverte des Vitamines (avec la coopération de RAOUL LECOQ). Paris, Vigot Fr. 1924. Nazwisko Funka jest dostateczną rękojmią zalet i wartości małej książeczki; na osiemdziesięciu kilku stronicach znajdujemy historję odkrycia witamin, ich klasyfikację. W tym dostępnym dla każdego przyrodnika i lekarza „wstępie do nauki o witaminach” dowiadujemy się o znaczeniu witamin dla patologji oraz dla fizjologii odżywiania. Popularna książeczka ta powinna być przeczytana nie tylko przez nowicjusza w sprawach witaminowych, ale każdy nawet obeznany z tą kwestją czytelnik dowie się wielu nadzwyczaj ciekawych rzeczy, przedstawionych jasno i zwięźle.

M. L.

Z. MALKIEWICZ. O chłonięciu niektórych soli nieorganicznych w jelicie cienkim. (T-wo Naukowe Warszawskie i Prace Instytutu im. M. Nenckiego. Nr. 34, 1924).

W końcu zeszłego stulecia Heidenhain oraz Coheim zwrócili uwagę na czynność fizjologiczną nabłonka jelitowego, która tak ważną odgrywa rolę w procesie chłonięcia obok działania sił czysto fizycznych (osmoza, dyfuzja). Następni badacze (Höber, Oker, Błoni, Gizerd) zwrócili uwagę na katarofezę, elektroosmozę i polaryzację błony jelitowej, jako na czynniki, wchodzące w grę w procesie chłonięcia. W ostatnich czasach zwrócono uwagę na wpływ, jaki wywiera obecność pewnych soli na resorbację innych soli wzgl. ciał. Autor, mając na względzie to wzajemne oddziaływanie na siebie poszczególnych jonów, przeprowadził szereg doświadczeń nad chłonięciem katjonów Na, K i Ca

z roztworów chlorków (NaCl, KCl, CaCl<sub>2</sub>). Otrzymał przytem następujące wyniki. Po wprowadzeniu do jelita cienkiego roztworu chlorku jednego z trzech badanych metali (Na, K, Ca) z małemi dodatkami NaHCO<sub>3</sub> — w płynie niewchłoniętym stwierdzić się daje po pewnym czasie obecność dwu innych katjonów.

Z mieszaniny zaś dwu izotonicznych roztworów chlorków, np. NaCl + KCl, — sól resorbuje się wolno (ilość jego w płynie niewchłoniętym może nawet wzrosnąć) — podczas gdy K ulega szybkiej resorbacji. W roztworze niewchłoniętym stwierdzić się dają ślady Ca. Z roztworu Ringera wszystkie składniki są resorbowane prawie równomiernie. Autor przypuszcza, iż w odniesieniu do katjonów metali badanych istnieje pewne optimum stężenia i ich wzajemnego stosunku, które to optimum osiąga organizm w drodze czynności regulacyjnych nawet po naruszeniu tych stosunków przez wprowadzenie jednego z jonów w ilości nadmiernej. Brakujących w płynie katjonów dostarcza jelito drogą wydzielania, katjony zaś, wysępnujące w nadmiarze, zostają bądźto wchłonięte, bądź też stracone z roztworu. W doprowadzeniu do tego optymalnego stężenia jonów odgrywa również rolę chłonięcie (wzgl. wydzielanie) wody, przyczem zarówno ciśnienie osmotyczne, jak i stężenie jonów wodorowych w płynach pozostałych osiągnają stale zbliżone do siebie wartości (PH = ok. 8, Δ = 0,54<sup>0</sup> — 0,60<sup>0</sup>).

Wszystkie swe doświadczenia wykonał autor na psie wagi 20 kg., z przetoką jelitową Thiry-Vella, o długości pętli ok. 1 metra.

P. Słonimski.

Witold RAWITA - WITANOWSKI. Studja nad cholina, hormonem jelit i związkami pokrewnemi. (T-wo Naukowe Warszawskie. Prace Instytutu inż. M. Nenckiego, Nr. 36, 1924).

W ostatnich czasach w toksykologii zainteresowano się mechanizmem działania acetylcholiny, tego potężnego jadu parasympatycznego. Wyjaśnienie mechanizmu tego działania acetylcholiny rzuciłoby światło i w dziedzinie fizjologii, gdyż na zasadzie prac LeHerx przyjąć można esteryfikację choliny przez tkankę jelit. Autor przeprowadził w pracowni fizjologicznej prof. Białaszewicza badania porównawcze nad działaniem szeregu CH<sub>3</sub> COO CH<sub>2</sub>, CH<sub>2</sub>, NH<sub>2</sub>... CH<sub>3</sub> COO CH<sub>2</sub>, N(CH<sub>3</sub>), OH. Stwierdził on, iż szereg ten działa tonicznie na jelito i hamująco na ruchy serca. Objawy te są przejściowe, wskutek przyzwyczajania się do trucizny, a sam mechanizm działania tych czterech estrów zbliżony jest do działania muskaryny, zauszczowanego w pracach Strauba. A. przyjmuje istnienie paralelizmu między zmianami zasadowości amin w miarę metylowania azotu a siłą toksyczną badanego szeregu. Acetylcholina działa na serce i jelito 3 do 6 tysięcy razy silniej niż acetylcholamina. Amina drugorzędowa działa przeciętnie 10 razy silniej od pierwszorzędowej, czyli 300 razy słabiej niż acetylcholina. Amina trzeciorzędowa działa zmienne.

P. Słonimski.

BANU, NEGRESCO i CHERESCO. Cholesteryna u osesków zdrowych. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. N. 27 12. VIII 1924).

Autorzy zajęli się określeniem ilości cholesteryny w surowicy krwi osesków w zależności od wieku i sposobu karmienia (piersią lub sztucznie). Z badań ich wynika, że poziom cholesteryny u dzieci zdrowych waha się w pierwszych 3 miesiącach życia około 0,50%/oo (u dorosłych 1,4 do 2,0%/oo), że u dzieci, karmionych piersią, przewyższa 0,5%/oo (średnio 0,54%/oo), a u dzieci, karmionych sztucznie albo w sposób mieszany, wykazuje liczby poniżej 0,50%/oo (przeciętn. 0,46%/oo), i że ilość cholesteryny stopniowo wzrasta z wiekiem. Okazuje się więc, że stosunek cholesteryny u osesków jest niższy, niż u dorosłych, i że wielki wpływ wywiera nań odżywianie i wiek.

J. Typograf.

M. WICHERT i A. JAKOWLEWA. O zmianach w chemizmie narządów w przebiegu zatrucia sublimatem. (Ztschr. f. klin. Med. 100, 160, 1924).

Badania nad zawartością rozmaitych związków chemicznych w narządach dwóch osobników, zmarłych wskutek zatrucia sublimatem, wykazały, iż, ilość azotu resztkowego w niektórych narządach (wątroba, płuca, mięśnie, śledziona, nerki) wielokrotnie przewyższa zawartość azotu resztkowego we:



krwi; indykan znajdujemy natomiast w narządach w daleko mniejszej ilości, aniżeli we krwi. Sól kuchenna zbiera się przede wszystkim w skórze i w mięśniach. Sole wapnia i cholesteroliny znajdują się we wszystkich zmartwiałych ogniskach, dokąd wędrują ze krwi i zdrowych części ustroju.

L.

### Biologja.

DELCOURT Bernard i André MAYER. **Pozycja spoczynku u człowieka.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. N. 5 — 1925).

Dla ustawienia układu mięśniowego człowieka w stanie spoczynku podczas pomiarów podstawowej przemiany materji umieszcza się go zwykle w pozycji leżącej nawznak. Autorzy zajęli się zbadaniem, czy pozycja ta jest rzeczywicie i zawsze pozycją spoczynku człowieka, t. j. tą pozycją, w której spalanie ma być sprowadzone do minimum. Z doświadczeń ich wynika, że pozycja nawznak, jako ułożenie pośrednie między stanami wyprostowania i zginania tułowia odpowiada spalaniu mniejszemu niż to, które się stwierdza w tych dwóch stanach, ale nie wynika z tego bynajmniej, aby ułożenie to było tem, przy którym spalanie jest dla danej osoby najmniejsze. Otóż w ułożeniu nie na plecak, lecz na boku, w pozycji półzgiętej, w postaci kurka od strzelby stwierdza się prawie we wszystkich przypadkach mniejsze spalanie, niż to, które się znajduje u tychże ludzi w ułożeniu nawznak. Ale i to jeszcze nie jest minimum przemiany materji: jeżeli ułożymy osobnika w pozycji, jaką on zwykle przybiera dobrowolnie podczas snu, i wówczas dokonamy pomiarów, to przekonamy się, że spalanie okazuje się wtedy zwykle jeszcze mniejszem. Jest bardzo ciekawem, że ułożenie to podczas snu jest ściśle indywidualne i zwykle odmienne u różnych osób.

W ten sposób widzimy, że pozycja spoczynku nie odpowiada pewnemu ułożeniu mięśni wyprostnych i zginaczy, stałemu dla wszystkich ludzi.

W pewnych warunkach pozycja spoczynku może nawet nie być pozycją leżącą. U jednego z badanych osobników najmniejszą przemianę materji, jaką wogóle u niego stwierdzono, znajdowano wtedy, gdy siedział w wygodnym fotelu klubowym z oparciem dla wszystkich części ciała.

„Pozycja spoczynku“ jest więc indywidualną cechą osobniczą, dająca się prawdopodobnie zmienić przez ćwiczenie i przyzwyczajenie.

J. T y p o g r a f.

DELCOURT Bernard i André MAYER. **Badanie podstawowej przemiany materji na powietrzu i w wannie.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. N. 2 — 1925).

Badania autorów amerykańskich wykazały, że w praktyce dla badania podstawowej przemiany materji nie jest koniecznem umieszczanie badanego w wannie z wodą o  $t. = 36^{\circ}$ , w której usuwa się wszelką pracę termoregulacji, i że człowiek zdrowy, lekko ubrany, w temp.  $18^{\circ}$  pochłania ilość tlenu prawie jednaką, jak w wannie o  $t. = 36^{\circ}$ .

Dokładne pomiary autorów wykazały, że najmniejsza przemiana stwierdzana w wannie jest niższa od minimum znajdującego w powietrzu. Dalsze zaś pomiary wykazały, że najmniejszą przemianę materji, jaką wogóle można stwierdzić u danego osobnika, znajduje się nie podczas jego pobytu w wannie, lecz w powietrzu o  $t. = 18^{\circ}$  po wyjściu z kąpieli. Czyli, że zmniejszenie się przemiany materji w wannie o  $t. = 36^{\circ}$  nie zależy wyłącznie od czynników, związanych z termoregulacją.

Również tedy pytanie, w jaki sposób działa w tych warunkach wanna, czy wpływ jej polega na oddziaływaniu na układ nerwowo-mięśniowy, którego udział w metabolizmie jeszcze nie jest całkowicie wyjaśniony. Narzuca się również pytanie, kiedy uznamy, że człowiek jest w stanie „spoczynku“. Kiedy zatrzymamy się? Czy wówczas, gdy osiągniemy minimum najmniejsze, jakie się da osiągnąć?

J. T y p o g r a f.

A. OZORIO de ALMEIDA i BRANCA de A. FIALHO. **Wpływie ośrodkowego układu nerwowego na metabolizm minimalny organizmu.** (Comp. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 4 — 1925).

Układ nerwowy, pobudzając czynność wszystkich narządów, wywiera wielki wpływ na podstawową przemianę materji. Po usunięciu wszelkiej czynności odruchowej i do-

browolnej metabolizm dochodzi do pewnego minimum, poniżej którego nie jesteśmy już w stanie go zmniejszyć. Tymczasem jednak nawet przy najzupełniejszym spoczynku zewnętrzny układ nerwowy nie przestaje okazywać wpływu na napięcie mięśni na stan troficzny tkanek. Autorzy zajęli się dokładnymi pomiarami wpływu ośrodkowego układu nerwowego na metabolizm minimalny w stanie bezwzględniego spoczynku. Badano w tym celu przemianę oddechową żaby przed i po całkowitem zniszczeniu ośrodkowego układu nerwowego i okazało się, że w zupełnie jednakowych pozostałych warunkach metabolizm żaby zdrowej jest przeciętnie 5 razy większy niż żaby ze zniszczonym układem ośrodkowym. Ośrodkowy układ nerwowy wywiera przeto wpływ bardzo znaczny na przemianę oddechową nawet wtedy, gdy zwierzę znajduje się w pozornym stanie spoczynku całkowitego. Z powyższego wynika, że podstawowa przemiana materji, tak stała dla każdego zwierzęcia, zależy ściśle od stanu układu nerwowego. Czy rozchodzi się przytem o wpływ na napięcie mięśni, czy też o prawdziwy bezpośredni wpływ troficzny niezależny od napięcia mięśniowego i stanu czynności narządów — stare to nierozstrzygnięte pytanie wymaga dalszych badań.

J. T y p o g r a f.

### Patologja kliniczna i doświadczalna.

M. LEVY. **Badania histologiczne przy karmieniu produktami głębokiego rozpadu białka.** (Zschft. f. klinisch. Mediz. B. 98 H. 1 — 4).

Wzorując się na badaniach A b d e r h a l d e n a, prowadziła autorka pracę, karmiąc zwierzęta aminokwasami; do doświadczeń użyła ereptonu — produktu głębokiego rozpadu białka, otrzymywanego drogą trawienia. 14 szczurów podzielono na 2 serje; szczury s.I otrzymały owies i bułkę, s.II na początku to samo, później zaś wyłącznie erepton. 3 szczury I s. padły w ciągu 25 dni — 3 miesięcy z nieznanych powodów 1 z powodu guza wątroby; inne żyły, przybierając nieznacznie na wadze. W s. II z chwilą wyłącznego przejścia na erepton — nagły spadek wagi przy dobrym łaknieniu i wzdęciu, obfitem spożywaniu pokarmów; zwierzęta naogół wesole, sierść jednak najeżona, śmierć następowała nagle. Wymiotów i biegunek nie obserwowano; były lekkie wypróżnienia, ciemno zabarwione, które dawały dodatnią próbę gwajakową. Zwierzęta tej serji żyły najwyżej 9 dni. A. przypuszcza, że ewentualną przyczyną śmierci mogło być albo: 1) niedostateczne pożywienie (głodzenie), 2) brak czynnika dodatkowego w pożywieniu (awitaminoza), 3) trujące działanie ereptonu na ustrój.

Obraz histologiczny narządów zwierząt s.I wykazał w wątrobie nieznaczne okołonaczyniowe okrągłokomórkowe skupienia; zmiany znacznie dalej posunięte stwierdzono w s. II: w płucach przekrwienie w stopniu lekkim do wybitnie zaznaczonego, pęcherzyki płucne nieraz wypełnione krwią, identyczne zmiany w wątrobie. Prócz stwierdzonych rozszerzeń naczyń, znajdowano mniej lub więcej rozległe wybroczyny i okołonaczyniowe okrągłokomórkowe skupienia; w nerce, zwłaszcza w kłębuszkach, wybroczyny, śledziona, zarówno co do wielkości, jak i wyglądu drobnowidowego zachowywała się zmiennie; czasem przekrwienie i nieznaczne zgrubienie beleczek, u 3 szczurów wielkie skupienia brunatnego barwika. Ten sam obraz otrzymano nawet w tym wypadku, jeżeli zwierzętom do ereptonu dodawano tłuszczu lub węglowodanów. Zestawiając wyniki, dochodzi a. do wniosku, że, przy wyłącznem karmieniu zwierząt ereptonem, otrzymuje się objawy skazy krwotocznej, wyrażającej się w krwawieniach o różnym stopniu nasilenia w płucach, wątrobie, nerkach i jelitach; krwawień podokostnowych, mięśniowych i z dziąseł nie było. Waga zwierząt, karmionych ereptonem, nagle spadała, podczas gdy krzywa ta zwierząt, którym podawano bułkę i owies, szła zwolna w dół, co również stwierdzono u okazów, głodzonych zupełnie. Zmniejszenie ilości Hb i czerwonych ciałek u zwierząt s. II było znacznie większe, niż u głodzonych, zaś liczba białych ciałek u pierwszych zwiększała się prawie podwójnie i więcej, u głodzonych po pierwotnem nagłem podniesieniu się spadała gwałtownie do normy. Głodzenie, zdaniem a., nie mogło być przyczyną śmierci, narządy bowiem zwierząt głodzonych biją w oczy swą małą wielkością i brakiem wybroczyn, co znów stale znajdowano u zwierząt, karmionych ereptonem. Krzywa wagi ciała, tak różna w tych dwu stanach, również nie przemawiałaby za głodzeniem, jako przyczyną śmierci.

Co do drugiej ewentualnej przyczyny śmierci — awita-

minozy, nie neguje jej, a wobec zmian w układzie krwionym (analogja z gnilcem) i nagłego spadku wagi, co zgadzałoby się ze spostrzeżeniami Collazo w awitaminozie.

W sprawie toksycznego działania na ustrój produktów rozpadu białka a. nie wypowiedział swego zdania.

E. Czarniecki (Wilno).

J. CARLES i P. DELMAS - MARSALLET. **Wahania zdolności amylolytycznej śliny w różnych stanach chorobowych.** (Compt. rend. de la société de Biologie. Nr. 20, 13.VI — 1924).

Autorzy badali zdolność amylolytyczną śliny w różnych stanach chorobowych i przekonali się, że w przebiegu chorób zakaźnych (szczególnie gruźlicy) i w stanach charłacznych ulega ona znacznemu zmniejszeniu, dochodzącemu blisko do połowy wartości, określonej dla ludzi zdrowych. Znacny wpływ wywiera ją na nią stany chorobowe żołądka: zdolność amylolytyczna zachowuje się w pewnym stopniu równoległe do chemizmu żołądkowego, wzmagając swoją siłę w przypadkach nadkwasności i zmniejszając się w przypadkach niedokwasności.

J. Typograf.

GLASS i KRÜGER. **O skałeczeniu ołówkiem atramentowym u zwierząt i ludzi.** (D. Zschft für Chir. T. 189, zes. 4 — 6).

Autorowie dokonali szeregu doświadczeń na myszach, wszczepiając im podskórnie kawałki ołówka atramentowego. Zwierzęta te okazały się nadzwyczaj odpornymi, żyły przez czas dłuższy i szybko poprawiały się po tej chorobie doświadczalnej. Mikroskopowo stwierdzić można było obraz martwicy tkanek podobny do tego, jaki poprzednio został opisany u zwierząt większych przez Erdheima.

Równoległe autorowie ci mieli możność obserwowania podobnych uszkodzeń u 5 ludzi, gdzie poza zmianami miejscowymi stwierdzili wybitne zmiany w ogólnym stanie chorego. Tylko wycięcie wszystkich tkanek, będących w styczności z ołówkiem atramentowym, oraz zamartwiących, jako też usunięcie rezstek ołówka daje gwarancję szybkiego wyleczenia.

J. Pomper.

## Bakterjologia i Serologia.

KAHN M. C. **Beztlenowe zarodnikujące drobnoustroje w jelitach ludzi zdrowych i w pewnych chorobach.** (Jour. Inf. Des. 1924. 35. 423. 78).

Autor badał florę jelit w różnych stanach chorobowych, jak w t. zw. toksemji kiszkowej, biegunkach chronicznych, wysypkach skórnych nieznaney etiologii, pewnych chorobach stawowych i anemji złośliwej. Beztlenowa flora normalnych osób była również badana. Następujące wnioski wysnuwa autor na zasadzie swoich piac. W 18 przypadkach t. zw. toksemji kiszkowej były otrzymane silnie proteolityczne beztlenowe ustroje (b. *sporogenes*), ale podobne drobnoustroje były również otrzymane u zdrowych ludzi. Zdaje się nieprawdopodobnym wobec tego, aby te drobnoustroje proteolityczne wywoływały jakiegokolwiek objawy. Należy podkreślić, że były one bardzo słabo zjadliwe. Drobnoustroje *Welcha* były znajdowane w stanach chorobowych w większej ilości, niż u zdrowych i były uważane, jako możliwy etiologiczny czynnik choroby. Żadnych dowodów nie można było dostarczyć, aby wykazać łączność pomiędzy drobnoustrojami beztlenowymi i biegunkami chronicznymi w 6 badanych przypadkach. W 8 przypadkach przyszczy chronicznej nie można było wykazać żadnej łączności pomiędzy florą beztlenową kiszkową i wspomnianem schorzeniem. W 6 przypadkach chronicznego zapalenia stawów beztlenowe zarodnikujące drobnoustroje były znalezione w cokolwiek większej ilości, niż w kontrolach. W 24 przypadkach złośliwej anemji: b. *Welchii* znajdowano w jelitach w dużej ilości i prawie zawsze z wyłączeniem innych beztlenowców.

Autor uważa, że b. *Welchii* ma pewną łączność ze złośliwą anemją i dalsze badania w tym kierunku powinny być prowadzone. B. *histolyticus*, b. *butyricus*, b. *sphenoides*, b. *butulismus* nie były znalezione w żadnym z badanych przypadków. W rzadkich bardzo przypadkach zjadliwe drobnoustroje, jak *Vibrio septique*, b. *oedematis* i b. *fallax* były spotykane przez autora.

F. Przesmycki.

K. MEYER. **O znaczeniu enterokoka w zakażeniu dróg moczowych i żółciowych.** (Klinische Wochenschrift Nr. 50, 1924).

*Enterococcus* albo *Streptococcus faecalis* jest odmianą paciorkowca. W właściwościach swych jest podobny do pneumokoka, można go jednak zarówno od pneumokoka jak i innych typów paciorkowców odróżnić z całą pewnością. Jest nieszkodliwym mieszkańcem przewodu pokarmowego, może się jednak stać czynnikiem chorobotwórczym, jeżeli przeniknie do innych narządów i znajdzie w nich pomyślne warunki do rozmnażania się. Znajdujemy go często w sprawach ropnych, będących w jakimkolwiek stosunku do przewodu pokarmowego, może wywoływać zapalenie pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych, a przedewszystkiem odgrywa główną rolę w zakażeniu dróg żółciowych. Zakażenia paciorkowcowe dróg żółciowych są, z niewielkimi wyjątkami, zakażeniami enterokokiem. Zakażenia te, podobnie jak i zakażenia *B. coli*, są pochodzenia wewnętrznego. Co do umiejscowienia i sposobu swego działania wykazuje enterokok zdecydowane podobieństwo do *B. coli*.

J. Typograf.

André PHILIBERT. **Zarazki komórkowzrotne.** (Virus cytotropes). (Annales de médecine Nr. 4, str. 283).

Rozpatrując grupę schorzeń, wywoływanych przez t. zw. zarazki przესzczalne, autor proponuje wyodrębnić z tej dużej grupy — grupę zarazków „komórkowzrotnych“, posiadających swoiste przymioty. Robi on przegląd schorzeń (w liczbie 29), których bodźce były zaliczane do zarazków przესzczalnych. Analizując właściwości tych zarazków, przychodzi do wniosku, że i ich przესzczalność, ani ich niewidzialność, ani przenoszenie ich przez owady nie mogą być uważane za cechy odrębne, pczwalające na klasyfikowanie.

Również bez znaczenia jest podkreślanie między innymi przez Borrela powinowactwo do tkanki nabłonkowej i obecność wtęretów wewnątrzkomórkowych (v. Pra w a z e c k).

Jedynie powinowactwo komórkowe pozwala według autora wydzielić pewną liczbę jednostek podobnych pod względem cech biologicznych i analogicznych w swem działaniu na ustrój. Dla tych zarazków, mogących tylko istnieć w żywej komórce, Ph. proponuje nazwę „komórkowzrotnych“. Porażają one tylko komórki szlachetne, nie wywołując zmian zapalnych, ropienia, serowacenia, martwicy.

Komórki, w których osiedla się zarazek, ulegają zmianom dwojakiego rodzaju: a) rozpuszczaniu (lyse) i b) rozrastaniu się.

Zmiany te najczęściej występują jednocześnie, lecz jedna z nich przeważa. Jak naprzykład, we wścieklicznie, nagminnem zapaleniu mózgu komórki ulegają przeważnie rozpuszczaniu, zaś w mięsaku zakaźnym kur, brodawkach i t. d. rozmnażanie się występuje na plan pierwszy.

Zarazek ten posiada wybitne powinowactwo do komórek młodych w okresie dzielenia się. Może ulegać wchłanianiu przez elementy komórkowe, bierne i może być przez nie przeroszony do tkanek respect. komórek, podatnych (doświadczenia Valle i Carré w 1923 r. z przenoszeniem bodźca zarazy pyskowej bydła rogatego przez krwinki).

Reasumując swe badania nad zarazkiem komórkowzrotnym, autor wylicza ich swoiste, odrębne cechy, więc: 1) wyłączne powinowactwo do zarodki komórek żywych (mogących pochodzić ze wszystkich listków zarodkowych); 2) niemożność hodowania na pożywkach zwykłych; 3) przechodzenie przez saszki; 4) wrażliwość zarazka na żółć, saponiny, wysoką ciepłotę; 5) niewidzialność; 6) niezdolność wywoływania odczynu zapalnego.

Cechy 1 i 2 uważa za najważniejsze, pozostałe za wtórne.

Zarazki komórkowzrotne dzieli autor na 2 grupy, w zależności od przewagi działania litycznego na komórki lub pobudzającego do bujania. Wic rozróżnia zarazki cytolityczne i cytokinetyczne.

Do jednostek chorobowych, wywoływanych przez zarazki cytolityczne, Ph. zalicza: a) zaraza pyskowa bydła rogatego, ospa owcza, psia, opryszczka. — w których to schorzeniach góruje powinowactwo do nabłonka; b) nagminne zapalenie mózgu, wściekliczna, zapalenie ślinianki przyusznej — powinowactwo do tkanki nerwowej; c) pomór n'erogacizny (hog—cholery), dyfteryt ptasi—powinowactwo do tkanek pochodnych z wewnętrznego listka zarodkowego; d) niedokrwistość złośliwa koni — powinowactwo do mezenchymalnych tworów; e) bakterjofagi—powinowactwo do mikrobów.

Do zarazków cytokinetycznych zalicza autor: a) jałglicę, nabłoniak zakaźny ptaków, brodawki — powinowactwo do nabłonków; b) mięsak zakaźny kur — powinowactwo do tkanek pochodnych z mezenchymy. Nie można identyfikować zarazków komórkowzrotnych z innymi drobnoustrojami, gdyż są one zupełnie odmienne i ich istota głębsza jest zupełnie nieznaną.

Autor nie zastanawia się nad kwestją przynależności zarazków komórkowzrotnych do świata żyjącego, twierdzi tylko, że są to istoty żywe, odmienne od wszystkich dotychczas znanych.

A. Siedlecka.

L. LANGE i G. HEUER. O prostym fotochemicznym odczynie surowiczym. (D. m. W. Nr. 2, 1924).

Odczyn ten polega na dodaniu 0,2 ccm. roztworu  $\text{AgNO}_3$  1:1000 do 0,1 ccm. surowicy czynnej, rozcieńczonej 0,9 ccm. wody. Otrzymywane przytem wyniki autorowie oznaczają indeksami I—IV.

1) ind. IV (mocno dodatni): wypada osad kłaczkowaty, a płyn nad nim staje się przezroczysty, bezbarwny;

2) ind. III (dodatni): płyn nad osadem kłaczkowatym staje się klarownym, ale jest zabarwiony (odcienie od słomkowo-żółtego do brunatnego);

3) ind. II (ujemny): osad się wytwarza, ale płyn nad nim pozostaje mętny;

4) ind. I (wybitnie ujemny): nie wytwarza się prawie żaden osad, a płyn pozostaje mętny.

Stale dodatnie wyniki otrzymywali autorzy z surowicą syfilityków, a nawet wówczas, gdy po leczeniu odczyn Wassermana stawał się ujemny. Dlatego też autorzy proponują swój odczyn, jako wstępny przed odczynem Wassermana; przy ujemnym wyniku odczynu z  $\text{AgNO}_3$  jest już bezcelowe wykonywanie odczynu Wassermana, który w tych przypadkach stale bywa ujemny.

Surowice, inaktywowane ogrzewaniem przy  $56^\circ$  przez 30 minut, nie dają tego odczynu. Natomiast surowice inaktywowane przez stanie w ciągu dłuższego czasu odczyn ten zachowują. Zatem odczyn ten nie pozostaje w związku z obecnością dopełniacza.

A. Lapidus.

GAY F. P., CLARK Ada. Układ siateczkowo-śródbłonkowy w stosunku do tworzenia się przeciwciał. (J. Am. Med. Ass. 1924, 83, 1296).

Aby wykazać, jaką rolę odegra układ siateczkowo-śródbłonkowy w tworzeniu się przeciwciał, autorzy zastrzyknęli szczurom i królikom błękit trypanowy (trypan blue). Celem ich było nasycić komórki tkanek siateczkowo-śródbłonkowych tak, aby zrobić je niezdolnymi do jakiegokolwiek funkcji. Następnie zwierzęta otrzymały zastrzyknięcie krwinek baranich, i surowice były badane na obecność hemolizyn. Ilość hemolizyn była nieznaczna w porównaniu ze zwierzętami kontrolnymi.

F. Przesmycki.

NEUFELD F. i MEYER H. Znaczenie układu siateczkowo-śródbłonkowego dla odporności. (Zeit. f. Hyg. und Inf. 1924, 103, 594).

Autorzy wykazali, że zastrzyk ferrum oxydatum saccharatum powoduje czasowe zahamowanie funkcji układu siateczkowo-śródbłonkowego. Zwierzęta, które przeżyły usunięcie śledziony, otrzymały następnie zastrzyknięcie ferri saccharati i nie wykazywały odporności po uodpornieniu ich pneumokokami. Co się tyczy odporności biernej, to nie było żadnej różnicy w porównaniu z normalnymi nieuodpornionymi myszami. Autorzy sądzą, że układ siateczkowo-śródbłonkowy nie jest jedynym aparatem dla tworzenia się przeciwciał.

Przy uodpornianiu myszy pneumokokami przeciwciała znajdują się w małej ilości w surowicy, i zastrzyk soli manganu powoduje znaczne podniesienie odporności. Wzrost siły surowicy u tych zwierząt jest znaczny, podobnie jak to było wykazane przez Walbuma i Mörcha z surowicą przeciwciałową.

F. Przesmycki.

### Choroby zakaźne.

LEDINGHAN J. C. G. and TROSER F. R. Wypadki zarażenia ludzi tularemją przez zwierzęta laboratoryjne. (Quat. J. Med. 1924, V, XVII, p. 365).

Tularemja jest to ogólne zakażenie, wywołane przez *b. tularensis*, które było wykryte przez Mc. Coyma w Kalifornii u wiewiórek, masowo padających.

Począwszy od 1914 r. w szeregu Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej stwierdzono tularemję u ludzi. Lake ogłosił w 1922 roku, że przypadki tularemji zdarzyły się w pracowni higienicznej w Waszyngtonie wśród asystentów, zajętych pracą z *b. tularensis*, przy czym z pośród sześciu pracowników czterech zachorowało. W Instytucie Listera również zdarzyły się trzy przypadki zachorowania u ludzi, pracujących z *b. tularensis*. Choroba ta występuje w postaci bólu głowy, gorączki i bolesności gruczołów; rekonwalescencja odbywa się bardzo wolno. Drobnoustroje są nadzwyczajnie małe coco-bacyle gramdodatnie, nie rosnące na zwykłym agarze, ale rozwijające się na podłożach z dodatkiem surowicy. Dla zwierząt laboratoryjnych *b. tularensis* jest bardzo zjadliwy, i zwierzęta zakażone giną przy silnych zmianach patologicznych w wątrobie i śledzionie.

Przesmycki.

William H. HARRIS i Charles W. DUVAL. Etiologia choroby Dengue. I doświadczenia zakażenia zwierząt. (Journ. of Experim. Med. vol. XL, I p. 817, II p. 835).

1. Podczas ostatniej epidemii choroby Dengue przypadki, spotykane przez autorów, były typowe. Zachorowanie występowało nagle, często z objawami silnego bólu głowy i krzyża oraz bólów w całym ciele. Temperatura dochodziła do  $101-105^\circ\text{F}$ . ( $39-40^\circ\text{C}$ ). Na drugi albo trzeci dzień choroby zjawiała się wysypka, przeważnie na szyi, piersiach i rękach o charakterze papu, czasami jednak wysypka występowała i na całym ciele. Po 3—4 dniach temp. spadała i po 24—48 godz. znów się podnosiła, ale zwykle była znacznie łagodniejsza. W kilku przypadkach wystąpiła żółtaczka. Przypadków śmiertelnych nie notowano. Liczba leukocytów we wszystkich przypadkach była poniżej normy.

Autorom udało się przenieść zarazek na świnki morskie, u których obserwowano typowe objawy, podobnie jak u ludzi, z wyjątkiem wysypki. Pierwsze objawy występowały na 2—5 dzień po zakażeniu świnki; druga przerwa bezgorączkowa trwała 24—48 godz. Stwierdzono również leukopenję, śledziona oraz gruczoły limfatyczne były bardzo powiększone. Na świnkach zarazek ten może być utrzymywany bezgranicznie długo; autorom udało się przeprowadzić jeden szczep przez 36, a drugi przez 48 przeszczepiań.

Zarazek ten jest przesączalny przez filtry i należy według autorów do grupy zarazków przesączalnych.

II. Hodowanie i istota zarazka. Autorom udało się hodować przypuszczalny zarazek choroby Dengue. Szczepiono krew chorych na podłożach Nogushego otrzymanywano okrągłe ciała wielkości  $0,1-0,3\ \mu$ , przeważnie pojedyncze, ale czasem układające się parami. Przesączone tych hodowli zakażały świnki. W miarę przeszczepiania zarazek się osłabiał. Ciała, opisane powyżej, znajdują się często we krwi ludzi i zwierząt zakażanych chorobą Dengue, ale autorzy zaznaczają, że dopiero dalsze badania mogą wyjaśnić, jaka jest łączność wykrytych mikroorganizmów z chorobą Dengue.

F. Przesmycki.

A. MENDELSON. O durze wrzekomym w wieku niemowlęcym. (Monatschr. f. Kinderhik. Bd. 28, H. 4, 1924).

Biegunki letnie powstają pod wpływem czynników bakteryjnych lub atmosferycznych. W I przypadku wchodzi w rachubę zakażenie mleka przez bakterie chorobotwórcze lub przez rozmnożenie się w mleku laseczników, zazwyczaj znajdujących się w niem w małej liczbie. W II przypadku decyduje wysoka ciepłota latem, która doprowadza do gorszego trawienia i przyswajania i zmniejsza odporność. Zatrucia pokarmowe są albo ostatnim etapem w przewlekłych zaburzeniach pokarmowych po atrofji i dekompozycji, albo, jako stan ostre, są wywołane bądź przez zakażenie pozajelitowe (po zapaleniu płuc, miedniczek nerkowych, po grypie), bądź po zakażeniach jelitowych, jak dur lub dury wrzekome. Niezawsze udaje się w tych zatruciach dowieść etiologii zakaźnej. W podanych przez autora przypadkach zatrucia pokarmowego pozwoliły obserwacje kliniczne, potwierdzone bakteriologicznie i badanie pośmiertne ustalić dur wrzekomy. W jednym przypadku ze krwi wyrósł po 48 godzinach lasecznik duru wrzekomego B. W innym przypadku na stole sekcyjnym stwierdzono owrzodzenia w okrężnicy, a ze śledziony i płynu mózgowordzeniowego wyhodowano lasecznika duru B; w 1

przypadku ze krwi, wziętej z serca, i z płynu ropnego mózgowodzeniowego — wyhodowano lasecznika duru B. W innych 2 przypadkach wyhodowano lasecznika para B w kale i moczu, odczyn zaś zlepnę w krwi wypadł dodatnio tylko w jednym przypadku. — Lasecznik wrzekomej okrężnicy (*paracoli*) nabywa zdolności paraaglutynacji przy symbozie z lasecznikiem duru wrzekomego. Autor przypuszcza, że w miarę udoskonalenia się techniki bakteriologicznej uda się częściej stwierdzić czynnik zakaźny w wielu przypadkach zatrucia pokarmowego.

B u s s e l.

SANAZELLI. 4) szczepieniach przez nos. (Compt. rend. de la Soc. de Biologie Nr. 36, 1924).

Autorowi udało się otrzymać szczepionkę w postaci proszku, która okazała się skuteczną przy szczepieniu czynnym przez nos. Szczepionka ta, wdmuchnięta do nozdrzy królika, wywołuje w krótkim czasie znaczną odporność tych zwierząt w stosunku do zarazków duru, cholery i czerwonki. Odporność ta przejawia się nie tylko w bardzo wysokim stopniu aglutynacji (do 1:30000), lecz również w odporności w stosunku do dawek śmiertelnych zarazków, zastrzykniętych dożylnie. Stopień aglutynacji zwierząt, szczepionych przez nos, dłużej pozostaje na wysokim poziomie, niż u zwierząt, szczepionych podskórnie.

U człowieka nosowe szczepienia przeciwdurkowe powodują stale zjawianie się aglutynin w surowicy, których miano często znacznie przekracza (1:3000) także miano osiągalne za pomocą szczepień podskórnych.

Odnosnie do szczepień nosowych przeciwcholerycznych u ludzi wyniki są mniej stałe, tak samo zresztą, jak i przy szczepieniach podskórnych, za pomocą których trudno osiągnąć wysokie miano aglutynacji. Łącząc przy stosowaniu przez nos szczepionkę przeciwdurkową, udaje się otrzymać u człowieka zjawienie się aglutynin cholerycznych znacznie szybciej i w większej ilości.

Nosowe szczepienia przeciwczernkowe królików odporniają je w stosunku do zastrzyków śmiertelnych dawek prątków Shiga. U człowieka aglutyniny przeciwczernkowe zjawiają się powoli i nie dochodzą do wysokiego poziomu (1:50) i to dopiero przy jednoczesnym stosowaniu szczepionki przeciwczernkowej i przeciwdurkowej.

Aglutynacja królików, szczepionych przez nos szczepionką przeciwmeningokokową, może dojść do wysokiego miana 1:10000. U człowieka po szczepieniu nosowym aglutynacja meningokokowa (1:200) przekracza aglutynację, jaką się osiąga po stosowaniu leczniczym surowicy przeciwmeningokokowej, lub jaka występuje u chorych na zapalenie opon mózgowych (1:100).

J. T y p o g r a f.

## Choroby płuc.

I. ROUILLARD. Zakażenie płuc pełzakowe oraz zapalenie pełzakowe oskrzeli. (Le Presse Médicale Nr. 16, str. 502).

Ropnie płuc pochodzenia pełzakowego uważano zawsze za sprawę wtórną zależną od ropnia wątroby. Badania ostatnie wykazały, że bywają ropnie płuca pierwotne oraz zapalenia oskrzeli, wywołane przez pełzaki bez ropni w płucach i wątrobie z pełzakami żywymi w płwocinie. Schorzenie to, któremu Ranaut nadał miano „*amblase*“ jest sprawą ogólną, gdyż w niektórych okresach choroby spotyka się pełzaki we krwi, i da się podzielić na 3 grupy: 1) Ropień płuca, jako następstwo ropnia wątroby lub występujący jednocześnie. 2) Ropień płuca odosobniony. 3) Zapalenie pełzakowe oskrzeli.

Pełzak dostaje się z wątroby do płuc najczęściej drogami chłonnymi, tworząc 2 ropnie sąsiednie wątroby i płuca, lub rzadziej drogą naczyń krwionośnych. W przypadkach tych ropnie płuca i wątroby pozostają odosobnione.

Objawy kliniczne:

1. Najpierw występują objawy ropnia wątroby, następnie niezbyt oskrzeli lub zapalenia w płucu pr. Płwocina ropna koloru czekolady staje się z czasem zupełnie krwawą. Badanie rentgenologiczne wykazuje zagęszczenie okrągłe na wierzchołku zaciemnienia wątroby. Śmierć następuje przy objawach kacheksji. Zejściu śmiertelnemu zapobiega emetyna.

2. Zakażenie płuc pełzakami odosobnione nie spotyka się często. Autor przytacza przypadki, opisane przez Louis

R a m m o n d, D e n o y e l l e, L a u t m a n a, P i s s a v y, B r e g e r, C h a b r u n i innych autorów. Choroba rozpoczyna się napadami bólu w okolicy płuca prawego, zjawia się kaszel napadowy, częsty. Płwocina galaretowa z wysepkami ropy szaro-zielonawej zmieszanej z krwią. W dolnej części płuca stłumienie, rżenia wilgotne, drżenie głosowe normalne. Badanie rentgenologiczne stwierdza zaciemnienie w dolnej części płuca. Choroba trwa może od kilku tygodni do kilku miesięcy, niekiedy ma przebieg przewlekły, przypominający gruźlicę, w okresie kacheksji mogą występować objawy posocznicy oraz przerzuty do mózgu. Wątpliwości dagnostyczne rozstrzyga zawsze dodatnie działanie emetyny.

Droga przedostawania się pełzaka do płuc może być następująca: z kiszki przez żyłę wrotną do wątroby, nie zatrzymując się w niej, przez żyłę próżną, serce i tętnicę płucną do płuca. Mogą wystąpić pewne objawy ze strony wątroby, lecz zwykle pozostaje ona niezmienną. Istnieje możliwość trafiańia pełzaka wprost do płuca z pominięciem wątroby, na co wskazują przypadki zapaleń oskrzeli pochodzenia pełzakowego, które opisał P e t z e t a k i s.

Choroba rozpoczyna się gwałtownymi dreszczami i ogólnym osłabieniem. Objawy fizyczne zwykłego zapalenia oskrzeli. Płwocina śluzowo-ropna z krwią zawiera nabłonki, komórki z 1 lub 3 jądrami i ziarnkami czarnego barwika. Gorączka umiarkowana. Polinukleozą bez eozynofilii. W płwocinie żywe pełzaki o charakterze *Entamoeba histolytica*. Endoplazmę mają one ziarnistą, ciemną, ektoplazmę załamującą światło i jądro ułożone ekscentrycznie.

Przebieg tych zapaleń jest łagodny, emetyna działa skutecznie. Jeżeli sprawa trwa dłużej, następuje przewlekłe zapalenie oskrzeli z rozedmą.

P e t z e t a k i s dopuszcza możliwość przenikania pełzaków drogami oddechowymi i rozsianymi bezpośrednio drogą krwi, gdyż 1. U dyzenteryków przed zjawianiem się objawów kiszkowych i u chorych na zapalenie pełzakowe oskrzeli stwierdza się objawy ostre ogólne, jak: dreszcze, gorączka, ból głowy, które są wyrazem zakażenia ogólnego — amibemji, poprzedzające zatrzymywanie się pełzaków w narządach. 2. W okresie ostrym dyzenterji P e t z e t a k i s znajdował pełzaki w płwocinie i moczu (na 34 przyp. dyzenterji 2 razy pełzaki w płwocinie i 3 razy w płwocinie i moczu). Dyzenterję poprzedzały u tych chorych angina lub zapalenie tchawicy i oskrzeli, co dowodzi, że pełzaki poraziły najpierw śluzówkę przewodu pokarmowego, następnie kiszki.

Wniosek: Dyzenterja pełzakowa nie jest schorzeniem kiszki. Jest to zakażenie ogólne z pełzakami we krwi, skąd już dostają się one do wątroby, płuc, nerek, pęcherza moczowego.

S. P ó ł t o r z y c k a.

M. LETULLE, A. JACQUELIN. Zatory rakowe drogą oskrzelową. (Pres. med. 1924, Nr. 84; str. 825).

Przerzuty raków krtni i tchawicy do płuc drogą oskrzelową są pospolite. Natomiast daleko mniej znane są przypadki przerzutów drogą zatorów oskrzelowych pierwotnego raka jednego płuca do drugiego. Autor właśnie opisuje taki przypadek.

Chodzi o 36-letnią kobietę z porażeniem prawostronnym (*arteriitis luetica*) i bardzo dawnym zapaleniem opłucny lewej. Na sekcji znaleziono raka pierwotnego w uciśniętym przez wysięk płucu. Przerzuty stwierdzono w gruczołach śródpiersia przedniego, wątrobie i jajniku. Oprócz tego w płucu prawym, w jego górnym płacie spostrzeżono mnóstwo guzków białawych o średnicy nie przekraczającej 1 mm. Tworzyły one skupienia, bardzo przypominające gruźlicę, tylko nieco bardziej miękkie i białe. Na stole sekcyjnym rozpoznanie co do charakteru tych tworów nie mogło być postawione. rozstrzygnięto kwestję dopiero badanie drobnostkowe. Mikroskop wykazał wewnątrz guzków oskrzeliki, albo puste, albo wypełnione rakowymi komórkami, dookoła zaś tkankę nowotworową, typowego raka walcowato-komórkowego, wrastającego do pęcherzyków płucnych.

Naczynia tętnicze i żyłne, przechodzące obok oskrzeli, jako też naczynia chłonne były niezmiennione.

Pewne szczegóły anatomiczne sprzyjały utworzeniu się przerzutów w płucu zdrowym. Mianowicie płuco rakowate było uciśnięte przez wysięk i nieczynne. Drugie płuco pracowało zastępczo i przy silnych ruchach oddechowych mogła nastąpić inspiracja do oskrzeli komórek nowotworowych. (ten przypadek jest niezmiernie pouczający i ostrzegawczy

dla zwolenników odmy sztucznej w gruźlicy). Przyszłość dopiero pokaże, czy w historii raków wtórnych płuc tworzenie się przerzutów drogą oskrzelową może być opisane obok przerzutów drogą naczyń krwionośnych, chłonnych i t. d.

A. Siedlecka.

### Choroby serca i naczyń.

SADAO OTANI. W sprawie istoty t. zw. guzkowatego okołotętniczego zapalenia. (Zeitschrift f. Pathologie B. 30, 1924).

W ciągu lat 56 od pierwszego spostrzeżenia K u s s m a u l a i M e i e r a opisano przeszło 60 przypadków okołotętniczego guzkowatego zapalenia, lecz dotąd nie ustalono zapatrywania na istotę tej sprawy.

W ostatnich czasach ścierają się ze sobą dwa poglądy:

1) H a n n, H a r r i s, F r i e d r i c h s są zdania, iż sprawę tę wywołuje drobnoustrój swoisty

2) H a r t, K ü n n e S p i r o, T s c h a m e r i L e r u c h e nie uważają sprawy tej za jednostkę chorobową, twierdząc, iż opisywane zmiany w naczyniach mogą występować w przebiegu rozmaitych chorób zakaźnych.

H a n n o w i udało się otrzymać podobne zmiany naczyniowe u zwierząt, którym zastrzykiwał krew od chorych na guzkowate zapalenie okołotętnicze. Inni badacze mieli wyniki ujemne, dlatego też S a d a o O t a n i sprawdził tę sprawę na przypadku typowym.

Przypadek dotyczył kobiety lat 35 z niezłym oskrzeli, napadami duszniczy bolesnej od pół roku, bólami żołądka i gorączką od paru miesięcy. Śmierć nastąpiła przy objawach mocznicy.

Zmiany sekcyjne dotyczyły wszystkich małych tętniczek, najlepiej były zaznaczone w krezce jelit, w nasierdziu, w nerkach i śledzionie (drobne zawały), w naczyniach opon rdzenia i nerwach obwodowych.

Serjowe skrawki, barwione rozmaitemi sposobami, wykazały różne nasilenie zmian i umiejscowienie ich we wszystkich trzech warstwach naczynia. Najważniejsze zmiany dotyczyły części zewnętrznej błony środkowej i polegały na ogniskowej martwicy. Nacieki z limfocytów i wysięk w błonie zewnętrznej, wytwarzanie się tętniaczków i zakrzepów w nich autor uważa za sprawę wtórną odczynową.

Dlatego też autor poleca nazwę mesoarteriitis lub mesoperiarteriitis nodosa.

Doświadczenia na zwierzętach nie dały żadnych wyników. W naczyniach płucnych świnek morskich autor znalazł zgrubienia opisane przez H a n n a, jednakże poddaje te wyniki krytyce, ponieważ takie same zgrubienia spostrzegał w naczyniach u świnki kontrolnej, u królików natomiast żadnych zmian nie wykrył.

Autor przechodzi do następujących wniosków:

1) Periarteriitis nodosa jest sprawą, wywołaną przez rozmaite czynniki zakaźne i toksyczne, i powinno być nazwane Mesoperiarteriitis nodosa.

2) Doświadczenia na zwierzętach dały wynik ujemny. Jednakże to jeszcze nie dowodzi, iż p. n. nie jest sprawą, wywołaną przez swoisty drobnoustrój.

3) P. n. nie jest schorzeniem genetycznie swoim, nie daje obrazu charakterystycznego klinicznego i anatomicznego, dlatego też nie może być uważane za jednostkę chorobową jak tego chcą K u s s m a u l i H a n n.

J. Dąbrowska.

A. SÉZARY. Gardenal, jako środek objawowy zapobiegawczy w duszniczy bolesnej. (Progrès Médical 1924, Nr. 48).

Autor, po omówieniu pomyślnych rezultatów leczenia p. zyczynowego duszniczy bolesnej, rozwijającej się np. na podłożu kitowem, zaznacza, że postępowanie takie staje się niedostępnem w przypadkach etjologicznie ciemnych, co zmusza lekarza praktyka do stosowania leków o działaniu doraźnym objawowym, nieraz nawet narkotycznym, celem złagodzenia cierpienia w czasie napadu duszniczy. Środkami takimi są: inhalacje rozczyńców amyllum nitrosom, trinitrina, zastrzykiwania sol. natr. nitrosi, morfiny i t. p. Autor podkreśla niedogodności, związane z dłuższym stosowaniem tych środków, jak również wskazuje na niepewność, względnie niedostateczność nowoczesnej metody operacyjnej, zalecanej przez J o n e s c o, poczem zatrzymuje się dłużej nad wyszczególnieniem zalet stosowanego przez się Gardenalu.

Z materiału szpitalnego autor podaje historię czterech chorych na dusznicę bolesną, u których stosowanie Gardenalu dało bardzo pomyślne rezultaty, gdyż napady duszniczy stały się rzadsze albo też ustąpiły zupełnie. Dzienna dawka Gardenalu wahała się pomiędzy 0,5 do 2 gr. w zależności od natężenia i częstości napadów; dawka jednorazowa wynosiła od 0,5 do 1 gr. Zdanych ubocznych działań, prócz występującej niekiedy senności nie spostrzegano. Reasumując, zaleca autor stosowanie Gardenalu w duszniczy bolesnej z częstymi napadami.

G. R a c i ą ż e k.

BRÜNING. Postępowanie operacyjne w duszniczy bolesnej (wycięcie szyjnego i piersiowego zwoju współczulnego) i uwagi o postępowaniu operacyjnym w hipertoni. (Kl. Woch. 17, 1923).

Pierwszą myśl o wycinaniu dróg nerwowych, przenoszących czucie bólu w duszniczy bolesnej, rzucił François Frank w 1899 roku. Pierwszą powyższą operację wykonał J o n n e s c u 2.IV.1916 r. Od pewnego czasu wykonano już cały szereg operacji z dobrym wynikiem. Najczęściej wycina się dolny i górny piersiowy, niektórzy wycinają również i górny zwojowy. Operacja powyższa ma ogromne znaczenie kliniczne, gdyż usuwa nieznośne bóle, które już niejednego chorego doprowadziły do samobójstwa. Bóle w duszniczy bolesnej mają swe źródło w skurczu naczyń wieńcowych analogicznie do kolki jelitowej, mającej za przyczynę również skurcz mięśniówki gładkiej jelit. Występują one w okolicy serca, szerząc się n a l e w e r a m i e. Przyczynę tego szerzenia się bólu w określonym kierunku widzą jedni w przejściu podniety ze zwoju współczulnego na sąsiedni odcinek rdzenia, ten ból promieniuje wzdłuż rozgałęzień nerwowych; inni natomiast sądzą, iż podnieta, która dotarła do zwoju współczulnego z niektórych jego gałązek przeskakuje na pozostałe gałązki jego, wywołując skurcz naczyń, a więc i ból.

Obok bolesności w duszniczy bolesnej występuje wzmożone ciśnienie krwi, które wraz z napadem występuje i ustępuje. Dowodzi to, iż hipertonia w duszniczy bolesnej nie ma tła anatomicznego-inaczej byłaby stała, a jest ona tylko czynnościowa i zależna od chwilowego skurczu naczyń na większej przestrzeni. Hypertonia jest objawem poważnym, często grozi pęknięciem naczynia mózgowego i udarem mózgowym. Ten objaw również ustępuje po operacji, często jednak nieupenie, gdyż usunięcie powyższych zwojów nie hamuje wszak skurczu pozostałych naczyń, ale nie wystarczają już one do wywołania znacznej hipertonii. Tak nprz. często po operacji jeszcze występują napadowo bóle w brzuchu, jako wyraz skurczu naczyń brzusznych. Rokowanie po operacji co do trwania polepszenia jest jeszcze niepewne, ale w każdym bądź razie trwa ono dłuższy czas.

Fakt, iż wycięcie zwojów współczulnych ma za skutek rozszerzenie naczyń w obwodzie ich działania i w dalszym ciągu obniżenie ciśnienia krwi, doprowadził do coraz częstszego stosowania wymienionego zabiegu nietylko w duszniczy bolesnej, ale w jakiemkolwiek chorobowym podniesieniu ciśnienia krwi. Gdy jednostronne wycięcie zwojów sympatycznych nie prowadziło do celu, zaczęto operować obustronnie. Wreszcie zwrócono się do rezekcji nerwów trzewiowych, aby w ten sposób rozluźnić naczynia brzuszne, odgrywające bardzo ważną rolę w regulacji ciśnienia krwi. Przy operowaniu na zwojach współczulnych występuje cały szereg objawów ubocznych. Najważniejszy z nich jest zbiór objawów H o r n e r a przy wycinaniu zwojów szyjnych — polegający na zwięźeniu źrenic, zwięźeniu szpary powiekowej i wytrzeszczu.

Badanie histologiczne wyciętych zwojów stwierdza wzrost tkanki łącznej, zmiany szkliste i nacieki limfatyczne. Powstaje pytanie, czy uważać zmiany w zwojach nerwowych za pierwotne, a objawy kliniczne w postaci angina pectoris za wtórne, czy też odwrotnie. Sprawa ta jeszcze nie jest rozstrzygnięta, bądźco bądź, należy stwierdzić, iż operacyjne usunięcie zwojów współczulnych usuwa napady duszniczy bolesnej na długi okres czasu.

Leon Lewin.

F. BRÜNING. O odżywianiu ściany naczyniowej. (Klinische Wochenschrift Nr. 50, 1924).

Dla odżywiania ściany naczyniowej, w szczególności tętnicy, istnieje 3 drogi: pierwsza od wewnątrz z przepływającej krwi, druga przez naczynia naczyń (vasa vasorum), a trzecia przez dyfuzję z otaczającego płynu tkankowego. Na mocy badań doświadczalnych P e t r o w a i L a n g a na zwierzętach

oraz poszukiwań własnych po sympatektomji okołotętnicznej u człowieka, autor doszedł do wniosków następujących:

1) W tętnicach zdrowych do odżywiania błony wewnętrznej i środkowej, wystarcza odżywianie od wewnątrz ze strony prądu krwi. Usunięcie błony zewnętrznej z *vasa vasorum* nie uszkadza tych dwóch warstw ściany naczyniowej. Odżywianie błony zewnętrznej jest zależne od *vasa vasorum*.

2) Jednocześnie z wzrastającą miażdżycą staje się odżywianie ściany naczyniowej coraz bardziej zależne od dowozu krwi przez *vasa vasorum*, tak, że ich usunięcie może doprowadzić do uszkodzenia ściany naczyniowej w znaczeniu martwicy. W niektórych jednak przypadkach miażdżycy nawet znacznego stopnia może do tego uszkodzenia nie dojść.

J. Typograf.

### Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Zoltan RAUCH. **O wielkich dawkach żelaza w niedokrwistości złośliwej.** (Klinische Wochenschrift Nr. 48, 1924).

Autor podawał w 5 przypadkach niedokrwistości złośliwej żelazo w bardzo dużych dawkach; chorzy ci, którzy nie reagowali na dawki zwykłe, otrzymywali 6 razy dziennie przed jedzeniem po 0,5 *Ferri hydrogenio reducti*. Nie bacząc na kilkotygodniowe spożywanie żelaza, którego ogólna ilość podana dochodziła do 60 gr., ani razu nie stwierdzono żadnych zaburzeń żołądkowych, ani kiszkiowych.

Wyniki były naogół dobre, coprawda, nie we wszystkich przypadkach jednako: zarówno liczba krążków czerwonych, jak i ilość hemoglobiny wzrastała dość szybko i utrzymywała się na osiągniętym poziomie przez czas dłuższy.

Autor jest zdania, że warto wypróbować tę metodę na większym materiale.

J. Typograf.

J. ZADEK. **Biologia szpiku kostnego w chorobie Biermera.** (Klin. Wochenschr. Nr. 33, 1924).

Ogólnie przyjęty jest pogląd, iż swoisty obraz krwi w chorobie Biermera zależy od zmian biologicznych w wytwarzaniu czerwonych ciałek krwi przez szpik kostny, jako odczyn ustroju na jakiś czynnik toksyczny.

Ehrlich, Hirschfeld i Naegeli utrzymują, iż jad ten działa wprost na szpik kostny, inni, jak Morawitz, Türck i Zadek twierdzą, iż na pierwszy plan wysuwa się rozpad czerwonych ciałek krwi, co pociąga za sobą wtórny już odczyn ze strony aparatu krwiotwórczego w celu wyrównania braków.

Na podstawie licznych badań autor przychodzi do wniosku, iż w każdym przypadku niedokrwistości złośliwej, czy to w okresie rozkwitu choroby, czy też w okresie pogorszenia, dochodzi do rozpadu czerwonych ciałek krwi, co daje się wykryć za pomocą sposobów klinicznych. Autor posiłkował się metodą ilościowego określania urobiliny w kale; w przebiegu niedokrwistości złośliwej stwierdzał zwiększoną zawartość urobiliny w kale ponad 25,0 mg. %.

Czerwony szpik kostny spotyka się w całym szeregu innych schorzeń, jak żółtaczka hemolityczna, choroby zakaźne, zatrucia, choroba Gaucher etc., a zatem nie może być uważany za cechę swoistą dla niedokrwistości złośliwej.

Dla wyjaśnienia biologicznego znaczenia czerwonego szpiku kostnego w niedokrwistości złośliwej autor przeprowadził kilkakrotne i jednoczesne badanie krwi oraz szpiku kostnego w rozmaitych okresach choroby u jednych i tych samych osobników, określając również występowanie rozpadu czerwonych ciałek krwi.

Wydobywając szpik kostny za pomocą nakłucia kości piszczelowej i mostka, autor zauważył jeszcze w 1921 r., iż w okresie poprawy czerwony szpik kostny megaloblastyczny przetwarza się w żółty szpik kostny, zaś w okresach pogorszenia znów występuje czerwony szpik kostny. Badania Adlera i Naegeliego potwierdzają te spostrzeżenia.

W badaniach swoich autor przychodzi do następujących wniosków:

I. W okresach najczęściej spotykanej względnej poprawy obraz krwi odpowiada swoistemu obrazowi krwi dla niedokrwistości złośliwej (anizocytoza, makrocytoza, wskaźnik większy od jedynki, jądrzaste czerwone ciała krwi), gdy liczba czerwonych ciałek krwi i ilość hemoglobiny zwiększą się, a ilość urobiliny w kale obniża się z 51,0 mg. %. Nie ma zapotrzebowania na wzmózoną pracę szpiku kostnego, wskutek tego szpik kostny staje się żółty.

II. W okresach krótkotrwałych, bardzo rzadko spotykanych zupełnej poprawy obraz krwi jest prawie zupełnie prawidłowy lub też wykazuje zwiększoną liczbę białych ciałek krwi i płytek Bizzozero przy żółtym szpiku kostnym i dobrym wyglądzie chorego.

III. Pierwszym wskaźnikiem pogorszenia jest zwiększony rozpad czerwonych ciałek krwi przy zupełnie prawidłowym obrazie krwi i normalnie pracującym żółtym szpiku kostnym.

IV. Gdy czynnik toksyczny działa silniej i dłużej, wtedy dopiero mamy odpowiedź ze strony szpiku kostnego i obraz charakterystyczny dla czerwonego szpiku kostnego. (Względna lub zupełna poprawa w niedokrwistości złośliwej autor tłumaczy opornością ustroju na czynnik toksyczny, a nie odpornością, jak tego chce Schumann).

Przy prawidłowym składzie krwi zużywanie tlenu, zależne od ciałek jądrzastych (leukocyty), wynosi 3—5%. W białaczce zwykle ulega zwiększeniu.

W okresie rozkwitu niedokrwistości złośliwej przy daleko posuniętej hemolizie i megaloblastycznym szpiku kostnym z używaniem tlenu jest również wzmózone i zależy od obecności we krwi jądrzastych ciałek krwi.

W okresach poprawy gdy niema zapotrzebowania w odradzaniu się krwi, zużywanie tlenu odrazu ulega obniżeniu, i wtedy zjawia się żółty szpik kostny.

Bardzo często obraz krwi odpowiada okresowi rozkwitu n. zt. rozpad krwi jest wzmózony, zużywanie tlenu natomiast obniża się, zamiast również ulec zwiększeniu się, co wskazuje na bliską poprawę.

W okresie pogorszenia przy wzmózonym rozpadzie krwi zużywanie tlenu podnosi się, i szpik kostny staje się czerwony.

W pojedynczych przypadkach pomimo pogorszenia — oddychanie krwi — zużywanie tlenu nie podnosi się, co zależy od braku jądrzastych czerwonych ciałek we krwi, wtedy szpik kostny niedomaga i nie może wyrównać braków.

J. Dąbrowska.

F. HOFF. **O kile i ciężkiej małokrwistości.** (D. Arch. f. Klin. Med. T. 144, Z. 4 i 5).

Małokrwistość w I i II okresie kily zdarza się rzadko, a o ile występuje to jedynie w postaci lekkiej. W III okresie najczęściej występuje ciężka postać anemii.

Autor przytacza 7 przypadków, w których zawartość Hgb. wynosiła 25—35%. Liczba czerwonych krążków od 800000 — 1300000, przyczem wszędzie była poikilocytoza, anizocytoza i megalocytoza. Wskaźnik wyżej 1. Bilirubina w surowicy krwi zwiększona. WaR. prawie wszędzie ujemny.

Sekcja prawie wszędzie wykazała zmiany luetyczne oraz zmieniony szpik i śledzionę.

Do pełnego obrazu małokrwistości złośliwej brakował język Hunterowski.

W jelitach cienkich aż do dwunastnicy włącznie znaleziono florę okrężnicy.

Fakt, że w większości opisanych przypadków odczyn Wassermann'a był ujemny, można objaśnić tem, że czynnik chorobotwórczy, który tak ciężko dotknął narządy krwiotwórcze, jednocześnie uszkodził elementy, które są swoiste dla odczynu Wassermann'a. Wiadomo np. że wysoka temperatura, nadużycie wysokości i agonja przeszkadzają również wyciępieniu tej reakcji.

Co do leczenia, to autor proponuje antyluetyczne: arsenik, salwarsan — o ile chory zgłosił się do lekarza nie zbyt późno.

Goldinberg.

HENNING. **O stosunku płytek krwi do wydzielania wewnętrzznego.** (Deut. med. Woch. 1924, Nr. 32).

Jako punkt wyjścia badań następujących posłużył autorowi przypadek obserwowany przez Friedemanna u młodej kobiety, u której w 2 okresach połogowych występowała skaza krwotoczna, podczas ciąży zaś znikła. Liczba płytek wynosiła 10000; chora przy objawach krwawienia na skórze, w jelitach i na dnie oczu — zmarła.

Dotychczas znana była wyłączna zależność aparatu płytkowego od śledziony, jeżeli zaś wogóle przypisać narządowi płciowemu kobiecemu wpływ na ten aparat, to odbywa się on za pośrednictwem śledziony. Autorowi idzie o rozstrzygnięcie 2 pytań: 1) czy w warunkach fizjologicznych miesięczkowanie ma wpływ na liczbę płytek, 2) i czy istnieje związek między aparatem płytkowym a narządami płciowymi u kobiet.

W krwawieniach, jak wiadomo, płytki służą do wytworzenia się skrzepu i wszelkie sprawy, związane z zwolnieniem się krzepliwości, przebiegają z tromboopenją. Chirurgzy twierdzą, że podczas miesiączkowania wszelkie rany dłużej krwawią, co świadczy, że przy miesiączkowaniu jest zmniejszona liczba płytek. Autor badał krew podczas menstruacji u 30 zdrowych kobiet, przyczem okazało się, że przed samem wystąpieniem miesiączkowania odrazu zmniejszyła się liczba płytek do połowy lub do 1/3, a potem stopniowo zaczęła wzrastać, a do końca miesiączki dochodziła do normy początkowej. Te same wyniki otrzymali Pfeiffer i Hoff. Jednocześnie autorowi udało się stwierdzić, że podczas menstruacji jest skłonność do krwawienia, co jest łatwe do zdemonstrowania, gdy kobieta podczas menstruacji zanurzy przedramię do wody ciepłej, a powyżej łokcia nałoży się opaskę—wtedy na przedramieniu wystąpię wybroczyny. Badania te i doświadczenia dowiodły, że podczas menstruacji istnieje tromboopenja, predyspozycja do krwawienia i utajona skaza krwotoczna.

Goldinberg.

### Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

ORGIER. O stosunku chemizmu ustroju do tężyczki. (Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 30, 31, 1922).

Autor wykazuje zmiany chemiczne w organizmie, jakie zachodzą w tężycze, powstałej po usunięciu gruczołu przytarczycznego.

Przedewszystk'em daje się zauważyć zwiększona ilość soli potasu i sodu, która zwiększa pobudliwość nerwową; jeżeli chodzi o ilość wapnia, to, na skutek wzrostu powyższych soli, ilość ta spada, jak się zresztą można o tem przekonać doświadczalnie. Spadek ten również wpływa na zwiększenie pobudliwości nerwowej.

Podanie wapnia obniża zawartość soli sodu i potasu, drgawki ustępują. Jeżeli chodzi o anjony, to w tężycze znaleziono zwiększoną ilość fosforu. Obok tego znaleziono jeszcze inne składniki azotowe, jak guanidynę i metylguanidynę. Ciekawy jest fakt, że podanie guanidyny zwiększało ilość fosforu we krwi. Odczyn krwi jest bardziej alkaliczny na skutek obecności soli potasu i sodu i zwiększonej ilości fosforu. We krwi normalnego organizmu panuje pewna równowaga pomiędzy katjonami K, Na, Mg, Ca i anjonem P, i zakłócenie tej równowagi przez zwiększenie ilości K i Na powoduje samoistny spadek Ca i Mg, zwiększenie fosforu, a co zatem idzie, również i guanidyny i metylguanidyny. Podanie samej guanidyny również zakłóca równowagę chemiczną krwi, zwiększa ilość fosforu, obniża zawartość Ca, i objawy, powstałe po zatruciu guanidyną, są analogiczne do objawów tężyczki.

Alfred Galewski.

CHARBONNEL. Tężyczka pooperacyjna i przeszczepienie gruczołów przytarczycowych. (Journal de Chir. Nr. 2, tom XXV).

Do roku 1903—1904 sądzono, że tężyczka pooperacyjna zależy od zbyt rozległego usunięcia tkanki tarczowej. Dopiero stwierdzenie podczas sekcji, krwotoków do ciałek nabłonkowych oraz dalsze prace chirurgów i fizjologów pozwoliły określić prawdziwe podłoże anatomo-kliniczne tego schorzenia. Powstanie tężyczki z powodu niedostatecznej działalności gruczołów przytarczycowych większość autorów tłumaczy zmianami w metabolizmie soli wapnia w organizmie.

Przeglądając statystykę tężyczki pooperacyjnej u różnych autorów, stwierdza się wybitną liczbę tych tężyczek w spostrzeżeniach niemieckich w porównaniu z francuskimi. Tłumaczy się to większym radykalizmem Niemców, usuwających zbyt szeroko gruczoł tarczowy wraz z otoczką. Autorowie szwajcarscy, dokonywując wycięcia gruczołu tarczowego, usuwają go wraz z otoczką z przodu, a pozostawiają otoczkę z tyłu i z wewnątrz, by uniknąć na tej płaszczyźnie uszkodzenia nerwów wstecznych oraz gruczołów przytarczycowych zewnętrznych.

W leczeniu należy wypróbować środki ogólne, jak dieta, uspakajające (morfina, chloral, bromki), sole wapnia (jako środek zasadniczy, od 4,8 gr. doustnie, albo we wstrzykiwaniach dożylnych 1—2 gr.), oraz organoterapię. W ostateczności pozostaje przeszczepienie gruczołów przytarczycowych. Takich przeszczepień dokonano wogóle 24. Wyniki znane są w 20 przypadkach. Z tych w 7 przypadkach wyniki są dobre, w 6 można je określić jako „poprawa“, i, nareszcie, w ostatnich 7 przeszczepienia nie dały wyniku żadnego, ew. przy-

padki zakończyły się śmiercią. Co jest szczególnie ciekawe, to fakt, że przeszczepienia heteroplastyczne nie dały wyników gorszych, niż homoplastyczne, a więc w danym przypadku klinika zdaje się odosobniać od doświadczeń i od wszystkiego, co wiemy o przeszczepieniach wogóle. Pomimo wyników niepewnych autor uważa przeszczepienie za jeden z ważnych środków leczniczych tężyczki pooperacyjnej, w ostateczności należy takie przeszczepienie powtórzyć.

J. Pomper.

O. ROTH. O przypadku śmierci wskutek jodhypertyreoidyzmu. (Deutsch. Arch. f. Kl. Med. T. 144).

U chorej 21 lat z wolem bez dolegliwości po zażyciu 9 gr. jodu w przeciągu 1 tygodni, już po 2 tygodnachs, pomimo zmniejszenia się wola zjawiały się silne bóle głowy, drżenie i osłabienie rąk i nóg, pobudliwość oraz utrata na wadze (12 kg.). Objawy powyższe potęgowały się, dołączyło się bicie serca, uczucie gorąca w głowie, pocenie się rąk i głowy, wymioty śluzowe po każdym prawie jedzeniu, i zaburzenie w miesiączkowaniu (w końcu Amenorrhoea). Tętno z początku było miarowe (140), dobrze wypełnione. Drażnienie nerwu błędnego spowodowało krótkotrwałe zwolnienie tętna. Na dwa dni przed śmiercią tętno stało się niemiernym, a krzywza tętna wskazywała na uszkodzenie w przewodnictwie w sercu, przyczem ilość uderzeń przedsionkowych=186, a komorowych 162 na minutę.

Na sekcji znaleziono dużą grasicę, narząd limfatyczny szyi i kręzkowy rozwinięty nadmiernie. Gruczoł tarczowy powiększony in toto, a na przekroju duże masy koloidu. Tętnice duże bardzo wąskie, a serce małe. W pęczku Hisa zmian żadnych. Przypadek ten jest ważny z tego względu, że wystąpił ostro, po zażyciu 9 gr. jodu, i stoi w bezpośrednim związku ze stanem grasiczno-limfatycznym, który, jak wiadomo, potęguje objawy — Basedowa. Wszystkie objawy opisane powyżej są zwykłymi objawami choroby Basedowa, jedynie przedśmiertna przerwa w przewodnictwie różni ten przypadek od podobnych.

Goldinberg.

NITZESCU i CADARIU. Glikoliza in vivo u psa zdrowego i u psa pozbawionego trzustki. (Cmpt. rend. de la Soc. Biol. Nr. 4, 1925).

W poprzednich swych pracach autorzy stwierdzili, że działanie glikolityczne krwi i narządów in vitro, choć bardzo zmniejszenie u zwierząt pozbawionych trzustki, nie powiększa się po dodaniu insuliny. Obecnie autorzy zdają sprawę ze swych prac nad glikolizą in vivo. Doświadczenia były wykonane na psach zdrowych i cukrzyczych (przed i po usunięciu trzustki). Badano działanie glikolityczne mięśni i nerek przez porównywanie stężenia cukru w krwi tętniczej i żylniej.

U zwierząt zdrowych krew żylna zawierała zawsze mniej cukru, niż krew tętnicza. U zwierząt, pozbawionych trzustki, następowało zupełne wyrównanie w ilości cukru we krwi tętniczej i żylniej. Pod wpływem zaś insuliny stwierdzano powrót do stosunków, znajdujących u zwierząt zdrowych.

Uznając przeto, że in vitro glikoliza u zwierzęcia cukrzyczego nie zmienia się przez dodanie insuliny, należy przyjąć, że in vivo poza działaniem insuliny na wykorzystanie cukru ze krwi przez dany narząd wpływa jeszcze inny czynnik, którego brak w doświadczeniach in vitro ze stosowaniem tego, co otrzymujemy w wyciągach trzustkowych.

Józef Typograf.

Andrée WEILL i LAUDAT. W sprawie zespołu hypoglikemicznego. (Comptes rendus de la Soc. de Biol. Nr. 4, 1925).

Objawy, stwierdzane u człowieka i u zwierzęcia po zastosowaniu większych dawek insuliny, uzależniano zwykle od obniżenia poziomu cukru we krwi i określano je, jako zespół hypoglikemiczny. W niektórych spostrzeżeniach stwierdzano jednak obecność objawów tego zespołu, chociaż poziom cukru we krwi był prawidłowy, albo nawet wyższy, niż zwykle. Dla rozstrzygnięcia pytania, czy wszystkie objawy hypoglikemiczne zależą od obniżenia poziomu cukru we krwi, czy też część ich zostaje wywołaną bezpośrednio przez insulinę, autorzy badali stan hypoglikemji, jaki daje się otrzymać bez insuliny u chorych, dotkniętych cukromocem nerwowym. Otóż u chorych tych po podaniu 20 gramów glukozy (w 250 cm<sup>3</sup> wody) glikemja początkowo szybko wzrasta, lecz następnie, zamiast obniżyć się z powrotem do stanu prawidłowego, opada znacznie

poniżej zwykłego. U spostrzeganej chorej udało się w ten sposób obniżyć bez stosowania insuliny poziom cukru we krwi do 0,48 gr., czyli do stopnia, który u królika przy stosowaniu insuliny doprowadza do objawów groźnych. Tymczasem chora w okresie tym była głodna i czuła osłabienie kończyn dolnych, lecz mogła w dalszym ciągu zajmować się swymi zwykłymi sprawami, czytała gazetę lub szyła. Nie stwierdzono ani drżenia, ani braku koordynacji mięśniowej, ani drgawek, ani zawrotu głowy, ani zaburzeń wzrokowych, ani pocenia się; ciśnienie tętnicze, tętno i temperatura pozostały prawidłowe. Osłabienie kończyn minęło zupełnie, gdy po skończeniu badania chora spożyła filiżankę kawy i 100 gr. chleba.

Okazuje się więc, że w zespole, zwanym hypoglikemicznym, wywołanym przez zastrzyki insuliny, można odróżnić objawy, które są wprost zależne od hypoglikemii (głód gwałtowny, osłabienie nóg) od innych objawów, które nie zależą od hypoglikemii jako takiej, a zależą prawdopodobnie od wtórnego działania insuliny.

Józef Typograf.

### Choroby dzieci.

E. NASSAU i A. LANDAU. **O zmianach, zachodzących w katjonach surowicy stosownie do wahań wagi w wieku niemowlęcym.** (Zetschr. f. Kinderhik. B. 36, str. 234).

Autorzy zbadali u 15 zdrowych i 24 chorych niemowląt ilość jonów sodowych, potasowych i wapniowych w surowicy krwi i stwierdził zmiany we wzajemnym ustosunkowaniu się tych jonów tylko w ostrych zaburzeniach pokarmowych: liczba jonów sodowych zwiększała się, w ciężkich toksykozach występowało zastępcze zmniejszanie się katjonów potasowych; ilość wapnia zwiększała się odpowiednio do zwiększenia się kompleksów wapniowo-białkowych. Jednocześnie zwiększała się ilość białka w surowicy, i obniżał się jej punkt zamarzania. Ostatnie zjawisko, zdaniem autora, stoi w związku z absolutnem zmniejszaniem się ilości sodu. Autorom nie udało się stwierdzić ścisłej zależności między zaburzeniami w bilansie wodno-solnym ustroju a ilością utraconej wody. Śluszność tego twierdzenia odzwierciedlają wahania krzywej wagi u dzieci nalanych, niezdołnych do utrzymania swego bilansu na pewnej stałej wysokości, gdyż nie udało się ustalić żadnych zmian w ustosunkowaniu się soli w surowicy nawet przy znacznych spadkach krzywej wagi. Wyzwalające się przy rozpadaniu komórek sole zabierają z tkanek wodę; sole te nie zostaną zatrzymane w surowicy dopóty, dopóki nie dojdzie do uszkodzenia czynności nerek. Zastępczo tu wchodzące w rachubę drogi dla wydalania soli, jak jelita, skóra i płuca, nie wystarczają, a organizm, zubożały w płyny, nie jest w stanie przeciwdziałać wzmagającemu się zgęszczeniu krwi przez odpowiednie rozcieńczenie jej wodą.

B ü s s e l.

PETENYI. **O działaniu witamin zawartych w jarzynach.** (Mon. f. K., T. 29, 2.6).

Autor przekonał się, że minimalna dawka jarzyn niezbędna dla normalnego rozwoju dziecka jest znacznie mniejsza, niż się naogół przypuszcza. Przekonał się np. że 0,5—5 gr. rozrartych kartofli zabezpiecza ustrojowi normalny rozwój witaminy AD i tem samym normalny przyrost na wadze.

B a r a ń s k i.

PETENYI. **Z metodyki badań witaminowych u niemowląt.** (Mon. f. K., T. 28, 2.6).

Zatrzymanie się na wadze niemowlęcia zdrowego, żywnego mieszańką Moro lub Bereada, tłumaczy autor brakiem witaminy D, gdyż przez dodanie do pożywienia rozrartych kartofli (D) waga poprawiała się szybko, natomiast podawanie drożdży (B), soku cytrynowego (C) pozostawało bez wyniku. Nie mogła zaś odgrywać tu roli witamina A, zawarta w dostatecznej ilości w tłuszczu, stosowanych tu mieszanek. Autor sądzi, że t. zw. „Milchnährschaden“ należy uważać za awitaminozę z braku witaminy D.

B a r a ń s k i.

E. LESNE i VAGLIANO. **O wpływie mleka kobiecego na krzywicę doświadczalną.** (Comp. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 22, 27. VI. 1924).

Doświadczenie kliniczne uczy, że oseski karmione piersią są przeważnie wolne od krzywicy, dziećmi zaś krzywiczemi są zwykle te, które odżywiano sztucznie. Powstaje więc pytanie, czy różnica ta nie zależy od obecności w mleku ko-

biecem witaminy albo czynnika przeciwrzywiczego. Wiadomo bowiem, że witaminy A, B i C, wprowadzone do ustroju kobiety, przenikają do mleka. Witaminy B i C nie posiadają żadnych własności przeciwrzywiczych. Jeżeli istnieje witamina przeciwrzywicza podobna albo identyczna z witaminą rozpuszczalną w tłuszczach, to powinna ona, wprowadzona z pokarmami, wydzielać się przez gruczoł mleczny. Wbrew przewidywaniom doświadczenie przeczy temu. Okazuje się, mianowicie, że wyciąg wszystkich rozpuszczalnych w tłuszczach związków, znajdujących się w mleku kobiecym, dodany do diety P a p p e n h e i m e r a, wywołującej zawsze krzywicę u szczurów, pozostawał bez wpływu na rozwój tej krzywicy doświadczalnej. Zwierzęta odżywiane z dodatkiem tego wyciągu pozostawały tak samo krzywiczemi, jak i kontrolne. Rozpuszczalna więc w tłuszczach witamina nie jest bardziej przeciwrzywiczą, niż witaminy B i C. Z powyższego wynika, że mleko kobiece nie zawiera czynnika, przeciwdziałającego powstawaniu albo rozwojowi krzywicy, albo zawiera go tak mało, że nie sposób go wykazać doświadczalnie; zdarzają się przecież również dzieci krzywicze, karmione piersią. Krzywica z pewnością nie jest awitaminozą, wywołaną brakiem czynnika rozpuszczalnego w tłuszczach. Gdzieindziej więc należy szukać przyczyny krzywicy dziecięcej: zaburzenia żołądkowo-kiszki, tak częste u dzieci karmionych sztucznie, przewlekłe zakażenia, brak słońca — oto prawdopodobnie główne czynniki etiologiczne.

J. Typograf.

REYHER. **O skurczach przełyku, żołądka i jelit w tężycze i wagotonji.** (Zeit. f. Kinder. 1924, VIII).

Przeprowadzone dość liczne badania rentgenowskie z kontrastowem odżywianiem u dzieci z tężyczką i z objawami wagotonji wykazały występowanie skurczów gładkiej muskulatury przewodu pokarmowego.

Obraz przełyku jest podobny do skurczów, wywołanych przez organiczne zmiany i mechaniczne uszkodzenia: przewężenie, głównie w jego dolnej części; klinicznie — wymioty podczas i po jedzeniu. Liczne zdjęcia R. dały obraz żołądka, poprzecznie leżącego naprawo od kręgosłupa, z przewężeniem na lewym brzegu; tłumaczono go miejscowym uciskiem wskutek okrężnego skurczu, wywołanego nadwrażliwością nerwową. Spostrzegane rozdęcie pętl okrężnicy zmienia też obraz żołądka. Spotykano niekiedy podział żołądka na 2 worki z otwarciem odźwiernika, ze stopniowem ciągiem wypełnianiem dwunastnicy. U dzieci z atoniczną muskulaturą po dłuższem zaburzeniu odżywiania, spostrzegano także stan atoniczny z rozstrzenią żołądka. Nie ustalono jednak skurczów spastycznych w jelitach cienkich, natomiast stwierdzono częste występowanie ich w poprzecznicy, w części wstępującej okrężnicy, esicy i odbytnicy z opóźnieniem opróżnienia jelita grubego do 40 godz. Bóle przy tych skurczach są tak znaczne, że mogą niekiedy wywołać u dzieci napady kurczu krtani; być może są przyczyną nieumotywowanych stanów pobudzenia u dzieci. Jednakowe skurcze wykryto nietylko w przypadkach jawnej, ukrytej tężyczki, wagotonji, lecz u dzieci z jednoczesnem pobudzeniem nerwów błędnego i sympatycznego. Spastyczne skurcze przewodu pokarmowego występują w tężycze niekiedy przed ujawnieniem objawu E r b a, albo nawet w okresie normalnej elektrycznej pobudliwości; potwierdza to pogląd, że objaw E r b a nie może być uważany za patognomiczny dla tężyczki i że prognoza jej nie powinna być oceniana, zależnie od braku lub obecności tego objawu. O ciężkości tego cierpienia świadczą inne objawy i wśród nich także tężyczkowe zaburzenia odżywiania w sensie R e y h e r a. Wyżej opisane skurcze przewodu pokarmowego uzupełniają zespół objawów neuropatii, tężyczki i tem samym tężyczkowego zaburzenia odżywiania.

H e l l e r ó w n a.

F. TISDALL i A. BROWN. **Badania kwasoty (stężenia jonów wodorowych) stołców dziecięcych.** (Am. J. Deas. of Ch. Nr. 4, 1924).

Stopień kwasoty stołców niemowląt zależy od szeregu czynników. Dużą rolę odgrywa rodzaj podawanego pokarmu; kwasota stołców niemowląt, karmionych piersią, wynosi: PH 4,7—5,1, karmionych sztucznie zmienia się zależnie od diety w granicach od kwasoty PH 4,6 dochodząc do alkalinizacji powyżej PH 8,3. Zwiększają kwasotę węglowodany i tłuszcze, najwyższy stopień alkalinizacji otrzymuje się przy podawaniu pełnego zakwaszonego mleka z 20% węglowodanów. Na stopień kwasoty wpływa stan czynnościowy komórek bło-



ny śluzowej jelita, ich zdolność resorpcji oraz wydzielania. Zakazania pozajelitowe zwiększają kwasotę stolców skutkiem osłabienia funkcji komórek.

Praca oparta na badaniach 1,300 przypadków.

P r o k o p o w i c z.

**BISCHOFF. O klinice i patogenezie przeżuwania u niemowląt.** (Zeit. f. Kinder. 1924. VIII).

Autor rozróżnia 3 grupy kliniczne tego cierpienia.

W 1-ej grupie przed zwracaniem usta otwierają się, jak do wymiotów, język leży na dnie w postaci żłobka, rozpoczyna się przeżuwanie, w którym polykanie, ruchy języka i szczęki są podobne do ssania.

W 2-ej grupie zwracanie jest poprzedzane przez poruszenie języka, którego koniec leży też na dnie jamy ustnej, środkowa część zaś przyeśnięta jest do podniebienia, przy szybszych ruchach następuje zwracanie. Badanie rentgenowskie wykrywa zwykle w tych przypadkach rozszerzenie przełyku. Momentu etjologicznego tego cierpienia autor doszukuje się w neuropatii, którą istotnie często stwierdzał. Sądzi on, że ten akt jest niesamowolny tylko w początku, później zaś samowolnie występuje. Potwierdza ten pogląd doświadczenie B. z zamykaniem wpustu żołądka za pomocą balonu Seigerta. Po usunięciu przeszkody występowało u niemowląt natychmiastowe zwracanie z udziałem tłoczni brzusznej.

Na zasadzie spostrzeżeń klinicznych autor uważa za skuteczną tylko tę terapię, która jest w stanie wywołać u dzieci z objawem przeżuwania znaczny przybytek na wadze.

Przy stosowaniu mieszanek bogatych w tłuszcze (Czerin-Kleinschmidt i Moro) przeżuwanie przeważnie ustępowało w miarę wzrostu wagi.

H e l l e r ó w n a.

### Znieczulanie.

**GRAF. Dalsze spostrzeżenia nad znieczuleniem nerwów trzewnych sposobem Kappisa.** (D. Ztschft. f. Chir., t. 139, zes. 4—6).

Po 266 zabiegach, dokonanych w latach 1921—1924 w znieczuleniu według Kappisa, autor pragnie rozwiązać kwestię użyteczności tego rodzaju znieczulenia, szczególnie w stosunku do ogólnej narkozy. Wybitny spadek ciśnienia krwi jest ujemną cechą tego znieczulenia. W każdym razie z pomocą morfiny z kofeiną i małych dawek etru od 70 do 90% chorych brzusznych może być operowanych sposobem Kappisa. 4% śmiertelności przy 128 wycięciach żołądka z powodu wrzodu jest wynikiem wcale nie niedostatecznym i inni chirurgowie, którzy nie znieczulają sposobem Kappisa, mają wyniki podobne. Z drugiej strony jednakże autor

ma wrażenie, że długotrwałe zabiegi są znoszone łatwiej, że chorzy z lepszym tętnem opuszczają salę operacyjną, prawie że wcale nie potrzebują kamfory i w najbliższych godzinach bardzo szybko się poprawiają. Lecz również autor sądzi, że personel pomocniczy, należycie wyszkolony, w kierunku ogólnej narkozy (czego, niestety, w warunkach obecnych szpitala nie posiadają), mógłby dać wyniki niegorsze.

J. P o m p e r.

**MATORS. Przeszło 100 przypadków znieczulenia rdzeniowego mieszaną nowokainy z kofeiną** (P. Med. Nr. 100 1924).

Po badaniach Blocha i Hertza nad powikłaniami po znieczuleniu rdzeniowym, M. uważa powyższą mieszaną jako najlepszy sposób znieczulenia rdzeniowego, M. wstrzykuje dordzeniowo po wypuszczeniu minimalnej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego 0,15 nowokainy + 0,25 kofeiny. Według wyników autora, kofeina nie zapobiega zupełnie powikłaniom toksycznym, lecz zmniejsza ich ilość i natężenie. Bez względu na przypadki, które stoją ponad działaniem wzbudzającym kofeiny. Po stosowaniu powyższej mieszanki autor nigdy nie widział większych przykrych dolegliwości, stojących jakoby w związku z kofeiną, według niektórych autorów. Również znieczulająca wartość nowokainy tym sposobem nie była zmniejszona i niektóre zabiegi operacyjne trwały około dwóch godzin.

J. P o m p e r.

### Medycyna wojskowa.

**D. Stanisław PARADISTAL. Klinika gazów bojowych w zarysie, Warszawa 1924.**

Książeczka D-ra Paradistala jest odbitką wykładu jego na wieczorne dyskusyjnym II Kliniki chorób wewnętrznych, kierowanej wówczas przez nieodżałowanej pamięci Profesora Rzętkowskiego.

Autor w sposób zwięzły i treściwy omawia rodzaje gazów bojowych, rozróżniając gazy duszące, żrące, drażniące i trujące i omawia rozpoznanie, przebieg cierpienia, wywołanego poszczególnymi gazami, następstwa zatrucia oraz leczenie poszczególnych postaci cierpienia, wynikających z zatrucia.

Wobec tego, że klinika gazów bojowych jest nawet w sferach lekarskich mało znana, a kwestja ta, jak zaznacza we wstępie s. p. Prof. Rzętkowski, jest lub może się stać w każdej, niestety, chwili nadzwyczaj aktualną, praca D-ra Paradistala jest niewątpliwie cennym nabytkiem ubogiego piśmiennictwa naszego wojskowo-lekarskiego.

L a n d s b o r g.

## Zapiski lecznicze.

Opracował R. STANKIEWICZ (Warszawa).

### Praktyczne znaczenie nakłucia zatoki strzałkowej u dzieci.

Współczesna terapia dąży do tego, aby znaleźć środki lecznicze, które mogłyby chociaż częściowo, jeżeli nie całkowicie wyjątkowo chorego uszluszyć. Większość tych środków leczniczych, aby spełnić zadanie „terapia sterilisans“, musi być wprowadzona do krwi chorego osobnika. Wlewanie tego czy innego leku do żyły dorosłego osobnika nie przedstawia najmniejszych trudności; natomiast u dzieci, zwłaszcza u niemowląt, dożylnie wlewania są czasami zgoła niewykonalne. Bogata podćwiłka tłuszczowa u niemowląt całkowicie pokrywa powierzchnie naczyń żylnych, wskutek czego dostęp do nich jest niemożliwy.

W tym celu u niemowląt uciekamy się do nakłucia zatoki strzałkowej, które wykonywamy metodą Marfana, Toblera lub przy pomocy modyfikacji, podanej przez mnie<sup>1)</sup>.

Nakłucie zatoki strzałkowej oddaje nieocenione usługi i jest obecnie szeroko stosowane we wszystkich niemal klinikach zachodnio-europejskich oraz w Ameryce. Ponieważ zabieg ten jest łatwo wykonalny, posługujemy się nakłuciem

zatoki strzałkowej nie tylko dla celów rozpoznawczych, lecz i leczniczych.

W pierwszym przypadku uciekamy się do nakłucia zatoki strzałkowej u dzieci wtedy, jeżeli chodzi nam o otrzymanie krwi jałowej celem badania bakterjologicznego, lub jeżeli zmuszeni jesteśmy posiadać większą ilość krwi (5—10—20 sz. cm.) dla określenia poszczególnych składników osocza (sol mineralnych, kwasu moczowego, cukru, urobiliny etc).

Jednak daleko szerszy zakres i znaczenie posiada nakłucie zatoki strzałkowej u niemowląt w celach leczniczych.

Na pierwszym miejscu pozwolimy sobie wymienić upust krwi, stosowany u niemowląt w niektórych stanach chorobowych. W tym celu stosowano dawniej arteriotomię (metoda Eksteina i Neuggeratha) lub nakłucie żył jarczmych. Obecnie zarzucone zostały obydwie te metody, ustępując miejsca nakłuciu zatoki strzałkowej. Za pomocą tej metody chętnie uciekamy się do upustu krwi u niemowląt wtedy, kiedy występują objawy sinicy: w przypadkach zapalenia płuc ze znaczną niedomogą mięśnia sercowego, dalej w stanach zamroczenia i utraty świadomości, w zatruciu pokarmowym etc.

W Klinice Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego mieliśmy możliwość wielokrotnie sprawdzić u niemowląt, jak po zabiegu występowało wybitne polepszenie się

1) Zeszyt IV. Tom IV. Pedjatrii Polskiej 1924 r.

stanu ogólnego dziecka, wyjaśnienie się sensorium, nie mówiąc już o poprawie tętna, działalności serca i korzystnym wpływie na narządy oddechowe.

Ilość krwi, jaką można pobierać z zatoki strzałkowej niemowlęcia, nie może być dowolna. Jako maximum polecać możemy od 30—50 sz. cm.; ilość ta mniej więcej odpowiada 300—500 sz. cm. krwi, którą pobieramy u dorosłego osobnika. Finkelstein zaleca pobierać ilość krwi, która odpowiada 1/250 wagi niemowlęcia, inni znowu (Krasemann) pobierają z zatoki strzałkowej u niemowląt do 80 sz. cm. krwi. Ta ostatnia ilość, zdaniem naszym, jest nadmiernie duża, gdyż niekiedy mogą wystąpić podczas zabiegu lub po zabiegu groźne objawy zapaści (Salomon). Wprawdzie ustrój niemowlęcia, dzięki liczным zatokom opony twardej, po upustach dużej ilości krwi z łatwością może wyrównać krążenie w czasie, lecz na to wyrównanie krążenia nie zawsze liczyć można.

W Klinice Chorób Dziecięcych U. W. pobieramy u niemowląt z zatoki strzałkowej 5—10—30 sz. cm. i nigdy po zabiegu nie spostrzegaliśmy objawów ubocznych.

Poza upustem krwi nakłucie zatoki strzałkowej może być wyszkane u niemowląt i dla celów dożylnych wlewać środków leczniczych. Na pierwszym miejscu wymienić należy wlewanie roztworu fizjologicznego soli (Marfan) lub płynu Ringera w przypadkach zapaści i odwodnienia ustroju niemowlęcia (zatrucie pokarmowe, ostre ciężkie zachorzenia żołądkowo-jelitowe, raptowne spadki wagi ciała niemowlęcia, dochodzące do zapaści).

Ilość roztworu fizjologicznego soli, wlewana do zatoki, może wynosić od 60—180 sz. cm. (Gordon.) W klinice Chorób Dziecięcych U. W. bardzo często uciekamy się do wlewania do zatoki strzałkowej u niemowląt 6% roztworu cukru gronowego w przypadkach wyniszczenia (*Decompositio*), masowego odwodnienia ustroju niemowlęcia (wymioty, biegunka, znaczny spadek wagi) oraz w stanach toksycznych i intoksykacyjnych. Rozczyn 6% cukru gronowego wlewamy do zatoki strzałkowej w ilości 40—60 sz. cm. nie tylko jednokrotnie, lecz nawet w miarę wskazań i potrzeby parokrotnie. W przypadkach, leczonych powyższym sposobem, posiadamy powyżej 20; w większości przypadków wynik był bardzo korzystny i zachęcający. Po wlewaniu 40—50 sz. cm. 6% roztworu cukru gronowego stan ogólny, tętno i samopoczucie dziecka

zazwyczaj ulega wybitnej poprawie. Zwłaszcza celowe jest wprowadzanie cukru gronowego do krwi niemowlęcia w tych przypadkach, w których chodzi nam o pominięcie drogi jelitowej, aby uniknąć nadmiernej fermentacji węglowodanów. Cukier, wprowadzony bezpośrednio do osocza krwi, wiąże wodę i uprzedza raptowny spadek wagi ciała, nie mówiąc już o znaczeniu odżywczym cukru gronowego.

Z równem powodzeniem może być polecane wlewanie do zatoki strzałkowej surowicy przeciwbłoniczej. Tak np., ciężkie przypadki błonicy u niemowląt, zwłaszcza zapuszczone, nadają się wyłącznie do leczenia za pomocą dożylnego wlewania surowicy (Dorner, Friedeman), jeżeli chcemy osiągnąć wyczerzenie i znikomą odsetkę śmiertelności.

Löwenberg w stanach niedokrwistości lub krwawiczki u dzieci zastrzykiwał do zatoki strzałkowej 150—200 sz. cm. krwi. Dzieci wybitnie blade stawały się różowo: skóra i śluzówki przybierały wygląd, jak u zdrowych dzieci. Obraz krwi po wlewaniu wykazywał nadmiar krwinek, leukocytozę, ilość Hb. dosięgała 100%; wprawdzie po upływie 24 godzin dziecko znowu było blade, lecz nie w takim stopniu, jak przed dokonaniem zabiegu.

Praktyczne znaczenie nakłucia zatoki strzałkowej nie ogranicza się wyłącznie do wlewania roztworu soli, cukru gronowego, surowicy i transfuzji krwi. Z równem powodzeniem możemy wlewać do zatoki niemowląt wszystkie te środki lecznicze, które zastrzykujemy dożylnie u dorosłych: roztwory koloidalne złota, srebra, neosalvarsan (Fischer), 20—40% roztwór urotropiny i t. p.

W Klinice Chorób Dziecięcych U. W. parokrotnie u niemowląt stosowaliśmy wlewania do zatoki strzałkowej wyżej wymienionych środków leczniczych z pomyślnymi wynikami. Jedyne zastrzeżenie mamy co do stosowania do zatoki neosalvarsanu, po którym występować mogą w sporadycznych przypadkach objawy uboczne (przejściowe drgawki). Analogiczne objawy spostrzegaliśmy Moro, Hiersch, wobec czego roztworu neosalvarsanu do zatoki strzałkowej stosować nie należy.

Natomiast koloidalne roztwory srebra, roztwór 20% urotropiny — stosować można dowolnie i bez obawy do zatoki strzałkowej.

Z powyższego widzimy, że nakłucie zatoki strzałkowej może mieć szerokie zastosowanie.

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

#### Sekcja gastrologiczna.

Posiedzenie z dnia 21.I.1925.

Pokazy: *Stuman* pokazuje chorego z **nieżytem kiszki przewlekłym**,

W dyskusji przemawiał *Grundzach*. *Witkowski* przedstawia chorego, u którego stwierdzono we Lwowie **guz esicy** (rentgenologicznie). Laporotomia wykazała tylko zrost pętli jelita cienkiego z prostnicą, zwązający światło tejże. Po usunięciu tego zrostu chory ma wypróżnienie częstsze i łatwiejsze (przedtem tygodniami trwały zaparcia). W dyskusji: *Kryński* przedstawia rentgenogramy, zrobione po operacji, *Zawadzki*—*Tuchendler* zalicza ten przypadek do opisywanych w literaturze pod nazwą: „**Pseudocarcinoma recti**”. Przyczynę zwążenia, które utrudniało przy rectoskopji przedostanie się do esicy, były zmiany w ścianie esicy, wywołane przewlekłą sprawą zapalną esicy (**sigmoiditis indurativa**).

Następnie przemawiają: *Cytronberg*, *Witkowski*. *Pomper* pokazuje przypadek **megacysty** operowany sposobem *Grekowa*.

W dyskusji *Tuchendler* zaznacza, że w przypadku demonstrowanym i rozpoznaniu i wskazanie do zabiegu nie przedstawia wątpliwości. To są przypadki, gdzie esica ma niezwykle rozmiary, tak zw. **gigantosigmoidy**. Nawiązując do przypadku demonstrowanego, *T.* porusza przypadki rozszerzenia esicy, w których stwierdzamy ograniczone jednostronne rozszerzenia, przedstawiające się jako wypuklenia, napotykanie i w bańce odbytnicy i jako częściowe rozszerzenia esicy. W tego rodzaju przypadkach nasuwają się nieraz duże trudności rozpoznawcze. Idzie o stwierdzenie, czy roz-

miary bańki i esicy są jeszcze w granicach fizjologicznych i odbytnica i esica, jako narządy, rozciągliwe, mogą być najrozmaitszej wielkości, i dlatego należy umieć odróżnić prawidłowe od patologicznego.

Następnie przemawiają: *Zawadzki*, *Pomper*.

*Wejnert* przedstawia **17 letniego chłopca, który czuje się chorym od 7 tygodni**: odbijanie kwaśne, wymioty 1—2 razy dziennie, burczenie w brzuchu, bólów niema, stolce dobre. Chemizm żołądka normalny, brzuch miernie wzdęty, ruchy robaczkowe jelit wyraźne, przelewanie w różnych częściach brzucha. *Roentgen* wykazuje ucisk przez pętlę jelita na dno żołądka. Bardzo rozległe zrosty jelit. **Peritonitis Tbc.** Przypadek niezwykle ze względu na drobne względnie objawy podmiotowe i na krótki czas trwania — brak objawów — wobec bardzo rozległych zmian anatomicznych.

W dyskusji: *Witkowski*, *Grundzach*, *Zawadzki*, *Cytronberg*, *Kryński*, *Róbin*, *Wejnert*.

*Witkowski* pokazuje preparaty: **żołądka** (po wycięciu), **pęcherzyka żółciowego** oraz **wrostka robaczkowego**.

*Niewiadomski* przedstawia **preparat usuniętej nerki** u chorej *W. Z.* z powodu kamicy. Chora przybyła 29.XI. do szpitala na oddział II chir. (ord. Dr. *Al. Zawadzki*).

Prześwietlenie wykazało w prawej nerce kamień wielkości małej dłoni. Przeprowadzono badanie funkcjonalne nerki: nerka prawa wydziela ze znacznym opóźnieniem, mocz z pr. nerki zawiera ropę, z lewej nerki czysty.

2.XII. w śpieniu usunięto pr. nerkę. Preparat bardzo ciekawy ze względu na kamień wielkości jabłka, tak wrosnięty w ścianę, że nawet w preparacie nie można z nerki usunąć bez uszkodzenia miąższu nerkowego, Kamień jest odlewem prawie całej miedniczki nerko-

wej, chora po miesięcznym pobycie w szpitalu wyszła w stanie zupełnego zdrowia.

Następnie pokazuje **Nie wiadomski** preparat **usuniętego wyrostka robaczkowego** wraz z ropniem, którego ścianę tworzy sieć. Chora przybyła 19.I.25. Dzień przedtem wieczorem rozpoczął się atak bólów (pierwszy w życiu) bardzo silnych w dole biodrowym prawym z wymiotami. 19.I trwały bóle cały dzień, o takim samym nasileniu. Stan chorej 20.I rano: tętno 120, ciepłota 37,8, język wilgotnawy.

Nadzwyczajnie silna bolesność na dotyk najbliższy w prawej dolnej części brzucha opór mięśniowy bardzo wzmożony. Pomimo tego chwilami wyczuwa się jakby nacieczenie. Per rectum nic pewnego, co do nacieczenia stwierdzić nie można. Natychmiastowa laparotomia w uśpieniu ogólnym etercem: wyrostek robaczkowy wtopiony w guz, który go otacza z 3 stron.

Ściany tego guza tworzą sieć. Nastąpiło widoczne przedurawienie wyrostka robaczkowego do otaczającej go sieci. Po wycięciu częściowym sieci udało się (**Zawadzki**) wyrób. usunąć wraz z guzem zapalnym (ropniem), kikutek wyrostka robaczkowego pokryty kikutek kreski wyrostka rob., nie nakładając szwa kapciuchowego na kątnicę. (Sposób na naszym oddziale stale stosowany od 2½ lat).

**Szlagier** pokazuje **rentgenogram** przełyku 4 - letniego dziecka ogólnie wyczerpanego, które **połknęło dwie monety**. Od kilku tygodni dziecko miało brak łaknienia i trudności przy łykaniu. Rentgenologicznie stwierdzono dwie monety, obok siebie leżące w przełyku, na wysokości aorty.

Po pokazach odbyły się wybory doroczne do zarządu sekcji. Jednogłośnie wybrano dotychczasowy zarząd.

Posiedzenie z dnia 18.II.1925.

Pokazy:

I. **Justman**: **Zwężenie odźwiernika**. Rozpoznanie różniczkowe: nowotwór lub zapalenie przerostowe (**Pyloritis hypertrophicans**).

75-letni mężczyzna, poprzednio zawsze zdrowy. W połowie stycznia zaparcie, ściskania po jedzeniu, uczucie stałego głodu. W końcu stycznia atak wymiotów pokarmowych, trwał 12 godz. Od tego czasu zgaga. Badanie przedmiotowe: szczupły, ale nie charlacyjny. Nicco powyżej i wprawo od pępka wyczuwa się twardy, łatwo przesuwalny wałek poprzeczny. Wałek ten daje się odsunąć od twardego brzęgu wątroby, przy oddychaniu nie przesuwa się. Badanie zawartości naczno wykazuje bardzo duże pozostałości pokarmowe, z trudem udało się chorego dopłukać. Kwasota ogólna — 72, wolny HCl — 30, dużo sarcyn i kropel tłuszczowych. Krwi w zawartości żołądka i kale niema. Przy wyciąganiu zgłębnika skurcz przełyku. Nazajutrz chory przynosi kał typowy dla **colica mucosa** (pokaz). Przy następnych wypróżnieniach kał skurczowy. Uderza w przypadku tym zespół objawów skurczowych: stały gład, skurcz przełyku, zmiany kałowe, nadkwaśność. Jakkolwiek zmiany te podług **Schlesingera** są obie napotykanie w raku — **Schlesinger** uważa skurcz przełyku za wczesny objaw raka — to jednak całokształt obrazu nasuwa przypuszczenie, czy nie mamy tu do czynienia z **pyloritis hypertrophicans**, zresztą, zdaniem autorów francuskich, sprawą bardzo zbliżoną do raka.

Przypisek: Podawanie choremu atropiny bardzo dodatnio wpłynęło na stan chorego. Zaległości zmniejszyły się znacznie, sarcyna prawie znikła.

W dyskusji: **Szlagier**, który widział chorego po 10-ciu dniach po raz drugi, ma wrażenie, że guz obecnie jakby stracił nieco na swym rozmiarze i konsystencji, a biorąc pod uwagę względnie wysoki stopień wolnego kwasu solnego i brak charłactwa, przypuszcza, że w danym przypadku niema się do czynienia ze złośliwym charłactwem guza. **Lubelski**, **Grundzachi**, **Justman**.

II. **Pomper** — przypadek **gastrontosis**.

Chora, lat 20. bardzo wychudzona, od 4-let lat cierpi z powodu wybitnych bólów po jedzeniu. Ostatnio od 5-ciu miesięcy leży bez przerwy w łóżku, gdyż bóle uniemożliwiły jej chodzenie. Przez cały ten czas leczyła się bezskutecznie u wielu lekarzy. Wobec podejrzenia wrzodu żołądka, P. dokonał operacji w znieczuleniu **Kappisa**. Przy zabiegu wrzodu nie stwierdzono, natomiast rozszerzony żołądek był wybitnie opuszczony, wobec czego podciągnięto żołądek ku górze umocowano do ściany brzusznej według **Rowsinga**. Wy-

nik pooperacyjny bardzo dobry. Chora utyliła, ma duży apetyt, chodzi, bólów żadnych nie odczuwa.

Dyskusja: **Zawadzki**, **Róbin**, **Wejnert**, **Maliniak**, **Lubelski**, **Justman**, **Pomper**.

III. **Pomper** — pokazuje **kamienie kałowe** dużych rozmiarów.

W dyskusji: **Justman**, **Zawadzki**, **Wejnert**, **Róbin**, **Grundzachi**.

IV. **Orzech** — pokazuje chorą, która cierpi na ciężki i przewlekły **nieżyt jelit**, leczony metodą **Einkowa** z dobrym wynikiem (ogłoszony drukiem na innym miejscu).

**Nie wiadomski**.

## Polskie Towarzystwo Anatomiczne w Warszawie.

Posiedzenie z dnia 16.II.1925.

Przewodniczący: **M. Konopacki**.

Sekretarz: **C. Jastrzębski**.

1. Zatwierdzenie sprawozdania z posiedzenia poprzedniego.

2. Delegatem na II Kongres Lekarski Polsko-Francuski wybranym został **E. Loth**.

3. Przewodniczący podał do wiadomości, że w najbliższym czasie zwoła komisję regulaminową dla pracownika regulaminu Tow. Anatomicznego.

4. Pokazy:

a) **S. Hejbowiczówna** przedstawiła preparat **prosektoryjny głowy i szyi**, na którym po stronie lewej żyła szyjowa wewnętrzna znajdowała się w stanie szczątkowym, natomiast żyła szyjowa zewnętrzna była rozwinięta bardzo silnie. Frócz tego zwłoki te posiadały również po stronie lewej inne odmiany tak uciążliwe, jak i mięśniowe na kończynach (wysoki podział t. ramiennej, brak mięśnia dłoniowego długiego oraz 4 główki u mięśnia trójgłowego goleni).

W dyskusji zabierali głos **E. Loth**, **M. Konopacki** i **R. Poplewski**.

b) **C. Jastrzębski** pokazał: 1) zmontowaną przez niego czaszkę ludzką i 2) preparat serca 19 miesięcznego dziecka, w którym tętnica płucna i aorta odchodzą z kcmory prawej. Przedstawiony przypadek, według **Jastrzębskiego**, zasługuje na uwagę ze względu na nowe oświetlenie powstania tej wady w pracach **Spitzera** oraz **Mautnera** i **Levyego**. Wychodząc z założenia, że filogenetycznie pień tętniczy wspólny dzieli się na tętnicę płucną i dwie aorty: prawą i lewą, które wychodzą z odpowiednich komór, autorzy ci twierdzą, że dalszym szczeblem w rozwoju filogenetycznym jest zanik aorty prawej. O zaniku prawej aorty ma świadczyć głęboki dołek w komorze prawej w miejscu, w którym ona miała odchodzić. Jednakowoż, pod wpływem pewnych czynników, zamiast prawej, nie rozwija się aorta lewa. W tych przypadkach, jakoteż w wyżej przedstawionym, pozostaje na stałe otwór w przegrodzie komorowej, umożliwiający krążenie krwi.

5. Komunikaty:

a) **M. Erlichówna** wygłosiła komunikat na temat: „**Badania nad ciemniaczką czołową**”.

Prelegentka przedstawiła wyniki swoich badań, dokonanych na 360 niemowlętach. Oprócz określenia cech ogólnych ciemniaczki, dotyczących jej błony i brzośców. **M. Erlichówna** za pomocą swojej metody odrysowała wierną kopję ciemniaczek. Kopjowanie to pozwoliło jej przestudiować zmiany, zachodzące w ciemniaczkę, oraz ustalić jej 9 typów zasadniczych (Tab. I). Wielkość ciemniaczki waha się w szerokiach granicach nawet u normalnych niemowląt (Tab. II), tabela liczbowa. Zmienne są również czas i sposób zarastania ciemniaczki (Tab. III). Bardzo duża i późno zarastająca ciemniaczka widzi się zawsze u dzieci z ciężką krzywicą; u dzieci z krzywicą średniego stopnia, a zwłaszcza stopnia lekkiego, objaw ten bynajmniej nie jest stały. W sprawach, związanych ze zwiększeniem lub obniżeniem ciśnienia wewnątrzczaszkowego, uwypuklenie lub zanadnięcie się ciemniaczki zależy, **ecterus paribus**, od jego wielkości oraz od konstytucji brzośców i błony.

W dyskusji zabierali głos: **E. Loth** i **C. Jastrzębski**.

b) **J. Jachimowicz** wygłosił komunikat na temat: „**Badania nad zmiennością siłoty barkowego**”.

Dla określenia, z jakich korzonków nerwowych rdzeniowych pochodzi splot barkowy, prelegent zbadał na mata-

ryjał prosektoryjnym w Zakł. Anatomji Opisowej Un. Warsz. 218 splotów barkowych i otrzymał 6 następujących odmian:

1. od  $C_3$  do  $D_8$  — 4,5%.
2. od  $C_3$  do  $D_1$  — 24,8%.
3. od  $C_3$  do  $D_2$  — 4,2%.
4. od  $C_4$  do  $D_1$  — 8,2%.
5. od  $C_4$  do  $D_3$  — 55,5%.
6. od  $C_5$  do  $D_1$  — 2,8%.

Dane porównawczo-anatomiczne wykazują, że u małpowierzy oraz małp wąskonosych i szerokonosych splot barkowy rozpoczyna się od  $C_5-D_1-2$  i tylko u małp czeloko kształtnych typ splotu może być jednakowy z najczęściej spotykanym u człowieka t. j.  $C_4-D_2$  (odmiana 5).

Wobec tego prelegent uważa stwierdzone przez siebie odmiany 1—3 za cechy nowopowstałe, spotykane tylko u człowieka, czyli, że są to cechy progresywne i wyłącznie ludzkie. Świadczą one zatem, że w szeregu naczelnich splotów barkowych niewątpliwie dąży do przesunięcia się w kierunku dogłowym przez pozyskanie korzonków: początkowo  $C_4$ , a potem  $C_3$  i utratę korzonka od  $D_2$ .

W ożywionej dyskusji zabierali głos E. Loth, M. Kono-packi, C. Jastrzębski, R. Popiewski.  
Sekretarz: C. Jastrzębski.

## Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie z dn. 10. III. 1925 r.

Budzyńska-Tylińska zreferowała sprawę pomocy położniczej w Polsce, wykazując, jak zaniedbane jest to zagadnienie, tak ważne z punktu widzenia polityki populacyjnej, bezpośrednio związane z ochroną macierzyństwa i z podstawowymi zasadami zdrowia narodu. Stwierdziwszy, że sprawą tą nie interesuje się ani państwo, ani samorządy, referentka dała szereg danych statystycznych, których wymowne cyfry budzą grozę. Na terenie Polski 80% porodów odbywa się bez fachowej pomocy w okropnych warunkach higienicznych, pod opieką brudnej babki wiejskiej. Dzięki tym warunkom, przypada na b. Królestwo 15,000 zakażeń, zwanych gorączką połogową, a na Małopolskę 13,000, zaś w Wielkopolsce 4 razy mniej. Prawie połowa matek, po gorączce połogowej, umiera, a reszta podlega cierpieniom chronicznym, stając się niezdolnymi do normalnej pracy; najczęściej matki te zostają bezpłodne na zawsze. Co do liczby akuszerok, to w Polsce przypada 1 akuszerka na 14000 ludności i na 334 kil. kw., podczas gdy w Zach. Europie przypada 1 akuszerka na 2900 ludności. Największy nacisk położyła dr. Budzyńska-Tylińska na małe wykształcenie akuszerok z powodu niskiego cenzusu, wymaganego przy przyjmowaniu uchenie do szkół położniczych.

Referentka żąda: 1) by wymagano od kandydatek przy najmniej ukończenia 7 oddziałów szkół powszechnych, 2) żeby kurs trwał 2 lata, 3) żeby do nauczania wprowadzić pielęgniarstwo, 4) wreszcie, żeby uczenie pozostawało w internacie. Te żądania referentka, jako radna, wniosła do Magistratu, który po naradach, przeprowadzonych przez Radę Pedagogiczną warsz. miejskich szkół położniczych, uznał: 1) że cenzus 7-oddz. szkół powsz., jest za wysoki (!), że najwyższy może podnieść do 3—4 oddziałów, 2) że nauka 1 rok wystarczy (?), 3) że internat jest bezwzględnie wskazany, 4) że pielęgowanie niemowląt będzie do programu wprowadzone.

Położnicze to załatwienie, a szczególnie nieuwzględnienie żądanego cenzusu i 2-letniego kursu referentka uznaje za szkodliwe i wstrzymujące racjonalną reformę szkolenia akuszerok i postanowiła dalej zabiegać już u władz centralnych o wykonanie jej programu.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

O interesującym doświadczeniu, dokonaniem na psie z zupełnym usunięciem trzustki, zdawał sprawę Hedon na posiedz. Acad. des Sciences w lutym r. b. Pies otrzymywał przez 14 miesięcy dwukrotnie codziennie zastrzykiwania insuliny, przyczem zachowywał swą wagę i był zupełnie zdrowy. Podawanie doustne zaczął trzustkowych usuwało zaburzenia trawienia, insulina zaś wpływała hamująco na moczówkę cukrową. Przerwanie wprowadzania insuliny wywołało silny cukromocz i na 6-ty dzień wystąpienie kwasicy. W moczu prócz cukru wystąpiły białko, hemoglobina, barwki żółciowe, wałki i kulki tłuszczowe. Wznowienie zastrzykiwań insuliny doprowadziło do zniknięcia cukromoczu, lecz nie poprawiło stanu ogólnego, tak, że zwierzę na 7-my dzień było umierające w stanie śpiączki. Trzykrotne zastrzyknięcie dożylnie sody w ogólnej ilości 5 grm. dało efekt nadzwyczajny: nazajutrz zwierzę znacznie się poprawiło i po nowych dawkach soli i zwiększonych dawkach insuliny zupełnie powróciło do stanu swego normalnego. Zdaniem Hedona długotrwałe podawanie insuliny nie wywiera szkodliwego wpływu na organy, skoro pies mógł wrócić zupełnie do stanu normalnego, co byłoby niemożliwe w przypadku uszkodzenia wątroby lub nerek.

Spostrzeżenia autorów amerykańskich co do płonicy są przedmiotem badań wszędzie. Paraf w marcu w tow. lek. szpitalnych paryskich komunikował o swych doświadczeniach z toksyną paciorkowcową, otrzymywaną sposobem Dicka z paciorkowców, izolowanych od chorych płonicych. Odczyn śródskórny, dokonywany z tą toksyną, był zawsze ujemny u ozdrowieńców popłonicych. U dorosłych osób odczyn ten jest w 33% dodatni (amerykanie podają 41%); u niemowląt ujemny w pierwszych miesiącach życia staje się on dodatnim po pierwszym roku, przytem daje się zauważyć równoległość między odczynem matki i dziecka. Paraf przekonał się jednak, że analogiczne wyniki otrzymuje się z toksyną paciorkowców hemolizujących nieplonicych (zap. wsierdzia, róża, posocznica poporodowa).

O wpływie promieni ultrafioletowych na gojenie się ran na posiedzeniu towarzystwa biologicznego w marcu przemawiał Regard z Genewy. Wykonał 40 zabiegów na świnkach i królikach, resectio gastro-intest., oper. kostne i t. p.) nie stosując żadnej aseptyki i naświetlając rany promieniami ultrafioletowymi. W wszystkich przypadkach uzyskał rychłozrost. U ludzi, rzecz jasna, aseptyka musi być zachowana, naświetlanie jednak może przyspieszyć zabliznianie się.

Z badań nad gruźlicą na uwagę zasługują doświadczenia Vaudremera i Mondeta (Soc. de Biol. 28. II. 25), którzy wstrzykiwali pod skórę zwierzętom dwukrotnie po 2 cm. sz. emulsji hodowli laseczników gruźliczych, hodowanych na buljonie kartoflanym bez gliceryny, co, jak stwierdzili uprzednio ci sami autorowie, pozbawia prątki ich kwasotrwałości. Zastrzyknięcia wspomniane ogrzewanej uprzednio w ciągu 1/2 godz. w 500 hodowli uodparnia zwierzęta przeciw dokonywanemu w 45 dni później zakażeniu przez spojówkę oka: zwierzęta kontrolne gną w 9—18 dni po zakażeniu, szczepione pozostawały zdrowe. Paraf również w tow. biolog. w marcu r. b. komunikował o próbach reinfekcji, dokonywanych na świnkach z pomocą ropy, branej od tych samych świnek z gruczołów gruźliczo-zropiałych: zastrzykiwanie dawało powstawanie guziczka, jak u świeżej zdrowej świnki, szczepienie chorej gruźliczo śwince ropy, pochodzącej od innej świnki nie wywoływało zmian. Wygląda, iż świnka posiada odporność niezłą w stosunku do laseczników pochodzenia obcego, niedoskonałą zaś w stosunku do własnych.

M. G.

## MEDYCYNA SPOŁECZNA.

### Wzorowe okręgi sanitarne.

Podał  
M. KACPRZAK (Warszawa).

Fundacja Rockefellerowska, znana już obecnie na całym świecie ze swej szerokiej akcji w dziedzinie medy-

cyny zapobiegawczej, rozszerza znacznie działalność swoją i u nas. Z fundusów tej instytucji powstają w tym roku dwa wzorowe okręgi sanitarne: wiejski — w powiecie Skierniewickim, miejski — w Warszawie, w dzielnicy Mokotowskiej. By praca w tych okręgach była prowadzona zgodnie z myślą fundatorów i przyniosła odpowiednie wyniki, pożądaną jest

rzeczą rozpatrzyć bliżej działalność podobnych urzędów amerykańskich, gdyż mają one służyć za pierwowzór dla naszych. Nie chodzi, naturalnie, o technikę urzędów, gdyż ta zależy jest całkowicie od warunków miejscowych i do nich musi być przystosowana, lecz o ideę przewodnią, którą chcemy przeszczepić na nasz grunt.

Od kilkunastu lat w różnych miejscowościach Stanów Zjednoczonych, miejscowościach przeważnie wiejskich i zaniedbanych pod względem sanitarnym, zarządzane są przez różne organizacje społeczne, między innymi Fundację Rockefellera, pokazowe okręgi sanitarne. Jedną, niekiedy kilka instytucji społecznych wspólnie, po porozumieniu się z miejscowymi władzami samorządowymi i przy ich współudziale tworzą wzorową organizację sanitarną dla danej miejscowości. Działalność takiej, ad hoc stworzonej organizacji jest czasowa i trwa zwykle kilka lat. Zainteresowane instytucje społeczne nadają kierunek działalności tej organizacji, dają personel i dostarczają środków pieniężnych na określoną z góry liczbę lat, po upływie których wycofują się zupełnie. Suma ta zwykle nie jest rozdzielona równomiernie na cały przeciąg czasu, lecz zmniejsza się stopniowo; ma to swoje uzasadnienie w myśli, że, w miarę wycofania się instytucji wspomagającej, organizacja miejscowa komunalna lub gminna ma przejmować na siebie jej działalność i ponosić koszty z nią związane. Ideą przewodnią w urządzeniu takich okręgów nie jest więc realna pomoc znajdującej się w trudnych warunkach gminie, gdyż przeciwko takiemu przypuszczeniu przemawiają skromne środki i krótki czas działalności, lecz pokazanie na przykładzie, jak należy prowadzić na nauce i rachunku opartą akcję sanitarną. Twórcy takich wzorowych okręgów chcą dowiedzieć, że wydatki na cele zdrowotne opłacają się, że zdrowie publiczne w pewnych zakreszonych przez naturę i warunki społeczne granicach można nabyć za pieniądze; że pokazać, jak tę pracę należy prowadzić, by, zużywając minimum sił i środków, otrzymać możliwie najlepsze wyniki. Analogiczną zupełnie zasadą kierowała się Fundacja Rockefellera, dając środki na urządzenie wzorowych okręgów w Polsce. A więc w Mokotowskim okręgu przeznaczone jest 10,560 dolarów na pierwszy rok, 8,560 na drugi, 6,560 na trzeci, 3,300—na czwarty i 2,400 na piąty, co w sumie wynosi 31,380 na 5 lat, a więc przeszło 6000 dolarów rocznie. W okręgu Skierniewickim liczby te są nieco mniejsze: na pierwszy rok przypada 8,600 dolarów, na drugi 5,700, na trzeci 4,400, na czwarty 3,000, na piąty 2,000, co wynosi przeciętnie na rok około 5,000 dol.

Po upływie pięciu lat wszelka pomoc ze strony Fundacji ustaje. Fundacja nie stwarza organizacji odrębnej w żadnym z tych okręgów, lecz oddaje swoje środki całkowicie do rozporządzenia istniejącym władzom sanitarnym samorządowym i państwowym, zachowując dla siebie teoretyczny zresztą współudział w kierunku całej tej sprawy. A więc w powiecie Skierniewickim głównym kierownikiem tej działalności jest lekarz powiatowy, który jest jednocześnie sejmikowym, w Warszawie lekarz sanitarny okr. Mokotowskiego,—obadwaj pozostający nadal na dawnych stanowiskach i odpowiedzialni za całą działalność przed swoją władzą zwierzchnią. To samo dotyczy personelu pomocniczego, który będzie tylko zwiększony liczbowo ze środków Fundacji. Pełza władzami samorządowymi, bezpośrednio prowadzającymi tę akcję i najbliższej w niej zainteresowanymi, pewien wgląd w przebieg tej sprawy ma Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, jako najwyższa instytucja, mająca nadzór nad całością spraw zdrowotnych w kraju u nas. Podobnie, jak to jest w Stanach Zjednoczonych, troska o zdrowie publiczne u nas należy całkowicie do władz samorządowych: sejmików na wsi, magistratów w mieście; owe te władze winny bliżej zainteresować się zapoczątkowaną niezmiernie ciekawą próbą, której przebieg i wyniki mogą mieć wpływ na rozwój spraw sanitarnych u nas w przyszłości. Znajdując się w ciężkich warunkach materialnych i nie posiadając w tej kwestji wyrobionej opinii publicznej w kraju, która by pobudzała odpowiednie czynniki do jakichkolwiek ulepszeń sanitarnych, idźmy wciąż po drodze pozornie najmniejszych wydatków, w rzeczywistości zaś najmniejszego oporu, i staramy się, by jaknajmniej kosztowało dziś, zapominając o tem, że jutro za tę oszczędność trzeba będzie zapłacić kilkakrotnie. Korzystamy dotąd z form i sposobów działalności, jakie otrzymaliśmy w spadku po rządach zaborczych. Niema chyba dziedziny, w którejby przepaść między teorią i praktyką, a niekiedy nawet praktyką i obowiązującym ustawodawstwem, była u nas tak rażąca, jak w higjienie publicznej, gdzie w porównaniu z innymi kra-

jami i z wymaganiami nauki jesteśmy spóźnieni o dobre ćwierć wieku, a przecież w kwestjach dotyczących zdrowia publicznego, zdaje się, najusłoneczniejszą być stosowana zasada, iż w teorii należy być jaknajbardziej praktycznym, w praktyce naukowym. Ten na małą skalę zakrojony eksperyment ma nam właśnie pokazać, że oszczędność, jakie robimy na zdrowiu publicznym, są źle zrozumianą ekonomją, że, idąc dzięki inercji według starych, dawno utartych formułek, więcej tracimy, niż zarabiamy.

Suma 5,000 — 6,000 dolarów rocznie, jaka przeciętnie wypada na jeden rok w każdym z okręgów, nie jest tak znaczna, by można było myśleć o poważnych inwestycjach, które zresztą nie wchodziły w zakres działalności wzorowych okręgów. Nie wystarczy jednak za te pieniądze li tylko otworzyć przychodnie, zwiększyć liczbę pracowników, prowadzić wzorową kszegowość. I Magistrat m. st. Warszawy i Sejmik Skierniewicki zgóry wiedzą o tem, że w obrębie ich działalności stan sanitarny pozostawia wiele do życzenia, i że za pieniądze można wprowadzić wiele ulepszeń.

By rozpoczęta działalność przyniosła pożądane owoce i Magistrat Warszawski zechciał po upływie 5 lat kontynuować tę pracę i rozszerzyć tę samą akcję na inne dozory sanitarne, otrzymane wyniki muszą być o tyle widoczne, by czynnik materialny mógłby się naocześnie przekonać, że wydatki poniesione opłaciły się, i że pieniądź wydany, mówiąc buchaltersko, był dobrze inwestowany.

Wyłączwszy wydatki na szpitalnictwo i utrzymanie cystern, na cele wyłącznie medycyny zapobiegawczej m. st. Warszawa wydaje, zgodnie z budżetem na rok 1925 zł. 1,30 na mieszkańca. Okręg Mokotowski prócz tej sumy i prócz 40,000 złotych, przeznaczonych na inwestycje w związku z urządzeniem przychodni, będzie rozporządzał w pierwszym roku dodatkowo 84,000 złotych, co wynosi, pokazują, jak na nasze warunki, sumę, bo przeszło 2 złote więcej na głowę ludności niż w innych okręgach na cele higieny publicznej. Na tę sumę 84,000 złotych prócz Instytucji Rockefellerowskiej, której wkład stanowi połowę, składają się zapomogi ze strony Magistratu Miasta, Czerwonego Krzyża, Kasy Chorych i Towarzystwa Przeciwgruźliczego. Wymienione organizacje materialnie i moralnie popierają inicjatywę Międzynarodowego Urzędu Zdrowia. By ten dodatkowy wydatek można było usprawiedliwić, należy dowiedzieć liczbowo, że po upływie tego czasu sprawy zdrowotne danej dzielnicy poprawiły się w porównaniu z przeszłością i w porównaniu z innymi dzielnicami, które takiej pomocy nie otrzymują, i w których przez to samo wydatki na cele zdrowotne są znacznie mniejsze. Wprawdzie za te pieniądze nie można rozważać kwestji mieszkalnej, która tak fatalnie odbija się na zdrowiu ludności, ale można rozszerzyć sieci kanalizacyjnej, ani dostarczyć ludności dobrej wody do picia, ale, jak już wspominałem, te inwestycje nie wchodziły zupełnie w zakres działalności wzorowych okręgów, których zadaniem jest wskazać, co można zrobić w higjienie publicznej w istniejących warunkach.

Takich spraw, w których środki zapobiegawcze nie były prawie jeszcze stosowane, gdzie dlatego nawet niewielkie stosunkowo wydatki mogą się dobrze oprocentować, mamy bez liku. Przedewszystkiem walka z wysoką umieralnością niemowląt. Niewątpliwie, nawet w obecnie istniejących warunkach przez uświadomienie matek i przez udzielanie pomocy lekarskiej można by tę umieralność znacznie zmniejszyć, można by również obniżyć chorobowość przez odpowiednie wskazówki higieniczne, dawane matkom, i przez stały nadzór nad rozwojem fizycznym dziecka. Trudno zaprzeczyć, że bez nakładu wielkich środków materialnych można osiągnąć znaczne rezultaty w walce z jaglicą, której rozpowszechnienie się nie doceniamy, a która służyć może za smutne świadectwo niskiego poziomu kultury naszej ludności. Jest rzeczą niewątpliwą, że w walce z chorobami wenerycznymi nie robimy prawie nic, nie wiemy nawet w przybliżeniu, do jakiego stopnia jest to źle rozpowszechnione i jakie straty materialne społeczeństwo ponosi z powodu zupełnego zaniedbania tej sprawy; praca w tej dziedzinie medycyny społecznej przy nieznanym nakładzie środków materialnych dała by dobre wyniki. Walka z gruźlicą, dotąd znajdująca się jeszcze w kołobro, może również dać widoczne rezultaty, przedewszystkiem przez zapobieganie szerzeniu się choroby, przez wczesne wykrywanie świeżych przypadków i stałą opiekę nad chorymi obniżyć można nawet śmiertelność. Rozumiem dobrze, że nie możemy oczekiwać rezultatów, jakie otrzymano w stanie Massachussets, — gdzie w tak zwanym Framingham

Demonstracja w ciągu 7 lat wyteżonej pracy w tej dziedzinie obniżyła umieralność na gruźlicę przeszło o 60%. Nie mamy wystarczającej liczby sanatoriów, ani kolonij letnich, w których moglibyśmy umieścić początkujących gruźlików, nie mamy dosyć łóżek szpitalnych, by umieścić najbardziej niebezpiecznych z otwartą gruźlicą. Być może również, iż tak znaczny spadek umieralności na gruźlicę w przytoczonym przykładzie jest tylko pozorny i tłumaczy się przedłużeniem życia kilkudziesięciu chorych o parę lat przez umieszczenie ich w zakładach leczniczych, co społecznie nie byłoby wielkim plusem. Niewątpliwie jednak wczesne wykrycie choroby mogłoby niejednego gruźlika uratować.

W okręgu Skierniewickim ze względu na inne warunki mieszkaniowe, inne zajęcia ludności i odrębny układ życia powstaje szereg spraw swoistych, związanych z bytem wsi i małych miasteczek. Tutaj medycyna zapobiegawcza ma jeszcze większe pole do działania, gdyż w dziedzinie higieny ws, dotąd u nas nic nie zrobiono.

Na czoło działalności w okręgu wiejskim wysuwa się walka ze śmiertelnością płożnic. Nie mamy liczb, na których moglibyśmy się oprzeć, obserwacja jednak codzienna i spostrzeżenia ludzi, bliżej stykających się z życiem wsi, wskazują, że śmiertelność ta jest bardzo wysoka, niekiedy przerażająca i społecznie jest kłębą, gdyż co rok zabiera tysiąc kobiet w wieku najbardziej produktywnym. I tutaj, nie oczekując aż się warunki bytu radykalnie poprawią, nie zmieniając zupełnie ani warunków mieszkania, ani odżywiania ludności, można zrobić bardzo wiele. Przez energiczną akcję paru higien stek—pielęgniarek w przeciągu kilku lat można ludność nauczyć, by w porę udawała się do lekarza lub wykwalifikowanej akuszerki, a udostępniwszy tę pomoc, zapobiec przedwczesnej śmierci matek.

W dziedzinie higieny szkolnej, rozciągając opiekę nad dziećmi szkół powszechnych, można z łatwością usunąć u nich przynajmniej niektóre z tych braków fizycznych, których wpływ na dalszy rozwój dziecka jest niewątpliwy; można również wpoić w dziecięcej szkolnej elementarnej zasadzie higieny. Nie uda się naturalnie z tych środków dać całkowitą fachową pomoc lekarską kilku tysiącom uczniów, lecz to nawet nie jest wskazane, gdyż w obecnych warunkach żaden powiat na wzorowo urządzonej pomocy lekarskiej w szkołach pozwolić sobie nie może. Celem pokazowego okręgu jest przekonać ludność miejscową, że i w obecnych warunkach można w tej dziedzinie zrobić wiele i zmusić ją niejako siłą do tego przykładu do kontynuowania rozpoczętej akcji.

Akcja przeciwgruźlicza, walka z chorobami zakaźnymi, ze śmiertelnością niemowląt, z alkoholizmem — również muszą tu być uwzględnione i materialnie niewątpliwie się opłaca, a rezultaty otrzymane będą przekonujące nie tylko dla lekarzy, lecz przede wszystkim dla przeciętnego obywatela, interesującego się sprawami społecznymi.

By spełnić swe zadanie, ta 5-letnia działalność w powiecie Skierniewickim ma dowiedzieć, że warunki zdrowotne w tym powiecie uległy zmianie na lepsze, że poprawę osiągnięto większą, niż w powiatach sąsiednich, podobnej akcji nie prowadzących i nie ponoszących odpowiednich kosztów. Przez ten czas uda się niewątpliwie również zebrać dane, dotyczące szeregów chorób zakaźnych i stanu zdrowotnego powiatu w ogóle, czego dotąd nie posiadamy, a co jest niezbędnym warunkiem wszelkiej planowej akcji na przyszłość. Należy wreszcie podkreślić, że zadaniem obu okręgów jest popularyzacja zasad higieny pośród ogółu ludności, przygotowanie niejako umysłowo obywateli do zrozumienia istniejących rozporządzeń i rozumnego dobrowolnego dostosowania się do nich, a jednocześnie pobudzenie zainteresowania sprawami higieny kół samorządowych i czynników społecznych. Postawić sprawy zdrowotne na należnym im miejscu w działalności samorządów — to wielkie zadanie, i działalność wzorowych okręgów pod tym względem może być bardzo cenna.

Niewątpliwie kierownicy całej akcji i prowadzący bezpośrednio robotę w obu wspomnianych okręgach nie omieszkają wyszukać sytuacji i w pewnych okolicznościach będą stale informowali koła lekarskie i szeroki ogół ludności o przebiegu ich działalności i otrzymanych rezultatach.

Warszawa, dn. 3. III. 1925.

## Kilka uwag w sprawie Kasy Chorych.

Podał

Leon ZAMENHOF (Warszawa).

Przed rokiem, kiedy w prasie i na konferencjach lekarskich poruszana była szeroko sprawa projektowanej nowelizacji Ustawy Kasy Chorych, przesałem do Warsz. Czasop. Lekarskiego kilka ogólnych uwag, w których wyłuszczyłem mój pogląd na główne braki tej ustawy.

Artykuł zawierający te uwagi miał ukazać się w Czasopiśmie jednocześnie z innymi poświęconymi tej samej sprawie. Dz.ś na propozycję Redakcji podejmuję go ponownie, ale już w związku z cennymi wywodami w tej sprawie kol. Bujalskiego.

Myśl, którą wypowiedziałem przed rokiem, zgadza się zasadniczo z poglądem wypowiedzianym przez kol. Bujalskiego — że podstawową wadą obecnej organizacji Kasy Chorych jest połączenie w niej lecznictwa z ubezpieczeniem. Zgadza się zasadniczo z tem stanowiskiem, jednak nie mogę w szczegółach podzielić poglądu na sposób sanacji, proponowany przez kol. Bujalskiego.

Przeciwnicy obecnej ustawy Kasy Chorych, przystępując do ataku na tę instytucję, wyczuli jej najsłabszą stronę i w nią uderzyli przedewszystkiem. Jest nią, mianowicie, organizacja pomocy lekarskiej. Hasło wolnego wyboru lekarza, obliczone na jego wpływ psychiczny, musiało znaleźć poklask nie tylko wśród zainteresowanych lekarzy, lecz i wśród ogółu, który czulszejszą pomoc lekarską w Kasie uznaje za narzuconą sobie przymusowo. Ujemnym skutkiem połączenia pomocy lekarskiej z zapomogową, jak słusznie twierdzi kol. Bujalski, jest nieufność do lekarza kasowego, w którym publiczność widzi urzędnika, dbającego przede wszystkim o interesy materialne instytucji. Uprzedzenie to nie jest zupełnie nieuzasadnione, cz go dowodem najlepszym są stałe walki lekarzy kasowych z zarządami tych instytucji.

Wychodząc z tego założenia, kol. Bujalski proponuje uniezależnienie tych dwóch organizacji — leczniczej i zapomogowej — drogą podziału budżetu kasowego na dwie części — leczniczą i świadczeniową.

Podział ten w ramach nawet dzisiejszej ustawy umożliwiłby, zdaniem kol. Bujalskiego, niezależną pracę lekarzy i podniosłoby zaufanie do nich ogółu ubezpieczonych. Według tego projektu obecny lekarz kasowy miałby zadanie wyłącznie lekarza leczącego, a sprawa przyznania zapomóg należałaby do drugiej kategorii lekarzy jako rzeczoznawców z ramienia organizacji zapomogowej.

Czy drogą tą osiągnęłoby się pożądany rezultat, mianowicie, istotną niezależność działu leczniczego od działu świadczeniowego, i czy uzyskałoby się zaufanie ubezpieczonych do lekarzy kasowych?

Podział budżetu dwóch instytucji, połączonych ze sobą, jak dziś, gospodarczo, jest przede wszystkim trudnym do przeprowadzenia i musiałyby stale ulegać korekturze. Na zupełne uniezależnienie tych dwóch działów nie pozwala dzisiejsza ustawa, która łączy je w organiczną całość. Co zaś dotyczy pozyskania tej drogi zaufania do lekarzy, to tu nasuwają się jeszcze większe wątpliwości. Członek kasy w dalszym ciągu będzie miał to przeświadczenie, że płaci składkę przymusową za narzuconą mu wbrew jego woli pomoc lekarską. Oddzielenie czynności lekarza leczącego od zapomogowego będzie dla niego nowym skomplikowaniem sprawy, gdyż dziś przechodzi on przez opinie tylko jednego lekarza, jutro w myśl projektu kol. Bujalskiego musiałyby być badany dwukrotnie, czyli poddany wzmocnionej kontroli, w której ubezpieczony widziałby konsekwentnie nie ułatwienie, lecz przeciwnie utrudnienie w korzystaniu z rzekomych dobrodziejstw Kasy Chorych.

Z drugiej strony mam wrażenie, że i praktycznie projekt kol. Bujalskiego nie dałby się łatwo przeprowadzić. W przypadkach wyraźnej niezdolności do pracy lekarz leczący już w samym opisie choroby musiałyby zaznaczyć niezdolność chorego do pracy. W przypadkach wątpliwych to zadanie tembardziej winno należeć do lekarza leczącego, któremu łatwiej ocenić niezdolność do pracy niż lekarzowi orzekającemu, opierającemu się głównie na krótko streszczonym opisie choroby przez lekarza leczącego. A cóż dopiero w przypadkach, dotyczących różnych specjalności, gdzie sąd lekarza zapomogowego musi być z natury rzeczy uważany za mniej kompetentny niż lekarze leczącego? Aby spełniać więc należycie swój obowiązek, musiałyby Kasa Chorych utrzymywać

nie 3—4 lekarzy zapomogowych, lecz przedstawiciele wszystkich specjalności, co już bezwarunkowo podniosłoby znacznie kaszty i skomplikowałoby sprawę.

Opierając się na powyższych zastrzeżeniach i podzielając w zupełności zasadniczą tezę kol. B u j a l s k i e g o, uważałbym, że podział dwóch czynności, objętych dziś jedną organizacją Kasy Chorych, musi być przeprowadzony tak, aby były one istotnie od siebie niezależne. Przeprowadzić to, zdaniem mojem, można tylko przez nałożenie cz. sięjszej organizacji Kasy Chorych wyłączonego charakteru ubezpieczeniowego i utworzenie pomocy lekarskiej na podstawie materialnej zupełnie od Kasy niezależnej.

Reorganizacja ta winna polegać na następujących zasadach. Członkowie obowiązani do należenia do Kasy Chorych, płacąc składki odpowiednio zmniejszone stosownie do statystycznych obliczeń, wskazujących wysokość świadczeń kasowych. Z tych składek tworzy się wyłączne fundusz asekuracyjny, który, sądząc z nastrojów obecnych członków Kasy, byłby przez ogół przyjęty zupełnie przychylnie, gdyż idea ubezpieczeń jest wśród zainteresowanych tą sprawą dosyć popularna. I dlatego też przymus w tym kierunku nie spotkałby poważnego oporu.

Pomoc lekarska natomiast, w celu zyskania uznania w szerokich masach ubezpieczonych, winna być oparta na dwóch zasadniczych podstawach, a mianowicie, na zupełnym faktycznym i formalnym niezależeniu od składek asekuracyjnych i zniesieniu przymusu. Podstawą istnienia dla niej byłoby przede wszystkim składki pracodawców, odliczone z ich dzisiejszych opłat na rzecz Kasy Chorych według procentowego stosunku, przypadającego dziś wyłącznie na pomoc lekarską, które, jak wiadomo stanowią 3/5 niezbędnego dla tego celu funduszu, następnie ze stałych zapomóg gmin lub państwa i wreszcie z dobrowolnych składek na ten cel samych ubezpieczonych. Te ostatnie dwie pozycje, według obliczeń statystycznych, wynosiłyby stosunkowo niewielką sumę, szczególnie stawki osobiste, które nawet w najskromniejszym budżecie stanowiłyby nic nie znaczącą pozycję.

Przez wystawienie dwóch pozycji — oddzielnie asekuracyjnej i oddzielnie leczniczej — osiągnięto się łatwy cel, do którego ten podział zdążył, a mianowicie, istotną niezależność działu leczniczego i zdjęcie z niego dotychczasowego odjmu przymusu. Dopiero na takiej podstawie będzie można w przyszłości znieść system ambulatorjów obecnych i przeprowadzić tak zwany wolny wybór lekarza, który nie kolidowałby z interesami Kasy. Oczywiście, cały ten projekt, jako podważający dzisiejszą ustawę Kasy Chorych i konsekwentnie znoszący nawet samą nazwę tej instytucji, mógłby być przeprowadzony przez gruntowną jej zmianę. Pozwoliłem sobie wy-

powieścić go, jako pogąd na raz e więcej teoretyczny, który, zdaniem mojem, jedynie może zapewnić istotną niezależność dwóch niewłaściwie ze sobą związanych organów w obecnej Kasie Chorych.

Prowizoryczne i mniej radykalnie dałoby się to przeprowadzić przez mechaniczny podział składek członkowskich na dwie pozycje, aby przynajmniej uwidocznić członkom, że składki płacone przez nich i.a. leczniczo, są tak nieznaczne, że w ich własnym interesie pożądane jest ich opłacanie. Opierając się na tych cyfrach, można przeprowadzić szeroką propagandę na rzecz należenia do Kasy Chorych i w ten sposób przeciwstawić się często nieprzebiegającym w środkach hasłom demagogicznym.

Mówiąc o brakach Kasy Chorych pod względem leczniczym, pragnąłbym zwrócić przy tej okazji jeszcze uwagę na następujące mało dotychczas omawiane jej niewłaściwości.

Autorzy projektu nowelizacji Kasy Chorych, występując w obronę obniżenia skali zarobkowej zmuszonej do opłacania składek, rzekomo w interesie ubezpieczonych jak również lekarzy, nie zwrócili dotychczas uwagi na tak zwane dobrowolne należenie do Kasy Chorych, w którym, zdaniem mojem, kryje się największe niebezpieczeństwo dla interesów lekarstwa i kasowych.

Jakkolwiek Ustawa przewiduje maximum zarobku, wiemy, jak łatwo można ten przepis obejść w praktyce życiowej i wykazać się zarobkiem niższym. Ponieważ pomoc lekarska jest jednakową dla wszystkich członków, a różnica tkwi tylko w wypłacie świadczeń, wystarczy dla każdego, chcącego korzystać z tej pomocy, wylegitymować się małymi dochodami, aby za kilka złotych miesięcznie korzystać z całkowitej pomocy lekarskiej. Jeżeli dziś jeszcze w tym kierunku nadużyć wielkich niema, to należy zawdzięczać to tylko małej popularności Kasy Chorych; jutro przez tę furtkę mogą się dostać tysiące dobrowolnych członków, którzy nietylko podważą interesy lekarzy wolnopracujących, lecz narażą na niepomierne wydatki same Kasy.

Druga okoliczność, na którą pragnąłbym zwrócić uwagę, to pobieranie składek li tylko w stosunku do wysokości pensji, a nie liczby członków rodziny, mających prawo korzystać z dobrodziejstw Kasy. Gwoli sprawiedliwości, wobec dających się często słyszeć skarg, należałoby tu wprowadzić pewną gradację, natomiast słusznym byłoby zupełne zniesienie ograniczenia czasu leczenia. Każdemu winno przysługiwać prawo korzystania z porady lekarskiej tak długo, jak długo jest członkiem Kasy. Jeżeli może być usprawiedliwione ograniczenie w świadczeniach, — w lecznictwie także ograniczyć nie można się usprawiedliwić ze względu na zadanie Kasy Chorych, mające na celu sanitarną i społeczną opiekę nad klasą pracującą.

## Sprawy zawodowe.

### Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1924.

(Dokończenie).

W sprawie współdziałania Izby Lekarskiej z władzami państwowymi w kwestjach, dotyczących zdrowia publicznego, przewodniczącą N. I. L. niejednokrotnie konferował z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia, który współdziałanie takie uznaje za niezmiernie doniosłe i pożądane.

W okresie sprawozdawczym Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zwracała się do Izby Naczelnej, jako organu opiniodawczego, w następujących sprawach:

1. Sprawa walki z morfinizmem i kokainizmem.
2. W sprawie projektu dotyczącego dostarczenia wody do użytku wewnętrznego i gospodarstwa domowego.
3. Projekt ankiety w sprawie raka i nowotworów złośliwych.
4. W sprawie preparatu leczniczego liq. Uzara.

Motywowane odpowiedzi Zarządu N. I. L. w sprawach wymienionych były każdorazowo oparte na opinii powołanych ad hoc komisji, w skład których wchodził profesorowie wyższych uczelni w stolicy jako też osoby kompetentne, znane w sferach zawodowych.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Naczelna Izba Lekarska otrzymała wykazy niedozwolonych środków leczniczych i specyfików farmaceutycznych, które to wykazy zostały przesłane do wiadomości poszczególnym izbom.

Jak powyżej widać niewiele spraw dotyczących zdrowia publicznego Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia kierowała do Izby Naczelnej pomimo dwukrotnych w tej sprawie przedstawień na podstawie art. I Ustawy. O wiele częstsza i żywsza wymiana korespondencji pomiędzy Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia a Izbą Naczelną odbywała się na tle stesunków zawodowo-lekarskich.

Przesłany przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia Naczelnej Izbie Lekarskiej dla oceny projekt nowelizacji Ustawy o kasach chorych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej został przesłany przez Zarząd N. I. L. wszystkim izbom lekarskim dla oceny. Po zasięgnięciu opinii poszczególnych izb Zarząd N. I. L. przesłał Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia memoriał w tej sprawie, w którym przedstawiona została opinia świata lekarskiego co do projektu Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. W ogólnej części tego memoriału zaznaczono, że świat lekarski w ubezpieczeniach społecznych pragnie tylko pełnić czynności lekarskie i dlatego też z całą stanowczością dążyć będzie do tego, ażeby uwolnić lekarzy kas chorych od roli kontrolerów społecznych w sprawach finansowych. Do ważniejszych punktów części szczegółowej należy obniżenie górnej granicy dochodów z 750 do 375 złotych dochodu miesięcznego; wykreślono punkty, ograniczające wolność osobistą lekarzy, jako sprzeczne z konstytucją; wprowadzono do projektu niezbędny nadzór władzy sanitarnej; wreszcie skład komisji pojedynczych uwolniono od supremacji ze strony organów ubezpieczenia.

Przedstawiono tu uwagi co do projektu noweli do Usta-

wy o Kasach Chorych chociażby i nie zyskały uznania Izby Ustawodawczych, pozostaną jednakże świadectwem że urzędowo samorządowe przedstawicielstwo stanu lekarskiego protestowało przeciwko projektom ustaw, krzywdzących stan lekarski i na protest ten w przyszłości stan lekarski powoływać się będzie. Na tle zatargu pomiędzy Zarządami kas chorych a lekarzami kas chorych Zarząd N. I. L. na wezwanie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia dawał opinie w sprawach zasadniczych.

Pierwsza sprawa dotyczyła Związku Lekarzy Państwa Polskiego oddziału Białostockiego, który miał zatarg z zarządami kas chorych w Białymstoku. Na skutek tego zatargu Zarząd N. I. L. otrzymał wezwanie od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, ażeby Naczelna Izba wdrożyła akcję w celu zabezpieczenia swoich atrybucji, wynikających z art. I Ustawy o Izbach Lekarskich, przed bezprawiami, zdaniem Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, poczynianymi Związkiem Lekarzy Państwa Polskiego, które to poczynania wyrażają się w dążeniach Związku do całkowitego reprezentowania stanu lekarskiego, w zatargach między kasami chorych a lekarzami.

W sprawie tej Zarząd N. I. L. po zasięgnięciu opinii wszystkich izb i po otrzymaniu wyjaśnienia od Głównego Związku Lekarzy Państwa Polskiego wypowiedział się jak następuje:

1. Związek lekarzy Państwa Polskiego wyjaśnił, że nie występuje jako urzędowe przedstawicielstwo w sprawach dotyczących interesu i bytu stanu lekarskiego, jego zadań i celów przy wykonywaniu obowiązków lekarskich względem społeczeństwa. Wdrożenie więc akcji ze strony Izby Naczelnej w celu zabezpieczenia swoich atrybucji, zdaniem Zarządu N. I. L., byłoby zbędne.

2. Paragrafy 1 i 8 Statutu Związku uprawniają Związek do organizowania lekarzy dla obrony interesów zawodowych i materialnych, a zatem akcją Izby Naczelnej w celu ograniczenia a tych praw, byłaby niezgodną z art. 108 Konstytucji Rzeczypospolitej.

3. Zarząd N. I. L. jest zdania, że lekarze przy wykonywaniu obowiązków względem społeczeństwa powinni być dostatecznie wynagradzani za swoją ciężką i odpowiedzialną pracę, gdyż wtedy tylko Izby Lekarskie mogą stać na straży praw i obowiązków stanu lekarskiego. Wprowadzone u nas w ostatnich czasach ubezpieczenia społeczne wytworzyły proletariąt lekarski, źle wynagradzany i nadmiernie przeciążony pracą. Przy takim stanie rzeczy powstało to, co powstać musiało; niezadowolenie i ze strony społeczeństwa i ze strony lekarzy. Jeżeli więc w ostatnich czasach w prasie podawano w wątpliwą dokładność wykonywania obowiązków przez lekarzy kas chorych, to przedewszystkiem wadliwa organizacja pomocy lekarskiej w ubezpieczeniach społecznych ponosi za to odpowiedzialność.

4. Izby lekarskie pomiędzy innymi zadaniami mają również na celu obronę stanu lekarskiego. Zadania tego jednakże, zdaniem Zarządu N. I. L., izby lekarskie dla siebie wyłącznie monopolizować nie powinny. Dlatego też Zarząd N. I. L. wszelką współpracę z innymi instytucjami lekarskimi, mającymi te zadania, uważa za możliwą i pożądaną.

Druża sprawa dotyczyła zatargu pomiędzy Izba Lwowska a Zarządami kas chorych w Gródku Jagiellońskim. Chodziło o poparcie przez Izba Lwowską dwóch lekarzy kasy chorych w Komarnie, oddawna tam praktykujących, i o wezwanie przez Izba Lwowską trzeciego lekarza, który objął ich stanowisko, do ustąpienia z tego stanowiska. Zarząd kasy chorych w Gródku Jagiellońskim na zasadzie tej decyzji przyszedł do wniosku, że Izba Lwowska w tej sprawie zastosowała dwie miary sprawiedliwości: inną dla lekarzy osiadłych w Komarnie, niż tę, którą się kierowała względem lekarza przybyłego na ich miejsce.

Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia przesłała dokumenty w tej sprawie Zarządowi N. I. L. z prośbą o rozpatrzenie swego stanowiska

Zarząd N. I. L. po rozpatrzeniu sprawy przesłał Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia odpowiedź tej treści:

Lwowska Izba Lekarska nie pochwała sposobu załatwienia sprawy przez dwóch lekarzy osiadłych w Komarnie, przeciwnie nazwała ich postępek porzywczym, a tłumaczenie umowy błędnym. Tem nie mniej ze względu na dobro ubezpieczonych, ze względu na zaufanie, jakie zdobyli pracą długoletnią, na ich kwalifikacje — Izba Lwowska wypowiedziała się za tem, ażeby pomimo błędów z ich strony sprawa została

załatwiona ugodowo. Miara etyki, jaką zastosowała Izba Lwowska, w tym razie jest właściwą.

Co się zaś tyczy lekarza, który objął ich posadę, to Izba Lwowska, wzywając go do złożenia posady, otrzymanej drogą formalną, ale bez zastosowania wymaganej etyki lekarskiej (nie wolno obejmować posad, będących przedmiotem sporu, bez porozumienia z kolegami interesowanymi), postąpiła słusznie, czyli zastosowała nie inną lecz tę samą miarę sprawiedliwości, to jest miarę właściwą. Twierdzenie okręgowego Związku kas chorych jest zdaniem Zarządu N. I. L. pozabawione podstaw i Naczelna Izba Lekarska żywi nadzieję, że Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zapewni sobie u Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej pouczenie Okręgowego Związku Kas chorych w tym względzie.

W sprawie zatargu lekarzy w Białymstoku z Zarządami kas chorych odbyło się w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej posiedzenie z udziałem przedstawicieli Zarządu N. I. L. zaproszonych przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia. Ponieważ główną przyczyną tego zatargu była osoba komisarza kasy chorych a nie sprawy zasadnicze, przeto przedstawiciele Zarządu N. I. L. wypowiedzieli się za brakiem dostatecznych podstaw do trwania zatargu z powodu jednej osoby, nie stojącej na wysokości swego zadania. Kiedy zaś Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zwróciła się do Zarządu N. I. L. z prośbą o przesłanie aktów z wyniku dochodzeń przeciwko Komisarzowi Kasy chorych w Białymstoku (komisarzem był lekarz), Zarząd N. I. L. skierował sprawę tę do Izby Warszawsko-Białostockiej, jako instytucji uprawnionej do rozpatrzenia sprawy w pierwszej instancji. W sprawie zatargu Izby Krakowskiej z Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia z powodu obecnym a stanowiska lekarza więziennego przez jednego z lekarzy w Krakowie Zarząd N. I. L., powiadomiony przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, która zawiesiła decyzję Izby Krakowskiej co do nieobejmowania stanowiska będącego przedmiotem sporu, ze względu na ważność tej sprawy zwrócił się do Izby Krakowskiej z prośbą o nadesłanie informacji i dokumentów. Jak się okazało z wyjaśnienia Izby Krakowskiej i z dokumentów, nadesłanych przez Izba Krakowską, że Izba Krakowska nie wezwała lekarza więziennego do zrzeczenia się jego stanowiska, a tylko przestrzegła lekarza, który miał objąć stanowisko lekarza więziennego, przed przyjmowaniem posady bez poprzedniego porozumienia się z Izba Krakowską w imię godności i interesów stanu lekarskiego należą do kompetencji izb lekarskich, a nie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. przeto postawiono podać do wiadomości Izby Krakowskiej, że Zarząd N. I. L. jest zdania, że zarząd nie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia jest nieuzasadnione.

Na wezwanie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Zarząd N. I. L. zwrócił się do Izby Krakowskiej o rozpatrzenie sprawy jednego z lekarzy, praktykujących w Busku. Pozostali lekarze, praktykujący w Busku, zwrócili się z pismem do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, w którym to piśmie zagrozili wyjazdem z Buska, jeżeli nie będzie powstrzymany ów lekarz w swej nieetycznej działalności. Sprawa ta została przekazana przez Izba Krakowską Sądowi Izby Krakowskiej; dotąd jeszcze nie jest rozstrzygnięta. Z inicjatywy Izby Poznańsko-Pomorskiej oraz Towarzystwa lekarzy polaków na Śląsku Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia w dniu 26.X.1924 r. zwołała konferencję w sprawie utworzenia Izby Lekarskiej na terenie województwa Górno-Sląskiego. Na konferencji tej, która odbyła się pod przewodnictwem Generalnego Dyrektora Służby Zdrowia przy udziale dwóch przedstawicieli Izby Naczelnej, przedstawiciela Izby Poznańsko-Pomorskiej, Dyrektora Górno-Sląskiego okręgu zdrowia oraz dwóch przedstawicieli organizacji lekarskich na Górnym Śląsku polaka i Niemca, jednomyślnie uznano potrzebę utworzenia Izby Lekarskiej na Górnym Śląsku. Na podstawie tej uchwały ma być wniesiony do Izby Ustawodawczych projekt rozciągnięcia Ustawy o Izbach Lekarskich na województwo Górno-Sląskie.

Na skierowane do Zarządu N. I. L. przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia zapytanie, jakie jest zdanie Izby Naczelnej co do projektu składania sprawozdań izb lekarskich do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia za pośrednictwem urzędów wojewódzkich, Zarząd N. I. L. przesłał odpowiedź, że projekt ten jest sprzeczny z art. 26 Ustawy o Izbach Lekarskich, a nadto Zarząd w projekcie tym nie dopatruje się nic takiego, co byłoby pożądane dla dobra stanu lekarskiego lub też sprawy ogólnej. W związku z tą odpowiedzią otrzymano od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia pismo z prośbą, ażeby sprawozdania roczne izb lekarskich były przysyłane Ge-



naralnej Dyrekcji Służby Zdrowia w 2 egzemplarzach, a to w tym celu, ażeby jeden egzemplarz mógł być przesłany do odnośnego województwa. Wobec tego Zarząd N. I. L. zwrócił się do wszystkich izb lekarskich z prośbą, ażeby zarówno regulaminami izb i sądów jak też i sprawozdania roczne były nadsyłane Izbie Naczelnej w 3-ch egzemplarzach, gdyż dwa egzemplarze tych dokumentów muszą być przesłane Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Za pośrednictwem Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano od Ministerstwa Spraw Wewnętrznych odpowiedź w sprawie używania przez Izby Lekarskie Orła Państwowego w pieczęciach. Minister zgodził się na używanie Orła Państwowego w pieczęciach, ale tylko w połączeniu z symbolicznym znakiem lekarzy. Opracowany przez jednego z grawerów projekt pieczęci — Orzeł Państwowy w połączeniu z czarą Hipokratesa — został przesłany w końcu grudnia roku ubiegłego Ministrowi Spraw Wewnętrznych do zatwierdzenia.

Na pismo w sprawie spółek lekarzy w Warszawie dla dostarczania adresów skierowane przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia do Izby Naczelnej z prośbą o opinię czy spółki te nie działają wbrew etyce lekarskiej i ze szkodą lekarzy, Zarząd N. I. L. po otrzymaniu opinii w tej sprawie wszystkich izb, które to opinie są zgodne z opinią Zarządu N. I. L., odpowiedział, że spółki lekarzy mające, na celu dostarczanie chorym adresów lekarzy, nie udzielające bezpośrednio pomocy lekarskiej, lecz mające na celu reklamę niektórych lekarzy, są oparte na zasadach pośrednictwa i reklamy na zasadach sprzecznych z etyką, godnością, powołaniem i obyczajem stanu lekarskiego, i są zarówno szkodliwe dla chorych, jako nie bezstronne, jak i dla stanu lekarskiego, i dlatego takie spółki powinny być rozwiązane.

Na zaproszenie Generalnego Sekretarjatu Komitetu Ekonomicznego Ministrów, Przewodniczący Izby Naczelnej brał udział w posiedzeniach w sprawie zwalczania drożyzny w kraju, przyczem miał możność dać wyjaśnienia co do niesłusznych zarzutów pod adresem stanu lekarskiego w sprawach nadmiernie wysokich honorarjów, pobieranych przez lekarzy, co jakoby ma się przyczyniać również do zwiększenia drożyzny.

Czynności Izby Naczelnej w stosunku do innych urzędów centralnych polegały przeważnie na pośredniczeniu pomiędzy temi urzędami a poszczególnymi izbami lub też innymi instytucjami lekarskimi. Za pośrednictwem Izby Naczelnej został rozesłany okólnik Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych o stosunku lekarzy wojskowych do Izb Lekarskich. Ten sam Departament przesłał Izbie Naczelnej pismo w sprawie opracowania metod poboru rekruta na zjazd medyków i farmaceutów wojskowych w Paryżu, przesłał Izbie Naczelnej informacje co do wymienionego zjazdu z prośbą o propagowaniu wśród lekarzy.

Od Urzędu Skarbowego otrzymano pismo o roli Izb Lekarskich w sprawach odwoławczych co do wymiaru podatków. Izby Lekarskie dla komisji odwoławczych są stroną informacyjną i tylko pod tym względem wpływać mogą na decyzje komisji odwoławczych.

W stosunku do poszczególnych izb lekarskich czynności Zarządu N. I. L. w okresie sprawozdawczym polegały na zatwierdzeniu ustaw i regulaminów, na popieraniu spraw poszczególnych izb w urzędach centralnych i wreszcie na pośredniczeniu pomiędzy temi izbami a urzędami centralnymi.

Przesłany przez Izbę Warsz.-Białostocką projekt statutu Kasy Pogrzebowej został zatwierdzony przez Zarząd N. I. L. po uprzednim dopełnieniu wymaganych przez Ustawę o Izbach Lekarskich formalności.

Przesłany przez Poznańsko-Pomorską projekt regulaminu Sądu tej Izby nie został jeszcze uzgodniony i wskutek tego dotąd nie mógł być zatwierdzony.

Na pismo Izby Lwowskiej w sprawie regulowania warunków za czynności sądowo-lekarskie Zarząd N. I. L. zwrócił się do wszystkich izb z zapytaniem czy na ich terenach były również zażalenia w tej sprawie. Po otrzymaniu odpowiedzi Zarząd N. I. L. zwrócił się do Ministerstwa Sprawiedliwości z poparciem słusznych żądań Izby Lwowskiej i z prośbą o uregulowanie opłat za czynności sądowo-lekarskie tam, gdzie w tej sprawie dotąd stosunki są anormalne.

Na pismo Izby Lwowskiej z przedstawienie nadmiernych formalności, wymaganych od lekarzy, rozpoczynających praktykę lekarską, przez urzędy starościńskie i wojewódzkie, Zarząd N. I. L. zwrócił się do wszystkich izb z zapytaniem, czy wymagane formalności są usprawiedliwione. Na zapytanie

to odpowiedziała tylko Izba Lubelska, że lekarze, nie mający obywatelstwa polskiego, takie trudności mieli lecz w ostatnich czasach sprawa ta jest rozstrzygnięta pośpieszniej i zgodnie z potrzebami miejscowymi. Wobec takich wyników ankiety Zarząd N. I. L. nie uważał za wskazane zwracania się w tej sprawie do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Izba Krakowska kilkakrotnie poruszała sprawę wydanych przez Ministerstwo Zdrowia pozwoleń praktyki lekarskiej na czas określony bez zgody Izby Lekarskiej. Zarząd N. I. L. podzielając w zupełności pogląd na tę sprawę Izby Krakowskiej, zwrócił się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą o ścisłe przestrzeganie Ustawy o Izbach lekarskich. Sprawa ta była również poparta przez przewodniczącą go N. I. L. osobiście podczas konferencji z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia i można mieć nadzieję, że została zakończona w znaczeniu pomyślnym dla izb lekarskich. Od Izby Warszawsko-Białostockiej wpłynął projekt zwrócenia się do Ministerstwa Sprawiedliwości w następujących dwóch sprawach:

1. ażeby odpisy wyroków, w których zasądzeni są lekarze, były przesłane izbom lekarskim,
2. ażeby w sprawach zawodowo-lekarskich Sądy zwracały się do izb lekarskich w celu wyznaczenia ekspertów.

Projekt Izby Warszawsko-Białostockiej przyjęto i zwrócono się do Ministerstwa Sprawiedliwości z odpowiednim memorjałem w tej sprawie. Jako odpowiedź na ten memorjał otrzymano odpis okólnika Ministerstwa Sprawiedliwości do wszystkich sądów I i II instancji w sprawie udzielania Izbom Lekarskim odpisów wyroków, zapadłych w sprawach karnych przeciwko lekarzom. Okólnik zarazem nadmieniał, że w sprawach, w których jest poruszona strona zawodowo-etyczna lekarzy lub stanu lekarskiego i w których z tego względu jest potrzeba wysłuchania znawców, wskazaniem byłoby powoływać jako znawców przedewszystkiem przedstawicieli izb lekarskich.

Okólnik ten przesłano wszystkim izbom lekarskim.

Od Izby Łódzkiej otrzymano następujące 3 wnioski z prośbą, ażeby Izba Naczelna w sprawach, poruszonych w tych wnioskach, wystąpiła samodzielnie.

1. Zmiana Ustawy o Kasach Chorych.
2. Sprawa leczenia umysłowo-chorych.
3. Przywrócenie urzędów lekarzy sądowych.

W sprawie wniosku pierwszego zostały wniesione przez Zarząd N. I. L. poprawki do projektu nowelizacji ustawy o kasach chorych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Pozostałe dwa wnioski będą w odpowiedniej chwili uwzględnione.

Na skierowane przez Izbę Lwowską do Zarządu N. I. L. zapytanie, jakie jest zdanie Izby Naczelnej co do zamierzonego wprowadzenia taryfy lekarskiej w izbach, Zarząd N. I. L. odpowiedział, że Urzędy Wojewódzkie mają prawo żądać wprowadzenia taryfy lekarskiej, ale z uwzględnieniem par. 21 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej. W sprawie tej Zarząd N. I. L. otrzymał od Izby Lwowskiej drugie pismo z zawiadomieniem, że na posiedzeniu tej Izby w dniu 2 listopada 1924 r. zapadła uchwała, ażeby Izba Lwowska wystąpiła o zmianę w drodze Ustawodawczej art. 21 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej, gdyż zdaniem Izby Lwowskiej wprowadzenie taryfy lekarskiej uwłacza godności stanu lekarskiego, a wobec tego Izby Lekarskiej powinny do zmiany artykułów ustaw tego rodzaju. W sprawie taryfy lekarskiej Zarząd N. I. L. był odmiennego zdania. Przewidziany przez art. 21 cennik poborów lekarskich bynajmniej nie jest cennikiem, którego skala ma obowiązywać w każdym poszczególnym wypadku. Każdemu lekarzowi przysługuje prawo pobierania honorarjum podług swego uznania i cennik obowiązuje tylko w razie, o ile pacjent nie wiedział lub nie był uprzedzony o wymaganiach lekarza. Cennik więc będzie regulaminem cen tylko w wypadkach nieporozumień między lekarzem a pacjentem i będzie przyczyniał się do polubownego załatwienia sprawy bez uciekania się do sądu. Z tych więc powodów Zarząd N. I. L. przyszedł do wniosku, że wprowadzenie taryfy lekarskiej zdaniem jego nie przynosi ujmy stanowi lekarskiemu, ani też mu nie szkodzi. Opinię tę przesłano Izbie Lwowskiej.

Od Izby Lubelskiej Zarząd N. I. L. otrzymał pisma w sprawach, dotyczących odmowy Ustawy o Izbach Lekarskich.

Na zapytanie pierwsze, kto ma prawo być obecnym na posiedzeniach Sądu Izby, Zarząd N. I. L. wypowiedział się, jak następuje:

Zarząd N. I. L. rozumie ustęp art. 38 Ustawy — roz-

prawy są tajne — w ten sposób, że podczas całych rozpraw mają prawo być obecni oprócz stron i ich zastępców (obrońców) tylko członkowie Sądu w składzie orzekającym i rzeczniczkom dyscyplinarnym, zaś świadkowie kolejno każdy podczas swojego zeznania, a rzeczoznawcy według orzeczenia Sądu.

Na zapytanie drugie, jak zdaniem N. I. L. należałoby komentować ustęp II art. 8 Ustawy o Izbach Lekarskich, a mianowicie, czy liczba wybranych delegatów do Izby Naczelnej pozostaje do końca trzylecia bez zmiany, czy też w razie powiększenia się liczebności Izby, aż do prawa posiadania o jednego więcej delegata, Izba powinna takowego wybrać dodatkowo na jednym z rocznych zebrań bieżącego trzylecia. Zarząd N. I. L. wypowiedział się za pierwszym komentowaniem Ustawy i zawiadomił o tem Izbę Lubelską. Zarząd N. I. L. rozpatrywał odwołania, wniesione za pośrednictwem Izby Lwowskiej przeciw wpisowi do kasy ubezpieczeniowej dwóch członków Izby Lwowskiej i wypowiedział się, jak następuje:

Ponieważ uchwała w sprawie przymusowego ubezpieczenia członków Izby Lwowskiej w kasie pensyjnej dla wdów oraz ubezpieczenia na wypadek choroby zapadła z art. 4 Ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich i ponieważ uchwała ta została zatwierdzona na posiedzeniu Izby Naczelnej w dniu 27.I. 1924 r., przeto uchwała ta stała się prawomocną i obowiązuje wszystkich członków Izby Lwowskiej. Na tej podstawie Zarząd N. I. L. postanowił uchwalić przesłane odwołania przeciw wpisowi do kasy ubezpieczeniowej we Lwowie i postanowił zawiadomić o tem lekarzy, którzy wnieśli odwołania, za pośrednictwem Izby Lwowskiej.

Od Izby Lwowskiej Zarząd N. I. L. otrzymał zawiadomienie o powyższej przez tę Izbę uchwałę w sprawie przyłączenia się do rezolucji pierwszego Polskiego naukowego Zjazdu Dentystycznego we Lwowie w lipcu 1923 r., domagającego się przemiany z Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie na klinikę stomatologiczną Uniwersytetu Warszawskiego.

W wymienionej sprawie Zarząd N. I. L. podziela w zupełności pogląd Izby Lwowskiej. To też Zarząd N. I. L. nie uwzględnił próśb o poparcie projektu Ustawy Izby Dentystów, przesłanego Izbie Naczelnej przez Związek Zawodowy lekarzy dentystów w Państwie Polskiem.

Zarząd N. I. L. otrzymał w roku ubiegłym listę lekarzy od wszystkich Izb z wyjątkiem Izby Łódzkiej. Sprawozdania za rok 1923 Zarząd N. I. L. otrzymał od Izb Poznańsko-Pomorskiej, Lubelskiej i Lwowskiej. Regulaminy Izby i Sądu Zarząd N. I. L. otrzymał tylko od Izby Lubelskiej.

W sprawie Sądu N. I. L. w celu uniknięcia nadmiernego biurokratyzmu, a także wobec przeciążenia pracą Izby Naczelnej i jej Sądu, Zarząd N. I. L. uchwalił jednomyślnie, że w sprawach sądowych Sąd N. I. L. ma prawo komunikować się z innymi izbami bez pośrednictwa Zarządu N. I. L.

Zarząd N. I. L. w sprawach zawodowych zwracał się niejednokrotnie do Głównego Zarządu Związku lekarzy Państwa Polskiego i odwrotnie rozpatrywał i popierał projekty Związku.

Z inicjatywy Związku Zarząd N. I. L. wystosował memoriał do Ministra Skarbu w sprawie pobierania podatku przemysłowego od lekarzy. W memoriale tym zwrócono uwagę, że od lekarzy napływają skargi nie na nadmierne obciążenie ich podatkami, lecz na wadliwy system wyznaczenia podatków przez Izby Skarbowe, które nad deklaracjami złożonymi przechodzą do porządku dziennego i same oznaczają wysokość zarobków, zaliczając w ten sposób bez podstawy ludzi lojalnych i uczciwych do grona niesumiennych i szkodników Państwa.

Z inicjatywy Związku Zarząd N. I. L. zwrócił się do wszystkich Izb z prośbą o wypowiedzenie się w sprawie obciążenia posad w kasach chorych przez lekarzy wojskowych i urzędowych. Ponieważ izby Warszawsko-Białostocka, Lubelska i Łódzka wypowiedziały się przeciwko wszelkim ograniczeniom w tej sprawie, izby Krakowska i Lwowska są przeciwnie obejmowaniu miejsc w kasach chorych przez lekarzy wojskowych i urzędowych, Izba Poznańsko-Pomorska jest zdania, że sprawa ta może być wtedy dopiero rozstrzygnięta, kiedy będzie ustalony stosunek lekarzy wojskowych i urzędowych do Izb Lekarskich. Zarząd N. I. L. postanowił wnieść tę sprawę, jako nieuzgodnioną, na posiedzenie ogólne N. I. L.

Sprawy skierowane do Zarządu N. I. L. wskutek nieporozumienia, były przekazywane instytucjom właściwym i sprawa koła lekarzy w Ciechocinku — Izbie Warszawsko-Białostockiej, skarga na lekarza z Opatowa — Izbie Krakow-

skiej i skarga sędziego śledczego pow. Stołpeckiego na lekarza z Iwieńca — zwrócona z powrotem ponieważ ziemia Nowogródzka nie jest objęta przez organizację Izb Lekarskich, nad którymi Naczelna Izba ma władzę, przyczem nadmieniono, że wymieniona sprawa powinna być skierowana do miejscowych władz sanitarnych wojewódzkich.

Dla ścisłości wspomnieć tu należy jeszcze o jednej skardze, która wpłynęła do Zarządu N. I. L. od adwokata z Inowrocławia dr. Gryziewicza, pełnomocnika 5-ciu lekarzy, którzy w czasie bezkontraktowym objęli posady w kasie chorych w Inowrocławiu.

Była to skarga na Izbę Poznańsko-Pomorską oraz żądanie, ażeby zarówno Izba Poznańsko-Pomorska, jak też i Izba Naczelna wypowiedziały się w sprawie artykułu w Nowinach Lekarskich, w których to artykułach owi lekarze przedstawieni zostali w niekorzystnym świetle.

Na to dziwne co najmniej żądanie Zarząd N. I. L. odpowiedział co następuje:

1. Zarząd N. I. L. nie stwierdza niewłaściwego i krzywdzącego traktowania w odpowiedzi Izby Poznańsko-Pomorskiej.

2. Zarząd N. I. L. uważa, że treść odpowiedzi, udzielonej przez Izbę Lekarską zapytującym, zależy wyłącznie od niej i dlatego nie uważa za stosowne wpływać w tym kierunku.

3. Zarząd N. I. L. uważa, że Izba Lekarska nie jest obowiązana udzielić odpowiedzi, czy solidaryzuje się z artykułem, nie w jej imieniu ogłoszonym.

4. Z tego też powodu Zarząd N. I. L. uważa żądanie Pana, ażeby Naczelna Izba Lekarska ogłosiła oświadczenie, czy solidaryzuje się ze wspomnianym artykułem za wysoce niewłaściwe i odpowiedzi na nie odmawia.

5. Zarząd N. I. L. niniejszem oświadcza, że wypowiedzenie Sądu, jakoby Izba Lekarska Poznańsko-Pomorska potraktowała mocodawców Pańskich krzywdząco, zanim fakt taki został stwierdzony przez władze właściwe, jest niedopuszczalnym i, że o fakcie tym Zarząd N. I. L. poda do wiadomości Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej.

Na posiedzeniu Rady Izby Warszawsko-Białostockiej w dniu 14.XII 1924 r. członek Izby Naczelnej dr. Jan Adamski zrzekł się mandatu i na jego miejsce powołano dr. Zofję Garićką. Na posiedzeniu tem była rozpatrywana sprawa wyborów do Izby Naczelnej przez Izbę Warszawsko-Białostocką w roku 1923. Wyrok Trybunału Administracyjnego orzekł, że ordynacja wyborcza przy wyborach do Izby Naczelnej należy do kompetencji Rady Izby a nie Ministerstwa Zdrowia, jak to miało miejsce przy wyborach do Izby Naczelnej w 1923 r. Wobec tego Rada Izby Warszawsko-Białostockiej zarządziła do Izby Naczelnej nowe wybory, które to wybory skład delegatów od Izby Naczelnej pozostawiły bez zmiany.

W końcu nadmienić należy, że Izba Lekarska była reprezentowana na Zjeździe lekarzy i działaczy samorządowych w Łucku, na jubileuszu Towarzystwa Lekarskiego w Lublinie, na Zjeździe naukowym i koleżeńskim w Poznaniu, na dorocznym obchodzie święta 1 baonu sanitarnego w Warszawie.

Sekretarz: dr. Bełkowski.  
Przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej:  
dr. Bączkiewicz.

## Protokół

posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej  
z dnia 25.I.1925 roku.

Obecni: Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Gantz, Garićka, Kozerski, Przyborowski, Radziwiłłowicz, Śmiechowski (Izba Warszawsko-Białostocka), Panieński (2 mandaty) Izba Poznańsko-Pomorska, Ciechanowski, Strzemiński (1 mandat), Wróblewski (Izba Krakowska), Papée (3 mandaty), Zgórski — Izba Lwowska, Drożdż, Wiszniewski — Izba Lubelska, Tomaszewski (Izba Łódzka).

Posiedzenie zagał Przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej dr. Bączkiewicz i oznajmił, że w zastępstwie członka N. I. L. i wiceprzewodniczącego Zarządu dr. Dembińskiego o przybył dr. Panieński z Poznania, zastępca członka. I. L. Dr. Panieński otrzymał nadto 2 mandaty na piśmie od 2-ch członków N. I. L. z Izby Poznańsko-Pomorskiej na podstawie uchwały Izby Naczelnej z dnia 27.I.1924 r. Takież mandaty na piśmie otrzymali: jeden dr. Strzemiński od Izby Krakowskiej i trzy dr. Papée od Izby Lwowskiej. Członek Naczelnej Izby Lekarskiej

dr. Goldflam złożył mandat i na jego miejsce wszedł z listy zastępców dr. Gantz. Na propozycję Przewodniczącego przyjęto rozesłany członkom N. I. L. porządek dzienny, przy czym dodano jeszcze do porządku dziennego dwa punkty:

1. W sprawie interpelacji art. 17 Ustawy o praktyce lekarskiej (wniosek Izby Poznańsko-Pomorskiej).
2. W sprawie emerytur dla rodzin lekarzy, poległych w walce z epidemjami.

Po ustaleniu porządku dziennego sekretarz Izby Naczelnej dr. Bełkowski odczytał protokół posiedzenia Izby Naczelnej z dnia 27 stycznia 1924 r., który przyjęto bez dyskusji.

Następnie dr. Bełkowski odczytał sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1924.

Z powodu sprawozdania tego wywiązała się żywa dyskusja.

Prof. Ciechanowski zaproponował przyjęcie sprawozdania, lecz odnośnie do działalności Izby Naczelnej na przyszłość zgłosił wnioski następujące:

1. Ażeby Wydział Wykonawczy Izby Naczelnej wystąpił do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z wnioskiem powołania do życia izb lekarskich w Województwie śląskim na podstawie art. 2a Ustawy o Izbach Lekarskich.
2. Ażeby Wydział Wykonawczy Izby Naczelnej zajął się sprawami zdrowia publicznego i wezwał poszczególne izby, ażeby w tych sprawach zwracały się do Izby Naczelnej.
3. Ażeby Wydział Wykonawczy N. I. L. podjął wszelkie kroki w celu powołania do życia Najwyższej Rady Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i przywrócenia periodycznych sprawozdań o sprawach zdrowia publicznego.
4. Ażeby roczne sprawozdania Wydziału Wykonawczego były drukowane i rozsyłane przed dorocznym posiedzeniem wszystkim członkom Izby Naczelnej.

Dr. Radziwiłłowicz poddał krytyce działalność Wydziału Wykonawczego N. I. L. Zdaniem Dr. Radziwiłłowicza Wydział zbyt dużo energii poświęcił pracy biurowej, a zaniedbał sprawy zdrowia publicznego, w których to sprawach Wydział ma obowiązek występować do Władz z inicjatywą własną. Z tego wychodząc założenia, Dr. Radziwiłłowicz poparł wnioski prof. Ciechanowskiego.

Dr. Tomaszewski oświadczył, że Izba Łódzka dwukrotnie zwracała się do Wydziału Wykonawczego z projektem przywrócenia stanowisk lekarzy sądowych, a Wydział Wykonawczy dotąd nie poczynił żadnych kroków w tej sprawie. Nadto Dr. Tomaszewski zgłosił wniosek, ażeby Wydział Wykonawczy zorganizował zjazd przewodniczących wszystkich sądów izb lekarskich w celu ujednostajnienia regulaminów sądowych. Dr. Drożdż poparł wnioski prof. Ciechanowskiego, a nadto zgłosił wniosek o powołanie do życia Izby Lekarskiej w Wilnie.

Dr. Garlicka zaproponowała wykreślenie ze sprawozdania ustępu o motywach ustąpienia z Sądu N. I. L. prof. Mazurkiewicza, gdyż zdaniem jej przytoczone motywy możnaby tłumaczyć w sposób dowolny.

Dr. Papée wystąpił z dezyderatem energicznego poparcia projektu nowelizacji ustawy o kasach chorych, który Wydział Wykonawczy przesłał Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Skarbnik Izby Lekarskiej Dr. Bogucki poparł wniosek Dr. Radziwiłłowicza, ażeby Wydział Wykonawczy występował do Urzędów Centralnych w sprawach zdrowia publicznego z własną inicjatywą oraz ażeby Wydział Wykonawczy w tym celu wszedł w kontakt ze Związkiem Sejmików i ze Związkiem Miast.

Wreszcie Dr. Strzemieński oświadczył, że sprawozdanie Izby Krakowskiej za rok 1923 zostało przesłane Izbie Naczelnej i wobec tego odnośny ustęp w sprawozdaniu Izby Naczelnej co do tej sprawy należałoby sprostować.

W odpowiedzi na opinie wypowiedziane co do działalności Wydziału Wykonawczego w roku 1924 zabierali głos Przewodniczący Dr. Bączkiewicz oraz Sekretarz Dr. Bełkowski.

Dr. Bączkiewicz oświadczył, że prace biurowe, które miały na celu organizację Izby Naczelnej, nie należą do prac drugorzędnych. Każda instytucja, zanim rozpocznie swoją działalność musi być przedewszystkiem zorganizowana. Wniosek prof. Ciechanowskiego co do powołania do życia Izby śląskiej na podstawie art. 2a Ustawy o Izbach Lekarskich był już rozpatrywany przez prawników z ramie-

nia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Śląsk ma swój Statut Autonomiczny i ustawa o izbach lekarskich może być rozciągnięta na województwo śląskie, ale tylko w drodze Ustawodawczej, i w sprawie tej Wydział Wykonawczy wystąpił już z wnioskiem do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Ustawa o Izbach lekarskich ma być rozciągnięta wkrótce i na Ziemię Wileńską i w sprawie tej Wydział Wykonawczy porozumiewał się niejednokrotnie z Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia. Wydział Wykonawczy jest zdania, że nadmierny pośpiech w tej sprawie byłby niepożądany, bez uprzedniego określenia dokładnego liczby lekarzy tej dzielnicy, co na wniosek Naczelnej Izby Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zarządziła.

Wniosek Izby Łódzkiej co do przywrócenia stanowisk lekarzy sądowych byłby już dawno skierowany na właściwe tory, gdyby Izba Łódzka nadesłała motywy do tej sprawy. Wydział Wykonawczy nie może występować do władz z postulatami nieumotywowanymi. Sprawozdania Izby Krakowskiej za rok 1923 Wydział Wykonawczy nie otrzymał, nie mógł więc w sprawozdaniu rocznym podawać w tej sprawie wzmianki odnośnej. Wbrew twierdzeniu Dr. Radziwiłłowicza, Dr. Bączkiewicz jest zdania, że sprawy, poruszone przez Wydział Wykonawczy, nie należały do drugorzędnych. Dość przytoczyć tu sprawę projektu nowelizacji Ustawy o kasach chorych, sprawę reorganizacji Ministerstwa Zdrowia, obronę instytucji lekarskich i t. p. Nadto Dr. Bączkiewicz zaznaczył, że Zarząd stale dążył do zapoczątkowania współdziałania z Rządem w sprawach sanitarnych i Dr. Bączkiewicz jako przewodniczący, w porozumieniu z Zarządem dwukrotnie osobiście przedstawił tę sprawę p. Generalnemu Dyrektorowi Służby Zdrowia, lecz, niestety, dotąd ta sprawa nie została uskuteczniiona. Przytem Zarząd N. I. L., nie będąc powołanym do współdziałania z Rządem, a zatem stojąc zdala od biegu spraw zdrowotnych w Państwie, nie może występować z inicjatywą, tembardziej, że Izba Naczelna nie działając na określonym terytorjum, nie spotyka się bezpośrednio z wymogami życia. Jeżeli Izba Naczelna podlega pod tym względem poglądom Dr. Radziwiłłowicza, to Dr. Bączkiewicz stawia na porządek dzienny sprawę zaufania dla Wydziału Wykonawczego.

Dr. Bełkowski oświadczył, że krytykowanie Wydziału Wykonawczego z powodu braku z jego strony inicjatywy w sprawach zdrowia publicznego w Państwie, jest to wyszukiwanie kozła ofiarnego, na którego głowę można złożyć winę za niewypełnienie tego, co należy do obowiązków instytucji rządowych, specjalnie ad hoc powołanych, oraz instytucji samorządowych tegoż rodzaju. Ustawa o Izbach Lekarskich powołuje Izby Lekarskie do współdziałania z Rządem w sprawach zdrowia publicznego, ale nie oddaje tych spraw wyłącznie w ręce izb lekarskich. Poszczególne izby lekarskie, zajęte organizacją wewnętrzną, inicjatywy w sprawach zdrowia publicznego dotąd jeszcze nie wykazały; członkowie Izby Naczelnej, których ustawa o izbach lekarskich powołuje nie tylko do krytyki, również nie w tej dziedzinie nie zrobił, a odpowiedź alność składa się jedynie na Wydział Wykonawczy. Dr. Bełkowski sądzi, że sprawę tę rozpatrywać należy w innym oświetleniu, a wtedy i do innych dochodzi się wniosków: ogólna apatia powojenna, nercja bezczynności, oto główna przyczyna wykazywanych braków. Wydział Wykonawczy N. I. L. nie może być odpowiedzialnym za to, co należy do obowiązków wszystkich członków Izby Naczelnej, do obowiązków izb poszczególnych i całego stanu lekarskiego. Po tych oświadczeniach Naczelna Izba Lekarska, na wniosek prof. Ciechanowskiego z uzupełnieniami Dr. Papée, prof. Nowickiego, Dr. Bączkiewicza i Dr. Radziwiłłowicza uchwaliła jednomyślnie, co następuje:

1. Przyjąć do wiadomości sprawozdanie roczne Wydziału Wykonawczego i wyrazić uznanie, podziękowanie i zaufanie Wydziałowi Wykonawczemu, a w szczególności jego prezydium i sekretarzowi.

2. Wyrazić życzenie, aby roczne sprawozdania Wydziału Wykonawczego były ile możności drukowane i rozsyłane przed dorocznym posiedzeniem Naczelnej Izby Lekarskiej wszystkim jej członkom, oraz aby te sprawozdania, jak również sprawozdania z posiedzeń Wydziału Wykonawczego były ogłaszane drukiem w czasopiśmie lekarskim.

3. Wezwać Wydział Wykonawczy, aby na zasadzie art. 2a Ustawy z dnia 2.XII.1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich poczynił kroki dla przyspieszenia utworzenia Izby Lekarskiej w Wilnie.

4. Wezwać wszystkie Izby, aby przedkładały Wydziałowi Wykonawczemu Naczelnej Izby Lekarskiej dokładnie opracowany materiał i należyście umotywowane wnioski, mogące być podstawą do inicjatywy Izby Naczelnej w sprawach zdrowia publicznego.

5. Polecić Wydziałowi Wykonawczemu podjęcie wszelkich kroków, ażeby została powołana do życia Najwyższa Rada Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, oraz aby Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia wydawała periodyczne w stałych terminach sprawozdania (biuletyny) o sprawach zdrowia publicznego i działalności władz sanitarnych.

Dla zrealizowania ostatniej uchwały, w razie jeżeliby odnośnie kredyty były niewystarczające, na wniosek prof. Ciechanowskiego, postanowiono zwrócić się do posłów lekarzy, ażeby ci wpływem swoim dopomogli tej sprawie, a nadto przyjęto wniosek Dr. Kozerskiego treści następującej:

Naczelna Izba Lekarska poleca Zarządowi zwrócić się do wszystkich lekarzy posłów w Sejmie i Senacie, ażeby zechcieli utworzyć koło lekarzy Senatu i Sejmu, któreby w porozumieniu z Naczelną Izbą zabierało głos i popierało usiłowania Izby Lekarskiej w sprawach społeczno-lekarskich i lekarskich.

Przyjęto wniosek Dr. Papéego w sprawie projektu nowelizacji Ustawy o kasach chorych treści następującej:

Izba Naczelna poleca Zarządowi sprawę nowelizacji Ustawy o ubezpieczeniu społecznym, a w szczególności prosi o czynienie w dalszym ciągu energicznych starań o przeprowadzenie postulatów stanu lekarskiego.

Wreszcie uwzględniono wniosek Dr. Garlickiej co do wykreślenia ze sprawozdania rocznego Wydziału Wykonawczego ustępu o motywach złożenia przez profesora Mazurkiewicza mandatu sędziego Izby Naczelnej.

Po zakończeniu dyskusji nad sprawozdaniem rocznym Wydziału Wykonawczego Dr. Kozerski zreferował sprawę wyborów do Izby Naczelnej w Izbie Warszawsko-Białostockiej w roku 1923, które to wybory z powodu narzuconej przez Ministerstwo Zdrowia ordynacji wyborczej były zaskarżone do Trybunału Administracyjnego. Wyrok Trybunału Administracyjnego wyjaśnił, że ordynacja wyborcza w Izbach Lekarskich na podstawie ustawy należy do kompetencji Izby Lekarskiej i nie może być narzucona przez władzę nadzorczą. Na podstawie tego wyroku na posiedzeniu Izby Warszawsko-Białostockiej w dniu 14 grudnia 1924 roku dokonano nowych wyborów do Izby Naczelnej. Rada Izby, mając na widoku ciągłość pracy, powołała tych samych delegatów i tylko na miejsce Dr. Adamskiego, który złożył mandat, powołała Dr. Garlicką. Ze względu na znaczenie zasadnicze poruszanej sprawy postanowiono referat Dr. Kozerskiego o przesłać wszystkim izbom po uprzednim złączeniu jego formy i po przyjęciu wniosku Dr. Garlickiej co do wykreślenia wzmianki o 19 kolegach z Rady Izby Warszawsko-Białostockiej, którzy wnieśli skargę do Trybunału Administracyjnego.

Skarbnik Dr. Bogucki przedstawił projekt budżetu na r. 1925 na ogólną sumę 17635 zł. 34 g. oraz wystąpił z wnioskiem, ażeby budżet był pokryty, podobnie jak w r. ub., przez poszczególne izby w stosunku do liczby delegatów, oraz ażeby poszczególne izby przysyłały do Izby Naczelnej całkowitą należność, a Izba Naczelna sama zwracać będzie kosztą przyjazdu (przejazd koleją I-ą klasą i diety urzędników 5-ej klasy). Budżet, przedstawiony przez Dr. Boguckiego, przyjęto z prawem przekroczenia o 20%. Przyjęto również zgłoszony przez Dr. Boguckiego wniosek.

Uchwalono przysłać składki do Izby Naczelnej w ratach kwartalnych zgóry po 680 złotych od każdego delegata w stosunku rocznym. Względem izb, które nie wpłacają składek, Zarząd ma prawo stosować takie środki, jakie uważać będzie za stosowne.

Członek kom. rew. Dr. Wiszniewski odczytał protokół komisji rewizyjnej z dnia 24 stycznia 1923 r. Książki i dowody kasowe, usprawiedliwiające dochody i wydatki, członkowie komisji rewizyjnej znaleźli w należyłym porządku.

Podobnie jak i w roku ubiegłym, Naczelna Izba udzieliła Zarządowi (Wydziałowi Wykonawczemu) pełnomocnictw do działania i występowania w jej imieniu we wszystkich sprawach kierowniczych, reprezentacyjnych, organizacyjnych (zatwierdzenie regulaminów) i wykonawczych, leżących w zakresie jej działalności, oraz do udzielania pełnomocnictw w jej imieniu. Dr. Kozerski odczytał sprawozdanie Sądu Na-

celnicz Izby Lekarskiej. W tem miejscu przewodniczący Dr. Bączkiewicz składa przewodnictwo w ręce Wice-przewodniczącego Dr. Papéego. Z powodu sprawozdania sądowego wywiązała się dyskusja co do ustąpienia z Sądu prof. Mazurkiewicza oraz co do przysięgi dla Sędzów Izby Naczelnej. Po odczytaniu listu prof. Mazurkiewicza w sprawie złożenia mandatu członka Sądu N. I. L. dyskusję w obu tych sprawach przerwano i znaczną większością głosów sprawozdanie sądowe przyjęto. Co do przysięgi przyjęto wniosek Dr. Tomaszewskiego, co do rewizji regulaminu pod tym względem przez Zarząd.

Przyjęto również wniosek Prezydium Sądu N. I. L., że zasądzony, składający podanie odwoławcze, ma obowiązek jednocześnie złożyć odpowiedni wkład pieniężny na wpisowe oraz na zwrot kosztów podróży dla świadków i rzeczoznawców w tej izbie lekarskiej, której zasądzony jest członkiem, a izba ma obowiązek wkład ten przesać niezwłocznie do Zarządu N. I. L. dla Sądu N. I. L.

Następnie, zgodnie z wnioskiem Dr. Kozerskiego, zarządzono wybory dopełniające na zastępców członków Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. Wybrano z Warszawy następujących kolegów: Kazimierz Zieliński, Marjan Ryliko, Kazimierz Wisłocki, Stanisław Zembrzuski, Teodor Podczaski (po 16 głosów).

Dr. Kozerski zreferował sprawę zawieszenia przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia decyzji Izby Krakowskiej co do nieobejmowania stanowiska lekarza więziennego w Krakowie, będącego przedmiotem sporu. Na podstawie dokumentów Dr. Kozerski przyszedł do wniosku, że stanowisko Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia było niezasadne. Izba Krakowska na zarządzenie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia wniosła skargę do Trybunału Administracyjnego. Z powodu referatu Dr. Kozerskiego wywiązała się dyskusja, w której wyniku przyjęto wnioski prof. Ciechanowskiego, ażeby zawiadomić Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, nie wchodząc w meritum sprawy, że Izba Krakowska przedłożyła sprawę pod rozstrzygnięcie Trybunału Administracyjnego, oraz że Izba Naczelna podziela w tej sprawie stanowisko Izby Krakowskiej.

Sprawę zatargu Izby Poznańsko-Pomorskiej z Uniwersytetem Poznańskim zdjęto z porządku dziennego, ponieważ delegat Izby Poznańsko-Pomorskiej Dr. Panieński oświadczył, że w ostatniej chwili Rektor Uniwersytetu Poznańskiego wystąpił z pośrednictwem i jest nadzieja dojścia do porozumienia.

Sprawę obejmowania posad w Kasach Chorych przez lekarzy wojskowych i urzędowych referował Dr. Śmiechowski. Poglądy poszczególnych izb w tej sprawie są różne. Istniejące ustawy nie dają prawa do ograniczenia lekarzy wojskowych i urzędowych w obejmowaniu posad w Kasach Chorych.

W wyniku dyskusji w tej sprawie przyjęto wniosek referenta treści następującej:

Naczelna Izba Lekarska uważa za niepożądane kumulowanie płatnych posad lekarskich w jednych rękach, a więc w miejscowościach, gdzie oprócz lekarzy pobierających stałe pensje są lekarze mało zarabiający, nie mający żadnych poborów stałych, ani związanych z tem udogodnień, pierwszeństwo przy obsadzaniu posad ryczałtowo płatnych w Kasach Chorych powinni mieć lekarze, nie pozostający na służbie.

Pojęcie praktyki lekarskiej referował Dr. Strzeмиński. Po krótkiej w tej sprawie dyskusji przyjęto wniosek referenta, ażeby wszyscy lekarze zajmujący się lecznictwem w jakiegokolwiek bądź formie, mieli obowiązek należenia do izb lekarskich. Uchwała ta ogranicza pojęcie praktyki lekarskiej w porównaniu z uchwałą Izby Naczelnej w roku ubiegłym.

Sprawę statutu obowiązkowego wzajemnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w Izbie Łódzkiej referował Dr. Śmiechowski. Uchwała w tej sprawie Izby Łódzkiej zapadła jednogłośnie na posiedzeniu Rady w dniu 18 stycznia 1925 r. przy obecności wszystkich członków Rady, a więc zgodnie z art. 4 Ustawy o Izbach lekarskich. Wobec tego na wniosek referenta Izba Naczelna Statut Izby Łódzkiej obowiązkowego wzajemnego ubezpieczenia na wypadek śmierci zatwierdziła.

W związku z tą sprawą przyjęto wniosek prof. Ciechanowskiego, ażeby Zarząd zwrócił się do wszystkich izb z wezwaniem do zakładania instytucji ubezpieczeniowych, oraz wniosek prof. Nowickiego, ażeby Zarząd przygotował na najbliższe posiedzenie Izby Naczelnej referat, o-

bejmujący w ramach ogólnych sprawę instytucyj ubezpieczeniowych w Izbach lekarskich.

W sprawie, poruszonej przez Dr. Papée'go, co do lekarzy innych izb lekarskich, ubezpieczających się w kasie emerytalnej Izby Lwowskiej, przyjęto wnioski prof. Nowickiego treści następującej:

Naczelna Izba Lekarska nie widzi przeszkody w przyjmowaniu do kasy emerytalnej Izby Lwowskiej lekarzy, należących do innych izb lekarskich Państwa Polskiego.

W tem miejscu przewodnictwo obejmuje Wice-przewodniczący Dr. Strzemiński. W sprawie pečęci izb lekarskich i w sprawie sprawozdań poszczególnych izb lekarskich udzielił wyjaśnień sekretarz Izby Naczelnej Dr. Bełkowski. Wzór pečęci izb lekarskich prawdopodobnie w najbliższym czasie będzie zatwierdzony przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i wtedy pečętki mogą być zamówione dla wszystkich izb lekarskich.

Sprawozdania roczne i regulaminy nie wszystkie jeszcze izby przesyłają Izbie Naczelnej; jedynie tylko Izba Lubelska z obowiązku tego wywiązuje się dokładnie. Wyjaśnienia te przyjęto do wiadomości.

Dr. Garlicka i Dr. Radziwiłłowicz zgłosili wniosek treści następującej:

Mając na celu ułatwienie zawodowej pracy lekarzom, a także podniesienie sanitarnych warunków Rzeczypospolitej oraz udostępnienie społeczeństwu opieki lekarskiej, niżej podpisani członkowie Izby Naczelnej składają wniosek, ażeby Izba Naczelna zorganizowała i prowadziła Biuro zawodowej pracy lekarskiej, które miałyby na celu:

1. Przygotowanie graficznej i topograficznej mapy obecnego rozmieszczenia lekarzy na całym terytorjum Państwa Polskiego na zasadzie już gotowych materiałów w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

2. Prowadzenie ewidencji zapotrzebowań lekarzy na stanowiska państwowe, samorządowe i prywatne.

3. Przygotowanie planowej i celowej sieci rozmieszczenia w przyszłości lekarzy ogólnopraktykujących i specjalistów.

Zważywszy:

że w obecnym stanie nadprodukcja lekarzy w większych miastach, a szczególnie w Warszawie, jest bezcelowa i szkodliwa ze względów konkurencyjnych,

że pozbawienie pomocy i kulturalnego wpływu sanitarno-lekarskiego średnich i małych miast jest wielce szkodliwe, sądzimy, że ujęcie tej ważnej sprawy, dziś tak chaotycznej, przez świadome i celowe kierownictwo najwyższej organacji samorządowej lekarskiej będzie czynem pożytecznym i społecznym.

Nad wnioskiem Dr. Garlickiej i Dr. Radziwiłłowicza wywiązała się dość żywa dyskusja. Zdaniem Dr. Panieńskiego zakładanie biura zawodowej pracy lekarskiej należy do kompetencji zawodowych związków lekarskich; instytucja centralna, niedokładnie poinformowana co do warunków miejscowych, nie będzie mogła działać sprawnie i Dr. Panieński wątpi, czy instytucja ta przyczyni się do powstrzymania żywiołowej wprost ucieczki lekarzy ze Wschodu na Zachód. Dr. Bełkowski zaznacza,

że prowadzenie centralnego pośrednictwa pracy pociągnie za sobą znaczne wydatki, nie przewidziane w uchwalonym na rok 1925 budżecie. Podzielając pogląd na tę sprawę Dr. Panieńskiego, Dr. Bełkowski sądzi, że centralne biuro pośrednictwa pracy będzie tylko niepotrzebnym balastem dla Izby Naczelnej. Wyrażonych w tej sprawie poglądów nie uwzględniono i wniosek Dr. Garlickiej i Dr. Radziwiłłowicza w głosowaniu przyjęto.

W imieniu Izby Poznańsko-Pomorskiej zwrócił się do Izby Naczelnej Dr. Panieński z prośbą o wypowiedzenie się za art. 17 Ustawy o praktyce lekarskiej, mianowicie czy wykonywanie stałej praktyki lekarskiej w kilku miejscowościach w stale uprzednio wyznaczonych terminach jest dozwolone. Izba Poznańsko-Pomorska wypowiedziała się przeciwko tego rodzaju wykonywaniu praktyki. Izba Naczelna naogół pogląd Izby Poznańsko-Pomorskiej podziela, lecz ponieważ przytoczony przez Dr. Panieńskiego przypadek należy podciągnąć pod art. 17 punkt 6, przeto Izba Naczelna wypowiedziała się, że w danym przypadku ograniczenia na podstawie ustawy zastosować nie można.

W imieniu Izby Lwowskiej Dr. Papée złożył projekt nowelizacji art. 21 Ustawy o praktyce lekarskiej w brzmieniu, uchwalonem przez Zarząd Lwowskiej Izby Lekarskiej na posiedzeniu w dniu 21 stycznia 1925 r.

Art. 21. Lekarzowi przysługuje prawo zawarcia oddzielnej umowy o wynagrodzenie bądź za oddzielną poradę, bądź za zabieg lekarski lub leczenie dłuższe.

Izbowi lekarskim przysługuje prawo zatwierdzenia miejscowych cenników przeciętnych, ułożonych przez poszczególne grupy lekarskie we wzajemnym porozumieniu i Izbowi lekarskim do zatwierdzenia przedkładanych.

Na wypadek sporu o słuszność lub wysokość żądanego wynagrodzenia lekarzowi i stronie przysługuje prawo zwrócenia się we wzajemnym porozumieniu do właściwej Izby Lekarskiej celem zgodnego załatwienia sprawy, w razie przeciwnym sprawa podlega kompetencji sądów ogólnych. W sprawie przytoczonego projektu nowelizacji zabierali głos Dr. Bełkowski i Dr. Wróblewski, poczem na wniosek prof. Ciechanowskiego sprawę nowelizacji art. 21 Ustawy o praktyce lekarskiej uchylono, jako projekt przy obecnych stosunkach nie na czasie, nie mający szans powodzenia. W sprawie niesłusznego nakładania podatków na lekarzy przemawiał Dr. Drodź. W sprawie tej Dr. Śmiechowski udzielił informacji co do stanu rzeczy w Izbie Warszawsko-Białostockiej. Pokrzywdzony lekarz zwraca się do Izby, a Izba informuje Urząd Skarbowy. Izba więc Warszawsko-Białostocka, jako strona informacyjna, wpływa na decyzje komisji odwoławczych. Ostatni punkt porządku dziennego, w sprawie emerytur dla rodzin lekarzy, poległych w walce z epidemiami, przekazano Zarządowi Naczelnej Izby Lekarskiej.

Po wyczerpaniu porządku dziennego wice-przewodniczący Dr. Strzemiński zamknął posiedzenie.

Przewodniczący

Sekretarz: Naczelnej Izby Lekarskiej:

Dr. Bełkowski. Dr. Bączkiewicz.

## Ś. p. Prof. Dr. Tadeusz Burdziński.

(Wspomnienie pośmiertne).

Dnia 15. II zmarł w Wilnie w 56 roku życia dr. med. Tadeusz Burdziński, profesor zwyczajny i dyrektor kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego. — Zmarły znaczną część życia spędził w Rosji, gdzie ukończył Wydział Lekarski (Kijów 1894), otrzymał stopień doktora medycyny (Piotrogród 1897), był w ciągu lat 7 asystentem wybitnych ginekologów (Ott, Fenomenow), a wreszcie w ciągu lat 13 prowadził oddział ginekologiczny w Szpitalu Ziemińskim w Tambowie. Na ostatnim stanowisku, rozporządzając ogromnym materiałem, zasłynął jako znakomity technik: jego statystyka operacji Wertheima zajmuje pierwsze miejsce zarówno co do ilości dokonanych operacji, jak i minimum śmiertelności. — Po powrocie do kraju w ciągu 2 i 1/2 lat pełnił dobrowolnie służbę wojskową, jako starszy ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala Okręgowego w Lublinie. Po demobilizacji objął stanowisko naczelnego lekarza

Szpitala Kasy Chorych w Warszawie, gdzie w ciągu krótkiego czasu urządził oddział i zdobył uznanie, jako doskonały operator. — Powołany w r. 1922 na profesora U. S. B., wzorowo urządził klinikę ginekologiczno-położniczą: jego staraniem zawdzięcza Wszechnica Wileńska nabycie własnego gmachu dla kliniki (po lecznicy prywatnej) z nowoczesnymi urządzeniami operacyjnymi. — W ciągu krótkiej swej pracy w Wilnie zaskarbił sobie wśród ciała profesorskiego wielki szacunek i powszechną opinię człowieka nieskazitelnego, gorąco miłującego Ojczyznę i umiejącego pracować dla Jej dobra z prawdziwym zaparciem się siebie.

Zmarł w pełni sił męskich i w rozkwicie gorliwej pracy na nowem, a upragnicnem polu działalności naukowej i lekarskiej.

Cześć Jego pamięci.

Wacław Jasiński.

## Wiadomości bieżące.

— XII Zjazd Lekarzy i przyrodników polskich, Warszawa 1925 r., Okólnik Nr. 2:

Od chwili wydania w listopadzie r. z. pierwszej odezwy w sprawie Zjazdu z wykazem sekcji naukowych i komisji gospodarczych prace przygotowawcze Komitetu posunęły się w sposób następujący:

I) **Termin Zjazdu** ustalono na dzień 12—16 lipca r. b.

II) **Opłata za udział** wynosić będzie 30 zł. dla członków i 20 zł. dla gości (osób towarzyszących).

Uprasza się wszystkich uczestników o łaskawe wpłacenie składek jaknarychlej jako jedyne dotąd funduszu na niezbędne wydatki prac przygotowawczych Zjazdu (konto czekowe P. K. O, Nr, 10077).

III) **W sekcjach naukowych:**

przybyły 2 sekcje nowe:

34 — Sekcja raka — przewodniczący dr. Bronisław Wejnert (ul. Marszałkowska 55).

35 — Sekcja medycyny społecznej i szpitalnictwa — przewodniczący dr. Bolesław Jakimiak (ul. Chmielna 56).

Nadto zaszły następujące zmiany:

10 — Sekcja przyrodniczo-rolnicza dodano c) dział entomologii stosowanej — przew. prof. Z. Mokrzecki (Skierniewice, Zakład Ochrony lasów).

16 — Sekcja medycyny wewnętrznej i balneologii — przew. dr. Arkadiusz Puławski (szpital Dzieciątka Jezus, ul. Nowogrodzka).

31 — Sekcja higieny szkolnej i wychowania fizycznego — przewodniczący dr. Władysław Świątępek - Zawadzki (Marszałkowska 76) i dr. Stanisław Kopczyński (Wspólna 28).

Komisja redakcyjna — przewodniczący dr. Jan Koelichen (Nowy Świat 35). Zgłoszone dotąd wykłady w sekcjach naukowych przedstawiają się następująco:

3 — **Sekcja matematyki** (przewodniczący prof. S. Dickstein, Marszałkowska 117).

Tematy programowe:

a) Aksjomatyzacja pojęcia liczby (ref. doc. dr. Böttcher, Lwów).

b) Rola pewnika wyboru Zermeli w teorii mnogości (ref. doc. dr. Böttcher, Lwów).

c) Sprawa podręczników szkolnych do matematyki (prof. dr. Zaremba, Kraków).

d) Kwestja związana z nauczaniem matematyki (por dr. H. Steinhaus, Lwów).

Nadto zgłoszono 9 wykładów.

4 — **Sekcja geofizyki i astronomji** (przewodniczący prof. K. Szulc, Nowy Świat 72, Pałac Staszica).

Zgłoszono 17 wykładów z zakresu: Promieniowania słonecznego w Polsce (5 ref.).

Klimatu Polski (4 ref.).

Synoptyki Polski (3 ref.).

Dynamiki atmosfery (2 ref.).

Astronomji i geodezji (2 ref.).

7 — **Sekcja zoologii** (przewodniczący prof. K. Janicki, Krakowskie Przedm. 26, Zakł. Zool. U. W.).

Zgłoszono 7 wykładów.

9 — **Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna** (przewodniczący doc H. Raabe, Chocimska 24, Zakł. Epidem.).

Temat programowy:

Realizacja nauczania przyrody w szkołach średnich (p. wiz. K. Czerwiński i p. wiz. T. Męczkowska).

Nadto zgłoszono 3 wykłady.

10 — **Sekcja przyrodniczo-rolnicza:** a) dział rolniczy przewodniczący prof. M. Górski, Skierniewice, pałac).

Zgłoszono 2 wykłady.

12 — **Sekcja nauk antropologicznych** (przewodniczący prof. K. Stołyhwo, Piękna 4).

Zgłoszono 16 wykładów.

13 — **Sekcja anatomji, embriologii** (przewodniczący prof. E. Loth, Anatomicum Chałubińskiego 5).

Tematy programowe:

a) Z anatomji porównawczej układu limfatycznego (prof. H. Hoyer).

b) Znaczenie kieszki ślepej i t. zw. wyrostka robaczkowego (prof. K. Kostanecki).

Sprawy organizacyjne programowe:

a) Sprawy bibliografji — zagaja prof. H. Hoyer.

b) Krytyka programu studjów anatomji według t. zw. nowej ustawy — zagaja prof. Kostanecki.

c) Sprawa przekształcenia Warszawskiego T-wa anatomicznego w ogólne polskie T-wo Anatomiczne (zagają prof. Konopacki i prof. Loth).

Nadto zgłoszono 13 wykładów.

14 — **Sekcja fizjologii, patologji doświadczałnej, chemji fizjologicznej i farmakologii** (przewodniczący prof. F. Czubański, Krak.-Przedm. 18 U. W.).

a) Regulacja stężenia jonów wodorowych w ustroju, ref. prof. Przyłęcki (Poznań) i prof. Moradkowski (Warszawa).

b) krew, jako układ fizyczno-chemiczny, ref. prof. Moraczewski, prof. Parnas (Lwów).

15 — **Sekcja anatomji patologicznej** (przewodniczący prof. L. Paszkiewicz, Anatomicum, Chałubińskiego 5).

Tematy programowe:

a) Patologia układu siateczkowo-śródbłonkowego prof. W. Nowicki, Lwów i dr. W. Czarnocki).

b) Patogeneza i etiologia nowotworów doświadczalnych (prof. S. Ciechanowski, Kraków i prof. L. Skubiszewski, Poznań).

16 — **Sekcja medycyny wewnętrznej i balneologii** (przewodniczący dr. A. Puławski, Szpital Dz. Jezus ul. Nowogrodzka).

Tematy programowe:

a) Choroba Brighta (ref. prof. M. Franke (Lwów) i dr. A. Landau (Warszawa).

b) Kamica żółciowa (wspólnie z sekcją chirurgiczną, ref. doc. dr. W. Janowski i prof. A. Leśniowski).

17 — **Sekcja radiologii** (przew. dr. Z. Grudziński Wspólna 3a).

a) Diagnostyka radiologiczna wrzodu dwunastnicy (ref. dr. E. Meisels, Lwów i dr. Tadeusz Alkiewicz, Poznań).

b) Leczenie radiologiczne nowotworów złośliwych (ref. prof. dr. Karol Mayer, Poznań i dr. Henryk Wachtel, Kraków).

c) Kamica żółciowa w świetle promieni Rentgena (ref. Dr. A. Elektrowicz, Warszawa).

Nadto zgłoszono I wykład z dziedziny mianownictwa radiologicznego polskiego.

18 — **Sekcja chirurgji** (przew. prof. A. Leśniowski, Widok 10).

Tematy programowe:

a) Chirurgja dróg żółciowych (wspólnie z sekcją med. wewnętrzną) ref. doc. dr. W. Janowski i prof. Leśniowski, (Warszawa).

b) Ropnie mózgu (wspólnie z sekcją oto-ryno-laryngologiczną i sekcją chorób nerwowych) — ref. prof. Schramm i dr. Rothfeld (Lwów).

19 — **Sekcja oto-ryno-laryngologii** (przew. dr. J. Pięniążek, Moniuszki 6).

Zgłoszono 9 wykładów.

21 — **Sekcji stomatologii** (przew. prof. H. Wilga, Marszałkowska 151 Inst. Dent).

Tematy programowe:

a) Najnowsze zdobycze aseptyki i antyseptyki w dentyście;

b) Znaczenie społeczne próchnicy i walka z nią;

c) Exstirpatio czy amputatio miążgi;

d) Nowoczesne sposoby wyjąławiania kanałów (przewodów) korzeniowych i ich wypełnianie;

e) Jakie zapalenia ozębnej powodują zakażenie innych organów ustroju ludzkiego;

f) Przyczyna i istota ropotoku zębodołowego;

g) Czy można stosować metale nieszlachetne zamiast szlachetnych w protetyce dentystrycznej.

Nazwiska referentów będą podane później.

22 — **Sekcja chorób nerwowych i umysłowych:**

a) Choroby nerwowe (przew. dr. Bregman, Marszałkowska 124).

Tematy programowe:

1) O ropniach mózgu (wspólnie z sekc. chirurgiczną

- i oto-ryno-laryngologiczną) ref. dr. J. Rothfeld, Lwów.
- 2) O nagminnym zapaleniu mózgu, (temat wspólny z sekcją psychjatrii).  
Etiologia i epidemiologia ref. prof. Z. Szymanowski, Warszawa.  
Obraz kliniczny i przebieg—dr. J. Koelichen, Warszawa.  
Zaburzenia psychiczne — dr. J. Handelsman, Warszawa — Tworki.  
Anatomja patologiczna — dr. T. Simchewicz, Warszawa.
- b) Choroby umysłowe (przew. dr. J. Nelken, Marszałkowska 33).  
Zgłoszono I wykład wspólnie z sekcją chorób nerwowych (dr. Handelsman, patrz wyżej).
- 23 — **Sekcja okulistyki** (przew. prof. K. Noiszewski Krucza 38).  
Tematy programowe:  
a) Jaskra doświadczalna: obrzękowa — prof. Szymański (Wilno) prosta — prof. Kapuściński (Poznań).  
b) Stosunek nieżyłtów do jaglicy — doc. dr. Reis (Lwów).
- 24 — **Sekcja ginekologii i położnictwa** (przew. prof. A. Czyżewicz, Starynkiewicza 3, Klinika Położnicza).  
Tematy programowe:  
a) Postępowanie lecznicze w gorączce łożogowej i w gorączce w położu, ref. dr. Monsiorski (Warszawa).  
b) Znaczenie badań nad kwasotą krwi w ginekologii, ref. Dr. Zwoliński (Warszawa).
- 25 — **Sekcja historii i filozofii medycyny** (przew. prof. F. Giedroyć, Kredytowa 8).  
Zgłoszono 7 wykładów.
- 28 — **Sekcja higieny i mikrobiologii** (przew. prof. Sz. Dzierzgowski, Nowy świat 19 i dr. L. Hirszfild, Chocimska 24, Zakł. Epodem.).  
Higiena:  
Tematy programowe:  
1) Zagadnienia sanitarne w Polsce (ref. dr. Witold Chodźko).  
2) Nowe prądy w higienie zawodowej (ref. prof. Karaffa-Korybutt).  
3) Współpraca międzynarodowa na polu higieny (ref. dr. Z. Rajchman).
- Mikrobiologia:  
Tematy programowe:  
1) Zagadnienia zmienności w bakterjologii (ref. dr. Eisenberg).  
2) Patologia i epidemiologia błonicy — prof. Groer.  
3) Nowe prądy w metodyce hodowli bakteryjnej — dr. Sierakowski.
- 30 — **Sekcja weterynarii** (przew. prof. J. Gordziałkowski, Brzozowa 12).  
Zgłoszono 13 wykładów.
- 31 — **Sekcja higieny szkolnej i wychowania fizycznego** (przew. dr. W. Świątopełk-Zawadzki, Marszałkowska 76 i dr. St. Kopczyński, Wspólna 28).  
Tematy programowe:  
a) Rola lekarza w wychowaniu fizycznym, ref. dr. W. Świątopełk-Zawadzki (Warszawa) oraz prof. Ciechanowski, dr. Gębarski, dr. Jaroszyński i pułk. lek. Osmólski.  
b) Przeciążenie młodzieży szkolnej, ref. prof. dr. H. Jonszer (Poznań) oraz dr. S. Szuman i dr. J. Oziębłowski.
- 31 — **Sekcja medycyny wojskowej** (przew. płk. lek. Zembrzuski, Szpital Ujazdowski, Szkoła Sanitarna).  
Tematy programowe:  
a) Wyżywienie wojska i ludności cywilnej podczas wojny mjr. lek. G. Szulc i płk. int. Romański.  
b) Powszechne wychowanie fizyczne jako podstawa przygotowania ludności do wojny—prof. Ciechanowski (Kraków) i płk. lek. Osmólski.  
c) Lotnictwo sanitarne w czasie pokoju i wojny — gen. dr. W. Horodyński.
- 33—**Sekcja prasy lekarskiej** (przew. dr. W. Szumlański, Marszałkowska 73).  
Tematy programowe:  
a) Stosunek lekarzy do prasy lekarskiej — prof. Ciechanowski (Kraków).

- b) Sprawa reformy pism archiwalnych — prof. Nowicki (Lwów).  
c) Sprawa reformy pism ogólnolekarskich — prof. Ciechanowski i dr. Wierzbicki.  
d) Propaganda piśmiennictwa lekarskiego za granicą — prof. E. Loth.  
e) Błędy językowe w prasie lekarskiej — prof. Wrzosek (Poznań) i dr. W. Szumlański.

Nadto zgłoszono I wykład.

35 — **Sekcja medycyny społecznej i szpitalnictwa** (przew. dr. B. Jakimiak, Chmielna 55).

Dotąd zgłoszono 2 wykłady.

IV. **Termin zgłaszania wykładów** do przewodniczących sekcji ustalono na 15 maja r. b. Z dniem 1 czerwca rozpocznie się druk programu naukowego.

V. **Wystawa naukowo-przemysłowa** mieścić się będzie w nowym gmachu „Kreślarni“ Politechniki Warszawskiej. W sprawach wystawy zgłaszać się należy do przewodniczącego profesora Bronisława Koskowskiego, Elektoralna 35.

VI. **Komisja mieszkaniowa** czyni starania o zapewnienie członkom Zjazdu lokali. Wolne lokale wyznaczane będą stosownie do kolejności zapisywania się uczestników Zjazdu.  
Prezes: prof. Dr. Leon Kryński.

Sekretarz Generalny: Prof. Dr. Edward Loth.

— 1. Sekcja Pedjatryczna mającego się odbyć w lipcu 1925 roku XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich będzie poświęcona wyłącznie gruźlicy dziecięcej.

2. Programowe referaty wygłoszą:

Prof. Groer: „O patogenezie prosówki gruźliczej“.

Prof. Jonscher: „O gruźliczym zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych“.

Dr. Kopeć: „Gruźlica wieku dziecięcego w świetle liczb“.

3. Prekluzyjny termin zgłaszania innych referatów w tejże dziedzinie ustala się na dzień 1-go maja 1925 roku.

4. Ze względu na krótki czas trwania sekcji pedjatrycznej (1 dzień) będą wygłoszone przedewszystkiem referaty, będące w ścisłym związku z referatami i oparte na spostrzeżeniach własnych. Kwalifikacje referatów ustala wyłoniona specjalnie ad hoc Komisja Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

5. Prelegenci wraz ze zgłoszeniem referatu winni przedstawiać dokładne streszczenia. Referaty bez streszczeń nie będą uwzględniane.

Sekretarz: Barański.

Prezes: Prof. Dr. Michałowicz.

— **Do Członków Rady Lekarskiej Warsz.-Białostockiej.**

Z powodu opracowywanych przez Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej przepisów o ogłoszeniach lekarskich, zmierzających do ograniczenia ich części, Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej wydało w tej sprawie następującą opinię:

Zważywszy: 1) że prawie każdy lekarz czerpie środki utrzymania z praktyki; 2) że do wyrobienia sobie praktyki niezbędne jest spopularyzowanie nazwiska lekarza; 3) że najkrótszą do tego drogą, zwłaszcza w Warszawie, liczącej milion mieszkańców, jest ogłaszanie się w pismach periodycznych; 4) że jedna kategoria lekarzy, mianowicie—wenerolodzy, z powodów łatwo zrozumiałych, nie mogą liczyć na popieranie ich przez pacjentów wśród swoich znajomych, 5) że nie można pod względem częstości ogłaszania się uprzywilejować, z podanego pod Nr. 4 powodu, jednej kategorii lekarzy ze szkodą oczywistą dla innych,

Polskie Tow. Medycyny Społecznej uważa, że każdemu lekarzowi wolno podawać do prasy periodycznej dowolną liczbę ogłoszeń.

Ażeby jednak forma, treść, lub miejsce ogłoszenia nie obniżały poziomu godności lekarskiej, Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej uważa za konieczne, aby Zarząd Izby Lekarskiej Warsz.-Białostockiej ustalił odpowiednie normy, obowiązujące ogół lekarzy.

Prezes: Dr. K. Dłuski.

Sekretarz: Dr. W. Knappe.

— Wspólny komitet organizacyjny I Zjazdu przeciwgruźliczego i IV. Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich (Prezes: Prof. dr. Witold Orłowski, Sekretarze: Doc. dr. Tempka i dr. J. Weinsberg) przypomina wszystkim zainteresowanym, że zjazd przeciwgruźliczy odbędzie się w Krakowie w dniach 18 i 19 maja 1925 roku, zaś

IV. zjazd sanitarny również w Krakowie w dniach 18 i 19 maja 1925. W czasie obu zjazdów otwarta będzie wystawa higieniczna.

Czas przeznaczony na wygłoszenie referatu uzupełniającego nie może przekroczyć 15 minut. Również przypomina się, że skarbnik komitetu (Dr. Józef O w s i ń s k i, Kraków, Magistrat — Miejski Urząd Zdrowia) przyjmuje zgłoszenia o mieszkaniu dla uczestników zjazdu najpóźniej do dnia 15 kwietnia 1925 r. Wkładka uczestnika wynosi dla każdego zjazdu po 10 zł., nadsyłać ją należy pod adresem skarbnika.

Komitet prosi tak ogół lekarzy, jak i wszystkie instytucje i sfery mające styczność z problemem sanitarnym, do wzięcia jak najliczniejszego udziału w obu zjazdach.

Sekretarz: Doc. dr. T. T e m p k a.

Prezes: Prof. dr. Witold O r ł o w s k i.

— **Odezwa.** W gronie dawnych współpracowników ś.p. gen. prof. Zdzisława D m o c h o w s k i e g o, b. prezesa Wojskowej Rady Sanitarnej, powstała myśl uczczenia Jego pamięci, jako twórcy duchowego Wojskowej Szkoły Sanitarnej.

Zamiarem inicjatorów jest odtworzenie jednego z najwybitniejszych momentów z życia wojskowego ś.p. prof. D m o c h o w s k i e g o w postaci obrazu pędzla pierwszorzędnego malarza i zawieszenie tego obrazu w Sali posiedzeń W. S. S.

Wybrany w tym celu Komitet, składający się z płk. K a r w a c k i e g o, płk. K o e l i c h e n a i płk. R u d z k i e g o wzywa wszystkich b. uczniów, współpracowników i kolegów zgasięgo przedwcześnie prof. D m o c h o w s k i e g o do składania ofiar na pokrycie kosztów obrazu. (Konto Pocztowej Kasy Oszczędności w Warszawie Nr. 4.425 płk. R u d z k i Stefan).

Warszawa, dn. 26.III.1925 r.

— Uczestnicy I-go Zjazdu Przeciwgruźliczego i IV-go Zjazdu Lekarzy i Działaczy Sanitarnych miejskich otrzymają 66% zniżkę opłaty kolejowej za podróż powrotną z Krakowa.

Zniżka będzie udzielana przez krakowskie kasy kolejowe dopiero przy zakupie powrotnego biletu podróży za okazaniem karty uczestnictwa w Zjeździe. — Prezydent miasta Krakowa zwolniło uczestników obu Zjazdów od 40% hotelowego podatku gminnego.

— Opuścił prasę 1 zeszyt II roku „Nowin Psychjacyjnych“, czasopisma, poświęconego sprawom psychjacyjnym naukowym i praktycznym, Organu Zakładów Psychjacyjnych Polski Zachodniej. Redaktor naczelny: Aleksander P i o t r o w s k i. Na treść zeszytu pamiątkowego „30-lecie Dziekanki“ złożyły się następujące działy: Część I (Dział sprawozdawczy). Kraj. Zakład Psychjatr. Dziekanka.

I. Opis Zakładu. II. Powstanie i rozwój Zakładu. III. Zestawienia statystyczne. IV. Gospodarstwo przemysł.-rolne. Sprawozdanie administracyjne z roku 1924. V.

two psychjacyjne w Dziekance. Część II (Dział naukowy) Prace oryginalne: 1) Doc. Dr. med. R. Radziwiłowicz. — Usiłowanie. 2) Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski. — Trzy przypadki napadowej nieruchomości zrenie po ciężkim urazie głowy. 3) Dr. O. Białawski. — Zespół objawów prądkowo-wzgorzowy. — Streszczenia i oceny. — Wiadomości bieżące.

— Od kol. Henryka Kłuszyńskiego z Łodzi otrzymałmy list następujący:

W numerze 3 Szanownego pisma z dnia 31 marca r. b. ukazał się artykuł zatytułowany „Zlikwidowanie zatargu cennikowego w łódzkiej Kasie Chorych“. W artykule tym jest wzmianka niezgodna z prawdą, wobec tego proszę w myśl przepisów ustawy prasowej, o umieszczenie następującego sprostowania:

Nieprawdą jest, że lekarze Kasy, czyniący starania celem uzyskania obywatelstwa polskiego, wezwani zostali do Centrali Kasy Chorych przez D-ra Kłuszyńskiego, gdzie zagrożono im, że w razie nieprzystąpienia do pracy w ciągu 24 godzin, mogą zostać natychmiast wysiedleni.

Prawdą jednak jest, że ani żadnych rozmów nie miałem co do przystąpienia tych lekarzy do pracy, ani nie groziłem wysiedleniem, na dowód czego przedkładałem odpisy deklaracji, złożonych na moje ręce przez poniższych lekarzy.

1. Stwierdzam niniejszem, że p. Doktor Kłuszyński podczas bezrobocia w Kasie Chorych wysiedleniem mi nie groził.

(---) Dr. T r a c h t e n h e r c.

Łódź, dnia 17.IV.1925 r.

2. Niniejszem stwierdzam, że z Panem Doktorem Kłuszyńskim osobiście żadnych rozmów co do przystąpienia do pracy w Kasie Chorych podczas bezrobocia lekarzy kasowych nie miałem, i pogrózek co do wysiedlenia z kraju od niego osobiście nie słyszałem.

(—) Dr. I z o s i m o w.

Łódź, dnia 7.IV.1925 r.

Z koleżeńskim pozdrowieniem

Dr. Henryk K ł u s z y ń s k i.

— **Zmarli:** Antoni M i k u l s k i, prof. Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie w 53 roku życia. Zyciorys podamy w numerze następnym.

Tadeusz B u r d z i ń s k i - prof. U. S. B. w Wilnie. Jerzy B r u n n e r, doc. U. W., bakterjolog w 54 r. życia.

Nadesłane do Redakcji.

Romuald Wierzbicki. Historia Słownictwa Lekarskiego Polskiego. Nakładem Arch. Hist. i Filoz. Med. 1924.

— Katalog Pism Polskich. Nakładem Tow. Reklamy Międzynarod. Jen. Repr. na Polskę firmy Rudolff Mosse. Warszawa.

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

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

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

w Warszawie . . . . .	złp. 9
na prowincji. . . . .	10
za granicą . . . . .	12

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

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

TREŚĆ: MINKOWSKI. O ekonomicznym a jednak odpowiednim leczeniu chorych na cukrzycę. — E. FLATAU. Chromoneuroskopia. — BAU-PRUSSAKOWA. Degeneratio genito-sclerodermica. — BUJWID. Kolorymetryczne badanie stężenia jonów wodorowych dla stwierdzenia odczynu. — LANDSBERG. Kilka uwag w sprawie cukru we krwi. — GOLDFLAM. — Przyczynę do semjologii odruchu skrótowania. — BARANSKI. Nowe poglądy na leczenie dyspepsji u dzieci (streszczenia zbiorowe). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — STANKIEWICZ. Praktyczne znaczenie nakłucia zatoki strzałkowej u dzieci. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — KACPRZAK. Wzorowe okręgi sanitarne. — ZAMENHOF. Kilka uwag w sprawie Kasy Chorych.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: MINKOWSKI. Le traitement economique et pourtant approprié des malades diabetiques. — E. FLATAU. Chromoneuroscopie. — BAU-PRUSSAKOWA. Degeneratio genito-sclerodermica. — BUJWID. L'examen colorimetrique de la concentration des iones d'hydrogene pour la constatation de la réaction. — LANDSBERG. Quelques remarques concernant le sucre dans le sang. — GOLDFLAM. Contribution à la sémerologie du reflexe de raccourcissement. — BARANSKI. Nouvelles theories concernant la dyspepsie chez les enfants. — STANKIEWICZ. La signification pratique de la ponction du sinns longitudinal chez les enfants. — KACPRZAK. Les rayons sanitaires modèles. — ZAMENHOF. Quelques remarques à propos des Caisses des Malades.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.