

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 6

WARSZAWA, 30 CZERWCA 1925 R.

Rok II

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej *).

Podał

Dr. HENRYK HIGIER (Warszawa).

(Dokończenie).

* * *

Wpływ wzruszeń na aparat płciowy, zarówno męski, jak żeński, jest nader wybitny, w wielu razach wybitniejszy od czynników zewnętrznych mechanicznych.

Znany wstrząsy psychiczne, które przerywają lub przyspieszają miesiączkę, znany szereg chorób umysłowych, związanych z zaburzeniem życia afektywnego, w których menstruacja znika na długie miesiące i lata. Silny ból, lęk, przetrach hamują skurcze porodowe macicy u ludzi i zwierząt.

Wiemy, że czasem uścisk delikatny dłoni umiłowanej osoby albo wpływ samej myśli lub snu o sympatycznej osobie edmiennej płci wystarcza, aby wywołać erekcję, a nawet wytrysk, zupełnie tak, jak spojrzenie lub myśl o smacznej potrawie sprowadza ejakulację śliny.

Wzruszenia zmysłowe: — dotyk, węch, wzrok, słuch — wywołują nieraz u mężczyzny *turgescientia corporis cavernosi*, u kobiet wydzielanie śluzu *ad introitum vaginae*, ale zawsze w związku ze skojarzonym obrazem pamięciowym, prowadzącym do nastroju erotycznego. Uczucie przesytności, znane z żołądka, nie jest obce i sferze seksualnej.

Zimno, odraza, strach, przynębienie prowadzą do skurczu gładkich mięśni ciał jamistych prącia, uniemożliwiają erekcję lub hamują już w biegu będące sztywnienie. Że także na drodze nagłego przetrachu sztucznie wywołana przerwa spółkowania u suggestywnych neuropatów zamienić się może następnie w uporczywą długotrwałą impotencję psychiczną, wie każdy lekarz.

Że tu i odwrotnie panuje przy spółkowaniu dysocjacja czynności erekcyjnej i ejakulacyjnej, że jedno następuje bez lub niezależnie od drugiego, dając niezwykle formy impotencji, dowiodłem niedawno na szeregu przypadków!).

Libido sexualis jest przyjemnym wzruszeniem, często produktem asocjacji. W czasie orgazmu pobudzenie przeskakuje na całą istotę układu wegetacyjnego, dając jednocześnie z wytryskiem przyspieszenie tętna i oddechu, obławanie się potem, rozszerzenie źrenic, gęsia skórka i t. d.

Narządy rozrodcze, w miednicy położone, są, jak wszystkie trzewia, pozbawione czucia. Nietylko macica i jajnik, ale pochwa już 2 ctm. powyżej wejścia jest zupełnie nieczuła na dotyk zwykły, jak dotyk miłosny.

Że liczne są odruchy, wychodzące z narządów płciowych i, odwrotnie, są wychodzące z dalszych okolic, a oddziaływające na te narządy, wiadomo oddawna. Przypalanie gąbczastych muszel nosowych hamuje czasem obfite i bolesne krwawienia menstruacyjne. Drażnienie sutki wywołuje skurcz gładkich mięśni, t. j. erekcję brodawki (z jednoczesnym przyjemnym uczuciem erotycznym), oraz skurcz macicy. Ten odruch sutkowo-maciczny wywołując poleca już Hippokrates w celu przyspieszenia skurczów poporodowych macicy i usunięcia łożyska.

Naogół bowiem zwykle skurcze macicy są nieodczuwalne, a stają się natomiast bardzo bolesne, gdy przekraczają swój próg fizjologiczny, jak to widzieliśmy przy skurczach muskulatury kiszki, moczowodu, pęcherzyka żółciowego.

Bardziej zagadkowy jest *reflexe vagino-colique*, obserwowany przez Martignona u młodej kobiety z ciężkim zaparciem habitualnym. Tuż po stosunku płciowym zjawiało się stale obfite wypróżnienie, co zadowolona pacjentka opisywała nieco zamasyście i drastycznie: *c'est mon verre d'Hunyadi-Janos, mais à effet immédiat*.

Czem się narząd płciowy w stosunku do wzruszeń różni od wszystkich dotychczas omówionych narządów trzewnych, to tem, że do wywołania t. zw. *libido sexualis* jest niezbędnym, aby nerwowy układ środkowy znajdował się pod wpływem wewnątrzsekrecyjnym gruczołów rozrodczych, ażeby kora mózgowa została erotyzowana czyli poniekąd uczuloną przez hormon dla przyjęcia wyobrażeń erotogennych i przeobrażenia ich drogą kojarzeniową w nastroj, odpowiadający *libido sexualis*. To też jest brak *libido contractationis et coeundi* w dzieciństwie z nieczynnym gruczołem dokrewnym i w chorobach, w których on uległ zwyrodnieniu lub operacyjnie został usunięty (*eunuchoidismus*). Szukać ośrodka płciowego należy nie w *Neencephalon* wyższych zwierząt, lecz w *Palaeencephalon*, gdyż i niższym zwierzętom bez rozwiniętej kory mózgowej nie obcy jest ten popęd. Instynkt płciowy tem się różni od wszystkich innych, — jak instynkt jedzenia lub picia, — że go człowiek hamować może i usiłuje, czego np. nie potrafi zakochany kogut lub jelen, który w walce z konkurentem w obecności i u nóg bogdanki serca ten brak siły hamowania przypłaca nieraz życiem.

* * *

Skóra jest narządem, pozornie zupełnie obojętnym, z układem sympatycznym i wpływami światła wzruszeń i psychiki wogóle nie wspólnego nie mającym. Taki panuje wśród większości lekarzy i przyrodników pogląd; mianowicie, jak się przekonamy, z gruntu fałszywe. Skóra bowiem posiada poza naskórkiem, zaopatrzonym w precyzyjny narząd zmy-

*.) Odczyt, wygłoszony w lutym 1925 r. w Tow. Med. Społecz.

1) H. Higier. Impotenti generandi ejaculatoria. München. medic. Wochensch. 1924. Polska Gazeta Lekarska 1924.

słowy dotyku. aż pięć narządów wegetacyjnych, czyli sympatyczno-autonomicznych, w rozwoju ontogenetyczno-filogenetycznym nader ciekawych, w życiu osobniczym bardzo ważnych i na wpływy psychiczne wielce wrażliwych. Narządy te, które po kolei omówimy, są to:

1) **Muskulatura gładka, kurcząca skórę i unosząca włosy**, 2) **Gruczoł mleczny**, 3) **Gruczoły potu- i łojowydzielnicze**, 4) **Aparat pigmentacyjny**, 5) **Narząd wazomotoryjny i termoregulacyjny**.

1) Cała prawie skóra z wyjątkiem wysp bezwłosych posiada mięśnie gładkie, znajdujące się pod władzą układu sympatycznego, w niektórych miejscach — między *cutis* a *subcutis* — w większych pęczkach, podłużnych i okrężnych (*Mm. arrectores pilorum, mamillae, penis, tunicae dartos*).

Przedewszystkiem bodźce termiczne drażnią te mięśnie, wywołując rozciągliwość i kurczliwość skóry fałdzistej mcsznej, prącia, brodawki i podnoszenie się włosów (gęsia skórę). Jest to jakiś dziwny odruch, filogenetycznie ważny, u niższych zwierząt bardzo wyraźny w postaci unoszenia się włosów, kołców, pierza. Temu odczynowi w łosoruchowemu, łatwo wywołanemu przez pocieranie karku dłonią, towarzyszy swoista *sensatio pilomotoria*, o której już Hippokratēs wspomina, że się ją najdobitniej czuje w potylicy. Przy picu bardzo zimnej wody, powstaje czasem ogólna *cutis aserina*, częściej w okolicy żołądka zblednienie skóry wraz z miejscową skórą gęsią (*horripilatio*), czyli zespół 2-ech odruchów: *reflexus pilomotorius et vasomotorius*.

Przy emocji, gdy przeżywamy coś bardzo wzruszającego (spektakl tragiczny, mowę patriotyczną, ekstazę, orgazm płciowy), dreszcz przechodzi całe ciało, czyli włosy się unoszą. Zwłaszcza przy strachu „włosy stają dębem“. Wściekłość i oczekiwanie robią to samo, według *Aristotelesa* kichanie, ziewanie i oddawanie moczu przy pełnym pęcherzu wywołują czasem dreszcz.

Różne podniety słuchowe, dotykowe, wzrokowe, połączone z przykrem uczuciem, jak pocieranie nożem szkła, prowadzenie kciuszkiem palca po atlasie, wstrętne zapachy wywołują u niektórych natychmiastowy dreszcz. Nietylko emocja, ale i myśl u wzruszeniu sprowadzają czasem gęsią skórę. Droga autosugestji dotykania się jednej strony ciała kupy śniegu udawało się nawet wywołać horripilację połowiczą. Że mózg działa hamująco na tonus włosoruchowy, dowodzi fakt wzmocnienia odruchu po stronie hemiplegicznej. Pobudzenie płciowe, idące zawsze w parze z błogostanem afektywnym, daje nieraz obok odruchu włosoruchowego odruch cyckowy (*reflexus mamilloareolaris*), czyli erekcję brodawki.

2) **Gruczoł mleczny**, czyli sutka ze swoim zwiercem gładkomięsnym, ulega wpływom wzruszeń o tyle, że wszelkie poważne a nagłe perturbacje duchowe odbijają się na ilości, rzadziej na jakości wydzieliny. Unoszenie się brodawki następuje przy dotyku palcem i przy karmieniu, co nawet bardzo ułatwia proces ssania. Widocznie brodawka jest bardzo wrażliwa i już zwyczajny dotyk językiem wywołuje protopatyczne uczucie łechtania, wystarczające do wywołania odruchu trzewnoruchowego i trzewnowydzielniczego obu sutek, a czasem nawet odległego odruchu, kurczącego macicę (bólę poporodowe przy pierwszych karmieniach noworodka).

Wpływ odruchów warunkowych, psychorefleksów Pawłowa uwydatnia się o tyle, że u krowy dopływa szybko mleko do sutki, gdy spojrzy na swoje młode cielę lub usłyszy jego bęczenie zdaleka.

3) **Narząd gruczołowy potowydzielniczy skóry**, jako zespół trzewi mikroskopowych, po całym ciele rozsianych, znajduje się też pod wpływem układu sympatycznego prawdopodobnie i parasympatycznego, za czym przemawia wydzielanie się — zależnie od okoliczności — potu wodnistego i potu lepkiego.

Jak świat psychiczny działa w tym kierunku, wiemy dokładnie. W wielkim strachu „pot śmiertelny“ pokrywa obficie w sytuacji niepewnej i przykłej „spoci się człowiek jak ruda mysz“. Bólę silne wzruszeniowe, kolki wątrobowe, dusznica bolesna, dychawica oskrzelowa pokrywa całe ciało lepkiem potem, rąteżona praca umysłowa wywołuje nieraz spocenie czoła i dłoni.

Na tem ostatniemu polega prawdopodobnie t. zw. odruch psychogalwaniczny *Veragutha*. Człowiek, wprowadzony w łańcuch galwaniczny, którego obie elektrody on trzyma w rękach, wykazuje przy rozwiązywaniu myślo-

wem zagadki lub rachunku — po krótkim utajonym okresie — odchylenie wskazówki na galwanometrze. Faktu tego nie należy tłumaczyć w naiwny sposób, że sama praca umysłowa odchyła wskazówkę, lecz, że przy tem natężeniu umysłu, połączeniem ze zmianą nastroju, zostaje podrażniony układ sympatyczny, czyli wzmożona czynność nerwów potowydzielniczych; zaś przesiąknięta potem skóra dłoni staje się lepszym przewodnikiem prądu stałego, a to się uwydatnia na amperometrze. Znowu więc w dziedzinie układu wegetacyjnego uzewnętrznia się paralelizm psychiczny, to znaczy, że każdej czynności psychicznej odpowiada jawny lub ukryty odczyn fizyczny czyli somatyczny.

W zapaleniu mózgu śpiączkowym, w którym zajęta jest bardzo często substancja szara międzymózdzia w obrębie dna 3-ej komory i wodociągu *Sylviusa*, widzimy nieraz typowy łojotok twarzy, czasem w towarzystwie obfitego potu całej twarzy. Wpływ mózgu uwydatnia się także w obfitym poceniu się połowy ciała, przeciwległej ognisku. W ciężkich porażeniach rdzenia z paraplegją dolną notowałem przed laty suchość nóg mimo upału, przy którym górna połowa ciała stale się pociła, a tłumaczyłem to porażeniem nie ośrodków mózgowych wyższego gatunku, lecz segmentalno-metamerowych ośrodków rdzenia.

3) Skóra posiada komórki barwnikowe, które znajdują się w bliskim związku i zależności — jak tego u niższych zwierząt (chromatofory głowonogów) łatwo dowiesz — od układu nerwowego. Częste zmiany pigmentacji skóry w różnych cierpieniach nerwowych, w pasach znieczulenia tabetyków i syryngomyelików, zmiany pigmentacji w obrębach neurytycznych u trędowatych (*Lepra maculoso-neuritica*) i u chorych z cierpieniem *Addissona* i objawami wegetacyjnymi, metamerowy nieraz rozkład plam białych skóry, *vitiligo* ograniczona u neuralgików i myopatów — wszystko to dostatecznie świadczy, że i u człowieka układ sympatyczny wpływa na charakter, rozkład i zmianę barwnika.

Że wzruszenia i w tej dziedzinie nie są bez znaczenia, dowodzą przypadki rozwijającego się w ciągu tygodni wyłysienia lub oświwienia włosów i depigmentacji skóry u młodych osobników pod wpływem wielkiego strachu lub przynębiających przeżyć.

4) Najbardziej ciekawy, najdokładniej zbadany i mimo to najmniej wyjaśniony jest wpływ obu układów wegetacyjnych — sympatycznego i parasympatycznego — na aparat naczyń i skóry, na rozszerzenie i zwężenie przemieszczające naczyni włosowatych skóry w związku z pozostałymi naczyniami ustroju. Jest to sprawa o tyle podstawowa, że wpływa bezpośrednio na czynność termoregulacyjną i bólową organizmu, najważniejsze dla podtrzymania życia. Mówiąc o zjawiskach wazomotoryjnych skóry, o zmianach w napełnieniu naczyń krwią, rozumieć należy przedewszystkiem czynne zwężenie i czynne rozszerzenie drobnych i najdrobniejszych naczyń.

Wpływ bólu, bólu, przerażenia na drogę wegetacyjną uzewnętrznia się w zupełnym zblednieniu skóry, najwidoczniejszym na twarzy i rękach, stale nieco przekrwionych. Skurcz wtedy dotyka zarówno powierzchownie, jak głębiej położonych naczyń. Przestraszyć daje śmiertelną bladeść, radość, daje przyjemny rumieniec, pokrywający nietylko twarz zawstydzonej osoby, ale często i całą pierś, tak, że nawet maska nie potrafi ukryć wzruszenia, skoro je cała pokrywa ciała, duża skórna zdradza. Przejawy cielesne zdradzają niekiedy uczucia, ukrywane przed okiem obojętnego obserwatora. Odmiany wazomotoryjne w twarzy są tak liczne, że z nich samych — niezależnie od układu mięśni mimicznych — znawca duszy ludzkiej odczyta zakłopotanie i strach, gniew i radość, smutek i zawstyżenie. Bardzo wrażliwe na wzruszenie erotyczne są wazomotory twarzy i prącia.

U starców wszelkiego rodzaju odruchy naczynioruchowe na wzruszenia słabną lub znikają. Ten potężny wpływ wieku widzieliśmy przy wszystkich innych czynnościach wegetacyjnych: nietylko skóra gorzej się rumieni, ale serce jest mniej pobudliwe, płacz emocyjny trudniej występuje, erekcja wzruszeniowa nie jest tak skora, poty nie występują tak obficie, co się tłumaczy albo słabą pobudliwością zwojów albo mniejszą intensywnością afektów w wieku podeszłym.

Że jedno wzruszenie czasem walczy z drugim i neutralizuje jego wpływ naczynioruchowy, łatwo się przekonać chcący z tego, że np. rumieniec zawstyżenia, jaki pokrywa młodą pacjentkę podczas rozbierania się w gabinecie lekarskim, nie pojawia się, gdy obecna jest matka, że przyplw

krwi do narządów płciowych, zjawiający się czasem u mężczyzny w rozmowie z urodziwą białogłową, nie ma miejsca, gdy obecny jest przy dialogu małżonek.

Wszelkiego rodzaju czynność intelektualna, z mniejszą lub większą emocją połączona, prowadzi do wahań w objętości naczyń, o czym łatwo się przekonać, mierząc metodą plejtmograficzną ilość krwi, przyplływającej do kończyny lub brzucha. Tą drogą¹⁾ stwierdzono na plejtmogramach, że przy uczuciu strachu krew ucieka z twarzy i kończyny, a zbiera się w naczyniach mózgu i wnętrzości brzusznych.

W błogostanie krew ucieka z trzew, a zbiera się w mózgowiu i na obwodzie, w razie bólu fizycznego krew przyplwają do twarzy. Wielce różny bywa rozdział krwi w poszczególnych odcinkach aparatu naczyniowego podczas zawstydzenia i zakłopotania, strachu i smutku, lęku i zadowolenia, gniewu i wstydu, rzczerzowania i podniecenia i t. d. Nie utrzymał się wobec nowych faktów doświadczalnych dawny pogląd, że przy skurczu naczyń obwodowych następuje biernie rozszerzenie pozostałych naczyń i dzięki wzmożonemu ciśnieniu dopływu do naczyń mózgu i jamy brzusznej.

Że przyplływ krwi do kończyny podczas ruchu nie jest skutkiem ruchu mechanicznego, lecz stanowi poniekąd korelat psychiczny, dowodzi fakt, że przy biernym ruchu plejtmograf nie wykazuje powiększenia objętości kończyny i że natomiast wyobrażenie lub myśl dokonanego ruchu — w hipnozie i zwyczajnej sugestji — wystarczają do wywołania wspomnianej wazodylatacji. (E. Weber, Bickel). Nawet rozwiązanie rebusa lub zadania wywołuje skurcz naczyń na obwodzie, a rozszerzenie ich w jamie czaszkowej i brzusznej.

Istnienie jakiegoś specjalnego ośrodka naczynioruchowego, o ośrodku wyższego gatunku w opuszcce, jak to się powszechnie od pięćdziesięciu lat za szkołą Ludwigą powtarza, zaczyna być mało prawdopodobne. Znajdują się w rdzeniu przedłużonym, jak w całym rdzeniu, ośrodki segmentalne, z tą różnicą, że, zaopatrując w wazomotory tak ważne narządy, jak mózg i jego opony, jak jądra nerwów oddechowych i sercowych, są ośrodki naczynioruchowe opuszczone dla procesów życiowych ważniejsze od wszystkich innych.

I ten ośrodek podlega wzruszeniom, jak wszystkie inne. Jedno zdaje się być pewne, że ośrodki naczynioruchowe znajdują się w osi rdzeniowej i w międzymózdzku podwzgórkowym blisko ośrodków potowydzielnych i włosoruchowych. (*Tractus intermediolateralis substantiae griseae*), gdyż na większość bodźców, zwłaszcza bólowych i termicznych, reagują wszystkie wspólnie i jednakowo. Ma się wrażenie, że jedynie te, w istocie szarej umiejscowione ośrodki wazomotoryjne główną odgrywają rolę, gdyż przy sprawianiu bólu też same zmiany w rozmięczeniu i ciśnieniu krwi się notuje u noworodków z mało jeszcze zróżniczkowaną korą mózgową, u dorosłych w śnie przy nieczynności kory i u zwierząt po usunięciu półkul lub kory.

* * *

Kończąc z naczyniami, może nie od rzeczy będzie poruszyć sprawę zawartości naczyń t. j. krwi, jako tkanki płynnej i zależności tej tkanki od naczyń samych i od układu wegetacyjnego.

Jak ten układ wpływa na skład krwi, widzieliśmy wyżej z sztucnie — po wprowadzeniu fikcyjnych pokarmów — dająca się wywołać leukocytoza i leukopenia. Trudniej o wiele rozstrzygnąć odwrotne pytanie, czy i o ile krew, o składzie zmiennym w różnych chwilach życia roślinnego, wpływa na czynność układu autonomicznego. Pytanie to wprowadza nas, jak widzimy, niepostrzeżenie w sferę popędów i instynktów wrodzonych, w dziedzinę wpływu dawnych „humorów“ na czynność mózgu świadomą i podświadomą.

Krew, aby spełniać swoje czynności celowo i sprężyste, musi, jak każda tkanka, posiadać przedewszystkiem stałe właściwości chemiczne i fizyczne. A właściwości te zmieniają się zależnie od unoszenia do wozu lub wywozu, t. j. wydzielin i wydalin. Mówiąc o dowozie zewnątrz, mam na

1) Por. H. Higier. Z farmakodynamiki i patologii ogólnej układu wegetacyjnego. Medycyna i Kronika Lek. 1913 Nr. 3—9. H. Higier. Zur Frage der Anwendung meiner periarteriellen Sympathektomie. Zeitschrift f. d. ges.-Neurologie T. 35. Z. 1—3, 1923. Polska Gaz. Lek. 1922. myśli przedewszystkiem te zasadnicze składniki, bez których czynności życiowe są niemożliwe: powietrze, pokarmy stałe i płynne.

Zobaczymy po kolei, co się staje z krwią, gdy nie wprowadzamy do organizmu jednego z powyższych trzech składników. Zmieniają się natychmiastowo jego stałe cechy chemiczne i fizyczne (stan jonowy, elektrolityczny, osmotyczny, napięcie cząstkowe, acidoza).

Gdy nie dowozimy dostatecznej ilości powietrza, krew się nie utlenia należycie, zbiera się w niej nadmiar dwutlenku węgla, staje się żylną i w tym momencie odczuwamy potrzebę głębokiego i przyspieszonego wdechu, gdyż tak zmienia ona chemicznie krew drażni w wysokim stopniu wegetacyjne komórki nerwowe szarej substancji opuszczonej, rządzące przeponą, a następnie całą muskulaturą oddechową. Przykre wzruszenie, towarzyszące uczuciu duszności zostaje w ten sposób — drogą chemorefleksu — przez krew sygnalizowana układowi sympatycznemu.

Co się dzieje, gdy nie wprowadzamy pokarmów do organizmu przez dłuższy okres czasu? Następuje uczucie przykre, uczucie głodu, o wiele mniej dotkliwe i groźne od uczucia duszności z braku powietrza. Uczucie to przejawia się w postaci ściskania w dołku, skurczów przykrych, ślinienia.

Swoiste to uczucie głodu, zaliczane do t. zw. czuć ogólnych (*Allgemeingefühle*), usiłowano tłumaczyć próżnią żołądka, drażnieniem żołądka przez wydzielający się kwas solny i t. p. Że objaśnienia te nie trafiają w sedno rzeczy, dowodzą fakty, że uczucie nie ustaje mimo napełnienia żołądka ciężką kaszą barytową, mimo wprowadzenia podskórnie roztworu cukru gronowego, mimo neutralizowania kwasu solnego, mimo usunięcia całego żołądka.

Müller i Thoma tłumaczą uczucie głodu, jako uczucie miejscowe skurczu przełyku, który jest odruchem trzewnoruchowym, zupełnie identycznym z odruchem oddechowym przy braku tlenu we krwi. Tu krew, uboga w tlen, wywołuje celowy odruch trzewnoruchowy muskulatury oddechowej, tam krew, uboga w substancję zdolną do odbudowy cząsteczkowej, zdolną do asymilacji następczej, wywołuje przykre wzruszenie oraz odruch trzewnoruchowy w obrębie przełyku i żołądka. Powstaje podrażnienie ośrodków sympatycznych w szarej substancji; osi ośrodkowej międzymózdzka i opuszczonej (*Nucleus visceralis vagi*), wchodzą w grę skurcze patologiczne narządów zupełnie próżnych, co się fizjologicznie nie zdarza, i to stanowi tło swoiste, nader dotkliwe, sygnalizujące niebezpieczeństwo uczucia głodu.

Jak się zachowuje układ sympatyczno-parasympatyczny, gdy nie wprowadzamy czas długi płynów do ustroju? Następuje uczucie nieprzyjemne, dręczące, również lokalizujące się w gardzieli i przełyku: uczucie pragnienia.

Niektórzy uważali za przyczynę tego uczucia wysychanie gardła. Widzimy jednak, że uczucie to nie znika mimo ciągłego wilgocenia gardła wodą, że takąż suchości gardła, ale bez pragnienia odczuwamy po atropinie, że podobne pragnienie bez suchości gardła obserwujemy po obfitym, trunkami zasilanym obiedzie. I samo zubożenie tkanek w wodę nie wystarcza do wytłomaczenia, gdyż znanem jest pragnienie u hydromików i hydrofików.

O wiele łatwiej z Müllerem i Heissem tłumaczyć to uczucie, uzależniając je od utraty izotonji, czyli od zbytnej koncentracji molekularnej krwi ubogiej w wodę. Istotnie, u spragnionych chwile się stopień koloidowy osocza, zwiększa się we krwi ilość substancji osmotycznie czynnych, kwasów stałych, wzmagają się napięcie osmotyczne krwi, podnosi się punkt zamarzania surowicy. Łatwo zresztą wywołać uczucie pragnienia za pomocą wstrzykiwania dożylnego 15% roztworu soli.

I tu więc mamy swoisty odruch chemiczny: krew drażni układ wegetacyjny, jego ośrodki międzymózdzka, wywołujące skurcz gładkiej muskulatury gardzieli i przełyku. Ten odruch trzewnoruchowy z krwi powstający (Chemorefleks), sygnalizuje niesamowite wzruszenie z uczuciem pragnienia przez pas pograniczny nerwu współczulnego mózgowi.

Pragnienie diabetyków zależy prawdopodobnie od koncentracji cukrowej krwi, pragnienie nefrytyków od zatrzymania przez krew substancji krystaloidalnych, pragnienie moczońce zwykłej (*diabetes insipidus*) oznacza samostny ścisłej wyrażając się, bliżej niezrozumiały stan podrażnienia szarych jąder (*tuber cinereum*) w obrębie dna 3-iej komory. Że ten ostatni jest zależny od ośrodków wegetacyjnych, a nie, jak powszechnie przypuszczają, od zachorzenia sąsiedniego gruczołu dokrewnego (przysadka), dowodzi fakt, że usunięcie przysadki nie usuwa tej moczówki.

Poprzestaję na tych kilku przykładach oddziaływania

krwi na układ wegetacyjny, tlomaczących nam ciemne dotąd zjawiska wzruszeniowo zabarwionego uczucia duszności, głodu i pragnienia na drodze odruchu chemicznego.

Przypomnę jeszcze wyżej przytoczone wydzielanie się hormonu dojrzałych gruczołów rozrodczych do krwi, który to hormon erotyzuje mózg i również na drodze wzruszeniowej wywołuje drażnienie odnośnych ośrodków sympatycznych (instrykt płciowy), prowadząc do odruchu naczynioruchowego natury parasympatycznej, czyli erekcji, i odruchu mięśnioruchowego, czyli ejakulacji. Ten instykt w przeciwstawieniu do powyższych nie jest od urodzenia swoisty ustrojowi zwierzęcemu, lecz rozwija się dopiero z czasem, gdy zdolność i potrzeba rozradzania wchodzi w grę.

* * *

Nie jest wyłączone, że silne wzruszenia, wstrząsy psychiczne, emocje duchowe oddziaływały na układ sympatyczny również nie bezpośrednio, lecz drogą nagłej perturbacji układu dokrewnego, wstrząsu, z wlewaniem się hormonu wegetacyjnego do krwi.

Pytanie zasadnicze nie zostało jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte, czy przy tego rodzaju wstrząsie hormon działa na układ nerwowy, czy też odwrotnie. Co do wpływu strachu, dowiedzionem zostało (Lapaz), że ilość adrenaliny we krwi, nagle wzrastająca, zmniejsza się, gdy się jednocześnie przecina współczulne nerwy trzewne (Nn. splanchnici). W obrębie nadnerczy i tarczycy dowiedzionem jest, że z jednej strony afekt działa pobudzająco na czynność dokrewną, a że z drugiej niedomoga lub usunięcie tych gruczołów zniża pobudliwość afektywną.

Krew jest w stanie wywołać celowe dla ustroju odruchy wegetacyjne, nie tylko kiedy chemiczne jej własności są upośledzone, kiedy izochemizm szwankuje, ale też, gdy nagle jej fizyczne właściwości ulegają perturbacji, lub gdy izotermizm cierpi, gdy jej temperatura spada, względnie podnosi się zbyt niżej np. przy wnikaniu do niej toksyn zewnątrzpochoźnych lub obcych substancji białkowych. W gruncie rzeczy, co prawda, szwankuje zasadniczo i tutaj głównie chemizm.

Drogi zapobiegawcze ze strony krwi są liczne. Występuje przedwzruszeniem odruch termoregulacyjny, nie miejscowy, metamerowy, lecz ogólny, uniemożliwiający przez pewien czas zbytne przegrzanie lub ochładzanie ciała.

Z fizycznych regulatorów wspomnę: 1) o usuwaniu zbytnej ciepła przez odruch skóry całej, odruch wazodylatacyjny i potowydzielniczy oraz 2) o zatrzymaniu lub magazynowaniu ciepła przez skurcz naczyń i przez zahamowanie potowydzielania.

Z chemicznych regulatorów zasługuje na uwagę wytwarzanie ciepła przy pomocy potęgowania chemizmu dużych gruczołów (wątroby i trzustki) przez drażnienie ich ośrodków wegetacyjnych w bliskości dna 3-ej komory (Tuber cinereum) niedaleko od jąder nn. oddechowych i sercowych. Porażenie tych jąder, stanowiących istotny węzeł życia (noeud vital), sprowadza hyper — lub hypotermię ze śmiertelną zapaścią. Ze krwią idące chemoreflexy i fizjoreflexy ruchowe, wydzielnicze i troficzne manifestują nam bardzo wyraźnie ważność pytania wyżej postawionego przez nas: o stosunku krwi do układu sympatycznego.

Wobec metameryjnej budowy ciała ludzkiego i rozszania po całej opuszce i całym rdzeniu dzielnicowych ośrodków naczynioruchowych, ośrodek śródmózdzowy wyższego gatunku, rządzący napięciem wszystkich naczyń i otrzymujący podniecie z obwołu mózgu i krwi, jest nieco hamowany w swoim samowładztwie termoregulacyjnym. Im więcej ten główny regulator ma do swego rozporządzenia ośrodków wazomotoryjnych niższych, tym sprawniej funkcjonuje, im mniej ich posiada, tem gorzej jest czynny, zupełnie jak nadkomisarz z mniejszą lub większą liczbą dzielnicowej i okręgowej milicji podwładnej. To też przy przecięciu dolnego odcinka rdzenia termoregulacja mało cierpi, przy uszkodzeniu zaś szyjnej jej części termoregulacja szwankuje mocno lub ustaje zupełnie i osobnik przestaje być istotą homoizotermową, a zaczyna być poiklotermową, to jest, przyjmującą temperaturę otaczającego środowiska, czyli istotą przy swej strukturze anatomicznej niezłomną do życia.

Że różne wzruszenia różne wywołują przemieszczenie krwi na drodze naczynioruchowej, sympatycznej i parasympatycznej, a wraz z tem to uczucie przyjemne ogólnego ciepła, to zaś uczucie przykre przejmującego zimna lub dreszczów, wiemy nawet z życia codziennego. Mniej wiadomem jest, że

nie tylko czynności poszczególnych narządów podlegają wpływom afektywnym, ale i skomplikowane funkcje kataboliczne, cała przemiana materji, połączona ze spalaniem i rozpadem tkanek. Dowodzą tego między innymi nowsze doświadczenia Grafego i Mayera, które polegały na tem, że osobnikom, będącym kilkanaście godzin naczczu, w głębokiej hypnozie suggestjonowano obok absolutnego kilkogodzinnego spokoju wzruszenia różnej natury.

Okazało się, że mądrość ludu słusznie mówi o chudnięciu i „zjadaniu się“ ze zmartwienia, gdyż przy suggestjonowanej intensywnej depresji w ciągu kilku godzin snu hipnotycznego potęgowała się znacznie czynność przemiany materji, u niektórych o 25%, przeciętnie o 8%, mierzone w aparacie respiracyjnym, ilością azotu w wydalinach i t. p.

* * *

Zwierciadłem duszy, jak widzimy, jest nie tylko oko, czyli jego źrenica, ale wszystkie narządy wegetacyjne, zaczynając od żołądka i odbyticy, a kończąc na skórze i naczyniu, a nawet na czynnościach nader powikłanych termoregulacji i ogólnej przemiany materji. Trudno się w tem miejscu obszerniej rozwoździć nad przewagą udziału sympatycznego lub parasympatycznego w tej lub owej czynności psychicznej ze sfery intelektu (kojarzenie, myślenie, zapamiętywanie), uczucia (nastroje i afekty fizjologiczne i patologiczne, dodatnie i ujemne), przejawów osobowości, uwagi i woli.

Wypowiedziane przezemnie w cytowanej wyżej monografji z r. 1912 mniemanie o przewodze układu sympatycznego na jawie, a układu autonomicznego (obecnie parasympatycznym zwanego) we śnie¹⁾ podtrzymuję i obecnie. Według dotychczasowego materiału klinicznego i doświadczalnego w zestawieniu A. Weinberga, uzupełnionego częściowo przez własne jego badania pletysmograficzne, psychogalwanometryczne i elektrokardiograficzne, wzmoczeniu czynności psychicznej, czyli podnoszeniu się poziomu świadomości (jawa), odpowiada stale szereg objawów sympatykotonicznych (przyspieszenie tętna, skurcz naczyń obwodowych, rozszerzenie źrenic, przyspieszenie oddechu, zahamowanie czynności ruchowych i wydzielniczych wewnętrznych, wzmoczenie wydzielania adrenaliny, przyływ glukozy do krwi i moczu) i, odwrotnie, obniżaniu poziomu świadomości (sen) towarzyszą objawy natury wagotonicznej. Wzmoczonemu napięciu układu sympatycznego odpowiadają, jak słusznie podkreśla tenże autor procesy utleniające, rozpadowe, destrukcyjne, kataboliczne czyli wzmoczenie w dziedzinie przemiany materji, podczas gdy spotęgowanemu napięciu układu parasympatycznego (snu) towarzyszą procesy odtleniające, odbudowujące, rekonstrukcyjne, anaboliczne, czyli obniżenie w dziedzinie przemiany materji.

Prawo paralelizmu psychofizycznego, jednakowo ważne dla psychofizjologii i psychopatologii, brzmiałoby z tego stanowiska bardziej konkretnie:

- 1) Wzmoczonemu zapotrzebowaniu energii psychicznej towarzyszy wzmoczenie energii fizycznej i odwrotnie.
- 2) Przyływ, czyli odnowienie energii psychicznej, cechujące wypoczynek i sen, idzie w parze z przyływem czyli odnowieniem energii fizycznej.

Wzajemne wpływy mózgu na układ wegetacyjny i odwrotnie są bez wątpienia nader wybitne i zasługują na dalsze studia ze strony kliniki i fizjologii.

Przyznać należy, że psychofizjologia układu autonomicznego leżała cdołgiem, a jeszcze bardziej psychopatologia jego, w gospodarstwie chorzego ustroju nader ważna, po macoszemu była traktowana.

* * *

O wpływie układu wewnątrzwydzielniczego na świat wzruszeń wspominałem w artykule swoim tu i owdzie jedynie mimochodem, uważając to za temat odrębny. A wpływ ten jest ogromny. Struktura podstawowa afektywności i temperamentu osobowości oraz jej wzruszeniowe formy reakcji znajdują się w ścisłej zależności od funkcjonalnego układu dokrewno-wegetacyjnego, który się tworzy z wzajemnego oddziaływania na siebie aparatów wewnątrzsekrecyjnego i wegetatywno-nerwowego. Jak dalece aparat gruczołowy wpływa na tę sferę w okresie powstawania i formowania się ustroju zwierzęcego, pouczają nas snadnie obserwacje nad życiem afektywnym, jego specyficznym zabarwieniem, stanem jego napięcia i przebiegiem zachorzeń dokrewno-

¹⁾ H. Higier. Vegetative oder viscerale Neurologie. 1912. (Rozdział monografji o wago-tonji i sympaty-tonji).

nych oraz następczych zaburzeń we współpracy mechanizmów wegetatywno-mózgowego i sympatyczno-hormonalnego. Wystarczy wspomnieć o euforii dzieci mongołowatych, apatii i stopieniu uczuciowości chorych przysadkowych, zaburzeniach w afektywności addisoników, o stanie zdenerwowania i zapalczowości bazedowoidów i spazmofilików, o podejrzliwości i stałym niezadowoleniu chorych z śluzobrzękami, bogactwem a-

fektu w przedwczesnej dojrzałości płciowej, o zaniku wzruszeniowości i obojętności uczuciowej u rzezańców i eunuchoidów.

Temat ten, jako stojący na pograniczu z naszym zasadniczym, mogę tylko mimochodem podkreślić, odsyłając czytelnika do pracy odnośnej, którą ogłoszę niebawem w „Neurologji Polskiej“.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z I-go oddziału wewnętrznego Szpitala Wolskiego.
(ordynator: Dr. A. LANDAU).

9-ty przypadek wyleczenia zapomocą bizmutu ciężkiego zatrucia sublimatem po 7-iodniowym bezmoczku.

Podali

A. LANDAU (Warszawa), T. MARJANKO (Warszawa)
i M. FEJGIN (Warszawa).

Od 3-ich lat stosowana jest na oddziale naszym metoda leczenia ostrego zatrucia sublimatem (i rtęcią wogóle), która ze względu na wyjątkowo pomyślne wyniki, jakie daje w tej tak ciężkiej postaci choroby, ze wszech miar zasługuje na rozpowszechnienie. Dwukrotnie już poruszaliśmy tę sprawę w Polsk. Gaz. Lekarskiej: 10 opis I-go pomyślnie wyleczonego przypadku (artykuł d-ra J. Lewensteina, P. G. Lek. Nr. 3 r. 1923); 20 P. G. Lek. Nr. 22 r. 1924 (A. Landau, Temkin i Fejgin), gdzie zestawienie całkowitego dotąd leczzonego materiału (12 przyp.) wykazało 80% wyleczenia zupełnego. W tych zaś nielicznych stosunkowo przypadkach, które zakończyły się niepomyślnie (z tych jeden przybył na oddział na 6-ty dzień dopiero po zatruciu oksycjankiem rtęci), zmiany, stwierdzone na autopsji, bardzo znacznie odbiegały od ogólnie znanych obrazów w tem zatruciu, znajdowało swój odpowiednik i w znacznie łagodniejszym przebiegu klinicznym u naszych chorych, a mianowicie — błona śluzowa jamy ustnej i jelita grubego nie wykazywała zupełnie tych ciężkich owrzodzeń, pokrytych nalotem dyfterytrycznym, ani zmian zgorzelińowych, co najwyżej wybroczyny i przekrwienie. Nie mieliśmy też za życia u naszych chorych ani uporczywych wymiotów, ani ustawicznego bolesnego parcia na stolec i ciężkich, nieczem niepokonanych biegunek krwawych, ani zgorzelińowego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej i dziąseł z nieznośnym „foetorexore“ i bolesnością. Objawy te były u niektórych z naszych chorych zaledwie zaznaczone zlekka na początku — potem znikały zupełnie, u innych — nie spostrzegaliśmy ich wcale.

Ostatnio mieliśmy znów sposobność spostrzegania przypadku b. ciężkiego zatrucia sublimatem, przedstawiającego niezwykle efektywny — 9-ty już z kolei przykład skuteczności przyjętego przez nas sposobu postępowania.

Przypominamy pokrótce, iż sposób nasz polega na podawaniu od pierwszej chwili przbyć'a chorego na oddział bardzo dużych dawek bizmutu (Bz. sublimatum et Bz. carbonicum 0,75, 4—6 razy dziennie). Obok tego stosujemy naturalnie cały arsenał używanych tu zwykle środków, jak zawiązania w koce, wlewania dożylnie glukozy, ławatywy kroplowe z glukozy, środki nasercowe, dietę — z początku napwół głodową (herbata z cukrem, wyciśnięte pomarańcze), potem mało białkową. Środki te same przez się odgrywają niewątpliwie znaczną rolę w leczeniu tych przypadków, nie wystarczają one jednak bynajmniej, jak tego dowodzi smutna statystyka i opinia powszechna zatruc sublimatem, tak, iż jednak zmuszeni jesteśmy pomyśleć wyniki, otrzymane przez nas, przypisać w dużej mierze działaniu specyficznemu bizmutu.

Najlepiej jednak zilustruje zarówno postępowanie nasze, jak i obraz chorobowy, z którym tu mamy do czynienia, dokładny opis naszego ostatniego przypadku.

Dnia 3 stycznia b. r. przybyła na oddział 22-letnia S. W., zatruta przez połknięcie w celu samobójczym 3-ich ąstalek sublimatu. Wkrótce po zatruciu pacjentka zaczęła wymiotować ciemną, krwawą treścią, w 2 godziny potem zaś otrzymała pierwszą pomoc od lekarza Pogotowia Ratunkowego, który wieczorem o 11-jej umieścił ją na naszym oddziale.

Przez całą noc jeszcze trwały wymioty, miała też kilka wolnych stolców i silne bóle brzucha.

Właściwe leczenie rozpoczęło się tedy dopiero następnego ranka — czyli w kilkanaście godzin po zatruciu, co też nie jest bez znaczenia, jeżeli się ma do czynienia z tak szybko wchłaniającą się i tak gwałtownie działającą trucizną, jak sublimat.

I rzeczywiście, już następnego dnia, t. j. 4.I., pacjentka wykazuje wyraźne ślady toksycznego działania rtęci: — silnie nastrzykniętą błonę śluzową gardzieli i łuków, złuszczenie się nabłonka na języku, wyraźną bolesność brzucha w okolicy pępka przy obmacywaniu, a co najgłośniejsza — 0,5^o/oo białka w moczu i liczne wałeczki ziarniste, komórki złuszczone, częściowo tłuszczowo zwyrodniałe (z wyższych dróg moczowych) oraz 2 do 4-ich leukocytów w polu widzenia — w osadzie.

Badanie przedmiotowe — prócz cech dość znacznej niedokrwiłości, wybitniejszych zmian w narządach wewnętrznych poza tem nie wykazało; tony czyste, tętno 120 na minutę, ciepłota 36,6^o.

Chora otrzymuje Bz. carbonic. i Bz. subnit. 0,75 dziennie, kompres na brzuch, 3% Ka. chloric. do płukania, zastrzyki kamfory, tra Myrrhee, Rathen. i Gallarum do pendzlowania dziąseł oraz czystą herbatę słodzoną.

5.I. wystąpił dość znaczny ból gardła. Przy badaniu stwierdzono rozpułchnienie i obrzmienie błony śluzowej, języka i dziąseł oraz owrzodzenie na lewym migdałku i na błonie śluzowej lewego policzka wzdłuż ostatnich zębów. Te goż dnia chora przestała zupełnie oddawać mocz, który zjawił się dopiero po siedmiu dniach, to jest 11.I.

Tętno 90 na minutę, ciepłota 37^o.

W międzyczasie stan pacjentki przedstawiał się, jak następuje: 6.I. Pęcherz próżny, stolec zaparty. Badanie surowicy wykazuje mocznika 1,6^o/oo, kwasu moczowego 82,94 mlgr. w litrze, chlorków 6,12^o/oo. 8.I. Bezmocz trwa, stolec zaparty, tętno 90 na min. znaczna hyperestezja skóry, wybitne owrzodzenie migdałka lewego.

We krwi — hemoglobiny 52% p-g Sahli ego, czerwonych krwinek — 3,180,000 w 1 mm.³; mocznika 1,6^o/oo, kw. moczowego 82 mlgr. w litrze surowicy, cholesteryny 1,5^o/oo, białka 10% (refraktometrycznie).

Chora prócz bizmutu otrzymuje codziennie zastrzyki dożylnie 40 cm.³ 20% glukozy, ławatywy kroplowe z 5% glukozy w ilości 500 cm.³, dietę wodną (500 gr. cukrzanej herbaty i sok z wyciśniętych pomarańczy) oraz 2 proszki po 0,5 rad. Rhei z powodu ciężłego zaparcia pobizmutowego.

Dnia 10.I. moczu nie oddaje (poprzedniego wieczora jakoby kilka kropel oddała), tętno 96 na 1', oddechów 24 na 1'; obrzęków brak, wstrząs prawej okolicy lędźwiowej bolesny; stolec tylko po ławatywie; ciśnienie krwi 140/78 mm. Hg. (R i v a — R o c c i). Zawartość mocznika w ślinie 1,4^o/oo. Leczenie — jak wyżej.

11.I. Chora oddała około 400 cm.³ moczu o C. gat. 1012, białka — 0,5^o/oo, liczne wałeczki ziarniste i tłuszczowo zwyrodniałe komórki nabłonkowe z wyższych dróg moczowych w osadzie, zawartość chlorków 3,3^o/oo — czyli 1,2 gr. na dobę. Zawartość mocznika w ślinie 1,48^o/oo.

13.I. Samopoczucie chorej dobre, owrzodzenie na migdałgu goi się dobrze, obrzęk błony śluzowej jamy ustnej znacznie mniejszy, dobową ilość moczu 850 cm.³, ciężar gat. 1012, białka 0,5^o/oo; badanie krwi wykazuje jednak znaczną azotycję — mocznika 2,1^o/oo, kw. moczowego 115 mlgr. w litrze; białka 8,9% w surowicy; Hemoglobiny 60%, czerwonych krążków 3,100,000.

Chora otrzymuje dietę ściśle węglowodanową z 6-joma szklankami płynu dziennie: herbata cukrzona, kleik i kasza,

pomarańcze;—białka i soli dżeta jej nie zawiera. Lawatywy kroplowe z 500 cm³ 5% cukru gronowego stosowano nadal.

B zmutu otrzymuje 3 proszki dziennie i 2 proszki rad. Rhei z powodu zaparcia.

15.I. wykonano próbę czynnościową nerek z fenolsulfoftaleiną, która wypadła wybitnie źle — po 2-ch godzinach chora wydzieliła zaledwie 10% zastrzykniętego barwika. Dobowa ilość moczu była 860 cm³, o cięż. gat. 1,012, białka 0,5⁰/oo; dobowa wydajność azotu w moczu obniżyła się nieco: z 7,6 gr. dnia 12.I, 2,15 gr. dnia 14.I i 5,4 gr. dnia 15.I.

Stan subiektywny poprawy utrzymywał się jednak o tyle, że chora pomimo znacznego osłabienia miała niezłe łaknienie, nie odczuwała żadnych dolegliwości, ciśnienie krwi obniżyło się do 128/70 mm. Hg., tętno 78 na 1', mocznik w ślinie 1,2⁰/oo (zamiast 1,48⁰/oo dnia 10.I).

16.I. nastąpiło wybitne pogorszenie: chora skarży się na ogromne osłabienie, mdłości i wymioty. Badanie krwi wykazało mocznika 2,8⁰/oo, kw. moczowego 140 mlgr. w 1 litrze surowicy, diureza 780 cm³, C. g. 1012; białka 0,5⁰/oo, dobowa wydajność azotu w moczu 6,44 gr. — pomimo iż chora utrzymywana jest cągle na ściśle bezbiałkowej diecie.

Stan takiego pogorszenia trwał około tygodnia — zjawily się bóle i zawroty głowy, nader uporeczywe wymioty, które uniemożliwiały wprost przyjmowanie pokarmów i lekarstw, tak, iż dla zrównoważenia a utraconej przez ustrój wody musiało zastosować 2 razy dziennie po 500 cm³ 5% glukozy w lawatywie kroplowej.

Ilość b zmutu w tym czasie zmniejszono do 2 pr. dziennie.

Jednakże już po 4-ch dniach zawartość mocznika, kw. moczowego i azotu resztkowego we krwi zaczęła się obniżać, dobowa ilość moczu wzrastać do 1600—1900 cm³, przy zawartości białka 0,3—0,25⁰/oo, wydajność azotu w moczu wynosiła 6,2 gr. w dniu 20.I, 9,2 gr. dnia 21.I i 9,8 gr. 22.I. Odpowiednio do tego we krwi znajdujemy: dnia 20.I. mocznika 1,6⁰/oo, kw. moczowego 91,5 mgr. w litrze surowicy, a 22.I. mocznika 1⁰/oo, kwasu moczowego 82 mgr. w 1 litrze. I oto od 24.I. chora wkracza w okres definitywnej poprawy; dobowa ilość moczu utrzymuje się na wysokości od 1200—1500 cm³ przy ciężarze gat. 1009—1012, dobowa wydajność azotu waha się około 6—8 gr; ciśnienie krwi obniża się do 115—105 mm; 65—55 mm. Badanie krwi dnia 26.I. wykazuje mocznika 0,45⁰/oo, kwasu moczowego 48 mgr., azotu resztkowego 190 mgr. w 1 litrze, a dnia 3.II. mocznika 0,25⁰/oo, kw. moczowego 35 mlgr. w 1 litrze, czyli stosunki zupełnie normalne.

Jednocześnie pacjentka zaczęła otrzymywać obitszą dietę — 2 szklanki mleka, kawałek czekolady, pieczywo, owoce. Lawatywy kroplowe i bizmut otrzymywała jeszcze do 28.I. W tym okresie również wykonano szereg prób czynnościowych dla wykazania sprawności nerek w wydalaniu wody, suchych substancji, soli kuchennej i fenolsulfoftaleiny.

Otóż próba ze stężeniem dnia 31.I. wypadła stosunkowo niezłe — chora wydzielała mocz o ciężarze gatunkowym do 1019; próba z fenolsulfoftaleiną zupełnie dobra: początek wydzielania po 9', po 1-jej godzinie—60%, po 2-jej dalsze 26%, razem w ciągu 2-ch godzin wydzieliła 86% barwika.

Również pomyślnie wypadła próba z obarczeniem 10 gr. soli kuchennej, którą chora wydzieliła w ciągu doby—przy stężeniu jej w poszczególnych porcjach do 7⁰/oo.

Coraz natomiast przedstawiała się sprawa pod względem wydalania wody, gdyż po wypiciu naczeczko 1500 cm³ niesłodzonej herbaty (dnia 1.II) chora po 4-ch godzinach wydzieliła zaledwie 337 cm³, po 5-ciu dalsze 400 cm³, czyli razem w ciągu 5-ciu godzin zaledwie połowę wprowadzonej wody. Mocz w tym czasie zawierał już tylko ślady białka i nieznaczne wałeczki ziarniste.

Po upływie około 10—12 dni — kiedy stan chorej subiektywny i obiektywny uległ zupełnej poprawie — powtórzono próbę ze stężeniem i z rozcieńczeniem.

I oto dnia 12.II. okazało się, iż zdolność koncentracyjna nerek jest jednakże znacznie upośledzona—albowiem na suchej diecie ciężar gatunkowy moczu nie wznosił się powyżej 1015; próba wodna natomiast po wypiciu 1500 cm³ herbaty bez cukru wypadła dnia 13.II. znacznie lepiej, aniżeli poprzednio, gdyż po 4-ch godzinach chora wydzieliła 725 cm³ mo-

czu, t. j. połowę wprowadzonej wody, a w ciągu następnej godziny jeszcze 300 cm³ — czyli razem w ciągu 5-ciu godzin 1025 cm³ — 2/3 wprowadzonego płynu. Po upływie jeszcze 11-u dni rekonwalescencji pacjentka wypisała się dnia 24.II. jako wyleczona.

Reasumując ten niezwykle ciekawy i charakterystyczny przebieg zatrucia, musimy podkreślić kilka zasadniczych momentów.

Przedewszystkiem przebieg ten cechuje pewna prawidłowość i kolejność chronologiczna w rozwoju objawów klinicznych, pozwalająca odróżnić 4 zupełnie ściśle zdefiniowane okresy:

- 1) od 5.I do 11.I. — okres bezmoczny — jako bezpośredni odczyn nerek na masowe zadziałanie toksyczne rtęci;
- 2) od 11.I. do 16.I. — okres chwilowej poprawy względnej, kiedy diureza rozpoczęła się wprawdzie, ale wysoka azocica i bardzo zły wynik próby fenolsulfoftaleinowej wskazywały na wybitne upośledzenie czynnościowej wydolności nerek, aczkolwiek żadnych subiektywnych objawów zatrucia moczniczego nie było — ani bólów głowy, ani wymiotów i t. d.; był to okres jakby ciszy przed burzą, gdyż bezpośrednio potem nastąpił okres 3-ci
- 3) od 16.I. do 22.I.—24.I. znacznej azocicy (2,8⁰/oo mocznika) z wyraźnymi objawami zatrucia. Ten nagły wzrost azocicy przy djeie zupełnie bezbiałkowej przypisać należy, zdaniem naszym, masowemu rozpadowi białka ustrojowego wskutek zatrucia rtęcią przy małej jeszcze sprawności nerek. Potwierdza się to przez znaczny wzrost ilości wydalanego azotu z moczem w końcu tego okresu (do 9,8 gr. na dobę, zamiast 5—6 gr. poprzednio przy tej samej diecie), co stanowi bezpośrednio przejście do okresu 4-go — definitywnej poprawy.

Towarzyszy temu powrót stosunków chemicznych we krwi do normy równocześnie ze znaczną poprawą czynności nerek, jak to wynika z powtórzonej dnia 2.II. próby fenolsulfoftaleinowej.

Na uwagę zasługuje również znaczny wzrost zawartości chlorków we krwi w okresie 3-cim i obniżenie się ich w okresie 4-ym od dnia 16.I. (patrz tablicę).

Co się tyczy braku wrzodziejącego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej i jelita grubego — ze wszystkimi tak dobrze znanymi w zwykłym obrazie zatrucia rtęcią objawami (wymioty, biegunka krwawa, foetor ex ore i t. d.) — o czym wspominaliśmy już na początku — przypisać to musimy całkowicie i wyłącznie działaniu bizmutu, chociaż ściśły mechanizm tego działania w tych przypadkach nie jest wyjaśniony.

Czy powstaje w ustroju jakies trwałe połączenie bizmutu i rtęci, unieszkodliwiające tę ostatnią, czy też wchodzi tu w grę ochrona przed wtórnym zakażeniem błony śluzowej przewodu pokarmowego, przez którą wtórnie wydziela się rtęć — rozstrzygnąć tutaj nie jesteśmy w stanie. W każdym razie, usuwając te wtórne czynniki, wynikające z obrażeń błony śluzowej przewodu pokarmowego, a odgrywające w klinice zatrucia rtęcią tak doniosłą rolę, że maskują one często właściwą istotę tego zatrucia, polegającą na uszkodzeniu nerek, ułatwiamy sobie znacznie zadanie lecznicze. Albowiem te wtórne właśnie objawy — krwawe wymioty, niezem niepowsztrzymana biegunka, nieznośne bóle, uniemożliwiające odżywianie chorych — przez obozwodnienie ustroju i wyczerpanie i tak już uszkodzonego mięśnia sercowego, zarówno jak wtórne infekcje z obszernych powierzchni wrzodziejących, w znacznej mierze przyczyniają się do fatalnego rokowania w tych przypadkach.

Z chwilą zaś, kiedy udało nam się ominąć te wszystkie wtórne powikłania, gdy stoimy wobec zadania walki z ostrem uszkodzeniem nerek — walki, opartej na dokładnej znajomości fizjologicznej i chemicznej zachodzących tu zjawisk, rokowanie bynajmniej nie jest tak beznadziejne, nawet przy bardzo ciężkim uszkodzeniu aparatu nerkowego, jak tego dowodzą nasze przypadki, a szczególnie powyżej przytoczone.

Dla lepszego uwidocznienia rozwoju sprawy załączamy tu krótką tabelkę, najważniejszych wyników badań laboratoryjnych u naszej chorej.

Data	Ciśnienie	Hb.	Krwinki czerwone	Mocznik	Kwas moczowy	Chlorki		Białko osocza	Ilość	C. gat.	Białko	Dobowa wydajność chlorków	Dobowa wydajność azotu całkowitego
						w surowicy	we krwi						
						5. I.							
8. I.		52 ⁰ / ₀	3.150.000	1,6 ⁰ / ₀	82 mgr.								
1. VI.	140/78					585 ⁰ / ₀			420	1012	0,5 ⁰ / ₀	1,33 gr.	7,65 gr.
12. I.		60 ⁰ / ₀	2.950.000	2,1 ⁰ / ₀	115,6 mgr.								
14. I.	135/80	60 ⁰ / ₀	2.990.000					8,94 ⁰ / ₀	1140	1010	0,5 ⁰ / ₀	2,5 gr.	4,15 gr.
16. I.	130/76	60 ⁰ / ₀	2.950.000	2,8 ⁰ / ₀	140 mgr.			8,8 ⁰ / ₀	780	1012	0,5 ⁰ / ₀	2,25 gr.	6,44 gr.
19. I.	130/78	62 ⁰ / ₀	3.200.000			643 ⁰ / ₀			1400	1012	0,25 ⁰ / ₀	1,4 gr.	6,4 gr.
20. I.	124/75	61 ⁰ / ₀	3.120.000	1,6 ⁰ / ₀	91,5 mgr.	64 ⁰ / ₀		8,8 ⁰ / ₀	1600	1012	0,25 ⁰ / ₀	1,12 gr.	6,2 gr.
22. I.	115/65	64 ⁰ / ₀	3.300.000	1 ⁰ / ₀	82 mgr.	67 ⁰ / ₀		9,1 ⁰ / ₀	1900	1012	0,2 ⁰ / ₀	2,23 gr.	9,8 gr.
26. I.	115/70	65 ⁰ / ₀	3.450.000	0,45 ⁰ / ₀	45,5 mgr.	451 ⁰ / ₀		9,11 ⁰ / ₀	1500	1009	0,2 ⁰ / ₀	0,75 gr.	8,1 gr.
3. II.	105/68	65 ⁰ / ₀	3.480.000	0,25 ⁰ / ₀	35,2 mgr.	494 ⁰ / ₀		9,1 ⁰ / ₀	700	1012	śląd	0,3 gr.	
8. II.	105/78	65 ⁰ / ₀	3.450.000			468 ⁰ / ₀		9,12 ⁰ / ₀	1400	1010	śląd	6,7 gr.	5,83 gr.

Próby czynnościowe.

15. I. Próba fenolsulfoftaleinowa:
- Po 2-ch godzinach wydzieliła 10% barwika, Po 4-ch godzinach wydzieliła 25% barwika.
2. II. 2) Początek wydzielenia po 9'.
Po I-ej godzinie wydzieliła 60% barwika.
Po II-ej godzinie wydzieliła 26% barwika.
Razem 86% barwika.

Próba ze stężeniem.

31. I. 1) 30cm³ — C. g. 1011; 2) 15cm³ — " 1017; 3) 34cm³ — " 1019; 4) 25cm³ — " 1019; 5) 35cm³ — " 1017;
12. II. 1) 60cm³ — C. g. 1012; 2) 25cm³ — " 1015; 3) 32cm³ — " 1015; 4) 35cm³ — " 1015; 5) 40cm³ — " 1015;

Próba z rozcieńczeniem (po wypiciu 1500 cm³ wody).

1. II. 1) 90cm³ — C. g. 1004; 2) 72cm³ — " 1003; 3) 65cm³ — " 1003; 4) 110cm³ — " 1004; 5) 400cm³ — " 1004;
13. II. 1) 155cm³ — C. g. 1002; 2) 150cm³ — " 1003; 3) 190cm³ — " 1004; 4) 230cm³ — " 1004; 5) 300cm³ — " 1003;

Próba z obciążeniem 10 gr. soli kuchennej.

4. II.	Na Cl. ‰	Ilość moczu	C. gat.	Ilość Na Cl.
1)	4,45 ⁰ / ₀	320cm ³	1009	1,42 gr.
2)	6,79	550cm ³	1010	3,73 gr.
3)	7,00	250cm ³	1014	1,75 gr.
4)	6,55	300cm ³	1012	1,97 gr.
5)	5,38	250cm ³	1011	1,35 gr.
		1670cm ³		10,22 gr.

Piśmiennictwo.

Polska Gaz. Lek. Nr. 3. 1923 r. Dr. Lewensztajn.
Polska Gaz. Lek. Nr. 22. 1924 r. A. Landau, M. Temkin i Fejgin. Bull et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, Nr. 32, 1921, Milian. Volhard: Die doppel-seitigen hämatogenen Niereuerkrankungen.

Z Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Strasburskiego (Dyrektor: Prof. René LERICHE).

O przecinaniu gałązek łączących w zespole bólowym kończyn.

Podał

prof. R. LERICHE (Strasburg).

Mało jeszcze posiadamy sposobów chirurgicznych dla zapobiegania bólom w kończynach. Bezwątpienia sympatektomia okołotętnicza ma wpływ dodatni na niektóre zespoły bólowe (bólę poprzedzające zgorzel, kaulalgje, cierpienie Raynau da, bóle w kikutach), jednakże zabieg ten zawodzi czasami, niewiedomo zresztą, czemu; w niektórych przypadkach jest on niewystarczający, w innych znowu nie daje się zupełnie zastosować.

A wtedy nie pozostaje nic innego, jak przecięcie kończni tylnych, przecięcie bowiem słupów tylnych (cordotomia) nie ma dotychczas szerszego zastosowania. Zabieg przecinania korzeni tylnych prowadzi za sobą obszerne uszkodzenia, stwarza duże obszary znieczulenia lub tylko obniżenia czucia, stwarza często znaczne obrzęki, wreszcie niedowład odruchowe, niezmiernie przykre. U osobników o kościecu zdrowym, które nie podlegały żadnym amputacjom i mogą mieć nadzieję powrotu do normalnego życia po usunięciu bólów, ujemne strony zabiegu (przecinania korzeni tylnych) przewyższają dodatnie. A zresztą, zabieg ten niezawsze usuwa bóle, czasem zawodzi i należy zatem szukać stosowniejszej metody.

Często o tem myślałem i, mając na względzie doniosły wpływ sympatektomji na usmierzenie bólów, sądziłem oddawna, że możnaby było osiągnąć układu współczulnego obwodowego kończyn na tym poziomie, gdzie jest on zebrany w wyraźny i oddzielny pień (po za węzłem), to jest na poziomie gałązek łączących.

Już dawniej wypowiedziałem swe mniemanie, dlaczego wydaje mi się niefizjologicznym i praktycznym przeciwwskazaniem zwracać się do węzłów współczulnych. Odwrotnie, wydaje się, iż w przyp. choćby nerwobólów rozsianych, bez charakteru bólów korzonkowych lub obwodowych, jakie od czasu do czasu widzujemy w obrębie kończyn górnych, zwłaszcza po urazach lub amputacjach, można by uzyskać dobre wyniki, przecinając gałązki łączące, udające się do spłotów kończyny górnej (plexus brachialis). Przeszło dwa lata czekałem na okazję wykonania tego zabiegu. W tym czasie ogłosiłem wraz z Wertheimem badania anatomiczne nad gałązkami łączącymi. Hunter i Royle ogłosili swe wybitne prace o przecinaniu gałązek łączących w porażeniach kończynowych. Horelaccue opublikował swe badania anatomiczne niezmiernie dokładne nad gałązkami szyjnymi, Gaza opisał technikę operacyjną przecinania gałązek łączących grzbietowych. Jednym słowem, zagadnienie zabiegów w obrębie gałązek łączących weszło nagle na porządek dzienny, jednakże ścisły punkt widzenia, na którym mi zależało, nie był wytknięty.

Ostatnio wreszcie miałem możność dokonania przecięcia gałązek łączących spłotu ramieniowego u osobnika, dotkniętego silnymi bólami w obrębie kikuta amputowanego przedramienia. Wynik przeszedł wszelkie oczekiwania.

Oto skrót historii choroby: G., raniony kulą w r. 1916 w lewą rękę. Podlegał on licznym zabiegom chirurgicznym bez dodatniego wyniku, cierpiał ciągle i nie mógł odzyskać władzy, wreszcie w 1917 roku poddał się amputacji ręki. Do roku 1923 posługuje się on swym kikutem i nie odczuwa cierpienia. W 1923 r. naskutek zapalenia kości w kikucie, a zwłaszcza naskutek urazu przedramienia bóle stają się coraz silniejsze. W czerwcu 1924 r. dokonano ponownie amputacji kości kikutu i sympatektomji ramieniowej. Oba te zabiegi nie daly żadnej poprawy, i chory bezustannie cierpiał z powodu bólów, zwłaszcza na stronie wewnętrznej ramienia i łokcia, a na plecach w obrębie kąta łopatki; tu specjalnie bóle były ostre i stałe.

W tych warunkach skierowano G. do mnie z myślą, iż dokonam u niego przecięcia korzeni. Obok zaburzeń naczynioruchowych niestałych, lecz silnie zaznaczonych, stwierdzić można było zanik wyraźny całej kończyny oraz pasa barkowego. Poza tem wynik badania był ujemny; zabiegu dokonałem 16 stycznia pod znieczuleniem miejscowym, posługując się metodą prostą i łatwą, mianowicie, obnażyłem dolną po-

łową układu współczuinego szyjnego, wyszukałem zwój dolny i gw. azdysty, przeciętem następujące gałązki łączące: p. erwszą grzbietową, 8-mą, 7-mą, 6-tą i 5-tą szyjną oraz oba korzenie nerwu kręgowego (*nervus vertebralis*).

Tegoż wieczoru bóle całkowicie ustąpiły w obrębie kończyny górnej. Dnia następnego ustąpił również ból łopatki i od tej chwili chory nie czuje bólów.

Nie będę tu dodawał niezmiernie ciekawych spostrzeżeń, poczynionych przezemnie i moich pomocników, już to w czasie samego zabiegu, już też nazajutrz po nim; stanowią one będą przedmiot specjalny pracy fizjologicznej, którą ogłosimy wraz z Fontanem; pragnę tu jedynie zwrócić uwagę na wynik leczniczy zabiegu.

Operowałem już wielu chorych, cierpiących z powodu rozmaitych bólów. Nigdy nie otrzymywałem podobnie doskonałego uśmierzenia ich, z wyjątkiem rezultatu, jaki osiągałem przy zabiegu neurotomji zwoju Gassera w przypadkach nerwobólu nerwu trójdzielnego.

Od pierwszej operacji zabieg przecięcia gałązek łączących powtórzyłem już dwukrotnie zawsze w obrębie splotu kołczyny górnej w przypadkach zespołów bólowych.

Wynik był zawsze niezwłoczny i zupełnie dodatni. Bez wątpienia należy jeszcze przypadki te badać przez czas dłuższy, lecz, bądź co bądź, już przyciągają one naszą uwagę: wydaje mi się pewnym, iż przecinanie gałązek łączących jest zabiegiem najlepszym, jaki posiadamy dla ulżenia cierpiącym z powodu bólów uporczywych, jeśli nie całkowicie nieuleczalnych.

Z oddziału wewnętrznego szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

(Kierownik: Władysław JANOWSKI).

Przypadek kiły żołądka.

Podał

Mieczysław GOLDMAN (Warszawa).

Chora lat 26, mężatka, zajmowała się gospodarstwem domowym. Około pięciu miesięcy przed przybyciem do szpitala zaczęła odczuwać bóle w dołku, promieniujące wlewo pod łuk żebrowy; nasilały się one z biegiem czasu. Po spożyciu pokarmów bóle się wzmacniały i wskutek tego, pomimo zachowanego łaknienia, chora spożywała b. mało stałych pokarmów; piła jednak dużo. Bóle te nie stały w ścisłym związku ze spożywaniem pokarmów, gdyż chora miewała je również napadowo przed jedzeniem, naczczo, oraz w nocy. Często bywały odbijania gorzko-kwaśne również i naczczo. Odczuwała ciężar w dołku. W celu ulżenia sobie sztucznie wywoływała wymioty; samostnych wymiotów nie miewała. Przez czas choroby na wadze straciła około 50-ciu funtów, znacznie osłabła i, wskutek tego, od 5-ciu tygodni nie opuszczała łóżka. Leczyła się przez cały czas bezskutecznie. Chorób, przebytych w dzieciństwie, nie pamięta. Perjody od 14 roku życia, regularne, trwające 2—3 dni (4 tyg.), skąpe, niebolesne. Zameżna od dziesięciu lat, w ciąży nie zachodziła. Dodatkowo dowiedzieliśmy się, że zameżna była dwukrotnie, i że obecny mąż jej przed kilku laty miał jakoby przechodzić chorobę weneryczną. Pozatem wywiady rodzinne bez znaczenia. Obecnie chora skarży się na te same dolegliwości. Stolec i mocz oddaje prawidłowo. Sypia źle. Często miewa bóle głowy.

Stano b e c n y: Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie podupadłe. Powłoki skórne oraz śluzówki blade. Gruczoły chłonne niemacalne. Obręzków nie stwierdzono. Ciężota 36,70. Tętno 80 na minutę, miarowe, średnio wypełnione oraz napięte. Ciśnienie max. 120, min. 60. Tętnica miękkie, gładkie. Oddechów 20 na minutę. Głowa zbudowana prawidłowo, niebolesna na opukiwanie. Szyja średnio długa. Tarczycza nie powiększona. Klatka piersiowa krótka, kąt międzyżebrowy prosty, kręgosłup prosty, przy obmacywaniu nie bolesny. Wypukowo górna granica do wyrostka kołczastego VII kręgu szyjnego, dolne w X-ych międzyżebrowach, ruchome. Nieznaczne stłumienie nad przebiegiem prawej łopatki, odgłos wypukowy na pozostałej przestrzeni pormalny płucny. Drżenie wzmożone nad szczytem prawym, wysłuchowo wzmożenie nad szczytem lewym szmerów oddechowych, poza tem oddech pęcherzykowy. Z przodu górna granica 2½ palca powyżej

obojczyków. Dolna granica po stronie prawej w VI międzyżebrowu. Nieznaczne stłumienie nad prawym szczytem. Oddech pęcherzykowy. Uderzenie wierzchołkowe serca macalne w V międzyżebrowu, na wewnątrz od linii sutkowej lewej, górna granica w IV międzyżebrowu, prawa linja mostkowa lewa, lewa na wewnątrz od linii sutkowej lewej. Tętno serca miarowe, czyste. Jama ustna: język wilgotny, nieobłożony, uzębienie prawidłowe, migdałki niezmiennione. Brzuch miernie wysklepiony, przy obmacywaniu nie wykazuje oporów. Nieznaczna bolesność w dołku. Wątroba nie wystaje z pod łuku żebrowego, śledziona niemacalna — granica wypukowa od IX żebra. Nerki nie wymacują się. Objaw Goldflama a obustronnie ujemny, punkty przypępkowe niebolesne. Układ nerwowy: gałki oczne ustawione i ruchome prawidłowo, źrenice średnio szerokie, okrągłe, na światło i przystosowanie odz. alywują prawidłowo. Odruchy ścięgnowe nieco wzmożone, odruchy skórne zachowane, odruchów patologicznych nie stwierdzono. Podczas badania ginekologicznego z objawów chorobowych stwierdzono zgrubienie lewych więzów oraz znaczną bolesność lewego jajnika. Mocz o c. g. 1020, odczynie kwaśnym, składników chorobowych nie stwierdzono. Krew: Hb 75 (Sahl), ciałek czerwonych 4100,000 index. 0,8, wzór:

B	E	My	Mtm	P	N	L	Mo
1	3	0	0	4	53	16	23

Treść żołądkowa: naczczo wydobyto 25 cm³ płynu żółtawego o odczynie zasadowym, pod drobnowidzem dość liczne leukocyty, próba benzydynamy dodatnia; po próbnym śniadaniu wydobyto 80 cm³ treści źle strawionej, stosunek części płynnej do stałej 20:80, wolnego kwasu solnego—brak, kwasota ogólna — 10, kw. mleczny — nieobecny, podpuszczka, pepsyna — nieobecne, próba benzydynamy — dodatnia, pod drobnowidzem: skrobia, drożdże, liczne leukocyty, miejscami w dużych skupieniach. W kale utajona krew obecna. Pierwsze badanie rentgenologiczne wykazało, co następuje: „cech wrzodu niema, żołądek mały, położony wysoko, silnie zniekształcony; w części odźwiernikowej i dolnej części krzywizny większej duży ubytek cieniowy. Treść przedostaje się do jelit cienkich wybitnie szybko; całość badania przemawia za rozpoznaniem guza w dolnej części żołądka.

Po stwierdzeniu na zasadzie wywiadów oraz badania klinicznego, że sprawa chorobowa umiejscowiona jest w obrębie żołądka, należało jeszcze ustalić jej istotę. Znaczny spadek wagi w stosunkowo krótkim czasie, brak wolnego HCl, niski stopień kwasoty ogólnej, całkowity brak zaczynów żołądkowych, stwierdzenie obecności krwi w treści żołądkowej i utajonej krwi w kale, a szczególnie wynik badania rentgenologicznego nakazywały poważne liczenie się z możliwością nowotworu złośliwego w żołądku, pomimo młodego wieku pacjentki. Wynik dodatkowych badań, w tym celu przeprowadzonych, jak: ujemna próba Botelho, ujemna próba Salomona, nieznaczne tylko przyspieszenie czasu opadania krwinek czerwonych (48 mm. na godzinę), w granicach normy ilości białka stwierdzonego refraktometrycznie w surowicy krwi, brak objawów daleko posuniętej niedokrwistości w obrazie krwi, brak cech charłactwa, pomimo podupadłego odżywiania oraz młody wiek chorej — pozwalały poddać w wątpliwość powyższe przypuszczenie. Różniczkując klinicznie dalej, zbadaliśmy krew na odczyn Wassermana — wypadł on dodatnio, mianowicie ++++. Powstało pytanie, zazwyczaj trudne do rozwiązania: kiła i jednocześnie schorzenie żołądka, a niezależne od niego, czy też schorzenia żołądka na tle kiły? Do rozwiązania tego zagadnienia przystąpiliśmy ostrożnie. Przedewszystkiem szło nam o ustalenie dokładnego rozpoznania cierpienia, niezależne od jego etiologii. W tym celu posłaliśmy chorą jeszcze raz na badanie rentgenologiczne, nie ograniczając się do badania przez jednego rentgenologa. Świeże rozpoznanie rentgenologiczne różniło się od poprzedniego i brzmiało w sposób następujący: „*ulcus ventriculi curvaturae majoris* (możliwe ulcera) oraz „*perigastritis*“ o charakterze nacieczenia“. Rozpoznanie to odpowiadało skargom, podawanym przez chorą, oraz wynikowi badania klinicznego. Wobec tego powiedzieliśmy sobie, że właśnie ten przypadek nadaje się specjalnie do rozwiązania w drodze próby leczniczej pytania o związek danego cierpienia z kiłą. Stosując specyficzne leczenie bez

uwzględnienia djetetyki, osiągnąć możemy poprawę jedynie w tym przypadku, kiedy cieplnienie żołądka jest spowodowane kiał, w przeciwnym razie poprawa nie nastąpi, a nawet nastąpi pogorszenie.

W pierwszym przypadku wraz z poprawą podmiotową powinniśmy liczyć na cofnięcie się na korzyść obrazu rentgenologicznego, a nawet z powrotem do normy chemizmu żołądka.

U naszej chorej już po kilku dniach stosowania leczenia — przyczem chora spożywała normalne szpitalne jedzenie, początkowo bez mięsa, którego nie znosiła — objawy podmiotowe ustąpiły całkowicie, chora zaczęła nawet jadać mięso, po raz pierwszy od 5-ciu miesięcy; stan ten utrzymywał się aż do chwili opuszczenia szpitala, t. j. w przeciągu dwóch miesięcy. Należy tu podkreślić, że chora w przeciągu 5-ciu miesięcy przed przybyciem do szpitala leczyła się w domu, i, pomimo kilkakrotnego dłuższego przestrzegania diety i leżenia w łóżku, stan jej się nie poprawił. Po upływie 18-tu dni od poprzedniego badania rentgenologicznego badanie to zostało powtórzone, przyczem obraz zmienił się znacznie na korzyść. Orzeczenie rentgenologa brzmiało jak następuje: „żołądek o kształcie, zlekka przypominającym róg; napięcie znacznie mniejsze, niż poprzednio; z dwudzielności pozostał ślad, ruchy robaczkowe znacznie spokojniejsze; przejście przez odźwiernik swobodne“. Również i w treści żołądkowej stwierdziliśmy częściową poprawę, mianowicie: nie stwierdziliśmy krwi, ani w treści żołądkowej, ani utajonej w kale; liczba leukocytów zmniejszyła się z licznych kępek do zaledwie pojedynczych, chemizm żołądka pozostał bez zmian. Badanie krwi na odczyn Wassermana po upływie 6-ciu tygodni wypadło ujemnie. Opierając się na powyższych danych, rozpoznaliśmy cierpienie żołądka na tle kily.

Leczenie chorej polegało na doustnym podawaniu początkowo 2 gr. jodu w postaci *Natr. iodat.*, oraz 2 centygramów rtęci, jako *Hydrarg. bijodat.*, następnie zwiększyliśmy dawkę jodu do 3 gr. oraz dodaliśmy rtęci w postaci *Hydrarg. salicyl.* domięśniowo 0,1 gr. raz w tygodniu. Po upływie sześciu tygodni chora wypisała się.

W ogłoszonej przed niespełną dwoma laty pracy Hausmann¹⁾ opisuje szereg obserwowanych przez siebie przypadków kily żołądka oraz wyciąga następujące wnioski: kila żołądka jest znacznie częstsza, niż się to zwykle rozpoznaje, cierpienie to często przebiega bez wszelkich innych objawów kily; jedyną cechą charakterystyczną dla kily żołądka jest podkwaśność lub zupełny brak kwasu solnego; dlatego we wszelkich cierpieniach żołądka z podkwaśnością należy pamiętać o kile; kłowe cierpienie żołądka hamuje wydzielność błony śluzowej, tak, że normalna lub wzmoczona kwasota przemawia przeciwko kile; zdanie to potwierdzają zresztą i inni autorzy, jak Brugsch, Schneider i inni. Wszystkie inne objawy, prócz zaburzeń w wydzielaniu błony śluzowej żołądka, nie są charakterystyczne, i dlatego kila żołądka może przebiegać pod postacią raka, wrzodu, wężenia odźwiernika. Miarodajny jest skutek leczenia. Hausmann podaje, że prawie we wszystkich obserwowanych przez niego przypadkach chemizm żołądka powrócił do normy lub znacznie się poprawił.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala na Czysym w Warszawie.

(Ordynator: Dr. A. SOŁOWIEJCZYK).

Przypadek wytworzenia sztucznej pochwy sposobem Schuberta przy wrodzonym braku macicy i pochwy.

Podał

Paweł GOLDSTEIN (Warszawa).

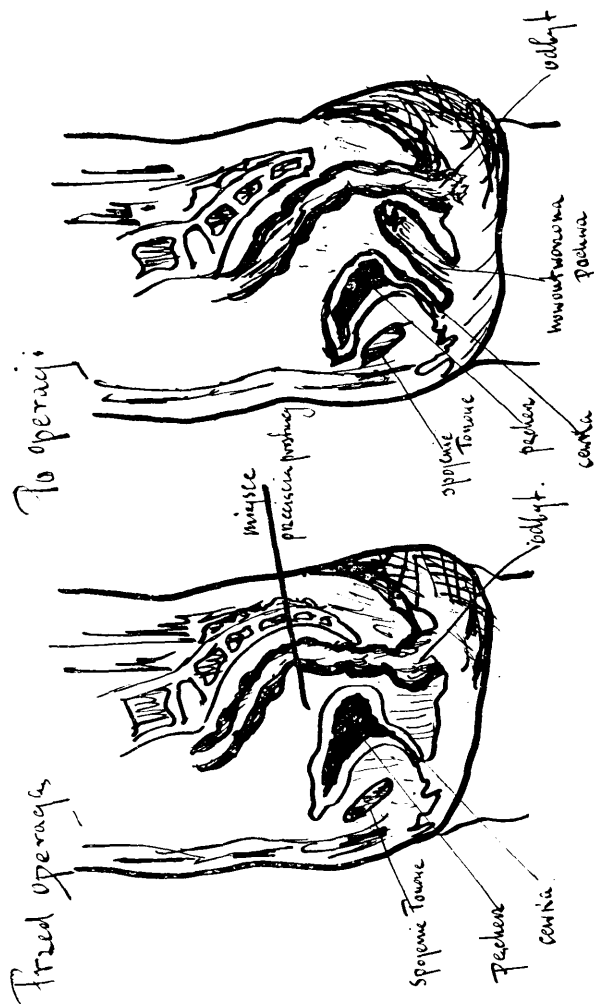
Zupełny brak wrodzony macicy i pochwy u rozwiniętej kobiety należy do zjawisk dość rzadkich. Przypadki, w których udało się u takich chorych sposobem operacyjnym wytworzyć dobrze funkcjonującą pochwę, są jeszcze radsze i,

¹⁾ Zeitschrift f. Klin. Mediz. zeszyt 93, rok 1924. Neue Beiträge zur Magensyphilis.

jako takie, zasługują na ogłoszenie. W piśmiennictwie lekarskim wszechświatowym ogłoszono dotychczas przeszło 30 przypadków, operowanych sposobem Schuberta. W Polsce, o ile mi wiadomo, jest to drugi przypadek operowany: pierwszy z wynikiem dobrym Dr. Altkaufera (dwa z zejściem śmiertelnym Dr. Brudzińskiego i Prof. Leśniewskiego) — drugi mój również z wynikiem dobrym, dotyczy 28-letniej F. G. z Ostrowca.

Matka pacjentki podobno nie menstruowała aż do chwili wyjścia zamąż. Po 2-ach latach urodziła dziewczynkę. Później trzykrotnie roniła w 4-ym, 6-ym i 8-ym miesiącu ciąży. Umarła w 26-ym roku życia z powodu „wrzodu macicy“. Ojciec żyje i jest zdrow.

Pacjentka w dzieciństwie rozwijała się normalnie. W 12 roku życia pokazało się owłosienie na wżgórku łonowym, które później było dość obfite. W 15-ym roku życia zaczęły się rozwijać gruczoły piersiowe. W tym okresie pacjentka miewała silne bóle w brzuchu i krzyżu. Nigdy nie menstruowała, ale nie przywiązywała do tego zbyt wielkiej wagi ze względu na brak miesiączki u jej matki przed ślubem. Mając



lat 26, wyszła zamąż. Próby spółkowania ze strony męża sprawiały jej silne bóle i okazały się niemożliwe.

Po przybyciu do szpitala stwierdzono: budowa pacjentki proporcjonalna, ale drobna, twarz o wyglądzie młodej dziewczynki. Włosy na głowie długie, na wżgórku łonowym owłosienie dość obfite typu kobiecego, pod pachami owłosienia brak zupełny. Gruczoły piersiowe dość dobrze rozwinięte. Badanie zewnętrznych organów płciowych, po rozchyleniu dużych i małych warg, wykazuje zupełny brak pochwy lub jakiegokolwiek otworu albo zagłębienia w miejscu wejścia do pochwy. Niema również żadnych resztek hymenalnych. Otwór cewki o normalnym wyglądzie i rozmiarach. Badanie przez odbyt wykazuje zupełny brak macicy. Przydatków, ani jajników również wymacać się nie udało, pomimo niewątpliwego istnienia może niedostatecznie rozwiniętych jajników. Przemawiają za tem nieźle rozwinięte u pacjentki wtórne cechy

kobiece, jak również podobno, zachowana **libido**. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez uchwytnych zmian. Mocz — norma.

24.II.25. chorą operowałem w uśpieniu eterowym sposobem Schuberta. Przebieg pooperacyjny zupełnie gładki. Chora w ciągu pierwszych dni po operacji lekko gorączkowała, ale stan ogólny był zupełnie dobry. Wypróżnienia wstrzymano przy pomocy makowca w ciągu 10 dni, mocz wypuszczano cewnikiem. Prostnica, ściągnięta i przyszyta do miejsca dawnej rzyzi, zrosła się przez rychłozrost, natomiast dolny odcinek dawnego odbytu, przeniesiony na miejsce wejścia do nowej pochwy, uległ na przestrzeni $\frac{1}{2}$ —1 cm. powierzchownej zgorzeli. Miejsce to pokryło się naskórkiem, względnie nabłonkiem, w ciągu 2—3 tygodni. Rana tylna po usunięciu kości ogonowej i krzyżowej wypełniała się powoli. Po tygodniu chora zaczęła samoistnie oddawać mocz, nieprzymanie kału trwało około 3-ch tygodni.

Obecnie **continentia** jest zupełnie zachowana. Do pochwy wprowadza się Nr. 22 dilatatora na 9 cm. wgłąb, a więc wynik należy uważać za zupełnie dodatni.

Embrjologia wyjaśnia, w jaki sposób rozwijają się organy płciowe w płodzie, i co powoduje brak tego czy innego organu. Mówić o tem nie będę. Natomiast chciałbym wspomnieć o rozmaitych sposobach operowania tego cierpienia i wskazać drogi, które mi kroczyła myśl chirurgów, póki w końcu doprowadziła do doskonałego sposobu Schuberta.

Zaczęto od tworzenia pochwy z tkanek, otaczających przyszyły **introitus vaginae**, a więc śluzówki przedstonka, małych warg, próbowano robić płaty ze skóry uda lub brzucha (Andersen, Bumm, Credé, Pfannenstiel, Pozzi, Thiersch i t. d.). Wszystkie te sposoby jednak zawiodły. Płaty te albo obumierają wkrótce po operacji, lub kurczą się i zanikają po krótkim czasie. Przeszczepianie w sztucznie wytworzony kanał wolnych płatów śluzówki, otrzymanych przy operacjach wypadnięcia pochwy, dały nie lepsze wyniki (Küstner, Mackenrodt), jak również pokrycie tego kanału otrzewną, otrzymaną przez ściągnięcie fałdy Douglasa (Krömer, Stöckel).

Zdaje się, że jednocześnie kilku ginekologów-chirurgów wpadło na pomysł użycia jelita cienkiego, celem wytworzenia sztucznej pochwy. Sposób ten, który w dalszym rozwoju doprowadził do dobrych wyników, był stosowany przeszło 30 razy (5 zejść śmiertelnych, 2 zejścia śmiertelne w Polsce, o których wyżej wspominałem). Operowali tym sposobem: Abadie, Baldwin, Bonney, Bumm, Broccha, Brudziński, Fellenberg, Georgescu, Guggisberg, Häberlin, Halban, Henkel, Hörmann, Invara, Leśniowski, Liebl, Mori, Müller, Papanicol, Pitha, Protopopescu, Senchal, Stoeckel, Ward.

Polega on na tem, że po otwarciu jamy brzusznej wyłączamy odcinek jelita biodrowego długości około 30 cm., możliwie leżący nisko i łatwo dający się odprowadzić do małej miednicy. Po przywróceniu łączności jelit przez zespolenie końców lub boczne zamykamy światło odcinka z obu stron. Następnie ściągamy na dół wyłączone jelito (trzymające się na kresce) przy pomocy jedwabnej nitki, obejmującej w połowie długości wyłączony kawałek w wytworzony sztucznie kanał. Po otwarciu jelita przyszywamy je do wejścia do pochwy i otrzymujemy podwójną pochwę. Sposób ten 1) wymaga wykonania dość poważnej i długiej operacji brzusznej, a więc naraża chore na bezpośrednie niebezpieczeństwo (5 razy zapalenie otrzewny, 2) otrzymujemy pochwę podwójną i, jako powstałą z jelita cienkiego, obficie wydzielającą śluz i sok k' szkowy. Ostatnia ta okoliczność nie ma znaczenia zasadniczego, ale bądź co bądź, stanowi cechę ujemną tego sposobu.

Inny szereg uczonych proponował użycie jelita grubego, prostnicy, względnie esicy jako materiału dla brakującej pochwy (Aman, Albrecht, Boldt, Gersuny, Ruge, Schubert, Strassmann). Jeszcze przed nimi Sniegireff zaproponował pozostawienie prostnicy na miejscu, względnie przesunięcie jej cokolwiek ku przodowi, mającej w ten sposób służyć za pochwę, i utworzenie stałego odbytu krzyżowego z górnego odcinka prostnicy. Operacja ta do poprzedniego kalectwa dodaje nowe, więc, naturalnie, że nie mogła liczyć na powodzenie.

Najlepsza okazała się operacja, opisana przez Schuberta (Zbl. f. Gynaekologie 1911 Nr. 28). Schubert zaczyna swój zabieg od usunięcia krążka śluzówki na miejscu,

gdzie ma być wejście do przyszłej pochwy, pod otworem cewki moczowej. Następnie cięciem okrężnym naokoło odbytu wydziela dolny odcinek prostnicy na przestrzeni około 3 cm., nie uszkadzając zwieracza odbytu. Potem kładziemy chorą na prawy bok, robimy cięcie Kraskego ponad kością krzyżową i ogonową, usuwamy kość ogonową i w razie potrzeby część kości krzyżowej i staramy się, nie otwierając jamy otrzewnej, uruchomić i oddzielić prostnicę na znacznej przestrzeni około 12 cm. Jest to najtrudniejsza część operacji, gdyż przy zmienionych warunkach anatomicznych, jakie spotykamy u tych chorych, łatwo uszkodzić pęcherz lub otworzyć przednią fałdę otrzewną między pęcherzem i prostnicą. Po skończeniu tego aktu operacyjnego przecinamy prostnicę poprzecznie w miejscu, gdzie ma być późniejsze sklepienie pochwy, i zaszywamy dolny odcinek na gucho dwupiętrowym szwem. W ten sposób mamy gotową przyszyłą pochwę. Należy tylko odbyć przenieść na poprzednio markowane miejsce wejścia do pochwy i obszyć go, a górny odcinek przeciętej prostnicy ściągnąć na miejsce poprzedniego odbytu i również go przyszyć. Cięcie tylne ponad kością krzyżową w części się zaszywa, a w części drenuje. Operacja jest skończona. Wyniki operacyjne są doskonałe. Wobec tego, że zwieracz odbytu nie zostaje przy tej operacji uszkodzony, to trzymanie kału pozostaje zachowane. Najlepiej zilustruje tę operację rysunek schematyczny (patrz str. 211).

Jest to pomimo pewnych modyfikacji, zalecanych przez Strassmanna i innych, jak dotychczas, najlepszy sposób operowania tego kalectwa i daje wyniki dobre i trwałe.

Z kliniki Chórób Dziecięcych Uniw. Warsz.

(Dyrektor: Prof. M. MICHAŁOWICZ).

O zawartości kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym w stanach zapalnych opon.

Podał

Paweł BAUMRITTER (Warszawa).

Rozpoznawanie różniczkowe zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych w przypadkach typowych nie nastęrcza klinicyście większych trudności. Naogół zespół objawów klinicznych oraz cechy płynu mózgowo-rdzeniowego pozwalają ustalić właściwe rozpoznanie.

Niestety, nie zawsze to ma miejsce, gdyż wyniki badań cytologicznych i bakterjologicznych płynu mogą być mało przejrzyste, a nawet na pozór zwodnicze.

Wiemy wszak, iż limfocytozę, charakterystyczną dla zapalenia gruźliczego, spotykamy nieraz w początkowym okresie zapalenia nagminnego, a stale w okresie późniejszym. Z drugiej strony cały szereg badaczy stwierdził w niektórych przypadkach gruźlicy opon przewagę wielojądrzastych, w innych razach limfocytoza zjawia się dość późno (Mestrezat, Mackiewicz). Podobnie badanie bakterjologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego nie zawsze daje dodatnie wyniki.

Z tego względu badania chemiczne płynu oddają klinice znaczne usługi pod względem rozpoznawczym. Wprowadzono do klinik oznaczanie zawartości chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym, zapoczątkowane przez Mestrezata, jak również określanie zawartości cukru gronowego.

Co się tyczy zawartości chlorków, to znacznemu obniżeniu jej w przebiegu zapalenia gruźliczego nie należy przypisywać znaczenia, jakie przypisywał temu zjawisku Mestrezat. Nowicka wykazała, iż obniżenie się ilości chlorków nie jest zjawiskiem bezwzględnie, a liczby normalne stwierdziła w okresach początkowych choroby, a zatem najważniejszych pod względem trudności rozpoznawczych.

Cukier gronowy w ostrych stanach zapalnych opon znajdujemy w ilościach zmniejszonych. Niema jednak zasadniczej różnicy pod względem zawartości cukru między zapaleniem gruźliczym a nagminnym.

Jak widzimy z powyższego, określenie chlorków i cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym nie daje wskazówek bezwzględnych, a jest tylko badaniem pomocniczym dla rozpoznania różniczkowego w szeregu innych badań.

Do rzędu takich badań pomocniczych należy włączyć niedawno wprowadzone przez autorów francuskich oznaczanie ilości kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym.

R. Cestan, M. Drouet i H. Colombies wykazali, iż u zdrowego osobnika granice urikorachji są znacznie szersze, niż podane poprzednio przez Chauffarda. Autorzy ci określali stosunek ilości kwasu moczowego, zawartego w płynie mózgowo-rdzeniowym do ilości kwasu moczowego we krwi i znaleźli, iż jest on bardzo różny i waha się w granicach od 1/13 do 2/3. Wahanie się tych liczb zależy w większym stopniu od zawartości kwasu moczowego we krwi, niż od zawartości w płynie mózgowo-rdzeniowym. Średni poziom urikorachji normalnego osobnika według wspomnianych badaczy wynosi 0,014⁰/oo. Cestan, Drouet i Colombies wykazali, iż kwas moczowy w płynie mózgowo-rdzeniowym występuje w dwóch postaciach:

1^o jako kwas moczowy wolny w ilości stałej 0,004⁰/oo i

2^o jako kwas moczowy związany, którego ilość ulega wahanom.

Na 20 zbadanych przypadków w jednym stwierdzono 0,020⁰/oo, w drugim 0,035⁰/oo u osobników zdrowych, w pozostałych odchylenia od liczby średniej 0,014⁰/oo były stosunkowo niewielkie.

Inni badacze francuscy Lesné, Hovard i Langie, określając zawartość kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym u dzieci zdrowych, jako przeciętną ilość przyjmują 0,017 — 0,018⁰/oo, a zatem nieco więcej, niż Cestan i jego współpracownicy.

U dzieci chorych w całym szeregu schorzeń, jak odra, ospa wietrzna, zapalenie płuc, dekompozycja, nie stwierdzili większych odchylenia od normy.

Natomiast w stanach zapalnych opon Lesné, Hovard i Langie wykazali zasadniczą różnicę między zapaleniem nagminnym i zapaleniem gruźliczym. W tem ostatniemu schorzeniu ilość kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym nie odbiega od normy, natomiast w zapaleniu opon nagminnym ilość ta znacznie wzrasta i wynosi około 0,030⁰/oo.

Lesné, Hovard i Langie znajdowali zwiększoną zawartość kw. moczowego w płynach zapalnych, niezależnie od tego, czy był to płyn lekko mętny, czy też wyraźnie o charakterze ropnym.

Wspomniani autorzy upatrują przyczynę hyperurikorachji w zwiększonej przepuszczalności opon dla kwasu moczowego w zapaleniu nagminnym.

Lesné, Hovard i Langie nie podają w swem doniesieniu, jak często stwierdzali odchylenia od przeciętnej zawartości kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym osobników zdrowych.

Jednak, uwzględniając wyniki badań Cestana, Drouet i Colombies, musimy uważać, iż różniczkowanie zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych na zasadzie zawartości kwasu moczowego nie jest metodą, dającą wskazania bezwzględne.

Celem oznaczenia zawartości kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym posłkowaliśmy się tą samą metodą, co i autorzy francuscy, mianowicie, metodą Grigaut. Porównanie kolorymetryczne przeprowadzaliśmy kolorymetrem Autenrietha w braku zalecanego przez Grigaut aparatu Duboscq'a.

Wyniki, jakie otrzymaliśmy, przedstawiają się, jak następuje:

L. p.	Nazwisko i imię	Wiek	Rozpoznanie	Ilość kw. mocz. %
1	M-ska Jasia	8 l.	Epil. Jacks. . . .	0,016
2	K-ski Zdziś	9 m.	Hydroc. int. . . .	0,015
3	R-n Hania	4 l.	Ty. abd.	0,018
4	C-m Mania	3 l.	" " " " " " " "	0,016
5	K-t Jurek	3 l.	Tuberc. solit. . . .	0,017
6	B-i Feluś	1 r.	Hydroc. int. . . .	0,019
7	D-r Tadzio	1 r.	Otitis m.	0,018
8	M-r Manio	4 l.	Encephalitis	0,015
9	G-l Tadzio	6 m.	Hydroc. int. . . .	0,014
10	G-r Jadzia	1 r.	" " " " " " " "	0,019
11	W-g Aron	1 r.	Idiotia amaur. . . .	0,027
12	J-cki Gienio	9 m.	Meningitis tbc. . . .	0,016
13	R-a Jadzia	6 m.	" " " " " " " "	0,017
14	N-k Jaś	1 r.	" " " " " " " "	0,015
15	K-s Jadzia	5 m.	" " " " " " " "	0,018
16	S-ska Hela	5 l.	" " " " " " " "	0,017
17	G-r Janinka	11 m.	" " " " " " " "	0,026

L. p.	Nazwisko i imię	Wiek	Rozpoznanie	Ilość kw. mocz. %
18	D-ski Jaś	1 m.	" " " " " " " "	0,015
19	P-cki Jaś	9 m.	" " " " " " " "	0,017
20	J-ski Gienio	9 m.	" " " " " " " "	0,019
21	R-ski Jerzyk	5 m.	" " " " " " " "	0,014
22	R-ski Jasia	9 m.	" " " " " " " "	0,017
23	Sz-r Cesia	4 m.	Mening. epidem. . . .	0,033
24	Gr-g Symcha	3 m.	" " " " " " " "	0,029
25	D-r Zasia	3 m.	" " " " " " " "	0,029
26	Cz-ska Krysia	5 m.	" " " " " " " "	0,034
27	" " " " " " " "	" "	" " " " " " " "	0,030
28	D-ski Zbyszczek	6 m.	" " " " " " " "	0,030
29	R-f Icek	4 m.	" " " " " " " "	0,034
30	P-n Doba	1 r.	" " " " " " " "	0,027
31	D-r Gitla	5 m.	Status post. mening. epid.	0,017
32	K-k Oleś	7 m.	Mening pneumoc. . . .	0,035

Jak widać z powyższego, wyniki nasze są naogół zgodne z wynikami autorów francuskich. W przypadkach, w których nie mieliśmy do czynienia z płynami zapalnymi, odchylenia od normy są naogół niewielkie. W jednym tylko przypadku (L. p. 11) stwierdziliśmy ilość znacznie większą od normalnej w płynie bez zmian zapalnych.

W przypadkach zapalenia opon gruźliczego zawartość kwasu moczowego okazała się niezmienną z wyjątkiem jednego przypadku (L. p. 17).

Co się tyczy zapalenia opon nagminnego, to we wszystkich przypadkach stwierdziliśmy znaczne zwiększenie się ilości kwasu moczowego równoległe ze zmianami zapalnymi w płynie. Natomiast w jednym przypadku (L. p. 31) po przebiegu zapalenia nagminnym zwiększenia kw. moczowego nie wykryto. Ponieważ od chwili choroby do chwili, w której wykonaliśmy badanie, minęło około 2 miesięcy, sądzić należy, iż w ciągu tego czasu ustąpiła zwiększona przepuszczalność opon dla kwasu moczowego. Odczyn globulinowy oraz badanie cytologiczne w powyższym płynie wypadły również ujemnie.

Na podkreślenie zasługuje fakt zwiększenia się zawartości kw. moczowego w przypadku zapalenia opon, wywołanego przez pneumokoki. Płyn w tym przypadku (L. p. 32) był przezroczysty, i pleocytoza wykazała przewagę limfocytów.

W celu przekonania się, czy na zwiększenie kwasu moczowego wpływa zawartość ciałek białych wielojądrazastych, dodaliśmy niewielką ilość ropy, złożonej z komórek wielojądrazastych 1^o do wody przefiltrowanej, 2^o do płynu mózgowo-rdzeniowego normalnego i 3^o do płynu mózgowo-rdzeniowego o cechach gruźliczych.

Określenie kwasu moczowego nie wykazało jego obecności w płynie pierwszym, nie wykazało zwiększenia jego ilości w płynie drugim i trzecim w porównaniu z poprzednią zawartością.

Wnioski.

1^o W większości przypadków gruźliczego zapalenia opon nie spotykamy zwiększenia się kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym, zwiększenia swiostego dla zapaleń o innej etiologii. Nieraz jednak, jak wskazują przypadki L. 11 i 17 stwierdzić możemy zwiększoną zawartość kwasu moczowego również u osobników zdrowych, lub w przypadkach zapalenia gruźliczego.

2^o W każdym razie znaczne zwiększenie przemawia raczej za zapaleniem nagminnym niż gruźliczym.

3^o Zwiększona zawartość kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym nie zależy od obecności komórek wielojądrazastych.

Piśmiennictwo.

1. H. Nowicka. O zawartości chlorków w płynie m.-rdz. i t. d. P. Gaz. Lek. Nr. 30 1924 r.; 2. I. Mackiewicz. O znaczeniu klin. badania płynu m.-rdz. (str. zb.). W. Cz. Lek. Nr. 9. 1924 r.; 3. R. Cestan, M. Drouet, H. Colombies. Soc. de Biologie 7. VII 1923 i 20. X 1923; 4. Lesné, Hovard, Langie. Soc. de Biologie 3. XI. 1923.

Z praktyki prywatnej.

Przyczynek do nauki o konstytucji.

Podał

Dr. Szymon TENENBAUM (Piotrków).

St. P r a e s. Chory lat 22; inteligencji średniej; wzrost 98 cm.; podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta; uwłosienie typu kobiecego; zarost twarzy skąpy; głowa duża; twarz asymetryczna; szczęka dolna wyraźnie zgrubiała. Jądra prawidłowo rozwinięte. Gruzoł tarczycowy niemacalny. Płuca i serce — norma. Tętno 90'. Często i przy nieznacznym wysiłku fizycznym się poci. Do 13-go roku życia był zupełnie zdrowy. W 13-ym roku przy przeszkakiwaniu przez rów zwichnięcie w lewym stawie biodrowym. Główna kość udowej na lewym talerzu biodrowym. (Kręgosłup odpowiednio skrzywiony). Na wysokości górnej 1/3 części lewej i prawej kości udowej stwierdzamy znaczne zgrubienie i wygięcie tej kości pod kątem rozwartym. Kość udowa prawa została złamana w 17-tym roku życia bez żadnych widocznych powodów. Grzebień kości goleniowych do przodu łukowato wygięte. Odprowadzenie (abdukcja) ud — niemożliwe. Chód kaczkowaty.

W y w i a d y. Dziadek mego pacjenta był zdrowy. Z pierwszą żoną miał dwoje dzieci: syna i córkę. Syn (ojciec pacjenta) często (kilkanaście razy) łamał kończyny dolne (uda i podudzia); obecnie jest wzrostu niskiego z powodu znacznego zniekształcenia kończyn dolnych. Córka (siostra ojca) zdrowa i ma zdrowe potomstwo. Ojciec miał 8-ro dzieci. 4-ro zmarło w dzieciństwie. Z 4-ga pozostałych 3-je kalek (2-ch synów i jedna córka). Jednym z nich jest mój pacjent. 2-gi — pierwszy raz złamał udo prawe, kiedy miał kilka miesięcy. Łamanie ud i podudzi często się powtarzały bez żadnego powodu (podczas siedzenia, leżenia w łóżku, chodzenia). Siostra złamała prawe udo w 13 roku życia.

Dziadek z drugą żoną miał 5-ro dzieci: 3-ch chłopców (1 zmarł w dzieciństwie + 1 zdrowy + 1 kaleka) i 2 córki (kaleka + zdrowa). Kaleka ma drobne dzieci; o potomstwie pozostałych nic nie wiadomo.

Czy w danym przypadku rodzina ta jest dziedzicznie obciążona daleko posuniętą krzywicą, czy niedomogą jednego z gruczołów dokrewnych — trudno odpowiedzieć. W dostępnym mi piśmiennictwie o zmianach podobnych, przechodzących z pokolenia na pokolenie, nic znaleźć nie mogłem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Streszczenia zbiorowe.

Z Państwowego Zakładu Higjenu w Warszawie.

Nowoczesne metody wykrywania jaj robaków pasorzytniczych w kale.

Podał

J. WITENBERG (Warszawa).

(Dokończenie).

3. Metody ilościowe.

Dotychczas rozpatrywaliśmy szereg sposobów wykrywania jaj w kale w celu stwierdzenia obecności w ustroju pasorzytów, mogących powodować objawy kliniczne. Lecz samo wykrycie jaj w kale nie zawsze jest dowodem choroby czerwiowej.

Robaki jednych gatunków wywołują poważne objawy kliniczne już w pojedynczych egzemplarzach, jak np. tasiemiec szeroki, glista ludzka i t. p. Natomiast robaki innych gatunków wywołują objawy kliniczne zależnie od liczby, w jakiej występują w zakażonym ustroju. Należy przeto rozróżniać inwazję czerwiową z jednej strony, a chorobę czerwiową z drugiej.

Dotychczas nie mamy ścisłych kryteriów, pozwalających na określenie od jakiej liczby pasorzytów danego gatunku zaczyna się stan choroby z objawami klinicznymi. Nieznane są również momenty, wytwarzające indywidualną odporność przeciwko chorobie czerwiowej.

Rzecz prosta, że wyjaśnienie wszystkich tych kwestyj wymaga opracowania metod, które pozwolą określić liczbę robaków, pasorzytujących w ustroju. Dotąd mamy jedną tylko taką metodę ilościową, która nie ziszciała wprawdzie pokładanych w niej nadziei, ale postawiła analizę ilościową helminologiczną kału na porządku dziennym. Twórcą tej metody jest N. R. Stoll, uczestnik akcji, przedsięwziętej przez Instytut Rockefellera w celu zwalczania choroby tęgoryjcowej na wyspach Antylskich.

Metoda Stolla przedstawia się, jak następuje:

1. Do dwóch próbek z oznaczonym poziomem do 45 cm. sześć. nabiera się po 3,0 nierozcieńczonego kału.
2. Dodać do 45 cm. 1/10 n. roztworu ługu sodowego.

3. Dobrze rozmieszać za pomocą drobnych kulek szklanych do otrzymania jednolitej zawiesiny.
4. Szybko nabrać pipetką z każdej próbki po 0,15 cm. sześć.
5. Wylać je na szkła przedmiotowe odpowiedniej wielkości (2×3 cale) i przykryć szkiełkiem pokrywkowym wielkości 22×40 mm.
6. Zbadać pod mikroskopem przy średnim powiększ.
7. Liczba jaj, widzianych na całym polu szkła, pomnożona przez 100, równa się liczbie jaj w jednym gramie kału.

Opierając się na ogromnej liczbie doświadczeń, polegających na wypędzaniu robaków po uprzedniej analizie kału i liczeniu ich, Stoll stwierdził, że przeciętnie na jedną samiczkę tęgoryjca przypada w 1 gramie nierozcieńczonego twardego kału 44 jaja, a podczas biegunki 12 jaj.

Z początku Stoll odniósł się z wielkim zapałem do swego odkrycia i napisał wraz ze swymi współpracownikami szereg prac, dotyczących stosowania swej metody do masowych badań luźności całych okręgów.

Lecz niestety inni badacze, sprawdzający wnioski Stolla, doszli do przekonania, że są one zbyt śmiałe. Davis (1924), opierając się na prawie 2,000 doświadczeń przyszedł do wniosku, że liczba jaj w gramie kału, odpowiadająca jednej samicy, waha się w tak wielkich granicach, że żadnej ścisłej cyfry przeciętnej ustalić niepodobna. Np. dla tęgoryjca cyfry wahają się między 69 a 375, dla glisty ludzkiej między 0 a 11.012. W tym samym czasie Davis skonstatował, że jedna samiczka tęgoryjca daje dziennie od 3 do 87,000 jaj, samiczka zaś glisty od 0 do 4 milionów.

Do analogicznych wniosków doszedł Smillie, Cort i inni, tak, że metoda Stolla nie może jeszcze być uznana za miarodajną.

4. Metody biologiczne.

Prócz metod powyższych, opartych na własnościach fizycznych jaj robaków, posiadamy jeszcze szereg metod biologicznych, t. j. takich, które są oparte na biologii robaków, a właściwie na wyłęganiu się larw z ich jaj. Sposoby te, aczkolwiek nie doznały dotąd szerokiego zastosowania w celach dagnostycznych, mogą jednak w niektórych przypadkach oddać większe usługi, niż metody wzbogacania, zwłaszcza, kiedy kał jest zmieszany z ziemią lub piaskiem. Pierw-

szą metodą biologiczną, uznaną już od 20 lat, jest metoda L o o s s a. Polega ona na tem, że próbkę kału, podejrzaną o zawartość jej tęgoryjca, miesza się z węglem zwierzęcym i wodą do konsystencji rzadkiego ciasta, rozmazuje się równomierną warstwą w szalce Petriego i stawia do ciepłarki. Na drugi lub trzeci dzień z jaj wyłęgają się bardzo ruchliwe larwy, które łatwo obserwowane można przy nieznanym powiększeniu w szelcinach, tworzących się podczas pękania zasychającej pożywki.

F i s c h o e d e r zaleca modyfikację tej metody, dającą jakoby lepsze wyniki, niż oryginalna. Sposób F i s c h o e d e r a polega na następującym: „Pokrywa się spód miseczki Petriego wilgotną gliną na wysokość mniej więcej 1 cm. i ugniata się ją łopatką szklaną lub palcami. Na to kładzie się małą ilość kału i rozciera się ją łopatką D r y g a l s k i e g o z powierzchnią warstwą gliny na masę, którą się rozpościera możliwie równomiernie. Aby uchronić hodowlę przed zbyt szybkim wyparowaniem, kładzie się pod pokrywkę miseczki kawałek wilgotnej bibuły i ustawia się to wszystko gliną na dół do termostatu przy 37°. Już po trzech dniach, a najpóźniej piątego dnia następuje wyklucie się embrjonów. Nalewa się na glinę tymczasem już twardą zwykłej wody, nie mieszając zbyt, i pozostawia przez 15 m. nut. Potem zlewa się wodę próbkę centryfugowej, przyczem porwane zostają tylko małe grudki gliny. Po odwirowaniu znajdujemy w osadzie embrjony, odznaczające się wężykowatym ruchem. Znacznie ulepszoną modyfikacją sposobu L o o s s a jest stosowanie płytek agarowych, używanych zwykle do hodowli ameb., opisane przez F ü l l e b o r n a. Częstkę badanego kału kładzie się na pożywkę agarową i stawia do ciepłarki. Po jednym lub dwu dniach larwy tęgoryjca a także *Strongyloides stercoralis* wyłęgają się z jaj i mogą być łatwo wykryte dzięki temu, że, rozpęzając się po pożywce, zostawiają za sobą charakterystyczne wężykowate ślady.

Do wykrywania jaj tęgoryjca z ziemi, zanieczyszczonej kałem, stosowany jest obecnie sposób B a e r m a n n a, udoskonalony przez C o r t a i jego współpracowników.

Sposób ten wymaga użycia specjalnego aparatu i jest oparty na termotropizmie larw tęgoryjca.

Badaną próbkę ziemi kładzie się do niewielkiego sita, które wstawia się do szklanego lejka — takiej wielkości, aby sitko całkowicie się w nim umieściło. Na koniec lejka naciągnięty jest kawałek rurki gumowej, zamknięty klamerką. Do lejka nalewa się wody tak, aby poziom jej był wyższy od dna sita, ale nie dochodził do jego brzegów. Wszystko to wstawia się do ciepłarki w temperaturze 20—25 st. na 24 godziny. Na drugi dzień dolewamy wody gorącej, aby podnieść temperaturę wody w lejku. Ponieważ temperatura wody będzie wyższa od temperatury ziemi, larwy tęgoryjca, wyłęgłe w ciągu ostatniej doby, wyjdą z sitka i zbiorą się na dnie lejka, t. j. w rurce gumowej, z której można je łatwo wylać i zbadać. Dla rozróżnienia larw tęgoryjca od nicieni wolnożyjących, które mogą się znajdować w ziemi, należy dodać do płynu wylanego z rurki gumowej płynu 5% roztworu formaliny. Wolnożyjące nicienie szybko zgną, a larwy tęgoryjca pozostaną ruchliwe.

Niezwykle oryginalną biologiczną metodę wykrywania jaj *Schistosomum mansoni* zaleca F ü l l e b o r n.

Jaja tego robaka, jako przywry, mają wysoki ciężar właściwy i przeto nie mogą być wykryte drogą flotacji. Inne metody, wymagające rozcieńczenia kału wodą, mogą być stosowane tylko po zabiciu jaj tego robaka, gdyż w kale rozcieńczonym wodą z jaj niezwłocznie wykluwają się *miracidia* (larwy I stadium).

Ponieważ zabijanie jaj w kale jest rzeczą trudną i niepożądaną, gdyż obumarłe jaja czasami zatracają swą charakterystyczną budowę, co utrudnia ich określenie, autor opracował sposób, oparty na tem, że zarodki *Schistosomum*, wykluwają się z jaj przy zetknięciu się z wodą i przy odpowiednim oświetleniu. F ü l l e b o r n przemywa badany kał 3—4 razy 2—3% roztworem soli, dolewając go do próbek i zlewając go po pilku minutach, kiedy resztki kału wraz z jajami robaków osiadają na dnie, następnie dolewa do osadu ciepłej (do 40°) wody przegotowanej (pozbawionej w ten sposób wirków i wymoczków) i wystaw a próbkę na działanie silnego światła (słońca lub lampy elektrycznej). Niebawem z jaj wykluwają się *miracidia*, które występują wyraźnie na podłożeniu z przeciwnej strony czarnego tła. F ü l l e b o r n twierdzi, że metoda jego nadaje się zwłaszcza do badania tych przypadków, kiedy kał zawiera małą liczbę jaj.

5. Statystyka rozpowszechnienia robaków.

Nierzadko spotkać można w literaturze obecnej szczegółowe opracowania statystyczne mniejszej lub większej liczby analiz kału. Często się też zdarza, że autorzy tych prac wyprawdzają wnioski, dotyczące rozpowszechnienia różnych gatunków robaków w danej miejscowości lub wśród danej grupy społecznej. Jednakże z góry powiedzieć można, że wnioski podobne są po większej części nieprawidłowe.

Jakkolwiek metody wykrywania jaj robaków w kale są już znacznie udoskonalone, to jednakże nie można zapominać, że nawet najściślejsza z nich ma tylko określone granice dokładności. Idealnej metody badania kału jeszcze nie posiadamy. Odwrotnie, szereg prac wykazuje, że nawet najściślejsze metody mogą dawać niedokładne wyniki.

Naprzykład, badania P o d j a p o l s k i e j, poczynione na materiale sekcyjnym, metodą, bezwzględnie ściśle określającą nie tylko jakościowo, ale i ilościowo faunę robaków w ustroju, stwierdziły, że w Moskwie 100% dzieci jest nosicielami robaków pasorzytniczych. Tymczasem badania kału dzieci, dokonane jednocześnie w tem samym mieście przez Z e i s s a, S ü t t e r l e i n a i H ä r l e g o, wykazały tylko 50% przy stosowaniu metody F ü l l e b o r n a i około 30% przy badaniu preparatów mazanych!

Wobec nieścisłości metod koprologicznych szereg farmakologów opiera się w badaniach nad działaniem środków przeciwko robakom nie na obliczaniu jaj w kale, lecz na konstataowaniu liczby robaków, wydalonych z ustroju przez pewien środek kontrolny. C a i u s np. stosuje w tym celu tymol dla tęgoryjca oraz santoninę dla glisty, gdyż środki te wypędzają z ustroju 80—90% robaków.

D a r l i n g znalazł, że badanie kału 4000 osobników dało w 8,1% wyniki ujemne, które potem stały się dodatnimi po zastosowaniu odpowiednich preparatów leczniczych. Na podstawie swych badań przyszedł on do wniosku, że wyniki są zazwyczaj ujemne, jeżeli ustrój zawiera mniej, niż 10 egzemplarzy tęgoryjca. Ciekawem jest, że w 2,4% przypadków D a r l i n g otrzymał dodatnie wyniki badania kału, chociaż podawanie preparatów leczniczych tęgoryjca nie wykryło.

Jak stwierdzają badania M o r i n a, liczba jej *Schistosomum mansoni* w kale jednego osobnika może podlegać znacznym wahaniom w ciągu kilku nawet dni. W wielu przypadkach wydzielają się one okresami i w międzyczasie mogą być zupełnie nie wykrywane w kale. Jeżeli więc przypuścić, że wnioski M o r i n a dotyczą w mniejszym lub większym stopniu również i innych gatunków robaków, to można sądzić, że winą nieścisłości wyników, jakie daje badanie kału, jest niedostateczność jednorazowej analizy, że analizy wielokrotne u tego samego osobnika zdają znacznie sprostować tę nieścisłość.

Twierdzącą odpowiedź na to pytanie daje niedawno opublikowana praca F a u s t a, którą można uważać za wzór nowoczesnej statystyki rozpowszechnienia robaków pasorzytniczych u ludzi, opartej na badaniu kału.

Autor poddał szczegółowemu badaniu 60 osób w Pek-ing Union Medical College Hospital. Badane były wszystkie stolce każdego osobnika w przeciągu nie mniej, niż 10 dni, bezpośrednio po wypróżnieniu. W badaniach tych stosowane były dwie metody — preparatów mazanych i wirówkowa flotacyjna. Ogółem wykonano 1,409 badań, tak, że przeciętnie wypadło 23,48 badań na jednego człowieka.

W 60% przypadków skonstatowano inwazję czerwiową, podczas gdy kliniczne objawy ujawniały się tylko w 40% przypadków. W pierwszym dniu wykryto zaledwie 60% ogólnej liczby przypadków nosicielstwa, pozostałe zaś przypadki ujawniły się dopiero przy następnych badaniach.

Autor zaznacza, że metodą zwykłych mazanych preparatów jaja robaków wykryte były w 75% przypadków nosicielstwa. Nie będąc skłonny do przeceniania tego sposobu, autor nadmieniał, że tak wysoki odsetek wyników dodatnich zawdzięczyć należy wielokrotności badań.

6. Określanie jaj.

W literaturze helmintologicznej lat ostatnich ukazał się szereg prac, wykazujących błędy, jakie się mogą przytrafiać w określaniu jaj robaków, co w konsekwencji spowodować może błędny wynik badań kału.

Zaznaczyć należy, że dotychczas nie posiadamy specjalnej pracy, któraby ułatwiała określanie jaj robaków. Wszystkie dane, dotyczące się budowy i rozmiarów jaj rozproszone są bądź w pracach specjalnych, najeźściej niedostęp-

nych dla lekarza-praktyka, bądź w dość licznych, niestety, niepolskich podręcznikach. Jednakże korzystanie ze zwykłych podręczników nastęrcza czasami niemałe trudności i wąpliwości, zwłaszcza, gdy chodzi o rzadsze gatunki robaków. Chodzi o to, że dane, charakteryzujące jaja robaków, są stale przedrukowywane z jednego podręcznika do drugiego bez poprawek krytycznych. Nawet dane, tyczące się najpospolitszych robaków, cytowane są z prac Leuckarta lub innych klasycznych autorów. Oczywiście, dane te nie są błędne, jednakże są one niezawsze ściśle.

W szeregu ostatnich prac znajdujemy dość przykładów, dowodzących, że pomiary jaj robaków często podlegają pewnej zmienności, wychodzącej poza obręb danych klasycznych (Lebediew i in.). Wprawdzie przypadki takie nie stanowią normy, lecz nie są one tak rzadkie, aby się z nimi nie liczyć.

Co się tyczy kształtu jaj, to rzecz się ma jeszcze gorzej, gdyż dokładne pojęcie o nim może dać tylko serja ściśle wykonanych rysunków. Podręczniki zaś przedrukują ryciny tylko najpospolitszych gatunków jaj, rzadko uwydatniające subtelne szczegóły, pozwalające różniczkować gatunki pokrewne lub podobne.

Częściej natomiast zachodzą zmiany w budowie i rozmiarach jaj robaków pod wpływem odczynników. Tu napotykamy czasem takie wahania, która mogą zastanowić wytrawnego nawet koprologa. Badania Fülleborna i in. wykazały, że pod wpływem rozczynów ługu, gliceryny i soli ku-

chennej może się w znacznym stopniu zmieniać wielkość i kształt jaj, i przeto określenie ich może być utrudnione, jeżeli wspomniane czynniki nie będą wzięte pod uwagę.

Ważniejsze źródła literackie.

- 1) Cort, W. W. — Amer. Journ. of Hyg., 1924, p. 213—221; 2) Cort and Others. — Amer. Journ. of Hyg. 1922; 3) Darling E. T. — Ed. by Rockefeller Found., New-York. 1920; 4) Davis, N. C. — Amer. Journ. of Hyg., 1924; 5) Faust, E. C. — Amer. Journ. of trop. Med., 1924, p. 411—437; 6) Fischöder, E. — Medycyna Doświadczalna i Społeczna, 1923, Tom I, str. 338—344; 7) Fülleborn, F. — Deutsch. Med. Wochenschr, 1920, str. 714—715; 8) Hall, M. — Bureau of Anim. Industry Bull., 1911, Nr. 135; 9) Hall, M. — Journ. Lab. and Clin. Med., 1917, Nr. 5; 10) Lane, C. — Trans. Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg. 1922, p. 274—313; 11) Lebediew, D. — Jahrb. f. Kinderheilk, 1923, p. 221—224; 12) Morin, G. H. — Bull. Soc. Fath. Exot., 1921, p. 328—331; 13) Podjapolskaja, W. P. — Russ. Journ. Trop. Med., Moskwa, 1924, str. 64—65; 14) Sheather, Z. A. — Journ. Comp. Path. and Therap., 1923, Vol. 36, p. 2; 15) Smillie, W. G. — Amer. Journ. Trop. Med., 1921, Nr. 6, p. 389—395; 16) Stoll, N. B. — Amer. Journ. of Hyg., 1923; 17) Telleman, W. — Deutsch. Med. Wochenschr. 1908, 1510—1511; 18) Zeiss H. — Zeitsch. f. Hyg. und Infect., 1923, str. 140—154.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Lecznictwo.

ASTERIADES. 3 przypadki ożywienia serca po syncope z powodu znieczulenia zapomocą wstrzykiwań dosercowych adrenaliny. (Pr. Med. Nr. 38, 1925).

W jednym przypadku, operowanym z powodu przepukliny, wynik był dodatni, zależny od szybkiego wykonania wstrzyknięcia. Drugi przypadek dotyczył 5-letniego chłopca z nowotworem złośliwym, a trzeci przypadek — 28-letniej gruźliczki, operowanej z powodu zapalenia otrzewny. W obydwu tych ostatnich przypadkach po kilkakrotnym wstrzyknięciu dosercowemu adrenaliny można było otrzymać tylko lokominutowe ożywienie działalności serca. Wynik ujemny tłumaczy się tutaj wybitnym osłabieniem chorych z jednej strony, lecz również i zbyt późno dokonaniem wstrzyknięciem: na sali operacyjnej brak było adrenaliny.

Wstrzyknięcia dosercowe nie są wcale niebezpieczne i nie pozostawiają żadnego śladu. Toupet i Baumann w przypadkach, zakończonych śmiercią, nie stwierdzili na stole sekcyjnym żadnych zmian makroskopowych. Punkcję serca należy robić długą dość igłą w 4 lub 3 przestrzeni międzyżebrowej u lewego brzegu mostka.

J. Pomper.

BENEDEK. W sprawie techniki wstrzykiwań dożylnych. (M. Med. W. Nr. 15 1925).

W razie trudności odnalezienia żyły powierzchownej w zgęściu łokciowym, autor zaleca dokonanie zastrzyków do żyły szyjnej zewnętrznej w lewej lub prawej bocznej okolicy szyjowej. Po wykręceniu głowy w stronę przeciwną chory z zamkniętymi ustami nadyma się, wówczas łatwo znaleźć żyłę, przebiegającą wpoprzek mięśnia mostkowo-obojęzykowosutkowego.

J. Pomper.

L. BAZY. Leczenie gronkowcowych zakażeń chirurgicznych bakterjofagami przeciwgronkowcowymi. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 7. 1925).

Autor stosował w różnych umiejscowionych ropnych zakażeniach chirurgicznych leczenie bakterjofagowe: zastrzykiwał czynnik lityczny bezpośrednio wprost do ran lub ropni albo też stosował zastrzyki podskórne na odległość. Chorzy nosili ten sposób leczenia doskonale. Wyniki terapeutyczne można określić w sposób następujący: we wszystkich zakażeniach, w których istnieją wyłącznie objawy odczynowe, stwierdza się szybkie cofanie się zmian chorobowych i restytuacja do int. gram; gdy istnieje skłonność do zropienia lub

martwicy, określa się ona dokładniej: ropień odgranicza się lepiej i szybciej, części zmartwiałe oddzielają się prędzej, jednym słowem, wyzdrowienie następuje w krótszym okresie czasu.

Dalsze badania autora stwierdziły jednak, że te postępy w lecznictwie nie są zależne wyłącznie od bakterjofagów. Okazało się, mianowicie, że niektóre zakażenia, które zawsze ustępowały po zastrzykach bakterjofagów, były wywołane przez gronkowce, która w hodowlach okazywały się odporne w stosunku do tychże bakterjofagów, następnie, że bakterjofagi stosowane nie wykazują czynności ciągłej, że działalność ich po pewnym czasie ustaje, że niektóre zarodniki opierają się ich działaniu i są w stanie znów się rozmnażać, oraz że niektóre zakażenia, na które czynnik lityczny wpływał w sposób widoczny, i które zostały wyleczone przez bakterjofagi przeciwgronkowcowe, były wywołane nie przez gronkowce, lecz np. przez paciorkowce.

Wyniki, otrzymane przy stosowaniu bakterjofagów, nie różnią się od wyników, otrzymanych przy stosowaniu wyciągów drobnoustrojowych, lub rozczynów, w których zawarte bakterjofagi zostały zniszczone przez ogrzewanie, lub przesączów hodowli starych albo poddanych szkodliwym dla nich wpływom chemicznym.

Należy przeto z powyższego wyciągnąć wniosek, że przy stosowaniu bakterjofagów przeciwgronkowcowych w celach leczniczych wynik terapeutyczny nie zależy od czynnika litycznego, lecz jest wynikiem zastrzykiwania rozpuszczalnych wytworów pochodzenia drobnoustrojowego. Według zapatrywania autora, produkty te przedstawiają najlepszy sposób wpływu na szybko i skutecznie na umiejscowione zakażenie chirurgiczne.

J. Typograf.

Choroby narządów trawienia.

VANDORFY. Spostrzeżenia kliniczne nad powstawaniem bólów we wrzodzie żołądka i dwunastnicy. (Wien. Kl. W. Nr. 42, 1924).

Ogólnie przyjęty pogląd, że bóle we wrzodzie żołądka są wywoływane przez nadkwaśność, nie odpowiada rzeczywistości, gdyż autor bardzo silne bóle stwierdził w wielu przypadkach z bezkwaśnością. Z drugiej strony, w jednym przypadku wrzodu XII-cy ze znaczną nadkwaśnością po kilkomiesięcznym leczeniu bóle wraz z objawami rentgenowskimi znikły, nadkwaśność jednak pozostała znaczna — HCl=60, og. kw. 80. Natomiast należy zwrócić uwagę na fakt, że ciepło nieomal we wszystkich przypadkach usuwa bóle; zaś to samo czyni podług Porgesa wzmocnienie ciś-

nienia wewnątrzbrzusznego. Stąd nasuwa się wniosek, że bóle w tem cierpieniu są zależne od ruchowej dysfunkcji mięśnia żołądka, wywołanej odruchowo przez wrzód żołądka w postaci skurczów.

M. Orzech.

BOAS. Ambulatoryjne leczenie wrzodów żołądka i dwunastnicy. (Deutsche Med. Woch. Nr. 24, 1924).

Autor kwestjonuje przepis przebywania chorego z wrzodem żołądka lub dwunastnicy w łóżku w ciągu 3-ch do 6 tygodni, — tak, jak to poprzednio czyniono z takimi chorymi. Nie ulega wątpliwości, iż nadal należy uważać pobyt chorego w łóżku za bardzo pożądanym. Niestety, w życiu nie daje się w obecnych ciężkich czasach łatwo to przeprowadzić u chorych, którzy nie są w stanie porzucić swych zajęć w walce o chleb codzienny. Wielu autorów z *P r i b r a m e m* na czele (Nowoprotina) starają się dojść do tańszego sposobu leczenia. Ambulatoryjne leczenie daje się przeprowadzić wyłącznie u nieciężko pracujących osobników. *B o a s* stosuje następujące leczenie: w pierwszym tygodniu djeta płynna, w drugim tygodniu — sucharki, w trzecim — kartofle tarte i kompot, w czwartym — jarzyna przetarta i potrawy z jaj, biały ser, bułka, masło; oprócz tego — alkalja. Autor osiągał dodatnie rezultaty przy tym sposobie leczenia; w jednym przypadku — choremu przybyło nawet 2 kgr. na wadze.

M. Orzech.

W. PAGEL. W sprawie gruźlicy dwunastnicy, zarazem przyczynek do powstawania wrzodów dwunastnicy. (Virch. Archiv B. 251, 1924).

Odporność śluzówki żołądka i dwunastnicy na zarazek gruźlicy jest bardzo względna, i autor poddaje krytyce tłumaczenie tej odporności działaniem kwasoty soku żołądkowego na laseczniki *K o c h a*, tembardziej, że u chorych na gruźlicę dość często spostrzegano obniżenie kwasoty soku żołądkowego.

Autor podaje dwa spostrzegane przez siebie przypadki gruźlicy żołądka i dwunastnicy.

Jeden dotyczył mężczyzny lat 53 z gruźlicą płuc i jelit, z wrzodem okrągłym żołądka o brzegach podminowanych i gruzełkami w dnie, oraz trzema owrzodzeniami dwunastnicy, przypominającymi owrzodzenia w obrębie grudek samotnych jelita biodrowego. Badanie mikroskopowe wykazało pochodzenie gruźlicze tych wrzodów.

Drugi przypadek dotyczył mężczyzny lat 26 z rozpadową gruźlicą płuc, wrzodami gruźliczymi jelit, zapaleniem wysiękowym gruźliczym otrzewny, gruzełkami w wątrobie, nerkach i śledzionie oraz obrzmieniem gruczołów limfatycznych zaotrzewnowych.

Na przedniej ścianie dwunastnicy tuż poniżej odzwiernika okrągłe wypuklenie błony śluzowej wielkości dwu groszy, z którego przy ucisku wydobywają się czopki. Na surowicowce w miejscu odpowiadającym wypukleniu śluzówki, płaskie zgrubienie o zabarwieniu żółtawym, odgraniczające się wyraźnie od otoczenia, wielkości dwu groszy.

Na tylnej ścianie dwunastnicy ubytek w błonie śluzowej, obficie pokryty śluzem.

Badanie mikroskopowe wycinków i wypuklenia śluzówki wykazało zniszczenie głębokich warstw błony podśluzowej i warstwy okrężnej mięśniówki, częściowo włókien, pod niemi przebiegających. Błona śluzowa dobrze naogół zachowana.

Pomiędzy powierzchnią częścią błony podśluzowej i głęboką warstwą mięśni jama, wypełniona masami serowatymi, otoczona siateczką z komórek nabłonkowych i naciekami z limfocytów i komórek plazmatycznych. Nacieki z limfocytów i komórek plazmatycznych spostrzegano i dookoła naczyń w błonie podśluzowej.

W jednym miejscu uległy zniszczeniu i gruczoły *B r u n e r a*, nacieki drobnokomórkowe wykazano w *muscularis mucosae*.

Błony surowicza i podsurowicza zgrubiałe.

W skrawkach mikroskopowych z owrzodzenia na tylnej ścianie widać ubytek w śluzowce, drążący lejkowato aż do podśluzówki, dno pokryte masami martwiczymi i skupieniem leukocytów. Nawet na skrawkach serjowych nie udało się wykazać połączenia pomiędzy jamą serowatą i owrzodzeniem. Badanie świeżych skrawków z antyforminą wykazało obecność laseczników kwasoodpornych.

W śledzionie, wątrobie, nerkach i gruczołach limfatycznych wykryto gruzełki częściowo serowaciejące, które się składały z komórek nabłonkowych i limfocytów, nigdzie ko-

mórek olbrzymich nie znaleziono. Autor łączy brak komórek olbrzymich w gruzełkach i przebieg ostry sprawy chorobowej ze znaczną jadowitością lasecznika, co mogłoby tłumaczyć wszczępienie się jego w ścianę dwunastnicy, zazwyczaj odpornej na ten zarazek.

Ubytek zajmuje tylko błonę śluzową. Ognisko zserowacenia umiejscawia się niezależnie od tego w błonie podśluzowej na przedniej ścianie dwunastnicy.

Autor przypuszcza, iż zmiany w błonie podśluzowej powstały drogą zakażenia przez naczynia limfatyczne od strony otrzewny, cięższe zaś zmiany w głębokich warstwach jelita stworzyły nienormalne warunki, które doprowadziły już wtórnie do owrzodzenia błony śluzowej (owrzodzenie bardziej świeże, dno pokryte leukocytami).

Przypadek ten zasługuje na uwagę z dwóch względów: 1) wskazuje na znaczną odporność błony śluzowej dwunastnicy na zarazek gruźliczy nawet przy daleko posuniętych zmianach, 2) tłumaczy powstawanie wrzodów dwunastniczych drogą przenikania laseczników gruźliczych przez naczynia limfatyczne, a niekoniecznie drogą wszczępienia się laseczników do śluzówki przy połykaniu płwociny.

Janina Dąbrowska.

A. CADE i P. RAVAUULT. Stosunek pomiędzy wrzodem żołądkowo-dwunastniczym a gruźlicą. (Arch. des Maladies de l'App. Digest, T. XIV, Nr. 7, 1924).

Sprawa etjologii wrzodów okrągłych żołądka i dwunastnicy dotąd nie jest rozstrzygnięta.

Największą rolę w powstawaniu wrzodu przypisują samotrąwieniu; pomiędzy czynnikami, ułatwiającymi samotrąwienie, wysuwają zakażenie przez drobnoustroje.

W przebiegu najrozmaitszych chorób zakaźnych (ospa, dur brzuszny, sprawy poporodowe, zakażenia gronkowcami) spostrzegano owrzodzenia żołądka, analogiczne do wrzodu okrągłego żołądka.

Ostatnimi czasy *R o s e n o w* i klinika *M a y o* podkreślają obecność w ustroju ognisk zakażenia przewlekłego u chorych na wrzód żołądka. Ogniska takie umiejscawiają się w migdałkach, zatokach twarzy, najczęściej w zepsutych zębach, i zawierają łańcuszkowce, które, dostając się do krwi, nabierają jakiegoś powinowactwa do śluzówki żołądka i dwunastnicy. W 42 przypadkach wykryto w skrawkach wrzodów takiego żołądka łańcuszkowca, jakiego wyhodowano z ropy dziaśel i zębów. Drogą zastrzykiwania dożylnego takich nodowli otrzymywano wrzody żołądka i dwunastnicy u królików.

Rola drobnoustrojów ropotwórczych w powstawaniu wrzodu nie ulega wątpliwości, coby jednakże nie sprzeciwiało się możliwości wpływów zakażenia przewlekłego w postaci kiły i gruźlicy.

Kiła może być przyczyną pośrednią powstawania pewnej grupy wrzodów wskutek zmian naczyniowych, które ona wywołuje.

Sprawa gruźlicy w powstawaniu wrzodu wymaga wyświeślenia.

C a d e i *R a v a u l t* spostrzegali w wielu przypadkach obok owrzodzeń gruźliczych wrzodów okrągły żołądka u chorych na gruźlicę i starają się w swej pracy wyjaśnić stosunek pomiędzy temi dwoma schorzeniami.

Materiał, który im służył do badań, był ściśle dobrany. Ze 139 przypadków 85 sprawdzono operacyjnie lub sekcyjnie, 54 sprawdzono prześwietlaniem promieniami *R ö n t g e n a* lub spostrzeżeniami klinicznymi.

Materiał swój autorzy dzielą na dwie grupy:

I. Przypadki, gdzie gruźlica poprzedza lub rozwija się równoległe z wrzodem. II. Przypadki, w których wrzód poprzedza gruźlicę.

Przypadki pierwszej grupy spotykają się częściej, dotyczy to chorych z gruźlicą otwartą, zamkniętą lub nawet zabliznioną o przebiegu naogół łagodnym z dążeniem do zabliznienia, co zaprzeczałoby możliwości bezpośredniego wszczępienia się do śluzówki żołądka połączonych laseczników *K o c h a*. Przypadki gruźlicy w przebiegu wrzodu są rzadsze, autorzy podają 5 takich przypadków.

Przy zakażeniu prątkami gruźliczymi wrzód żołądka może być jakby wstępem do zakażenia, które potem przywdziewa te lub inne szaty, lub może być aktem końcowym w przebiegu tej lub innej postaci gruźlicy.

Obrazy kliniczne wrzodów żołądka natury gruźliczej dają klasyczny obraz choroby *C r u v e i l h i e r a*. Podezwać zabiegu na żołądku gruźlicy krwawia łatwiej, przejście ta-

kich wrzodów w nowotwór odnotowano tylko w jednym przypadku, przedziurawienie spostrzegano tylko w razach wyjątkowych, natomiast często dochodzi do zrostów żołądka z otoczeniem. Wrzody takie umiejscawiają się najczęściej na krzywźnie małej (20), rzadziej w okolicy odźwiernikowej (9), w dwunastnicy (2), stosunkowo często spostrzegano żołądki klepsydrowate (1:10).

Obraz makroskopowy wrzodów natury gruczliczej nieczem się nie różni według chirurgów i anatomopatologów od zwyczajnego wrzodu okrągłego żołądka, a wszystkie cechy charakterystyczne z zajęciem i podminowaniem brzegów, guzłkami w dnie w kształcie lejka, wywróconego do góry (Arloing) dotyczą owrzodzeń w przebiegu gruczlicy rozpadowej.

W niektórych przypadkach wrzodów nietylko obraz histologiczny (obecność gruzełków), lecz i badania bakteriologiczne (obecność laseczników w skrawkach) przemawiają za pochodzeniem gruczliczym wrzodu. Częściej jednakże tkanka zapalna ma charakter tkanki łącznej bliznowatej bez wytwarzania się gruzełków.

Arloing wywoływał doświadczalnie u zwierząt owrzodzenia podobne do owrzodzeń ludzkich drogą zastrzyków dożylnych prątków gruczliczych.

Słowem, powstanie wrzodu natury gruczliczej autorzy tłumaczą sobie jako bakterjemę lub toksemję przy prawdopodobnych zmianach naczyniowych.

Traktowanie terapeutyczne wrzodów natury gruczliczej zależy od stopnia zmian gruczliczych w innych narządach.

W razie zwężeń i powtarzających się krwawień wskazany jest zabieg operacyjny z zachowaniem wszelkich ostrożności (miejscowe znieczulenie, szybkość i dokładność zabiegu).

Zywnienie chorego powinno być wysunięte na plan pierwszy, wobec czego ściślej diety stosować nie należy, ponieważ są to choroby nietylko żołądkowi, lecz i gruczlicy.

Janina Dąbrowska.

G. FAROY. Trzy przypadki „linitis plastica“. Rola kiły w powstawaniu tego schorzenia.

Autor przytacza bardzo szczegółowy opis trzech spostrzeczanych przez siebie przypadków tego cierpienia, głównie ze względu na jednoczesne występowanie kiły, starając się oświetlić histogenezę tego cierpienia w sposób odrębny.

Bujanie nowotworowe w „linitis plastica“ może dotyczyć części odźwiernikowej lub wpustu (II i III przyp.) albo też zajmować całą ścianę żołądka (I przyp.).

Objawy kliniczne są zmienne, z jednej strony w szeregu przypadków spostrzega się zwężenie odźwiernika z zatrzymywaniem się pokarmów, treścią płynną naczno z wymiotami (II i III przyp.) z drugiej niedomoga odźwiernika, przy której przeładowanie żołądka wskutek małej pojemności występuje bardzo szybko, co wywołuje skurcz wpustu i wymioty, a zarazem treść prędko przechodzi do dwunastnicy (I przyp.).

Obraz rentgenologiczny jest nader charakterystyczny w sprawie rozlanej lub też obejmującej większą część żołądka, występuje tu triada Beclera i Meriela 1) bardzo mały żołądek, 2) sztywność jego ściany, pozbawionej ruchów robaczkowych i 3) niedomoga odźwiernika (nieutrzymywanie pokarmów przez odźwiernik).

Trudniej jest rozpoznać „linitis plastica“, ograniczoną do części odźwiernikowej ze zwężeniem odźwiernika. Wtedy nasuwają się zwykle dwa przypuszczenia: zwykły nowotwór lub kiła, gdy sprawa dotyczy osobnika młodego, jak to było w III przyp.

Obrazy anatomopatologiczne również zasługują na uwagę. Trzeci przypadek wykazuje, iż istnieją postaci przejściowe pomiędzy „linitis plastica“ a rakem włóknistym. Obok małych grup komórek atypowych, porzrzucanych w zbitej tkance łącznej (co dawało powód do załączania tego schorzenia do spraw nienowotworowych), występowały obrazy bujania gruczołów.

W przypadku I i II spostrzec można było zakrzepy i zatory z komórek nowotworowych w naczyniach żylnych i limfatycznych, przerzuty do gruczołów limfatycznych i wątroby, jak to bywa w zwykłych rakach, oraz przerzuty do nerwów i naczyni ich, co powoduje zaburzenia nerwowe i bóle.

W ścianach naczyń występowały zmiany, dotyczące wszystkie trzech warstw. Zapalenie okołonaczyniowe (periarteritis) da się objaśnić odzwymem na podrażnienie przez uciskającą tkankę łączną. Natomiast obecność sprawy zapalnej

w błonach środkowej i wewnętrznej, co prowadzi do zamknięcia światła naczynia (endarteritis obliterans, mesarteritis) i co Curtis uważa za cechę charakterystyczną dla „linitis plastica“, autor tłumaczy pochodzeniem kiłowym tego schorzenia.

Przerzuty drogą żywną w „linitis plastica“ należą do rzadkości i dlatego też przerzuty do wątroby wyjątkowo były spostrzegane, co występuje w I przyp. W przerzutach do wątroby, kręzki, otrzewny i do gruczołów limfatycznych występowało to samo bujanie tkanki łącznej i rozsiane małe ogniska komórek nowotworowych.

Wątroba w obu przypadkach I i II wykazała marskość kiłową, tkanka łączna rozrastała się bezładnie naokoło grup komórkowych i dookoła poszczególnych komórek, co podkreślają też Curtis i Babonneix.

Na podstawie tych obrazów histologicznych autor przypuszcza, iż rozwój takiej postaci nowotworu zależy od podłoża, na którym nowotwór się rozwija.

W I i III przypadkach była kiła stwierdzona, a w I i II występowała marskość kiłowa wątroby oraz we wszystkich trzech przypadkach daly się zauważyć zmiany naczyniowe również natury kiłowej w najrozmaitszych narządach (wątroba, trzustka, żołądek), wreszcie zrosty zbite pozaotrzewnowe.

W wielu przypadkach „linitis plastica“ kiła jest tym czynnikiem, który powoduje bujanie tkanki łącznej i nadaje cechy charakterystyczne temu rodzajowi nowotworu.

W innych przypadkach miałyby coś do powiedzenia alkoholizm, w którym też występuje marskość, na co zwraca uwagę cały szereg badaczy.

J. Dąbrowska.

C. FROEMSDORFF. Kilka uwag o rokowaniu w czerwonice. (Archiv f. Verdaungskrh. Grudzień, 1923 r.).

Na początku autor zaznacza, iż większość badaczy w swych pracach i podręcznikach wypowiada się co do rokowania w czerwonice z pewną rezerwą — uzależniając je od siły epidemii, od ustroju chorego, od pielęgnowania i od leczenia. Autor zbierał dane statystyczne z r. 1916 — 1920; z 525 chorych zmarło 86 czyli 16,38%; tak stosunkowo wielką śmiertelność objaśnia autor złym stanem odżywiania chorych w czasie wojny oraz daleką podróżą chorych (1/3 część chorych byli to wojskowi). Co się tyczy dalszych losów 293 chorych, wypisanych z poprawą, od których otrzymano pisemne relacje o stanie ich zdrowia — z pośród 210 chorych — 80,95% — nie przechodziło nawrotu cierpienia, zaś 6,19% chorych cierpiało kilkakrotnie na nawroty czerwonki; 11,42% chorych narzekało od czasu choroby na różne dolegliwości dróg pokarmowych. Tyko 3 chorzy z 210 — cierpieli nadal na przewlekłą czerwonkę, która od czasu do czasu wybuchała gwałtownie. Wobec powyższych danych autor dochodzi do wniosku, iż rokowanie w czerwonice jest naogół lepsze, niż je przedstawił Ad. Schmidt w swoim czasie.

Frank.

SCHNEIDER. Stosowanie kuracji robakopędnej przy pomocy zgłębnika dwunastniczego. (Wien. Kl. W. Nr. 14 — 24).

Spowodowany jednym przypadkiem, w którym chory, ze względu na wymioty, żadną m'arą nie mógł zażyć extr. filicis maris, ani też innych środków robakopędnych, autor zastosował leki te przez sondę dwunastniczą z bardzo dobrym skutkiem. Sposób ten został przez autora wypróbowany w 17 przypadkach, z wynikiem dodatnim w 13 (w pozostałych sonda nie leżała w dwunastnicy). Dawki stosował autor następująco: Extr. filicis maris 2,0 (maksym.) Extr. granati 3,0; mniejsze dawki również były skuteczne. Analizując wyniki leczenia a wyżej opisanym sposobem, autor przychodzi do wniosku, że sposób ten w niektórych przypadkach okaże się bardzo cennym.

M. Orzech.

L. STRAUSS. Wpływ braku śliny w chorobach żołądkowo-kiszkowych. (Arch. f. Verd. Czerw. 1924).

Autor postawił sobie za zadanie zbadanie wpływu śliny na wykorzystanie przez ustrój węglowodanów przez wykazywanie skrobi w kale; szło o to, czy wyłączenie śliny ustnej u zdrowych i żołądkowo chorych nie wywołuje zmian przy wchłanianiu węglowodanów. Podawał autor chorem 50 — 70 g. surowego pszennego krochmalu w rosole; wprowadzał to przez zgłębnik żołądkowy, a następnie zapomocą zgłębnika

dwunastniezego, przytem badanemu osobnikowi podawano suchy chleb, który po przeżuciu został spluwany, wywołując wydzielanie soku żołądkowego. Rezultaty badania kału wykazały u zdrowych — brak zmian w trawieniu krochmalu; co się zaś tyczy osobników chorych — to u nich występowały zmiany chorobowe w trawieniu — tylko w hipertoni żołądka i jelit cienkich; wydzielniczość żołądka niema żadnego wpływu; w razie niestrawności fermentacyjnej da się niedostateczną diastazą wytłumaczyć złe wchłanianie się skrobi.

F r a n k.

CRÄMER. Zgaga i ziewanie. (Arch. f. Verd. Czerwiec 1924).

Przy wywiadach o chorobie pacjenta lekarz — zdaniem autora — b. często nie jest w stanie wyjaśnić sobie przyczyn pewnych objawów chorobowych. Autor stara się w swej pracy wyświetlić z całego szeregu objawów — zgagę i ziewanie. Po dłuższej obserwacji dochodzi on do wniosku, iż nie każdy żołądkowo chory winien mieć zgagę, a więc i nie każde żołądkowe cierpienie dysponuje chorego do zgagi; można cierpieć na nadkwaśność i nie mieć zgagi, jak również obserwuje się ją przy normalnej kwasocie. Należy przypuścić pewną wrażliwość słuzówki żołądka. Daje się również obserwować wzmoczone ziewanie w chorobach dróg pokarmowych — jak w cierpieniach żołądka ze wzmoczoną lub zmniejszoną kwasotą. Częściej obserwuje się ziewanie u chorych z niedostatecznymi wypróżnieniami kiszki oraz ze zmniejszoną ilością oddawanych wiatrów. Należy przypuścić, iż jad bakterij kiszki wpływa ujemnie na układ nerwowy — i powoduje wzmoczone ziewanie.

F r a n k.

Choroby serca i naczyń.

AMELUNG i STERNBERG. Wpływ wczesnego przymiotu na serce i naczynia krwionośne. (Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1924 Bd. 145 H $\frac{1}{2}$).

Zbadano 275 luetyków we wczesnym okresie. Prawie u połowy stwierdzono nieprawidłowości w sercu i naczyniach. Z tej liczby wydzielono tych chorych, których cierpienie dało się wytłumaczyć nie syfilisem. Pozostało 58 chorych, a więc 21% ogólnej liczby; schorzenia serca wzgl. naczyń u tych osób powstały na tle syfilisu; anomalia tętna u 14%, szmery sercowe również u 14%. Rozszerzenie serca na tle syfilitycznym w 7% przypadków. Anomalij w ciśnieniu krwi nie stwierdzono u żadnego chorego. Na tle syfilityczne tych schorzeń wskazuje szybkie wystąpienie dodatniego wpływu specyficznej kuracji i odczyn *Herxheimera*. Spowodowane są te schorzenia przez toksyny, działające na układ nerwowy i na mięsień sercowy. Nie jest wyłączone, że schorzenia serca i naczyń, zjawiające się w I okresie i nie leczone specyficznie, nie przemijają aż do III okresu. Schorzenia aorty we wczesnym okresie przymiotu są b. rzadkie. Początek *aortitis luetica* występuje dopiero w III okresie.

B e r l i s.

G. HUBERT. Rozpoznawanie kiłowego zapalenia tętnicy głównej ze szczególnym uwzględnieniem obrazu rentgenowskiego. (Klin. Woch. Nr. 20, 1924).

Sprawa kiłowa zwykle zajmuje część wstępującą aorty tuż powyżej zastawek półksiężycowych, skąd przenosi się dystalnie, lecz nigdy nie przechodzi na aortę brzuszna; znacznie rzadziej proces z części wstępującej schodzi na zastawki aorty i na ujścia tętnic wieńcowych. Kiłowe schorzenie zastawek półksiężycowych w odróżnieniu od nieswoistego zapalenia wsierdza umiejscawia się u podstawy zastawek, powoduje ich kurczenie się i niedomykalność; nigdy natomiast nie wywołuje kiła zwężenia ujścia tętniczego. W naczyniach wieńcowych sadowi się sprawa kiłowa wyłącznie przy ich ujściu. Objawy kliniczne uwydatniają się b. późno, bo w 15—25 lat po zakażeniu, aczkolwiek sprawa anatomiczna zaczyna się już b. wczesnie. Objawy kliniczne zależą od umiejscowienia i rozległości sprawy, względnie od jej powikłań. Komplikacją bywa trzy: schorzenie naczyń wieńcowych, niedomykalność zastawek aorty, tętniak workowaty. Niepowikłane zapal. kiłowe aorty zaczyna się niepostrzeżenie, czasem bez żadnych objawów podmiotowych, najczęściej jednak użalają się chorzy na nieokreślone uczucie gnienienia albo lekkie bóle za górną częścią mostka. Stopniowo dolegliwości nasilają się: chory odczuwa jakby ranę, „piecze go, jak ogniem, kłuje jakby nożami“. Bóle te mają swą siedzi-

bę poza mostkiem, a jednocześnie odczuwają chorzy ścieśnienie w całej kl. piersiowej, nasilające się napadowo do uczucia kurczowego gnienienia.

Ból, który początkowo mieścił się za mostkiem, z biegiem czasu zaczyna promieniować do lewej łopatki, do lewego ramienia, i rozprzestrzenia się po całej klatce piersiowej. W tych stanach lekarze skłonni są rozpoznawać reumatyzm mięśniowy albo nerwoból międzyżebrowy. Promieniowanie bólów w lewą kończynę górną nie jest cechą wyłącznie dla schorzenia tętnic wieńcowych zmienną, gdyż i samo niepowikłane zapalenie aorty wstępującej daje podobny zespół objawów.

Niezawsze i niełatwo da się z całą pewnością wyłączyć schorzenie naczyń wieńcowych, ale niekiedy ważną cechą różniczkową jest typ bólów: dolegliwości aortalne dręczą chorego stale, a przy wysiłkach tylko nasilają się, podczas gdy w schorzeniu naczyń wieńcowych bóle te występują naprzemian z typowymi napadami dusznicy bolesnej.

Zmiany przedmiotowe wykrywa się przy dokładnym badaniu miejscowym i ogólnym. Opukiwanie przeważnie danych nie przysparza, gdyż stłumienie aortowe rzadko kiedy daje się wyraźnie stwierdzić, a w dodatku aorta tylko swą częścią wstępującą może przylegać do klatki piersiowej. Objawy osłuchowe występują dosyć wczesnie, gdy może jeszcze brnąć poważniejszych zaburzeń i dolegliwości podmiotowych. Prawie bez wyjątku daje się wykazać wzmoczenie, a nawet dźwięczny II-ton nad aortą przy prawidłowym ciśnieniu krwi. Drugim objawem zasadniczym jest szmer skurczowy nad aortą (75% przypadków); badać należy w pozycji pionowej i poziomej, gdyż zależnie od położenia ciała szmer może zniknąć. Różniczkowanie od zwężenia ujścia aorty opiera się na wzmoczeniu II tonu. Ponieważ proces kiłowy nie powoduje zwężenia ujścia tętnicy głównej, więc szmer skurczowy zależy wyłącznie od zmiany sprężystości ściany aorty. Okolicznością niezmiernie ważną dla potwierdzenia rozpoznania jest wykazanie innych schorzeń kiłowych, co bywa niezbyt często; jednaków w 1/3 przypadków stwierdza się powiększenie śledziony, które przemawia za sprawą kiłową, a przeciwno miażdżycy. Podobne znaczenie mają objawy płucne, błędnie uzależniane od zastój sercowego albo od gruźlicy, gdy tymczasem natura ich jest kiłowa. Odczyn *Wassermana* w 80% przypadków kiły aorty wypadła dodatnio, więc też jest bardzo ważną wskazówką rozpoznawczą. Przy różniczkowaniu między kiłą a miażdżycą aorty przemawiają za kiłą: stosunkowo młody wiek, zakażenie przed 15—25 laty, dodatni odczyn *Wassermana*, a przedewszystkiem typowy rozwój objawów podmiotowych.

Kiła naczyń wieńcowych rzadko bywa powikłaniem wczesnym i występuje dopiero w dalszym przebiegu kiły aorty (15—20% przypadków). W odróżnieniu od niepowikłanej kiły aorty występują przy tej komplikacji typowe napady dusznicy bolesnej naprzemian ze stałymi bólami aortalnymi; lecz w wielu przypadkach kiła naczyń wieńcowych przebiega bez objawów; ważną cechą jest niekiedy — przy stwierdzonej *aortitis luetica* — niskie ciśnienie krwi przy braku objawów niedomogi mięśnia sercowego. Niedomykalność zastawek aorty, powstała na tle kiłowym, jest powikłaniem późniejszym, dosyć częstym (około 30%), może ona być albo względna (rozszerzenie aorty), albo bezwzględna (zbliznowacenie podstawy zastawek). Objawem charakterystycznym jest szmer rozkurczowy nad aortą; niekiedy szmer ten jest słyszalny tylko w miejscu przyczepu ostatnich żeber do lewego brzo- gu mostka. Obok szmeru rozkurczowego słychać skurczowy, spowodowany zmianą sprężystości ściany aorty. Wtórnie występuje przerost i rozszerzenie lewego serca. W różnicowaniu kiłowego i nieswoistego zapalenia zastawek aorty opieramy się na zasadach następujących: 75—80% wszystkich schorzeń zastawkowych aorty powstaje na tle kiły; zabarwienie skóry i słuzówek u chorych ze sprawą wsierdżiową bywa przeważnie żywo-czerwone, u luetyków w III okresie skóra jest wiotka, szaro-żółta. Współistnienie wady zastawki dwudzielnej stanowczo przemawia przeciw kił; charakterystyczne dla kiły są bóle poza mostkiem; opukowe stłumienie aortowe też przemawia za kiłą, podobnie dodatni odczyn *Wassermana* i kiła innych narządów. Trzeciem powikłaniem jest workowaty tętniak aorty (15% przypadków kiły aorty), szczególnie jej części wstępującej i łuku. Poza urazem mechanicznym jest kiła jedynym czynnikiem, jaki może spowodować tętniak aorty piersiowej. Małe tętniaki nie dają żadnych objawów; duże — dają opukowe stłumienie aortalne i

wyczuwalne na tym obszarze tętnienie; przy wypełnieniu tętniaka skrzepami tętnienia może nie być. Dosty często spostrzega się różnice tętna w naczyniach obwodowych przeciwnych stron ciała. Serce (więc i jego stłumienie) może być przemieszczone na prawo, lub na lewo przez ucisk tętniaka. Bóle zamostkowe mają szczególne nasilenie w tętniaku aorty; z biegiem czasu przesuwają się one od środka mostka w kierunku największego wymiaru tętniaka, co jest ważną wskazówką rozpoznawczą. Poza to są objawy ucisku na narządy sąsiednie.

Najważniejszą, bodaj, metodą rozpoznawczą wszystkich stanów, związanych z kiłą aorty, jest badanie promieniami Röntgen'a. Niepowikłane zapal. kiłowe aorty daje 3 odchylenia od normy: rozszerzenie cienia, zagęszczenie cienia, nienormalne pulsacje aorty. Tętnica główna może wykazywać rozszerzenie rozlane, częściej jednak widać brzeg części wstępującej w postaci linii wypukłej, zaś część zstępująca, nierozszerzona, ma zarysy prostoliniowe; tak obraz jest patognomiczny dla kiły. W rzadkich przypadkach krawędź cienia aorty ma zarys falisty, co świadczy o bliźnowatych wciągnięciach ściany kiłowej schorzałej. Znamionną dla kiły cechą jest zajęcie części wstępującej i łuku, a w końcu górnego odcinka części zstępującej, natomiast rozszerzenie samej tylko części zstępującej cechuje miażdżycę. Prócz prześwietlenia w wymiarze strzałkowym należy skontrolować badaniem w wymiarach skośnych: rozszerzenie aorty ujawnia się bowiem niekiedy w zwężeniu przestrzeni zamostkowej. Naśladować rozszerzenie aorty mogą rozmaite jej przemieszczenia pod wpływem ucisku patologicznie zmienionych narządów sąsiednich (wole zamostkowe, nowotwór śródpiersia, wysokie ustawienie przepony). Drugim ważnym objawem jest zagęszczenie cienia aorty w miejscu schorzałym, które zależy z jednej strony od szerszego słupa krwi w rozszerzonej części naczynia, z drugiej zaś — od zgrubienia zbliżowaciatej ściany naczynia. Prześwietlając w II wymiarze skośnym, można porównać gęstszy cień wstępującej z jaśniejszym zstępującej, co jest charakterystyczne dla kiły, podczas gdy w miażdżycy cień całego naczynia jest jednakowo ciemny. Trzecim objawem jest wzmocnienie pulsacji aorty; ten objaw uwydatnia się tylko w okresach początkowych, kiedy ścięta ściana stawia mniejszy opór napływającej fali krwi. W okresie późniejszym, gdy ściana bliźnowacieje i grubieje, nadmierne pulsacje ustają. Znamionną dla kiły cechą jest wzmocnienie tętnienia samej tylko części wstępującej, w miażdżycy bowiem tętni aorta w całości. Röntgen umożliwia rozpoznanie różniczkowe między kiłową a nieswoistą niedomykalnością zastawek aorty: w kiłę mamy wypuklenie krawędzi aorty wstępującej, zagęszczenie cienia i wzmocnienie tętnienia w tejże części wstępującej, czego niema w wadzie, powstałej na tle nieswoistego zapalenia. Tętniak aorty, nie dając żadnych klinicznych objawów w pierwszych okresach swego rozwoju, może wówczas być rozpoznany za pomocą prześwietlenia, cień tętniaka da się odróżnić od guzów kl. piersiowej przy prześwietlaniu w różnych kierunkach, gdyż tętniak tętni na wszystkie strony, zaś guzy mogą tętnić w jednym kierunku przez udzielające się im tętnienie fizjologiczne aorty.

E. Bokser.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Dr. Marta ERLICHÓWNA. *Zarys hematologii dziecięcej.* Monografia. Warszawa 1924. Spółka wydawnicza „Ars Medica“.

Książkę Erlichówny powitać należy z dużym uznaniem nie tylko jako pierwszy podręcznik hematologii w języku polskim, ale również za krótką i treściwą formę, w jaką została ujęta. Z tej racji, sądzę, będzie chętnie czytana nie tylko przez pedjatrów, ale korzystać z niej będzie szerszy ogół lekarzy, a przede wszystkim kształcąca się młodzież. E. uwzględniła w pierwszym rzędzie stronę kliniczną chorób krwi i narządów krwiotwórczych u dzieci, poza to również starała się dać pełny obraz poczyniła w rozwiązaniu zagadnień czysto hematologicznych. Na treść składają się następujące działy: 1) wstęp, 2) o metodyce i technice, 3) fizjologia: a) krwi, b) narządów krwiotwórczych, 4) patologia: a) właściwości patologiczne krwi dziecięcej, b) błądność, c) niedokrwistość, d) skazy krwotoczne, e) białaczka, f) uogólnione cierpienia gruczołów chłonnych, g) krew pod wpływem różnych spraw chorobowych.

Metodykę i technikę należałoby uzupełnić; dział fizjo-

logji, zwłaszcza o krwi noworodka i niemowlęcia, pogłębić; patogenę niedokrwistości złośliwej, żółtaczkę hemolitycznej, chorobę Banti i Gaucher należałoby omówić szerzej; choć pokrótce należałoby wspomnieć o erytremji, myelomatach, chorobie Kahler'a. Zmiany, dotyczące leukocytozy w uogólnionych cierpieniach gruczołów chłonnych wymagają dokładniejszego opracowania.

Pewne drobniejsze usterki, które się wkrały tu i owdzie, z pewnością usunięte zostaną w następnym wydaniu.

Książka napisana jest jasno i przystępnie i cechuje się trafem usystematyzowaniem materiału.

R. Hertz.

SEYDERHELM. *Małokrwistość złośliwa, wywołana u psa przez nałożenie zwężenia w jelicie cienkim.* (Klin. Woch. 32, 1924).

Faber i Meulengracht pierwsi stwierdzili, że przyczyną małokrwistości złośliwej może być zwężenie jelita cienkiego, które prowadzi do zatrucia ustroju przez jady, gromadzące się ponad zwężeniem.

U 10 chorych, obserwowanych przez autora, gdzie jednocześnie stwierdzono i zwężenie i gdzie nakładano przetoki ponad kłapką Bauhiniego, badania drobnoustrojowe zawartości jelit wykazały obecność *b. coli* w jelicach cienkich w ogromnej ilości. Dla doświadczenia sprawdzenia tego spostrzeżenia autor nałożył 10 psom zwężenie w jelicach cienkich, przyczem w 2-ch przypadkach wystąpiły jednocześnie zwężenie i małokrwistość złośliwa, zaś badania bakterjologiczne również wykazały przeważającą ilość *b. coli* ponad zwężeniem.

Autor wyraża nadzieję, że dalsze badania w tym kierunku przybliżą nas do poznania istoty i przyczyny małokrwistości złośliwej oraz roli, jaką w tem cierpieniu odegrała przewód pokarmowy.

M. Orzech.

Einar RUD. *O liczbie erytrocytów we krwi pobranej z różnych okolic układu krążenia w stanach chorobowych.* (Compt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 27., 12.VIII.1924).

Badania lat ostatnich wykazały, że liczba erytrocytów, a wraz z nią i poziom hemoglobiny w próbkach krwi, pobranych jednocześnie z różnych okolic naczyń włosowatych, żył lub tętnic ludzi zdrowych w warunkach fizjologicznych, ulega wahaniom bardzo niewielkim. W pracy obecnej autor zajął się badaniem tych stosunków u ludzi chorych, dotkniętych przeważnie różnymi chorobami narządu krążenia i przekonał się, że różnice pomiędzy liczbami otrzymanymi dla rozmaitych okolic naczyniowych nie przekraczają odchyłań stwierdzanych u ludzi zdrowych i że otrzymane wartości wahają się około poziomu przeciętnego, stwierdzanego dla każdego osobnika.

J. Typograf.

Choroby dzieci.

G. BARBARO. *Przetaczanie krwi u noworodków. Technika. Wskazania. Wyniki.* (Gyn. et Obst. T. XI., Nr. 2 1925).

Autor opisuje dokładnie technikę transfuzji, która bywa trojakiego rodzaju: dożylna, podskórna i dootrzewnowa, którą stosują ostatnio Amerykanie. Co do wyboru krwi, to powinna ona należeć do tej samej grupy osoby ofiarującej i odbierającej. U noworodków krew matki zawsze służy dziecku, gdyż w pierwszym tygodniu krew noworodka niema jeszcze określonej grupy. Grupa krwi nie odgrywa roli, gdy transfuzję robi się podskórnie lub dootrzewnowo. Wskazania do transfuzji są bardzo rzadkie: w przypadkach krwotoku noworodków (*haematemesis, melaena* lub t. p.), niedorozwinięcia lub niedonoszenia płodu, infekcji lub ostrego zatrucia (*cholera infantilis*) lub rozległych oparzeń.

Autor przytacza między innymi statystykę epidemji cholery dziecięcej (*cholera infantilis*), gdzie z 15 dzieci bez transfuzji zmarło 11, (73,5%), a z 23 po transfuzji zmarło 9 (39%).

L. Ebin.

Paul GUÉNIOT et SEGNY. *Próby przetaczania krwi u niedonoszonych noworodków.* (Gyn. et Obst. T. XI, Nr. 2 1925).

U 5 niedonoszonych noworodków (7—7½ mies.) autorzy stosowali transfuzję krwi matki dziecka i przyszli do

wniosku, że transfuzja krwi u niedonoszonych noworodków pobudza rozwój i działalność jego organów. Przez transfuzję krwi noworodek otrzymuje dużą ilość czerwonych ciałek wraz z hormonami i wydzielinami gruczołów dokrewnych, znajdujących się w krwi matczynej.

Operację tę znosi dziecko znakomicie. Rezultaty zawsze były dodatnie. Jeżeli waga nie wzrastała natychmiast, to temperatura zawsze się podniosła o 1^o lub 2^o stopnie i dochodziła aż do 37^o C.

L. Ebin.

Sophie PRAG. **O przesunięciu obrazu obojętnochołonnego u niemowląt.** (Monat. f. K. T. 29, Z. 1).

Badanie obrazu obojętnochołonnego dojrzałych noworodków wykazało w 10% przypadków przesunięcie w lewo, które ustępowało koło 9-go dnia życia. W 25% donoszonych, lecz źle rozwijających się niemowląt obraz był przesunięty w lewo powyżej 8% pałeczkowatych, a powracał do normy równocześnie z poprawą dziecka. Wcześniaki prawie bez wyjątku wszystkie mają zwiększony odsetek pałeczkowatych i postaci młodych. Przesunięcie obrazu w lewo uważa autorka za objaw niedojrzałości.

B a r a ń s k i.

T. SCHIFF i BAYER. **Leczenie choroby Leinera (erythrodermia desquamativa) zapomocą dożylnego wlewania krwi.** (Monat. f. Kind. T. 29, Z. 1).

W kilku przypadkach, w których zawiodły wszystkie inne metody leczenia, udało się autorom uzyskać zupełne wyleczenie zapomocą 1—2-krotnego wlewania do zatoki strzałkowej kilkudziesięciu centymetrów krwi cytrowanej.

B a r a ń s k i.

PETENYI. **Odruch udowy (Femoralreflex), nowy objaw tężyczki.** (Monat. f. K. T. 28 r. b.).

Autor stwierdził, że u 68% dzieci chorych na tężyczkę opukiwanie młotkiem mięśnia czwórgłowego między górną i średnią trzecią uda powoduje skurcz tego mięśnia, tak jak przy odruchu rzepkowym. Odruch ten jednak nie ma nic wspólnego ani z odruchem rzepkowym, ani z nadpobudliwością mięśnia, lecz zależy od nadpobudliwości gałązki nerwu kulszowego, która w tem właśnie miejscu wchodzi do mięśnia. Wartość rozpoznawczą tego objawu można porównać z wartością odruchu L u s t a.

B a r a ń s k i.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie z dnia 12.V.1925.

Wiktoria Grzywo-Dąbrowski wygłosił odczyt p. t. „Tajemnica Lekarska“. Po przedstawieniu społecznego znaczenia tajemnicy lekarskiej i omówieniu stosunku prawodawstw rozmaitych krajów do danej sprawy, prelegent zaproponował poniżej przytoczone postulaty:

1. Art. 704 Ustawy Postępowania Karnego (względnie art. 101 projektu U. P. K.) winien być uzupełniony w ten sposób, że i lekarze nie mogą być przesłuchiwanymi, jako świadkowie, w sprawach, dotyczących swych pacjentów, o ile będą oni uważali, że zeznanie ich mogą naruszyć tajemnicę lekarską; w przypadkach upoważnienia przez pacjentów do zeznawania w swych sprawach wobec sądu mogą lekarze świadczyć, o ile będą uważali, że świadczenie takie nie zaszkodzi w jakibądź sposób ich pacjentom.

2. Obowiązek meldowania o niektórych chorobach zakaźnych, nie grożących niebezpieczeństwem otoczeniu, jak np. gorączka połogowa, jest dopuszczalne tylko za zgodą pacjenta, i to, o ile lekarz uzna, że takie zameldowanie nie spowoduje jakiejś krzywdy dla chorej; w przeciwnym razie — meldowanie powinno być dokonane bez podania nazwiska chorej, tylko w celach statystycznych.

3. W świadectwach choroby i śmierci lekarz ma prawo, w myśl poprzednich uwag, pominąć rozpoznanie choroby, o ile będzie uważał, że wymienienie choroby, względnie — przyczyny śmierci, może spowodować jakieś nieprzyjemności dla chorego, lub-wywołać nieprzychylną opinię w stosunku do zmarłego.

Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie z dnia 28 marca 1925.

Bregman. **Rozległe porażenie porodowe** Dziecko 5-miesięczne ma od urodzenia porażenie całkowite l. k. g., położenie k. g. odpowiada porażeniu Duchenne-Erba, ale palce i ręka są również bezwładne. Pomimo porażenia m. trójgłowego, łokieć jest stale wyprostowany, co B. tłumaczy budową stawu łokciowego. Zaburzenia czucia w l. k. g. Zespół Hornera na l. oku dowodzi, że naruszone zostały korzenie bardzo głęboko, w bliskości kręgosłupa. Akuszerka, po wyjściu główki, założyła dziecku ręcznik na szyję i w taki sposób je wyciągnęła. Równocześnie z rozerwaniem korzeni i splotu barkowego nastąpił uraz M. mostkowo-obojętkowo-sutkowego, dlatego stałe nachylenie głowy na lewo.

W dyskusji zabierają głos Z. Bychowski, Rotstatti Bregman.

Z. Bychowski. **Niedowidzenie połowicze jednoimiennie po nagninnem zapaleniu mózgu.** Przypadek dotyczy

27-letniego mężczyzny, u którego B. na zasadzie szeregu objawów rozpoznał ambulatoryjną (poronną) postać śpiączki, jednak ani razu nie spostrzegł ciepoty podwyższonej. Chory miał prawostronne niedowidzenie połowicze oraz upośledzenie czucia w pr. połowie ciała. B. umiejscawia sprawę w obrębie lub w sąsiedztwie wzgórka wzrokowego. W dyskusji zabierają głos Higier i Bychowski.

Sterling Wl. przedstawił 3 chorych, u których głębokie oddychanie, trwające od 5—15 minut (t. zw. hyperwentylacja) wywoływało wybitne objawy tężyczki, i omówił rzadsze objawy tężyczki, które ujawnić może eksperyment hyperwentylacyjny, a więc oprócz objawów Bechterewa, Erba, Chwostka sen. i jun.—objaw Weissa, Thiemicha (t. zw. „Karpfenmund“), objaw Petersa (t. zw. „Hampelmannphänomen“) i objaw Rosseta (jako negatywu objawu Thiemicha), wreszcie stosunek tężyczki hyperwentylacyjnej i neurotyczno-oddechowej. (A delsborg i Porges) do innych postaci tężyczki. Omówiony został również wpływ adrenaliny i skopolaminy na powstawanie objawów tężyczki hyperwentylacyjnej.

W dyskusji zabierali głos Flatau, Koelichen, Higier i Bregman.

G. Bychowski (jun.). **W sprawie ruchów indukowanych Goldsteina.**

Opisane przez Magnusa i Kleyna odruchy, które mają za zadanie utrzymanie ustawienia ciała, nie znalazły zrazu znacniejszego zastosowania w klinice. Dopiero Simons, a później Walshe pokazali, że odruchy szyjowe wywierają wybitny wpływ na przebieg synkinezy w porażeniu połowiczem. B. demonstruje to na odpowiednim przypadku.

Wreszcie Goldstein pokazał, że nie tylko w przypadkach patologicznych, ale i zdrowych udaje się przy odpowiednich warunkach stwierdzić wpływ ustawiania głowy na ustawienie innych części ciała i odwrotnie. Na 17-letnim młodzieńcu, o układzie nerwowym normalnym, demonstruje B. zarówno szereg ruchów mimowolnych, jak i t. zw. indukcję ruchów.

Wreszcie usiłuje dać teoretyczne uzasadnienie tych osobliwych fenomenów.

H. Higier. **Trzy przypadki rzadkiej postaci padaczki.**

Wszystkie 3 osoby — lat 18 do 32 — z epilepsją genuiną (jeden po urazie mózgu flowerowym) potrafią przez energiczny ruch kończyny, w której się rozpoczyna „aura“, powstrzymać napad. H. usiłuje wytłumaczyć mechanizm hamujący, przytaczając dane i analogje: 1) z dziedziny crampus; 2) z dziedziny torticollis spasmódique mental; 3) z dziedziny hamowania hyperkinez pozapiramidowych; 4) z dziedziny drgawek, towarzyszących nerwobólom i ner-

wiakom pooperacyjnym i 5) z dziedziny środków odciągających (*derivanta*), które przy bólach narządowych usuwają czasem skurcz w *defense musculaire*. Powołując się na doświadczenia starsze *Sherringtona* i nowsze *Uexkella*, H. przeciwstawia mechanizm padaczkotwórczy mechanizmowi drgawkohamującemu.

Polskie Tow. Anatomiczne w Warszawie.

Posiedzenie z dnia 16.III. 1925 r.

Przewodniczący E. LOTH. Sekretarz C. JASTRZĘBSKI.

1. Zatwierdzono sprawozdanie z posiedzenia poprzedniego.

2. Przewodniczący w paru słowach scharakteryzował działalność i znaczenie niedawno zmarłych wybitnych anatomów *L. Testuta* i *H. Brausa*.

3. Przewodniczący podał do wiadomości, że do biblioteki T-wa. Anatomicznego w Warszawie wpłynęły prace dr. *Zwejbama* (2) oraz dr. *Ks. B. Rosińskiego*.

4. Sprawę wyboru delegacji na zjazd anatomów w Turynie przekazano do załatwienia Prezydium.

5. *K. Orzechowski*. Pokaz preparatów mikroskopowych komórek nerwowych dwujędrzastych.

Materiał pochodzi z przypadku, dotyczącego 49 l. mężczyzny, zmarłego na zapalenie przewlekłe opon mózgowo-rdzeniowych, przechodzące na zewnętrzne warstwy mózgu.

W jednym miejscu kory okolicy ruchowej, tuż pod węgrzem, glej jest w stanie bujania i luźnego stwardnienia w postaci wąskiego pasa, przechodzącego przez całą wysokość kory.

Znajdujące się w tym pasie liczne komórki nerwowe odpowiadają wielkością małym i średnim piramidowym, lub dużym wrzecionowatym. Wypustki i tygroid komórek nerwowych barwią się dobrze. Tamże znaleziono kilkanaście komórek dwujędrzastych i jedną z trzema jądrami. Naogół oba jądra tych komórek są rozwinięte prawidłowo i tylko wyjątkowo oba albo jedno z dwóch są dotknięte zwyrodnieniem i barwią się słabiej. W jednym przypadku oba jądra stykają się ze sobą, jakby nie uległy podziałowi. Obok komórek dwujędrzastych istnieją liczne skupienia, złożone z 2 — 3 komórek, ściśle przylegających do siebie.

Na podstawie dwóch spostrzeżeń własnych, dokonanych w 1906 r. i dotyczących w pierwszym przypadku pseudoamitoz w komórkach rogów przednich, w drugim przypadku ruchów podziałowych jąder komórek *Purkinjego*, autor nie wątpi, że jądra komórek nerwowych mogą się dzielić. Zato niezmiernie trudno jest dowieść, że mogą się dzielić i ciała tych komórek.

W przedstawionym przypadku nasuwa się jednak podejrzenie, że powstały tu komórki nowe. We wspomnianym wyżej pasie stwardnienia są liczne komórki nerwowe o postaciach, których w sąsiedztwie niema i które w tej liczbie w prawidłowej korze ruchowej się nie znajdują. Można zatem przypuszczać, że komórki te są wytworem doskonałych podziałów, tak jak wytworem podziałów niezupełnych są obecne na preparatach komórki z dwoma lub trzema jądrami.

6. *C. Jastrzębski*. Pokaz preparatu ligamentu intercolicij sin.

Podczas sekcji, dokonanej 20.XII 1925 r. na zwłokach kobiety 46 l. w szpitalu starozakonnym została stwierdzona obecność błony, naciągniętej pomiędzy lewą połową poprzecznicą a jelitem grubym zstępującym. Błona ma kształt trójkątnej i w wielu miejscach prześwieca. W głębokim uchyłku pod błoną znajdowało się kilka pętel jelita czczego. Równoległe do brzegu wolnego błony przebiegają w niej naczynia krwionośne, pomiędzy którymi gdzieś gdzieś przeświecają skupienia tkanki tłuszczowej.

Brzeg wolny tej błony jest gładki i wynosi około 10 cm. długości. Długość każdego z brzegów, zrosniętych z jelitem równa się mniej więcej 15 cm.

W okolicy zgięcia prawego okrężnicy daje się zauważyć obecność drugiego fałdu otrzewnowego, lecz wynoszące go tylko około 1 cm. wysokości. Jakichkolwiek zrostów otrzewny lub zmian w jelitach, które mogłyby prowadzić do zrostów, nie stwierdzono.

Na podstawie danych badania tego przypadku oraz danych porównawczo — anatomicznych autor przychodzi do wniosku, że opisane błony są skutkiem wadliwego rozwoju ścian jelita i prawdopodobnie są spowodowane przez odszczepienie od ściany jelita pasma włókien mięsnych. Pasma te

podczas kształtowania się obu zgięć jelita grubego naciągnięły się w postaci cięciwy i przyczyniły się do powstania opisanych fałdów otrzewnowych. Pokaz był ilustrowany trzema tablicami rysunków.

W dyskusji w sprawie obu pokazów zabierał głos E. Loth.

7. *D. Lipcówna* wygłosiła komunikat na temat: **Różnice rasowe u noworodków polskich, żydowskich i szwajcarskich.**

Badania autorka prowadziła w zakładach położniczych Warszawy, Krakowa i Zurychu. Obejmują one około 20 tys. spostrzeżeń na 700 noworodków polskich, żydowskich i szwajcarskich — 500, żydowskich — 100 i szwajcarskich — 100.

I. Waga ciała noworodka wahała się od 2 — 5 kg., wynosząc przeciętnie 3,3 kg. t. j. zaledwie 5% wagi dorosłego. Noworodki polskie są znacznie cięższe od żydowskich, a szwajcarskie są najlżejsze. Noworodki płci męskiej odznaczają się większą wagą od żeńskich.

II. Długość ciała waha się od 45 — 58 cm. Przeciętna wynosi 51,5 cm. dla noworodków polskich, żydowskie zaś są najmniejsze, co odpowiada różnicy u dorosłego. Wzrost nowonarodzonych dziewczynek wynosi 98% wzrostu noworodków płci męskiej.

III. Przewaga obwodu głowy nad obwodem klatki piersiowej, tak charakterystyczna dla noworodków, jest rezultatem tego, że obwód głowy osiąga u noworodka 60% wymiaru definitywnego, gdy obwód klatki piersiowej tylko 40%. Wpływ rasy ujawnia się w słabszym rozwoju klatki piersiowej noworodków szwajcarskich. Wpływ zaś płci wyraża się w stałej przewadze obwodu głowy i innych wymiarów bezwzględnych tak głowy, jak i twarzy u noworodków męskich nad żeńskimi

IV. Cechy opisowe.

Włosy noworodków są znacznie jaśniejsze od włosów dorosłego. Bardzo rzadko były czarne. Noworodki żydowskie są wyraźnie ciemniejsze od polskich, gdyż przeważają tu szatyni i czarni. Oczy noworodków w ogromnej większości przypadków posiadają barwę ciemnoszaroniebieską. Nawet u noworodków żydowskich niezmiernie rzadko trafiały się oczy t. zw. piwne, tak częste u dorosłych. Noworodki żydowskie wykazywały barwę granatową lub granatowo-szarą. Oczy noworodków polskich były szaroniebieskie, natomiast oczu piwnych lub szaro-piwnych u nich nie stwierdzono. Szpara oczna migdałowata spotyka się u noworodków żydowskich znacznie częściej, aniżeli u nowor. polskich.

Nosy noworodków, na pierwszy rzut oka, są wszystkie wklęsłe. Jest to złudzenie optyczne, które opiera się na głębokim osadzeniu korzenia nosa. W rzeczywistości tylko około 20% nosów posiadało grzbiet prosty. Nosy wklęsłe u noworodków żydowskich są rzadsze, aniżeli u noworodków polskich. Natomiast nosy wklęsło-wypukłe, z których następnie rozwijają się haczykowate, były zjawiskiem częstszym u noworodków żydowskich.

Tak charakterystyczna przegroda nosowa, wystająca poza poziom skrzydeł nosa, spotyka się u noworodków żydowskich b. często. Noworodki zaś polskie miały koniec nosa bezsprzecznie silniej zadarty od żydowskich.

Zatem wpływ płci i rasy zaczyna się ujawniać bardzo wcześnie na wroście i kształcie poszczególnych części ciała i występuje zupełnie wyraźnie już u noworodków.

W ożywionej dyskusji zabierali głos: E. Loth, ks. B. Rosiński.

8. *M. Orłowski*. Kilka rzadkich odmian kręgów ludzkich.

Autor zbadał sto kręgosłupów w celu stwierdzenia odmian kanału poprzecznego kręgów i znalazł otwór poprzeczny w kręgach piersiowych w 3% wszystkich przypadków, również w jednym przypadku znalazł otwór poprzeczny i w pierwszym kręgu lędźwiowym. Otwory zaś przedpoprzeczne stwierdził tylko trzy razy w ostatnich kręgach szyjowych. Autor znalazł również otwory i w łukach kręgowych, przy czym w dwóch przypadkach w kręgach szyjowych, w jednym zaś przypadku w kręgach piersiowych i lędźwiowych, o czym żaden z autorów dotąd nie wspomina. Praca przeznaczona do druku.

Za Sekretarza: *Zapolska*.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu niemieckiego Tow. chirurgicznego w Berlinie w kwietniu r. b. *Toenniesen* mówił o swem doświadczeniu ze **znieczuleniem nerwu trzewnego**,

dokonywanem według przepisów Brauna. Upředniego w eczora chory dostaje 1,0 adaliny, zaś w dzień zabiegu rano i 1/2 godziny przed zabiegiem 1/2 ampułki skopomorfiny. Po nastrzyknięciu powłok wstrzykuje się do nerwu trzewnego 70—80 sz. cm. 1%-wego rozczyntu nowokainy lub tutokainy z adrenalina. Po upływie 5—6 minut następuje znieczulenie, trwające około 2-ch godzin. Podczas zaszywania powłok brzusznych należy powtórnie dokonać zastrzyknięcia. W 112 zabiegach, dokonanych w klinice lipskiej, zawsze otrzymywano całkowite znieczulenie. Po otwarciu jamy brzusznej często występuje znaczny spadek ciśnienia, jednak bez zapaści. Wymiotów pooperacyjnych nie zauważono; zapalenia płuc przebiegały łagodnie. Finsterer z Wiednia zdawał sprawę z 640 operacyj na żołądku i pęcherzyku żółciowym, dokonanych pod znieczuleniem nerwu trzewnego.

Blanco-Acevedo (Montevideo) na posiedzeniu akademii lekarskiej w Paryżu w maju r. b. komunikował o swem zapobiegawczem zastrzykiwaniu szczepionki Delbetea wszystkim przez siebie operowanym. W trzydniowych odstępach robi on 3 zastrzyknięcia podskórne po 2—4 cm., ostatnie wykonywając 3 dni przed zabiegiem. Metoda ta

ma być, według niego, szczególnie wskazana w zszywaniu kości i w stosowaniu radu w przypadkach raków wrzodziejących. Na 389 laparotomij, dokonanych na oddziale ginekologicznym i podobnie przygotowanych, nie miał ani razu zapalenia żył, ani zatoru, ani śmierci.

Przypadek ciężkiego tęcza ulezonego przedstawili Dufour i Duhamel na posiedzeniu towarzystwa paryskiego lekarzy szpitalnych w marcu roku bieżącego. Chory w ogólnej sumie otrzymał 520 cm. sz. surowicy przeciwteczowej w ciągu dni 10. Właściwym jednak środkiem, który przyczynił się, zdaniem tych autorów, do uzdrowienia chorego, był chloroform, który zastosowano u chorego na czwarty dzień choroby, kiedy stan jego był szczególnie ciężki. Chloroformu użyto w celu uspienia chorego, by mu wtedy zastrzyknąć do kanału rdzeniowego 40 cm. sz. surowicy. Następnego dnia chory był prawie zdrów. Autorzy sądzą, że dzięki działaniu chloroformu na tkankę nerwową surowica przeciwteczowa mogła wejść z nią w ścisły kontakt, co, jak wiadomo, w warunkach zwykłych w tęczu jest bardzo utrudnione.

M. G.

MEDYCINA SPOŁECZNA

Zagadnienie Kas Chorych i projekt jego rozwiązania.

Podał

Dr. Oskar GOLDBERG (Warszawa).

Wadliwość obowiązującej obecnie w Polsce ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby, czyli o Kasach Chorych, stwierdzona została tak nieomylnym probierzem, jak 5-letnia próba życiowa. Ze wszystkich stron, bezpośrednio i pośrednio w działalności Kas Chorych zainteresowanych, rozlegają się bezustannie wyrazy niezadowolenia, skargi i protesty. Jaskrawe błędy w organizacji naszych Kas Chorych, krzywdzące rozmaite sfery ludności, doprowadziły nareszcie niektóre stronnictwa polityczne i stowarzyszenia zawodowe do zgłoszenia do sejmu i do rządu wniosków i memorjałów o konieczności nowelizacji Ustawy o Kasach Chorych. Rząd również doszedł do przekonania, że ustawa wymaga rewizji, i złożył w sejmie swój projekt nowelizacji.

Atoli zgłoszone wnioski i memorjały zawierają tak odmienne poglądy na zadanie Kas Chorych, — prawie od negowania ich potrzeby aż do wołania o socjalizację pomocy lekarskiej — i tak sprzeczne projekty organizacyjne, że jasnym się staje, iż projektodawcy dążą do wprowadzenia zmian, odpowiadających ich tendencjom politycznym. Można się spodziewać, że i na gruncie sejmowym sprawa Kas Chorych stanie się przedmiotem walki partyjnej.

W tej tak przełomowej dla istnienia Kas Chorych chwili niezbędne jest dla orientacji ustalenie genezy, podstawowej idei i zadań ubezpieczeń społecznych wogóle, określenie w ich rzędzie miejsca dla Kas Chorych i bezstronna ocena obecnej struktury tej instytucji jedynie pod kątem widzenia słuszności i celowości.

Tylko idąc szlakiem ideologii polityki socjalnej, ale nie partyjnej, i kierując się jednocześnie realnymi potrzebami życiowymi, czynniki prawodawcze, przy nowelizacji Ustawy o Kasach Chorych, wyzwolą się z sugestji faktu dokonanego, potrafią się oprzeć wpływom argumentacji tendencyjnej i uchronią się od dalszego szkodliwego eksperymentowania nad instytucją, mającą tak wybitne znaczenie dla zdrowia publicznego i wciągającą w orbitę swego działania interesy różnych czynników społecznych.

Już w starożytności stosowana była zasada zabezpieczenia pracujących: pan dawał schronienie chorym i zestarzałym niewolnikom. Za czasów feudalnych ci, którzy posługiwali się pracą służących, mieli obowiązek utrzymania ich, kiedy się stawali niezdolnymi do pracy wskutek choroby, kalectwa lub starości. W czasach przedkapitalistycznych cechy udzielały pomocy swym członkom w razie choroby lub starości. W czasach zaś nowożytnych stosunki gospodarcze tak się skomplikowały i zarazem zróżniczkowały, że los pracownika stał się zależnym jedynie od jego pracy, a praca niezawsze

zupełnie zabezpiecza człowieka, szczególnie w razie nienormalnych wypadków, mogących zająć w jego życiu.

Zwycięstwo maszyny i wielkiej wytwórczości nad drobnymi przedsiębiorstwami spowodowało powstanie dużych środków fabrycznych, w których zatrudnione są olbrzymie masy ludzi, których wielka część oderwana jest od swych miejscowości i ognisk rodzinnych. Przy obsłudze maszyn zdarzają się daleko częściej, niż dawniej, nieszczęśliwe wypadki, warsztaty pracy powodują różne choroby specyficzne — zawodowe, duże skupienia ludzi sprzyjają szerzeniu się szkodliwych nałogów i pogarszają sanitarne warunki życia. Zarobki zaś robotników regulują się nie tylko zwyczajną kalkulacją handlową, lecz także czynnikami zewnętrznymi, jak warunki rynku wewnętrznego i konkurencja rynków obcych, i nie mogą wskutek tego przekroczyć pewnego poziomu bez ryzyka wywołania niebezpiecznego przesilenia ekonomicznego. W tych warunkach robotnicy we własnym interesie contentować się muszą zarobkiem, zaspakajającym ich potrzeby codzienne. W razie zaś utraty zdolności do zarabkowania, spowodowanej czy to dłuższą chorobą, czy nieszczęśliwym wypadkiem, czy starością, czy też w razie bezrobocia, — robotnik taki wpada w sytuację bardzo krytyczną.

Z drugiej strony interes państwa i społeczeństwa wymaga, by ogólna wydajność pracy była możliwie wielka, a zatem, aby zdolność do pracy była otaczana opieką, i, gdy zostaje narażona na szwank, w porę przywrócona. Prócz tego społeczeństwo winno zapobiegać, aby pracownicy, utraciwszy zdolność do zarabkowania, nie stawali się ciężarem dobroczynności publicznej. Jeżeli wziąć jeszcze pod uwagę, że niezabezpieczony los tak szeroki mas pracujących rodzi ferment i wybuchy niezadowolenia, to staje się zrozumiałem, dlaczego nowoczesne państwa wstąpiły na drogę ubezpieczeń społecznych, t. j. tworzenia instytucyj, które mają zabezpieczyć pracujących przed materialnymi skutkami przyszłych nadzwyczajnych wydarzeń, powodujących utratę zdolności do zarabkowania. Według określenia prof. Alfreda Manna „ubezpieczenia społeczne są instytucjami, opartymi na wzajemności i mającymi na celu wynagrodzenie strat, powstałych przypadkowo i podlegających oszacowaniu“.

Ubezpieczenia społeczne są tedy dziełem nie tylko wysoce humanitarnem, lecz także socjalno-ekonomicznem. Na ubezpieczenia społeczne należy się zapatrywać, jako na kompromis między kapitałem a pracą, jako na korektywę ustroju kapitalistycznego.

Ze wszystkich gałęzi ubezpieczeń społecznych stosunkowo najbardziej pilne są ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków i od niezdolności do zarabkowania, gdyż zainteresowani pracownicy w razie nieszczęścia mogą się znaleźć w położeniu prawdziwie tragicznem, i nie, prócz ubezpieczenia, nie może ulżyć ich losowi. Ubezpieczenie zaś na wypadek choroby obejmuje ilościowo przeważnie nieznaczne i krótkotrwałe zaburzenia zdrowia, które nie pociągają za sobą wielkich kosztów leczenia. Wypadki poważnych chorób stanowią

w statystyce K. Ch. odsetek stosunkowo niewielki. Należy jeszcze dodać, że ubezpieczeni, korzystający z bezpłatnej pomocy lekarskiej, zwracają się do lekarzy częściej i z mniej ważnymi niedomaganiem, niż ludzie, których stać na prywatną kurację. To też prawie we wszystkich państwach, które wprowadziły u siebie ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków wcześniej zostało ustawowo wcielone w życie, niż ubezpieczenie na wypadek choroby. W Niemczech zupełnie przypadkowo ustawa o ubezpieczeniu na wypadek choroby z 1883 r. wyprzedziła ustawę o ubezpieczeniu od nieszczęśliwych wypadków, ponieważ pierwsze dwa projekty tej ostatniej ustawy z 8.III. 1881 r. i z 8.V. 1882 r. parlament odrzucił i uchwalił dopiero 3-ci projekt w r. 1884. I w Polsce punkt ciężkości ubezpieczeń społecznych powinien być przesunięty na ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków i od niezdolności do zarobkowania.

Po tych ogólnych uwagach, ustalających rację bytu i cele ubezpieczeń społecznych, przechodzimy do oceny polskiej instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby, czyli Kas Chorych.

Należy nadmienić, że zagranicą istnieją najrozmaitsze typy Kas Chorych; zależnie od tradycji, od stopnia uświadomienia społeczeństwa, od kultury mas pracujących i od orjentacji czynników prawodawczych. W państwach zachodnich zastosowano przy urzeczywistnieniu tej reformy ubezpieczeniowej, ze względu na jej oddziaływanie na różne dziedziny życia społecznego, jaknajdalej idącą ostrożność, oględność i stopniowanie. Polskie ustawodawstwo nie wzorowało się na taktyce i doświadczeniu innych państw i nie nawiązało wykonania nowej reformy do postępu, osiągniętego w tej sprawie na zachodzie. Nasza organizacja Kas Chorych, zapoczątkowana w r. 1919 przez rząd Moraczewskiego i wcielona w życie w r. 1920, zdradza tendencje najbardziej radykalne i nie liczy się z całokształtem życia społecznego.

Nim przystąpię do oceny naszych Kas Chorych, zaznaczyć i podkreślić muszę, że najistotniejsza ich wada jest, że tak powiem, przyrodzona, właściwa wogóle tej gałęzi ubezpieczeń społecznych, mianowicie: Kasy Chorych, jak to wynika z charakteru i zakresu ich zadania, nie mogą się opierać na normalnych podstawach techniczno-asekuracyjnych. Pod tym względem Kasy Chorych bardzo odbiegają od wszystkich innych gałęzi ubezpieczenia — społecznego i prywatnego — i stanowią instytucję conajmniej paradoksalną. A to dlatego, że:

po pierwsze — każda inna instytucja ubezpieczeniowa wypłaca z funduszy, zebranych ze składek wzgl. z premji, równowartość straty tylko w postaci pieniędzy. Kasy Chorych zaś poza wsparciami na utrzymanie, nie dają pieniędzy na leczenie, lecz udzielają pomocy lekarskiej w naturze;

po drugie — we wszystkich rodzajach ubezpieczenia strata, dająca prawo do odszkodowania, do renty, do świadczeń (pożar, kradzież, kalectwo, niezdolność do zarobkowania, starość etc.) daje się obiektywnie i ściśle (czy to podług cen rynkowych, czy to podług pewnych tabel) oszacować. Natomiast koszty leczenia niedomagań fizycznych, wskutek subiektywnego i dowolnego ich traktowania są nieobliczalne;

po trzecie — wszystkie inne organizacje ubezpieczeniowe ustalają wielkość ryzyka ubezpieczeniowego i w związku z tem ceny premji i polisy ubezpieczeniowej na podstawie statystycznych badań zjawisk masowych przez szereg lat. Kasy Chorych zaś, mające za przedmiot ubezpieczenia przypadki choroby, których większość nie podlega rejestracji (błaha niedomagania, przesada, symulacja), nie mogą wcale przewidzieć i określić ryzyka ubezpieczeniowego i zgóry wyznaczyć odpowiednio do ryzyka wysokości składek i wysokości świadczeń. Z całą pewnością twierdzić można, że ryzyko Kas Chorych, jeżeli obliczyć świadczenia lekarskie nawet podług cen niskich, znacznie przewyższyć musi wytrzymałość ich normalnego budżetu. Zawilią tę kwestję zrównoważenia budżetu, przy zupełnie nieobliczalnych, a raczej przy niewspółmiernie wysokich wydatkach, równającą się kwadraturze koła, inicjatorzy i wykonawcy naszej Ustawy o Kasach Chorych rozwiązali bez długiego namysłu w sposób nader prostolinijszy, zaborczy i bezwzględny. Z jednej strony postarali się o powiększenie dochodowości Kas Chorych za pomocą rozszerzenia przymusu ubezpieczeniowego na sfery pracowników wyższych, dobrze uposażonych, którzy z dobrodziejstwa Kas Chorych korzystać nie powinny i nie chcą, a z drugiej strony pozyskali tanią pomoc lekarską dla olbrzymich mas

ubezpieczeniowych za pomocą zakontraktowania niewielkiej stosunkowo liczby lekarzy, opłacanych od godziny pracy. W tej właśnie kombinacji bilansowej, krzywdzącej i agresywnej pod względem handlowym i niedorzecznej pod względem kulturalno-społecznym, tkwi główna przyczyna nieudolności naszych Kas Chorych i tarć, które one ciągle z konieczności powodują.

Po zwróceniu uwagi na tę fundamentalną wadę organizacyjną, musimy z kolei zająć stanowisko względem zasadniczych cech naszych Kas Chorych, dostarczających tyle materiału palnego do dyskusji, mianowicie względem:

- 1) Przymusu ubezpieczeniowego.
- 2) Terytorjalności Kas.
- 3) Braku ustalonej górnej granicy dochodów dla obowiązku ubezpieczenia się.
- 4) Systemu stałych lekarzy kasowych.
- 5) Ambulatorjów i aptek kasowych i
- 6) Próby socjalizacji lecznictwa.

1) Przymus ubezpieczeniowy konieczny jest, o ile dotyczy tylko niższych szczebli pracujących. Jeżeli społeczeństwo umożliwi nisko opłacanym pracownikom ubezpieczenie się, i jeżeli składka ubezpieczeniowa wchodzi w rachubę przy ustaleniu płacy zarobkowej, to odpowiednio wynagrodzony pracownik musi dać gwarancję, że kwoty, otrzymywane na ubezpieczenie się, nie będą zużyte na inne cele, i że, w razie dłuższej choroby pracownik ten nie spadnie ciężarem na społeczeństwo. Przy niskim stanie kultury naszych szerokich mas pracujących, trudno ufać, aby robotnicy sami myśleli o swoim przyszłym losie i dobrowolnie się ubezpieczali. Przymusowe masowe ubezpieczenie na wypadek choroby może podnieść ogólną zdrowotność kraju, co jest także ważne pod względem kulturalnym, moralnym i gospodarczym i ze względu na ewentualną konieczność obrony militarnej.

2) Można się też zgodzić na zasadę terytorjalności Kas Chorych, gdyż duża kasa upraszcza i ujednacza technikę ubezpieczeniową i, rozporządzając większymi funduszami, umożliwia udzielenie pomocy lekarskiej w szerszym zakresie. Ale z drugiej strony trzeba przyznać, że duża administracja musi być zbyt biurokratyczna, nie może uwzględniać cech i potrzeb pracujących w różnych warsztatach pracy i zdejmuje z pracodawców indywidualną troskę o zdrowie i dobro ich pracowników. Przy systemie mniejszych Kas fabrycznych i zawodowych pomoc lekarska jest bliższa, a zatem i szybsza, kontakt między lekarzami i pracownikami jest ściślejszy i łatwiej jest dopiąć potrzebnych ulepszeń i indywidualnych udogodnień. Prócz tego, ze względu na intymniejszą stosunki, utrudniona jest symulacja.

3) Co do zakresu osób, podlegających obowiązkowi ubezpieczenia się, należy bezwzględnie wymagać ograniczenia tego zakresu pewną wysokością dochodów. W myśl idei ubezpieczeń społecznych reforma przychodzi z pomocą tylko tym pracownikom, których praca zarobkowa jest niska i wystarcza jedynie na opędzenie wydatków niezbędnych. Wyższe szczeble pracowników, składające się z osób lepiej usytuowanych i inteligentnych, przeciwnie są przymusowi należania do Kasy Chorych. Ponieważ Kasy Chorych nie zadawają im wymagań kulturalnych i indywidualnych, leczą się one przeważnie prywatnie i w ten sposób stają się ofiarami wyzysku, gdyż nie otrzymują rekompensaty za wpłacane wysokie składki. Pracownicy umysłowi zawsze mogą znaleźć uwzględnienie swoich skromnych środków w prywatnej praktyce. W ostateczności, gdyby to uważali dla siebie za korzystne, mogliby stworzyć instytucję dobrowolnych ubezpieczeń na podstawie wypłat pieniężnych na kurację i wolnego wyboru lekarzy. Otwarte tłumaczenie zwolenników szerokiego zakresu przymusu, że ekonomicznie silniejsze sfery pracowników, nawet nie chcąc korzystać z pomocy Kas Chorych, powinny materialnie popierać je na rzecz niezamożnych rzesz pracujących, jest nielogiczne, ponieważ, jeżeli operować konsekwentnie tym argumentem, korzystniejsze dla Kas Chorych i sprawiedliwsze byłoby obłożenie podatkiem na rzecz tej instytucji wogóle wszystkich zamożnych obywateli lub wszystkich płatników podatku dochodowego. Tłumaczenie to jest i z punktu widzenia ekonomicznego szkodliwe, ponieważ składki osób, stojących na wyższych szczeblach służby, w 3/5-ych zupełnie nieprodukcyjnie obciążają pracodawców, a zatem przemysł i handel krajowy, obniżając jego zdolność konkurencyjną i przyczyniając się do wzrostu drożyzny.

W Niemczech rozporządzeniem ministra pracy z dnia 29 lutego 1924 r. ustalono górną granicę dochodów dla ob-

wiązku ubezpieczenia się na 2400 marek rocznie dla pracujących i na 1800 mk. dla przystępujących dobrowolnie do Kasy Chorych.

Zastępuje w tem miejscu na zanotowanie i ta okoliczność, że tak rozszerzony zakres przymusu ubezpieczeniowego jest wyrazem lekceważenia i wyzysku pracy lekarskiej na rzecz Kasy Chorych i że po części wskutek tego zraza do nich op. nję stanu lekarskiego, który z natury rzeczy powinien być głównym filarem tej instytucji.

4) Przechodzę do kwestji, której pomyślne lub niepomyślne rozwiązanie stanowi o pożyteczności lub szkodliwości Kas Chorych, — do kwestji zabezpieczenia jej członkom pomocy lekarskiej.

Opieka lekarska w Kasach Chorych powinna być wykonana w dwóch kierunkach: profilaktyki i właściwego leczenia. Przyjmując pod uwagę słabe uświadomienie szerokich mas niższych pracowników w sprawach zdrowotnych, rozpowszechnienie w tych sferach gruźlicy, krzywicy, alkoholizmu, chorób wenerycznych i ujemny wpływ na stan zdrowia różnych warsztatów pracy, można z całą pewnością powiedzieć, że celowo zorganizowana profilaktyka w warstwach robotniczych może być wdzięcznym zadaniem Kas Chorych. Akcja zapobiegawcza zahamuje w znacznym stopniu powstawanie i szereg się t. zw. chorób społecznych i zawodowych i znacznie zredukuje liczbę zachorowań. Koszty więc opłaca się. Propaganda, wglądanie w warunki higieniczne życia domowego i pracy, kolonie letnie, sanatorja, przychodnie dla stosowania profilaktyki, kąpiele i t. p. mogą dużo w tym kierunku zdziałać. Opieka zapobiegawcza może być wykonywana przez pewną liczbę stałych lekarzy sanitarnych, chodzi tu bowiem o fachowe stosowanie wypracowanych przepisów, zarządzeń i regulaminów. Natomiast dziedzinę właściwego leczenia ubezpieczonych nie wolno zmechanizować; musi ona być traktowana indywidualnie. Tymczasem zarządy naszych Kas Chorych traktują lecniczo jako formalną konieczność wywiązania się z przyjętych na siebie zobowiązań i dają ubezpieczonym tylko możliwość leczenia się, nie dbając o skuteczność kuracji.

Związanie blisko pół miliona ludności, jak to się dzieje w Warszawie, z kilkunastu ambulatorjami i z pewną liczbą stałych lekarzy jest pogwałceniem duszy chorych w okresie choroby, kiedy ona jest najwrażliwsza, i ich praw, zdobytych przez ubezpieczenie się. To też chorzy kasowi nie ukrywają swego przekonania, że taka organizacja pomocy lekarskiej wywołana jest względami tanioci woszem doskonałości. Narzucenie choremu lekarza wyłącza pierwiastek intymności w stosunku pacjenta do lekarza. Chory traktuje takiego lekarza, do dodatku jeszcze w zimnej i trzeźwej atmosferze ambulatorjum kosowego, nie jako osobę zaufania, nie jako opiekuna zdrowia, lecz jako urzędnika kasowego. Chorzy kasowi przeważnie nie mają zaufania do pomocy kasowej i bardzo często, szczególnie w cięższych cierpieniach, leczą się własnym kosztem u lekarzy prywatnych i w prywatnych zakładach leczniczych. Bardzo rozpowszechniona jest kombinacja, że ubezpieczeni zwracają się do lekarzy kasowych w celu uzyskania zwolnienia od pracy i zasiłków pieniężnych, za otrzymane zaś pieniądze odbywają kurację u lekarzy prywatnych, do których mają zaufanie.

Lekarze kasowi, będąc przeciążeni pracą masową, wśród której nie brak przypadków bardzo drobnych niedomagań, przesady i symulacji, nie są w stanie udzielać każdemu choremu dostatecznej uwagi, wnikać w jego psychikę, jednym słowem, traktować go indywidualnie. Do zmniejszenia troski o dobro chorego przyczynia się i ta okoliczność, że lekarze kasowi pozbawieni są tego moralnego zadowolenia, które daje świadomość nieprzymuszonego zaufania pacjenta. W braku potężnego czynnika — ambicji, której praktyka kasowa nie podnęca, postępowanie lekarza kasowego względem chorego uzależnione jest w najlepszym razie, poza fachowem kwalifikacjami, cd subiektywnego poczucia obowiązku. Ale bez ambicji niema wysiłku maksymalnego, — wysiłku ponad zwykłą miarę.

Ustawa głosi, że ubezpieczeni mają „wolny wybór“ między lekarzami, z którymi Kasa zawarła umowę. Taki wolny wybór jest nerealny, gdyż po pierwsze jest on zbyt ciasny, ponieważ stawia poza nawias trzy czwarte lekarzy warszawskich renomowanych i dobrze ludności znanych, a po drugie jest on przy systemie stałej pensji lekarza niesprawiedliwy w stosunku do tych ostatnich: lekarze wybitniejsi, więcej po-

sukiwani, nie mają za większe obciążenie większych korzyści materialnych, dla lekarzy zaś mniej doświadczeni i mniej uzdolnionych wynika z tego „wolnego wyboru“ przywilej, gdyż mimo słabszych kwalifikacji i mniejszego wzięcia u chorych, otrzymują taką samą opłatę ryczałtową. System prawdziwego wolnego wyboru lekarza nie może być uzgodniony z systemem ryczałtowego wynagrodzenia.

5) Oddanie monopolu leczenia połowy ludności miasta grupie zakontraktowanych lekarzy jest niedorzecznością, która fatalnie potęguje się jeszcze wskutek utworzenia systemu ambulatoryjnego Kas Ch. Ambulatorjów kasowych, jako jedynych i wyłącznych miejsc porad dla wszystkich ubezpieczonych, nie ma na całej kuli ziemskiej. Celem tych ambulatorjów jest całkowite uzależnienie zakontraktowanych lekarzy od zarządów Kas Chorych i jednocześnie zupełnie niezależnienie instytucji od ogółu lekarzy. Ambulatorja mają stanowić szańce dla obwarowania Kas Chorych od wszelkich reform w kierunku wolnego wyboru lekarza. Wady systemu ambulatoryjnego, pomijając jego wzmiankowane utajone cele i ujemne wyniki lecznicze przyjęć masowych, są jeszcze następujące. Pracownicy, szukający pomocy lekarskiej w liczbie 7 tysięcy dziennie w jednej Warszawie, narażeni są na długie, często daremne czekanie i wędrowki od okienka do okienka i od instancji do instancji. Skupienie ogromnej liczby chorych w ciasnych, nieprzewietrzanych poczekalniach, — wspólnych dla różnych rodzajów chorób, — sprzyja udzielaniu się chorób zakaźnych i szerzeniu niezdrowej agitaacji i demoralizacji. Chorzy w razie pilnej potrzeby, poza godziną przyjęć, nie mają kontaktu ze swoim lekarzem. Członkowie Kas Chorych często bez skrupułów nadużywają ambulatorjów, jako w łasnej instytucji, dla celów ubocznych i błahych. Nadużycia takie powodowane są do pewnego stopnia niedostatecznym szacunkiem dla osoby i pracy lekarza kasowego, do którego się zwracają, nie znając go nawet z nazwiska, jak to najczęściej bywa. W wielu wypadkach zwracają się po poradę bez pilnej potrzeby, tylko celem otrzymania bezpłatnie materiałów aptekarskich lub celem uzyskania leczenia luksusowego, albo zabiegów i protez kosmetycznych, albo wyjazdu do uzdrowiska, lub nawet tylko dla uwolnienia się na kilka godzin od pracy. Bardzo często zdarza się, że za legitymacją ubezpieczonych zwracają się do ambulatorjów osoby postronne. Śmiało rzec można, że liczba porad zredukowałaby się conajmniej do połowy bez uszczerbku dla zdrowia ubezpieczonych, gdyby system ambulatoryjny został skasowany. W związku z tem o połowę zmniejszyłyby się wydatki na lekarstwa i marnowałyby się mniej czasu. Jaskrawym dowodem tych nadużyć jest fakt, że liczba porad dziennych u przeszło tysiąca lekarzy warszawskich pozakazowych, leczących drugą połowę ludności miasta, w tem sfery zamożne, napewno nie sięga cyfry 7000, lecz wynosi prawdopodobnie zaledwie 2000 do 2500.

Wobec istnienia w Warszawie przeszło 1½ tysiąca urządzonych gabinetów lekarskich, wielu prywatnych zbiorowych lecznic dla porad i zabiegów we wszystkich specjalnościach i szeregu ambulatorjów szpitalnych, mogących doskonale obsłużyć całą ludność miasta, zbyteczne są specjalne ambulatorja kasowe. Ich urządzenie i utrzymanie oraz połączone z niemi ogromne powiększenie biurowości i personelu zarówno urzędniczego, jak służbowego, obciążają budżet Kasy Chorych zupełnie nieprodukcyjnymi wydatkami, które mogłyby być użyte na cele pożyteczne. Skasowanie ambulatorjów uczyniłoby zbytecznymi również własne apteki, laboratorja i pralnie kasowe. Kraj nasz za biedny jest na to, aby łożyl bez wszelkiej potrzeby fundusze na utrzymanie i zakładanie przez Kasy Chorych coraz do nowych kosztownych ambulatorjów i szpitali w miejscowościach, w których pomoc lekarską członkom Kas Chorych w zupełności zapewnić mogą zarówno publiczne, jak i prywatne przychodnie i zakłady lecznicze. Lokale ambulatorjów i innych własnych przedsięwzięstw kasowych mogłyby być wyzyskane z prawdziwą korzyścią dla celów opieki sanitarnej i profilaktycznej, o której wyżej była mowa. Należy się tylko zastanowić nad tem, że skasowanie wszystkich ambulatorjów kasowych postawiłoby chwilowo w krytyczne położenie pewną liczbę zatrudnionych w Kasie Chorych lekarzy, którzy po wojnie przybyli do Warszawy z Kresów i z Rosji i nie posiadają własnych gabinetów do przyjmowania chorych. Słusznem byłoby, aby Zarząd Kasy Chorych wydzierżawił lub ustąpił grupie tych lekarzy na pewien czas jedno albo dwa ambulatorja w dzielnicach fabrycznych dla prowadzenia w nich zbiorowych lecznic prywatnych.

Widzimy więc, że wciśnięcie opieki lekarskiej nad dużym odłamem ludności w wąskie, sztuczne i sztywne ramy medycyny urzędniczej i kilkunastu ambulatorjów prowadzi do zbiurokratyzowania i wypaczenia lecznictwa kasowego i do nieprodukcyjnego szafowania składkami ubezpieczonych i pracodawców. W interesie przede wszystkim ubezpieczonych, a następnie ogólnej zdrowotności i wiedzy lekarskiej, jakoteż z punktu widzenia moralnego organizacja pomocy lekarskiej dla chorych kasowych powinna być możliwie zbliżona do warunków lecznictwa prywatnego, z których korzystają za możniejszego warstwy ludności. Zasada wolnego wyboru lekarza z pewnymi koniecznymi zastrzeżeniami powinna być ustawowo wprowadzona do instytucji Kas Chorych, jeżeli ma ona odpowiadać swemu właściwemu zadaniu. Pierwiastek zaufania, bezpośredniości, i nawet pewnego mistycyzmu nie powinien być wyeliminowany ze stosunku pacjenta do lekarza. Wiadomo, jak dużą rolę odgrywa czynnik psychiczny w powstawaniu i przebiegu chorób, w odczuwaniu dolegliwości, w sposobie zwierzenia się z nich i w wyniku leczenia. Bez uwzględnienia tego czynnika i rozpoznanie choroby często zbacza na fałszywe tory. Tylko lekarz, do którego chory się zwraca z całym zaufaniem, może odczuć i zgłębić jego stan psychiczny i należycie na niego wpłynąć. Psychoterapia jest potężnym czynnikiem leczniczym w każdej specjalności. Zaufanie chorych podnieca też ambicję lekarza, która stanowi ważny bodziec do głębszego zainteresowania się ich zdrowiem i do maksymalnych wysiłków w celu osiągnięcia jaknajlepszych wyników leczniczych. Ambicja lekarza, objawiająca się nie tylko w zadowoleniu ze spełnionego obowiązku, lecz także w dążeniu do szerszego rozgłosu w praktyce i do sławy w nauce, stwarza zdrowe i szlachetne współzawodnictwo, które jest dźwignią postępu. Gdzie nie ma ambicji, tam wegetuje przeciętność! Nie żaden inny, tylko system indywidualnego i niekrepowanego wykonywania sztuki lekarskiej, wiekami wypróbowany i uświęcony, dźwignął naukę i technikę lekarską na — zdawałoby się — nieosiągalne wyżyny, umożliwił zbadanie najgłębszych tajemnic natury i wysuwa ciągle nowe aktualne i ponętne zagadnienia. System ten, który się okazał tak zbawiennym dla ludzkości, nie powinien dla zachcianek doktrynerskich i machinacyj kalkulacyjnych ustąpić miejsca tak fatalnemu w skutkach zmechanizowaniu i zautomatyzowaniu pracy lekarskiej.

W problemacie ubezpieczenia szerokich mas ludności na wypadek choroby w jednakowym stopniu wzajemnie od siebie zależne są interesy zarówno Kas Chorych, jak i stanu lekarskiego. Niezrozumienie tego wzajemnego oddziaływania doprowadziło do fatalnych następstw dla obu stron. Lecznictwo kasowe, jak widzieliśmy, pomimo ogromnych rozporządzalnych funduszy, jest wadliwe, mało wartościowe i nie cieszy się uznaniem ze strony ubezpieczonych.

Musimy także w krótkim zarysie rozpatrzyć, jakie konsekwencje wynikają z ignorowania interesów i praw lekarzy dla bytu materialnego i godności zawodowej stanu lekarskiego i w związku z tem dla wiedzy lekarskiej. Weźmy, na przykład, stosunki, wytworzone w Warszawie. Około 300 zaangażowanych lekarzy obsługuje prawie połowę ludności, należąca przymusowo do Kasy Chorych. Prócz tego, pewna część ludności, składająca się z funkcjonariuszy państwowych, komunalnych i kolejowych, również korzysta z pomocy lekarzy własnych. Dla większości zaś lekarzy, praktykujących w mieście, wynoszącej przeciętnie 1000 osób, pozostaje bardzo zwężone pole pracy, bo obejmujące tylko czwartą część ludności. Kasa Chorych, objawwszy opiekę nad zdrowiem połowy ludności miasta, wywołała niepożądany rozłam w korporacji lekarskiej, która zawsze trzymała się zdala od wszelkiej walki materialistycznej i w danym wypadku nie zdążyła zająć solidarnego stanowiska względem wadliwego wykonania reformy ubezpieczeniowej. Niewielka pensja, ofiarowana przez Kasę Chorych, niewystarczająca na całkowite utrzymanie, skusiła pewną liczbę lekarzy do objęcia posad kasowych, ale jednocześnie całkiem uzależniła ich los i karierę od tej instytucji, która nie może dać im widoków lepszej, jaśniejszej przyszłości. Lekarze kasowi, nie mogąc liczyć, poza pracą w Kasie Chorych, na praktykę krywaną, którą samy sobie i ogółowi lekarzy bardzo uszczuplili, muszą kurczowo trzymać się swych posad w Kasie Chorych, jako jedynej bezkonkurencyjnej instytucji. Nie ulega wątpliwości, że tak ściśle i mało obiecująca zależność od zarządów Kas Cho-

rych, występowanie w roli lekarzy-urzędników — wobec pacjentów — interesantów, brak możliwości wyróżnienia na szerszym tle indywidualnych uzdolnień i wreszcie świadomość przyczynienia się do ciosu, zadanego żywotnym interesom i prawom zawodu lekarskiego, nie dają lekarzom kasowym ani moralnej, ani materialnej satysfakcji. Prócz tego w perspektywie im się majaczą walki z Zarządem Kas Chorych w formie strajków, bojkotów oraz utraty posad, na które w Niemczech tak często i ciężko narażani są lekarze kasowi. Strajki weszły już na porządek dzienny i w polskich Kasach Chorych, i takie smutne walki w przyszłości przewiduje nawet projekt rządowy nowelizacji Ustawy o Kasach Chorych. To też w obozie lekarzy kasowych odzywają się zarówno przytłumione westchnienia, jak i głośnie protesty. — Większość zaś lekarzy warszawskich, pielęgnowająca ideał tradycyjnej niezależności swego zawodu, ze smutkiem przygląda się, jak dzieło monopolizowania i wypaczenia lecznictwa przez Kasę Chorych zatacza coraz szersze kręgi, uszczuplając coraz więcej zakres ich działalności. W ostatnich czasach powstarczają się wypadki, że lekarze, do niedawna bardzo wzięci, uciekają z tonącego okrętu wolnej pracy zawodowej do cichej i płytkiej zatoki Kasy Chorych, aby tam znaleźć mizerną egzystencję.

Czy może w tych nienormalnych warunkach być mowa o ofiarnej pracy dla wiedzy lekarskiej w zakresie dotychczasowym?

Zbyt jasnym jest, że niwelizacja lekarzy kasowych z jednej strony, oraz daleko posunięte zubożenie i rozgoryczenie lekarzy pozakasowych z drugiej strony nie sprzyjają radostnemu poświęceniu się obserwacjom i badaniom naukowym i do prowadzić muszą w ostatecznym wyniku, jeżeli prędko nie nastąpi rozsądna reorganizacja Kas Chorych, do znacznego obniżenia poziomu wykształcenia stanu lekarskiego i do zastojów polskiej nauki lekarskiej. Miarodajne władze uprzytomni sobie powinny, że w interesach państwa cywilizowanego leży posiadanie stanu lekarskiego, stojącego na wysokim poziomie etycznym i naukowym i ekonomicznie zabezpieczonego, gdyż stan lekarski jest stróżem największego skarbu państwa — zdrowia narodu. Czynniki miarodajne powinny też mieć na uwadze, że pogorszenie warunków bytu i pracy stanu lekarskiego niewątpliwie zniechęci młodzież do studiów lekarskich i wskutek tego obniży i tak zbyt małą liczbę lekarzy w stosunku do ludności w Polsce. Następująca tabela porównawcza wykazuje, jak mało posiadamy lekarzy.

	Rok	Liczba lekarzy	Liczba ludności	Lekarzy na 1000 ludności
Niemcy . .	1919	31,602	60,898,584	4,87
Austria . .	1910	13,202	28,570,800	4,63
Polska . . .	1925	6,000	30,000,000	2,

Widzimy więc, jaką groźbę dla zdrowotności Państwa Polskiego kryje w sobie poniewieranie zawodem lekarskim. Należy jeszcze dodać, że dążenie do niwelizacji lekarzy, wyłączającej urzeczywistnienie wszelkich nęcących nadziei, ujemnie wpłynąć musi na jakość przyszłych zastępów lekarzy, gdyż jednostki zdolne, ambitne i niezależne szukać będą pola dla wyższych swych aspiracji w innych zawodach. Budzi się też wątpliwość natury prawnej: czy zgodne jest z konstytucją, że Państwo utworzyło państwową instytucję Kas Chorych na zasadach, upośledzających gospodarczo obywateli lekarzy, które to upośledzenie zdraza wyraźne cechy wywłaszczenia ich z praw, nadanych im przez państwo uniwersytety? Bez względu na ściśle prawne stanowisko taki stan rzeczy nie powinien być tolerowany z punktu widzenia sprawiedliwości społecznej.

W niektórych umysłach pokutuje ideał uspołecznienia pomocy lekarskiej, który jest emanacją dążenia do socjalizacji życia gospodarczego. Ale sztuka lekarska nie jest obiektem gospodarczym. Umiejętność i wiedza lekarska stanowią własność duchową i indywidualną, tak samo, jak mądrość, miłość i dobroć, które się nie nadają do reglamentacji i nie mogą być wywłaszczone. Sztuki lekarskiej nie można wcisnąć w ramy pragmatyki służbowej. Urzędnik

wykonywa swoje czynności na podstawie swego wykształcenia fachowego, istniejących praw i instrukcji, osobistych uzdolnień i poczucia obowiązku. Dla wykonywania praktyki lekarskiej te wszystkie kwalifikacje są również niemożliwe, ale niewystarczające. Zawód lekarza jest najbardziej odpowiedzialny. Lekarz musi traktować każdego pacjenta indywidualnie, kierując się w pewnym stopniu uczuciem, intuicją i troską o jego dobro, musi on krok w krok podążać za bezustannym rozwojem swego fachu, nie oszczędza on swego zdrowia i naraża na niebezpieczeństwo swoje życie, musi być ofiarny i humanitarny. Do działalności lekarza nie można przykładać ścisłej miary wymagań i obowiązków. Stan lekarski może skutecznie spełniać swoją odpowiedzialną kapitańską misję tylko jako przedstawiciel umiłowanego przez siebie zawodu wolnego, obdarzonego przez społeczeństwo wysokim prestiżem. Tę niezłomną prawdę wyczuje każdy, kto kiedykolwiek w czasie ciężkiej choroby oczekiwał lekarza jako zbawcy, niemal jako cudotwórcę, jako przyjaciela — opiekuna. W tem odczuciu napewno nie różni się między sobą socjalista i reakcjonista, gdy chodzi o ich własną osobę. Socjalizacja pomocy lekarskiej równałaby się zniszczeniu wewnętrznej wartości medycyny, jako sztuki, jako ostoji i przedmiotu wiary znękanego i zrozpaczonego chorego. Konstrukcja naszych Kas Chorych stanowi poważny krok do socjalizacji medycyny, co jest zasadniczym i niedorzecznym błędem w państwie, w którym żadna dziedzina pracy nie jest uspołeczniiona. Wynikiem socjalizacji lekarzy byłaby, prócz wyżej wyluszczonej zgubnych skutków dla licznych rzesz cierpiących, dla rozwoju nauki i dla stanowiska zawodu lekarskiego, jeszcze jedna straszna plaga: rozkwit zachorowań i szalata nerwi.

Ocena obecnej organizacji i działalności naszych Kas Chorych doprowadza nas do postawienia następujących zasadniczych postulatów.

1) Ustalenie górnej granicy dochodów dla obowiązków ubezpieczenia się na wypadek choroby na 3600 zł. rocznie.

2) Szersze stosowanie przez instytucję Kas Chorych higieny socjalnej oraz założenie odpowiedniej liczby zakładów o charakterze profilaktycznym (kolonij, sanatorjów, poradni dla niemowląt, dla ciężarnych i antywenerycznych) i terapeutycznym, o ile istniejące w danej miejscowości szpitale gminne, lecznice prywatne i zakłady światło - wodo - i mechaniczne nie są w stanie zapotrzebowaniom ubezpieczonych zadość uczynić.

3) Organizowany wolny wybór lekarza: „członkowie Kasy Chorych mają prawo wolnego wyboru lekarza z pośród wszystkich lekarzy danego okręgu, którzy posiadają przyznane przez polskie władze państwowe prawo praktyki i przyjęli warunki umowy, zawartej między Zarządem Kasy Chorych i związkiem zawodowym lekarzy. Umowa przewiduje instrukcje służbowe dla lekarzy i ustanawia komisje kontrolujące“.

4) Skasowanie ambulatorjów, aptek i szpitali kasowych z przeznaczeniem ich lokali na cele higieny społecznej w tych miejscowościach, w których znajduje się dostateczna liczba praktykujących lekarzy, aptek i zakładów leczniczych.

5) Działalność kasowego powierza się organizacji lekarskiej, jako czynnikowi najbardziej w sprawie leczenia kompetentnemu. Organizacja lekarska staje się w instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby czynnikiem równorzędnym z Zarządem Kasy Chorych.

Z wymienionych postulatów postulat 3-ci i 5-ty, dotyczące najgłówniejszego zadania Kas Chorych — organizacji leczenia — wymagają ustalenia konkretnego sposobu wykonania technicznego.

Zalecając wolny wybór lekarza, trzeba oczywiście przyznać, że idea ten ze względów praktycznych nie może być zastosowany w całej rozciągłości. Po pierwsze — system wolnego wyboru lekarza musi być połączony z gwarancją pomocy lekarskiej na warunkach, nie nadwyrężających budżetu Kas Chorych. Po drugie — zarządy Kas Chorych muszą mieć gwarancję, że lekarze z wolnego wyboru, jako znajdujący się w luźniejszym stosunku do tej instytucji, niż stali lekarze kasowi, nie będą wskutek niezajomości stosunków zbyt pochopni do wydawania świadectw o niezdolności do pracy, które to świadectwa pociągają za sobą wypłatę zasiłków pieniężnych. I po trzecie — pewnym jest, że nie wszyscy lekarze zgodzą się na obowiązki i ulgo-

wą taryfę, którym poddać się musi lekarz, obsługujący Kasę Chorych.

Ze względu na te podstawowe zastrzeżenia ofiarowanie członkom Kas Chorych wolnego wyboru lekarza musi być ujęte w ściśle zorganizowany system na następujących zasadach.

Zarząd Kasy Chorych reasekuruje się od materialnego ryzyka, rzekomo połączony z systemem wolnego wyboru lekarza, w Zawodowym Związku Lekarzy P. P., który powinien obejmować wszystkich lekarzy danego obwodu. Związek lekarzy przyjmuje na siebie obowiązek zabezpieczenia chorym członkom Kasy pomocy lekarskiej na podstawie szczególnej umowy, zawartej z Zarządem Kasy Chorych, ustalającej wzajemne obowiązki kontrahentów. Umową zawiera się na 3 lata. W braku 3-letniego pisemnego wypowiedzenia umowa przedłuża się z trzechlecia na trzechlecie. Jeżeli wskutek różnicy zdań obie strony nie dojdą do porozumienia, wyznacza się specjalną komisję dla zawarcia umowy, składającą się z 5-ciu przedstawicieli Związku Lekarzy, 5-ciu przedstawicieli Zarządu Kasy Chorych i 3-ech neutralnych członków: przedstawiciela Ministerstwa pracy i op. społecznej, przedstawiciela Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i przedstawiciela Ministerstwa Przemysłu i Handlu. Zarząd Kasy Chorych wypłaca Związkowi Lekarzy miesięcznie z dołu taki odsetek swoich ogólnych dochodów, aby mu pozostały fundusze na udzielanie ubezpieczonym obowiązkowych świadczeń, na utrzymanie administracji, na inwestycje i na tworzenie funduszu zapasowego w wysokości, przewidzianej ustawą. Zarząd Zawodowy Związku Lekarzy podaje do wiadomości swoich członków treść zawartej z Zarządem Kasy Chorych umowy i cennik opłat za pojedyncze świadczenia lekarskie, który się wykalkuluje z sum, wpływających miesięcznie z Kasy Chorych. Ze względu na niestałość wpływów określenie opłat powinno być oparte na systemie jednostkowym czyli punktowym: na przykład za poradę w mieszkaniu lekarza 1 punkt, za wizytę na mieście 2 punkty, za wizytę w nocy 4 punkty, za zabieg — skala mnożnych. Iloraz z podziału sumy wpływów miesięcznych przez sumę wykazanych w danym miesiącu punktów stanowi cenę jednego punktu w złotych. Zarząd Związku Lekarzy zwraca w komunikacie swoim zarówno lekarzy, jak i właścicieli prywatnych ambulatorjów i zakładów leczniczych, którzy zgadzają się na warunki umowy, zawartej z Kasą Chorych, i na ustalony system opłat, do złożenia podań z załączeniem wypełnionego kwestjonariusza. Lekarz, podający się za specjalistę w pewnej gałęzi medycyny, powinien wykazać się z odpowiedniego przygotowania fachowego. Uchylone mogą być jedynie kandydatury lekarzy ubezwłasnowolnionych, umysłowo chorych, lekarzy, którzy podali w kwestjonariuszu fałszywe lub niedostateczne dane, oraz lekarzy, którym można dowieść, że się dopuścili poważnych wykroczeń przeciwko obowiązkowi, związanym z sumiennym wykonywaniem zawodu lekarskiego. Lekarze przyjęci podpisują odpowiednio zobowiązanie i wciągnięci zostają na listę lekarzy kasowych z wymienieniem specjalności, adresów i godzin przyjęć. Wszyscy lekarze, figurujący na tej liście, eo ipso dopuszczeni są do pracy lekarskiej w Kasie Chorych, i członkowie Kasy w razie choroby korzystają z wolnego wyboru z pośród tych lekarzy. Funkcjonariuszom Kasy Chorych i Związku Lekarzy zabrania się wywierania wpływu na wybór lekarza.

Członkowie Związku Lekarzy, zatrudnieni w Kasach Chorych, tworzą Sekcję Lekarzy Kasowych. Lekarze przyjmują chorych członków Kasy w tych samych miejscach, w których przyjmują pacjentów prywatnych. Rozkład godzin przyjęć zostaje ustalony w porozumieniu z zarządem Kasy. Skierowanie chorego do szpitala lub do lecznicy prywatnej — poza wypadkami nagłymi — wymaga zezwolenia Kasy. Lekarze Kasowi prowadzą specjalną księgę przyjęć dla chorych kasowych z odnotowaniem każdej porady, rozpoznania choroby, zaleceń i zabiegów. To samo dotyczy prywatnych zakładów leczniczych.

Aby zapobiedz rzekomej możliwości pozyskania przez pojedynczych lekarzy nadmiernej liczby pacjentów kasowych ustanawia się dla lekarza kasowego maksymalną liczbę pacjentów lub maksymalną liczbę porad. Ponad tę maksymalną liczbę redukuje, ewentualnie znosi się honoraria lekarskie.

Należy z całą pewnością spodziewać się, że znaczna większość lekarzy włącznie z welu wybitnymi powagami zgodzi się na współpracę z Kasami Chorych, gdyż uwzględnienie powyżej

przytoczonych postulatów da ogółowi lekarzy korzyści moralne i materialne.

Ze względu na specyficzne warunki i obowiązki pracy lekarzy kasowych Zarządy Związku Lekarzy i Kasy Chorych wspólnie układają obowiązujące instrukcje służbowe dla lekarzy, które zostają załączone do zawartej umowy, jako jej część składowa. Prócz tego przez Związek Lekarzy powołane zostają do życia dzielnicowe komisje kontrolujące ogólne i dla poszczególnych specjalności. W skład komisji tych wchodzi także przedstawiciele Kasy Chorych. Komisje kontrolujące wykonywują swoje czynności na podstawie regulaminów, wypracowanych przez umawiające się strony. Zadaniem tych komisji byłoby sprawdzać zasadniczo we wszystkich lub w wybranych przypadkach stan chorych, którzy otrzymali świadectwo niezdolności do pracy, badań chorych, podejrzanych o symulację, i mieć nadzór nad działalnością lekarzy pod względem rachunków, zaleceń, frekwencji pacjentów, traktowania chorych kasowych, przekazywania chorych szpitalom i t. p. czynności. Umowa przewiduje także posady kasowych lekarzy zaufania i i kasowego lekarza naczelnego oraz zakres ich działalności jakoteż posady lekarzy sanitarnych dla stosowania higieny spojalnej. Dla nagłych wypadków organizuje się pogotowie lekarskie.

Ogólny ten zarys, zawierający tylko punkty wytyczne systemu organizowanego wolnego wyboru lekarza, wymaga jeszcze oczywiście opracowania szczegółów technicznych. — Taka organizacja lecznictwa kasowego sprawiedliwie uzgadnia i praktycznie zabezpiecza interesy zarówno ubezpieczonych, jak zarządów Kas Chorych, jak i stanu lekarskiego.

Rekonstrukcja Kas Chorych na podstawie powyżej wymienionych postulatów osiągnie następujące wyniki pozytywne:

1) Zbyt wybujały i agresywny zakres działania naszych Kas Chorych, krzywdzący i obciążający nieprodukcyjnie rozmaite czynniki społeczne (dziedzinę gospodarczą, pracowników umysłowych, lekarzy, aptekarzy), zwięzły zostanie do granic, odpowiadających idei i właściwemu zadaniu tej instytucji.

2) Znaczna redukcja olbrzymiego aparatu administracyjnego Kas Chorych i ogromnych wydatków nieprodukcyjnych zmniejszy możliwość nadużyć i zmobilizuje poważne środki na szerszą organizację higieny społecznej i na podniesienie lecznictwa kasowego na wyższy poziom za pomocą wprowadzenia systemu organizowanego wolnego wyboru lekarza, gdyż Kasy Chorych uzyskają zgodną i celową współpracę szerokich kół lekarzy z udziałem wybitnych powag w różnych specjalnościach. Ubezpieczeni będą mogli korzystać z naturalnego prawa wyboru lekarza, do którego mają zaufanie.

3) Uchylona zostanie groźba dla wolności i godności zawodu lekarskiego z nieuniknionymi ujemnymi skutkami dla stanu zdrowotnego ludności, dla rozwoju polskiej wiedzy lekarskiej i dla przyrostu nowych kadrów adeptów medycyny.

Nasze 5-letnie smutne doświadczenie z Kasami Chorych powinno ostrzec władze miarodajne przed jednostronnym traktowaniem sprawy.

Nowelizacja Ustawy o Kasach Chorych, która by się nie liczyła z żywotnymi interesami całego społeczeństwa i ze specyficznymi wymaganiami medycyny, jako nauki i sztuki, nie mogłaby położyć trwałych podwalin pod budowę tej instytucji, lecz musiałaby po krótkim okresie szkodliwych targów i walk wywołać konieczność powtórnej rewizji Ustawy.

Miejmy nadzieję, że naszym Izbowi prawodawczym przy modyfikacji Ustawy przyswiecać będzie myśl, że ubezpieczenia społeczne powołane zostały do życia, jako instrument zgody, który powinien wnieść w stosunki społeczne nie zgrzyty i rozdźwięk, lecz harmonję i ukojenie.

Prohibicja w Stanach Zjednoczonych.

Podał

Dr. M. KACPRZAK (Warszawa).

(Dokończenie).

Drugie najważniejsze pytanie, jakie powstaje przy rozważaniu sprawy prohibicji w Stanach Zjednoczonych, jest, czy i o ile zmniejszyło się spożycie alkoholu od czasu wprowadzenia zakazu. Jest rzeczą zrozumiałą, że pewnych liczb,

obejmujących całe terytorjum, dotyczących ilości spożywanego alkoholu, obecnie nikt dostarczyć nie może. Są jednak pewne dane, które, nie będąc dokładną miarą, mogą służyć za pewien wskaźnik w danej kwestji. W ostatnich latach przed wojną spożywano w całym kraju alkoholu wszelkiego rodzaju za 2 miljardy rocznie. Średnia spożycia wódki za 10 lat przed prohibicją według oficjalnych źródeł^{*)} wynosiła około 130,000,000 galonów (galon wina — 3,79 litra), co tworzy około 5 litrów na osobę, włączając kobiety i dzieci. W roku 1923 według przypuszczeń, zresztą bardzo dowolnych, ministerstwa handlu, które się tą sprawą zajmuje, przeszmuglowano do Stanów Zjednoczonych z zewnątrz za dol. 30,000,000 alkoholu. Liczba ta jest oparta na bardzo kruchych podstawach i według również dowolnych przypuszczeń przeciwników stanowczo zbyt niska i powinna być pomnożona przez kilka lub kilkanaście. Dla celów leczniczych według recept lekarskich wydano w tymże roku z rejestrowanych przez państwo składów 1,696,360 gal., to jest około 5 milionów litrów, a w 1920 roku 11,398,529 galonów.

To nie są jednak jedyne źródła pochodzenia alkoholu, spożywanego obecnie. Niema większego osiedla w Stanach Zjednoczonych, gdzieby dziś nie pędzono domowym sposobem t. zw. „moonshine”. Gęsta sieć wytwórni, zaczynając od najprymitywniejszych, które istnieją w przeciętnem gospodarstwie domowym, do bardzo misternie pod względem technicznym skonstruowanych dystrylarni, pokrywa cały kraj; te domowe wytwórnie dostarczają gros alkoholu dla najmniej wybrednych i najbardziej oddających się pijaństwu niższych warstw ludności. Od 1-go lipca 1920 do 1-go lipca 1921 roku władze rządowe skonfiskowały 410,000 galonów wódki domowego wyrobu. Naturalnie, jest to niewiele, tworzy to jednak zaledwie drobną cząstkę tego, co zostało wyprodukowane i skonsumowane. Walka z tym nowym przemysłem chałupniczym jest bardzo trudna ze względu na jego ogromne rozpowszechnienie i nietykalność mieszkania. Tylko na podstawie dowodów rzeczowych sędzia wydaje pozwolenie na rewizję mieszkania, w którym odbywa się wyrób alkoholu, handel, lub jest skład zapasów, przeznaczonych na sprzedaż. Miasta i miasteczka na wschodnim wybrzeżu, zamieszkałe w znacznej części przez nowoprzybyłych emigrantów włochów, poaków, rosjan, posiadają na każdej ulicy po kilka domów, gdzie odbywa się zwykle na małą skalę pędzenie wódki na sprzedaż. Wyrabający wódkę, jak również hadlujący nią, w krótkim przeciągu czasu dorobili się znacznych majątków. Tego nie można powiedzieć o dzielnicach zamożniejszych, gdzie mieszkają amerykańskie starszego pokolenia. Tu handel jest bez porównania mniej rozpowszechniony, zwykle odbywa się na większą skalę i dotyczy wódek i win dobrego gatunku. Naturalnie, że domowy wyrób wina w Stanach Południowych, gdzie są winnice, że wyrób jabłecznika, t. zw. c'der, i piwa przez farmerów w innych dzielnicach kraju nie podlega prawie żadnej kontroli. W tej dziedzinie władze federalne dotąd stoją dość bezradnie. Walkę z alkoholizmem prowadzi się obecnie głównie tam, gdzie był on największą bolączką, t. j. w wielkich ośrodkach przemysłowych w Stanach wschodnich, na wybrzeżu atlantyckim i na pograniczach północnym i południowym. Pozostaje jeszcze jedno źródło, jak dotąd dostarczające znacznej ilości konsumowanego alkoholu. Są to składy państwowe, skąd pod różnymi pozorami, najczęściej n'by dla celów technicznych, spirytus jest przemywany do zakładów, zajmujących się przetwarzaniem go na odpowiednie napoje. Tu również należy zaliczyć znaczną część zwykłych wódek i win, wydawanych według recept lekarskich. Stare zapasy z czasów przedprohibicyjnych, które każdemu obywatelowi (wyjąwszy kilka stanów) wolno u siebie w domu przechowywać i spożywać, większej roli w szerzeniu się alkoholizmu nie odgrywają, podtrzymują jednak i ułatwiają przynajmniej czasowo spożycie alkoholu. Wszystkie te źródła dają dość pokaźną ilość alkoholu na głowę rocznie, ile — nawet w przybliżeniu powiedzieć trudno. James C. M. M. o. n. biskup kościoła metodystów, wielki zwolennik prohibicji twierdzi, że w roku 1917, kiedy spożycie alkoholu osiągnęło szczytu, wypadało na głowę obywatela amerykańskiego wszelkiego rodzaju trunków 20 galonów, po wprowadzeniu prohibicji 1 galon, to jest według niego spożycie alkoholu spadło 20 raz. Niewatpliwie ta ostatnia liczba nie jest oparta na żadnych danych, i autor gwoli propagandy, w broszu-

^{*)} Dane liczbowe oficjalne wzięte są z publikacji biura federalnego w Waszyngtonie, które zostało utworzone w celu walki z alkoholizmem.

rze, mającej na celu przekonać o dobrych wynikach prohibicji, przedstawił rezultaty zakazu bardzo optymistycznie, niż to jest w rzeczywistości. Inni zwolennicy prohibicji twierdzą, że dzisiejsze spożycie alkoholu wynosi 1/4 lub nawet 1/3 spożycia przed prohibicją. Przeciwnicy zaś głoszą, że dziś spożywa się nie mniej, niż przedtem, a może nawet więcej.

Liczba przypadków śmierci z powodu alkoholizmu, łącznie z naturą otrucia spirytusem drzewnym i innymi surrogatami, które wzrosły niepomiaralnie spadła znacznie, sądząc z danych oficjalnych.

Statystyka 14 największych miast amerykańskich, wykazuje, że w miastach tych w r. 1916—1917 zmarło średnio z powodu zatrucia alkoholowego 124 osoby, w roku 1920—1921 przeciętnie 26 osób, t. j. 5 razy mniej. W samym New-Yorku liczba przypadków śmierci wskutek pijaństwa zmniejszyła się z sześćset rocznie na sto kilkadziesiąt. Sprawozdania większych szpitali z miast, jak N.-York, Boston, Philadelphia, Chicago i inne, nie wykazują naogół zmniejszenia liczby przypadków ostrego zatrucia alkoholem. Za rok 1923 niektóre miasta (Boston) wykazują znaczny wzrost i powrót do lat przedprohibicyjnych.

W mieście Baltimore liczba ostrych zatruc w roku 1924 wzrosła w porównaniu z rokiem 1923. Rok 1920 był pod tym względem najpomyślniejszy, od tego czasu jednak, jeśli uwzględnić całe terytorium kraju, ostre zatrucia alkoholem liczebnie stopniowo wzrastają. Najprawdopodobniej ten wzrost tłumaczy się rzadszem, lecz mniej umiarkowanym pićciem, gorszym gatunkiem używanych napojów, wreszcie innym stosunkiem władz administracyjnych do pijanych na ulicy. Pijany, z objawami zatrucia, który dawniej spędzał noc w domu policyjnym, dziś jest umieszczony w szpitalu, gdzie rejestracja alkoholików obecnie jest prowadzona znacznie dokładniej, niż przedtem.

Liczby aresztowanych za pijaństwo na ulicach miast również zdają się wskazywać na zmniejszenie pijaństwa, lecz i tutaj obraz jest bardzo niejednorodny. W stanie Massachusetts w ciągu ostatnich siedmiu lat przed wprowadzeniem prohibicji aresztowano rocznie przeszło 108 tysięcy osób za pijaństwo, podczas zaś dwu pierwszych lat istnienia zakazu średnia ta równała się tylko 48,000, to jest spadła o połowę, a w całych Stanach Zjednoczonych liczba aresztowanych zmniejszyła się o 500,000 rocznie. Spotyka się jednak dane liczbowe, o wiele mniej pomyślnie mówiące o wykorzenieniu alkoholizmu. W gminie Salt Lake, posiadającej zaledwie 150,000 ludności położonej w Stanie Utah, w odległości 800 mil angielskich od wybrzeża lub granicy kraju „mokrego“,—uznawanej powszechnie za bardzo „suchą“, zaaresztowano w ciągu 1923 r. za przekroczenie prawa o prohibicji 1414 osób, a w Filadelfji w roku 1922 — 43,515. W mieście Providence, mającym 300,000 mieszkańców, dnia 4-go lipca, to jest w dzień święta narodowego 1923 roku, aresztowano za pijaństwo 59 osób, — a aresztowano tylko tych, którzy o własnych siłach spokojnie do domu dojść nie mogli. Gwoli sprawiedliwości należy powiedzieć, że w dzień Nowego Roku 1924 zaaresztowano za toż przestępstwo w Chicago 12 osób, a w New-Yorku tylko 6 osób. Liczby te nietylko wskazują na ogromne różnice między miastami i stanami, lecz jednocześnie mówią, jak wielce różnią się między sobą sposoby walki z pijaństwem w poszczególnych miejscowościach, jak trudne jest określenie pojęcia „pijany, który o własnych siłach nie może dojść do domu“, i jak krytycznie należy rozpatrywać nawet oficjalne dane, dotyczące tej kwestji. Trudno jest przypuścić, by 3-miljonowe Chicago, druga stolica Polski, i 6-miljonowy niezmiernie wielojęzyczny New-York, oba miasta znane, jako bardzo „mokre“, tak niepokojnie wyglądały w porównaniu z Providence, liczącym tylko 300,000 mieszkańców. Trudno tembardziej polegać na liczbach, dotyczących miasta Chicago, skoro ze słów kierownika akcją antyalkoholową wiemy, że w ciągu ostatnich 4-ch miesięcy 1923 r. zamknięto w tem mieście 4,000 lokali, handlujących w ten lub inny sposób spirytualjami.

Przytoczony materiał liczbowy wskazuje, że pijaństwo dotąd w Stanach Zjednoczonych istnieje, że wprowadzenie w życie prawa o prohibicji napotyka bardzo poważne trudności, i że, o ile nie nastąpią większe zmiany, przedzie pewno jeszcze wiele lat, zanim Volstead Act będzie dla ogółu obywateli nietylko prawem pisanym, lecz i obowiązującym. Używając terminologii amerykańskiej, kraj suchy zupełnie nie jest; czy jednak nie jest bardziej suchy, niż uprzednio? To,

że na ulicach wielkich miast amerykańskich pijany nie jest rzadkością, może spotyka się nie rzadziej, niż na ulicach Paryża, przemawia za tem, że pije się nieumiarkowanie i że większość ma gowo pijących takim, pocztą. a; bezwarunkowo jednak rekrutowanie nowych alkoholików jest znacznie utrudnione.

W przeciętnej restauracji, w porządnym hotelu ani otwarcie, ani pokryjomu wódki dostać nie można. Nie widać zupełnie alkoholu na uroczystościach, dużych przyjęciach, balach publicznych. W większości domów amerykańskich alkohol jest spotykany rzadko nawet przy podejmowaniu większej liczby gości (w starych rodzinach amerykańskich alkohol i przedtem był używany umiarkowanie), częstowanie wódką lub winem nie należy do konieczności, tworząc może niekiedy tylko pewną atrakcję, szczególnie wśród młodzieży.

Patrząc na sprawę zupełnie obiektywnie, należy przyznać, że konsumpcja alkoholu po wprowadzeniu prohibicji spadła znacznie. Aczkolwiek we wszystkich miastach na wybrzeżu wschodnim można dostać dobrego gatunku whisky i wina w dowolnej ilości napotyka to jednak poważne trudności, które pewno wielu wstrzymują od picia. Przedewszystkiem, trzeba znać warunki miejscowe, by wiedzieć, gdzie można kupić; powtórę, wszelkiego rodzaju napoje alkoholowe są bardzo drogie, i przeciętny obywatel nie może sobie pozwolić na ich użycie o każdej porze i w takiej ilości, jak to było przedtem. Zresztą, ryzyko kary sądowej zniechęca, odstrasza wielu od odwiedzania potajemnych knajp i nawet przewożenia alkoholu. Wiozący z sobą w automobiliu nawet ograniczoną ilość wysoku w razie schwymania jest narażony na konfiskatę pojazdu, prócz kary pieniężnej lub więzienia; pod tym względem prawo jest stosowane z całą surowością.

W ciągu 5 miesięcy, kończących się grudniem 1923 roku skonfiskowano 5,165 samochodów, ocenionych na sumę 2,330,000 dolarów i 187 łódek motorowych i innych, ocenionych na 1,348,000 dolarów. Te dane, dotyczące wartości samochodów i łódek wzięte z oficjalnych źródeł, wydają się znacznie przesadzone.

Warstwy, które piły dużo przedtem, piją i dziś, choć pewno mniej. Czy potajemne picie wzrosło w ostatnich latach wśród klas zamożniejszych, odpowiedzieć trudno. Przypuszczam, iż nie. Wprawdzie daje się słyszeć zdanie, że wśród niektórych grup ludności, np. wśród młodzieży, rozwój pijaństwa idzie w bardzo szybkim tempie i jest zatrważający; wydaje się to jednak mało prawdopodobnem. Młodzież amerykańska, mam na myśli sfery inteligentne, nie ma za sobą tradycji pijaństwa dla brawury, nie była, zdaje się, nigdy wychowywana w atmosferze knajpy i kawiarni, nie żyła wśród okoliczności, skłaniających do tego nałogu. Wątpliwem jest, by znacznie utrudniona możliwość otrzymania wysoku, przyjemność, związana z pojęciem owocu zakazanego, spowodowały wyżej wzmiankowaną reakcję. Młodzież robotnicza w kołach emigranckich pije dość dużo, według wszelkich danych jednak nie więcej, niż za czasów wolnych. Handel alkoholem w tem środowisku jest bardzo rozpowszechniony, i zdobycie wódki domowego wyrobu trudności nie nastęrcza, lecz brak otwartych szynków o każdej godzinie i drożyna winna, zdaje się, działać raczej hamująco. Wogóle wszystkie wiadomości o niezwykłe szerzącym się obecnie w Ameryce pijaństwie należy przyjmować z pewną rezerwą.

Pozostaje do rozpatrzenia trzecie pytanie: jaki jest wpływ zakazu na całokształt życia amerykańskiego? Jest to pytanie najtrudniejsze, bo okres działania prawa o prohibicji jest jeszcze zbyt krótki, a życie społeczne niezmiernie skomplikowane. Zbyt wiele czynników działa jednocześnie w różnych kierunkach na stworzenie wypadkowej, zwanej życiem narodu, by tak łatwo po kilkoletniej próbie można było całą tę sprawę wszechstronnie oświetlić i dojść do należyte umotywowanych wniosków.

Początkowo przypuszczano, że budżet państwa nie wytrzyma tak wielkiej próby, i że prohibicja, wywołując przewrót w przemyśle, spowoduje bezrobocie. Przed prohibicją rząd federalny, poszczególne stany i miasta ciągnęły, jak to ma miejsce i w innych państwach, z handlu alkoholem ogromne korzyści. Podatek od alkoholu był w Stanach Zjednoczonych traktowany, jako jeden z głównych źródeł dochodów państwowych. Wprawdzie wskutek zakazu alkoholu wzrosło spożycie napojów chłodzących, co również daje państwu pewien dochód. Tworzy to jednak tylko drobną cząstkę dochodu, jaki dawał alkohol. Wprowadzenie w życie prawa o prohibicji nakładło ponadto poważne wydatki na władzę centralną i miej-

scowe. Budżet asygnowany wyłącznie na aparat, wprowadzający w życie to prawo, wynosił w 1924 roku 9 milionów dolarów, a w 1925 ma wynosić około 20 milionów. Samo przechowywanie skonfiskowanego alkoholu kosztuje rocznie 50,000 dolarów.

Złośliwi powiadają, że do skonfiskowanych samochodów rząd dopłaca. Koszty przechowywania jednego pojazdu mogą podobno dochodzić do 200 dolarów, a sekwestrowany samochód jest sprzedawany niekiedy za śmieszłą sumę 25 dolarów. Przewidujący „bootleger“ (handlarz wódką), nie naraża się na niebezpieczeństwo w lepszym samochodzie.

Ames B r o w n w miesięczniku „Atlantic Monthly“ twierdzi, że prohibicja kosztuje Stany Zjednoczone minimum 400 milionów rocznie. Czy i w jaki sposób wydatek ten jest pokrywany dochodami, wypływającymi pośrednio z zastosowania prohibicji, odpowiedzieć trudno. Bezwątpienia jednak, pomimo iż budżet państwowy przedstawia się obecnie więcej, niż zadawałaby, finansowo prohibicja jest wielkim ciężarem, z czym zgadzają się nawet jej zwolennicy.

Bezrobocia prohibicja nie spowodowała. W przemyśle alkoholowym przed wojną pracowało przeszło 60,000 pracowników. Poza tem około 200,000 tysięcy osób było zatrudnionych w miejscach sprzedaży napojów alkoholowych, jak szynki, tak zwane salony, bary i t. p. Pomimo to, fala bezrobocia, która tak ciężko gnębiła i gnębi całą Europę, lekko stosunkowo dotknęła Stanów Zjednoczonych. Przedsiębiorstwa, zajęte wytworem lub handlem alkoholu, szybko przystosowały się do nowych warunków, zaczęły wyrabiać napoje chłodzące i lody, których spożycie niezmiernie wzrosło, piwo bezalkoholowe, syropy, i t. p. Wielkie browary i destylarnie, zamieniono na fabryki i składy, szynki na sklepy i jadłodajnie, niekiedy nawet na kościoły i pastoryaty. Złagodziło to w pewnej mierze głód mieszkaniowy, spowodowany zahamowaniem ruchu budowlanego w czasie wojny, i bardzo dodatnio wpłynęło na wygląd dzielnic, w których były szynki i bary. Ujemny wpływ prohibicji w tych dziedzinach nie jest dotąd widoczny, raczej odwrotnie.

Jest dość obszerny materiał, z którego wynika, że wydajność pracy robotnika po wprowadzeniu prohibicji znacznie wzrosła, co spotęgowało ogólną wytwórczość kraju. W fabrykach i przedsiębiorstwach zmniejszyła się liczba opuszczonych dni, szczególnie poświęconych, w stosunku do zatrudnionych, rzadsze jest spóźnianie się do pracy, rzadsze porzucanie zajęcia bez usprawiedliwionych motywów. Spotęgowała się sprawność robotnika, łatwiej jest utrzymać porządek przy pracy, zmniejszyła się liczba nieszczęśliwych wypadków. Stąd też wielki przemysł jest wyraźnie po stronie prohibicji. Co zaś dotyczy samych organizacji robotniczych, to ich stosunek do wprowadzonego prawa o prohibicji jest raczej odwrotny, przynajmniej w większości przypadków, co przeciwnicy prohibicji starają się wyzyskać na swoją korzyść. Znany leader amerykańskiego związku robotników A. A. L., Samuel G o m p e r s był gorącym przeciwnikiem prohibicji, jego następcą G r e e n wypowiedział się za prohibicją. Opinie poszczególnych mniejszych organizacji robotniczych są w tej sprawie podzielone. Ogólnie biorąc, to, co się mówi i pisze o stosunku organizacji robotniczych do prohibicji, dotyczy więcej wybitnych działaczy partyjnych i kierowników organizacji robotniczych, niż samych robotników, których poglądy w tej sprawie są bardzo różnorodne, niekiedy zupełnie nieokreślone.

Główny kierownik walki z alkoholem H a y n e s tak optymistycznie streszcza wpływ zakazu na sprawy społeczno-gospodarcze i na zdrowie szerokich mas ludności. „Mamy pełno wszędzie liczb, niezawsze może pełnych i dokładnych, lecz wyraźnie mówiących, że znika pijaństwo, zbrodnia i przestępstwo; szpitale przytułki i więzienia opróżniają się; oszczędności rosną; szkoły są przepelnione, dzieci szczęśliwsze; domy lepsze i bardziej prosperujące; zabawy i rozrywki zdrowsze, lepsze życie społeczne i wydatniejsze owoce pracy ludzkiej“. Nieco dalej tenże autor mówi: „Nie twierdzę, że są to rezultaty jedynie prohibicji, lecz prohibicja jest głównym czynnikiem powodującym ten stan“. Rzeczywiście, skala życiowa robotnika podniosła się znacznie w ostatnich latach, a więc wszystko to, co mówi H a y n e s, do pewnego stopnia jest słuszne, zarobki jednak robotnika podniosły się tak znacznie, że to prawdopodobnie jest głównym czynnikiem, powodującym tak szybką zmianę warunków życia. Przedewszystkiem wojna zubożyła robotnika amerykańskiego, który, dzięki wyjątkowemu położeniu Stanów Zjednoczonych, przez szereg lat zarabiał kilkakrotnie więcej, niż przed wojną. Po

wojnie zarobki spadły, są jednak jeszcze znacznie wyższe od przedwojennych. Zwiększony dobrobyt znaczy: i lepsze domy, i większe oszczędności (spadek wartości dolara), i lepsze ubranie i prawdopodobnie mniejsza liczba przestępstw. Teoretycznie jest zupełnie możliwe, że prohibicja jest jedną z przyczyn, powodujących ten dobrobyt, wątpliwe jednak, czy najważniejszą. By na to pytanie odpowiedzieć twierdząco, należałoby przedewszystkiem stwierdzić, że robotnik wydaje przeciętnie mniejszą część swego zarobku na napoje alkoholowe i to, co je zastępuje, niż przed prohibicją. Dokład takich danych niema, można tylko snuć dowolne przypuszczenia. Nie należy również zapominać, że w rozwoju przemysłu i handlu amerykańskiego i związanego z niemi dobrobytu niezwykle jaskrawo występują okresy wzrostu i upadku. Trudno określić, co należy położyć na karb prohibicji, a co znajduje się w związku z pomyślnym okresem, w jakim znajduje się obecnie przemysł amerykański.

Twierdzenie, że dzięki prohibicji spadła umiERALNOŚĆ ogólna, umiERALNOŚĆ z gruźlicy płuc, że stan zdrowotny ludności znacznie się polepszył, jest oparte na czysto teoretycznych przesłankach, nie wytrzymuje poważnej krytyki i w myśl wyżej przytoczonych danych nie wymaga żadnych objaśnień.

Na specjalną uwagę zasługuje rozpatrzenie wpływu zakazu na pewne strony życia społecznego, na przestępczość wogóle i stosunek do prawa. Nie wiem, czy można poważnie traktować często rzucane dla propagandy zdanie, że dzięki prohibicji więzienia stoją pustkami. Oficjalne dane statystyczne nie są przekonywujące, a to, co się czyta w prasie codziennej i w broszurach ulotnych, zbyt wyraźnie mówi, że autorzy biorą „leur désire pour la réalité“. Niektóre jednak liczby urzędowe są zbyt wymowne, by się nad nimi nie zastanowić. Pozwolę sobie przytoczyć dane:

Liczba sądzonych i nałożone kary za przekroczenie prawa o prohibicji.

Rok	Sądzeni	Skazani	Kary pieniężne	Lata więzienia
1920	7.291	4.315	507.482 dol.	Brak danych
1921	29.114	17.922	3.360.298 "	
1922	34.984	22.749	4.041.456 "	1.552 l. 2 m. 19 dni
1923	49.021	34.067	5.832.389 "	2.241 l. 8 m. 8 dni

Zwolennicy prohibicji z powyższych danych wnoszą, że prawo zakazu jest z każdym rokiem ściślej stosowane, przeciwnicy mówią, że liczba przestępstw wzrasta. Nie przesądzam kwestji, jaki z tych poglądów odpowiada rzeczywistości, może oba. Nie mogę się jednak oprzeć myśli, że 2,200 lat więzienia i 6 milionów dolarów kar pieniężnych jest poważną liczbą nawet na tak wielkie państwo. To są liczby, dotyczące kar, nałożonych przez władze federalne, za tak zw. „liquor cases“, t. j. za przestępstwa, dotyczące bezpośrednio przekroczenia prawa o prohibicji. Jeśli do tego dołączymy kary, nałożone za zbrodnie i przestępstwa, znajdujące się w pośrednim związku z alkoholizmem, jak również straty, wywołane przez niszczenie urzędzeń i materiałów, używanych przy wyrobie alkoholu, oraz kary, stosowane przez poszczególne stany, powyższe liczby musimy zwiększyć kilkakrotnie. Przecież w jednym stanie Ohio mającym około 6 milionów mieszkańców, podczas pierwszych 8 miesięcy 1923 r. dokonano za przekroczenie prawa o prohibicji 6510 aresztów i nałożono 1,407,209 dolarów kar. Takich liczb pomijać nie wolno, tembardziej, że skazani tworzą tylko pewien odsetek, przekraczających prawo. Musi to wywierać głęboki wpływ na życie społeczne całego narodu. Na conto prohibicji należy również zaliczyć 255 śmierci (źródła z obozu przeciwnego wykazują kilkakrotnie większe liczby) z powodu zatrucia alkoholem drzewnym i przeszło sto przypadków zupełnej ślepoty, jakie miały miejsce w ciągu paru lat istnienia, oraz nie dające się ująć liczbowo niszczenie zdrowia ludzkiego przez różnego rodzaju surogaty alkoholowe, zawierające dodatki trujące.

Prohibicja jest również poważnym czynnikiem korupcji, która rozszerzyła się nie tylko wśród półtora tys. agentów prohibicyjnych, lecz dotknęła urzędników państwowych innych kategorii, ze sprawą prohibicji związanych pośrednio. Pokusa szybkiego zubożenia jest zbyt nęcąca, opinia publiczna zbyt niezdecydowana, samo przestępstwo zbyt wyraźnie popierane

choćby przez sam fakt korzystania z usług przez możnych i wysoko społecznie postawionych, by jednostki słabsze nie uległy. Często też daje się słyszeć, że najczęściej chwytani są i karom podlegają drobni przemysłowcy i handlarze, gdy tymczasem producenci en gros i główni dostawcy alkoholu są dość zamaskowani i zabezpieczeni od niepożądanych ewentualności.

A więc to nowe wprowadzone prawo nie znalazło łatwego posłuchu w narodzie, słusznie dotąd dumnym z posiadania istniejących praw, i ma pewną rację zarzut przeciwników prohibicji, że liczba, świadomie gwałcących przepisy prawne kraju, wzrosła znacznie. Szczegółowy tylko doбір krytyczny danych za szereg lat może dowieść, czy to chłodno, na trzeźwo pomyślane gwałcenie i omijanie prawa i zbrodnie, popełnione w związku z zakazem, mogą być równoważone zmniejszeniem się liczby (co nie jest pewne) przestępstw, popełnionych pod wpływem wyskoku. Słuszny wydaje się pogląd, że stosunek opinii publicznej do prohibicji staje się z biegiem czasu coraz bardziej ujemny. Wprawdzie żadna z dominujących partij nie śmiała się przy wyborach do kongresu postawić, jako punkt swego programu, zniesienia prohibicji, gdyż mogłoby to wywołać reakcję fatalną w swych skutkach dla danej partji. Wprawdzie rzadko słyszy się głosy, domagające się wprowadzenia na nowo szynków i barów, — co należy uważać za wielki krok naprzód w walce z alkoholisizmem. Sama jednak idea wstrzemięźliwości cofnęła się raczej wstecz i to dość znacznie. Z bogatej literatury w tej sprawie i ze słów wybitnych działaczy społecznych można śmiało wyprowadzić wniosek, że wskutek przeprowadzenia prawa o prohibicji liczba dobrowolnych adeptów i propagatorów wstrzemięźliwości zmniejszyła się znacznie. Opinia publiczna na przekraczających to prawo patrzy więcej, niż pobłażliwie. Najniebezpieczniejszymi przeciwnikami prohibicji są ci, którzy samy nie używają alkoholu wcale, lub bardzo umiarkowanie. Oni to właśnie, popierając swoje stanowisko motywami zasadniczymi, wskazując na niesprawiedliwość zakazu i na demoralizację, jaką ten zakaz powoduje w różnych dziedzinach życia społecznego, znajdują posłuch w szerokiej sferze inteligencji i klasie średniej, która stanowi potęgę kraju. W kilku stanach przeszli w czasie ostatnich wyborów do izb stanowych zwolennicy zniesienia zakazu, dotyczącego handlu niskoprocentowymi napojami, jak piwo, wino.

Trudno przewidzieć, jaki obrót weźmie sprawa w przyszłości, w razie wyraźnego niepowodzenia. Odwołanie prohibicji nie jest do urzeczywistnienia. Zdaniem znających warunki miejscowe, nastąpi wtedy „nullifikacja“, to jest niewykonywanie prawa i ze strony obywateli i ze strony władz. Obywatele będą używali alkoholu dowolnie, władze przestaną to uważać za przestępstwo. Podobne

przykłady istnieją w prawodawstwie amerykańskim. Najlepszym dowodem jest piętnasta poprawka do konstytucji, nadająca pełne prawa murzynom, z których oni przy najlepszych chęciach nie mogą korzystać. Dane z historii walki z alkoholizmem w Stanach Zjednoczonych za ubiegłe stulecie wykazują, że ilość konsumowanego wyskoku na głowę w ciągu kilkudziesięciu lat, wskutek propagandy, prowadzonej przez kościół, towarzystwa wstrzemięźliwości, spadło od 2½ do 1 galonu na głowę. Dane z ostatnich lat przed wojną i z okresu powojennego w państwach europejskich, gdzie prohibicja nie istnieje, a gdzie były wprowadzone tylko pewne ograniczenia, wykazują również znaczne zmniejszenie się spożycia alkoholu. Tak np. w Belgji i we Francji ilość spożywanego alkoholu po wojnie spadła o 50%. Jeszcze bardziej przekonujący jest przykład Anglii, w której liczba zgonów, spowodowanych ostrem zatruciem alkoholem, i liczba aresztowanych za pijaństwo za lata wojny i w dobie powojennej spadła znacznie, chociaż istniały tylko pewne ograniczenia (zmniejszenia procentu alkoholu w napojach, ograniczenie godzin sprzedaży i t. p.), nie absolutny zakaz.

Jak to już zaznaczyłem kilkakrotnie, trudno się dziś wypowiedzieć ostatecznie o wynikach prohibicji i wpływie jej na całokształt życia w Stanach Zjednoczonych. Słusznie powiedział b. prezydent Stanów Zjednoczonych Taft: „Not until we have tried th's law for at least ten yars may we with propriety discuss whether or not the law is a success or failure“. Dopóki przynajmniej przez 10 lat nie wypróbujemy tego prawa — nie będziemy mogli należycie sądzić, czy spotkało je powodzenie, czy nie. Może nawet należałoby iść dalej i powiedzieć, że dopiero przyszłe pokolenie będzie mogło wszechstronnie rozpatrzyć i odpowiednio ocenić dodatnie i ujemne strony prohibicji i jej wpływ na całość życia amerykańskiego.

Na kontynencie Europy widzimy podobny eksperyment, zakrojony tylko na mniejszą skalę. Kraje skandynawskie i Finlandja również wprowadziły u siebie zakaz alkoholu, choć mniej bezwzględny. Idąc po tej samej drodze, napotykają one podobne trudności.

Alkoholizm jest złem, z którym walczyć trzeba, i sposoby walki, dotąd stosowane, propaganda, tworzenie towarzystw wstrzemięźliwości w związku z podniesieniem ogólnego poziomu kultury dały rezultaty dodatnie. Niewątpliwie, ostatecznym wyrazem tej walki winno być prawo, traktujące pijaństwo, jako przestępstwo. Trudność polega na uchwyceniu momentu, kiedy prawo takie może już być zastosowane, kiedy jest ono wyrazem woli nie tylko większości rządzącej, lecz większości ogółu obywateli. Czy w Stanach Zjednoczonych ten moment już nastąpił, czy stosowanie absolutnego zakazu, metody bardziej radykalnej, niż te, które były dotąd używane, przyniesie pożądane lepsze owoce, pozostaje pytaniem otwartym.

Korespondencja.

Recenzja dr. Karbowskiego o książkę moją „Ucho jako narząd równowagi i orientacji“ w Nr. 3 „Warsz. Czasopisma Lekarskiego“ r. b. zawiera cały szereg błędów, o których sprostowanie w imię zasady „qui tacet, consentire videtur“ uprzejmie proszę.

Błędne jest twierdzenie, jakoby nie dr. Szwarc, lecz prof. Noiszewski pierwszy zwrócił uwagę na rolę oftalmostatyki błędnikowej w celności strzału. W pracy Noiszewskiego o jest mowa tylko o ataksji wzrokowej przy strzelaniu, o roli w sprawie tej błędnika N. nie wspomina, i łatwo zrozumieć dlaczego: praca Noiszewskiego o tej dziedziny wyszła w r. 1901 (Postęp Okulistyczny), a więc w czasie, kiedy o znaczeniu błędnika jeszcze prawie nic nie wiadano. To też prof. Noiszewski w recenzji tej samej książki mojej, recenzji zresztą bardzo przychylniej, napisanej przez niego samego w redagowanej przez niego „Klinice ocznej“ (zeszyt I, 1925), bynajmniej się o prawo pierwszeństwa nie upomina, co napewno uczynił, gdyby do tego miał podstawy. Nie spostrzegł więc dr. Karbowskiego — kardynałnej różnicy między poglądem Noiszewskiego a poglądem Szwarca i nie zdał sobie jasno sprawy z tego, co nowego zawiera zapatrywanie Szwarca. Również mylnie jest przypisywanie przez recenzenta pierwszeństwa co

do stwierdzenia zależności mikro-i makropsji od błędnika. Wyprowadził go w tem, oprócz innych autorów, przedewszystkiem Stanisław Stein, obok Cyona jeden z twórców nowoczesnej nauki o błędniku. Dr. Karbowski wspominał wprawdzie w swej pracy o makro-i mikropsji, ale to bynajmniej nie znaczy, by on o tem pierwszy pisał. Dodać muszę, że dr. Szwarc bynajmniej nie twierdził, że on pierwszy na to zwrócił uwagę. Natomiast zwrócił dr. Szwarc uwagę na to, że cd błędnika zależy napięcie mięśni ocznych nie tylko zewnętrznych, lecz i wewnętrznych, a wszak jednym z objawów zmiany napięcia mięśnia rzęskowego jest makropsja, względnie mikropsja (por. odnośnik na str. 47).

Recenzja zawiera jeszcze szereg innych niedokładności, o których mówić uważam za zbyteczne.

Djonizy Hellin.

W imię tej samej zasady „qui tacet consentire videtur“ uprzejmie proszę o umieszczenie następujących kilku uwag:

W błędzie jest dr. Hellin, przypuszczając, że nie prof. Noiszewski, lecz dr. Szwarc pierwszy zwrócił uwagę na rolę oftalmostatyki błędnikowej w celności strzału. Zarzucając mi szereg błędów, winien był dr. Hellin do-

kładniej przejrzeć literaturę i uwzględnić pracę nie tylko z roku 1901 (Postęp Okulistyczny), lecz i późniejszą pracę prof. Noisze wskiego z roku 1916 — „Zryteinaja ataksia i osłabienie ostroty zrenia“ (Prilożenie k ruskomu wraczu).

W pracy tej prof. Noisze wski zwraca uwagę na rolę przyczynową narządów kanałów półkolistych w powstawaniu rozszerzenia amplitudy wahań linii spojrzeniowej. Rację ma dr. Hellin, że w roku 1901 prof. Noisze wski nie miał jeszcze niezbędnych wiadomości z labiryntologii; byłby w błędzie jednak, gdyby przypuszczał, że nie miał tych wiadomości w roku 1916. Prof. Noisze wski miał wystarczające wiadomości i bardzo umiejętnie je wyzyskał, albowiem wytłumaczył nam zjawiska niezrozumiałe. Praca prof. Noisze wskiego o jest bardziej przekonująca, niż fakt, że prof. Noisze wski nie upomniał się o prawo pierwszeństwa. Jeżeli to ma być argumentem, to mogę przytoczyć taki sam kontrargument: na posiedzeniu naukowym tow. okul. w odczycie moim „o objawach czynnych w doświadczalnie wywołanych sprawach błędnych u królika“, podkreślałem, iż prof. Noisze wski pierwszy zwrócił uwagę na zależność rozszerzenia patologicznego amplitudy wahań linii spojrzeniowej od dysfunkcji narządów przedsionkowych, prof. Noisze wski temu nie zaprzeczył. Ja rzeczywiście nie spostrzegłem różnicy między poglądami prof. Noisze wskiego i dr. Szwarca, nie spostrzeże tej różnicy i dr. Hellin po przeczytaniu pracy nie z roku 1901, lecz z roku 1916.

Co się tyczy tego, że sobie przypisuję pierwszeństwo w ustaleniu zależności makro- i mikropsji od błędnika, to może być, że jestem w błędzie, ale przysięgam o wskazanie mi ustępów odnośnych w pracach Steina i Cyona. Dam dr. Hellinowi wskazówki, które mogłyby wyzyskać przeciw mnie, i które mogłyby wzbudzić pewne podejrzenia na moją niekorzystność. Mam na myśli pracę prof. Urban tschitscha z 1905 r. (Pflügers Archiv, Tom 94) „o wpływie wrażeń słuchowych na wrażenia

wzrokowe“. W pracy tej z dziedziny psychofizjologii Urban tschitsch dochodzi między innymi do następujących wniosków:

Wrażenia słuchowe zmieniają rozmary samoizlutnie zjawiających się wizekomych obrazów i rozszczepiają te obrazy. Są to wprawdzie tylko psychologiczne doświadczenia, ale nie są bez znaczenia dla sprawy makropsji. Urban tschitsch fakt i nie usiłuje go tłumaczyć. Na objawy makropsji i mikropsji w czerpieniach ucha wewnętrznego i na genezę wraz z mechanizmem fizjopatologicznym, jaki wchodzi w grę, o ile wiem, zwróciłem pierwszy uwagę. Zresztą, jest mało ważnym, kto pierwszy zwrócił uwagę lub też wytłumaczył pewne zjawisko, bardzo ważne jest natomiast, że obserwacje nad zjawiskami były ściśle, a tłumaczenia zjawisk stały na odpowiednim poziomie naukowym.

Co się zaś tyczy twierdzenia dr. Hellina, że dr. Szwarca zwrócił uwagę na to, że od błędnika zależy napięcie mięśni ocznych nie tylko zewnętrznych, ale i wewnętrznych, to, pomimo najszczerzej chęci, i w tym nie mogę mu przyznać racji. Otóż, pierwszą obserwację zawdzięczamy Eulenburgowi i Szmitowi (Centrbl. f. med. Wsensch. r. 1868, str. 321—324). Następna praca, która uwzględnia wpływ prądu galwanicznego, przeprowadzonego przez głowę, na wielkość źrenicy, jest Hitziga z roku 1871 (Arch. f. Anat. u. Physiologie str. 766). Bardziej konkretnie ujęta jest kwestja w pracy Urban tschitscha (Wiener Kl. Woch. 1896 r.) „Ueber die vom Gehörorgane auf den motorischen Apparat des Auges stattfindenden Reflexwirkungen“, w pracy Udwarheli „Vestibuläre Nervenverbindungen Zeitsch. f. Ohr. 1913, str. 136—124, i w pracy Wodaka z r. 1920. Bagiński w roku 1885 w swoich doświadczeniach nad narządami kamyczkowymi spostrzegał zwięźenie źrenicy.

Kończy dr. Hellin swoje uwagi wzmianką, że moja recenzja jego pracy zawiera szereg innych niedokładności.

Czy wszystkie niedokładności są tego rodzaju, co przytoczone?
Br. Karbowski.

Ś. p. Dr. Jerzy Brunner.

W osobie Jerzego Brunnera ubył z szeregu naszych pracowników naukowych jeden z najbardziej ofiarnych i bezinteresownych, człowiek, który od ławy uniwersyteckiej poświęcił się pracy naukowej i dydaktycznej, nie zważając na straszliwe warunki swoich czasów. Bakterjologia była zawsze jego umiłowaną dziedziną. Pracę nad nią rozpoczął jeszcze jako asystent uniwersytecki. Jednocześnie interesowały go zagadnienia patologji ogólnej: był jednym z pierwszych u nas, którzy zajęli się doświadczalnym badaniem nowotworów, zwłaszcza zwierzęcych. Z zagadnień bakterjologicznych zajmował się teżec, twardziel i otoczkowce wogóle, wreszcie sposoby koncentrowania i odbiałczania surowic odpornościowych. Poza to zajmował się najrozmaitszemi sprawami bakterjologicznymi i ogłosił długi szereg prac w różnych pismach polskich i zagranicznych. Drugą cechą Jego umysłowości było wybitne zamiłowanie pedagogiczne. Ś. p. J. Brunner uczył od chwili wyjścia z uniwersytetu, gdzie tylko mógł. Wykładał w Instytucie Weterynaryjnym, w szkołach dentystycznych, na Kursach Naukowych. Z chwilą zdobycia niepodległości Polski z całym zapalem stanął do warsztatów dydaktycznych. Wolna Wszechnica Polska zawdzięcza Mu wiele zarówno w organizacji wydziału przyrodniczego, jak zwłaszcza w nauczaniu bakterjologii. Po habilitacji na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego Brunner objął dział bakterjologii na Studium Farmaceutycznym i nosił się z zamiarem zorganizowania pracowni specjalnej. Państwowa Szkoła Higjeny powołała Go na odpowiedzialne stanowisko faktycznego kierownika działu dydaktycznego, gdzie talent nauczycielski Zmarłego miał zabłysnąć w całej pełni. Niestety, nie było Mu dane doczekać się rozkwitu swej pracy na dwóch ostatnich placówkach. Ś. p. Brunner był nie tylko nauczycielem, był prawdziwym przyjacielem młodzieży studjującej. Zawsze chętny, zawsze gotów do pomocy ofkcie czerpał z zaiste nieprzebranego zasobu erudycji lekarskiej nie tylko w dziedzinie bakterjologii, ale i ze wszystkich niemal działów teorii i praktyki lekarskiej.

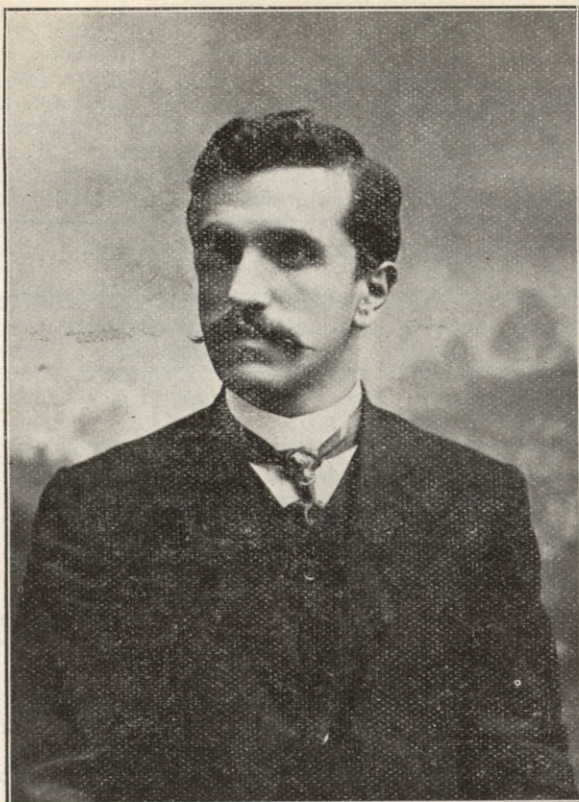
Ś. p. Brunner odszedł w chwili, kiedy nauka polska

miała prawo jeszcze oczekiwać od Niego wiele. Życie Jego powinno być przykładem i zachętą dla młodego pokolenia, wzorem, jak można dojść do wysokiej kultury naukowej i rzetelnej głębokiej wiedzy nawet w najcięższych warunkach, jeżeli się ma tylko zdolności i gorące umiłowanie nauki.

Cześć Jego pamięci!

Z. S.

Ś. p. Jerzy Brunner, urodził się 9.I 1870 roku w Warszawie. Gimnazjum III w Warszawie ukończył w 1888 r. i wydział lekarski Uniw. Warsz. w 1894 r. (cum eximia laude). Od 1895 do 1897 r. był ordynatorem kliniki chirurg. w szp. Dzieciątka Jezus w Warszawie. Od 1897 do 1912 był asystentem przy katedrze Patologii Ogólnej i Bakterjologii Uniw. Warsz. i kierownikiem samodzielnych kursów bakterjologicznych dla studentów medyków. Od 1902 do 1916 r. był bakterjologiem miasta Warszawy. Od 1904 do ostatniej chwili był ordynatorem szp. Ś-go Ducha i zarządzającym pracownią chemiczno bakterjologiczną Szpitali Warszawskich. Wykładał anatomję i fizjologję na kursach pedagogicznych, bakterjologję na kursach farmaceutycznych i sanitarnych w Czerwonym Krzyżu Polskim i w Uniwers. Warszawskim, naukę o odkażaniu i epidemjologję na kursach dla Lekarzy Powiatowych i sanitarnych (1917, 1918 i 1921), i dla Inspektorów Farmaceutycznych (1920). Wykładał patologję ogólną i bakterjologję w szkołach lekarsko-dentystycznych w Warszawie. Był profesorem Wolnej Wszechnicy Polskiej, gdzie przez kilkanaście lat wykładał w pełnym zakresie bakterjologję ogólną i szczegółową. W czasie okupacji był przez czas krótki konsultantem Zakładu w Puławach, gdzie, łącznie z lek. wet. Dudre wiczem i Dzieci ołowskim, zorganizował pracownię do wyrobu surowicy przeciw róży świń. W roku 1912 łącznie z lek. weter. Czarnockim pracował nad wyrobem szczepionki przeciw nosaciznie; brak warunków odpowiednich uniemożliwił mu wykonanie tej pracy. W 1900 roku w Instytucie Weterynaryjnym Warszawskim pracował nad nowotworami u zwierząt (u prof. Marie). W 1911 r.



w zastępstwie prof. Sacharowa wykładał bakterjologję na Wydziale Lekarskim Uniw. Warsz. W 1904 i 1905 redagował pismo „Lekarz”. Ostatnio był kierownikiem oddziału bakterjologicznego w Państw. Zakładzie Epidemiologicznym. Ogłosił drukiem:

- 1) Nervus vagus u ryb i ziemnowodnych, 1891. Praca konkursowa, nagrodzona med. srebrnym.
- 2) Zählplatte zu den Petrischen Schalen (Cent. f. Bakt. 1893 — łącznie z A. Zawadzkiem).
- 3) O ilościowym badaniu drobnoustrojów (Medycyna 1894 — łącznie z A. Zawadzkiem).

- 4) Wyniki badań wody studziennej w mieście Lublinie (Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1893; — łącznie z Mierzyskim i Zawadzkiem).
- 5) Trois nouvelles copiens de vibrions virgules. (Arch. de Sciences Biol. T. III — łącznie z A. Zawadzkiem).
- 6) Die vermuthliche fermentative Wirkung der Toxine (Fortschr. des Medicin 1897; Medycyna 1897).
- 7) Próby leczenia surowicą krwi nowotworów złośliwych (Medycyna 1896).
- 8) Zatrucie strychniną a tężec przyranny. (Kronika Lek. 1897).
- 9) Seitenkettentheorie und Strychninvergiftung (Fortsch. der Med. 1898).
- 10) Najnowsze prądy w nauce o odporności (Kronika Lek. 1898).
- 11) Beitrag zur Immunitätslehre (Fortsch. der Med. 1898).
- 12) Srebro koloidalne i jego wartość lecznicza (Kronika Lekarska 1900; Fortsch. der Med. 1900).
- 13) Badanie bakterjologiczne wody (Zdrowie 1903).
- 14) Szczepionki przeciwcholeryczne i przeciwdżumowe (Zdrowie 1903).
- 15) Tanie mieszkania dla robotników (łącznie z Szokalskim) 1905.
- 16) O hodowli beztlenowców (Gazeta Lekarska 1905).
- 17) Sur la relation de la toxine à l'antitoxine (Arch. de Pharm. 1905).
- 18) Podstawy walki z cholera (Zdrowie 1905).
- 19) Beiträge zur Reindarstellung der Antitoxine (Biol. Zeit. 1909 i Medycyna 1907, łącznie z dr. Pinkusem).
- 20) Sur l'antigène cholérique (Arch. de Pharmacod. 1910; Medycyna 1910).
- 21) Szczepienia ochronne (Zdrowie 1910).
- 22) O odporności czerwonych krążków krwi (Prace Akad. Umiej. w Krakowie 1913).
- 23) Leczenie twardzieli autowakcyną (Gazeta Lek. 1913 — łącznie z C. Jakubowskim).
- 24) Tężec (Medycyna i Kronika Lek. 1916).
- 25) O rozpoznawaniu bakterj. cholery azjatyckiej (Med. i Kronika 1916 — łącznie z J. Seydel).
- 26) Odkazanie 1917.
- 27) Dalsze badania nad antytoksyną błoniczą (Lekarz Wojskowy 1920).

Nadto drukował prace pomniejsze w „Wędrowcu”, „Tygodniku Ilustr.”, „Kurjerze Warsz.”, „Gońcu”, „Wielkiej Encykl. Ilustrow.”, „Lekarzu”.

Z pracowni w Szpitalu S-go Ducha wyszły liczne prace Jego uczniów.

Wiadomości bieżące.

— Nr. 7 „Warsz. Czasop. Lek.” poświęcony będzie uczestnikom XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich i wyjdzie dn. 12 lipca r. b. w znacznie powiększonej objętości. Aby umożliwić drukarni złożenie na czas numeru Zjazdowego, zmuszeni byliśmy numer bieżący zmniejszyć o 8 kolumn.

— W początkach b. m. przybyła do Warszawy znakomita uczona polska, pani Skłodowska-Curie, celem założenia kamienia węgielnego pod mający powstać Instytut Radowy jej imienia, wzniesiony z ofiar narodowych. Uroczystość ta odbyła się dn. 7 czerwca r. b. w obecności pana Prezydenta Rzeczypospolitej. Teren pod instytut, mieszczący się przy alei Grójeckiej, ofiarował Uniwersytet Warszawski. Tego samego dnia rano odbyła się w sali Rady Miejskiej Akademja ku czci wielkiej uczonej, połączona z wręczeniem jej dyplomu honorowego obywatelstwa m. Warszawy, a wieczorem Zarząd miasta wydał na Jej cześć raut. W dniu 5 i 6 czerwca r. b. pani Curie wygłosiła odczyty w Uniwersytecie oraz w Instytucie francuskim (Institut français de Varsovie). Tematem odczytów był obecny stan nauki o promieniotwórczości.

— Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej nadał nam pismo następujące:

Zarząd Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża zwrócił

się do Zarządu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej z prośbą o wyjednanie ulgowych honorarjów lekarskich dla Urzędników Państwowych, będących członkami Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, mając na uwadze nader ciężkie warunki materialne urzędników państwowych, na posiedzeniu w dniu 7 b. m. uchwalił zwrócić się do członków Izby z prośbą o jaknajrychlejsze powiadomienie kancelarji Izby (Niecała 7) o swej decyzji. Zarząd ze swej strony proponuje 50% zniżkę od wysokości honorarjum pobieranego przez poszczególnych lekarzy.

Członkowie Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża i ich rodziny będą się legitymować kartą członka zwyczajnego Stowarzyszenia.

Listy lekarzy, którzy wyrażą zgodę na stosowanie ulg przy pobieraniu honorarjum, będą przesłane Zarządowi Polskiego Stowarzyszenia Złotego Krzyża.

Naczelnik Izby: Adam Przyborski.
Pisarz Izby: Ignacy Sochacki.

— Po dwuletnim okresie prac przygotowawczych wyszły obecnie dwa pierwsze zeszyty encyklopedji pod ogólnym tytułem „Hygiène du Travail”, wydawanej staraniem Międzynarodowego B'ura Pracy w Genewie.

Postawiono sobie za cel zgromadzenie wszystkich materiałów z rozmaitych krajów, dotyczących prac, które winny

być uważane za szkodliwe dla zdrowia. Pod wyrazem „szkodliwe” rozumieć należy nie tylko te zająęcia, których następstwem są znane już zatrucia organ. zmu, zakażenia oraz choroby, spowodowane przez pasorzyty, ale i wszelkie inne, stanowiące niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia pracowników.

Dzieło to zawierać będzie trzy działy: 1) praca, 2) pracownik i 3) warunki pracy. Praca badana jest w swych częściach składowych i obejmuje rodzaje przemysłu, surowce, przyczyny, szkodliwości chemiczne, biologiczne i inne. Pracownik rozpatrywany jest w stosunku do danej wytwórczości i środowiska pracy. Przy warunkach pracy przedmiotem badań będzie powietrze, ogrzewanie, oświetlenie, odkurzanie, wilgotność, instalacje sanitarne i t. p. Niektóre artykuły będą ilustrowane odpowiednimi rysunkami, planami, wykresami, celem należytego zrozumienia i poznania najnowszych ulepszeń. Wreszcie praca uzupełniona będzie alfabetycznym spisem rzeczy, ułatwiającym poszukiwania.

Ze względu na doniosłość takiego dzieła jakoteż obrzymy zakres wiedzy, powołano do współpracy i komitetu redakcyjnego nie tylko cały komitet korespondencyjny higieny przemysłowej przy Międzynarodowym Biurze Pracy, ale i cały szereg wybitnych znawców w dziedzinie pracy, ogółem około 70 osób.

Encyklopedia wychodzi w dwóch językach: francuskim i angielskim — pod dwiema postaciami:

- jako wydawnictwo zeszytowe, które można będzie w końcu ułożyć sobie do oprawy w porządku alfabetycznym,
- jako wydawnictwo książkowe, które ukaże się, skoro dzieło będzie doprowadzone do końca.

Przedpłata zarówno pierwszego, jak i drugiego wynosi 40 franków szwajcarskich.

— Towarzystwo Bursy Gimnazjalnej im. K. Marcinkowskiego we Wrześni prosi nas o umieszczenie następującej odezwy:

Zbliża się 25-lecie aktu historycznego, który w dziejach piętnem hańby okrył brutalnego ciemieźcę z Zachodu — a aureolą blasku i męczeństwa okrył tych, którzy w imię najszczytniej pojętych ideałów narodowych „nie dali pogrześć mowy” i nie zaparli się wiary ojców. Aktem tym — to strejk działwy wrzesińskiej i proces gnieźnieński, który nie tylko wstrząsnął polskim sercem i duszą, ale zaniepokoił i obudził drżące sumienie Europy.

Wtedy to potężny głos mocarza pióra, karmiącego naród utworami swego potężnego a niemiertelnego ducha, H. Sienkiewicza, wołał w liście otwartym o chleb dla katowanej działwy — a o pociechę dla skowanych rodziców. Naród cały pospieszył ze składkami, począwszy od najzamożniejszych, którzy nie skąpili tysięcy i setek, a skończywszy na najuboższych, którzy poskładali drobne grosze. Przy szkatule nie brakło nikogo.

Dzisiaj, w odrodzonej, wolnej i zjednoczonej Ojczyźnie, gdy w tej samej, lecz już polskiej szkole, mamy możność swobodnego pielęgnowania swych najwyższych ideałów Ducha, pragniemy widomym znakiem uwiecznić z jednej strony żywiołowe i spontaniczne zmaganie się żywego narodu w walce z brutalnym najeźdźcą o najszczytniejsze swe dobra duchowe — z drugiej zaś — dać wyraz wdzięczności tym, którzy w czasach niewoli umieli stać wiernie i szczerze przy sztandarze narodowym i ukochanie ideałów wcielać w czyn męczeński.

TRĘŚĆ: H. HIGIER. Czy i jak oddziaływa mózg na układ współczulny i odwrotnie w sferze somatycznej i psychicznej. (Dok.) — A. LANDAU, T. MARJANKO i M. FEJGIN. 9-ty przypadek wyleczenia za pomocą bizmutu ciężkiego zatrucia sublimatem po 7-iodniowym bezmocz. — R. LERICHE. O przecinaniu gałązek łączących w zespole bólowym kończu. — M. GOLDMAN. Przypadek kiły żółtka. — P. GOLDSTEIN. Przypadek wytworzenia sztucznej pochwy sposobem Schuberta przy wrodzonym braku macicy i pochwy. — P. BAUMRITTER. O zawartości kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym w stanach zapalnych opon. — S. TENENBAUM. Przyczynki do nauki o konstytucji. — J. WITTENBERG. Nowoczesne metody wykrywania jaj robaków pasorzytnicznych w kale (streszczenia zbiorowe. Dokończenie). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — O. GOLDBERG. Zagadnienie Kas Chorych i projekt jego rozwiązania. — M. KACPRZAK. Prohibicja w Stanach Zjednoczonych. (Dokończenie). — Korespondencja. — Z. S. S. p. Dr. Jerzy Brunner. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. HIGIER. Le cerveau influence-t-il le système sympathique et comment? Le système sympathique agit-il sur le domaine somatique et psychique? (fin). — A. LANDAU, T. MARJANKO et M. FEJGIN. Le 9-me cas de guérison d'une grave intoxication par Hg Cl₂ au moyen de bismute. — R. LERICHE. Sur la section des rameaux communicants dans les syndromes douloureux des membres. — M. GOLDMAN. Un cas des syphilis de l'estomac. — P. GOLDSTEIN. Un cas de formation d'une vagine artificielle selon la méthode de Schubert. — P. BAUMRITTER. L'acide urique dans le liquide céphalo-rachidien au cours des méningites. — S. TENENBAUM. Contribution à la question de la constitution. — J. WITTENBERG. Nouvelles méthodes pour deceler les oeufs des parasites dans les excrements (rev. gen. — fin). — O. GOLDBERG. La question des Caisses des Malades. — M. KACPRZAK. La prohibition dans les Etats Unis (fin).

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 6-ej do 8-ej pp.

Zbliżające się 25-lecie Sprawy wrzesińskiej pragniemy uczcić wznieśieniem instytucji humanitarno-wychowawczej — „BURY GIMNAZJALNEJ” — która pod imieniem d-ra K. Marcinkowskiego od lat pięciu spełnia owocnie swe zadania względem potrzebującej pomocy i pomieszczenia, a pragnącej się kształcić młodzieży polskiej. Niestety, instytucja ta nie posiada dotychczas własnego pomieszczenia i korzysta jedynie z gościnności i ofiarności ludzi dobrej woli. „Wrogom ku przestrodze — Ojczyźnie na chwałę — Braciom ku otusze” ma stanąć we Wrzesni stacja, w której wychowywać się będzie pokolenie polskie, uzbrojone w hartowną stal ducha, pokolenie przyszłych dobrych, szlachetnych i ofiarnych obywateli Państwa.

Do współpracy i ofiarności w urzeczywistnieniu naszej myśli wzywamy cały ogół ludzi czujących i myślących po polsku, nie wąpiając, że nikt nie uchyli się od choćby najskromniejszego datku, który umożliwi Komitetowi wybudowanie w ciągu b. roku „Bursy Gimnazjalnej” i pomieszczenie jej we własnym gmachu.

Pozwalając sobie przesłać P. T. niniejszą odezwę, prosimy usilnie o poparcie naszych zamierzeń wśród swego otoczenia, a zebrane datki przekazywać łaskawie do dnia 1 lipca r. b. na rzecz Komitetu przez załączony czek P. K. O. nr. 200.515.

Września, dnia 3-go maja 1925.

Zarząd Tow. Bursy Gimnazjalnej:

Fr. Czapiński, Bardo, w. prezes. Prof. Zgodziński, sekretarz. A. Prądzynski, skarbnik.

Wydział:

Adam Charkiewicz, starosta pow. wrzes. Pózeł Chrzanowski, Stanisławowo. X. Marjan Jernajczyk, katech. gimn. Stan. Konieczny, apt. Prof. Tad. Sanaak, Prefekt Bursy. Stefan Lutomski, Grzybowo. St. Sołtysiak, burmistrz m. Wrzesni. I. Stasiewski, insp. szk. Major Szyfter, Gutowo W. X. Prob. Wnuk, Biechowo. Zofja Zychlińska, Gorazdowo.

Komitet budowy:

Adam Charkiewicz, starosta. St. Konieczny, aptekarz. St. Paluszkiewicz, insp. budown. A. Prądzynski, wł. księg. Sołtysiak, burmistrz.

— Rodak nasz, dr. Ebel, praktykujący latem w Gräfenbergu, a zimą w Wiedniu, zbudował przyrząd do dawkowania prądu faradycznego pod nazwą „Tonisator”. Przyrząd odznacza się wielką prostotą i praktycznością.

— W roku bieżącym obchodzi 50-lecie działalności lekarskiej nestora pedjatrów warszawskich, kol. Julian Kramsztyk. Z tego powodu Redakcja „Pedjatrii Polskiej” poświęciła Jubilatowi ostatni zeszyt swego pisma, zawierający, prócz szeregu prac naukowych, pięknie skreślony życiorys Juliana Kramsztyka. Miło nam bardzo do życzeń, złożonych przez Redakcję „Pedjatrii Polskiej”, dołączyć i nasze oraz wyrazić hołd Jubilatowi za Jego zasługi naukowe, społeczne i obywatelskie.

NADEŚLANE DO REDAKCJI.

Rocznik Statystyczny m. Łodzi, 1923.