

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 9

WARSZAWA, 30 WRZEŚNIA 1925 R.

Rok II

PRACE ORYGINALNE.

Rozprawy.

Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby.

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa).

(Ciąg dalszy).

W terapii farmaceutycznej chorób zakaźnych, ostrych i przewlekłych, zachorzeń aparatu sercowo-naczyniowego i oddechowego zmieniło się, poza wyżej wzmiankowanym, zasadniczo niewiele.

Wspomnieć może wypadaloby w tem miejscu z dziedziny dozologii usiłowanie zastosowania w praktycznej farmakoterapii prawidła a nawet jak niektórzy wolą, prawa Arndt-Schulza, które mimo dwudziestoletniej walki nie wywalczyło sobie ostatecznego prawa obywatelstwa. Teoretycznie ono nie daje się ściśle naukowo obronić, a praktycznie prowadzi często na manowce. Zmartwychwstała poniekąd dzięki niemu—wprawdzie bez nadziei dłuższego żywota—przy poparciu poważnych klinicystów (Bierner), która, ściśle historycznie rzecz rozpatrując, posiadała przed kilku tysiącami lat ojca moralnego w Hippokratesie i jego izopatji, streszczającej się w słynnym aforyzmie „Co chorobę wywołuje, chorobę też leczy“; w średniowieczu obrońcą w Paracelsusie z jego sympatoterapią (Sympathieglaube); przed 200 laty w systemie biochemicznym szkota Jana Browna z jego „contraria contrariis“; przed stuleciem w istotnym ojcu nowoczesnej, pozornie odradzającej się homeopatji szwajcarsko-niemieckiej Samuelu Hahnemannie z jej „similia similibus“, która nigdy serjo nie brała pod uwagę możliwości licznych błędów u lekarza, postępującego się w djaagnostyce jedynie inspekcją, a w terapii ograniczonym skarbem stale tych samych dwudziestu kilku środków; u lekarza, Ignącego ku dawnej „sympatycznej“ metodyce, uwzględniającej często czysto zewnętrzne podobieństwo leczniczej rośliny do chorego narządu w myśl naiwnej tezy „aequalia aequalibus“; u lekarza, przesiąkniętego subiektywizmem, nie biorącego pod uwagę czynników psychicznych i możliwości samoistnych wyleczeń wbrew zasadzie post hoc, ergo propter hoc.

Nie pomogą pomocnicze dowodzenia z nowszego arsenału fizjoterapeutycznego zaczerpnięte, powoływania się na zdrową empirję, która stale o setki lat wyprzedzała potwierdzenie eksperymentalne (rtęć, chinina, naparstnica), na analogje z nauki o neurorecydywach salwarsanowych, na pomyslnie działanie minimalnych, miligramowych dawek jodu w wolu, a

ogromnych wielogramowych w przymiocie i promienicy, na mikrobiologiczne wywoływanie skurczu serca królika lub macicy świnki morskiej pod wpływem biljonowej części miligrama lub jeszcze mniejszej dawki wyciągu przysadki lub nadnercza (pituityny, adrenaliny). Nie uratuje to słynnych „Heilpotenzen“ Hahnemanna, gdyż nauka jego, nawet w najdalej posuniętej modyfikacji i najgruntowniej dokonaniem współczesnienu, zawierać musi elementy zasadnicze z którymi się zasadniczo medycyna racjonalna pogodzić nie może i nie powinna. W tym też duchu wypowiedziały się ostatnio i przedstawiciele medycyny niemieckiej.

Więcej korzyści od analogizowania sztucznego homeopatji z mikrochemją zapowiada przeprowadzenie analogji między farmako- a fizykoterapią. Środki terapii farmaceutycznej są to czynniki chemiczne, działające bezpośrednio bądź organotropowo bądź też etjotropowo; środki terapii fizykjalnej są to czynniki fizyczne, które przez wpływanie na chemizm ciała stają się czynnikami chemicznymi, zasadniczo oddziaływającymi na podobieństwo farmakologicznych również organotropowo i etjotropowo. Stąd wypływa ściśle wskazanie do stosowania ich obok środków aptecznych i chemicznych (Glaser, Groedel), gdyż klimat, powietrze górskie, morskie, stepowe, leśne, kąpiele wszelkiego rodzaju i t. p. czynniki fizykjalne drogą odruchów wegetatywnych—sympatycznych i parasympatycznych—oddziałują na narządy cyrkulacyjny, oddechowy, przemiany materji nie inaczej od laboratoryjnie zbadanych środków farmaceutycznych.

* * *

Naszkicowawszy rozwój i bieg myśli zasadniczych w dziedzinie układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, przechodzę do omówienia pozostałych narządów wewnętrznych, wśród których pierwsze miejsce według ważności funkcji fizjologicznych zajmują bezsprzecznie:

C. Choroby przewodu pokarmowego i przemiany materji.

W przewodzie pokarmowym ostatnie lat kilkanaście posilukuje się pracownia fizjologiczna dla określenia wydolności narządów przetoką, zwykłą i odwrotną, Ecka i połączeniem żyły głównej dolnej z żyłą wrotną, zaś klinika bardzo chętnie korzysta w najszerszym znaczeniu z wzziernikowania, z endoskopji (oesophago-, gastro-, rectosopia). Zgłębnikiem Einhorn'a wydobywa się treść do badań dwunastnicy, a wydłużoną odmianą tegoż przyrządu przeszukuje cały przewód od jamy ust do zwieracza odchodowego.

Po wprowadzeniu ciał kontrastowych, gazowych, płynnych i stałych do jamy brzusznej (tlen), do jej narząd-

dów (sól barytowa), do żył (tetrabromfenoltaleina) udaje się zapomocą rentgenoskopji prześledzić: ruchy i zmiany topograficzne trzew, szybkość przesuwania się pokarmów, zwężenia, skurcze, fałdy, nisze i rozpoznawać przeszkody funkcjonalne i organiczne przełyku, żołądka i kiszek, kształt pęcherzyka żółciowego, guzy, kamienie, przemieszczenia, enteroptozy wrodzone i nabyte, rozszerzenia trzew.

W obrębie przełyku okazało się, że skurcz oraz samoistna rozstrzeń przełyku stanowią najczęstsze obok raka zachorzenia tego narządu, w dolnej swej połowie sympatycznie unerwionego.

Poza wewnątrzścienną automatyczną i nnerwacją ruchową przełyku, żołądka i kiszek przez układ zwojowy (*Ganglia intramuralia*) otrzymują one nerwy sympatyczne (*N. splanchnicus*) i parasympatyczne (*N. vagus et pelvius*), przyczem pierwsze działają naogół hamująco, drugie pobudzająco na czynności ruchowe i wydzielnicze. *Plexus myentericus Auerbachii* zarządza nie tylko ruchem wahadłowym kiszek, służącym do rozmieszania zawartości trzew, ale i ruchem peristaltycznym, służącym do przesuwania jej w dół i wydalania na zewnątrz.

Z nowszych metod mikrometrycznych badania soku zyskała sobie nieco sympatji refraktometrija w gastrologji, wprawdzie mniej, niż w hemato- i urologji. Przy jej pomocy udaje się istotnie określić jedynie chwilową sprawność proteolityczną pepsyny, nie zaś jej ilość (*Fischer*). Mniej pewne jest określenie szybkości wydzielania barwników (indygokarmina), podskórnie wstrzykniętych, wydzielania przez gruczoły trawienne do żołądka lub przez przewód trzustkowy i żółciowy do dwunastnicy — metody, zalecone do badania sprawności żołądka (*Finkelstein*), wątroby (*Laforte*) i trzustki (*Glichis*). W tymże celu ustalono w soku dwunastnicy ilość z czynów trzustkowych.

Dzięki postępom endokrynologii i stwierdzonym w sprawach śpiączkowych i chorobach zwojów podkorowych zaburzeniom ze strony wątroby, namnożyły się ostatnio metody określania sprawności czynnościowej wątroby, tego największego z gruczołów: 1) co do przemiany materji wogóle, 2) co do odtruwających własności jego i 3) co do zdolności wyeliminowania substancji obcogatunkowych. Głównie się przyjęły metody badania: a) wpływu na gospodarke wodną (toksykoza wątrobową osesków z zubożenia krwi w wodę); b) wpływów wprowadzonej florydżyny na sztuczną glikozurję wątrobową i c) wpływu czynności wątroby na ilość bilirubiny i lipazy czyli tłuszczu w surowicy krwi.

Ze konstytucjonalizm nie mógł się nie odbić na układzie pokarmowym, było do przewidzenia. Powstała też u licznych autorów myśl połączenia na tem tle w jedną trójcę (*trias abdominalis*): kamicy wątrobowej, zapalenia wyrostka i wrzodu żołądka, tworzącą specjalną skażę trawieną (*diathesis digestiva*—*Róbin*). Chory ze skażą trawieną podlega prędzej wszelkim chorobom narządów trawienia, a każdą z powyższych chorób należałoby uważać za jedno tylko ogniwo w większym łańcuchu nozologicznym. I nocny ból głodowy (*Moinyhan*), który miał być charakterystyczny wyłącznie dla *ulcus duodeni*, okazał się niezadkim w owrzdzeniu żołądka i zapaleniu przewodów żółciowych (*Mayo*). I pasy hyperestetyczne, jak sędzę, natury współczulnej, które miały być wyłącznie charakterystyczne dla wrzodów żołądka, stwierdza się też i w innych miejscach: w przebiegu kamicy wątrobowej, w zapaleniu wyrostka i chorobach ukrytych trzustki.

Ze dawna teoria zakazna niezupełnie wygasła, dowodzą badania nowszych autorów (*Posselt*), według których bakterjemja durowa i czerwonkowa na drodze krwi obiegu ma wywoływać zakażenie torebek błony śluzowej żołądka i dwunastnicy, drobne ropnie, z których się tworzy chronicznie przebiegający wrzód, często podatny i wrażliwy na proteinoterapię. Ze 1/4—1/5 raków żołądka powstaje na tle wrzodu, jest prawie pewne według nowszych statystyk.

We wrzodzie żołądka i dwunastnicy z momentem konstytucjonalnym bardzo wybitnym (*Ulcus neurogenum familiare*) ma być doniosły według teorii *Hess-Eppingera* wpływ wagotonji na skurcze samoistne, miejscowe i odległe (skurcz przełyku, żołądka, odbytnicy).

Jaki jest wpływ i związek przyczynowy ze stanem zębów, nie daje się łatwo ustalić mimo dowodzeń autorów

amerykańskich. Zęby schorzałe więcej powodują szkód dla przewodu pokarmowego, niż alkohol, dowodzi *Oster*, a chirurgję wrzodów przewodu pokarmowego należy zaczynać od uporządkowania zębów, poucza *Mayo*. W każdym razie, operujemy obecnie wrzód, jak dawniej, po wypróbowaniu wszelkich metod dyetetycznych i wewnętrznych. Obecność utajonych krwawień decyduje jeszcze najbardziej o rozpoznaniu.

Obok znanych metod (gwajakowa, benzydnowa, piramidonowa) wykrywania krwi, opartych na obecności oksydazy hemaglobiny, przybyła mikrometoda badania spektroskopowego, wykazująca swoiste widmo dla hemoglobiny i jej pochodnych.

Bakterjologia kiszek praktycznie niewiele nowych dała wyników. Do dawno znanych infekcyj kiszkowych (gruźlica, cholera, dur, paratyfusy, czerwonka, gruźlica, *botulismus*, *amoebiasis*) niewiele przybyło. Nauka *Boucharda* i *Miecznikowa* o autointoksykacji z kiszek mało się posunęła naprzód.

Są dane, iż trzewia stanowią nieraz *locus minoris resistentiae*, przez który się wysysa jad, wywołujący katatonję, zapalenia mózgu, niedokrwistość złośliwą.

Znakomicie się rozwinęła nauka o innerwacji ruchowej czuciowej trzew, o wrażliwości bółowej i metodyce znieczulania operacyjnego narządów brzusznych. Skurcze stałe żołądka i kiszek u dorosłych i dzieci leczą obecnie nie tylko wewnątrznie jadami vegetatywnymi ale i operacyjnie.

Przy wielu, dawniej do hysterji i neurastenji, a obecnie do nerwic narządowych zaliczanych cierpieniach (skurcze, wymioty, zaparcie, niedowład) stwierdzono wybitny wpływ układu parasympatycznego, inter- i intravegetatywnych odruchów, a najczęściej wpływ odruchów warunkowych, kojarzeniowych *Pawłow-Bechterewa*, czyli t. zw. psychorefleksów.

Dużą rolę w napadach kolki wątrobowej usiłowano przypisywać stanom vegetospastycznym mało znanego mięśnia zwieracza *papillae Vateri* (*Musculus sphincter Oddi*), badano też sprawność jego po cholecystektomji, zabiegu, stosowanym zarówno w chorobach zakaźnych wątroby, jelito- i krwiopochodnych. Nawiązano nić: 1) między zachorzeniem wątroby a zachowaniem się osocza i surowicy, chwiejnością kolloidów oraz zacynu włóknikowego; 2) pomiędzy wątrobą, jako odtruwającym filtrem toksyn, a mózgiem, raczej zwojami podkorowemi, które stale wraz z wątrobą cierpią w chorobie mózgowej *Wilsona*, czyli w schizofrenji, w *dementia praecox* i niektórych innych zespołach pozapiramidowych.

Ta właśnie koincydencja wątrobowo-mózgowa, dawniej absolutnie nieznaną, przyczyniła się do rozwoju badań nad sprawnością wątroby, obejmującej, jak widzieliśmy, zachowanie się: krwi, moczu, barwników, żółci, glikogenu, przemiany białka, tłuszczu, lipidów, ciał purynowych i soku dwunastnicy. Stwierdzono w niewydolności wątroby wstrząsy swoiste ze zmianami w chemizmie kolloidalnym osocza, przypominające zaburzenia, wykrywane przy pozajelitowem wprowadzeniu białka.

Pod wpływem klasycznych prac *Pawłowa*, *Bechterewa* i *Bickela* poznano bliżej wpływ bodźców fizjologicznych i wpływ psychiki na wydzielanie śliny, soków żołądka i dwunastnicy, wątroby i trzustki (*Heyer*, *Langenheinrich*), na wzajemne ich ustosunkowanie, wpływ psychiczny fikcyjnego obiadu na leukocytozę trawieną i leukopenję następczą krwi, wpływ hamujący bólu psychicznego i fizycznego na ruch, wydzielanie i czynność wogóle całego przewodu pokarmowego i innych narządów wewnętrznych, wpływ bólu trzewnego na podrażnienie odnośnych odcinków skóry (*zones hyperesthetiques Heada*) i muskulatury zewnętrznej (*défense musculaire*).

O licznych odruchach trzewnoruchowych będzie obszerniej mowa niżej w dziale nerwowym. Wspomnieć warto w tem miejscu o niektórych praktycznie nader ważnych w djagnostyce różniczkowej odruchach, istniejących prawdopodobnie w stanie utajonym stale, a w rozwoju choroby występujących jawnie, np. czysto nerwowy, uporczywy skurcz przełyku przy usadowieniu się ukrytego raka we wpuście żołądka (*reflexus cardio-oesophageus*), ciężki skurcz kiszciki cienkiej przy lokalizacji niejasnej guza w od-

źwierniku żołądka (*reflexus pyloro-jejunalis*), skurcz naczyń wieńcowych w zachorzeniu wątroby (*reflexus hepato-cardiacus*), zmiany w innerwacji serca w chorobach uciskowych gałki ocznej (*reflexus oculo-cardiacus*). Przerwania łuku odruchowego wegetatywnego udaje się osiągnąć zapomocą metody Laewena wstrzyknięcia w okolicę siódmego zwoju grzbietowo-rdzeniowego nowokainy, co pozwala wyłączyć działanie nerwu trzewnego (Hess), sprawdzając nadkwaśność, nadruchliwość żołądka i wzmoczoną perystaltykę kiszek.

Słowem, wstrzykiwanie przykręgowo (*Anaesthesia paravertebralis* Kappisa), tak bardzo rozpowszechnione obecnie w chirurgii, warunkuje porażenie N. splanchnici, nie naruszając nerwu błędnego i wychodzących z jego obrębu odruchów roślinnych.

W dziedzinie chorób kiszkowych od lat trzydziestu znajduje się na porządku dziennym zapalenie wyrostka, ostatnio jego postać przewlekła (*Appendicitis chronica s. larvata*). Jedni uważają tę ostatnią za sprawę zapalną, drudzy za obliteracyjną, jedni (Kümme) traktują ostre zapalenie za etap przewlekłego, drudzy (Lieck), traktują przewlekłe zapalenie za nawrót i pozostałość po ostrem, trzeci wreszcie (A. Müller) za pierwotną *Colotyphlitis*. To też, nie bez zasady ironizując, Gussenbauer dowodzi, że nie *appendicitis* jest *larvata* lecz *djagnosta*, a Schnitzler, że *appendicitis chronica* nie tyle istnieje w chorej jamie brzusznej pacjenta, ile w zdrowej wyobraźni *djagnosty*. Nie lepiej sprawa stoi z charakterystycznymi *points douloureux*, których liczba mnoży się z każdym rokiem. Podczas gdy jedni wysoko cenią dawne punkty Mac Burneya i Lanza, a drudzy nowsze punkty bólowe Morrisa, Kümmla i przyżołądkowy, to trzeci nie przypisują im żadnego znaczenia, znajdując je wraz z t. zw. *dyspnensia appendicularis* również w *coecum mobile* i w *typhlospasmus*. Jeśli jeszcze dodamy, że Keith i Treves znajdowali je u zupełnie zdrowych osobników, i że, przeciwnie, owrzodzenia kiszek u pacjentów gruźliczych i durowych przebiegają często zupełnie bez bólów, że objawy uciskowe Rovsinga i bólowe Dreyera znajdują się w różnych innych sprawach chorobowych, to zrozumiałą się staje sceptycyzm wielu klinicystów. Gdy się weźmie wreszcie pod uwagę, że w jednej z wiekszych klinik uniwersyteckiego miasta (Królewiec) w 18% skierowanych do operacji ostrego, a w 35% przewlekłego zapalenia wyrostka rozpoznanie okazało się błędnem, to „śmiesznie” łatwa *djagnoza* okaże się wcale nie tak pewną, tembardziej, że nierzadko notorycznie operowano empyematy кишки ślepej, które bez bólów spontanicznych i bez punktów bólowych cały czas przebiegały. Jeszcze najbardziej przeto przemawia do przekonania stara rada Körtego operowania t. zw. chronicznych przypadków tylko tam, gdzie w anamnezie jest wzmianka o ostrym napadzie.

Kolki żołądkowe, kiszkowe i wątrobowe oraz bóle przyoperacyjne usuwa się obecnie: 1) wprowadzając wedle określeń przez neurologję topograficzną wskaźówek drogą nerwów grzbietowych czyli segmentów dorsalnych. (D/6—D/8 dla żołądka, D/9—D/12 dla pewnych kiszek, D/10—D/11 dla wątroby), najskuteczniej przykręgowo. środki przeciwbólowe (nowokainę, tutokainę) i iadw wegetatywne (adrenaline, pilokarpine, atropine) do nerwów trzewnych i zwojów lub 2) przecinając (np. w *crises tabétiques*) według Foerstera tylne korzenie rdzenia, według Gazy gałązki łączne pasa współczulnego lub według Spiegla przednio boczny pęczek rdzenia.

Sprawdzono, że sprawy bólowe, gdziekolwiek bądź powstałe, hamują perystaltykę żołądka i kiszek, ruchy pęcherza, skurcze macicy, wydzielanie śliny i soków; że ucisk na gałkę oczną zwalnia ruchy żołądka i serca, że bóle opłucnej i wątroby wywołują na drodze odruchów między-narządowych napady dusznicowe serca i t. p.

Nie ominął ruch proteino-terapeutyczny i narządów brzusznych oraz działu przemiany materji. Liczy się bowiem w sprawach zapalnych i wrzodziejących na działanie ogólne, pobudzające cały ustrój, na ograniczony czyli miejscowy oraz na dwuokresowy odczyn ogniskowy z wstępnym pogorszeniem i następczą poprawą.

Badaniom lat ostatnich zawdzięczamy wiadomości: 1) o chorobie z niedoboru żywnościowego (*deficiency disease*); 2) o czynniku dodatkowym w dziecie

(accessory food factors); 3) o znaczeniu tegoż czynnika czyli witaminy w gospodarce ustrojowej i 4) o konstytucyjnej wrażliwości wodnej dzieci, prowadzącej łatwo w osesków do obrzęków (*hydrolabilitas* Finckelstein). Do tejsze grupy zaburzeń witaminowo-hormonowych w przemianie materji należą: *atrophia pluriglandularis digestiva* (Schick-Wagner), *coeliac disease* (Haaestert), niewydolność trawienna u dzieci (*morbus Hertena-Heubnera*) z brakiem łaknienia, obrzękami, niedokrwiistością, uczuciem stałego pragnienia, wysychania skóry, infantyлизmem trawiennym i ze zwyrodnieniem trzustki oraz nadnerczy.

Również uśiłowaniom fizjologicznym ostatniej doby zawdzięczamy otrzymanie: 1) zaczynu enterokinazy (z błony śluzowej kiszek), 2) gastryny (z błony śluzowej odźwiernika) i 3) sekretyny (z błony śluzowej dwunastnicy), z których ostatnia zamienia trypsynogen w trypsynę, podczas gdy dwie pierwsze, dożylnie stosowane, wznagają wydzielanie soku żołądkowego, względnie trzustkowego.

* * *

Jakisie ułożył stosunek nauki o przemianie materji do układu dokrewno-wegatatycznego?

Ogólny wynik analizy stosunku nerwu sympatycznego i nerwu błędnego do przemiany materji daje się poniekąd skryształizować w formie wniosku praktycznego. Wzmoczonemu napięciu układu współczulnego—sympatykotonji—zdają się odpowiadać procesy utleniające, rozpadowe, destrukcyjne, kataboliczne czyli wzmoczenie w dziedzinie przemiany materji; wzmoczonemu napięciu układu parasympatycznego—wagotonji—, charakterystycznemu dla okresu snu, towarzyszą czynności odłtleniające, odbudowujące, rekonstrukcyjne, anaboliczne, czyli obniżenie w dziedzinie przemiany materji. Jako prawo paralelizmu psychofizycznego, jednakowo ważne dla psychologii i psychopatologii (Weinberg), wniosek powyższy brzmiałby z tego stanowiska bardziej konkretnie w tym duchu, że wzmoczonemu zapotrzebowaniu energii psychicznej towarzyszy wzmoczenie energii fizycznej i odwrotnie.

W zakończeniu działu normalnej i patologicznej przemiany materji słów kilka wzmiankować wypada o formach poszczególnych zaburzeń przemiany, o swoistych skazach konstytucjonalnych. Na samym wstępie wyłączyć z tego działu należy niesłusznie przez niektórych klinicystów zaliczane zachorzenie żółtaczkowe, które za pominięciem postaci hemolitycznej są pochodzenia wątrobowego, uciskowego i zakaźnego (np. nieżyłowa i salwarsanowa żółtaczką).

W ślad za odkryciem przemijającej cukrzycy eksperymentalnej (Claude Bernard) przez nakłucie dna czwartej komory przyszło w ostatnich latach odkrycie takiejże cukrzycy w bliskości dna trzeciej komory (Leschke, Dresel) na przedłużeniu tejsze linii ośrodków wegetacyjnych i ich torów opuszkowo-podwzgórkowych, rządzących przemianą materji węglowodanów. Bezpośrednio za odkryciem cukrzycy trzustkowej Minkowskiego, florydzynowej Meringa, a.d.r.e.nalinowej Bluma szedł wynalazek wyciągu z wysepek trzustkowych Langerhansa substancji hormonalnej, insuliny Bantinga, wyrabianej u nas (Funk). Są to właściwie 4 etapy tegoż problemu fizjologicznego.

W terapii *djetetycznej diabetes mellitus* ciągle jeszcze walczą między sobą i obok siebie metody podstawowe i pomocnicze, czyli zwolennicy dawnego głodowania (Cantani), *djetety* bezwęglowodanowej (Frerichs), owsianej (Noorden), mączno-owocowej (Falta) i licznych surogatów antydiabetycznych chleba w postaci nader drogiego i zupełnie bezwartościowego pieczywa (Minkowski). Co do jednego panuje zgoda, że przy zbliżającym się przekwaszaniu krwi i grożącej śpiączce należy znieść czystą *djetę* białkowo-tłuszczową i stosować trudno, niestety, dającą się dozować insulinę, której wpływ na przemianę materji cukru i acidozę jest powszechnie znany (hamowanie wytwarzania cukru przez wątrobę i wzmoczenie użytkowania jego przez mięśnie), zaś na przemianę tłuszczów jeszcze niedokładnie zbadany.

Insulina wymaga leczenia perjodycznego, niektóre cięższe przypadki reagują odpornie na nią, inne cięższe reagują

zatrzymaniem płynu przez tkanki czyli obrzękami, nerwobóle, swędzenie i czyraki towarzyszące znikają wraz z cukrem, przesycanie organizmu insuliną pozwala bezkarnie dokonać operacji u diabetyków, zaś ciągła kontrola krwi przy insuloterapii jest konieczna jedynie w ciężkich, szpitalnych przypadkach.

Mimo poznania źródeł cukru patologicznego ustroju, praw magazynowania glikogenu, stosunku do układu dokrewnego i autonomicznego, zmian degeneracyjnych w pewnych jądrach podstawnych międzymózdzia (*Nucleus paraventricularis*), to jednak stałe siedlisko zarówno cukrzycy samoistnej, jak moczówki zwykłej (*Tuber cinereum*, *Infundibulum*) jest dotąd niepewne, a pomieszanie kliniczne z poliurią i nefrosklerozą niezadkie.

Jeszcze mniej posiadamy pewnych danych o dnie czyli podagrze. Krew osobników zdrowych okazała się niewolną od kwasu moczowego mimo wolnej od puryny dje-

ty. Przyczyna magazynowania i odkładania się kwasów w tkankach u ludzi z tą skazą konstytucjonalną, często dziedziczno-rodzinną, pozostaje dotąd tajemnicą. Sole litowe i kwas chinowy w terapii zawiodły, stara kolchicina natomiast w różnych modyfikacjach się utrzymała.

W otyłości obserwacje dowiodły jedynie, że na pierwszym planie stoi predyspozycja ustrojowa, na drugim sposób żywienia się, na trzecim choroby wewnętrzne i zachorzenia mózgu czyli podwzgórkowe (*Dystrophia adiposo-genitalis*, *Lipodystrophia*, *Cachexia hypophysaria*), mogące w sposób przewlekły, rzadziej ostry (*Encephalitis letargica*), wywołać otyłość nadmierną.

Kamice wszelkiego rodzaju są wprawdzie w pierwszym rzędzie chorobą ustrojową, skazą wrodzoną, nie oszczędzającą żadnego wieku, ale też nierzadko, zarówno w wątrobie jak w nerkach, pochodzenia pozakażnego.

(D. c. n.).

Wykłady kliniczne.

Teoria i praktyka współczesnego leczenia wapniem.

Podał

Dr. med. Gustaw RACIAŹEK (Warszawa).

(Dokończenie).

Jakkolwiek mniej lub więcej pomyślne wyniki stosowania wapnia w poszczególnych schorzeniach niezawsze znajdują się w ścisłej łączności ze zmienioną w tym lub innym kierunku zawartością wapnia w ustroju, to jednak uważamy za wskazane przytoczyć pokrótce dane, dotyczące wahań poziomu wapnia we krwi w granicach prawidłowych, tudzież w przypadkach patologicznych.

Z metod chemicznych (Jansen, R. Mayer, Kramer i Tisdall i inni) i biologicznych (Straub), jakimi posługiwano się dla określenia zawartości Ca w surowicy krwi i innych płynach ustroju, za najodpowiedniejszą i najdogodniejszą w praktyce uważać należy metodę de Warda¹⁾: jakkolwiek przewiduje ona błędy w granicach do 0,5 mg.%, to jednak ze względu na drobne ilości płynu, wystarczające do zbadania (3 cm.³ surowicy) oraz na zbędność spopielenia materiału badanego (krwi) ogólnie przyjęła się w klinice. Aparatu pomysłu Weissa (Skaller, Berlin) osobście nie uważamy za szczególnie dogodny, jak, zresztą, wszelkie inne metody wymagają zdaniem naszym dla osiągnięcia miarodajnych wyników ze względu na nieunikniony subiektywizm przy ich ocenie długotrwałej rutyny; niektórzy autorowie wykonywali, jak wiadomo, nawet po kilka tysięcy takich badań.

Od wielu lat zajmowano się specjalnie ustalaniem zawartości Ca w surowicy krwi ludzi zdrowych. W toku badań, wykonywanych najrozmaitszymi metodami, okazało się, że pewien wpływ na zawartość Ca wywierają również czynniki takie, jak płeć i wiek; najnowsze badania Jansena, Leichera i innych np. wykazały nieznaczny spadek poziomu Ca w wieku podeszłym, jako zjawisko stałe. — W klinice Goldscheidera przeprowadzone metodą de Warda za pomocą aparatu Weissa badania kilkudziesięciu osobników zdrowych wykazały, co następuje: najczęściej otrzymaną wartością dla Ca w surowicy było 11 mg. na 100 cm.³ surowicy (11 mg.%), a więc poniekąd przeciętna liczba, otrzymanych przez Abderhaldena (11,7 mg.%) i innych autorów (10,2 mg.%). Wszyscy badacze podkreślają łącznie zadziwiającą stałość zawartości Ca w surowicy, niepodlegającej wahaniom w ciągu całej doby, ani też niezależnej od przyjmowania pożywienia. Z tejsz kliniki Goldscheidera otrzymujemy interesujące dane, dotyczące się zawartości Ca w surowicy ludzi chorych. Biorąc za punkt wyjścia dla oceny wyników 11 mg.%, jako wielkość przeciętną prawidłową, autor zestawiał szereg przypadków hypokalcemji (poniżej 11 mg.% Ca) i hyperkalcemji (powyżej 11 mg.% Ca).

¹⁾ Abderhalden. Lehrbuch der biologischen Arbeitsmethoden.

Hypokalcemja

Aneurysma aortae syphiliticum	7.50 mg. %
Ulcus ventriculi. Habitus asthenicus.	7.75 " "
Adipositas	8.40 " "
Asthma. Habitus asthenicus.	8.75 " "
Eclampsia	8.75 " "
Senium praecox	9.00 " "
Morbus Basedowii	9.00 " "
Scorbut	9.30 " "
Endocarditis	9.50 " "
Carcinoma ventriculi	9.50 " "
Hyperaciditas	9.50 " "
Scrophulosis	9.75 " "
Anaemia	9.75 " "
Morbus Bechterewi	10.00 " "
Scorbut	10.25 " "
Carcinoma vesicae felleae	10.50 " "

Hyperkalcemja.

Neurasthenia	19.00 " "
Tabes dorsalis	16.00 " "
Ptois et Ektasia ventriculi	14.50 " "
Dysenteria	14.50 " "
Morbus Bechterewi	14.50 " "
Chorea minor	13.75 " "
Myodegeneratio cordis syphilitica	14.00 " "
Carcinoma hepatis	13.50 " "
Habitus asthenicus	13.50 " "
Neurasthenia	13.00 " "
Rachitis tarda. Hyperthyreoidismus	12.50 " "
Cor strumosum	12.50 " "

Z tablic powyższych, prócz tego, że w warunkach patologicznych mogą zachodzić poważniejsze zmiany w zawartości Ca — — innych wniosków wysnuć niepodobna.

Ciż sami autorowie, określając Ca w surowicy większej liczby asteników, doszli do następujących wyników: 1) w stanach astenicznych zachodzi zakłócenie przemiany wapniowej, 2) powoduje ono najczęściej obniżenie poziomu Ca w surowicy, rzadziej wzniesienie, 3) zawartość Ca we krwi nie posiada wartości rozpoznawczej, ani rokowniczej, winna być jednak brana pod uwagę przy leczeniu, 4) we wszystkich przypadkach, wykazujących upośledzoną przemianę wapniową, należy myśleć o konstytucji astenicznej (zwiększona pobudliwość nerwowa w następstwie deficytu Ca).

W najnowszych badaniach Jansena daje się już zauważyć dążność do wyodrębnienia pewnych grup chorobowych, któreby znamionowała większa lub mniejsza zawartość Ca w surowicy.

Choroby infekcyjne (z tych przedmiotem szczegółowych badań autora były: tyfus, róża, ropowica, ostry gościec stawowy) — wykazywały naogół wielkości prawidłowe; jedynie zapalenie płuc krupowe przebiegało z liczbami hypokalcemicznymi.

Tak samo nie stwierdza autor wybitniejszych odchylen od normy w chorobach przemiany materji; niskie hypokalcemiczne liczby dotyczyły jedynie przypadków cukrzycy, powikłanych acetonurją (Schlesinger i Gerhardt). Wybitne obniżenie poziomu Ca w surowicy zauważa autor u epileptyków, co zostało potwierdzone niedawno przez badaczy amerykańskich (Denis i Talbot¹⁾).

W przytoczonych dopiero co tablicach uderza nas brak danych co do zawartości Ca w przebiegu gruźlicy. To też wysoce cenne będą dla nas wyniki badań, dokonanych w tym kierunku przez Aksela Loowta, tem bardziej, że przyjęło się ogólnie mniemanie o zubożeniu dotkniętego gruźlicą organizmu w sole mineralne, i że zubożenie to dotyczy ma głównie soli wapnia. Badani przez autora suchotnicy ciężko chorzy wykazywali przeciętnie prawidłowy poziom Ca we krwi, lżej chorzy raczej wyższy.

Ze szczególnem zainteresowaniem śledzono badania nad zawartością Ca we krwi w przypadkach niedomogi krążenia. Jansen pierwszy stwierdził hypokalcemję w kilku przypadkach osłabienia mięśnia sercowego, na tle zmian kiłowych tętnicy głównej. Spostrzeżenia te stały się nader ciekawą ilustracją dla badań Geussenhainera, który wykazał doświadczalnie wartość i niezbuźność jonów Ca dla normalnego przebiegu skurczów mięśnia sercowego, przyczem optimum stężenia wapnia ustalił na 11 mg.%. Ponieważ do kwestji tej powrócimy jeszcze, mianowicie, kiedy będzie mowa o leczeniu, na tem miejscu zaznaczymy jedynie, że w t. zw. stanach hipertonicznych (samoistnych) **Hypertonia essentialis** występowała hypokalcemia już wówczas, kiedy jeszcze żadnych objawów osłabienia mięśnia sercowego klinicznie stwierdzić się nie dało (Kylin¹⁾).

Niezmiernie ciekawe są badania Zondka, Peto i Sieberta dotyczące się zawartości jonów wapniowych (i potasowych) we krwi brajtyków. Przy zaburzeniu normalnej funkcji nerek obniża się przedewszystkiem poziom wapnia, który normalnie wynosi tylko 10, 2—10,7 mg.%, a podwyższa poziom potasu. Badacze ci twierdzą stanowczo, że obniżenie poziomu wapnia we krwi może być wskaźnikiem rozpoczynającej się niedomogi nerkowej. W okresie przedremicznym stwierdził niejednokrotnie obniżenie poziomu wapnia nieraz do 7 mg.%, i na tej podstawie spadek poziomu wapnia we krwi uważają nawet jako pierwszą cechę kliniczną osłabienia funkcji nerek.

W zakresie chorób, polegających na zaburzeniach wydzielniczych gruczołów dokrewnych, dokładniejsze badania dotyczyły głównie czynności patologicznej gruczołu tarczowego: w chorobie Basedowa i zespołach hipertetycznych otrzymywano w surowicy krwi liczby hypokalcemiczne, natomiast w obrzęku śluzowym (myxoedema) niemal wyłącznie hyperkalcemiczne.

* * *

Organizmy zubożałe w sole wapniowe, są najwładczniejszym terenem dla stosowania leczniczego przetworów wapniowych; w krótkim czasie udaje się w przypadkach takich doprowadzić poziom Ca do normy i osiągnąć kliniczną poprawę. Reguła ta posiada jednak, jak zobaczymy, liczne wyjątki. W doświadczeniach nad podawaniem Ca osobnikom dorosłym z normalną zawartością wapnia w surowicy okazało się, że wyniki w wysokim stopniu zależne są od postaci, w jakiej sole wapniowe były stosowane, tudzież od dróg, jakimi były do ustroju wprowadzane.

Na podstawie badań, przeprowadzonych w tym kierunku w klinice Müllera w Monachjum, doszedł Jansen do następujących wniosków: 1) małe dawki Ca, podawane doustnie, nie wpływają widocznie na poziom wapnia we krwi, 2) duże dawki 10 gr. — 20 gr. CaCl₂ dziennie, podawane doustnie, wnoszą poziom wapnia we krwi, przyczem maximum działania następuje w dwie, trzy godziny, poczem poziom wapnia powraca do stanu poprzedniego, 3) z doustnie poda-

wanych nieorganicznych soli wapnia najszybciej i najwydatniej wpływały na podniesienie poziomu Ca we krwi dwuwęglan wapnia (jako najbardziej zjonizowany), niewiele słabiej działał chlorek wapnia, dalej szedł siarczan wapnia, wreszcie dwufoforan działał najslabiej. Związków organicznych były daleko mniej czynne, przyczem octan wapnia przewyższał mlekan; 4) podawane w ciągu 3-ch miesięcy doustnie z pożywieniem, utrzymywały preparaty wapniowe poziom Ca we krwi na wyższym poziomie, po odstawieniu preparatu następował jednak status quo; 5) podawane podskórnie preparaty wapnia wywoływały zwiększenie się zawartości Ca we krwi, które wynosiło nieraz 50%, lecz po 24 godzinach zazwyczaj przemijało; 6) zastrzykiwania dożylnie 10%-owego roztworu CaCl₂ powodowały szybkie wznoszenie się poziomu Ca, które osiągało maximum już w pierwszych 10-u minutach; w przeciągu jednej do 2-ch godzin wszystko powracało do normy.

Jak wynika z powyższego, u ludzi zdrowych trwałego podniesienia poziomu Ca we krwi zapomocą zwiększonego dowozu wapnia — osiągnąć się nie da. Natomiast w warunkach patologicznego zubożenia organizmu w wapń, jak to już podkreślaliśmy wyżej, wyniki podawania wapnia są o wiele trwalsze i po podskórnym lub dożylnym wprowadzeniu Ca poziom podniesiony do normy utrzymuje się w tych granicach przez czas dłuższy. Przy sposobności zaznaczamy, że proponowany przez Jansena do iniekcji preparat **Calcium isobutyricum** prócz tego, że jest znacznie droższy w porównaniu z chlorkiem wapnia, żadnych szczególnych zalet zdaniem naszym nie posiada. Przemijające uczucie gorąca, niekiedy lekkie kołatanie serca — występowało tak samo, jak i przy użyciu **calcium chloratum**.

Opierając się na wyżej omówionych spostrzeżeniach, licznj autorowie już oddawna stosowali przetwory wapniowe w najrozmaitszych sprawach chorobowych. Ze względu na różnorodność metod badawczych, jak i na wielką liczbę często wzajemnie niezgodzonych wyników, pragniemy dłużej zatrzymać się na omówieniu jedynie tych prac, które ze względu bądź na obficie nagromadzony w nich przez autorów materiał kliniczny i doświadczalny, bądź na umotywowanie teoretyczne, mogą stać się poważnym czynnikiem pomocniczym dla lekarza praktyka w jego doraźnych rozważaniach u łóża chorego. Do takich prac należy niewątpliwie między innymi studjum Billigheimera z kliniki Bergmana nad działaniem nasercowem przetworów wapnia. Badania, przeprowadzone na 330 osobnikach, dotyczyły zarówno chorych, jak zdrowych. Autor posługiwał się 10%-wym roztworem chlorku wapnia, zastrzykiwanym dożylnie w ilości 10 cm.³, poczem liczył tętno (co 2 minuty), określał akcję serca za pomocą poligrafu Mackenziego oraz elektrokardjografu. Z 80-u wykresów uwidocznił się następujący charakterystyczny wpływ Ca na tętno: natychmiast po zabiegu, t. j. po zastrzyknięciu CaCl₂, następuje zwolnienie tętna, graficznie przedstawione przez opadanie krzywej, przyczem najniższy punkt tej krzywej, wyobrazający maksymalne zwolnienie tętna, przypada na pierwsze 2 — 5 minut po zastrzyknięciu CaCl₂. W okresie tym liczba tętna zmniejsza się przeciętnie o 10 — 20 uderzeń. W przebiegu następnym 25 — 30 minut, rzadko wcześniej, krzywa, wznosząc się stopniowo, powraca do stanu poprzedniego (liczba tętna powróciła do normy).

Niekiedy jednak zachodziły pewne różnice w reakcji która w jednym przypadku dychawicy oskrzelowej trwała aż 60 minut.

Chcąc ustalić mechanizm fizjologicznego działania Ca na tętno, autor poddawał badaniom osobników, u których poprzednio wywoływał przyspieszenie tętna za pomocą atropiny i adrenaliny.

U pierwszej grupy badanych na szczycie przyspieszenia tętna (zazwyczaj w 45 minut po podaniu podskórnym jednego mg. siarczanu atropiny) autor podawał chlorek wapnia dożylnie i... cóż się okazało? krzywa liczby tętna po wpływie Ca już nie ulegała zmianie (zwolnienie tętna nie następowało). Billigheimer wyprowadza stąd wniosek: „wapń wymaga dla swego działania, zwalniającego tętno, sprawności hamującego układu nerwu błędnego, który jak wynika z doświadczenia, został za pomocą atropiny obwodowo porażony, dlatego też wapń pozostał na liczbę tętna bez wpływu“. Niektóre przypadki, w których po zastrzyknięciu CaCl₂ następowało początkowe przyspieszenie tętna, autor tłumaczył zwiększoną pobudliwością n. współ-

¹⁾ W ostatnich czasach zaczęto stosować preparaty wapnia u epileptyków zapobiegawczo.

¹⁾ Szybka poprawę kliniczną, jak również prawidłowy poziom wapnia osiąga Kylin w takich razach zapomocą podawanej do wewnątrz kombinacji Ca — atropina.

czulnego, które to tłumaczenie znalazło potwierdzenie w badaniach większej liczby chorych, którym zastrzykiwano adrenalinę przed i po podaniu dożylnem CaCl_2 . W ostatnim przypadku działanie adrenaliny występowało o wiele jaskrawiej: przyrost parcia krwi, jak liczby tętna, był o wiele znaczniejszy. W przeciwieństwie do atropiny adrenalina nie wpływała na zachowanie się krzywej pod wpływem CaCl_2 : liczba tętna, doprowadzona przy pomocy adrenaliny do 120 i 140 uderzeń na minutę, spadała niemal błyskawicznie niekiedy o 50%. W tym więc przypadku wapń mógł z całą swobodą zadziałać na nienaruszony układ n. błędnego i spowodować znamienne zwolnienie tętna. Zastrzegając się przed zbyt daleko wiodącymi wnioskami, możemy jednak—mniej lub więcej żywo występujący odczyn na chlorek wapnia uważać za sprawdzian stanu czynnościowego, hamującego akcję serca, układu n. błędnego.

Z dalszych badań, mianowicie przy określaniu parcia krwi po podaniu dożylnem Ca, wyłoniła się kwestja farmakologicznego stosunku Ca do napastrnicy.

Zwolnienie tętna, wzmoczenie maksymalnego parcia krwi przy zmniejszeniu minimalnego, — przypomina w wysokim stopniu działanie napastrnicy. To też wysoce interesujące było stwierdzenie, jak zadziała na serce napastrnica, podana jednocześnie z chlorkiem wapnia. Z całego szeregu spostrzeżeń okazało się, że chlorek wapnia i napastrnica, podane wspólnie uzupełniają się wzajemnie, zachodzi tutaj wzmocnione działanie synergiczne, pomyślnie wpływające na stan np. chorego z niewyrównaną wadą serca. Najlepsze rezultaty przy zastosowaniu samego chlorku wapnia osiągnano w przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego, przebiegającego z przyspieszeniem tętna, jak również we wszelkich postaciach tętna przyspieszonego, gdzie sprawność aparatu hamującego nie uległa jeszcze upośledzeniu z powodu czynników toksycznych (gruźlica i t. p.). Do mniej więcej podobnych wniosków, dotyczących działania nasercowego soli wapniowych, doszedł na podstawie wyczerpujących badań na dużym materiale klinicznym Tempka z kliniki prof. Orłowskiego w Krakowie. Wyniki niektórych badań różniły się wprawdzie nieco. Tak np. Billigheimer podkreśla niemal jako zjawisko stałe zwolnienie tętna tuż po iniekcji chlorku wapnia, natomiast Tempka otrzymywał to zwolnienie jedynie u chorych z przewlekłym zwyrodnieniem mięśnia sercowego w okresie niewyrównania, u osób zaś zdrowych przeważnie obserwował lekkie przyspieszenie tętna.

Tę i ewentualnie inną pozorną sprzeczność potrafimy w dużym stopniu złagodzić, jeśli uwzględnimy, że Tempka w badaniach swych podawał naogół wapń do wewnątrz (w przeciwieństwie do Billigheimera). A przecie wiemy skądinąd, jakie różnice zachodzą np. w tak zwanym odczynie adrenalinowym w zależności od podskórnego lub dożylnego podania adrenaliny (w szybkości reakcji, charakterze krzywej ciśnienia).

Opierrając wyniki badań klinicznych o wyniki doświadczeń na zwierzętach, określa Tempka własności farmakologiczne soli wapniowych w stosunku do narządu krążenia w sposób następujący:

chlorek wapnia, stosowany wewnętrznie w dawkach dziennych 3—20 gr.:

- 1) wzmacnia siłę skurczu mięśnia sercowego, nie zmieniając, w każdym razie nie upośledzając skurczu;
- 2) czynność serca prawidłowego przeważnie przyspiesza się, zaś chorobowo zmienionego w okresie niedomogi zwalnia się;
- 3) naczynia wieńcowe nie ulegają zmianie lub co najwyżej — bardzo nieznacznemu zwężeniu;
- 4) ciśnienie skurczowe ulega wzmoczeniu wskutek siły skurczu i wskutek zwężającego działania Ca na same naczynia obwodowe;
- 5) działanie chlorku wapnia na serce szybko występuje i szybko się wyczerpuje;
- 6) chlorek wapnia wywiera działanie moczoopędne;
- 7) chlorek wapnia działa na serce najwydatniej w połączeniu z napastrnicą;
- 8) silne wzmocnienie ciśnienia tętniczego, szybkie wyczerpywanie się działania chlorku wapnia, pociągające za sobą niekiedy gwałtowny powrót objawów niedomogi, nie tylko nie pozwalają stawiać na

równi chlorku wapnia z napastrnicą, co do działania na serce, lecz stawiają go niżej od napastrnicy;

- 9) najwłaściwszym zakresem działania dla chlorku wapnia jest stosowanie go równocześnie z napastrnicą tam, gdzie chodzi o szybkie i wzmoczone działanie napastrnicy;
- 10) odstawianie chlorku wapnia należy przeprowadzać z wolna i stopniowo.

Z doświadczeń własnych nad działaniem nasercowym wapnia pragnęlibyśmy się podzielić z czytelnikiem następującym spostrzeżeniem, mogącym mieć wartość praktyczną: w kilku (3) przypadkach nadwrażliwości względem napastrnicy niezależnej od rodzaju preparatu i sposobów podania i objawiającej się gwałtownymi wymiotami, udało nam się za pomocą dożylnego podania 10 cm.³ 10%-wego CaCl_2 wymioty te opanować, poczem napastrnica mogła być brana bez przeszkód. Jak wiadomo, wymioty takie nie są następstwem podrażnienia miejscowego (błony śluzowej żołądka), lecz są raczej pochodzenia ośrodkowego (Edens¹⁾, to też spostrzeżenie nasze byłoby interesującym przyczynkiem do działania CaCl_2 na ośrodek wymiotny. Dla ścisłości zaznaczymy, że stosowany przez nas CaCl_2 przeciwko wymiotom na tle np. zapalenia mózgu nie odnosił skutku.

W dziedzinie studjów nad nasercowym działaniem wapnia do identycznych z Billigheimere m wniosków doszli Hollemanni Kollmann z kliniki Gustawa Singera. Uznając wyższość terapij kombinowanej wapniowo-napastrnicowej, podkreślają oni jedynie jako pewną niedoogodność częste występowanie zaparcia stolca, powodowane przez wydzielane poprzez ściany jelita dwuwęglany wapnia. Podobne obserwacje, tyżące się działania wapnia na tętno oraz skurcze serca, poczynił również Rosen, profesor Uniwersytetu Moskiewskiego, który zresztą stosował terapię wapniową w zgoła innym celu, mianowicie dla opanowania czynnej gruźlicy płuc i kości. Rosen posługiwał się 1% i 1,5%-wym roztworem CaCl_2 , wstrzykując go swym chorym dożylnie w ilościach 100 — 200 cm.³; osiągał on tą drogą nie tylko poprawę objawową (złagodzenie kaszlu, opanowanie krwioplucia, biegunek), lecz wpływał korzystnie na całość sprawy chorobowej. Kuracja składała się z 2-ch seryj po 15 zastrzyknięć. W wyniku otrzymywał autor przybytek na wadze, spadek gorączki, znikanie laseczników z płwociny i t. p. Nie mniej zachęcające rezultaty osiągnął również w przypadkach gruźlicy chirurgicznej.

Natomiast Latkowskii ogranicza wskazania lecznicze dla soli wapniowych głównie do okresów początkowych suchot płucnych. W początkowych naciekach gruźliczych widział L. b. dobre rezultaty po wewnętrznym podawaniu wapnia: spadek ciepłoty, zazwyczaj w ciągu dwu tygodni, powstrzymanie procesu gruźliczego, a to skutkiem „uszczelnienia“ naczyń, wzmoczonej oporności komórek i utrzymania wessania, truciźn z ogniska gruźliczego. Postępowanie to ma wybitnie wpływać na samoleczenie, na leczenie dietetyczne i klimatyczne i przyczynia się do szybkiego leczenia gruźlicy początkowej. Czy obniżenie ciepłoty, zgodnie notowane przez wielu autorów w przebiegu pierwszego okresu suchot, nie jest wyrazem ogólnego zahamowania przemiany materji (drogą zachodzącego pod wpływem soli wapniowych osłabionego utleniania tkanek — Lubieniec k i), kwestję tę pozostawiamy otwartą.

Sole wapniowe działają przyspieszająco na wessanie wysięków opłucny, osierdzia i otrzewny, szczególnie na tle gruźliczym powstałych, zapobiegają tworzeniu się wycopin w t. zw. klinicznie zapaleniach suchych błon surowiczych (Latkowskii). Działanie to tłumaczy L., w myśl poglądów Herbsta, uszczelniającym wpływem wapnia na komórkę śródbłonna i naczyń.

Ze względu na bardzo obfite piśmiennictwo o leczeniu gruźlicy za pomocą preparatów wapniowych, ograniczamy się jedynie do niniejszem krótkiej wzmianki o badaniach Rosena i Latkowskiego, wszelkie inne pomysły, jak np. wzięwanie wapnia za pomocą specjalnych inhalatorów i inne pozostawiając bez uwzględnienia.

Daleko wdzięcznijszem zadaniem przetworów wapniowych jest t. zw. leczenie objawowe. W tym względzie na pierwszym miejscu należałoby umieścić nieocenione warto-

1) H a t s c h e r skłonny jest uważać wymioty takie za odruch — od serca idący.

ści wapnia w przypadkach skazy drgawkowej (spazmofilja); niezastąpionym środkiem okazał się wapń szczególnie tam, gdzie zachodziło bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia z powodu np. skurczu głosi.

Patogeneza skazy drgawkowej inaczej spazmofilji nie jest dostatecznie znana. Istoty tego schorzenia jedni badacze doszukują się w niewłaściwej przemianie wapnia i fosforanów, drudzy w odczynie krwi. Bezpornie największą rolę odgrywa jednak wapń. Ilość jego we krwi spazmofilików ulega zazwyczaj zmniejszeniu i wynosi często nie więcej ponad 6 — 7 mg.%. Wszelako czynnikiem, bezpośrednio sprzyjającym powstawaniu drgawek, jest nie ilość wapnia całkowitego, lecz zjonizowanego. Według György ilość Ca zjonizowanego zależy jest znów od fosforanów krwi, którym ostatnio liczni autorowie przypisują wobec tego rolę poniekąd decydującą. Fosfor znajduje się we krwi w dwojakiej postaci: jako fosforan organiczny i nieorganiczny. Szczególnie ważny jest ten ostatni, ponieważ posiada zdolność strącania wapnia w zasadowym środowisku krwi: wapń zjonizowany przeistacza się w niezdysonocjonowany. W skazie drgawkowej niemowląt zachodzi według György następny zastój fosforanów we krwi. — Kwestja następna, mianowicie odczyn krwi w skazie drgawkowej, nie jest całkowicie wyświełtłona. W bardzo wielu przypadkach nie zdołano stwierdzić jakichkolwiek zmian PH we krwi, tem nie mniej ustalono, że podawanie pożywienia, wpływającego na krew alkaliczującą, sprzyjało występowaniu drgawek. Obadwa czynniki wapń i PH (stężenie jonów wodorowych) w znanym wzorze Rona i Takahachi ujęte zostały w sposób następujący

$$\text{Ca} = \frac{K}{\text{HCO}_3} \text{Freudenberga i György,}$$

wprowadzając nowe czynniki — fosforany, stworzyli równanie

$$\text{Ca} = \frac{\text{H}}{\text{HCO}_3 \text{HP0}_4}$$

Stężenie jonów wapniowych jest wprost proporcjonalne do PH, odwrotnie proporcjonalne do zawartości dwuwęglanów; im krew jest kwasniejsza, tem więcej zdysocjonowanego wapnia; im krew jest alkaliczniejsza, tem zdysocjonowanego wapnia mniej. Tak samo obniżając stężenie jonów wapniowych zwiększona ilość fosforanów. Powyższe rozważania stworzyły podstawę dla t. zw. terapii jonowej w skazie drgawkowej. Wszelako podawanie wapnia w tej chorobie stosowane było już dawniej. Opierając się na klasycznych doświadczeniach MacCallum i Vögtlina, którzy, wycinając zwierzętom gruczolę przytarczyczną, wywoływali drgawki oraz nadmierną pobudliwość elektryczną, które to objawy ustępowały bezzwłocznie po podaniu soli wapniowych, — Curschmann, jako pierwszy, zastosował wapń w leczeniu skazy drgawkowej, przyczem, co się nam zapewne wyda dziwnem, otrzymywał zadawalające wyniki przy dawkach tak niskich, jak np. 1 — 4 gr. CaCl² dziennie. Obecnie stosujemy daleko wyższe dawki — 3 razy dziennie po 5 gr. CaCl² i więcej w proszku lub roztworze; w ostrych napadach zaleca się naogół stosowanie dożylnie.

Małe dawki chlorku wapnia pozostają zazwyczaj bez skutku.

Z doświadczeń Chiariego i Fröhlicha wiemy, że wywołane np. za pomocą fizostygminy włóknikowe drżenia mięśniowe ustępują po podaniu chlorku wapnia. Tą ostatnią właściwością probowano uzasadnić dobroczynny wpływ Ca na drgawki. György broni w tym względzie zgoła innego punktu widzenia. Skaza drgawkowa przebiega według niego stale przy alkalicznym odczynie krwi, która to okoliczność stwarza odpowiedni teren dla zakwaszającego działania soli wapniowych. Działanie takie rozwinąć mogą jedynie sole wapniowe z anjonem nieorganicznym, natomiast związki z anjonem organicznym nie odnoszą skutku, ponieważ utleniają się łatwo na dwuwęglany i niwelują zakwaszające działanie wapnia. Gamble, Ross i Tisdall zgadzają się z powyższym poglądem, wszelako upatrują inne czynniki, zwiększające kwasotę krwi. Przy podawaniu chlorku wapnia drogą łączenia się jonu Ca z fosforem i kwasami tłuszczowemi powstawać mają sole nierozpuszczalne, nieulegające wchłanianiu; natenczas jony chlorowe chwytają jony węglanowe, zmniejszając tedy rezerwę alkaliczną, powodują zakwaszenie krwi. Reakcja powyższa nie absorbuje jednak wprowadzonego wapnia w całości. Wprawdzie Janseń niejednokrotnie podnosił, że w przypadkach prawidłowej zawartości Ca we krwi poziom wapnia po podaniu soli wapniowych nie ulegał zmianie, jednakże w stanach hypokalcemicz-

nych, jak to już zaznaczyliśmy wyżej, — poziom mógł być doprowadzony do normy. Warto przypomnieć, że i inne zabiegi, zmierzające do zakwaszenia krwi, korzystnie wpływają na objawy skazy drgawkowej, że przycoczmy oparte na tej zasadzie metody lecznicze Scheera, który podawał kwas solny, jak również Porges a i Adelsberga, którzy osiągał zakwaszenie krwi za pomocą kwaśnego fosforanu amonu (NH⁴)H²PO⁴, który nawet, według niektórych autorów, przewyższa skutecznością i szybkością działania wapń.

W związku z teorią o alkalozie krwi w skazie drgawkowej uderzać nas winno częste występowanie tej choroby wspólnie z krzywicą, która przebiega jednak, jak wiadomo, zawyczaj ze zwiększoną kwasotą krwi.

Znana już nam rezerwa alkaliczna, obliczana u większej liczby niemowląt, dotkniętych ciężką krzywicą (craniotabes), wahała się w granicach 39 — 46, podczas gdy dzieci zdrowe, bez jakichkolwiek objawów krzywicy, wykazywały naogół liczby 52 — 56. Im cięższa była krzywica, tem większa kwasicę konstataowano we krwi (niskie liczby rezerwy alkalicznej). Dane niniejsze znajdują się w zupełnej harmonji z wynikami badań dawniejszych: u dzieci krzywicznych stwierdzano jako zjawisko stałe bardzo kwaśny moczek ze zwiększoną zawartością amoniaku, co wskazywało na kwasicę krwi (Hogdson, Lancet 1921 — Freudenberga i György, Jahrbuch f. Kinderheilkunde 1923).

Ze względu na ścisły związek, jaki zachodzi pomiędzy kwasicą krwi a procesem kostnienia i demineralizacji, wzgl. dekalcyfikacji, pragniemy kwestjom tym udzielić nieco więcej miejsca.

Tkanka kostna powstaje drogą nasycenia zębów białkowego (tkanka kostnawa) przez węglany i fosforany wapnia. Nasycenie takie odbywa się kosztem minerałów krwi i prawdopodobnie zależy w wysokim stopniu od równowagi jej kwasów i zasad (equilibre acido-basique). W zasadzie rozpatrywać możemy dwie fazy tego złożonego zjawiska; chwytanie Ca krwi przez proteiny tkanki kostnawej i przerabianie go na nierozpuszczalne węglany i fosforany. Na wstępie była już mowa o proteinach krwi — amfolitach, odgrywających w słabo alkalicznej krwi prawidłowej rolę kwasów i wiążących na skutek tego wapń. Wystarczy jednak, ażeby nastąpił pewien stopień kwasicy, a proteiny przyjmują charakter zasad i, jako takie, tracą zdolności do wstępowania w związki koloidalne z wapniem.

Identyczne zjawiska obserwujemy w procesie kostnienia.

Ciała białkowe tkanki kostnej w razie kwasicy krwi tracą charakter kwasów, i połączenie ich z Ca wcale nie dochodzi do skutku, bądź też ulega rozluźnieniu. Tak samo zawodzi i druga faza kostnienia, albowiem w nadmiarze kwasu (CO²) powstają dwuwęglany oraz fosforany rozpuszczalne. Należy podnieść, że acidosis stanowi tło nie tylko dla nieprawidłowego rozwoju tkanki kostnej, lecz również i dla demineralizacji — odwapnienia już rozwiniętej prawidłowo kości, że przyczyną schorzenia, w których spostrzegamy odwapnienie obok acidosis krwi: graviditas, osteomalacia, osteoporosis senilis i t. d.

Jak wynika z powyższego, punktem wyjścia dla zmian krzywicznych nie jest bynajmniej jakieś zaburzenie w przemianie wapniowej, lecz kwasica, powodująca niezdolność tkanki kostnawej do nasiąkania znajdującym się w ilości prawidłowej wapniem.

Nie więcej podstaw posiada również przypuszczenie, upatrujące jako przyczynę powstawania krzywicy zmniejszenie ilości fosforu we krwi. W rzeczywistości hypofosfatemja jest w takich razach bezpośrednim skutkiem kwasicy, jako że nadmiar Co² powoduje przejście części fosforu z osocza do krwinek czerwonych.

Powolywanie się na doświadczenia autorów amerykańskich, którzy potrafili wywołać zmiany krzywiczne u młodych białych szczurów za pomocą ubożego w fosfor pożywienia, nie zdoła powyższych zapatrywać obronić, albowiem rozwijająca się u dzieci krzywica przecież w żadnym związku z brakiem fosforu w pożywieniu nie stoi.

Zagadnienie krzywicy sprowadza się wobec tego do poszukiwań źródła patogenetycznie z nią związanej kwasicy.

Czy powstaje ona na skutek nadmiaru kwasów organicznych, jak to ma miejsce w cukrzycy? czy też jest wyrazem dysproporcji pomiędzy chlorem a sodem, jak to spostrzegamy w osteomalacji?

Na pytanie powyższe nie umiemy jeszcze dać zadawających odpowiedzi, natomiast znajomość omówionego wyżej mechanizmu zmian krzywiczych w dużej mierze przyczynić się może do trafnego rozpoznawania, leczenia tudzież rokowania w krzywicy. Według stopnia kwasicy sądzić będziemy o ciężkości choroby, z jego spadku np. wnioskować będziemy o poprawie i t. p. Wobec powyższego wnioski, dotyczące ewentualnego zastosowania soli wapniowych w leczeniu krzywicy, wyłaniają się same przez siebie: pamiętamy przecie, że korzystny ich wpływ na tężyczkę tłumaczyliśmy ich zakwaszającym działaniem, a więc podawanie soli wapniowych w krzywicy równałoby się „dolewaniu oliwy do ognia”.

Pomyślnych natomiast wyników naświetlania lampą kwarcową nie wytłumaczymy niczem innym, jak jej obniżającym kwasicę krwi działaniem.

Powracając do leczenia skazy drgawkowej, wspomnimy o zaproponowanym przez L. F. Meyera bromku wapnia (*calcium bromatum*), który w ilości 2-ch gramów dziennie miał potęgować działanie chlorku wapnia. Poza skazą drgawkową w innych postaciach drgawek chlorek wapnia okazał się bezskutecznym, z wyjątkiem niektórych stanów podniecenia u dzieci neuropatycznych (Langstein). Niektórzy autorowie proponują zastąpić chlorek wapnia w leczeniu tężyczki przez sole magnezu (*magnesium sulfuricum*), które nadają się do zastrzykiwań podskórnych i dożylnych.

Z dalszych niejako doraźnych wartości leczniczych wapnia zasługuje na uwagę jego energiczne działanie przeciwkrwotoczne. Stosowanie wapnia opierało się dawniej na nieodzownej jakoby jego roli w procesie krzepnięcia krwi, mianowicie przy powstawaniu profermentu — trombiny. Stuber, zapatrując się na krzepnięcie krwi, jako na zwykłe zjawisko koloidalne, nie przypisuje chlorkowi wapnia jakichś specyficznie przeciwkrwotocznych własności, obdarzając nimi natomiast wszelkie dwuwartościowe (?) katjony. Skądinąd wiemy, że doskonałe wyniki w tamowaniu krwotoku otrzymywano również przy podawaniu dożylnym np. 10%-owego NaBr (Na — jednowartościowy katjon), co przemawiałoby do pewnego stopnia wręcz za działaniem osmotycznym (roztwór hipertoniczny wciąga do łożyska krwi odpowiednie ciała z otaczających tkanek?).

Kwestją tą szczegółowo zajmował się Latkowski. Przeprowadziwszy odpowiednie badania na dużym materiale klinicznym, dochodzi L. do następujących wniosków:

CaCl₂ wpływa

- 1) na zwiększenie fibrynogenu,
- 2) na zwiększenie ilości trombiny,
- 3) powoduje leukopenję,
- 4) zmniejsza liczbę płytek Bizzozero,
- 5) działa przez ładunek elektryczny jonów wapniowych na koagulację koloidów krwi.

Wskutek tych zmian:

- 6) skraca czas krzepnięcia krwi czyli zwiększa jej krzepliwość.

Dodatkowe działanie CaCl₂ tłumaczy L. w ten sposób, że chlorek wapnia, dostając się do krwi, zwiększa jej stężenie, a przez to sprzyja przechodzeniu cieczy z tkanek do krwi w celu wyrównania ciśnienia osmotycznego. Jeśli zaś nastąpi przechodzenie cieczy do krwi z jej rozwodnieniem, to wskutek różnicy ciśnienia koloidalnego nastąpi przechodzenie koloidów z cieczy tkankowej do krwi dla wyrównania ciśnienia koloidalnego. Podczas tej osmozy dostają się z tkanek do krwi nowiokrzepiające krzepliwość krwi produkty komórek, które wedle teorii fermentacyjnej nazywamy trombokinaza, a wedle Nolfi trombozyinem. Herzfeld i Klinger uważała je za produkty rozpadu białka, notowane z wanniem. Równocześnie wpływ zwiększenia ciśnienia osmotycznego w krwi może wywołać plazmolizę komórek: krwinek białych, śródbłonek i płytek Bizzozero i powodować przechodzenie z nich substancji, potrzebnych do krzepnięcia t. j. trombozynu.

Pozostawiając otwartą kwestię mechanizmu tego działania, mianowicie, czy dochodzi ono do skutku drogą uszczelniania naczyń włosowatych (Herbst), czy też wyłącznie zwiększenia krzepliwości krwi. — podnieść należy szwki, niekiedy błyskawiczny efekt dożylnie zastrzykniętego 10% CaCl₂ w przypadkach krwotoku wewnętrznego (płucnego, żołądkowo-jelitowego i t. p.). Z uwagi na okoliczność, że przeciwkrwotoczna (zwiększająca krzepliwość krwi) działa-

nie zawdzięcza żelatyna zawartości w niej koloidalnego wapnia Gottong z klinika Allarda nie bez racji stosuje stale w przypadkach krwotoku chlorek wapnia w 3%-wym roztworze gumy arabskiej; podając go również dożylnie, osiągać ma wyniki trwalsze. Wszelkie stany chorobowe zmniejszonej krzepliwości krwi nadawać się mają do leczniczego stosowania wapnia dożylnie. Carnot i Blamoutier ogłosili niedawno pomyśne wyniki, otrzymane przy pomocy 5%-owego CaCl₂ — 12 wstrzyknięć dożylnych po 20 cm.³ — w przebiegu krwawiaczki (hemofilja). Przy systematycznej kuracji udawało im się często uzyskać trwałą poprawę kliniczną.

Wyszczególnione przez nas cechy farmakologiczne wapnia, dotyczące działania nasercegowego, przeciwdrgawkowego, przeciwkrwotoczno i t. d., zdobyły sobie niejako prawo obywatelstwa stosunkowo niedawno, natomiast wybitne własności przeciwbiegunkowe (przeciwzapalne) tegoż wapnia wysunęły go na czoło odpowiednich leków już kilkadziesiąt lat temu.

Interesujące światło na odnośne działanie wapnia rzucił doświadczenia Leo na zwierzętach, otrutych za pomocą olejku krotonowego lub aloiny. Jakkolwiek podawanie soli wapniowych w ani jednym przypadku nie zapobiegło zejściu śmiertelnemu, to jednak gojące działanie Ca na owrzodzenia, w jelitach powstałe, było niewątpliwe. Kwestji tej najwięcej uwagi poświęcały początkowo kliniki francuskie. Z autorów polskich Jaworski już w r. 1898 ogłosił szereg prac na temat powyższy. W leczeniu biegunek nieżytych posługiwał się on najskuteczniej węglanem i salicylanem wapnia, rozpuszczonym w zawierającej CO₂ wodzie. Do dzisiejszego dnia znane są jego t. zw. *Aq. calcin. effervescens mitior* i *Aq. calcin. efferv. fortior*. Według Jaworskiego, pod wpływem soli wapniowych kwasy, powstające w żołądku, ulegają osłabieniu, procesy fermentacyjne w przewodzie pokarmowym zahamowaniu. Wytwarzające się nawarstwienia wapniowe na chorobowo zmienionej błonie śluzowej jelita — sprzyjają gojeniu.

W analogicznych sprawach zalecają gorąco stosowanie węglanów wapnia niemieccy autorowie: Fürbringer, Nothnagel, v. Noorden, Boas. Ten ostatni na podstawie wieloletniego doświadczenia dochodzi do następujących wniosków:

- 1) pomyślnie wyniki w leczeniu biegunek otrzymywano wyłącznie przy użyciu soli nierozpuszczalnych (*calcium carbonicum, phosphoricum etc.*);
- 2) w wyjątkowo ciężkich przypadkach biegunek wskazane jest zastosowanie preparatów makowca, na ogół jednak związki wapnia zawsze okazywały się wystarczającymi, a w każdym razie skuteczniejszymi od tanninowych;
- 3) warunkiem powodzenia było ściśle przestrzeganie przepisów dietetycznych;
- 4) stosowanie preparatów wapniowych w przebiegu biegunek, na tle spraw wrzodziejących powstałych (*colitis ulcerosa, tuberculosa etc.*), nie odnosiło skutku;
- 5) szczególnie pomyślnie oddziaływały sole wapnia na biegunkę u dzieci.

* * *

Podkreśliliśmy już niejednokrotnie korzystne oddziaływanie Ca w t. zw. zespołach wagotonicznych, które to pojęcie obejmuje tak rozmaite pod względem etjologicznym jednostki kliniczne, jak *Asthma bronchiale, Colitis membranacea, Hyperemesis gravidarum, Urticaria*, wreszcie t. zw. stany anafilaktyczne (wstrząs anafilakt.). Co się tyczy dychawicy oskrzelowej, to należy podnieść, że wapń często zawodzi, co, zresztą, nie powinno nas zbytnio dziwić z względu na rozległość i różnorodność (swoistych?) czynników chorobotwórczych. W klinice Krausa wykonane były badania chemizmu krwi w przebiegu wstrząsów anafilaktycznych. Okazało się, że poziom Ca w krwi szybko się obniżał, niekiedy nawet gwałtownie.

Zjawisko to pozostaje w zgodzie z przytaczanymi przez nas częstokroć poglądami na rolę jonów wapniowych w fizjologii układu roślinnego. Obniżenie poziomu Ca w krwi, ergo — uczulenie układu parasympatycznego w anafilaksji 1)

1) Sądzimy, że korzystne działanie CaCl₂ w anafilaksji również przemawia za naturą wagotoniczną tej ostatniej.

stanie się potwierdzeniem poglądów Leschkego i Arnoldi, którzy w podłożu wstrząsu anafilaktycznego (spadek ciśnienia krwi, zwolnienie tętna, ekstrasystolja, skurcz mięśni oskrzelowych, wymioty, biegunka etc.) upatrywali podrażnienie anafilaktyczne układu parasympatycznego.

Obniżenie poziomu wapnia wywoływaliśmy wprawdzie również za pomocą zastrzykiwania np. adrenaliny (podrażnienie n. współczulnego), a więc we wręcz przeciwnych okolicznościach, czyli, że podrażnienie zarówno układu sympaty znego, jak parasympatycznego prowadziłyby jednak do utraty Ca we krwi. Sprzeczność ta, z którą spotkał się zresztą niejednokrotnie, znajdzie do pewnego stopnia wyjaśnienie w wynikach, jakie otrzymał Dresel mianowicie, że podrażnieniu układu np. sympatycznego towarzyszy zawsze mniej lub więcej podobne, regulujące pobudzenie układu parasympatycznego.

Od leczenia wapniowego w ścisłym znaczeniu tego słowa (przy pomocy tą lub inną drogą wprowadzonych soli wapniowych) odróżniać należy wszelkie zabiegi lecznicze, zmierzające do podniesienia mniej lub więcej zmienionego poziomu wapnia we krwi drogą pośrednią.

Do zabiegów takich zaliczyłyby można było np. naświetlanie promieniami Roentgena, jak również zabiegi światłolecznice (Rothmann i Kallenberg).

Z badań ostatniej doby Milesa i Fenga wiemy, że np. w osteomalacji, przebiegającej zazwyczaj z obniżonym poziomem Ca, poprawę kliniczną wraz z wzrostem wapnia we krwi wywołuje tran. Zawarta w nim witamina A wydaje się być zdolną do mobilizacji jonów wapniowych we krwi.

Streszczając się, możnaby rzec, że posiadamy w wapniu cenną i niezawodną broń w opanowaniu całego szeregu stanów chorobowych.

Wapń naśladuje i wzmacnia działanie naparstnicy, uszczelnia naczynia włosowate, łagodzi i powstrzymuje odczynny zapalny, tamuje krwawienia, działa antyanafalaktycznie i sympatykotonicznie, absorbując jon sodowy, korzystnie działa w chorobach nerek.

Piśmiennictwo.

Blum, Delawille et Caulert. Sur la Pathogenie du Rachitisme. (Pr. Med. 1925 Nr. 48); Boas. Ueber kalkpraeparate als antidiarrhoica (Deutsche Med. Woch. 1924 Nr. 44); Billigheimer. Vergleichende Untersu-

chungen Ueber die Wirkung und Wirkungsweise des Calciums und der Digitalis. (Zeitschrift f. klin. Med. 1924 H. 5); Carnot et Blamoutier. Les injections intraveineuses de chlorure de calcium dans l'hemophilie (Paris Medical 1924 Nr. 49); Cheinisse. La calcithérapie intraveineuse dans la tuberculose pulmonaire. (Pr. Med. 1924 Nr. 76); Cheinisse. La calcithérapie intraveineuse dans les tuberculoses chirurgicales. (Pr. Med. 1924 Nr. 78); Danielopolu. Principes de Therapeutique vegetative. (Pr. Med. 1925 Nr. 40); Frenklova. Zasady leczenia wapniem. Polska Gaz. Lekarska 1923. Fuerbringer. Kohlensaurer Kalk als antidiarrhoicum. (Deutsche Med. Woch. 1924 Nr. 25); Janesen. Kalkstoffwechsel, Blutkalkgehalt und Kalkwirkung. (Klin. Woch. 1924 Nr. 17); Jaworski. Ueber die Behandlung der catarrhalischen Diarrhoe mit aqua calcinata effervescens fortior et mitior. (Ther. Monatshefte 1897 Maj); Hetenyi und Nogradi. Kalkausscheidung der Nieren. Klin. Woch. 1925 Nr. 27. Hellmann und Kollmann. Weitere Berichte ueber die kombinierte Anwendung von Calcium und Digitalis bei Herzkranken. (Therapie d. Gegenwart 1924 H. 10); Herzfeld und Lubowski. Knische Untersuchungen ueber den Kalkspiegel des menschlichen Serums; (Deutsche Med. Woch. 1923 Nr.); Kaevel. Zur Kalziumtherapie. (Zeitschrift f. Klinische Medizin 1924 Nr. 5); Kraus, Zondek, Arnoldi und Wollheim. Stellung der Elektrolyte im Organismus. (Klinische Woch. 1924 Nr. 17); Latkowski. O działaniu soli wapniowych na ustrój. (Polskie Archiwum Medycyny Wew. T. I. Z. 2); Loewenstein. Ueber blutkoagulierende eigenschaften des kalziums und anderer Erdalkalien. (Wiener Archiv. Klin. Med. 1925 B9); Lubowski. Der Serumkalkspiegel bei Asthenie. (D. Med. Woch. 1923 Nr. 21); Miles et Feng. Metabolisme du calcium et du phosphor dans l'osteomalacie (The Journal of Experimentale Medicine 1925); Nothmann. Zur Jontherapie der Tetanie. (Ther. d. Gegenwart 1925 H5); Schewartz et Lewin. Le contenu du sang en calcium dans diverses dermatoses. (Archive of Dermatology and Syphilidology 1924 T. x); Semler. Beeinflussung der diabetischen Hyperglykamie durch Kalium. (Klin. Woch. 1924 Nr. 15); Tempka. Chlorek wapnia jako środek sercowy. (Pol. Gaz. Lek. 1923 Nr. 23); Wittkower. Die Veränderungen des Blutes bei der Anaphylaxie. (Zeitschrift f. d. Experimentelle Medizin 1923 Nr. 34); Weiss. Eine einfache Methode zur quantitativen Bestimmung des Kalkgehaltes im Blute. (Deutsche Med. Woch. 1923 Nr. 43); Zondek. Die Kalktherapie (Ergebnisse der gesamten Medizin 1924 B5).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z kliniki chirurgicznej Wojskowej Akademii Lekarskiej w Petrogradzie.

(Dyrektor: Prof. Dr. OPPEL).

O przywróconym krwiobiegu *).

Podał

Dr. med. Konrad FIEDOROWICZ (Białystok).

Lekarz naczelny szpitala św. Rocha w Białymstoku.

Szanowni Koledzy! Tematem mego przemówienia będzie przywrócony obieg krwi. Stworzył go szef kliniki, w której pracowałem przez dłuższy czas, profesor chirurgii ogólnej w Wojskowej Akademii Lekarskiej, O p p e l.

Teoria ta, którą właściwiej nazwać można nauką, jest jeszcze stosunkowo niedawna. Opiera się na licznych wysoce przekonywających badaniach doświadczalnych. Celowość i skuteczność jej wielokrotnie skonstatowana była klinicznie przy łożu chorego.

W trakcie pobytu swego w klinice prof. Oppela byłem jednym z pierwszych jego współpracowników, którzy zajmowali się opracowaniem tego tematu. A wówczas wła-

ściwie zarysowywały się dopiero wytyczne późniejszych badań doświadczalnych.

Chcąc obrazowo przedstawić teorię, porównywa prof. O p p e l ustrój żywy lub jego część do basenu, wypełnionego krwią, w którym znajdują się tkanki. Basen ten napełnia się przez doprowadzającą tętnicę i opróżnia się przez odprowadzającą żyłę. W stanach prawidłowych basen będzie pełny przy równomiernym przyprywie i odpływie krwi. Jeśli przerwiemy dopływ krwi, t. j. zamkniemy kran doprowadzający, a pozostawimy otwartą rurę odprowadzającą, basen opróżni się. Jeśli zmniejszymy przy poprzednim dopływie odpływ, to basen, rzecz jasna, opróżni się; tylko nastąpi to po pewnym, krótszym lub dłuższym okresie czasu.

Dążność do utrzymania basenu krwi w stanie pełnym przy uszczuplonem doprowadzającym łożysku drogą odpowiedniego zmniejszenia łożyska odpływu, nazwał O p p e l przywróceniem krwiobiegu — obiegami redukowanym.

W przytoczonym przykładzie stosunek między przyprywie i odpływem jest jasny i zrozumiały. Inaczej to się przedstawia w ustroju żywym. Przedewszystkiem układ krwionośny jest tu zamknięty. Krew krąży w rurach — tętnicach, naczyniach włosowatych i żyłach. W organizmie mamy do czynienia z żywymi tkankami, które reagują na wszelkie uchybienia prawidłowego krwiobiegu. Nakoniec we wszystkich prawie częściach i okolicach naszego ciała, oprócz głównego pnia odżywczego, mamy jeszcze dodatkowe, tak zwane naczynia oboczne — kollaterale.

*) Odczyt, wygłoszony d. 16.X.1924 r. na posiedz. Polsk. Zrzesz. Lekarzy w Białymstoku.

Znany jest fakt, że podwiązanie lub zaczipowanie nawet znacznej tętnicy znosimy często bez widocznych zaburzeń w krwiobiegu. Wynik taki natomiast nie jest regulą. Zaczipowanie tętnicy n. eraz pociąga za sobą rozmaite objawy patologiczne — od lekkich, szybko mijających zaburzeń czynności, do kompletnej zgorzeli tkanek.

Rzecz jasna, iż po podwiązaniu odżywiającej tętnicy krew krąży przez naczynia uboczne. Powrotnej fali krwi w sensie C o h n h e i m a, nawet przy zawale krwotocznym nie bywa. Przemawiają za tem późniejsze badania L i t t e n a, ucznia C o h n h e i m a, i tak sę zapatruje na tę sprawę szkoła O p p e l a, opierając się na własnych badaniach doświadczalnych.

Wyłania się przed nami sprawa obocznego krwiobiegu. Sprawa to nie mała, o bogatym i trudnym do zreferowania piśmiennictwie.

Nie będę tem zbyt wiele zajmował uwagi Kolegów i powiem pokrótce. Pierwsi badacze przeważnie interesowali się anatomją naczyń obocznych i wykazali ich obecność w danej okolicy ciała. Samo zaś krążenie krwi objaśniali właściwością krwi do dążenia tam, gdzie tego zachodzi potrzeba; byli to zwolennicy tak zwanej szkoły atrakcjonistów.

W 1850 r. V o l k m a n n ogłosił swoją hemodynamikę, w której ustanowił prawa fizyczne krwiobiegu obocznego.

Wyżej, t. j. bliżej do środka od miejsca zaczipowania, ciśnienie krwi podnosi się, niżej obniża się. Późniejsi autorowie przypisują główne znaczenie bądź centralnemu zwiększeniu ciśnienia krwi, jak W e b e r, K o l o m n i n, M a r e y, bądź przyspieszonemu obiegowi krwi i rozszerzeniu naczyń obocznych, jak N o t h n a g e l, K a t z e n s t e i n, K o r o t k o w, bądź wpływowi układu nerwowego — S t e p h a n i, Z u n t z, lub przepelnieniu krwi naczyń włosowatych i tkanek — teorią B i e r a, wszyscy jednak ci badacze, a w tej liczbie i O p p e l, uważają, iż prawa mechaniczne w sprawie powstawania obocznego krwiobiegu są nienaruszalne.

Chcąc scharakteryzować przyczynę różnorodnych wyników zaburzeń krwiobiegu, po podwiązaniu pnia odżywczego. O p p e l wprowadza pojęcie o wystarczalności lub niewystarczalności naczyń obocznych. Pojęcie to składa się przedewszystkiem z czynników anatomicznych: kollaterale mogą być szerokie lub wąskie, krótsze lub dłuższe.

Drugi czynnik — fizjologiczny. Istniejące naczynia oboczne anatomicznie wystarczają w jednych warunkach, a nie wystarczają w innych. Liczba kollateral i jakości ich pod względem anatomicznym nie może się zmienić po zaczipowaniu odżywiającej tętnicy, zmienna pozostanie ich fizjologiczna zdolność do rozszerzania się.

Przypatrmy się teraz, co stanie się z ciśnieniem krwi po podwiązaniu głównego pnia odżywczego. Oczywiście, obniży się ono poniżej miejsca podwiązania, i to tem znacznie, im większe naczynie było podwiązane, i im mniej wystarczające były kollaterale. Jeszcze wyraźniej to wystąpi w naczyniach włosowatych i żyłach. Tu przy szerokim łożysku odpływu, przy wolnych w stanie prawidłowym żyłach, na niskie ciśnienie krwi może wpłynąć ujemnie czynność ssąca klatki piersiowej i prawego serca. Krew, znikomie krążąca w obocznych tętnicach, łatwiej odpłynie przez najbliższe naczynia włosowate w stronę najmniejszego oporu, ewentualnie do żył, omijając całość anemizowanej okolicy, t. j. krew tętnicza na drodze swej do obwodu może być pochłonięta przez szerokie łożysko żyłne.

Przypatrmy się dalej, co stanie się z ciśnieniem krwi, gdy obok tętnicy podwiążemy odpowiednią żyłę. Podwiązanie tej ostatniej da wzmoczenie ciśnienia krwi w żyłach poniżej podwiązania. Żyły wypełnią się krwią, i zniknie ich ujemna czynność ssąca. — Powiększone ciśnienie krwi w żyłach powiększy je w naczyniach włosowatych i tętnicach. Ostatni ten objaw wpłynie dodatnio na czynnik fizjologiczny naczyń obocznych, które się rozszerzą.

Oboczny obieg krwi drogą przywrócenia, t. j. zrównania łożysk przyływu i odpływu, odbywa się pod większym ciśnieniem krwi, zbliżonem więcej do stanów prawidłowych, i może mieć miejsce tam, gdzie bez przywrócenia mógł nastąpić kompletny zanik obocznego krwiobiegu lub wieku jego wadliwość.

To jest, Szanowni Koledzy, w krótkich zarysach istota i sens przywróconego krwiobiegu, który, jak to zazna-

czyliśmy na wstępie, opiera się na badaniach doświadczalnych.

Eksperymenty w pracowni O p p e l a były prowadzone w trzech kierunkach. Przedewszystkiem celowość przywróconego obiegu krwi została skonstatowana na schemacie krwiobiegu. Laboratorium korzystało z przyrządu, skonstruowanego przez dr. Z o b o t k i n a. Elektromotor zamieniał serce, rurki mniej lub więcej elastyczne — tętnice i żyły, z oryginalnym systemem naczyń włosowatych. Okazało się, iż manometr, włączony do rurki odpowiadającej tętnicy, zawsze dawał wzmoczenie ciśnienia krwi, gdy po zaciśnięciu rurki wyżej manometru zaciśnięta się rurka, odpowiadająca żyłce. Eksperyment ten był wielokrotnie powtarzany i demonstrowany na posiedzeniu towarzystwa chirurgicznego imienia P i r o g o w a.

Następnie badane były porównawczo czynności i zmiany patologiczne po podwiązaniu tętnic i tętnic obok żył. Dotyczą tego tematu prace samego O p p e l a, G e s z e l i n a i N e j a z podwiązaniem aorty i żyły pustej tylnej oraz z podwiązaniem naczyń nerkowych. Badania te z całą pewnością stwierdziły, że jednoczesne zatamowanie dróg przyływu i odpływu krwi mniej urażają organizm, niż podwiązanie jednego pnia tętniczego.

W tym kierunku dość ciekawe dane udało mi się otrzymać na jelitach psów. Po nałożeniu podwiązki na pień przedniej tętnicy kreskowej, na kilku pętłach jelit podwijałem odpowiednie im gałęzie żył oraz połączenia brzeżne. — W rezultacie, na tle zawału krwotocznego kiszek zaznaczały się grubsze, mocniej zabarwione odcinki z podwiazanymi żyłami.

Drobnowidzowo śluzówka jelit cienkich była w stanie kompletnej zgorzeli, i tylko na preparatach z odcinków z podwiazanymi żyłami, wyraźnie uwidoczniają się nietylko komórki gruczołów L i e b e r k ü h n a, lecz zachowane w większości kosmki z zabarwionymi komórkami tkanki podstawowej.

Najbardziej cenny i przekonujący jest szereg prac z liczbowymi danymi, otrzymanymi przy rejestracji ciśnienia krwi.

Jako ilustrację, przytoczę tu część protokołu z pracy O p p e l a. Psu obnażono główne naczynie tylnej łapy i wprowadzono kaniulę do żyły udowej. Ciśnienie krwi równa się 8 mm. Zaciśnięto żyłę dośrodkowo do kaniuli — ciśnienie podnosi się do 10, 20, 30, 40 mm. Zaciśnięcie żyły usunięto — raptowny spadek ciśnienia do 12 i 8 mm. Uciśnięto tętnicę udową, ciśnienie dalej spada do 6, 4, 2 mm. Zaciśnięto żyłę wyżej kaniuli, ciśnienie podnosi się do 6 — 8 mm. Prace M a n i e w s k i e g o, G e s z e l i n a, prof. M i r o t w o r c e w a, N e j a, S z a p i r y, B a k k a l a z sąłą pewnością stwierdzają celowość przywróconego krwiobiegu, i to nietylko w stanach prawidłowych, lecz i przy ogólnem obniżeniu ciśnienia krwi oraz przy upośledzonej krzepliwości krwi.

We wstępie do niniejszego odczytu mówiliśmy także o korzyści, jaką osiągamy przez przywrócenie krwiobiegu przy łożu chorego.

Zwróćmy uwagę, jak się przedstawia statystyka podwizań tętnic oraz tętnic i żył razem. Dawni autorowie z okresu antyseptycznego ze względu na zakrzepy i posocznice uważali podwiązanie żył za zabieg niebezpieczny. Inaczej mówią późniejsze statystyki. Według danych W o l f f a na dolnych kończynach podwiązanie tętnic daje 20,4% zgorzeli, podwiązanie tętnicy z żyłą — 9%. Górna kończyna: odosobnione podwiązanie tętnicy 7,8%, tętnicy z żyłą 3% zgorzeli. Mogę tu przytoczyć nazwiska takie, jak K r ü g e r, B o r n h a u p t, G e r z e n, D a n i s, którzy z całą stanowczością twierdzą, że podwiązanie tętnic i żył jest mniej szkodliwe dla ustroju.

Wybitnie wypukła się skuteczność przywróconego krwiobiegu w sprawie leczenia tętniaków wrzekomych i tętniczo-żylnych. Pozwolę sobie tu przytoczyć jedną kliniczną obserwację O p p e l a. Przypadek ten bodaj że był bodźcem do powstawania nauki o przywróconym krwiobiegu.

Chory z aneurysma spurium arterioso-venosum vasorum axillarum. Było to po japońskiej wojnie, kiedy już została ogłoszona znakomita praca dr. K o r o t k o w a. K o r o t k o w a dał nam możność określenia przed operacją, czy dany tętniak nadaje się do operowania, t. j. czy ciśnienie krwi będzie dostateczne do utrzymania życia kończyny, czy też nastąpi zgorzel. Badanie, przeprowadzone przez samego K o-

rotkowa na danym chorym, wykazało, iż wynik operacji powinien być zupełnie pomyślny. Dokonano podwiązania tętnicy sposobem *Annala*. Po zabiegu — ciśnienie krwi 0, kończyna anemiczna z objawami ischemicznego porażenia. Po czterech godzinach drugi zabieg. Podwiązano i przecięto żyłę pachową — ciśnienie krwi = 0. Skoro tylko przyciśnięto palcem przestrzeń między kikutami naczyń, kiść i cała kończyna wyraźnie zabarwiła się na różowo, a ciśnienie krwi wzmagalo się do 4 mm. Przy zaprzestaniu ucisku kończyna biała, ciśnienie spadało do 0. W głębi odnaleziono dodatkową żyłę, biorącą udział w utworzeniu tętniaka, żyłę tę podwiązano. Ciśnienie krwi = 4 mm.

Wkrótce po tym zabiegu ręka znowu zbladła, ciśnienie = 0, znów objawy ischemji. Po czterech godzinach trzecia operacja. Wycięto worek tętniaka. Na kończynie zaraz wystąpiły objawy przekrwienia, a rezultatem zabiegu zachowanie zdrowej ręki.

Eksperyment na człowieku wyraźnie wykazał, że podwiązanie odżywiającej tętnicy może dać w wyniku wchłonięcie przez żyły obocznej tętniczej krwi. Przywrócenie zaś krwioobiegu zapomocą podwiązania żyły i wycięcia worka tętniaka wykazało, iż wówczas oboczne tętnice mogą skutecznie wypełnić swą działalność.

Wyniki te zostały potwierdzone doświadczalnie. Powołałam się tu na rozprawę *Neja* i poniekąd na moją doświadczalną pracę nad współłusciami wielkich naczyń, które udało mi się otrzymać w laboratorium *Oppela*.

Nauka o przywróceniu obiegu krwi oddaje nam znakomite usługi w przypadkach wysokich amputacji i wyłuszczeń. Szczególnie w *amputatio interscapulo — thoracica*, w wyłuszczeniach uda i ramienia. Jak wiadomo, najczęściej obawiamy się przy tych zabiegach krwotoku i zazwyczaj zazwyczaj od podwiązania wielkich naczyń. Otóż, jeśli podwiążemy tylko tętnicę, wyczekamy pewien czas, a jeszcze lepiej poprowadzimy zabieg tak, że żyłę przetniemy na ostatku, to utratę krwi sprowadzimy do minimum.

W patologji, wreszcie, spotykamy swoiste schorzenie, którego istota polega na zaburzeniach krwioobiegu — jest to zgorzel samoistna — *gangraena spontanea*. Chirurdzy, szczególnie ostatnio doby zainteresowali się tem schorzeniem. Zapropomowano cały szereg zabiegów, przedewszystkiem zabieg polegający na wycięciu nadnercza. Zdaje mi się, że *Oppel* i tu jest jednym z pionierów tego zabiegu, i wiem, że w dwóch przypadkach udało mu się z dodatnim wynikiem wykonać tę operację. Dalej idzie szereg zabiegów paljatywnych, operacja *Leriche'a* — *sympatectomia periarterialis*, operacja *Vietinga* — przecięcie wielkich naczyń i zamiana łożysk krwionośnych przez wszycie tętnicy do żyły i na odwrót. Modyfikacja *Perimowa* z *vena saphena magna*. *Oppel*, wychodząc z założenia, że mamy tu do czynienia ze zmniejszonym dopływem krwi, zapropomował w 1910 roku przywrócenie krwioobiegu zapomocą podwiązania żyły podkolanowej.

Pracując w Szpitalu Miejskim w Astrachaniu, wydaliśmy z kolegą *Nikolskim* w roku 1914 pracę, obejmującą 13 przypadków. operowanych sposobem *Oppela* (Chirurgja Nr. 211). W Kraju Astrachańskim, gdzie ludność zajmuje się przeważnie rybołówstwem, zgorzel samoistna jest szczególnie częstym zjawiskiem. Widocznie częste oziębienie nóg sprzyja powstawaniu tego schorzenia. W więcej niż połowie naszych przypadków mieliśmy po zabiegu wyniki zupełnie pomyślne, u niektórych zaś chorych ten drobny zabieg robił wrażenie zabiegu doszczętnego, chorzy, obserwowani przez dłuższy czas, robili wrażenie całkiem uzdrowionych.

Na tem kończę swe przemówienie i wyprowadzam następujące wnioski:

W przywróconym obiegu krwi mamy cenną zdobycz, w dziedzinie patologji, jak i chirurgji.

Nie należy jednak zapatrywać się na tę metodę, jako na panaceum; tam gdzie naczyń obocznych niema, lub są niewystarczające, tam i przywrócenie nie pomoże; jako przykład przytoczę nerkę i jelita.

W odpowiednich natomiast przypadkach, szczególnie na kończynach, mamy w przywróconym krwioobiegu potężny środek, aby skierować krew tam, gdzie bez tego mogłyby nastąpić — zanik krwioobiegu i zgorzel.

Z oddziału chorób skórnych i wener. Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. Wacław STERLING).

Przypadek zapalenia skóry złuszczonego typu Wilson-Brocqa, wyleczony promieniami Roentgena.

Podał

Wacław STERLING (Warszawa).

Przypadek, o którym będzie mowa, nadaje się do ogłoszenia z kilku powodów: 1) ze względu na rzadkie występowanie tego cierpienia; 2) ze względu na brak prac, dotyczących tej sprawy, w dostępnym mi piśmiennictwie lekarskim polskim; 3) ze względu na pewne odchylenia od obrazu klasycznego; 4) wreszcie ze względu na wyniki lecznicze, otrzymane po stosowaniu promieni Roentgena — o czem nigdzie wzmianki nie znalazłem.

Dnia 17.X wstąpił na mój oddział 28-letni S. F., piekarz. W wywiadach niema nic godnego uwagi. Chory podaje, że przed 9-u miesiącami zauważył silne zaczerwienienie skóry na mostku; wkrótce potem zajęte miejsce stało się wlgotnym, sączącym, przyczem wystąpiło silne swędzenie. W krótkim czasie ten sam obraz wystąpił na wewnętrznych powierzchniach podudzi i na dolnej części brzucha. Stopniowo, w szybkim tempie sprawa rozszerzała się, tak, że po pewnym czasie zajęła absolutnie całą skórę ciała, nie wyłączając uwłosionej skóry głowy. Miejscami skóra była sącząca. Sprawie towarzyszyło swędzenie umiarkowane. Podniesionej ciepłoty chory nie zauważył. Jednocześnie z uogólnieniem się sprawy chory zauważył łuszczenie się skóry na całej jej powierzchni. W chwili wstąpienia na oddział cała skóra głowy, tułowia i kończyn mocno zaczerwieniona, lśniąca, nacieczona bardzo nierównomiernie, większe ogniska nacieczenia występują polaciami, bez żadnej równomierności. Twarz i małżowiny uszne obrzmiałe. Skóra w zgjęciach, na mostku, w okolicy międzyłopatkowej, w fałdach podbrzusza i na całej okolicy pośladkowej silnie sączy, wskutek czego wydziela się przykry odór, swoistego charakteru, odbiegający od zapachu chorych na pęcherzycę i t. p. Cała skóra pokryta jest łuskami, bądź tak drobnymi, że otrzymuje się wrażenie łuszczenia otrębowatego, bądź większemi, srebrzysto-białawemi, łatwo oddzielającymi się. Niektóre łuski przychepione są do skóry tylko jednym brzegiem. Chory podaje, że przed kilkoma miesiącami stracił paznokcie rąk i nóg. Teraz widać nasuwające się świeże paznokcie, bardzo łamliwe, matowe. Uwłosienia pod pachami niema zupełnie, a d m o n t e m *Veneris* — bardzo skąpe. Chory narzeka na uczucie zimna i na swędzenie, zresztą bardzo umiarkowane. Ciepłota normalna. Należy podkreślić, że od dłuższego czasu chory nie odczuwa żadnego popędu piciowego, z żoną nie miał w stosunków i pollucje nie występowały.

Krew: Hem. 66%, erytr. 3600000, leuk. 4200, w tej liczbie: neutr. 63%, limf. 21%, monoc. 32, przejść 11%, eozy. 2%.

Ponieważ chory nie zgodził się na biopsję, nie możemy podać obrazu histologicznego. — Rozpoznanie, aczkolwiek mieliśmy do czynienia z cierpieniem rzadkiem, było bardzo łatwe, a to dzięki temu, że cierpienie wystąpiło samoistnie i jako takie, a nie następczo po jakiejś innej sprawie skórnej. Jasnym więc było, że mamy do czynienia z jedną z postaci pierwotnego złuszczonego zaczerwienienia skóry (*erythrodermia exfoliativa primaria*), które to cierpienie obejmuje 4 zasadnicze typy:

1) Powrotny plonicowaty rumień złuszczonego (*erythema scarlatiforme exfoliativum recidivans*) Ostry jednak przebieg tego cierpienia i nawroty różnią tę postać od naszego przypadku, pomijając już burzliwy początek rumienia plonicowatego.

2) Łupież czerwony *Hebry* (*Pityriasis rubra Hebrae*). Przy tej postaci, jak wiemy, sprawa rozprzestrzenia się niezmiernie wolno, co wystarcza do odróżnienia jej od naszego przypadku.

3) Złuszczonego erythrodermie blaszkowatą, czyli t. zw. chorobę *Brocqa* (*erythrodermie pityriasiene en plaques disséminées* — *L. Brocqa*). Tu elementem zasadniczym są

ostro odgraniczone, okrągłe lub owalne tkanki, o czym w naszym przypadku niema mowy.

Wobec tego pozostaje nam jedynie 4-y typ, mianowicie **dermatitis exfoliativa generalisata Wilson-Brocq.** Przypadek pod względem klinicznym i dagnostycznym może być uważany za klasyczny, z tem jednak zastrzeżeniem, że mamy zbyt wiele miejsc sączących. Według **Bernhardta** skóra naogół jest sucha, tylko w tych razach, gdy istnieje znaczne swędzenie, i chory się drapie, może chwilowo wystąpić niewielkie sączenie, tymczasem w naszym przypadku już podczas pobytu chorego w szpitalu występowały sączące się ogniska, przyczem chory nie uskarżał się na swędzenie. Leczenie polegało przede wszystkim na osuszeniu miejsc moknących w miarę ich powstawania. Stopniowo dopełniliśmy tego celu drogą okładów rozgrzewających (resorcin. 2%, tiol. liq. 4% i t. p.). Stosowanie najrozmaitszych maści nie

wywoływało żadnej poprawy. Wobec tego skierowałem chorego do szpitalnego Zakł. Rentgen. (dr. **Mesz**). Warunki naświetl.: odl. ogniskowoskórna 28 ctm. 90 kv., F. 1,5 Al.; 2:5 M. A. Naświetlanie rozpoczęto dn. 28.I, zakończono 14.III. Przez ten czas skóra całego ciała otrzymała trzy razy po 2 H w odstępach 10-dniowych. W kilka dni po ostatnim naświetlaniu chory zmienił się nie do poznania: nietylko zaczerwienienie, ale miejsca nacieczenia wróciły do stanu prawidłowego, tak, że chory wypisał się w stanie zupełnie zadawalającym. Na zakończenie dodać należy, że niektóre objawy — wypadania włosów i paznokci, objawy **frigiditatis**, nasuwają przypuszczenie; że w etiologii omawianego cierpienia grają rolę gruczoły dokrewne — wedle wszelkiego prawdopodobieństwa tarczycza, gruczoły przytarczycowe i jądra.

Z praktyki prywatnej.

Elektrokoagulacja w ryno-laryngologii *).

Podał

Dr. L. BATAWIA (Częstochowa).

Odkryciem **Tesli** i **d'Arsonvala** zawdzięczamy wprowadzenie do medycyny prądów o wysokiej częstotliwości (*haute fréquence*) i wysokiem napięciu, jako nowego środka leczniczego.

W ostatnich dwudziestu latach czynione były liczne próby z tą nową odmianą prądu elektrycznego, i, jak to zwykle bywa w takich razach, zbyt pochopnie w wielu przypadkach wyciągane wnioski, niewłaściwe i nieumiejętne stosowanie zabiegu wzbudziły nieufność do tej nowej metody i zdyskredytowały na pewien czas ten, bądź co bądź, skuteczny przy odpowiednim zastosowaniu środków leczniczych. Wspomnę tu o **Doyenne** z Paryża i o **Czernym** z Heidelbergu, którzy w latach 1908 i 1909-ym pisali o skutecznym leczeniu raka elektrokoagulacją, względnie fulguracją. Późniejsze niepowodzenia wspomnianych uczonych i ich naśladowców na pewien czas powstrzymały lekarzy od stosowania prądów o wysokiej częstotliwości, i dopiero **Heitz** — **Boyer**, **Cottenot**, **Bourgeois** we Francji, **Nagelschmidt** w Niemczech, **Beer** i **Keys** w Ameryce wprowadzili ten system leczenia na nowe tory, podali właściwe wskazania do stosowania tego nowego środka leczniczego i zachęcił innych do wypróbowania tej metody, która, umiejętnie stosowana, daje dziś niezaprzeczenie dobre wyniki.

Zainteresowanie prądami o wysokiej frekwencji obecnie jest duże we wszystkich gałęziach naszej wiedzy. Diatermia była jednym z dwóch głównych tematów na ostatnim zjeździe laryngologów francuskich, wystawiono podczas zjazdu aparaty do diatermii najrozmaitszych typów, demonstrowano chorych, leczonych elektrokoagulacją, i technikę samego zabiegu. To wielkie zainteresowanie prądami o wysokiej częstotliwości skłoniło mnie do zabrania głosu w tej sprawie i na naszym Zjeździe.

Za zbyteczne uważam w tem gronie wspominać o głównych zasadach działania prądu elektrycznego, laryngolodzy bowiem o wiele więcej, niż koledzy innych specjalności, obeznani są z aparatami elektrycznymi, które stanowią niezbędną część naszego instrumentarium. Wspomnę tylko, że prądami o wysokiej częstotliwości nazywamy taką odmianę prądu elektrycznego, która daje do 3000000 przerw na minutę, co znaczy, że nap. przy 2000000 przerw na minutę anoda zmienia się w tym krótkim okresie czasu milion razy na katodę i katoda milion razy na anodę.

Prądy o wysokiej częstotliwości są znacznie wyższej intensywności, niż używane dotychczas w lecznictwie, i przewyższają przeszło tysiąc razy swą siłą używany zazwyczaj do elektryzacji prąd galwaniczny; również napięcie w prądach **d'Arsonvala** dochodzić może do 40000 volt.

Powstaje pytanie, w jaki sposób prąd o sile 3 amperów i nawet wyższej może być bezkarnie stosowany w lecznic-

tw.e. Reakcja prądu elektrycznego czy to stałego, czy zmiennego, zależną jest od ruchu składników chemicznych soli, znajdujących się w organizmie, względnie w komórkach: aniony wędrują ku anodzie, kationy ku katodzie; im większa jest liczba przerw na minutę, tem szybciej wędrują cząsteczki od anody ku katodzie i odwrotnie; w końcu przedstawiać sobie możemy tak szybką zmianę biegunów, że cząsteczki nie mogą zdążyć na wędrowkę od jednego bieguna ku drugiemu i pozostają na miejscu. W prądach więc o wysokiej częstotliwości niema miejsca przekształcenie prądu elektrycznego na energję chemiczną, niema t. zw. elektrolizy, i dlatego prąd o sile, która bezwzględnie jest śmiertelna, po odpowiednim przetransformowaniu go w aparacie diatermicznym, staje się nieszkodliwym. Teoretycznie bezpieczeństwo prądów o wysokiej częstotliwości objaśnia nam prawo **Nernsta**, podług którego reakcja elektryczna jest wprost proporcjonalna do siły prądu, względnie intensywności, mierzonej liczbą amperów, i odwrotnie proporcjonalna do pierwiastka z liczby przerw. Jeżeli reakcję elektryczną oznaczymy przez R , siłę prądu przez J , liczbę przerw w aparacie przez n , otrzymamy formułę **Nernsta**:

$$R = \frac{J}{\sqrt{n}} \quad *)$$

Pomijając szczegółowy opis aparatu, służącego do wytwarzania prądów o wysokiej częstotliwości, powiem tylko, że głównymi składowymi częściami aparatu są dwie szpule, kondensatory i transformator, połączony z iskiernicą, ochładzaną wodą lub też spirytusem. Iskiernica składa się z dwóch par płyt mosiężnych, których środkowe, przylegające do siebie części są ze srebra.

W sprzedaży są i małe aparaty diatermiczne, których siła prądu dochodzi tylko do 600 miliamp. Aparaty te wystarczają do celów leczniczych w ryno-laryngologii.

W aparatach francuskich większego typu (**Gaiffé**, **Drapier**) jest specjalny kommutator, t. zw. **resonateur Oudina**, przy którego pomocy zmienić można siłę prądu i napięcie. W zwykłych i najczęściej używanych aparatach do diatermii siła prądu czyli intensywność (*intensité*) jest bardzo wysoka i dojść może do 3 i pół amp., napięcie (*tension*) zaś jest niskie (150—200 volt).

Po wprowadzeniu rezonatora **Oudina** otrzymujemy stosunek odwrotny: siła prądu staje się mała (dochodzi do 2 i pół miliamp.), za to napięcie jest bardzo wysokie i sięga 40000 volt.

Oba te rodzaje prądów mają zastosowanie w medycynie, lecz działanie ich oczywiście jest odmienne. Pierwszy, t. j. prąd o dużej sile i niskiem napięciu, wytwarza w organizmie ciepło, przyczem ciepota ciała dojść może do 41,5°; ciepło to, dowolnie regulowane, przenika wgląd organizmu i oddaje w wewnętrznej medycynie duże usługi, jako środek resorpcyjny. Drugi rodzaj prądów (o wysokiem napięciu) działa

*) Przykład: Przy sile prądu 1000 miliamp. i milionie przerw na minutę $R = \frac{1.000}{\sqrt{1.000.000}} = \frac{1.000}{1.000} = 1$ miliamp.

*) Odczyt, wygłoszony na XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie.

mechanicznie w formie iskier (*étincelage, fulguration*) i ma głównie zastosowanie w chirurgii.

Te kilka słów już nam wykazują często popełniany błąd w określeniu prądów o wysokiej częstotliwości, jako diatermji. Jest to błędne użycie *pars pro foto*. Diatermją nazywać można jedynie pierwszy rodzaj omawianych prądów, produkujących ciepło, dla drugiego jednakże rodzaju można by zastosować nazwę prądów *d'Arsonvala*, on bowiem pierwszy zastosował ten rodzaj prądów w medycynie.

Laurens w swej klasyfikacji również odróżnia te same dwa rodzaje prądów. Przyjmując za podstawę podziału technikę stosowania omawianych prądów, rozpatruje on prądy, działające przez kontakt i prądy, działające na odległość (*les actions au contact et les actions à distance*). W prądach pierwszego rodzaju (o dużej sile) obie elektrody szczelnie muszą przylegać do ciała, najmniejsza bowiem pusta przestrzeń między elektrodą i ciałem powoduje powstanie iskry, wywołuje obrażenie ciała i przez to zmienia charakter działania prądu; przy stosowaniu zaś prądów drugiego rodzaju, t. j. o małej sile i wysokim napięciu, szczelnie do ciała przylega tylko jedna indyferentna elektroda, czynną zaś trzymamy w pewnym oddaleniu od miejsca, na które działać zamierzamy: w ten sposób powstaje iskra, względnie snop iskier. Podział *Laurensa* przyjęty został w r. 1923-im przez Francuskie Towarzystwo Elektroterapeutyczne.

Nas w danej chwili interesują tylko prądy pierwszego rodzaju o działaniu termicznym. Diatermja w ścisłym tego słowa znaczeniu, jako źródło stałego ciepła, ma zastosowanie w otolaryngologii w tych przypadkach, w których wskazane jest stosowanie ciepła. Dodatnie wyniki otrzymali z tego sposobu leczenia *Leroux-Robert*, *Nagelschmidt*, *Bucky* i wielu innych, a japończyk *Kubo* zachęca do stosowania diatermji do badania odczynu termicznego błędnika, dowodząc wyższości tego sposobu nad klasyczną próbą *Baranego*.

Gdy przepuszczamy prąd z aparatu diatermicznego przez ciało, to spotyka on pewien opór. Opór ten jest niejednakowy w rozmaitych częściach ciała: największy opór stawiają kości, najmniejszy płynne substancje, zależnie więc od tego, w jakim miejscu ulokowane są elektrody, stosujemy większą lub mniejszą liczbę amperów, aby otrzymać jeden i ten sam efekt cieplny. *Joule* sformułował następujące prawo: Efekt cieplny jest wprost proporcjonalny do oporu, czasu i kwadratu siły prądu, czyli intensywności. $E=R \cdot t \cdot J^2$.

Oprócz czynników, uwzględnionych przez *Joulea*, efekt cieplny zależy jest też od wielkości elektrody. Im elektroda będzie mniejsza, tem przylegająca do niej tkanka nagrzewa się silniej; gdy przystawimy do ciała elektrodę bardzo cienką, nap. wielkości łepka szpilki, otrzymamy na powierzchni ciała biały nalot—rezultat obumarcia tkanki wskutek podniesienia temperatury ponad normę, jaką znieść może żywa tkanka.

Jest to t. zw. elektrokoagulacja czyli diatermo-koagulacja (*Bordier*), która nas w tej chwili interesuje. Ten sam więc rodzaj prądu, zależnie od wielkości elektrody, raz działa jako resorpcyjne ciepło, w drugim przypadku jako energiczny środek chirurgiczny. Pozostawiając nazwę diatermji dla prądów, wywołujących przyjemne dla pacjenta ciepło przy użyciu dwóch szerokich elektrod, będziemy nazywali elektrokoagulacją drugi rodzaj tego samego prądu, gdy jedna z elektrod będzie cienka i przez to spowoduje karbonizację, względnie obumarzenie tkanki, której dotyka. Ciepło przy elektrokoagulacji, tak samo jak i przy diatermji w ścisłym tego słowa znaczeniu, rozwija się nie na powierzchni elektrody, lecz w samej tkance, w samych komórkach, elektroda zaś sama pozostaje chłodną, i tem elektrokoagulacja różni się od galwanokaustyki.

Nie możemy pominąć tu milczeniem, że i prądy o małej sile, lecz wysokim napięciu mają zasłużenie swych zwolenników wśród laryngologów. Pominąwszy dobre rezultaty, otrzymane w przyszytym nozdrzy przez *Zimmerna*, w gruźlicy nosa przez *Guilloz* i *Strebla* (z *Monachjum*), w zakaźnych nieżytach nosa i innych cierpieniach nosa i gardła, musimy zatrzymać się nieco dłużej nad dobrimi wynikami, otrzymanymi w leczeniu prądem o wysokim napięciu (*étincelage*) cuchnącego nieżyty nosa. *Leroux-Robert* otrzymał dobre wyniki nawet w takich przypadkach, w których ani leczenie miejscowe, ani autowakcyny rezultatu nie dawały. Pod wpływem prądu elektrycznego ustępował odór,

wydzielina stawała się obfitszą, strupy stopniowo oddzielały się, i w większości przypadków zbyteczne było nawet późniejsze przemywanie nosa. Czas trwania kuracji bywa jednakowy, niekiedy dosyć długi i, co dziwne, wcale nie jest on zależny od nasilenia choroby. Seanse trwają 5—10 minut, powtarzają się co drugi dzień. Rezultaty *Leroux-Roberta* zachęcają do wypróbowania tego łatwego do stosowania środka leczniczego dla zwalczania cierpienia, które dotychczas uważane jest prawie za nieuleczalne. Wąskie ramy odczytu mego nie pozwalają mi obszerniej omówić działania prądu o wysokim napięciu, wspomnę tylko, że, aczkolwiek działanie jego jest przedewszystkiem mechaniczne, jednakże działa on na tkankę mniej destrukcyjnie od wspomnianej wyżej elektrokoagulacji, której poświęcam dzisiejszy mój odczyt.

Wspominaliśmy, że przy elektrokoagulacji otrzymujemy na miejscu działania biały nalot, który wskazuje, że tkanka została zniszczona. Nalot ten widocznym się staje już przy samym zabiegu i jest dowodem, że cel został osiągnięty, że zużyta s.ła prądu była dostateczna do wywołania pożądanego efektu. Zazwyczaj używamy do elektrokoagulacji 200—400 miliamp., czas trwania zabiegu w jednym miejscu 3—5 sekund. Gdy chcemy zniszczyć tkankę w większej przestrzeni, okres czasu musi być odpowiednio dłuższy. Tkanki, więcej unaczynione, wymagają większej siły prądu, przepływająca bowiem krew ochładza pole operacyjne. Podczas zabiegu przed każdym dotknięciem tkanki elektroda powinna dokładnie być oczyszczona z resztek spalonego nabłonka, które uniemożliwiają szczelne przyleganie elektrody. Nawet nieznaczne zanieczyszczenie elektrody powoduje przeskakowanie iskry, i wówczas zamiast elektrokoagulacji otrzymujemy fulgurację.

Krzesło operacyjne, względnie stół, winno być dla pewności izolowane, t. j. umieszczone na suchym linoleum. Elektrody indyferentne stosujemy te same, co przy zwykłej diatermji, a więc cienkie płyty ołowiane lub staniolowe. Pożądanem jest, aby elektroda była duża, i, jak już wspominaliśmy, powinna ona szczelnie przylegać do ciała. Jest to warunkiem konieczny, o którym zawsze pamiętać należy. W tym celu pacjenta sadzamy gołymi pośladkami na płycie lub przymocowujemy za pomocą bandaży elektrodę do karku chorego lub do jego dłoni. Jako elektrodami czynnymi posługiwałem się instrumentarjum chirurgicznym *Nagelschmidta*, które do zabiegów ryno-laryngologicznych nie bardzo się nadaje, narzędzia te bowiem nie mają tej krzywizny, która jest konieczna do operowania w jamach nosowych i w jamie nosowo-gardzielowej, prócz tego są one zbyt krótkie i za grube. Te braki utrudniają nam pracę temj instrumentami w głębi. Elektrody bywają okrągłe lub mają formę noży, igieł. Igiła bywa pojedyncza lub podwójna dla działania bipolarnego.

Prócz elektrod suchych, posługujemy się niekiedy i elektrodami mokremi. W tym celu owijamy na elektrodę suchą kawałek zmoczonej w słonej wodzie waty lub płótna. Zalety mokrych elektrod są następujące: kontakt z chorą tkanką jest pewniejszy, zbyteczny jest dla utrzymania koniecznego kontaktu silny ucisk, wreszcie siła prądu może być mniejsza, niż przy elektrodach suchych. Ujemną jednakże stroną tych elektrod jest to, że działanie ich rozciąga się na powierzchnię, a nie wgląd, że pokrywają one większą przestrzeń, i niewidoczny jest pod nimi biały nalot, który jest jedynym sprawdzianem pożądanego efektu zabiegu. Mokre elektrody są wskazane w tych przypadkach, kiedy tkanka, którą zniszczyć zamierzamy, jest krucha i nie wytrzymałoby ucisku elektrody suchej.

Elektrokoagulacja jest zabiegiem bolesnym, i dlatego przed operacją błonę śluzową należy znieczulić 10—20% kokainą. Aby wyczerpać wszystko, co dotyczy techniki omawianego zabiegu, powiem jeszcze, że operator powinien znać swój aparat i wiedzieć, przy jakiej sile prądu występuje koagulacja. Najważniejszą przed zabiegiem przepuścić prąd przez kawałek surowego mięsa i przekonać się, przy ilu miliamperach występuje na mięsie biały nalot. Jest to minimum prądu, którym działać możemy.

Jak jest efekt elektrokoagulacji?

Jak już zaznaczyliśmy, biały nalot pod elektrodą wskazuje, że cel zabiegu został osiągnięty. Jednakże, gdy działamy na tkankę miękkie, możemy nie otrzymać tego charakterystycznego nalotu, co nie jest w tym przypadku dowodem, że tkanka nie została dostatecznie zniszczona. Biały strup odpada po 8—12 dniach, i najczęściej nie widzimy już na jego

miejscu rany. Bardzo cienka delikatna blizna na miejscu zabiegu nie posiada tej kurczliwości, co blizna po galwanokautystyce, i dlatego nie powoduje następczych niepożądanych zwężeń, ani zrostów.

Po elektrokoagulacji niema krwawienia, gdyż wywołuje ona zacopowanie mniejszych naczyń krwionośnych. Nieznaczne sączenie się krwi niekiedy widzieć możemy po niszczeniu miękkich tkanek: złośliwych krwawiących nowotworów, naczynek i wrzodzących nacieków gruczołowych. Ponieważ działająca elektroda rozgrzewa się dopiero przy bezpośrednim zetknięciu się z tkanką, więc wyłączone jest obrażenie sąsiadujących z polem operacyjnym miejsc, co może mieć miejsce przy działaniu żegadła Paquelin'a lub kauterem elektrycznym. Przypalenie prądem o wysokiej częstotliwości nie daje ani nieprzyjemnego dla chorego zapachu spalenizny, ani też dymu, który tak utrudnia operowanie w wąskich jamach.

Zacopowanie mniejszych naczyń limfatycznych usuwa możliwość infekcji.

Odczynu wtórnego, bądź ogólnego, bądź miejscowego, niema prawie żadnego. Ogólny stan chorych zazwyczaj jest dobry, w okolicy strupa nie widać żadnych objawów zapalnych; ból niezbyt dokuczliwy występuje stosunkowo rzadko, trwa dzień lub dwa dni; katar nosa po zabiegach w nosie nie trwa dłużej, niż dzień. Raz jeden tylko widziałem wzniesienie ciepłoty do 39° po przypaleniu migdałka.

Przechodzimy do wskazań do stosowania elektrokoagulacji w poszczególnych chorobach nosa i gardła, przy czem omawiać będziemy technikę zabiegu, o ile odbiega ona od zwykłego szablonu.

Niektórzy laryngolodzy chętnie stosują prądy o wysokiej częstotliwości dla zniszczenia dużych, względnie chorych migdałków. Procedura ta trwa długie tygodnie, albowiem całkowite zniszczenie migdałka wymaga 3 do 5 seansów. Metoda ta ma ten jedynie plus w porównaniu z galwanokautystyką, że nie daje blizn. Dla dyscypliny mieszkowatych zagłębień w migdałkach posługujemy się elektrodą w formie nożyka. Cuvillier leczył elektrokoagulacją migdałki u 71 chorych i po 380 seansach nie stwierdził najmniejszego krwawienia, ani wogóle jakiegokolwiek innego niepożądanego powikłania. Elektrokoagulacja nie może mimo to konkurować z doszczętnym wytuszczeniem migdałka, dzięki któremu pacjent w kilkanaście minut pozbywa się chorego narządu. Stopniowe niszczenie migdałka diatermją może być stosowane jedynie u osobników skłonnych do krwawień, bardzo wrażliwych, wycieńczonych chorobą lub też u bardzo młodych.

Z dobrym skutkiem przypalałem kilkakrotnie powiększony migdałek językowy i granulacje na tylnej ścianie gardzieli. W tem ostatniem cierpieniu elektrokoagulacja ma tę przewagę nad kauteryzacją, że nie pozostawia nieobojętnych dla pacjenta blizn.

Guzy, zarówno złośliwe, jak i łagodne, podług Bourgeois dają niekiedy wdzięczne pole dla interwencji prądem o wysokiej częstotliwości. Autor ten podaje, że ze stosunkowo dobrym skutkiem leczył tym sposobem raki miękkiego podniebienia i nagłośni. Nawet w przypadkach rozpaczliwych, przy rozpadających się guzach, nie nadających się do operacji, elektrokoagulacja oddaje choremu pewne usługi, dezynfekuje ona bowiem powierzchnię rany i zatrzymuje krwawienie. Oczywiście, karygodnem byłoby stosować elektrokoagulację w tych przypadkach, kiedy guz złośliwy może być usunięty nożem, jednakże w przypadkach, nie nadających się do leczenia chirurgicznego, można za radą Bourgeois zastosować ten nowy środek leczniczy. O ile guz znajduje się w sąsiedztwie większych naczyń, ze względu na ewentualny krwotok po odpadnięciu strupa, należy przed przypaleniem podwiązać naczynia. Tak np. w przypadku raka języka należy elektrokoagulację poprzedzić podwiązaniem tętnicy językowej.

Samengo wyleczył prądami o wysokiej częstotliwości 14 przypadków polipów nosowo-gardzielowych. Samengo naprzód niszczy rozgałęzienia polipowate w nosie, a później odpowiednio skrzywioną elektrodą przypala guz w jamie nosowo-gardzielowej.

Elektrokoagulację należy również stosować w łagodnych guzach krwawiących, które ze względu na swe umiejscowienie i rozrost nie nadają się do interwencji chirurgicznej. Lecz i mniejsze naczyniaki mogą być leczone omawianym

sposobem z bardzo dobrym skutkiem. Najlepiej do tego celu nadaje się elektroda-igła, wprowadzona w głąb guza. 2—3 sekundy wystarczają, aby wywołać białą obwódkę wokoło igły. Zależnie od wielkości guza wkłuwamy 2 do 5-ciu razy. Jak widzimy, jest to sposób postępowania identyczny, jak przy stosowaniu galvano-kautystyki, wzgl. żegadła Paquelin'a, które dają często w podobnych przypadkach nie gorsze rezultaty od diatermji. W podobny sposób mogą być traktowane i guzy niekrwawiące w nosie i w gardzieli, lecz mogą one być niszczone i sposobem zwykłym, klasycznym, przez kontakt z elektrodą, jak np. migdałki. Działając na powierzchnię guza okrągłą suchą elektrodą, udało mi się na czterech seansach doszczętnie duży guz, wypelniający całą jamę nosowo-gardzielową, i drobniejsze guzowatości na górnej, wzgl. tylnej powierzchni miękkiego podniebienia, na tylnej ścianie gardzieli i na przegrodzie nosa¹⁾.

Przechodzimy do chorób nosa, które nadają się do leczenia prądami o wysokiej częstotliwości. O leczeniu guzów nosa mówiliśmy wyżej. Z dobrym skutkiem stosowałem tę metodę w celu zniszczenia krwawiących polipów na przegrodzie nosa, lecz nie widziałem przewagi tego sposobu leczenia nad galwanokautystyką. Raz jeden po kilku miesiącach chory zgłosił się do mnie z nawrotem polipa.

Ponieważ głębsze przypalenie na przegrodzie nosa może spowodować zgorzel chrząstki i następcze przedziurawienie przegrody, lepiej działać na przegrodzie elektrodą mokrą.

Elektrokoagulacja bardzo nadaje się do leczenia gruczołicy nosa, wzgl. tocznia błony śluzowej nosa i skóry. Wszelkie większe guzowatości należy naprzód en masse zniszczyć mokrą elektrodą i dopiero po pewnym czasie (mniej więcej po dwóch tygodniach), gdy drożność nosa jest większa, i dokładnie można rozejrzeć się w detalach, należy przypalić suchą elektrodą jedno za drugim pozostałe drobne ogniska.

Rezultaty tego sposobu leczenia są bardzo zachęcające. Z powodu minimalnej kurczliwości blizny nie należy się obawiać zwężeń, ani nieprawidłowych zrostów; przeciwnie, za pomocą diatermji dają się usunąć często widywane w toczniu zwężenia otworów nosowych. W jednym z moich przypadków u 12-letniej dziewczynki udało mi się wyleczyć na dwóch posiedzeniach obszerne owrzodzenia gruczołowe z krwawiącą ziarniną na bocznej ścianie nosa i przegrodzie ze znacznym zwężeniem jednego otworu nosowego. Już po pierwszym zabiegu wystąpiła znaczna poprawa: zewnętrzny otwór nosowy doskonale się powiększył, chora mogła swobodnie oddychać przez nos, a na błonie śluzowej tylko w kilku miejscach widoczne były nieduże owrzodzenia, które zagoiły się zupełnie po drugim zabiegu.

Heitz-Boyer stosuje elektrokoagulację w naciekach gruczołowych, natomiast owrzodzenia gruczołowe leczy iskrami elektrycznymi — étincelage.

Nagelschmidt opisuje w swoim podręczniku całkowite wyleczenie elektrokoagulacją licznych rozszianych owrzodzeń gruczołowych w gardzieli. Autor ten przypala energicznie od innych i nie waha się nawet spowodować przedziurawienia przegrody, okostna bowiem, jak twierdzi, często bywa źródłem nawrotów choroby.

Podług Bordiera ani Roentgen, ani galwanokautystyka, ani leczenie chirurgiczne, ani środki farmaceutyczne nie dają tak pewnego wyleczenia i pod względem kosmetycznym tak zadawalającego wyniku, jak elektrokoagulacja. Stosuje on ją zarówno w *lupus erytematodes*, jak i *l. tuberculosis*, w którym udaje się wykryć w gruczołkach i w wydzielinie laseczniki Kocha. Przy diatermji ciepło, jak wiemy, wytwarza się w samej tkance i sięga dosyć głęboko, aby zniszczyć nie tylko chorą tkankę, lecz i prątki. Elektrokoagulacja nadaje się też do niszczenia oddzielnych gruczołków, pozostałych po leczeniu promieniami X.

Stosunkowo niewielka liczba przypadków, leczonych przeze mnie prądami o wysokiej częstotliwości nie pozwala mi wypowiedzieć stanowczego zdania o skuteczniejszym leczeniu tocznia elektrokoagulacją, niż dotychczasowymi środkami leczniczymi. Galwanokautystyka w leczeniu wilka skóry twarzy dawała mi w licznych i bardzo zaniedbanych i ciężkich przypadkach tak wysmienite i pod względem kosmetycznym tak zadawalające rezultaty, że wątpię, czy pod tym względem prądy o wysokiej częstotliwości górują nad galwanokautystyką. Nie można jednakże, zdaje się, tego samego powiedzieć

¹⁾ Przypadek opisany w Nr. 28 Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b.

o leczeniu tocznia błon śluzowych: tu elektrokoagulacja działa szybciej i skuteczniej, niż galwanokauter, Röntgen, interwencja chirurgiczna lub inne środki leczn.cze

Również dobrze goją się pod wpływem elektrokoagulacji popękania śluzówki i skóry (rhagades) w kątach otworów nosowych.

Najskuteczniej leczą się elektrokoagulacją wszelkie bliznowate zwężenia w nosie, gardzieli i krtani. Ma się w tych przypadkach wrażenie, jak się niejednokrotnie przekonałem, że blizny jakby rozpuszczają się pod wpływem tego sposobu leczenia. Wiemy, z jakimi trudnościami walczyc musimy przy opanowaniu zrostów w wąskich jamach nosowych lub przy zarośniętych tylnych nozdrzach, wiemy, ile te cierpienia wymagają mozolnej, uciążliwej i długotrwałej pracy ze strony lekarza i ile cierpliwości ze strony pacjenta, wiemy wreszcie, że wszelkie nasze wysiłki często nie odnoszą żadnego skutku. Elektrokoagulacja, zdaje się, rozstrzyga pomyślnie tę sprawę. Działamy cienką suchą elektrodą, którą wkłuwamy w bliznę; przy bliznach twardych, zamykających tylne nozdrza, staramy się elektrodę wkręcać w bliznę podczas działania prądu; przy zrostach miękkiego podniebienia z gardzieli, przy obszernych bliznach gardzieli działamy przez kontakt elektrody z tkanką. Cienkie blizny w nosie udaje się niszczyć na jednym posiedzeniu, rozleglejsze blizny wymagają dwóch lub trzech seansów.

Po wyborowaniu elektrodą otworu przy zarośniętych tylnych nozdrzach należy rozszerzać specjalnymi oliwkami; w ten sam sposób należy postępować po zniszczeniu prądem elektrycznym części zrostów między miękkim podniebieniem i tylną ścianą gardzieli. W tym ostatnim przypadku kurację uważać należy za skończoną, gdy swobodnie przechodzi oliwka szerokości 20 milim. Więcej rozszerzać otworu nie należy, gdyż wystąpić może głos nosowy..

U Bourgeois widziałem w ten sposób z dobrym skutkiem leczone cztery przypadki zrostów miękkiego podniebienia z tylną ścianą gardzieli, które wystąpiły po zbyt energicznym wycięciu wyrosli. Ja otrzymałem dobry rezultat przy leczeniu elektrokoagulacją bliznowatych zrostów miękkiego podniebienia z tylną ścianą gardzieli z powodu kiły.

Piękny rezultat otrzymałem przy leczeniu prądem o wysokiej częstotliwości twardych rozległych blizn w dolnej części jamy gardzieliowej, które w znacznym stopniu zwężyły wejście do krtani i przełyku¹⁾. U chorej tej język przyrośnięty był bliznami do tylnej ściany gardzieli; w tych bliznowatych masach, stanowiących dolną ścianę gardzieli, po linii środkowej widoczna była tylko wąska szpara długości półtora cent., szerokości półtora milimetra. Oczywiście, chora oddychała przez tak wąską szparę z wielkim trudem i skierowana została na mój oddział dla wykonania tracheotomji. Ten sam wąski otwór prowadził i do przełyku, to też chora od 4-ch miesięcy odżywiała się tylko płynami, które przechodziły z wielkim trudem. I w tym ciężkim przypadku udało mi się elektrokoagulacją zniszczyć znaczną część blizn, tak, że blisko na 2 cent. wgląd udało mi się oswobodzić język od tylnej ściany gardzieli, a otwór między bliznami rozszerzyć. Trzy seanse wytarczyły, aby zniszczyć znaczną część blizn i umożliwić chorej swobodne oddychanie i odżywianie się nawet twardymi pokarmami. Widzimy, że elektrokoagulacja niszczy blizny szybciej i pewniej, niż elektroliza i inne metody.

W zwężeniach bliznowatych przełyku nie stosują prądów o wysokiej częstotliwości z obawy wywołania przedziurawienia.

Słów kilka jeszcze o stosowaniu elektrokoagulacji w chorobach krtani. Tu omawiana metoda ma zastosowanie w brodawczakach i w gruźlicy. Operować można przez otwarte

¹⁾ Przypadek opisany w Nr. 28-ym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b.

laryngostoma lub też wewnątrzkraniowo, w tym ostatnim przypadku bądź w pozycji siedzącej chorego, bądź leżącej (laryngoskopia wieszalkowa Kiliána). Wewnątrzkraniowo operować można w tych tylko przypadkach, w których nie ma znacznego zwężenia krtani.

O ile brodawczak przedstawią się, jako ruchome, wiotkie masy, należy stosować elektrody mokre, gdy zaś są umieszczone na strunach głosowych i dają dostateczny opór dla elektrody, działać należy na sucho. Przy otwartej krtani można na jednym posiedzeniu zniszczyć prawie wszystkie masy nowotworowe; pozostają tylko drobne brodawki, które po 10 — 15 dniach przypalamy suchą cienką elektrodą. Przy operowaniu w krtani na sucho pamiętać należy, aby nie uszkodzić chrząstki.

W gruźlicy krtani elektrokoagulacja może być stosowana zarówno w naciekach, jak i w owrzodzeniach. Technika ta sama, co przy brodawczakach. Nagłośnią, jako narząd chrząstkowy, może być zniszczona tylko elektrodą suchą. Nie mając w tym przedmiocie własnego doświadczenia, pozwolę sobie przytoczyć tu zdanie kilku autorów z dostępnej mi literatury, choć wyciągają oni wnioski z kilku zaledwie operowanych przypadków. Bourgeois i Gaston Poyet stawiają w leczeniu gruźlicy krtani wyżej elektrokoagulację, niż galwanokaustykę, a to z następujących powodów: 1^o elektrokoagulacja nie daje prawie żadnego odczynu pooperacyjnego: ani ogólnego, ani miejscowego, 2^o dysfagia mija bardzo szybko, i chorzy po operacji nie tylko nie tracą na wadze, lecz przeciwnie często już w pierwszym tygodniu po zabiegu można stwierdzić przyrost wagi u operowanych, 3^o elektrokoagulacja działa wgląd tkanki, a więc skuteczniej, niż żegadło elektryczne, i 4^o blizna nie jest tak twarda, jak po galwanokaustyce. Bourgeois jest zwolennikiem stosowania u niektórych chorych naprzemian prądów o wysokiej częstotliwości i żegadła elektrycznego. Dutheil de Lamotte stawia bardziej ograniczone wskazania dla elektrokoagulacji, niż dla galwanokaustyki. Twarda blizna po kaustyce daje, zdaniem tego autora, większe szanse zabezpieczenia chorego od nawrotu gruźlicy, staje ona bowiem lasecznikiem na drodze, jako twarda barjera, której przebyć nie mogą. Cienka blizna po koagulacji takiego oporu nie stawia. Podług Nagelschmidta wielką zaletą diatermji jest to, że bezpośrednio po zabiegu ustępuje ból przy łykaniu i kaszel.

Reasumując wszystko, co powiedzieliśmy o elektrokoagulacji, dochodzimy do następujących wniosków:

1^o prądy o wysokiej częstotliwości dzielą się na prądy o dużej sile i niskim napięciu i o małej sile i wysokim napięciu;

2^o oba rodzaje prądów mają zastosowanie w rynolaryngologii, najszersze jednakże zastosowanie ma elektrokoagulacja, której działanie w tej dziedzinie jest też najlepiej zbadane;

3^o elektrokoagulacja nie daje prawie żadnego odczynu pooperacyjnego: ani ogólnego, ani widocznego miejscowego; blizna po zabiegu jest bardzo cienka i wykazuje minimalną kurczliwość;

4^o wspomniane w punkcie poprzednim zalety elektrokoagulacji zachęcają do stosowania w wielu chorobach nosa, gardła i krtani prądów o wysokiej częstotliwości zamiast galwanokaustyki;

5^o elektrokoagulacja nadaje się do niszczenia guzów, zwłaszcza krwawiących, skutecznie leczy gruźlicę błon śluzowych i jest najlepszym ze znanych dotychczas środków dla zwalczania zrostów bliznowatych w nosie, gardzieli i w krtani;

6^o elektrokoagulację stosować należy we wszystkich tych przypadkach, gdzie ze względu na stosunkę anatomiczną można się spodziewać niepożądanych zrostów po galwanokaustyce lub po krwawym zabiegu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Streszczenia zbiorowe.

O stosowaniu preparatów z lasecznika Kocha dla celów rozpoznawczych i leczniczych w gruźlicy ze stanowiska klinicznego.

Podał

K. DLUSKI (Warszawa)

b. dyrektor Sanatorium w Zakopanem.

(Dokończenie).

Rozsianie
tbc i powi-
kłania

Przejdźmy do faktów dotyczących rozsiania gruźlicy w ustroju. Pozwolimy sobie powołać się na przykłady wzięte z sanatorjów zagranicznych a podane przed 17 laty przez nas^(28a) wprawdzie dawne, które jednak n.c. nie straciły ze swej aktualności: Wegner, po jednym wstrzyknięciu 1/100 miligr. AT zapalenie opłucny, Pickett, po jednym wstrzyknięciu 1/2 miligr. AT choremu, który czuł się dobrze i wykonywał ciężką pracę, — wysoka gorączka do 40°, silny ogólny odczyn, wymioty, utrata przytomności, zmniejszenie wagi o 4 kg. w ciągu 6 dni. Kremser — chory w stanie znacznego polepszenia w płucach na skutek zwykłego leczenia klimatycznego, po jednej dawce 1/5000 miligr. — ból w nadbrzu, we trzy dni potem druga dawka 1/100 miligr., w następstwie — ropne zapalenie, zakończone wytrzebieniem, Niengkau — trzy wstrzyknięcia: 1, 2 i 4 miligr. W trzy dni po trzecim — krwotok 100 cm.³, który się raz jeszcze powtórzył — chory po 4 mies. wyzdrowiał. Schüle — celem wyeliminowania duru brzuszego u chorego, u którego ciepłota spadła do normy: dawka 0,00025 gr., ciepłota 37,70, na drugi zaś dzień prawidłowa na trzeci dzień po pierwszej dawce dwukrotnie większa, czyli 0,0005 (pięć dziesięciotysięcznych), po której raptownie nastąpiła gorączka, upadek sił, obrzmienie śledziony, W cztery tygodnie po drugiej dawce — zejście. Na sekcji: gruźlica gruczołów oskrzelowych, gruźlica prosówkowa w płucach, śledzionie i innych narządach.

Nowsza literatura, zajęta zawilemi kwestjami biologicznymi, mało względnie poświęca miejsca stronie klinicznej. Wśród ciekawych przypadków można powołać się na przypadek Neustadta i Stadelmanna⁽⁷³⁾, jako charakterystyczny ze względu na niebezpieczeństwo próby tuberkulinowej. Chory lat 51, odżywienie dobre, normalny stan płuc, ale prawostronny wysięk w opłucnie 38°. Po zniknięciu gorączki, po kilku tygodniowym już dobrym ogólnym stanie i zmniejszeniu wysięku administrum próbne wstrzyknięcia AT 1 miligr.: natychmiast gorączka, utrata 3 kgr. w ciągu jednego tygodnia, następnie postępujące raptownie charłactwo, stała gorączka, w całym praw. płucu rżenia gruboblańkowe, zejście w 8 tygodni po wstrzyknięciu. Na sekcji: po za obrębem wysięku w prawej opłucnie istarego ogniska w lew. szczycie, rozsiana gruźlica we wszystkich narządach.

Autorowie formułują swój wniosek w następujących słowach: „wartość rozpoznawcza tuberkuliny okazuje się zanadto drobna w stosunku do możliwych szkód. Odrzucamy więc bezwzględnie rozpoznawcze wstrzykiwania tuberkulin“.

Tuberkulina human, czy bovin.? Przechodzimy do drugiego punktu i zapytujemy, czy ma być stosowana tuberkulina ludzka, czy bydłeca? Sprawa ta, jak później wykażą fakty, nie jest do lekceważenia, tembardziej, że dotąd nie jest zatwierdzona, sprawa, podniesiona przez Kocha na Zjeździe Londyńskim 1901 r. i rozstrzygnięta przez niego w tym sensie, że laseczniki gruźlicy ludzkiej a bydłeczej to dwa gatunki odrębne. Przypominamy tylko, że komisje w różnych krajach, że całe szeregi badaczy, a wśród nich Lidja Rabinowitsch są innego zdania^(87 a i b).

Okazuje się, że zachodzą u dzieci wyraźne różnice między odczynem, wywołanym przez AT lub PT. — Według badań Synwolda (cytowany przez Kretschnera) (Nr. 54) 35% dzieci reaguje wyłącznie na PT. gdy w Greifswaldcie (Gryfja) tylko 5,3%, w Bełińskiej III klinice 7 — 8%. W tych dwóch właśnie klinikach występują przeciw Synwoldowi z argumentami, że badał dzieci z okręgów rolniczych (Rostock), tam zaś mleko jest więcej zakażone przez Tbc., niż w dużych miastach, gdzie dozór sanitarny jest lepszy. Czy jednak takie wyjaśnienie jest ściśle uzasadnione — należy wątpić. Zaznaczamy bowiem, że Schuster⁽¹⁰⁰⁾ na 56 dzieci znalazł u 36 jednokowy R na PT. i AT. u 14 przy PT. silniejszy, u 6 zaś przy AT silniejszy R.

Wspomniani wyżej autorowie nie mogąc rozwiązać tej łamigłówki, wnioskuje, że nie chodzi przy danem natężeniu odczynu o PT. lub AT., lecz o stopień jadowitości danego preparatu. Ale w takim razie można powątpiewać o prawdziwości takiego wniosku, skoro zważymy, że wedle postulatów, ustalonych, jak dotąd, przez największych badaczy, zarazek bydłecy jest sam przez się znacznie bardziej jadowity od zarazka ludzkiego, a więc PT. powinna być stale bardziej jadowita od AT. Fakty jednak, oparte na odczynie, przeczą temu.

Jest więc przyczyna nieznaną, której szukać należy w nader zawilem działaniu preparatów tbc. na utrój. Co się tyczy jadowitości, to ciekawe są poczynione już przeszło dwadzieścia lat temu spostrzeżenia Möllera, że laseczniki tocznia skóry u człowieka — tej łagodnej postaci gruźlicy, są dla świnki morskiej znacznie bardziej jadowite od laseczników gruźlicy prosówkowej u człowieka.

**DT.
(Moro)**

Idąc dalej, pozwalamy sobie dotknąć niektórych ważnych szczegółów z dziedziny rozpoznania. Znany badacz Moro, uważając powojenny preparat AT za mniej czynny od dawnego, wynalazł DT (Diagnosticum Tuberculin), zgęszczona hodowla Tbc human. + Tbc bovin. Nie mówiąc już o samym wynalazcy, cały szereg innych klinicystów niemieckich, jak Curschmann, Praussnitz, Giller cytowani przez Scharnkego oraz Cozzalino (Parma) twierdzą, że DT daje u dzieci jakościowo i ilościowo lepsze wyniki, czyli odczyn występuje wcześniej i silniej niż pod działaniem AT.

Curschmann np., otrzymawszy przy DT. o 22% więcej R+ niż przy AT., powiada: „jest to specjalnie delikatny środek dla wczesnego rozpoznania“. Scharnke⁽⁹⁵⁾ na podstawie próby badań u 530 dzieci (Klinika Hei-

delberg) stawia wyżej DT. niż AT. Inni znów, jak np. Kretschmer, nie widzą w DT. nic lepszego ponad AT. Jak znów wytłomaczyć taki fakt, że Pohl-Drasch⁽⁸¹⁾ na podstawie własnych i cudzych badań dochodzi do wniosku, że Pirquet przy stosowaniu:

**Wyniki
próbne róż-
nych tuber-
kulin**

AT	} wypada	w 66% niż przy AF
		81% " " BE
		83% " " SBE
	silniej —	

**Różne me-
tody skór-
ne**

Sprawa zawiła, nierozstrzygnięta. Następnie zjawia się pytanie: jaka metoda stosowania jest najlepszą: naskórna (Moro), skórna (Pirquet), wewnątrz skórna (Mantoux) czy dawna podskórna (Koch). I tu zdania nowszych autorów są mocno i to do tego stopnia podzielone, że na tej podstawie niepodobna dojść do określonego wniosku, która z tych metod właściwsza i do osiągnięcia pożądanego celu, rozpoznania gruźlicy, prowadząca. Sprawę tę wikłają jeszcze następujące okoliczności, związane ze skórą, jako narządem odbiorczym dla tuberkuliny.

**Besredka
(uodpornie-
nie miejsco-
we)**

Dzięki pierwszorzędnej wagi badaniom Besredki⁽¹⁵⁾ o „uodpornieniu miejscowym („immunité locale“) — spopularyzowanym przez Delatera⁽²³⁾ — posiadamy solidne podstawy naukowe dla zakażeń tego rodzaju, jak wąglikowe i gronkowcowe, gdzie bramą wejścia zarazka jest skóra. Teorię Besredki wzmocnia mocno ta okoliczność, że jego doświadczenia na zwierzętach zgadzają się zupełnie z kliniczną ludzką przy stosowaniu opatrunków miejscowych (badania Bassoupaulet⁽⁵⁾). Bakterjologia i serologia pouczają nas, że niezawsze tak bywa: dość wspomnieć zupełnie odmienne działanie antytoksyn, błoniczej i tężcowej, u zwierząt i u ludzi. W stosunku jaki zachodzi między jadem gruźliczym a skórą sprawa wcale nie przedstawia się tak prosto.

**Rola
skóry**

Leichtweiss⁽⁶¹⁾ np. twierdzi, że skóra sama przez się ma jakoby wytwarzać odtrutki (antikörper) i tym sposobem wzmacniać stan uodpornienia ustroju.

Sahli idzie znacznie dalej. W jednym miejscu powiada dosłownie: „czynnik histogenetyczny nadwrażliwości skóry na tuberkulinę, uwidoczniiony przez powyższe doświadczenia (mowa o różnych stopniach zaczerwienienia, naciecznienia etc. przy R.) wykazuje, że właśnie w skórze wytwarzają się odtrutki w szczególnej obfitości, a węc „odczyn wew.-skórny ma duże znaczenie immunizacyjne, dostarczając odtrutki skóry do ogólnego krążenia“. Dodaje wprawdzie, że „skóra nie jest jedynym źródłem odtrucenia, i że dużo innych narządów — zwłaszcza dotkniętych gruźlicą, wytwarza wolne odtrutki, dzięki ich własnej „histogenetycznej nadwrażliwości“.

Stąd dla klinicysty wniosek: jeśli skóra wytwarza sama przez się pod wpływem tuberkuliny odtrutki, to trudno określić ich ilość w stosunku do odtrutek, wytworzonych w innych narządach i tkankach, a stąd dalszy wniosek, że również trudno określić rozmiary działania immunizacyjnego skóry, jako takiej, na gruncie uodpornienia całego ustroju. Dalej będzie o tem mowa przy omawianiu metody Ponnorfa i Petruschkyego. Następnie, zachodzą jeszcze inne okoliczności, które wikłają tę sprawę. Skóra zwiotczała sprowadza zmniejszenie odczynu; naodwrot „Turgor“, wrażliwość skóry, stany nerwowe. nerwowa regulacja stanu naczyń mają jakoby potęgować R. (patrz 45 i 75). Dodajmy do tego jeszcze fantastyczny wpływ na odczyn skórny takich czynników fizyczno-chemicznych, jak słońce naturalne, lampa kwarcowa,

kąpiele gorące i kąpiele potne. Rüscher⁽⁹³⁾ np. wykazuje, że skóra, zabarwiona mocno na czarno słońcem, albo mocno przekrwiona przez lampę kwarcową, daje odczyn Pirqueta znacznie słabszy, niż słabo zabarwiona lub słabo przekrwiona. Przekrwienie bierne Bierera oraz kąpiele potne zmniejszają odczyn skóry, zaś duże gorące kąpiele („heisse Vollbäder“) zwiększają ten odczyn. Jak wytłomaczyć te łamigłówki, niewiadomo. Również ciekawy jest wpływ morfiny: jeśli zmieszać AT. z roztworem jednocentowym MF., to Pirquet u dzieci poniżej 15 lat jest znacznie silniejszy, niż przy użyciu czystej AT. Czasem taka mieszanina u dzieci jawnie gruźliczych daje odczyn dodatni tam, gdzie czysta AT. wypada ujemnie (Arnsón). W związku z tem zauważymy mimochodem, że taka ciekawa sprawa, jak energia skóry na próbę v. Pirqueta podczas odry jest również niewyjaśniona. V. Pirquet tłomaczy ją pochłonięciem energii przez jady odry, ale to pachnie nieco metafizyką. Hayek zaś objaśnia to naciecznieniem tkanek wskutek wysypki (Durchträngung). Cytowany wyżej Bessau tłomaczy to zmniejszenie wrażliwości na tuberkulinę w odrze przez „antyanafilaksję („Gifftantianaphylaxie), ale dodaje że mechanizm tej „antyanafilaksji“ jest trudny do wytłomaczenia.

Otóż na tle działania tych czynników fizyczno-chemiczno-biologicznych na skórę, rozumiałem i stają się różnorodne zapatrywania rozmaitych klinicystów na to, jaka metoda stosowania tuberkuliny jest najlepsza. Peyer⁽⁷¹⁾ np. uważa, że skórna jest lepsza od naskórnej dla kliniki; dla celów zaś naukowych najwłaściwsza jest podskórna, jako dająca możliwość dokładnego oznaczenia („Titrierung“) wrażliwości na tuberkulinę. Inni znów uważają za najlepszą śródskórną Mantoux. Sahli np. jest bezwzględny jej zwolennikiem, jako nadzwyczaj czulej, i podkreśla, że daje ona odczyn dodatni w tych ciężkich przypadkach, „gdzie metoda podskórna pozostaje bez odczynu zarówno ogniskowego, jak ogólnego, i tym sposobem można ją wykorzystać dla celów rozpoznawczych“. Inni klinicyści są wręcz innego zdania. Pohl-Drasch⁽⁸¹⁾ na podstawie dużego materiału klinicznego wykazuje, że przy ujemnym Pirquetcie, odczyn podskórny może być b. silny. Jest, jednym słowem, duże pomieszanie pojęć¹⁾.

**Stosunek
między R.
ogólną a
miejscową**

Tu pragnęlibyśmy jeszcze wspomnieć o spostrzeżeniach szeregu autorów, a przedewszystkiem Pohl-Drascha, że n.ema żadnego wyraźnego związku między odczynem czy alergią skóry a alergią całego ustroju oraz alergią chorożnego ogniska. Jak widzieliśmy wyżej przeciwne stanowisko zajmuje Sahli, dla którego większy lub mniejszy stopień alergii skóry stanowi kryterjum odczynu wewnątrz ustroju. Stąd wniosek wbrew Sahlemu, że wynik próby przy tej czy innej metodzie nie daje mocnej podstawy dla swego leczenia, o którym można sądzić dopiero na podstawie ogólnego odczynu (gorączka, osłabienie etc.) i ogniskowego, czyli post hoc. Wypada więc stąd, że leczenie swoiste, pozbawione wytycznych biologicznych, jest leczeniem przeważnie empirycznym.

**R. w gruź-
licy chirurg-
i zożlach**

Wobec tych rzeczy zagadkowych w zakresie próbnego odczynu (skórnego, podskórnego etc.) i jego stosunku do odczynu ogólnego i ogniskowego nie zadziwią nas porównawcze wyniki R. ogniskowego w gruźlicy chirurg. u róż-

1) Próbowana przed 13 laty w Sanatorium (Zakopane) w celach rozpoznawczych maść tuberkulinowa Moro u 500 chorych (od 15 i powyżej 50 lat) dała u chorych z zupełnie pewną gruźlicą wynik ujemny w 33% (29).

nych klinicystów oraz jego zestawienie z R. w gruźlicy narządów wewnętrznych. Stromeyer (cytowany przez Rüschera) znajduje stały R. ogniskowy w gruźlicy kości i stawów, zwłaszcza bez przetoki (w przetokach zawodzi, ale bardzo rzadko) i przytem silniejszy w świeżych sprawach i uważa go za odczyn swoisty, gdyż nie istnieje w sprawach analogicznych, niegruźliczych — znknięcie uważa Stromeyer za dowód wyleczenia. Rüscher zaś na 18 przypadków gruźlicy stawów ma tylko 4 razy R+; w 12 z przetokami ani jednego odczynu dodatniego. Ponieważ zaś przy nieobecności ogniskowego zdarza się duży odczyn ogólny, Rüscher więc uważa odczyn ogniskowy za kapryśny. („Launenhaftigkeit der Herdreaktion“). Löttsch⁽⁶⁾ na 229 chorych z gruźlicą chirurgiczną w wieku od 10 i poniżej 50 lat ma 36,7% R+ i 63,3% R—.

Sund (Norwegja) — cytowany przez Rüschera uważa znów odczyn ogniskowy w gruźlicy kości i stawów raczej za wyjątek, niż za regułę nawet przy maksymalnych dawkach tuberkuliny. Hoffa⁽⁴⁴⁾ zaś utrzymuje, że do „Pirqueta“ u dzieci należy wogóle odnosić się z wielką rezerwą zarówno pod względem rozpoznania jak i rokowania. W ocznych sprawach złoźowatych, których częstym objawem są pryszczyki (flikteny), próby Pirqueta na dużym materiale klinicznym (klinika profesora Wesselęgo w Würzburgu), zestawionym przez Landenberga⁽⁴⁵⁾, wykazują następujący odsetek w czterech grupach wieku:

0 — 2 lat R+	80%
2 — 15 lat R+	96,90%
16 — 30 lat R+	97,8%
powyż. 30 lat R+	100%

Podkreśla to Peyrer⁽⁷⁷⁾, uważając zgodnie z Wesselym, że objawy oczne a zwłaszcza „pryszczyki“ wykazują dużą wrażliwość na tuberkulinę. Tak samo rzecz się ma z Erythemą nodosum, np. Hamburger^(41b) w 95 — 100% R+. Na podstawie zestawienia obszernego własnego i materiału całego szeregu badaczy dochodzi cytowany wyżej Rüscher do wniosku, że odczyn Pirqueta okazuje się silniejszy w tak zwanej gruźlicy chirurgicznej (najsilniejszy w cierpieniu gruczołów szyjnych zamkniętych lub z przetoką oraz gruźlicy kości z przetoką), aniżeli w postaciach czystej gruźlicy narządów wewnętrznych.

Jest to zjawisko dziwne, skoro zauważymy, że taka umiejscowiona gruźlica jest w każdym razie łagodniejszą formą, niż Tbc. narządów wewnętrznych, że przebiega częstokroć bezgorączkowo, co świadczy o mniejszym zatruciu organizmu, którego stan ogólny w Tbc. chirurg. przeciętnie bywa wyraźnie lepszy, niż w wewnętrznej. Zdawałoby się także, że tego rodzaju zjawisko znajduje się w sprzeczności z wynikami badań nad uodpornieniem właśnie w Tbc. narządów wewnętrznych.

Cytowany wyżej Bessa u także twierdzi, że odczyn miejscowy na tuberkulinę nic nie mówi o umiejscowieniu zakażenia, o stopniu wrażliwości ustroju na nie, i że wogóle niema prawidłowej równoległości między odczynem miejscowym a ogólnym. Sahli wypowiedzi, jak wyżej mówiliśmy — wręcz przeciwnie poglądy. Do bardziej jeszcze ciekawych wyników dochodzi Lange⁽⁷⁵⁾. Stosował on AT. jako próbę alergii wyłącznie wewn.-skórnie u 310 osobników w wieku poniżej 15 i do powyżej 50 lat, wśród których: klinicznie zdrowi, podejrzani, wszystkie postaci gruźlicy płuc, (produkt. i wysięk.) oraz Tbc kości i gruczołów u dzieci. Wypada, że zdro-

wi okazują wysoką wrażliwość w 51%, chorzy ze średnią gorączką w 53%, z wysoką w 52%. Chorzy i zdrowi razem wedle wieku: wysoka wrażliwość poniżej 15 lat w 64% a powyżej 50 lat w 68%. Wyniki badań formuluje autor w trzech wnioskach: 1) między stopniem wrażliwości na tuberkulinę a rodzajem choroby, jej rozszerzeniem i przebiegiem niema żadnej równoległości; 2) niema żadnego związku między wrażliwością na tuberkulinę a ciepłotą ciała, stanem odżywiania i wiekiem; 3) wartość prognostyczna próby tuberkulinowej sprowadza się niemal do zera *).

Po rozważeniu całego szeregu zagadnień teoretycznych i klinicznych przechodzimy do leczenia i zaczynamy od dawkowania próbnego z czasów ery Kochowskiej jako podstawy do dawkowania leczniczego.

Dawkowanie (próbne) Przypominamy dane faktyczne z cytowanej już naszej pracy^(28a). Beck, zgodnie z wskazaniami Kocha; wstrzykiwał co 1 — 2 dni po 1 — 5 — 10 miligr. AT. i jeżeli nie miał wy-

*) Dwa słowa o metodzie Wildbolza i Besredki. Jak wiadomo, polega ona na wstrzykiwaniu wewnątrz-skórnym moczu, zgęszczanego w próżni przy 65 — 70° do 1/10-ej pojemności, i ma wywoływać u gruźliczych odczyn na wzór Pirqueta, a zatem służyć do celów rozpoznawczych. Obszerna w tej sprawie literatura wykazuje, że zamierzenia autora chybiły celu, odczyn bowiem wypada ujemnie w niewątpliwiej gruźlicy i dodatnio u ludzi zdrowych; nadto zaś wypada dodatnio na 14 dni przed zejściem chorego, u którego próba tuberkulinowa dała wynik ujemny. Wreszcie odczyn ten wedle szeregu badaczy Trenkel⁽¹¹³⁾, Gra^(39bis), Adler⁽²⁾ i inni pozbawiony jest swoistego znaczenia poprostu dlatego, że jest zależny właściwie od chemicznych składników moczu. Schreiber⁽⁹⁴⁾ mówi o zupełnie sprzecznych wynikach. Wedle F. Bessana^(13a), Kusau⁽⁵⁶⁾ i Biese nieposiada żadnej wartości rozpoznawczej; zjawia się bowiem w gościu stawowym, przy gonokokach, w stanach nerwowych, w żółtaczce. Wobec takiego powikłania sprawy ze skórą, jako narzędziem odbiorczym tuberkuliny dla celów rozpoznawczych (o leczniczych mowa dalej) szukano innych metod do tych samych celów. — Popularna we Francji ostatnimi czasy stała się metoda odchylenia dopełniacza (Bordet-Gengou) wprowadzona, o ile z dostępnej literatury wiadomo — przez Wilda, o której znany badacz Emile Sergent przy stosowaniu „antygeny Besredki“ powiada, że jest lepsza od odczynu tuberkulinowego i stanowi postępek na drodze rozpoznania gruźlicy⁽¹⁰⁴⁾. Zdaniem niektórych francuskich badaczy „antygen Besredki“ (wyciąg z hodowli Tbc na jajku kurzem bez gliceryny i buljonu) ma być lepszy od antygeny peptonowej B. Calmettea i antygeny metylowej Petrqffa i odgrywać poważną rolę w rozpoznaniu Tbc. przewodu moczopłciowego (nerki, przyjądrza etc.) i chirurgicznej (kości, gruczoły), lecz bez znaczenia w gruźlicy płuc początkowej, o co głównie chodzi w klinice.

Natomiast wedle innych franc. klinicystów „Besredka“ występuje dodatnio w przymiocie i zimnicy, w chorobie Brighta i innych, wypada zaś ujemnie nawet w zbitym naciek gruźliczym całego gór. płata oraz w wysiękach gruźliczych o postaci wyraźnie limfocytowej. Stąd też klinicyści, jak Ameuille, Armand-Deville⁽²²⁾ i inni (Paryż), mocno powatpiewają o jego roli rozpoznawczej (ibid.) Także wybitny badacz na polu gruźlicy, jak Rist wyraźnie powiada: „Wartość rozpoznawcza od-

rażnego odczynu, dawki te powtarzał. Fran z wstrzykiwał, — jak wiadomo — dwie tylko dawki 1 i 3 miligr. otrzymywał 54% — 60% wyników dodatnich u zdrowych jednorocznych żołnierzy w armji austro-węgierskiej. B a n d e l i e r wstrzykiwał w odstępach parudniowych 4 dawki: 1 — 5 — 10 — 10 miligr. uważając inne dawko-tanie za chybiające celu. M ö l l e r — 2 — 10 miligr. od 1 — 4 razy, wychodząc z tego z ożenia, że nadwrażliwość chorego na tuberkulinę może już nastąpić po pierwszej dawce, musi zaś nastąpić po 4-ej. R o e p k e uważał takie małe dawki za bezcelowe i stosował 3 dawki: 1 — 3 — 6 miligr. Od lat kilkunastu pod wpływem G o e t s c h a i S a h l i e g o dawki próbne — jak wiadomo — są dziesięćsto- i tysiackrotnie mniejsze.

Jeśli zwrócić uwagę na tę różnorodność dawek, w których do ustroju w ciągu dni kilku wprowadzone są ilości tuberkuliny, tak bardzo różne, wyniki zaś dodatnie są albo jednokie, albo bardzo do siebie zbliżone, a z drugiej strony możliwość zejścia przy minimalnej dawce wskutek rozsiania gruźlicy do wszystkich narządów, — to, zaiste, stoimy przed zagadnieniami trudnymi do rozwiązania.

Usiłują to tłumaczyć M ö l l e r, L o e w e n s t e i n i inni różnym stopniem nadwrażliwości u różnych osobników, „nadwrażliwości“, która ma być przejściową fazą do uodpornienia na gruźlicę, a nazwana była już dawno przez jej wynalazcę B e h r i n g a zjawiskiem paradoksalnym. Ale i dziś jeszcze, wedle takich powag, jak W a s s e r m a n i U h l e n h u t h, sprawa „nadwrażliwości“ wcale wyjaśniona nie jest“. (Patrz Nr. 49 zebrane przez K l e m n e r e r a opinie różnych badaczy). Operuje się więc oderwanymi terminami dla wyjaśnienia zjawisk biologicznych bliżej nam nieznanych.

Pytamy jednak, gdzie granica między takim stanem anafilaksji a uodpornieniem, które ma być ostatecznym celem stosowania tuberkuliny? Cel ten, jak dotąd, wydaje się iluzoryczny, uodpornienie bowiem na maksymalne dawki tuberkuliny lub tuberkulin, tysiackrotnie i milion razy większe przy końcu niż na początku leczenia, nic nie ma wspólnego z uodpornieniem na gruźlicę, czyli na działanie chorobotwórcze laseczników K o c h a.

Rzeczaliśmy się obszernie o rozmaitych szczegółach, dotyczących odczynu tuberkulinowego, oraz odczynu, wywołanego u gruźliczych przez ciała białkowe i niebiałkowe, aby wykazać niesłychanie powikłany mechanizm działania tych wszystkich ciał na ustrój ludzki. Stąd a p r i o r i wniosek, że leczenie swoiste preparatami z Tbc jest również rzeczą nadzwyczaj powikłaną już z czysto teoretycznego stanowiska, że brak mu ścisłych naukowych danych brak wytycznych dla uzasadnienia całego modus f a c i e n d i klinicznego.

Leczenie swoiste Przechodząc do kliniki leczenia swoistego wracamy znów do jego twórcy, do K o c h a.

Na podstawie przytoczonych na wstępie jego genialnych koncepcyj, których treścią jest raz

czynu B e s r e d k i, mówiąc wyraźnie, jest żadna“⁽⁹⁰⁾.

Tymczasem Lidja R a b i n o w i t s c h^(87c) na podstawie ogromnego materiału (2762 chorych) i W a t a n a b e⁽¹¹⁸⁾ dochodzą do wniosku, że odczyn dodatni występuje w 84% Tbc. płuc, a wśród 16% ujemnych znajdują się albo bardzo ciężko chorzy w stanie charłactwa, albo bardzo lekkie zajęcie wierzchołków, i wyrażają się z wielkiem uznaniem o „Besredce“.

uodpornienie na toksyny gruźlicze, to znów uodpornienie na Tbc, powstaje przede wszystkim pytanie, dotyczące wskazań, a mianowicie: czy wszelkie postacie gruźlicy, a więc p r i m o l o c o o p u c a, następnie inne narządy wewnętrzne, a wreszcie tak zwana gruźlica chirurgiczna, nadają się, niezależnie od stopnia schorzenia i stopnia intoksykacji ustroju, do swoistego leczenia? Odpowiedź K o c h a brzmi „tak“, ale przedstawia tak rozległą i różnobarwną gamę tonów, że wśród nich zatracą się zupełnie poczucie rytmu.

Wskazania (Kocha)

K o c h dla każdej ze swych trzech tuberkulin (AT, TR, BE.) miał nader różne wskazania. W pracy swej^(51a) powiada, że do leczenia AT, nadają się właściwie początkowe okresy gruźlicy płuc i gruźlica chirurgiczna. Ale dalej mówi, że chorzy z jamami nie nadto wielkimi zostali prawie wyleczeni, a nawet chorzy z dużymi i licznymi jamami doznawali podmiotowego, w prawdzie przejściowego, polepszenia w znacznej większości przypadków. Dla TR, wskazania są zupełnie inne, a mianowicie: u chorych z ciepłotą ponad 38° tylko wyjątkowo można stosować TR., wyłączeni zaś są chorzy z gruźlicą posuniętą i z zakażeniem wtórnym (paciorkowcami lub innymi drobnoustrojami).

Dla BE. znów wskazania są wręcz przeciwnie. Ponieważ chodzi K o c h o w i o aglutynację quand m ê m e, więc wstrzykuje BE. wszystkim suchotnikom, z wyjątkiem stanów zupełnego zniszczenia płuc bez żadnej nadziei na poprawę, przy daleko posuniętem ogólnem osłabieniu lub w razie niedomogi serca. Stan gorączkowy nie tylko nie jest przeciwwskazaniem, lecz, przeciwnie, K o c h dąży do wywołania odczynu przez podniesienie ciepłoty nawet o 2°, byleby tylko nastąpiła aglutynacja.

Wskazania (szkoły Kocha)

Komentarze zbyteczne, sprzeczności same biją w oczy. — To samo pod względem wskazań dotyczy uczniów i zwolenników K o c h a. We wszystkich trzech okresach gruźlicy płuc (wedle klasyfikacji T u r b a n a) stosowali AT. w Niemczech: M ö l l e r, K a i s e r l i n g, H a g e r, L ü d k e, K r ü g e r, K r a u s e, R e b o l d. W Szwajcarii: T u r b a n, R o e m i s c h, A m r e i n z a s i J a q u e r o d z pewnymi zastrzeżeniami. W Belgji w trzech okresach D e n y s stosował B F oraz S c h n ö l l e r w Szwajcarii. Lekkie przypadki pierwszego i drugiego okresów w Niemczech: H a m m e r, G o e t s c h, P ö p p e l ' m a n, w Rumunji M i t u l e s c u. Osobne stanowisko zajmował przed 18 — 19 laty S a h l i stosując TBk. na ogół zapobiegawczo przy pojeźrzeniu na gruźlicę albo w początkowej gruźlicy przy dobrym stanie ogólnym; bez gorączki.

Z prac jego za ostatnie 4 — 5 lat widać, że przy „sub-epidermalnem“ stosowaniu — TBK B e r a n e c k a. poddawane są leczeniu dalsze okresy gruźlicy pł. a czasem nawet przypadki ciężkie na żądanie samych chorych doznających dzięki TBK poprawy stanu ogólnego.^(94g).

Wskazania więc były przed kilkunastu laty kalejdoskopowo różnobarwne. W znacznej części pozostały takimi do dziś. Dla T u r b a n a np. i dla G a b r y ł o w i c z a (Finlandja) ciepłota ponad 38° służyła za przeciwwskazanie. Niemniej K r a u z e widział w BE. niemal specyfik przeciw gorączce. B e r a n e c k, G u i l l e r m i n i F i d l e r spostrzegali wyraźne działanie przeciwgorączkowe TBK. Wszyscy niemal zgadzają się na to, że daleko posunięta sprawa rozpadowa, ogólnie osłabienie, niedomoga serca i powikłanie gruźlicą jelit stanowią wyraźne przeciwwskazania. powikłanie zaś gruźlicą krtani nie jest przeciwwskazaniem dla T u r b a n a i B a n d e l i e r a. Tak samo sprzeczne poglądy, co do krwotoków. Gorący zwolennik: AT jak np. W. N e u m a n n

(Wiedeń) stosuje ją z wyjątkiem suchot galopujących i daleko posuniętej bezkrwistości w otwartej Tbc. z gorączką powyżej 38° i otrzymuje dodatnie wyniki przez wywołanie umiarkowanego odczynu ogniskowego i przez możliwe podniecenie narządów limfatycznych. Specjalnie zaś podkreśla dodatnie działanie w wysiękach gruźliczych opłucny, gdzie po 1 do 3 wstrzykiwaniach AT, spada ciepłota i wsysa się szybko wypocina, zapobiegając tym sposobem wytwarzaniu się gruczyńskich zrostów (72).

Jaką tuberkulinę stosować? Jeśli spytamy, jaki gatunek tuberkuliny Kocha stosowali wymienieni klinicyści, to znajdziemy u przeważnej większości AT a potem BE, czasem zaś u tego samego chorego leczenie zaczyna się od AT, a kończy się na BE.—Denys i jego zwolennicy stosowali BF.—To samo daje się powiedzieć o TBK, którą spopularyzował Sahli, i która była stosowana w różnych krajach Europy oraz w Sanatorjum w Zakopanem w ciągu 2 i pół lat¹⁾.

Różnica w przygotowaniu preparatów — jak widzimy — nie odgrywa żadnej roli, co też obrazowo podkreślił na IV Zjeździe fizjologów niemieckich Petruschky w następujących słowach: „zarówno niepodobna zmuszać kogós, oddającego się muzyce, do grania na skrzypcach, a nie na innym jakimkolwiek instrumencie, jak też niepodobna zmuszać lekarza przy wyborze środków, które mu są sympatyczne, do wyrzekania się w tym względzie swego własnego kryterjum“ (Sic!).

Ze stanowiska naukowego podobne orzeczenie wówczas zakrawało na istny paradoks, i mogłoby służyć za wdzięczny temat do bajeczki: „skrzypce i tuberkulina“.

Dawkowanie (lecznicze) Przechodzimy do dawkowania u Kocha.—Wiadomo, że Koch zaczynał od ogromnej dawki 0,01 AT, którą w następstwie zmniejszył pięć i dziesięciokrotnie.

W 7 lat później, stosując TR, Koch zaczynał od małych dawek, czyli od 1/500 miligr. substancji czynnej, unikając podczas leczenia podnoszenia się ciepłoty, co najwyżej 0,5°. Ale w 4 lata później, przy stosowaniu BE, nie tylko nie unikał ogólnego odczynu, lecz, jak widzieliśmy, dążył do podniesienia ciepłoty, i to aż o całe 2 stopnie.

Czas trwania leczenia Co się tyczy czasu trwania leczenia swoistego, to tu rozbieżności między zwolennikami Kocha są bardzo duże. Sam Koch stosował AT. w początkowych okresach przez 4 do 6 tygodni. W ciągu tego krótkiego czasu chorzy — jak utrzymuje Koch—wolni są od wszelkich objawów chorobowych, tak że można uważać ich za wyleczonych“. Zapomocą TR, stosując większe dawki, Koch jakoby otrzymywał zupełne uodpornienie w ciągu dwóch do trzech tygodni. Dla BE. nie znajdujemy określenia czasu. W każdym razie leczenie za pomocą AT. i TR jest u Kocha bardzo krótkie w porównaniu z jego zwolennikami. U Möllera np. trwało ono 4 do 5, a nawet 12 miesięcy. U Turbana, Lüdkego, Jaqueroda, Gabryłowicza, Amreina, Hammera, Goetscha — średnio 3 do 6 miesięcy. U Denysa średnio 4 do 5 miesięcy, czasem 2 lata. Natomiast u Krügera i Poppelmana kilka tygodni (5—15) Petruschky²⁾ prowadził leczenie w ciągu 2 lat

1) Odsyłając do naszej broszury (28b), przypominamy, że dodatnie wyniki w Sanatorjum (Zakopane) (przed kilkunastu laty) były przy stosowaniu TBK o 20—25% mniejsze, niż przy zwykłym klimacie. W leczeniu, choć materiał przy TBK przeciętnie był lepszy.

2) O nowej metodzie Petruschkyego (linimentum) mowa niżej.

etapami, czyli 3 miesiące leczenia i tyleż przerwy, na wzór leczenia przymiotu, stworzonego przez Fourniera (Paryż). Widzimy więc, że różnice w czasie trwania leczenia są dość pokażne.

Krytyka Virchow Tu, zbaczając nieco w stronę, pozwolimy sobie przypomnieć pamiętne posiedzenia Tow. Lek. Berlińskiego w styczniu 1891 r.—, a więc wkrótce po odkryciu Kocha — na których Virchow i cały zastęp wybitnych anatomo-patologów i klinicystów przedstawili szereg iście tragicznych pogorszeń i rozsiania gruźlicy w różnych narządach, stwierdzone sekcyjnie.

Sceptycyzm polskich klinicystów U nas już za czasów wielkiego entuzjazmu dla AT, tuż po jego wynalezieniu, wybitni klinicyści, jak Dunin, Korczyński, Gluziński, Sokołowski, Przedborski, opisali szkodliwe lub zgubne skutki AT. przy ówczesnej metodzie stosowania. Srebrny przyszedł do analogicznych wniosków po swej podróży do Berlina w końcu 1890 r. Jeden tylko Jasiński ze słowami wielkiego uznania mówi w 1891 r. o leczeniu gruźlicy chirurgicznej za pomocą AT. Gluziński zajmuje i dziś również sceptyczne stanowisko, co do skuteczności AT w gruźlicy płuc. Widział, stosując AT, przed 13 laty tylko pojedyncze dodatnie wyniki gruźlicy kości w Klinice Lwowskiej (35). Taki znany badacz gruźlicy, jak S. Sterling zajmuje także bardzo sceptyczne stanowisko. Rozpatrując szczegółowo działanie tuberkuliny na ustroj gruźlicy, uważa, że jest jedna tylko postać gruźlicy, nadająca się do jej stosowania; „kiedy wszystko się poprawia“ oprócz ognisk „węzłowych“ (foci toridi), wtedy mamy prawo „tuberkuliną popchnąć sprawę gojenia“ (100). Pomimo utartej metody minimalnych dawek, czyli setnych i tysięcznych części miligr., w ostatnich już czasach Fischer (Szwajcaria) wraca do miligramowych dawek AT., ale z domieszką surowicy własnej krwi. Wychodzi on z zasady zupełnej tolerancji ustroju przy wstrzykiwaniu AT do kanału rdzeniowego. (Mieszanka winna być przygotowana w ciągu 10 minut: jeden miligr. AT + 0,2 cm³ surowicy). Dawki zawierają 1/4—1/2 miligr. AT Razem 3—5 wstrzykiwań co 8 dni w trzech okresach Turbana, ale u chorych nie gorączkujących — odczynu ogólnego niema — wyniki mają być zadawalające (34).

Nic więc dziwnego, że wobec tylu sprzeczności przy klinicznym stosowaniu AT. przez jej genialnego wynalazcę, wobec szkód jakie, nie mając dostatecznego teoretycznego uzasadnienia, AT. wyrządziła, rzucili się różni badacze z całą energią i wiarą do wynajdywania nowych preparatów, a właściwie do udoskonalenia tuberkuliny Kocha dla celów leczniczych. Zdają się jednak, że sprawę leczenia swoistego jeszcze bardziej pogmatwali.

Różne preparaty Wspomnijmy o bardziej używanych preparatach przed kilkunastu laty i dziś.

A więc:

BF

a) BF Denysa różniący się tem od AT., że, nie będąc podgrzewanym do 80—100°: 1) nie utracił częściowo swych substancji uodparniających; 2) że w BF. są niezmiennione substancje rozpuszczalne w buljonie, które przez nagrzewanie stają się u Kocha nierozpuszczalnemi. — BF. ma więc wedle Denysa i jego zwolenników, być więcej odpowiedni dla swoistego leczenia, niż AT.

TBK

b) TBK różniąca się od AT, tem, że oprócz toksyn zewnątrz-komórkowych, zawiera i wewnątrz-komórkowe, wyciągnięte z ciała Tbc. kwasem ortofosforowym 1%; jest ona połączeniem tych dwóch toksyn. Zaznaczyć należy, że ona to wyłącznie używana jest do celów leczniczych przez prof. Sahliego (Bern) i przez niego w świat puszczona. Wedle niego TBK po-

siada jednocześnie właściwości AT. i BE. Nad BE. ma tę wyższość, że w niej „substancje czynne“ są w stanie rozpuszczalnym; gdy BE. przedstawia „grubą zawieszynę“ („suspension grösire“), wskutek czego działanie BE. może być określone tylko w przybliżeniu. Beranek znów mówi, że jego TBk. jest 4 razy mniej toksyczne od AT. Właściwości immunizacyjne TBk. są silniejsze od AT. Z tego wypadło, że TBk. jest najlepszym z dotychczas używanych preparatów swoistych.

Sahli twierdzi, opierając się na rozmaitych objawach wewn. skórnych jej stosowania, mianowicie: oprócz zwykłego odczynu (zaróżnienie i lekkie nacieczenie), TBk. daje jeszcze następ.: 1) „nekrozę bezpośrednią“ koloru „gris perle“; 2) nacieczenie guzkowate długotrwałe przy słabym zaczerwienieniu; 3) „odczyn wew.-skórny“ ropny czyli zimny mikro-ropień tuberkulotoksyczny z ropą jałową“ (94d).

Stąd dosłowny wniosek: „ponieważ te rozmaite postacie odczynu mają swą analogję w patologji gruźlicy, tuberkulina więc Beraneka o tak różnobarwnem działaniu jest mieszaniną kompletną antygenów gruźliczych, a to tembardziej, że nie można tego wykazać w innych tuberkulinach“. Tulaza — Behringa, która narobiła tyle hałasu na Zjeździe Gruźliczym w 1905 r. (Październik) w Paryżu, po kilku latach niefortunnego bytowania znikła z horyzontu leczenia swoistego, pozostawiając tajemnicę swych narodzin nielicznemu tylko kołu najbliższych współpracowników Behringa.

IK Spenglera, która miała nielicznych, ale gorących zwolenników, wedle Roepkego zaś tyle jest warta, co zwykły fizjologiczny roztwór soli kuchennej.

Autotuberkulina Rotschilda; przygotowana z hodowli własnych laseczników chorego i u niego specjalnie stosowana.

Pomijając inne preparaty, należy poświęcić słów parę

„Partialantygeny“ „Partialantygenom“. — Wynalezione przez Deyckego i Mucha przez rozszczepienie Tbc. na składowe części zapomocą nagrzewania przy ciepłocie 50° pół procentowym kwasem mlekowym następnie 10 przefiltrowana część, rozpuszczalna w wodzie, 20 osad MTBR nierozpuszczalny w wodzie, pod działaniem wysoko-temperatury rozkładający się na trzy ostro od siebie odgraniczone części: a) grupa białkowa A; b) grupa kwasów tłuszczowych i lipidów; c) tłuszcze obojętne i alkohol tłuszczowy. — Deycke i Much, wychodząc z tej zasady, że, gdzie przy próbie Pirqueta brak jest odpowiednich do tych składowych części ciał ochronnych, tam należy stosować odpowiedni antygen, aby je wywołać w ustroju. — W sprawie tej stawiają słuszne zarzuty Preiss i Hamburger. Pierwszy (85) zaznacza, że rozszczepiony pod wpływem kwasu mlekowego przy C. 50° Tbc. staje się martwym, doznaje dużych zmian biologicznych w swych składowych częściach, i zupełnie inaczej działa, niż żywy, rozwijający się przy stałej ciepłocie, w ciele ludzkim. Hamburger (41) zaś zwraca uwagę, że dotąd nie znamy ogólnych praw biologicznych działania tuberkuliny, a cóż dopiero mówić o składowych częściach lasecznika.

Sahli zarzuca brak podstaw naukowych całej ich teorii i dowodzi: 1) w „partialach“ brak części przesączonej, która zawiera właśnie najbardziej czynne właściwości antygenowe; 2) techniczny sposób pozyskania odrębnie A, F, N jest bardzo grubym, bez żadnej gwarancji, że minimalne części A nie przystały do FiNi właśnie dzięki temu zanieczyszczeniu przez A jeśli nie w zupełności, to częściowo wy-

stępuje odczyn przy odrębnem stosowaniu F i N, wreszcie 3) wbrew twierdzeniom Deyckego i Mucha, że brak odczynu na poszczególny antygen jest dowodem braku odpowiednich odtrutek, Sahli zapytuje twierdząco, czy właściwie ten brak odczynu nie jest wyrazem uporania się z antygenem, czyli jego odtrucia (94d).

Much (loc. cit.) znów dowodzi, że osad MTBR, będąc wolnym od tuberkuliny, jest milion razy bardziej od niej czynny, a jednak niejadowity, że tuberkulina zabija zwierzęta, i przy dłuższem jej stosowaniu odczyn znika, gdy „partialantygeny“ zwierząt nie zabijają, i przy dłuższem stosowaniu odczyn zwiększa się. Gloger, jako jego zwolennik, dowodzi, że przy stopniowem („abgestuft“) stosowaniu metodą Mantoux lub v. Pirqueta „patiale“ mają dużo rozpoznawcze znaczenie, co się zaś tyczy leczenia, można osiągnąć czynne uodpornienie na gruźlicę (36). — Becker (12) utrzymuje również, że wskutek dokładnego dawkowania „partiale“ mają większą wartość rozpoznawczą od „Morodii“, „Pondorfa“. — Przy leczeniu jednak radzi być ostrożnym w ciężkich przypadkach z powodu możliwych opóźnionych pogorszeń. — Pohl-Drasch (81) dowodzi, że ostrożne ich stosowanie wskazane jest w ciężkiej gruźlicy, t. j. tam, gdzie AT. jest przeciwwskazana i że wogóle wyniki lecznicze są zupełnie zadawalające*).

Brinkman (17) powiada: „stanowią one mały krok naprzód w walce z gruźlicą“. O ile jednak z nowszej dostępnej literatury wiadomo nam, to liczba przeciwników „Partiale“ znacznie jest większa od liczby zwolenników.

Fischer (34) zaś powiada dosłownie, że analiza „immunizacji Mucha nie ma żadnej wartości pod względem rozpoznania i rokowania (34). Schmidt znów ze stanowiska klinicznego wbrew Pohl-Draschowi, wykazuje, że w gruźlicy płuc i narządu moczopłciowego „Partiale“ nie dają dodatnich wyników. W gruźlicy chirurg. wyniki dodatnie wynoszą tylko 4% (99).

Nic więc dziwnego, że leczenie „Partialantygenami“ stale jest przedmiotem ożywionej polemiki w kołach zwolenników swoistego leczenia. Uderza przytem przy studjowaniu licznych tej sprawie poświęconych badań okoliczność, że zwolennicy Deyckego i Mucha stosują niemal wyłącznie MTBR, zawierający nie poszczególne antygeny (słowa te podkreślamy), lecz właśnie wszystkie składowe części lasecznika, oprócz, naturalnie, części przefiltrowanej, rozpuszczalnej w wodzie.

Tym sposobem znajdują się ci uczeni w sprzeczności nie tylko z samą zasadą i punktem wyjścia ich badań, ale — co najważniejsze — z celem leczenia „Partialantygenami“.

„Vitaltuberkulin“ Seltera g) przygotowana z żywych Tbc. human. przedtem osłabionych w ich jadowitości przez przeszczepienie na zwierzętach, następnie rozrztartych w moździerzu agatowym tak, że zostaje rozpuszczona w wodzie, żywe zaś Tbc. pozostają w tak niewielkiej liczbie, że same przez się nie wystarczają do wywołania zakażenia. Pod

*) Ponieważ metoda wstrzykiwania dla ogółu chorych jest uciążliwa, zwłaszcza na dłuższą metę, a wcierania maści cieszą się większym powodzeniem, Deycke nie tylko przygotował ostatnimi czasy maść, ale stosuje MTBR w kroplach zarówno w gruźlicy płuc, jak i we wszystkich innych jej postaciach i ma zupełnie zadawalające wyniki, nie mówiąc o lekkim niedomaganiu ogólnem, bólu głowy, nieznacznem podniesieniu ciepłoty ciała w poszczególnych przypadkach. Punkt wyjścia jest ten, że w przewodzie pokarmowym tylko rozpuszczalne w wodzie części AT. wskutek działania kwasu solnego i zczynów (pepsyna i trypsyna) tracą swe swoiste właściwości. Przeciwnie, na MTBR, jako na osad w wodzie nierozpuszczalny, nie mają one żadnego wpływu.

wplywem jednak dzalajacej na nich protoplazmy jako „agresyny“ wywołują (dosłownie) „tylko odczyn w miejscu szczepienia lub w poszczególnych ukrytych ogniskach, ale nie sprawiają postępującego schorzenia wewnątrznych narządów“ (103b) („fortchreitende Erkrankung“); Klopstock (50b) widzi w niej działanie podobne do BE, ale nie lepszego.

Langer i Bessau

h) Zupełnie inne stanowisko w szczepieniach ochronnych u dzieci zajmują Langer i Bessau. Pierwszy (59) wyraźnie ostrzega, że nie wolno szczepić żywych laseczników oseskom wolnym od gruźlicy, i używa szczepionki z laseczników ludzkich, zabitych przy C. 100⁰ w ciągu 1/4 godziny, wypróbowanej na 150 zdrowych świnkach morskich. (Preparat nosi miano „147“). Szczepi owo „147“ w ilości 0,1 cm.³ wewn.-skórnie w trzecha miejscach. Po kilku dniach pryszczki i zaczerwienienie. Po pięciu miesiącach blizna. Szczepiona wówczas tuberkulina daje wyraźny odczyn. Wniosek: jednorazowe wewn.-skórne szczepienie „147“ wywołuje całe miesiące trwającą wrażliwość na tuberkulinę. Otwiera drogę do szczepienia ochronnego osesków, zwłaszcza w rodzinach gruźliczych.

Bessau (14) używa do szczepienia wilgotnej hodowli Tbc., zabitej przez gotowanie w parze wodnej w ciągu godziny. Ale, naśladować drogę naturalnego zakażenia u dzieci robi nast. próbe: szczepi przedtem krowiankę Jennera u dziecka idjoty na udzie (wiek nie podany), wywołując obrzmienie gruczołów pachwinowych, i dopiero do jednego z gruczołów wprowadza jeden miligr. owej zabitej hodowli Tbc. Po sześciu tygodniach silny odczyn tuberkulinowy na dawkę w rozcieńczeniu 1/10000, gdy przed Jennerem, wstrzyknięcie tuberkuliny w rozcieńczeniu 1/10 nie dało żadnego odczynu. Stąd wniosek autora, wprawdzie bardzo ostrożny, o możliwości szczepienia dzieci przeciw gruźlicy. Dalsze badania w toku.

Szczepionka Calmette

i) Dwa słowa tylko. (Ciekawych odsyłamy do znakomitego dzieła (Nr. 19a). Calmette wyhodował z Tbc. human. po 230 przeszczeniach w ciągu 13 lat na pożywce z „kartofla gotowanego w żółci wołu z dodatkiem gliceryny 5%“ nowy typ, nazwany przez niego BCG. („szczepionka bakcyl“) pozbawiony własności trujących i niezdolny do wytwarzania tkanki gruźliczej. Wstrzyknięty podskórnie, dożylnie lub do otrzewny 10 — 15 dniowym cielętom chroni je w ciągu 18 miesięcy od następczego masowego zakażenia. Dawany per os na pół godziny przed ssaniem noworodkom w pierwszych 9 dniach życia w ilości 6 miligr. (w 3 dawkach) uodparnia na następcze zakażenia naturalne przez otoczenie. Kontrola dzieci w następnych miesiącach życia wykazała, że przeszło 96% rozwijało się zupełnie prawidłowo (19b).

Próby w toku. Calmette wyraża się z wielką ostrożnością, ale z nadzieją na przyszłość. Zaznacza jednak, wobec uniwersalności gruźlicy w środowisku ludzkim, że dzieci, jak też i cielęta, mają być szczepione w ciągu pierwszych dwóch tygodni życia.

„Ektebin“ Moro

k) Dość rozpowszechniona ostatniemi czasy (mieszanina AT + nieżywe Tbc. z lanolin. anhyd.) ma jakoby, wtarta w skórę, spowodować zupełną przebudowę ciała lasecznika głęboko w „stratum granulosum“.

„Tebecin“

1) Tebecyna Dostala, emulsja Tbc w fizjol. rozczylnie, które to Tbc mają tak być zmienne w swych właściwościach biologicznych i morfologicznych, że „Tebecin“ nie ma nic wspólnego ze wszystkimi dotąd używanymi tuberkulinami. Ma to być postać Tbc. niekwasoporna z usunięciem tej grupy protoplazmy, która

wywołuje niebezpieczne skutki przy leczeniu tuberkulinami.

Stąd wskazania bardzo rozległe: gruźlica płuc w II i III okr. Turbana z gorączką, gruźlica krtani, oczów, skóry, otrzewny, gruczołów, kości, stawów. Szczęśliwy wynalazca, który tak mówi o swym środku. Pytanie, czy chorzy powiedzą to samo?

„Tuberculo-protein“ („Tebeprotin“)

m) Tebeprotyna (Toenniesena) — „przygotowana z białkowych części Tbc. czysta Tuberkulina“ ma jakoby mieć tę wyższość nad AT, że odczyn próbny jest pewniejszy, przy mniejszym odczynie ogólnym i miejscowym, i że próbne wstrzyknięcia odbywają się tylko raz jeden.

Baumann (6) w gruźlicy płuc miał otrzymać dodatnie wyniki, pod względem polepszenia stanu ogólnego i spadku ciepłoty. Wedle Lydtina zaś ani rozpoznawczo, ani leczniczo AT. nie ustępuje Tebeprotynie.

Taki znany badacz, jak G. Schöder (dopisek do artykułu Baumana) powiada na podstawie własnego doświadczenia, że nawet wstrzykiwania rozpoznawcze nie są pozbawione możliwego niebezpieczeństwa dla chorego. Co się tyczy stosowania leczniczego Tebeprotyny u 40 chorych, wyłącznie „łagodnie produktywnie postacie“, to zgodnie z Baumannem w większości miał dużą poprawę lub wzgl. wyleczenie. Wielokrotnie jednak spotykał duży odczyn ogólny i ogniskowy, u kilku chorych zaś bezpośrednią szkodę, t. j. szybszy rozwój sprawy. Wniosek jego: Tebeprotyna właściwie nie różni się od innych swoistych dotąd używanych środków, ostrzega przeto bardzo mocno przed jej stosowaniem w postaciach wysiękowych.

„Friedmann“

n) „Friedmann“, który przed laty kilkunastu, ukazawszy się na widowni swego leczenia, znikł z niej — zdawało się bezpowrotnie — wskutek ciężkich uszkodzeń u chorych, teraz znów pojawił się odmłodzony i — co dziwne — ma bardzo skąpe wprawdzie grono zwolenników, wśród nich jednak parę znanych nazwisk. Gdy w latach 1903 i 1904 Friedmann ogłosił swe badania nad lasecznikiem żółwia, wykazując duże morfologiczne i biologiczne podobieństwo z tbc. hum. oraz nieszkodliwość dla zwierząt (świnka morska, króliki, psy, kozy, osły; świnię; koń i bydlę rogate) celem uodparnienia czynnego i biernego przeciw zakażeniu przez tbc. human. i bovin. — badania te wywołały wielkie zainteresowanie w świecie naukowym (patrz D. m. W. N. Nr. 2 i 26 1903, i ibid. Nr. 5 i 46 — 1904). Stosowanie jednak jego środka u ludzi wzbudziło słuszne wątpliwości i obawy. Sposób zaś reklamowania w swoim czasie na obu półkulach świata był wysoce niesmaczny. To też na Zjeździe „Zjednoczenia niemieckich fizjologów w Weimarze“ (1920, preparat Friedmanna niemal jednogłośnie został odrzucony, osoba zaś jego była przedmiotem b. ostrej krytyki*).

Możemy jeszcze pokrótce wspomnieć z dawniejszych¹⁾: tuberkulinę Rosenbacha na zwykłej pożywce z dodatkiem „trichophyton“; 2) tuberkulomucyn „Veleminskyego — buljon z dodatkiem mucyny, pozbawiony Tbc. przez przesącz³⁾; „Tuberkulo“ Landmanna.

Z nowszych

„Szczepionka Shigu“ składająca się z zawiesiny żywych, niedowitych Tbc. z dodatkiem przesączu hodowli buljonowej tychże samych Tbc. i „surowicy uodparniającej“ („Tbcimmunserum“).

*) Patrz wypowiedziane tam opinie: Bacmeister Freymut, Grass, Hartman, Helm, Koch, Røepke i inni. Wśród zwolenników Klopstock otrzymał w gruźlicy płuc (II Okr. Turbana) 33% polepszeń stanu ogólnego, 33% polepszenie znaczne płuc (50c). Patrz spora literatura o Friedmannie Uirici (115).

Stosowana wyłącznie u Jawajczyków, dała jakoby w szeregu przypadków ze złem rokowaniem (między innymi w ciąży u gruźliczych) dobre wyniki. Badania dalsze w toku. (Heinemann⁽⁴²⁾).

„Szczepionka koloidalna“ Grinberga, składająca się z Tbc. zabitych, rozproszkowanych i doprowadzonych do stanu koloidalnego, wstrzykiwana w ilości od 0,1 cm.³ do 1 cm.³ ma dawać bardzo zadawalające wyniki w gruźlicy chirurgicznej (Bader⁽³²⁾).

Angiolimfa Wspomnieć wreszcie należy o modnej skądinąd dziś — najbardziej, niestety, zdaje się w Polsce — i reklamowanej w niebywały sposób „Angiolimfie“ d-ra Rous (nie utożsamiać z nazwiskiem wielkiego uczonego, dyr. Inst. Pasteura dr. Emila Rous). Na ogół dość głucho o niej w prasie lekarskiej zagranicznej. Dr. Pranschil (Truskawiec) miał dodatnie wyniki w kilkunastu przypadkach gruźlicy płuc i gruczołów śródpiersia. Stosował ją również z pomyślnym skutkiem Frisch⁽³³⁾ w ciężkiej gruźlicy płuc na klinice wiedeńskiej prof. Ortnera. Walkowski⁽¹¹⁹⁾ w 50 przyp. Tbc. płuc ciężkiej i w Tbc. chir. bardzo zadawalające wyniki.

Ja zaś osobiście widziałem u chorych z posuniętą gruźlicą płuc fatalne skutki jej stosowania. Z powodu owej Angiolimy należałoby zauważyć, że jeśli ciała niebiałkowe (jak wyżej wspominaliśmy), między innymi cukier gronowy, sprowadzają odczyn zupełnie podobny do tuberkulinowego, to mogą to samo czynić glikozydy roślin, wchodzących w skład Angiolimy (Ixia Rosea, Morea Sinesis i Orchismaculata). Pytanie tylko, kiedy wywołany odczyn działa dodatnio, a kiedy ujemnie?

Zapytany przeze mnie listownie znany klinicysta paryski, Dr. Rist, udzielił mi odpowiedzi (data 24/III 1925) z upoważnieniem do ogłoszenia, streszczającej się w 2-ech punktach: 1) Angiolimfa nie była nigdy stosowana w żadnej oficjalnej klinice paryskiej, 2) jest ona zwykłym oszustwem i szarlataństwem.

Metoda Petruschkego

Zostawiliśmy osobne miejsce dla Petruschkego i Ponnendorfa ze względu na ich preparaty i metodę stosowania, która, co się tyczy Ponnendorfa, stała się dość rozpowszechnioną ostatnimi czasy w Niemczech. Punktem wyjścia Petruschkego⁽³⁹⁾ jest nast. Wcierając w ucho świnki morskiej Tbc., zauważył, że w ciągu już kilku godzin dostają się one głęboko do skóry, w ciągu 24 godzin zupełnie są rozdrobnione, najpóźniej zaś w 48 godz. zupełnie strawione (parenteralnie). To spostrzeżenie skłoniło go do przygotowania „linimentum tuberculini compositum“, które też przez niego wprowadzone zostało do arsenału swoistego leczenia w 1913/14 r. Skład następujący: wyciąg wyskokowo-glicerynowy z wysuszonych hodowli Tbc. + zawiesina rozartych Tbc. — Owo „linimentum“ wedle słów Grossmanna „zawiera wszystkie antygeny w możliwie niezmienionej postaci, mocno rozdrobione i o znacznie zmniejszonym działaniu podniecającym“ („sehr herabgesetzte Reizwirkung“). Przytem działa ono wyraźnie odmiennie od dawnego podskórnego stosowania AT. Wobec tego, że wedle zwolenników swoistego leczenia jego punctum saliens stanowi odczyn ogniskowy, antygen przy stosowaniu „linimentum“ zostaje w pokładach skóry zupełnie przebudowany („abgebaut“); wskutek czego odczyn ogniskowy następuje szybciej i w formie znacznie łagodniejszej, niemal bez wywołania gorączki, przy uczuciu jeno zmęczenia i nerwowego podniecenia, czemu jednak towarzyszy znaczne podniesienie łaknienia. „Prze-

ważająca część moich chorych — powiada Petrusky — nie miewa gorączki“. Odczyn ten jednak, jak twierdzi Grossman, jest zupełnie widoczny np. w postaci obrzmienia gruczołów szyjnych lub obrzmienia stawów, wreszcie dostrzegalny w płucach (zwiększenie ilości rzeżeń lub pojawienie się nowych). A co jeszcze ważne, to ta okoliczność, że przy wrażliwych, kolosalnych dawkach odczyn ogniskowy nigdy nie znika, co Grossmann tłumaczy tem, że strawiony linimentum antygen nie może być pochwycony przez odtrutki we krwi i dostaje się wprost do ogniska. Ale sam dodaje, że takie komentarze opierają się na „chwijnym gruncie“.

Nie będziemy wchodzić w szczegóły stosowania, chodzi głównie o wskazania. Otóż tu w ogólnych zarysach w pierwszym szeregu występują świeże i początkowe sprawy płucne, skłonność do krwioplucia, sprawy gruczołowe zewnętrzne (szyja) i wewnętrzne (śródpiersia), gruźlica chirurgiczna (stawy i kości).

Przeciwwskazania: daleko posunięta Tbc. płuc z gorączką, zakażenia wtórne, próchnica kręgow i, naturalnie, meningitis Tbc. i miliaris. Jak widzimy, wskazania są dość ograniczone. Ważniejszą rolę ma odgrywać „sanacja rodzinna“, czyli stosowanie „Linimentum“ u dzieci w rodzinach, gdzie już istnieje gruźlica, po uprzedniej próbie tuberkulinowej dodatniej, chociażby wynik badania fizykalnego był ujemny. Parę przykładów takiej profilaksji (na Helu np.) przemawiają zdaniem Petruschkego za zapobiegawczą rolę Linimentum. — Przyszłość to pokaże.

Metoda Ponnendorfa

Zdawałoby się analogiczny w pewnym stopniu, a jednak wyraźnie odmienny jest punkt wyjścia Ponnendorfa. Wedle niego bowiem skóra zabija Tbc., a jednocześnie przetwarza ją w drobnoustrojów. Rozumowanie oparte na porównaniu z objawami przy szczepieniu krwiaki ospowej, jest tak zawile, że zorjentować się w niem niepodobna.

Przechodzimy do kliniki. Ponnendorf⁽¹⁾ używa dwóch szczepionek. Szczepionka A. zawiera hodowle Tbc human + endotoksyny (dosłownie) „czyli masę z otoczek i ciał Tbc.; które przez specjalną (jaką? mój przypisek) manipulację zostały zabite, rozszczepione (erschlossen) i uczynione zdolnymi do wchłaniania.

Szczepionka B. zawiera w sobie A. + endotoksyny łańcuszkowców, gronkowców, pneumokoków i laseczniaki grypy.

„Kolosalna różnica“ między podskórnym wstrzykiwaniem (Koch a) a „Pondorfem“ polega na tem, że tam dostaje się „zupełnie niezmieniona toksyna do krwi“, gdy tutaj „mocno zgęszczona szczepionka zostaje natychmiast związana przez zmienioną już mocno w nabłonkowych komórkach tuberkulinotoksynę i zamienia się na antytoksynę. Pytanie, jaki dowód na to? Żadne badanie histologiczne skóry, lecz abstrakcyjne rozumowanie, że, gdyby było inaczej, to po każdym szczepieniu następowałoby zarażenie i objawy zatrucia, tymczasem objawy ogólnego odczynu występują po pierwszym szczepieniu dopiero w 36 godz., po drugim — w dwanaście godz. dzięki wchłanianiu przez skórę nowo wytworzonych substancji antytoksycznych, one zaś sprowadzają całkiem inne fizjologiczne działanie, niż tuberkulina, podskórnie wstrzyknięta. (sic!).

I tu występują ciekawe przykłady kliniczne. Toczył się np. przy podskórnych wstrzykiwaniach odpowiada miejscowym odczynem, po zniknięciu zaś jego guzki, nietylko nie znikają,

1) Zwracamy uwagę na tytuł monografii⁽³²⁾: „Heilung“ — wyleczenie, a nie „Behandlung“ — leczenie.

ale, przeciwnie, rozszerzają się i to szybciej, niż przed wstrzykiwaniem podskórnym. Przy „Ponndorfie“ całkiem inaczej: już po czwartym szczepieniu ze zniknięciem odczynu znikają guzki i następuje zablężnienie. (sic!).

Podobna różnica w umiarkowanym nacieku płucnym. Przy podskórnym wstrzykiwaniu: ogniskowy odczyn, zwiększone rzeżenia, obfita ropna wydzielina, często zupełny rozpad, niezadko zjawienie się gorączki na stałe, utrata wagi i często ogólne pogorszenie. Przy „Ponndorfie“, gdy się otrzyma przy pierwszym szczepieniu należyty odczyn skórny z gorączką, następuje przy drugim i trzecim także odczyn ogniskowy, ale, ale... zmniejszają się kaszel i wydzielina; następuje „nadzwyczajnie dobre samopoczucie“, zjawia się apetyt, przyrost wagi, dłużej trwająca gorączka „mięknie“, Tbc. zaś znikają po 8 — 10 miesiącach, wyleczenie zaś po dwóch latach jest pewne“. (sic!). Jednym słowem: „Koch“ — to piekło, „Ponndorf“ — raj!

Dlaczego taka różnica, zapytuje Ponndorf i odpowiada: „może przy stosowaniu podskórnym toksyny szczepiają się z antytoksynami, znajdującymi się dookoła tkanek gruźliczych, i niszczą ich działanie ochronne, gdy przy szczepieniu skórnym gotowe antytoksyny, doprowadzone drogą krwi do miejsc gruźliczych, łączą się z Tbc. i z przesąknięciem toksynami otoczeniem. I jedno i drugie wywołuje zapalenie, ale tu wyleczenie — tam zaś pogorszenie u chorego na gruźlicę. Ostateczny wniosek Ponndorfa: metoda Kocha powinna być zarzucona, jako przynosząca ciężkie szkody gruźliczym.

Ale z wniosku Ponndorfa logicznie znów wypada następujący wniosek. Metoda naskórna (Moro, Petruschky, Ponndorf) stosowana jest mniej więcej od 10 lub kilkunastu lat, natomiast od 1890 r. w ciągu 35 lat jako metoda leczenia tuberkulinami (z wyjątkiem C. Spenglera) była wyłącznie i stale stosowana — podskórna metoda K'o'c'ha. Z orzeczenia więc Ponndorfa wynika wyrok bezapelacyjny — i to nie ze względu na samą substancję AT i nie ze względu na dawowanie, ale wskutek wstrzykiwań podskórnych, zamiast nacinań skóry — dla tej masy chorych, którym stosowano tuberkulinę w Europie i Ameryce Półn. w ciągu 35 lat: zniszczenie i śmierć! Aż wreszcie zjawił się „wielki zbawca“ ludzkości w osobie Ponndorfa. Słowo „wielki zbawca“ nie jest z naszej strony lapsus linguae. Ale popatrzmy na „cud“, dokonane przez Ponndorfa. Co się tyczy płuc już wyżej mówiliśmy, jak prędko wylecza się „umiarkowany“ naciek płuc, ale nawet w przypadkach „straconych“ („verloren“) „Ponndorf“ nigdy nie może szkodzić, przeciwnie, niejednokrotnie poprawia stan ogólny i łaknienie i przedłuża życie. W każdym razie w rozdziale „Granice wyleczenia“; jako przeciwwskazania podkreśla Ponndorf: prosówkę, guzki rozsiane w całym płucu, duże jamy z gorączką, powikłane przez Tbc. w krtani, zapal. gruźlicze opon mózgowych, rozległa gruźlica jelit i gruczołów kreskowych. Pomijając te przeciwwskazania, wszelkie inne postacie, a więc gruźlica gruczołów, skóry, kości, otrzewny, pęcherza, nerek, jelit podlegają wyleczeniu. Nie dość na tem, obiektem zupełnego wyleczenia są następujące choroby: dychawica oskrzelowa, wole, schorzenia oczne (Blepharitis, Choroiditis, Iridocyclitis), skórne (pityriasis versicolor, psoriasis) nast. zaburzenia w miesiączkowaniu, bóle głowy, nocna incont urii

nae, opadnięcie trzew (enteroptosa). (sic!). Ponad tem wszystkim zaś panuje szczepienie ochronne w rodzinach, gdzie znajduje się choćby jeden gruźlik „Jestem — powiada Ponndorf — opokowo („felsenfest“) przekonany o szybkim wykorzenieniu gruźlicy przez moją metodę szczepienia — brak tylko ludzi, którzyby ją przeprowadzili“. Na tem nie koniec. Wychodząc z założenia, że wszystkie choroby zakaźne mają tło gruźlicze, z czem można byłoby się zgodzić w tym sensie, że na zasadzie dziś ogólnie przyjętej teorii, wszyscy w mniejszym lub większym stopniu jesteśmy zakażeni przez Tbc. już w wieku dziecięcym, Ponndorf swoją szczepionką B. wylecza wszystkie choroby. A więc: gościec stawów ostry i przewlekły, podagrę, płonice, zapalenie zastawek serca, zapal. tęczówki pochodzenia reumatycznego, arterjosclerozę, zapalenie i rozszerzenie żył, wrzody z odmrożenia, wrzody żołądka, różne postacie zapalenia nerwów (a zwłaszcza uparty ischias), wreszcie zaburzenia psychiczne: taniec św. Wita, epilepsja streptokokowa, melanchlja, histerja — jako korona: wyleczenie cukrzycy trwającej od 1 — 3 lat.

Materiał Ponndorfa jest bardzo bogaty: 5000 chorych i 50000 szczepień. Powstrzymując się od wypowiedzenia osobistego poglądu zacytujemy opinie znanego badacza w dziedzinie gruźlicy prof. Sörga (Wiedeń) — Uważa on twierdzenie Ponndorfa o wytrzebieniu gruźlicy wśród ludzkości za utopję, zaś o szczepionce B. (przeciw mieszanemu zakażeniu) powiada: „mocno przypomina słynnego księdza Kneippa, który za pomocą wody chciał tak samo wszystko wyleczyć, jak Ponndorf za pomocą szczepionki B.“. Cheinisse⁽²⁰⁾ (Paryż) w bardzo ostrzych słowach krytykuje całą metodę jako niebezpieczną. Z krytyką jeszcze ostrzejszą zwraca się przeciw szczepionce i metodzie Ponndorfa Sahli^(24g) w nast. słowach: „jest to najbardziej niebezpieczny ze wszystkich sposobów stosowania tuberkuliny z powodu grubej techniki i dawkowania, którego, właściwie mówiąc — niema“, a dalej jeszcze mówi: „o wysoce niebezpiecznym ogólnym odczynie i ciężkich pogorszeniach stanu chorych. A zejścia, pomijane dotąd milczeniem, nie każą długo na siebie czekać, jeśli to „końskie leczenie“ wejdzie w praktykę, co można — zdaje się — przewidywać“. Deycke również powiada: „naukowo mało uzasadniona praktycznie jeszcze mniej“⁽²⁵⁾.

„Ponndorfa“ stosują u nas Grucac i Czernicka (klin. chir. uniwersyteckiej w Lwów) w gruźlicy chirurgicznej; a mianowicie: chłoniaki szyi, Tbc. kości i stawów, otrzymuje nast. wyniki: wyleczenia 30%, poprawa 50%, stat. quo 20% (pogorszeń niema) (P. G. L. Nr. 41 — 1924). W Warszawie dobre wyniki w gruźlicy gruczołów śródpiersia u dzieci otrzymywała Woźniakowska (P. G. L. Nr. 40 — 1924). Zmodyfikowanego „Ponndorfa“ na II Klin. Warsz. stosują — zdaje się z dobrym skutkiem — Michalski i Sobieszanski. Dokładne dane nie są nam znane.

Wyniki trwałe*)

Jeśli przejdziemy do wyników trwałych swojego leczenia, to zupełnie miarodajną tu może być statystyka porównawcza tego leczenia z wyłącznie klimatycznym, oparta na wiel-

*) Deycke w ostatnich czasach stosuje własną maść, składającą się z MTBR z dodatkiem piasku kremowego. Aby lepiej była wchłaniana przez skórę. Ma on dodatnie z nią wyniki w gruźlicy skóry i chirurgicznej.

*) Pod terminem „trwałe“ sanatoria, posługujące się językiem francuskim, rozumieją wyleczenia i wyrażenie polepszenie („guérison apparente et amelioration franche“). Niemcy to samo albo całkowitą lub nieco ograniczoną zdolność do pracy („vollständige oder leicht begrenzte Arbeitsfähigkeit“).

kich liczbach, na dziesiątkach i setkach tysięcy chorych.

Statystyki takiej, ułożonej w liczbach absolutnych oraz odsetkach — o ile z dostępnej nam literatury wiadomo — w chwili obecnej niema. W ostatnim okresie wojennym i powojennym, literatura, dotycząca leczenia swoistego, poświęcona przeważnie różnym zagadnieniom teoretycznym, mniej miejsca udziela klinice wogóle, a zestawienia cyfrowe porównawcze znajdujemy w niej zupełnie wyjątkowo. Rozporządzamy więc skromnymi cyframi.

Powołać się np. możemy na wyniki z sanatorium „Midhurst“ (Anglja) (podane przez Burnand), dotyczące 736 chorych, leczonych w ciągu 6 lat za pomocą AT. Nie są one lepsze od wyników zwykłego wyłączenia hig.-djetycznego leczenia⁽¹⁸⁾. To samo powiada powszechnie znany, pierwszorzędnny badacz, G. Schröder o wynikach leczenia w jego sanatorium w Schönberg.-Neuenburg. Dotyczą one 8000 chorych w ciągu 30 lat, w ciągu których w pierwszym okresie 15 lat stosowano wyłącznie metodę hig.-djetyczną, a w drugim 15-letnim okresie na szeroką skalę swoiste leczenie. Otóż między pierwszym a drugim okresem różnicy, jak twierdzi Schröder, niema, czyli że swoiste leczenie, jak wypada z naszych statystycznych zestawień z przed 13 — 14 lat, nie daje lepszych wyników od zwykłego klimatycznego. Pozwolimy sobie przypomnieć statystykę w umiarkowaniu, że nie straciła na swej wartości^(28b).

Materiał, zebrany wówczas przeze mnie, dotyczy sanatoriów i oddziałów szpitalnych dla gruźlicy w następujących krajach: Niemcy, Szwajcaria, Francja, Belgja, Danja i Stany Zj. Ameryki Północnej. Preparaty stosowane są następujące: AT, BE, PTO, tuberkulina Jakobsona i Tbk. Liczba chorych leczonych swoście, przy stosowaniu jednoczesnym metody klimatycznej, wynosi 2596. Trwale zaś wyniki, licząc od początku leczenia, dotyczą przeciętnie okresu 4 lat. Liczba chorych, leczonych wyłącznie klimatyczną metodą, stanowi 19079 (z czego na Niemcy przypada 14933, a reszta 4146 na inne kraje) trwale zaś wyniki sięgają przeciętnie 5 i pół lat.

Przy swoim trwałym wyniku wynoszą 61,8%, klimatycznym 54,7%. Różnica 7% jest tak nieznaczna, że nie może przemawiać na korzyść swoistego leczenia, znaczenie jej zostaje zredukowane niemal do zera, jeśli uwzględnimy parę ważnych szczegółów, mianowicie, że przeciętny okres trwania wyników przy swoim leczeniu — jak wyżej — wynosi 4 lata, gdy przyłączeniu klimatycznym 5 i pół lat. (Wiadomo, że w miarę postępu czasu liczba trwałych wyników nieubłaganie się zmniejsza). Nadto przy swoim leczeniu maksymalny okres ponad przeciętny czteroletni dochodzi do 6-ciu lat i dotyczy tylko 175 chorych Goetscha, co w stosunku do ogólnej liczby (2596) stanowi tylko 0,07%. Tymczasem przy wyłącznie klimatycznym najdłuższy okres dochodzi do 9 — 10 lat i obejmuje 9388 chorych, czyli okrało 49%. Cyfry mówią same za siebie.

Ogólny wniosek

Co się tyczy zreasumowania w jednym ogólnym wniosku rozmyślań naszych nad całym przytoczonym materiałem badań i arsenalem częstokroć sprzecznych z sobą teoryj — możemy powtórzyć niemal dosłownie to, cośmy już powiedzieli przed 17 laty^(28a), a mianowicie: Rozważając całą dotychczasową historję tuberkuliny całe mnóstwo prób i doświadczeń na zwierzętach, wreszcie wyniki uodpornienia u zwierząt i ludzi, otrzymywane w ostatnich już czasach przez Calmetta, biorąc nawet pod uwagę odrzucenie przez szeregi badaczy swoistości próby tuberkulinowej — nie tracimy

nadziei, że z panującego dziś — większego jeszcze niż przed 17 laty chaosu, może się z czasem wyłoni naukowo uzasadniona, swoista metoda leczenia gruźlicy ludzkiej, w ścisłym sojuszu z wypróbowaną od siedemdziesięciu niemal lat higieniczno-djetetyczną.

Warszawa, kwiecień 1925.

Bibliografia *)

- 1) Aronson A.: Kl. W. Nr. 27—1923; 2) Adler A.: Kl. W. Nr. 4—1922; 3) Alstädt in d. Vereinigung d. Lungheilsärzte—1912; 4) Bandelier: Zeit. f. Hyg. Bd. 43—1903; 5) Bass, Soupault et Brouet: Pr. Méd. Nr. 5—1924; 6) Baumann: Beitr. z. 59, 1—2; 7) Bauer u. Engel: Beitr. 13—3; 8) Baudet: Pr. méd. Nr. 22—1923; 9) Bericht über Verhandl. d. Deutschen Tub. Kongr. Elster 1921 in Zeit. f. Tub. 34—7; 10) v. Behring: a) Beitr. z. Exper. Therapie Hft. 3. 5. 8 u. 10; b) B. Kl. W. Nr. 11—1903; 11) Beranek: a) Rev. Méd. S. Rom. Nr. 10—1905; b) Rev. Méd. S. Rom. Nr. 6—1907; 12) Becker: Zeit. f. Tub. Bd. 39—4; 13) Besançon F.: a) Rev. Tub. Nr. 5—1921; b) Pr. méd. Nr. 50 — 1924; 14) Bessau: Kl. W. Nr. 8 i Nr. 9—1925; 15) Besredka: De l'immunité locale. Bull. Pasteur, Nr. 6 et 7—1924; 16) Biese: Beitr. 52—2; 17) B. Brinkmann: Beitr. 49—2; 18) Burnand: Rev. Tub. Nr. 6—1921; 19) C. Calmette: a) Infection bacillaire chez l'homme etc. 1-re et 2-me édition (Paris 1920 et 1922); b) Essais d'immunisation contre l'infection tuberculeuse—Rov. Tub. Nr. 4—1924 (Pr. Méd. Nr. 53—1924); c) „Vaccination des bovidés contre la tuberculose“ etc. Ann. Inst. Pasteur Nr. 5 — 1924; 20) Cheinisse: Pr. méd. Nr. 28—1923; 21) Cohn: Beitr. 11—2; 22) Delille Armand: Pr. Méd. Nr. 69 — 1922; 23) Delater: Pr. Méd. Nr. 1 — 1924; 24) Deycke u. Much: Beitr. 15—2; 25) Deycke: Zeit. f. Tub. 40—3; 26) Deusch: Kl. W. Nr. 3—1922; 27) Denys J.: „Le bouillon filtré“ Louvain 1905; 28) Dłuski K.: a) Beitr. 10—1; b) Beitr. 16—2; 29) Dłuski und Rudzki: Beitr. 26—1; 30) Farago: D. M. W. Nr. 32—1921; 31) Fidler: P. Lek. Nr. 50—1909; 32) Frisch (Gratz): Beitr. 48—2; 33) Frisch (Wien): W. Kl. Nr. 4—1922; 34) Fischer: Zeit. f. Tub. 40—1; 35) Gluziński A.: P. G. Z. Nr. 50—51, 1923; 36) Gloger: Beitr. 46—2; 37) Guillermain: Rev. Méd. S. Rom. Nr. 7 — 1908; 38) Güterbock: Beitr. 48—1; 39) Grossmann: Die spez. Perkutanbehandlung etc. Berlin 1921; 39a) Grass: Beitr. 51—2; 40) Hagemann: Kl. W. Nr. 41—1922; 41) Hamburger: Beitr. a) 48—1; b) 48—2; 42) Heinemann: Beitr. 56—1; 43) Hertwig: „Ueber die physiol. Grundlage der Tuberkulinwirkung“ Jena 1891; 44) Hoffa: Kl. W. Nr. 17—1922; 45) Holzer u. Schilling: Kl. W. Nr. 33 — 1922; 46) Jesionek: Zeit. f. 40—1; 47) Jousset: Pr. méd. Nr. 23 et 32—1923; 48) Kleinschmidt: Kl. W. Nr. 19—1922; 49) Klemperer: D. M. W. Nr. 1—1922; 50) Klopstock: a) Kl. W. Nr. 3—1925; b) Kl. W. Nr. 42—1922; c) D. M. W. Nr. 8—1921; 51) Koch Robert: a) „Weitere Mitteilungen über ein Heilmittel gegen die Tuberkulose D. M. W. Nr. 46a — 1890; b) „Fortsetzung d. Mitteilungen etc“ D. M. W. Nr. 3—1889; c) „Ueber neue Tuberkulinpräparate“ D. M. W. Nr. 14 — 1897; d) „Ueber die Agglutination der Tuberkulbazillen und über die Verwertung dieser Agglutination D. M. W. Nr. 48

*) Skróty:

- Beiträge zur Klinik der Tuberkulose=Beitr.
 Zeitschrift für die Tuberkulose=Zeit. f. Tub.
 Deutsche Mediz. Wochenschrift=D. M. W.
 Münchener Mediz. Wochen.=M. M. W.
 Wiener Mediz. Wochen. = W. M. W.
 Wiener Klin. Woch. = W. Kl. W.
 Klin. Wochen.=Kl. W.
 Berliner Klin. Woch.=B. Kl. W.
 Polska Gazeta Lekarska=P. G. Z.
 Przegląd Lekarski=P. Lek.
 Revue médicale de la Suisse Romande=Rev. Méd. S. Rom.
 Schweizerische Mediz. Wochenschrift=Schw. M. W.

—1901; 52) Krehl u. Matthes: Arch. f. exper. Pathol. Bd. 36; 53) Kraemer: Beitr. 49—3; 54) Kretschmer: Kl. W. Nr. 42—1922; b) D. M. W. Nr. 17—1921; 55) Kuhn: Beitr. 51—1; 56) Kasau: Beitr. 52—2; 57) Lange: Zeit. f. Tub. 40—4; 58) Lange B. i E.: D. M. W. Nr. 8—1922; 59) Langer: Kl. W. Nr. 43—1924; 60) Landerberger: Kl. W. Nr. 7—1922; 61) Leichtweiss: Beitr. 47—1; 62) Lotsch: D. M. W. Nr. 29—1921; 63) Lüdke: M. M. W. Nr. 15 und 16—1908; 64) Lydtin: Zeit. f. Tub. 40—4; 65) Maragliano: Rapport XVII Congrès Franc. d. Méd. Pr. Méd. Nr. 86—1923; 66) Meines: Beitr. 51—1; 67) Meyer-Bisch: Kl. W. Nr. 38—1922; 68) Moro: Kl. W. Nr. 49—1923; 69) Moussu: Semaine Méd. Nr. 49—1906; 70) Much: Beitr. 50; 71) Neufeld patrz Nr. 9; 72) Neumann W. (Wien): W. M. W. Nr. 11 et 12—1922; 73) Neustadt u. Stadelmann: Kl. W. Nr. 4—1922; 74) Nowak: Spraw. Tow. Rolnicze. Kraków—1908; 75) Ohlen: D. M. W. Nr. 32—1922; 76) Petroff: Zeit. f. Tub. 39—2; 77) Peyer: Beitr. 51—3; 78) v. Pirquet: „Klin. Studien über Vakzination“ Wien 1907; 79) v. Pirquet u. B. Schick: „Die Serumkrankheit“ Wien 1905; 80) Pockels: Kl. W. Nr. 34—1924; 81) Pohl Drasch: Beitr. 51—3; 82) Ponnendorf: „Die Heilung d. Tuberkulose u. ihrer Mischinfektion“ Leipzig 1923; 83) Pöhlmann: Beitr. 47—1; 84) Praschil: P. G. Z. Nr. 30—1924; 85) Preiss: Beitr. 47—2; 86) Preislich: Beitr. 47—2; 87) Rabinowitsch Lydia: a) „Die Beziehungen d. mensch. Tub. z. d. Perlsucht etc. Kl. W. Nr. 24—1906; b) D. M. W. Nr. 45—1906; c) Zeit. f. Tub. 38; d) D. M. W. Nr. 12—1922; 88) Rickenberg: Beitr. 51—2; 89) Riedel: Kl. W. Nr. 23—1923; 90) Rist: Pr. Méd. Nr. 69—1922; 91) Rist et Ameuille: Rev. Tub. Nr. 5—1921; 92) Ritter: Beitr. 48—3; 93) Rüssler: D. M. W. Nr. 19—1921; 94) S. Sahli: a) „Ueber Tuberkulinbehandlung“ Basel—1907; b) „Ueber das Wesen u. Entstehung der Antikörper“ Sch. M. W. Nr. 50—1920; c) „Bemerkungen zu d. vorsteh. Aufsatz von Prof. Neisser“

Sch. M. W. Nr. 12—1921; d) „La tuberculinothérapie et le traitement intradermique“ Paris 1922 (Maloine); e) „Noch einmal die intrakutane Tuberkulosebehandlung mit Tuberkulin Beraneck“ Sch. M. W. Nr. 38—1923; f) „La lutte de l'organisme contre le bacille de la tuberculose“ Rev. Méd. S. Rom. Nr. 10—1924; g) „A propos du trait— sous épidermique de la tuberculose“ Genève—1924; h) „Vergangenheit u. Zukunft d. Tuberkulinbehandlung“ D. M. W. Nr. 49—1924; 95) Scharnke: a) Kl. W. Nr. 27—1922; b) Kl. W. Nr. 48—1922; 96) Schoenborn: D. M. W. Nr. 45—1921; 97) Scholtz: Kl. W. Nr. 20—1922; 98) Schreiber: Rev. Tub. Nr. 2—1921; 99) Schmidt: Beitr. 47—1; 100) Schuster: D. M. W. Nr. 40—1920; 101) Schmidt Rudolf (Praga): „Proteinkörpertherapie“ in Ergebn. d. Gesamt Medizin Bd. 3—1922; 102) Schröder: D. M. W. Nr. 40—1920; 103) Selter: a) Kl. W. Nr. 9—1922; b) Kl. W. Nr. 32—1922; c) D. M. W. Nr. 11—1921; d) D. M. W. Nr. 19—1921; e) D. M. W. Nr. 2—1922; 104) Sergent: Rev. Tub. Nr. 5—1921; 105) Samagyi: Beitr. 52—2; 106) Sons u. Mikulicz-Radetzki. D. M. W. Nr. 26—1921; 107) Sorgo (Wien): W. M. W. Nr. 47—1923; 108) Spengler Carl: „Die Doppelätiologie d. tub. Phise“ Wien. Klin. Rundschau Nr. 33—1906; 109) S. Sterling: P. G. Z. Nr. 1 et 2—1925; 110) Straus: „La tuberculose et son bacille“ Paris—1895; 111) Szasz: Beitr. 48—2; 112) Tagung d. Verein d. Lungheilstärzte 1920 (Weimar); 113) Trenkel: Beitr. 47—2; 114) Uhleth: D. M. W. Nr. 1—1922; 115) Ulrici: „Kritische Wertung d. Friedmanns etc.“ Tub. Bibliothek Nr. 3—1921; 116) Wassermann: „Neuere exper. Untersuch. über Tuberkulose III Versammlung der Tuberkuloseärzte Berlin—1906; 117) Wassermann u. Bruck: D. M. W. Nr. 12—1906; 118) Watanabe: Zeit. f. Tub. 42; 119) Walkowski: Nowiny Lek. Nr. 6—1924; 120) Weinberger: W. M. W. Nr. 10—1924; 121) Wolf-Eisner: a) B. Kl. W. Nr. 30 u. 31—1908; b) M. M. W. Nr. 5—1906; c) „Frühdiagnose u. Tuberkuloseimmunität“ 2-e Auflage 1909; 122) Ziele: D. M. W. Nr. 21—1922.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Choroby zakaźne.

G. F. DICK i G. H. DICK. Wyniki stosowania odczynu skórniego dla określenia wrażliwości na płonicę. (Journal Amer. Med. As. 1925. T. 84, str. 1477).

W pracy tej Dickowie jeszcze raz potwierdzają znaczenie jądów płoniczych dla określenia wrażliwości drogą odczynów skórnych i uodpornienia czynnego przeciwko płonicy. W pracy tej autorzy stosowali dawki od 500 do 4000 jednostek skórnych. Niższe dawki, według zdania autorów, nie uodparniają. Czynna odporność rozwija się w ciągu 2 tygodni i trwa przynajmniej 1 i pół roku.

F. P r e s m y c k i.

G. F. DICK i G. H. DICK. Wyniki stosowania leczniczego stężonej antytoksyny przeciwploniczej. (Journ. Am. Med. As. 1925. V. 84, str. 803).

Autorzy przeprowadzili swoje obserwacje, dotyczące działania surowicy przeciwploniczej na 29 dzieciach. Jako kontrola, służyło 15 dzieci, którym nie zastrzyknięto surowicy. Wyniki tych obserwacji były nadzwyczaj dodatnie. U dzieci, którym zastrzyknięto antytoksynę, śmiertelność wynosiła 3,4%, u dzieci zaś kontrolnych śmiertelność wyniosła 20%. Odsetek powikłań u dzieci, którym zastrzyknięto antytoksynę, był znikomy, gdy u kontrolnych wynosił 5—6 razy więcej. Zastrzyk antytoksyny powoduje znikanie wysypki, spadek temperatury i polepszenie znaczne stanu ogólnego. Jeżeli antytoksyna została zastrzyknięta w początkowym okresie, to choroba trwa krócej, i niebezpieczeństwo powikłań jest zmniejszone do minimum.

F. P r e s m y c k i.

Prof. Chr. ZOELLER. Toksyna paciorkowcowa, a odczyn Dicka, stosunek do płonicy. (Paris Méd. 6. VI. 25).

Znana jest obecność paciorkowca w gardle chorych płoniczych — na wysokości rozwoju choroby i w czasie powi-

kłań. Istnieją również zakażenia paciorkowcowe z rumieniem płoniczym. Stąd oddawna przypuszczenia o związku przyczynowym między paciorkowcem i płonicą, która ma być wynikiem czynności toksycznej, rumieniorodnej jądów bakteryjnych (paciorkowca) w obrębie zakażonych migdałków (Bergé). Po 30 latach myśl ta wraca z Ameryki, wzbogacona nowymi faktami. Materja toksyczna rumieniorodna nie jest już hipotezą. F. i G. H. Dickowie wyosobnili z gardła płoniczych paciorkowca, wytwarzającego toksynę rozpuszczalną, służącą do odczynu Dicka: zastrzyknięta śródskórnie człowiekowi, stanowią szczepienie przeciw paciorkowcowe, u konia zaś daje możność otrzymania surowicy antytoksycznej. Szczepienie ma własności zapobiegawcze, a surowica—lecznicze.

Odczyn Dicka. Toksynę otrzymuje Dick z hodowli paciorkowca na pożywce o składzie: pepton Witta 1 cm.³, extr. Liebiga 0,3, NaCl—0,5, wody — 100 cm.³ z dodatkiem 1 cm.³ odwódnionej krwi baraniej. Siłę toksynę określa się na człowieku, gdyż królik i świnka są na nią niewrażliwe. Używa się roztworu 1:500 do 1:30000 w roztworze fizjologicznym; trwałość—przeszło 3 tyg.; dawka—1/10 cm.³ (autor używa 2/10). Odczyn dodatni—po 22—24 godz.: zaczerwienienie; naciek—różnego natężenia—znika po 48 godz. — wskazuje na wrażliwość czyli zdolność nabycia szkarlatyny.

Odczyn Dicka u zdrowych: od 0 do 6 mies.—dodatni w 44,8%, do 3 lat—70%, potem spada do 25,4% u 15 letnich i do 18% ponad 20 lat. Dick dodatni jest częstszy w lepszych warunkach higienicznych. Jest on analogiczny do odczynu Schicka w płonicy. Matka zdaje się przynieść odporność bierną na oseska. Rasa anglosaska jest nadwrażliwa, zaś żółta—prawie całkowicie odporna. Dick ujemny dowodzi obecności antytoksyny: surowica takiego osobnika, szczególnie po szkarlatynie, dodana do toksyny paciorkowcowej, zamienia najczęściej odczyn dodatni na ujemny.

Odczyn Dicka w szkarlatynie na początku dodatni staje się zwykle szóstego dnia ujemnym i takim po-

zostaje na długo w znacznej większości; dziś niepodobna jeszcze odpowiedzieć—czy na zawsze.

Odczyn Dicka i objaw Schultza-Charltona. Ten ostatni wywołuje się przez zastrzyknięcie 0,5—1,0 surowicy zdrowego do skóry szkarlatynowego w okresie wykwit: po 12 — 24 godz. ograniczone zblednięcie na czerwonym tle wysypki. Na wszelki inny rumień surowica ta nie działa, również nie działa na wysypkę szkarlatynową surowica chorego płoniczego. Jednak nie wszystkie surowice zdrowych dają odczyn zblednięcia, co różnie objaśniano. Odczyn Dicka oświeśla to inaczej: objaw zblednięcia dają surowice osobników z Dickiem ujemnym dzięki antytoksynom zdolnym zobojętniać na miejscu jad szkarlatynowy i odwrotnie — Dick dodatni, t. j. surowica bez antytoksyn nie działa na wysypkę, nie daje zblednięcia. Możliwy też stąd wnioskować o tożsamości jadu paciorkowcowego i jadu szkarlatynowego.

Zblednięcie toksynowe („toxi-extinction”) wykwit płoniczego — zjawisko, opisane przez autora jako objaw przeciwny objawowi Schultza-Charltona: zastrzyknięcia w pełni wykwit płoniczego 0,2 roztworu toksyny paciorkowcowej 1:500 daje nazajutrz wybitne zaczerwienienie, które blednie po dobie, gdy wysypka dalej trwa. Objaw ten wydaje się być swoistym dla płonicy.

Odczyn Dicka wrzekomy jest pochodzenia proteinowego: roztwór toksyny, gotowany godzinę, uwalnia się od toksyny, a zastrzyknięty do skóry, działa jedynie dzięki odpornej na gotowanie proteinie. Również zobojętnia toksynę surowica ozdrowieńca po szkarlatynie lub osobnika z Dickiem ujemnym — i w ten sam sposób daje odczyn wrzekomy.

Ze swej strony autor, wychodząc z toksyny Dicka, zapowiada ogłoszenie wkrótce metody szczepienia i seroterapii przeciwpaciorkowcowej. Na razie tylko zaznacza, że surowica konia, który otrzymał jedynie toksynę streptokokową, daje po zastrzyku wśródskórnym objaw zblednięcia.

Powyższe dane nasuwają cały szereg pytań do rozstrzygnięcia: rola czynników zobojętniających jad w surowicy czyli zmieniających Dicka dodatniego na ujemny, wpływ ich na objaw zblednięcia, znaczenie objawu Dicka, jako dowodu odporności na stałe lub nie i t. d. Są przypadki szkarlatyny u osobników z Dickiem ujemnym, a bywa też paciorkowiec w przyp. nieszarlatynowych. Włosi (Di Cristina i in.) wskazują na *microdiplococcus* w szkarlatynie.

Stąd mało prawdopodobne przypuszczenie, że ten sam zarazek występuje raz jako paciorkowiec, a raz jako mikro-dwoinka; albo też — istnieje symbioza tych postaci, lub wreszcie nieznaną czynnik szkarlatynowy nadaje — paciorkowcowi zdolność uodparniania lub uszkodzenia. Słowem, etjologia płonicy „robi się” dopiero.

Zofja Zamenhoffówna.

B. J. CLAWSON. **Badania nad etjologią gościa ostrego.** (Journ. Inf. Dis. 1925. V. 36), str. 444).

W ostrym gościcu byłi znajdowany we krwi stosunkowo często paciorkowiec. Wyhodowane szczepy należą do grupy *viridans* paciorkowców. Zmiany chorobowe, obserwowane u ludzi, mogły być wywołane u zwierząt przez zastrzykiwanie wyhodowanych szczepów paciorkowców. Opierając się na tych danych, możemy sądzić, że ostry gościec jest wywołany przez paciorkowce. Obecność paciorkowców we krwi nie jest dostateczną wskazówką istnienia bakteryjnych zapaleń w serdzu. Autor przypuszcza, że reumatyczne zapal. w serdzu i bakteryjne zapal. w serdzu mogą być wywołane przez te same czynniki, ale o różnym stopniu nasilenia spraw chorobowych.

F. Przesmycki.

J. CANTACUZEN i V. PANAITESCU. **Próba porównania szczepień przeciwdrurowych drogą podskórną i drogą doustną.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 14 1925).

Autorzy pierwsi wykonali na wielką skalę badania porównawcze skuteczności szczepień przeciwdrurowych podskórnych i doustnych. Doświadczenie wykonano na 1.534 robotnikach, pracujących w jednym z rumuńskich zagłębi naftowych, w którym stale stwierdzano przypadki chorób zakaźnych, niewygasających z powodu ciągłego podsywania endemj: przez nowoprzybywających na roboty pracowników.

Szczepień podskórnych dokonano u 8673 ludzi, doustnych metodą Bersedki u 2286, pozostałych 5573 robotni-

ków nie zaszczepiono wcale, tak, że mogli oni służyć jako kontrola badań.

Sprawozdanie niniejsze obejmuje okres czasu od chwili rozpoczęcia szczepień 1.7.1924 do 17.1. 1925. W okresie tym stwierdzono 99 przypadków zachorzeń na dur: 96 duru brzuszego i 3 paratyfusu; przypadków śmiertelnych stwierdzono 12. Pośród 99 chorych jedynie 9 było szczepionych, pozostałe 90 przypadków stwierdzono wśród robotników nieszczepionych, co daje 1,8% zachorzeń wśród nieszczepionych i 0,08% dla szczepionych (obiema metodami). Śród 8373, szczepionych drogą podskórną, stwierdzono 3 przypadki duru, to znaczy 0,035%, wszystkie śmiertelne. Śród 2.286, szczepionych drogą doustną, stwierdzono 6 przypadków, co daje odsetek 0,26% (bez zejść śmiertelnych).

Doświadczenie powyższe dowodzi stanowczej skuteczności obu metod szczepień, z wyraźną przewagą na korzyść metody podskórnej (0,035% zachorzeń przy szczepieniu podskórnym, 0,26% — przy doustnym, 1,8% u zupełnie nieszczepionych).

J. Typograf.

Gruźlica.

OLINESCO i POPPER. **Badania nad zakażeniem mieszanem w gruźlicy płuc.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 14, 1925).

Wpływ, jaki wywołuje zakażenie mieszane na przebieg gruźlicy płuc, nie jest jeszcze ostatecznie poznany; poglądy różnią się zależnie od stosowanej techniki badania. Autorzy wykonali cały szereg badań, mających na celu dokładne określenie częstości i ważności połączeń drobnoustrojowych w rozwoju gruźlicy, przyczem korzystali z następującej techniki: bezpośrednie badanie bakteriologiczne, posiewy przemylej płwociny, odczyn skórny z drobnoustrojami, wyodrębnionymi z hodowli, odczyn wiązania dopełniacza i odczyn aglutynacji z temi samymi rodzajami bakteryj.

Autorzy zbadali 43 przypadki gruźlicy, przeważnie już daleko posuniętej, i znaleźli we wszystkich przypadkach oprócz prątków Kocha conajmniej jeszcze jeden rodzaj bakteryj (15 przypadków), w pozostałych zaś 2 — 3 inne drobnoustroje. Najczęściej spotykano: streptokoki, *m. catarrhalis*, pneumokoki, stafilocoki, prątki Friedländera.

Odczyn skórny z kropli zawiesiny drobnoustrojowej, uprzednio ogrzanej do 60°, wypadł dodatnio u 9 chorych (na 43).

Odczyn aglutynacji z surowicą chorego w stosunku do różnych drobnoustrojów, wyodrębnionych z jego płwociny, wypadł dodatnio w 4 przypadkach (na 22 badania).

Odczyn wiązania dopełniacza, wykonywany u 25 chorych, wypadł dodatnio tylko 1 raz.

U 10 wreszcie chorych autorzy próbowali wakuinoterapii szczepionką wielowartościową, pochodzącą z posiewów płwociny, bez żadnego jednak uchwytanego wyniku.

Z badań powyższych wynika, że, o ile badanie bakteriologiczne płwociny zaawansowanych suchotników wykazuje prawie zawsze dołączenie się do prątków Kocha jednego lub więcej drobnoustrojów, to ocenianie działania chorobotwórczego tych zarazków za pomocą zmian biologicznych ustroju daje się ujawnić jedynie bardzo rzadko.

Z pośród metod, stosowanych dla wykazania tego działania chorobotwórczego, najczulszą wydaje się badanie alergji tkankowej za pomocą odczynu skórnego, następnie idzie aglutynacja hodowli surowicą chorego.

J. Typograf.

G. JEAN de TOULON. **Żółtaczki przewlekłe, wywołane gruźlicą gruczołów przywnekowych wątroby.** (La Presse medicale Nr. 3. 1925 r., str. 38).

Autor opisuje rzadki przypadek gruźlicy gruczołów przywnekowych, której niemal jedynym objawem klinicznym była żółtaczka przewlekła. Znanych jest w piśmiennictwie 6 podobnych przypadków, autor podaje 7-my.

Opierając się na stosunkach anatomicznych, autor dzieli gruczoły chłonne przywnekowe na 2 grupy, które wyjątkowo tylko komunikują ze sobą: pierścień wątroby i pierścień pęcherzykowo-wspólny. Do grupy I należą 1 lub 2 gruczoły, umiejscowione tuż ponad miejscem połączenia przewodu pęcherzykowego i wątrobowego. Do grupy II: 1) gruczoł szyi pęcherzyka lub Mascagny, 2) gruczoł, który się znajduje obok przewodu pęcherzykowego, 3) gruczoł po stronie prawej przewodu wspólnego, 4) gruczoł wnetki i 5) gruczoł

dwunastniczo-trzustkowy. Zakażeniu ulegać może tylko 1 gruczoł lub kilka gruczołów jednocześnie.

Zapalenie gruczołów chłonnych rzadko bywa pierwotne, najczęściej zakażenie ich pochodzi z okolicy, skąd biorą swój początek ich naczynia doprowadzające. W razie schorzenia omawianych gruczołów pierwotnego ogniska należy szukać w dolnej powierzchni wątroby, drogach żółciowych pozawątrobowych, a głównie w pęcherzyku żółciowym. W tym ostatnim gruczoła spotyka się bardzo rzadko, prawie nigdy nie bywa rozpoznawana przyżyciowo (Tedenat 3 przypadki). W przypadkach opisanych gruźlicy gruczołów spostrzegano zmiany w pęcherzyku żółciowym, lecz nie można ustalić stosunku ich do sprawy gruźliczej ze względu na brak badań mikroskopowych (Loebe, Huebsch, Orth, Faccini, Patotschnig, Tenani).

Różniczkować należy schorzenia z kamicą żółciową, co jest niezmiernie trudne w przypadkach zwapnienia gruczołu, gdyż badanie rentgenologiczne daje błędny obraz kamieni, oraz z przerzutami nowotworowymi do gruczołu. Wykrycie prątków Kocha w treści pęcherzyka ułatwia rozpoznanie.

Zabieg operacyjny, dokonany dosyć wcześnie przed wystąpieniem charakteru żółtaczkowego, daje dobre wyniki.

Stosowane są 2 rodzaje operacji: 1) Usunięcie gruczołów w miarę potrzeby; 2) Jeżeli spotyka się zrosty, nie dające się usunąć — zespolenie pęcherzykowo-dwunastnicze, wątrobowo-dwunastnicze lub pęcherzykowo-czecz.

St. Póltorzycka.

BRONFIN. Heljoterapia w posuniętej gruźlicy płuc. (Amer. Rev. of Tub. r. 11 z. 2).

Na 50 przypadków, leczonych słońcem w ciągu mniej więcej roku, 40 było z posuniętą gruźlicą płuc, poza tem 32 miało powikłania pozapłucne. W 18 przypadkach odnotowano poprawę ogólną i w płucach. Bądź co bądź, nie stwierdzono szczególnie dodatniego wpływu słońca na posuniętą gruźlicę płuc, choć nie zauważono i ujemnych skutków. Leczenie słońcem jest podobnie niebezpieczne, jak i stosowana niemądrze tuberkulina, istnieje bowiem pewna analogia w reagowaniu ustroju na słońce i tuberkulinę. Krwioplucie nie jest przeciwwskazaniem do stosowania słońca, które poza tem szczególnie dodatnio wpływa na powikłania pozapłucne.

M. G.

WARFIELD. Gruźlica utajona. (Amer. Rev. of Tub. t. 11 z. 2).

W praktyce codziennej widuje się dość licznych pacjentów, którzy mają skargi nieokreślone (zmęczenie, objawy ze strony organów trawienia, nerwowe i t. p.) i którzy nie powracają rychło do zdrowia. Osobniki te cierpią z powodu jakiegoś zakażenia. W pewnej liczbie przypadków z powodu gruźlicy utajonej. Dokładne badanie (według autora, przy pomocy dośkończego odczynu tuberkulinowego) winno dążyć do odróżnienia tych przypadków gruźlicy utajonej od innych zakażeń przewlekłych.

M. G.

JAFFE i LEVINSON. Wpływ hypercholesterynemii na gruźlicę doświadczalną królików. (Amer. Rev. of Tub. t. 11 z. ?).

Królik karmiono cholesterolem, żółtkami jaj lub olejem bawełnianym i po 2 miesiącach, gdy badanie krwi wykazywało wzrost zawartości cholesterynu, zakażono dożylnie zarazkiem perlicy. Przeprowadzano również odpowiednie doświadczenia kontrolne. Karmienie zwierząt, jak wyżej, przeprowadzano jeszcze 3 miesiące, poczem zwierzęta zabijano.

Okazało się, że przesycenie ustroju królików cholesteryną nie chroni ich przed gruźlicą. Cholesteryna odkłada się w tkance gruźliczej, nie uległej martwicy: wraz ze zwyrodnieniem cholesteryna znika, ustępuje miejsca tłuszczowi, dającemu odczyn mikrochemiczny tłuszczu neutralnego. Komórki, mimo że zawierają krople lipoidu w zarodki, pochłaniają i niszczą łascejką gruźlicy.

M. G.

MATZ. Studja nad zawartością wapnia we krwi osobników normalnych i gruźliczych. (Amer. Rev. of Tub. t. 11 z. 3).

Wyniki licznych badań dają się ująć w sposób następujący. Zawartość wapnia w surowicy osobników zdrowych

w wieku od 16 do 43 lat waha się od 9 do 12 mgm na 100 cm. sz. surowicy. U gruźlików przeciętna wynosi 10.78 mgm. (u zdrowych 10,28 mgm), a może różni się bardzo mało. W przypadkach gruźlicy posuniętej surowica zawiera 9,25 mgm. Podawanie wapnia w połączeniu organicznym i nieorganicznym naogół zwiększa zawartość wapnia we krwi u osobników zdrowych i chorych. Szczególnie działa w tym kierunku podawanie chlorku wapnia. Podawanie tranu działa w ten sam sposób; jeszcze silniej działa zażywanie tranu jednocześnie z solami wapnia. Sole wapnia przyspieszają krzepnięcie krwi u zdrowych i u gruźliczych. M. G.

Mc. CUTCHEON. Heljoterapia w leczeniu gruźlicy płuc. (Amer. Rev. of Tub. t. XI z. 2).

Z 105 przypadków, leczonych słońcem, było 5 początkowej gruźlicy płuc, 45 umiarkowanie posuniętej sprawy i 55 bardzo posuniętej. 63 chorych miało prątki w płwocinie. 60 wykazywało objawy lekkiej, jeden — ciężkiej toksemii. Naświetlano słońcem naturalnym ostrożnie według metody Rolliera. W 48% przypadków stwierdzono poprawę ze strony płuc, w 2% pogorszenie, w 50% bardzo małą lub żadną poprawę. W 58% ustąpił kaszel. W 24% zauważono powiększenie się płwociny po każdym naświetlaniu, natomiast w 50% ilość wydzielanej płwociny znacznie się zmniejszyła. Dobry wpływ miało słońce na sen, apetyt i częściowo na wagę. Autor nie zauważył złego wpływu słońca na krwioplucie i ciepotę. Doświadczenie trzyletnie upoważnia autora do zalecenia tej metody leczenia w gruźlicy płuc, niezależnie od wysokości miejsca pobytu pod dozorem lekarza.

M. G.

Choroby płuc.

E. SERGENT i P. COTTENOT. O zastrzykiwaniu lipjodolu do tchawicy w rozpoznawaniu chorób narządu oddechowego. Trudności i błędy interpretacji. (La Presse medicale Nr. 31 — 1925).

Dla prawidłowej interpretacji otrzymanych obrazów należy pamiętać o tem, że zastrzyknięty lipjodol zacienia jedynie bardzo małą część drzewa oskrzelowego. Nieznaczna stosunkowo ilość zastrzykniętego płynu kieruje się ku zakończeniom oskrzeli pod wpływem 2 sił: ciśnienia i aspiracji piersiowej. W przypadkach patologicznych przenikaniu lipjodolu wgłąb mogą się przeciwstawiać następujące przeszkody:

- zwężenie albo ucisk grubszego oskrzela, nie pozwalające czasem na ujawnienie jamy;
- wypełnienie oskrzela wydzieliną chorobową zatrzymuje płyn zacieniający, który przenika naturalnie jedynie wtedy, jeżeli oskrzele jest próżne; utrudnia to często rozpoznanie rozstrzeni oskrzeli, udające się dopiero po opróżnieniu ich z zawartości;
- niewydolność aspiracji piersiowej, jako przyczyna zatrzymania lipjodolu występuje w różnych stanach chorobowych: może być pochodzenia czysto czynnościowego u osobników z niedomogą oddechową lub też polega na unieruchomieniu całego płuca lub jego części wskutek zagęszczenia lub sklerozy miąższu, zrostów opłucnowych lub porażenia mięśni oddechowych, szczególnie przepony.

Całkowite zacienienie drzewa oskrzelowego za pomocą zastrzykiwania lipjodolu okazuje się zupełnie niemożliwym. Otrzymanie obrazu dodatniego, wykazującego pewne charakterystyczne cechy morfologiczne, posiada bezwzględnie wartość diagnostyczną: takie mogą być obrazy jam z oskrzelem komunikującym lub rozstrzeń oskrzeli.

Obraz ujemny posiada wartość bardzo względną i wienien być tłumaczony z dużemi zastrzeżeniami. Można słusznie rozpoznawać klinicznie np. rozstrzeń oskrzeli, a tymczasem próba lipjodolowa wykazuje oskrzela prawidłowe z powodu nieprzeniknięcia lipjodolu we właściwe miejsce bądź wskutek braku aspiracji piersiowej, bądź wskutek pozycji w jakiej się chory znajdował, bądź wskutek wypełnienia oskrzeli wydzieliną. W przypadkach takich zdarza się czasem, że powtórzenie próby po kilku dniach daje obraz dodatni.

Badanie lipjodolowe może nam oddać duże usługi pod warunkiem, że się będziemy orjentowali co do zakresu wyjaśnień, jakich możemy od niego oczekiwać. W niektórych przypadkach obraz typowy rozstrzyga już sam przez się o rozpoznaniu. Najczęściej jednak dopiero połączenie otrzy-

manego obrazu z wszystkimi innymi danymi badania klinicznego nadaje mu określoną wartość.

J. T y p o g r a f.

Al. PISSAVY. Zapalenie opłucny w związku z odmą sztuczną. (Press. Medic. 28. 3. 1925).

Autor podaje, że zapalenia opłucny zachodzą przy stosowaniu odmy sztucznej w 60% przypadków i dzieli je na: 1) zapalenie opłucny z wysiękiem surowiczym, 2) zapalenie opłucny zlepane, 3) zapalenie opłucny mieszane i 4) zapalenie opłucny ciężkie lub zakaźne. Co do częstości zachorzenia, to te ostatnie zdarzają się najrzadziej.

1. Zapalenia opłucny z wysiękiem surowiczym mają tę własność, że nie powodują wzrostów, ani przedwczesnego sklejanie się listków opłucny. W tych przypadkach autor za L. Bernarдем i Barоnem nie radzi stosować punkcji, aby ustrzec się przed zakażeniem ścian opłucny i tworzeniem się przetok. Należy tu oczywiście wyłączyć przypadki z bardzo obfitą ilością płynu, mogącego powodować objawy ucisku na narządy klatki piersiowej. W surowicznych zapaleniach opłucny płyn, pozostawiony w spokoju, nie jest niebezpieczny i uciska dalej płuco. Z upływem czasu sam wysysa się. Autor przytacza przypadki pomyślnego zejścia takiego zapalenia opłucny.

2. Zapalenia opłucny zlepane przysuwają kikut płuca do ścian klatki piersiowej i unicestwiają w ten sposób działanie odmy sztucznej. Autor i tu nie radzi za pomocą punkcji usuwać płynu, gdyż płyn nie powoduje wytwarzania się wzrostów i, tak samo jak wpuszczony na jego miejsce — gaz, oddziela od siebie listki opłucny. Punkcja zaś stwarza niebezpieczeństwo zakażenia, a płyn b. rzadko wytwarza się nanowo.

3. W zapaleniu opłucny mieszanym, faza wzrostowa następuje po fazie wysiękowej, niekiedy między temi fazami zachodzi szybkie wessanie się wysięku. Autor w tych przypadkach, jak i w powyższych, radzi powstrzymać się od punkcji.

4. Ciężkie zapalenie opłucny zachodzą w 27%, mogą być spowodowane rzadziej przebicciem się płuca, częściej powstają z przyczyn nieokreślonych. Badania bakteriologiczne przypadków własnych autora wykazały wtórne zakażenie paciorkowcami, dwóinkami zapalenia płuc, lub bezłelencowcami. Zapalenie wtórne niekoniecznie musi być pochodzenia zewnętrznego, może być i pochodzenia wewnętrznego, więc obserwował autor zgorzelinowe zapalenie opłucny przy zgorzeli płuc. Przypadki zakaźnego zapalenia opłucny w praktyce autora kończyły się zejściem śmiertelnym po upływie kilku dni, do kilku miesięcy. W literaturze opisują pomyślne wyniki torakoplastyki. Burnand otrzymał wyleczenie po zastosowaniu zastrzyków do opłucny oliwy germenolowej oraz przekłuwania opłucny. M. Bernou z wynikiem dodatnim stosował oleotoraks.

B a r t o s z e k.

RIESS. Leczenie zapaleń oskrzeli, szczególnie ponarkotycznych, wstrzykiwaniami domięśniowymi eteru (M. Med. W. Nr. 19, 1925).

Pomimo wszelkich starań i ostrożności występują często po narkozie, szczególnie eterowej, powikłania płucne w formie mniej lub więcej rozległych zapaleń oskrzeli. Autor radzi przeciwdziałać tym powikłaniom za pomocą wstrzykiwań domięśniowych mieszanek eteru z oliwą po 0,5 z dodaniem 1% psikainy, jako środka znieczulającego. Materiał dotyczy 187 przypadków z kliniki B i e r a w czasie 11¼ roku. Po wstrzyknięciu chorzy b. prędko odczuwają smak eteru w ustach, równocześnie oddech staje się głębokim i swobodniejszym, kaszel przestaje być bolesnym, oraz wykrztuszanie płwociny odbywa się bez trudności i bez bólów w miejscu rany. Po następnym wstrzyknięciu po 24 godzinach ciepłota się obniża, i rzadko jeszcze wypada wstrzyknięcia kontynuować. Opierając się na badaniach pedjatrów u chorych na kokuusz (Andrain, Dufourt, Larramendi, Reim, Castorina, Bedo) oraz na własnych doświadczeniach na zwierzętach autor tłumaczy działanie powyższe eteru wytworzeniem się krótkotrwałej rozedmy oraz przekrwienia płuc, co ze swej strony przez zjawienie się prześięku rozwadnia zawartość oskrzeli i przyspiesza proces wydzielania tej zawartości na zewnątrz.

Podobne dodatnie wyniki autor widział również w sprawach zapalnych oskrzeli pochodzenia nieoperacyjnego, t. j. bez poprzedniej narkozy.

J. P o m p e r.

Choroby serca i naczyń.

D. DANIELOPOLU i A. GOLICIU. Kiłka szczegółów anatomicznych w związku z leczeniem chirurgicznym dusznicy bolesnej. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 14. 1925).

Autorzy opisują zdobyte na podstawie badań sekcyjnych psów, kotów, królików oraz człowieka dane anatomiczne, które wydają się im ważnymi w stosunku do leczenia chirurgicznego dusznicy bolesnej.

Układ anatomiczny nerwów sercowo-aortalnych przedstawia u zwierząt, a jeszcze bardziej u człowieka bardzo znaczne różnice w poszczególnych przypadkach. Autorzy nie znaleźli ani razu identycznego ułożenia tych nerwów u dwóch trupów, ani też na tych samych zwłokach jednakowego ułożenia po stronie lewej i prawej. Nie może być przeto mowy o interwencji chirurgicznej jednakowej u wszystkich chorych na dusznicę bolesną. Każdy poszczególny zabieg wymaga postępowania indywidualnego odpowiednio do znajdowanego układu anatomicznego.

Autorzy znaleźli liczne anastomozy między nerwami współczulnym i błędnym i ich gałązkami. Na ich poziomie odbywa się bezwzględnie wymiana wzajemna włókien. Usunięcie operacyjne szyjnego nerwu współczulnego (bez dolnego zwoju szyjnego), które autorzy niedawno zaproponowali jako zabieg leczniczy w dusznicy bolesnej, niszczy pewną część włókienek czuciowych sercowo-aortalnych, pochodzących z nerwu błędnego, a biegnących na pewnej części swej drogi w szyjnym łańcuchu współczulnym.

Następnie autorzy opisują przebieg licznych gałązek, łączących szyjny nerw współczulny i pierwszy zwój piersiowy z nerwami rdzeniowymi, które należy podczas zabiegu oszczędzać, gdyż zawierają większą część włókien przyspieszających, których nie wolno u chorych dusznicowych przecinać.

Jedynie w 2 przypadkach (na 7) autorzy znaleźli nerw, który, ze względu na swe położenie anatomiczne, przypominał *nervus depressor* królika.

J. T y p o g r a f.

DANIELOPOLU i MARCU. Topografia lewych nerwów przyspieszających u psa. Gałązki łączące, które należy oszczędzać w leczeniu chirurgicznym dusznicy bolesnej. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 14 — 1925).

Jeden z autorów w swych poprzednich pracach dowodził, że przy leczeniu chirurgicznym dusznicy bolesnej nie wolno przecinać nerwów przyspieszających. Wobec tego, że różni badacze nie są w zgodzie co do dokładnej topografii tych nerwów, autorzy powrócili do tej sprawy i uskutecznili swe poszukiwania doświadczalne na psach. Zwierzęta usypiano chloralozą przyczem stosowano sztuczne oddychanie. Obecność w przeciętych gałązkach włókien przyspieszających i rodzaj wpływu ich na serce badano za pomocą drażnienia końca obwodowego tych gałązek z jednoczesną obserwacją przyspieszenia i zmian postaći elektrokardjogramu.

Najwięcej włókien przyspieszających autorzy znaleźli w gałązkach łączących pień piersiowy z 3-cią i 4-tą parą grzbietową oraz w gałązce łączącej pierwszy lewy zwój piersiowy z 2-gą parą grzbietową.

Włókien współczulnych w gałązkach, łączących pierwszy lewy zwój piersiowy z 7 i 8 parą szyjną i 1 parą grzbietową, nie znaleziono. Drażnienie tych nerwów nie wywołało ani przyspieszenia serca, ani żadnej zmiany postaći elektrokardjogramu.

Zarówno u psa, jak i u człowieka gałązki, łączące piersiowy pień współczulny z 2, 3, 4 parą grzbietową, są dość oddalone od włókien, łączących pierwszy zwój piersiowy z 1-szą parą grzbietową i ostatnimi szyjnymi. Wynika z tego, że w praktyce powinno się okazać rzeczą łatwą przecięcie tych ostatnich przy starannym oszczędzaniu pierwszych, jako zawierających najwięcej włókien przyspieszających.

J. T y p o g r a f.

DANIELOPOLU. Prawdopodobne drogi promieniowania bólu w dusznicy bolesnej. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 14, 1925).

Autor jest zdania, że drogi czuciowe sercowo-aortalne zawierają dwójakiego rodzaju włókna. Jedne wchodzą w opuszczenie i w rdzeniu w styczność z ośrodkami wegetatywnymi (włókna pressoryczne i depressoryczne), inne zaś w zwojach rdzeniowych lub w rdzeniu wchodzą w styczność z włóknami czucia skórznego. W dusznicy bolesnej pierwsze przeprowadzają odruchy, drugie zaś sensacje dusznicowe (ból, niepokój sercowy i t. d.). Autor zajmuje się tylko temi ostatnimi. pl

Promieniowanie bólu w dusznicy bolesnej może mieć różne umiejscowienie. Dla wyjaśnienia każdego promieniowania bólowego należy określić, w którym miejscu czuciowe włókna trzewne sercowo- aortalne wchodzi w styczność z czuciowym włóknom skórnym, w którego zakresie odczuwamy ból.

Promieniowanie klasyczne do pleców, piersi i strony wewnętrznej ręki przewodzą włókna czuciowe, przechodzące przez zwój gwiaździsty, 8-mą parę szyjną i 4 pierwsze grzbietowe.

Z opisu przebiegu włókien, przewodzących czasem ból dusznicowy do łopatki, bocznej części szyi, zewnętrznej części ramienia, do karku i do szczęki dolnej, wynika, że w przewodzeniu czuciowego pobudzenia sercowo- aortalnego w tych wszystkich różnych promieniowaniach odgrywa główną rolę nerw współczulny szyjny, jego anastomozy i gałązki łączące. Włókna czuciowe dochodzą do pnia szyjnego przez zwój gwiaździsty lub przez różne gałązki nerwu współczulnego i liczne anastomozy, łączące go z nerwem błędnym.

Wycięcie nerwu szyjnego współczulnego (bez zwoju dolnego) usuwałoby główną część włókien nerwowych przewodzących w dusznicy bolesnej czucie sercowo- aortalne. Tenże pień nerwowy przewodzi bezwątpienia włókna pressoryczne i depressoryczne.

J. Typograf.

DANIELOPOLU. Leczenie chirurgiczne dusznicy bolesnej w świetle ostatnich badań klinicznych i doświadczalnych. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 14. 1925).

Na mocy swych licznych prac poprzednich autor dochodzi do wniosku, że najlepszym leczeniem chirurgicznym dusznicy bolesnej jest postępowanie, za pomocą którego usuwa się najwięcej czuciowych włókien sercowo- aortalnych, przy jednocześnie możliwie jaknajmniejszym uszkodzeniu nerwów przyspieszających czynność serca.

W tym celu autor radzi wycięcie szyjnego pnia współczulnego (bez zwoju dolnego) wraz z przecięciem włókien szyjnych nerwu błędnego, które wchodzi do klatki piersiowej, i przecięciem gałązek, łączących dolny zwój szyjny i pierwszy piersiowy z 6, 7 i 8-mą parą szyjną i 1-szą piersiową. Jeżeli znajdujemy włókno, które, pochodząc z nerwu krtańowego górnego, przyłącza się do pnia n. błędnego, przecinamy je również. Operacja waha się w poszczególnych przypadkach zależnie od układu anatomicznego stwierdzanego podczas zabiegu. Wykonuje się ją z początku ze strony lewej i uzupełnia w razie potrzeby ze strony prawej.

Gałązki łączące 2, 3, i 4-ą parę grzbietową, zawierające pewną liczbę włókien czuciowych, należy oszczędzać gdyż tą drogą przechodzi największa liczba włókien przyspieszających, których przecięcie wywoływało zejście śmiertelne w operacji; *Jonnesco*.

Wbrew *Mackenzie*mu, przeciwstawiającemu się wszelkim zabiegom chirurgicznym w dusznicy bolesnej, jako usuwającym jedynie objaw bólu, autor jest zdania, że postępowanie tego nie jest tylko objawowe, albowiem uniemożliwia ono wobec przerwania przewodnictwa powstawanie napadów dusznicowych, występujących jako skutek wytwarzania się zespołu odruchów między sercem i osią nerwową. Napady stają się poronnymi i nie mogą już być niebezpieczne.

Zabiegi, wykonane na zwłokach, wykazały, że proponowana operacja jest technicznie bardzo łatwa.

J. Typograf.

A. CLERC i P. N. DESCHAMPS. Zamknięcie światła tętnic wieńcowych i jego podstawa anatomio-fizjologiczna. (La Presse Medicale, Nr. 78, str. 777, 1924 r.).

Wnioski autorów są następujące:

1. Tętnice wieńcowe, aczkolwiek uważane przez czas dłuższy za końcowe, posiadają szereg zespołów głównie w okolicy rowka wieńcowego, rowka podłużnego tylnego i przegrody międzykomorowej. Najczęściej są to nacynia włosowate zmienne zarówno co do liczby, jak i kalibru.

2. Badania doświadczalne głównie na psach (*Porter, Matthews, Miller, Smith*) wykazują, iż podwiązanie tętnic wieńcowych oraz ich gałęzi wywołuje skurcze dodatkowe, które przechodzą w częstoskurcz, drganie włókienkowe a następnie śmierć, czasem zaś zwolnienie tętna, rozszczepienie przedsionkowo-komorowe oraz drganie włókienkowe komór. *Smith* stwierdził u psów za pomocą e-

lektrokardjografii zaburzenia fali T. zależne, jak wykazały autopsje, od ograniczonego zwyrodnienia mięśnia sercowego.

3. Podwiązanie tętnic wieńcowych pociąga za sobą albo natychmiastową śmierć zwierzęcia albo ogniskową martwicę dookoła pnia podwiązanego, przyczem ognisko zawału jest zawsze mniejsze od okolicy, odżywianej przez zamkniętą tętnicę (*Hirsch, Spalteholz*). Tętnice wieńcowe zachowują się przy szybkim zamknięciu światła, jak tętnice końcowe, wbrew danym anatomicznym, gdyż rola bocznic okazuje się niedostateczną. Wstrzymanie krwiotoku w pewnym odcinku pociąga za sobą zaburzenia rytmu.

4. Wyniki badań doświadczalnych mogą mieć w pewnym stopniu zastosowanie w diagnostyce klinicznej zamknięcia światła t.: w.

Constantini w swoich 23 przypadkach ran t. w. oraz *Danenport* stwierdzali zaburzenia rytmu za pomocą elektrokardjografii (fali T) analogiczne do objawów u zwierząt doświadczalnych. Niestosunek, zachodzący nieraz pomiędzy rozległością zmian w t. w. i słabym nasileniem zmian w mięśniu, tłumaczy się stopnowym rozwijaniem się ich z możliwością przystosowania się krążenia obocznego. W przypadkach schorzenia większego odcinka t. w. znajdowano bardzo obfite zespolenia pomiędzy sąsiednimi układami tętniczymi, niż to ma miejsce w warunkach normalnych.

5. W symptomatologii zamknięcia światła występują 2 grupy objawów: a) objawy ogólne (ból), b) objawy specjalne, jak zaburzenia rytmu, które są wyrazem anemji lub zwyrodnienia odcinka mięśnia i mogą wskazywać nieraz na ich lokalizację. Przyspieszenie tętna z niemiarynością lub bez niej, skurcze dodatkowe, zwolnienie tętna z rozszczepieniem są następstwem zmian w pęczku *Hisa*. Badacze amerykańscy wyodrębniają klinicznie trombozę t. w., gdyż daje ona krzywe, przypominające krzywe psa z podwiązaniem t. w. 1. Autopsja potwierdziła przyżyciowe rozpoznanie w 3 przypadkach *Herricka*.

Widocznym jest, iż patologia tętnic serca dąży do ściślejszego sprecyzowania klinicznego. Jeżeli chodzi o dusznicę bolesną, to wiązać ją można ze zmianami w t. w. tylko w tych przypadkach, gdzie stwierdza się niemiaryność serca, zapaść lub drganie włókienkowe.

Z drugiej zaś strony elektrokardjogram, wykrywając ognisko zwyrodnienia mięśnia, nie może stwierdzić czy powstało ono na tle zmian tętnicznych. Zadaniem nowych prac jest badanie charakteru zmian w krzywych w związku z umiejscowieniem ich w sercu.

St. Półtorzycka.

M. MATHES. Hypertonia. (Med. Klin. Nr. 7, VIII 1925 roku).

Autor omawia obecny stan poglądów na sposób powstawania zwiększonego ciśnienia. Rozpatruje hypertonię organiczną, spowodowaną zmianami anatomicznymi w małych tętnicach, i czynnościową, powstającą wskutek zwiększonego napięcia mięśniówki naczyniowej. Różniczkowanie tych postaci łatwe jest tylko wówczas, gdy mamy do czynienia z cierpieniem nerek, które przemawia za czynnikiem organicznym.

Herxheimer, Fahr, Romberg sprowadzają wszystkie długotrwałe hypertonie do cierpienia serca; *Munk* twierdzi, że pęcznienie śródbłonek kapillarów prowadzi do zwężenia koryta naczyń i hypertonji. *Volhard* rozróżnia następujące postaci hypertonji:

- hypertonia z powodu zniszczenia substancji nerek, np. po wycięciu nerki lub w przypadkach nerki torbielowej, co prowadzi do zaburzeń w krążeniu krwi;
- rzadkie przypadki pierwotnej *endarteriitis* i *arteriitis nodosa nerek*, połączone z zaburzeniami w krążeniu nerek;
- guzy nadnercza, wytwarzające nadmiar adrenaliny;
- nerka ciężarnych i zatrucia otowiem przebiegają z hypertonią nie z powodu działania na nerki, lecz przez skurcz naczyń całego ciała;
- zapalenie kłębuszków nerkowych, powodujące odruchowy skurcz naczyń;
- hypertonia essentialis*, t. zw. hypertonia czerwona (z powodu czerwonego zabarwienia tkanki) w przeciwieństwie do bładej hypertonji pochodzenia nerkowego. Mianowicie, błada hypertonia spowodowana jest przez skurcz naczyń obwodowych, wy-

wołany przez ciała toksyczne. W hipertonię czerwonej niema tych toksyn. Naczynia są tu rozszerzone z powodu ich schorzenia, wzgl. przedwczesnego starzenia się.

Większość badaczy nie uwzględnia możliwości hipertonię przez wpływ ośrodków naczynioruchowych. Kahler zajął się tą kwestją i dzieli funkcjonalne hipertonię na następujące grupy:

I A. Bezpośredni wpływ na ośrodek naczynioruchowy:

- 1) psychiczne czynniki (u osób nerwowych);
- 2) mechaniczne czynniki (npr. podniesienie ciśnienia śródczaszkowego; nakłucie lędźwiowe zmniejsza ciśnienie);
- 3) uszkodzenie mózgu może zwiększyć pobudliwość ośrodków (npr. uraz);
- 4) wpływ czynników trujących.

B. Pośredni wpływ na ośrodków naczynioruchowe ze strony poszczególnych narządów.

II. A. Bezpośredni wpływ na naczynia obwodowe (truczny).

B. Pośredni wpływ na naczynia obwodowe (odruchowe zwężenie, jako wynik bodźców). Liljenfeld.

E. KYLIN. W sprawie etiologii *hypertoniae essentialis*. (Klin. W. Nr. 17, 1925).

Autor ujmuje hipertonię esencjalną jako nerwicę układu roślinnego. Stanowczo wyłącza rolę organicznego cierpienia nerek i naczyń w powstaniu tego cierpienia. Opierając się na współczesnych poglądach znacznie rozszerza pojęcie układu roślinnego, włączając w nie nie tylko ośrodków i nerwy roślinne, lecz i swoiste elektrolity (Ca i K) i hormony gruczołów dokrewnych. Zaburzenie w zakresie każdego z tych czynników może zakłócić normalne funkcjonowanie całego układu roślinnego. To też liczne mogą być przyczyny, powodujące powstanie samoistnej hipertonię. Istotą owej nerwicy autor określa jako stan wagotonji. Pogląd swój opiera na tem, że choroby, dotknięci hipertonię, na zastrzyk adrenaliny oddziałują jak typowi wagotonicy, wykazując początkowe obniżenie ciśnienia krwi, czyli ujemną fazę I-szą. Hipertonia esencjalna występuje na podłożu pewnej określonej konstytucji i często towarzyszy innym cierpieniom wagotonicznym, jak astma, wrzód okrągły żołądka i t. p.

Z takiego poglądu autora na genezę Hyp. ess. wynikają wskazania lecznicze: 1) leczenie wyciszkowe wpływa dobroczynnie na układ roślinny; 2) zalecanie środków farmakologicznych kojących; 3) spowodowanie przesunięcia w układzie elektrolitów przez stosowanie Ca w postaci Ca — atropiny, lub Ca — diuretyny. Liljenfeld.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

P. SZILARD. O myelozie aleukemicznej. (Deutsches Archiv f. klinische Medizin, tom 144).

Hirschfeld podaje, że niema różnicy między leukemią i aleukemią, a pytanie, dlaczego w jednym schorzeniu liczba białych krążków jest zwiększoną, a w drugim nie, nie jest dotychczas rozstrzygnięte. Autor stara się to ostatnie pytanie wytłumaczyć na zasadzie 2 obserwowanych przypadkach.

Jeden przypadek dotyczy kobiety 64 l. z powiększoną śledzioną — liczba leukocytów 8 — 9000. z formułą następującą: neutrofilów 56%, zasadochłonnych 5%, monocytów 3%, limfocytów 9%, neutrofilowych myelocytów — 19%, bazofilowych myelocytów 4%, myeloblastów 4%.

Drugi dotyczy 27 l. pacjenta ze śledzioną powiększoną na 2 palce i stanem bezgorączkowym. Badanie krwi wykazało: Białych krążków 3.800; leukocyty wykazywały zmiany wsteczne: jądro i zaródź źle się zabarwiły, a z wielu ciałek zostały tylko jądra, które miały najrozmaitsze kontury. W zarodki były wodniczki i grube ziarenka zasadochłonne. Przeważały w obrazie myeloblasty z 2 — 3 jąderkami. Na siatkówce wybroczynki punkcikowe. Po 5 tyg. odrazu gorączka do 39°. Wytworzyło się wysiękowe zap. opłucny lewej. W osadzie wysięku znaleziono czerw. krążki i białe ciała po większej części zwyrodniałe i młode formy. Liczba białych ciałek w miarę rozwoju choroby wzrastała i doszła do 18000, a w końcu do 100.000.

Wysięk przeszedł w ropny, a w rozmaitych częściach ciała powstały również ropnie. Śledziona i wątroba powiększały się ciągle. Po miesiącu chory zmarł.

Ze krwi, wyhodowano gronkowca złocistego. Sekcja wykazała zmiany białaczkowe w wątrobie, śledzionie, w węzłach limfatycznych i szpiku.

Jak widać, przebieg choroby można tu rozłożyć na 2 okresy: w pierwszym okresie są objawy ogólne, i okres ten ciągnął się kilka lat, przyczem białe ciała, aczkolwiek zmienione co do formy, ale ilościowo nie przedstawiają zmian widocznych.

Drugi okres krótki, trwa kilka tygodni, przebiega z gorączką, liczba białych krążków wzrasta b. szybko, a wątroba i śledziona powiększają się ad maximum.

Pierwszy więc okres zaliczyć należy do typu schorzeń aleukemicznych, a drugi — białaczki. Autor stara się przede wszystkim rozstrzygnąć pytanie: jaki jest stosunek obu tych schorzeń do siebie. Można to sobie podwójnie objaśnić: primo, że wbrew rozrostowi tkanek, produkcja białych krążków nie przekracza normy, secundo, że produkcja białych krążków jest również zwiększona, ale wytrzymałość tych ciałek jest tak mała, że ulegają szybko rozpadowi, i dlatego przy obliczaniu otrzymujemy liczby normalne. Autor trzyma się tego ostatniego objaśnienia i na tej zasadzie wykonał próby na wytrzymałość ciałek. Zapomocą zawiesiny białych krążków w surowicy własnej krwi chorego i jednocześnie w surowicy krwi zdrowego mógł autor po upływie doby obliczyć liczbę pozostałych ciałek w jednej i drugiej surowicy. Okazało się, że białe krążki u elementów zarówno w surowicy własnej, jak i w zdrowej zmniejszają się do połowy pierwotnej liczby, w porównaniu z tą samą zawiesiną z krwi białaczkowego. Świadczy to więc o rozpadzie krwinek białych u aleukemika i taki sam rozpad odbywa się podług autora u chorych aleukemicznych — u białaczkowego więc rozpadu tego niema.

Przebieg więc aleukemji w leukemię autor objaśnia w ten sposób, że w pewnym okresie liczba białych krążków zaczyna stopniowo wzrastać, i jednocześnie wzmaga się ich wytrzymałość. Zarazem powiększa się śledziona i wątroba. Jako podjęte do tego wzmoczonego rozrostu i produkcji białych ciałek uważa autor zakażenie (np. w drugim przypadku).

Goldinberg.

Lellmuth LEHMANN. Spostrzeżenia co do związku pomiędzy zawartością hemoglobiny we krwi i ciepłotą ciała w niedokrwistości złośliwej. (D. Arch. f. klin. Med. 144 tom, z. 6).

Według Ehrlicha, Lazarusa, Morawitza i Noegelego niema żadnego związku pomiędzy przebiegiem niedokrwistości złośliwej i obrazem krwi z jednej strony, a wzniesieniami ciepłoty z drugiej. Autor spostrzegł, że u pewnej części chorych na niedokrwistość Biermera ciepłota opadała do normy, wówczas gdy jednocześnie szybko zwiększała się zawartość hemoglobiny we krwi. Kierując się powyższem spostrzeżeniem, autor przestudował stare historje choroby i porównywał obrazy krwi i przebieg ciepłoty. Uwzględniając materiał kliniki Heildeberskiej z lat 1913—1924, autor przyszedł do wniosku, że w 90 przypadkach ze 110 dają się stwierdzić dwa typy przebiegu ciepłoty: albo ciepłota opadała do normy (w 34 przypadkach), i wówczas jednocześnie zwiększała się zawartość hemoglobiny we krwi (w 32 przypadkach); albo też ciepłota nie opadała (w 56 przypadkach), i wtedy nie spostrzegano żadnej remisji, a ilość hemoglobiny zmniejszała się nadal. W spadku ciepłoty, który świadczy o tem, że rozpad krwi ustał, widzi więc autor dobrą oznakę prognostyczną w przebiegu niedokrwistości złośliwej.

D. Redel.

A. ENGELHARD. Spostrzeżenia nad Neisserowską terapią arsenikową w niedokrwistości złośliwej. (D. Arch. f. klin. Med. 144 tom, z. 6).

W monachijskiej klinice uniwersyteckiej stosowano według wskazówek Neissera leczenie dużemi dawkami arseniku w 10 przypadkach niedokrwistości złośliwej. Z 8 chorych, którzy w ciężkim stanie przybyli do kliniki, u 5 stwierdzono poprawę, tak, że autor uważa terapię Neissera za skuteczną nawet w ciężkich, już poprzednio leczonych przypadkach. Wszyscy chorzy dobrze znosili wysokie dawki arseniku. Czy poprawa jest bardziej trwała, niż przy dawnym metodach leczniczych, trudno narazie rozstrzygnąć.

D. Redel.

H. HIRSCHFELD i SUMI. **O fagocytozie erytrocytów w naczyniach krwionośnych po usunięciu śledziony.** (Klin. Woch. Nr. 30, 1924).

Po usunięciu śledziony inne narządy obejmują zadanie niszczenia erytrocytów: u szczurów i myszy, operacyjnie pozabawionych śledziony, znajdowano obrazy erytrofagocytozy i złożeń żelaza w komórkach kupfferowskich wątroby; u gęsi, kaczek i gołębi, które posiadają względnie małą śledzionę, normalnie znajdują się w komórkach gwiazdkowatych wątroby szczątki erytrocytów i barwik krwi. Również w gruczołach chłonnych i szpiku kostnym zwierząt, operacyjnie pozabawionych śledziony, wykazano niszczenie krwinek czerwonych, więc i te narządy należy zaliczyć do układu siateczkowo-śródbłonkowego. Dane powyższe uzupełniają autorzy spostrzeżeniami, że u szczurów, białych myszy i świnek morskich po wycięciu śledziony zastępcza fagocytoza erytrocytów odbywa się również w łożysku krwionośnym, przyczem rolę fagocytów spełniają przeważnie monocyty, a częściowo i neutrofile. Zjawisko to dało się spostrzegać nie u wszystkich zwierząt, użytych do doświadczenia i nie stale, lecz od czasu do czasu; jeden raz wykryto je w 3 miesiące po operacji usunięcia śledziony. Wielokrotne badanie 2 i pół letniego dziecka w ciągu 3 tygodni po wycięciu śledziony ani razu nie wykazało zjawiska erytrofagocytozy we krwi; podobnie nie spostrzegali go autorzy u ludzi, którym wycięto śledzionę przed miesiącami lub latami, wątpliwem więc wydaje się istnienie takiej sprawy u człowieka.

E. Bokser.

H. OPITZ i M. SILBERBERG. **Przypadek trombopenji i braku fibrynogenu we krwi wskutek rozległej gruźlicy wątroby i śledziony.** (Klin. Woch. 1924, Nr. 32).

Sprawa dotyczyła dziecka, którego matka przeżyła zakażenie kilowe. Dziecko przyjęto po raz pierwszy do kliniki ze znaczną obrzękami, z objawami niedokrwistości wtórnej; objaw opaskowy był wówczas ujemny, odczyn Wassermanna ujemny, przy opukiwaniu kości powstawały wylewy krwawe; odczyn na tuberkulinę dodatni; wątroba powiększona, śledziona niewyczuwalna; mocz bez zmian chorobowych. Rozpoznano obrzęki charłaczce w następstwie przewlekłego niedokarmiania; zalecono obfity pokarm zawierający dużo witamin; stan poprawił się, ale obrzęki nie ustąpiły. Po kilku miesiącach sprowadzono ponownie dziecko do kliniki z żółtaczką, obrzękami krwawieniami kiszki i wylewami skórno-skłonnymi, znacznie powiększoną wątrobą i śledzioną, z puchliną brzucha; stan podgorączkowy, w moczu białko, barwki żółciowe, wałeczki ziarniste i erytrocyty. Rozpoznanie wahało się między kłwą a chorobą Weila. W 3 godziny po przyjęciu dziecka zmarło. W 10 minut po śmierci wydobyto krew za pomocą nakłucia serca; badanie krwi wykazało znaczną niedokrwistość i trombopenję (14600 płytek), 7300 leukocytów; krew nie skrzepła w ciągu 14 dni obserwacji. Osocze wykazało zupełny brak substancji włókninorodnej bez cech wzmoczenia ilości antytrombiny. Badanie zwłok wykryło gruźlicę płuc i gruczołów wnekowych, powiększenie śledziony i obecność w niej drobnych, szarych ognisk, powiększenie wątroby i liczne, drobne ogniska biało-żółtawe w niej oraz sprawę zapalną nerek. Badanie histologiczne wykryło gruźliczy charakter zmian w śledzionie i wątrobie. Przypadek ten ma zdaniem autorów przemawiać za tem że wątroba jest narządem produkującym fibrynogen. Stwierdzoną trombopenję wiążą autorzy ze schorzeniem śledziony, gdyż przeciwko schorzeniu szpiku kostnego przemawia prawidłowa liczba leukocytów. Prócz afibrynogenemji i trombopenji przyczynić się miała do wytworzenia skazy krwotocznej znaczna kruchość naczyń krwionośnych.

E. Bokser.

P. BOSE. **O wpływie małych dawek tyreoidyny na obraz erytrocytowy.** (Klin. Woch. Nr. 30, 1924).

Zondek pierwszy poczynił spostrzeżenie, że małe dawki tyreoidyny (0,1—0,2) wywołują przemijające wzmoczenie liczby czerwonych krwinek o 1—1 i pół miliona i wzrost hemoglobiny: działanie to ujawnia się w $\frac{1}{2}$ —1 godz. po zażyciu leku. Podobna zależność liczby erytrocytów od czynności tarczycy wykazał u zwierząt Mansfeld, który zaobserwował, że zwykle występująca w klimacie górskim polycythaemia nie ujawniała się u królika pozabawionego operacyjnie tarczycy. Autor zajął się wyjaśnieniem warunków, w któ-

rych szpik kostny odpowiada na bodziec tyreoidynowy, oraz w jakich okolicznościach bodziec ten pozostaje bez skutku i jak dalece wolno wyciągać stąd wnioski co do rokowania. Do stanów, w których szpik nie odpowiada na bodziec tyreoidynowy, należy niedokrwistość złośliwą, szczególnie jej odmiany aplastyczne, gdzie liczba erytrocytów może nawet ulec zmniejszeniu po podaniu tyreoidyny. Podobnie rzecz się ma w tych chorobach zakaźnych, w których ustrój nie może się zdobyć na zwiększenie liczby leukocytów (ciężkie zapalenie płuc włóknikowe, sepsis lenta). Naogół, zdaniem autora, ujemny wynik próby tyreoidyny (t. zn. wzrost liczby erytrocytów o mniej niż 1 milion i t. d.) znamionuje ciężki przebieg choroby i daje złe rokowanie. Do stanów, w których tyreoidyna wywołuje wybitne zwiększenie liczby erytrocytów, należy choroba Basedowa, a że w tym wypadku istnieje wzmoczona pobudliwość układu wegetatywnego, zwłaszcza współczulnego, więc uprawnia to do wniosku, że układ ten ma poważne znaczenie w sprawach regulacji niszczenia zużytych i dopływu świeżych erytrocytów.

E. Bokser.

FEISSLY. **Uwagi w sprawie leczenia krwotoków w krwawiacze.** (Pr. Med. Nr. 19, 1925).

Nie znając patogeny krwawiaczki, trudno myśleć o dokładnych sposobach leczenia tej skazy krwotocznej. To też podano wiele środków leczniczych, mających jakoby pomagać w hemofilji. Między innymi autor wymienia wyciągi z ciała żółtego Hyneka, hemoplastynę Parka—Davis, roztoczniny hipertoniczne, jak chlorek wapnia i 30% cytrynian sodu, koagulinę Fonio, propepton Nolfi i inn.—wszystkie te środki jednakże nie dawały autorowi wybitnych wyników co do podniesienia krzepliwości krwi u chorych na krwawiaczkę. Jedynym środkiem, o którym autor wyraża się nawet z pewnym entuzjazmem, jest przelewanie krwi, co autor też wykonał u sześciu hemofilików z doraźnym efektem. Krzepnięcie krwi, mierzone in vitro, które trwało przed transfuzją od 1 i pół do 12 godzin, po przelewaniu zostało doprowadzone do do okresu od 12 do 35 minut. Należy zauważyć, że przelewanie krwi, wziętej od hemofilika, tej poprawy krzepliwości nie wykazało. Słabą stroną tego środka leczniczego jest krótkotrwałość jego działania, ponieważ już po 24 godzinach krew krwiodobrycy przybiera swe cechy poprzednie.

J. Pomper.

Choroby kobiet i położnictwo

BRINDEAU et LANTNEJOU. **Uwagi co do kleszczy Kiellanda.** (Gyn. et Obst. Nr. 3, T. XI, 1925).

Autorowie po dokładnych doświadczeniach i wyliczeniach na fantomie a także i na żywej kobiecie przyszedli do wniosku, że kleszcze Kiellanda w obecnej postaci nie powinny być używane w praktyce lekarskiej.

Kleszcze te są zbudowane na zasadach mechaniki, które już były dawno przedyskutowane i porzucone we Francji. Kleszcze Kiellanda oprócz wielu wad powiększają obwód głowy dziecka więcej, niż kleszcze Tarnier lub Demalin VIII i tem samem powiększają niebezpieczeństwo dla matki.

L. Ebin.

E. HAUCH. **Kilka osobistych doświadczeń z kleszczami Kiellanda.** (Gyn. et Obst. T. XI, Nr. 5).

Od 1911 do 1918 roku autor zastosował kleszcze K. 82 razy i przyszedł do wniosku, że można w zupełności obejść się bez nich. W 4-ch przypadkach kleszcze K. dały dobre wyniki, ale niewiadomo czy przy zwyczajnych kleszczach nie zostałyby osiągnięty ten sam skutek.

Autor przypuszcza, że klasyczne cięcie cesarskie byłoby o wiele mniej niebezpieczne, niż kleszcze K., chociażby z tego powodu, że przy cesarskim cięciu dziecko jest mniej więcej pewne.

Jestem pewny, powiada dalej autor, że we Francji z kleszczami Tarniera lub Demelina można otrzymać rezultaty o wiele lepsze, niż z kleszczami K. Moje doświadczenie wykazało, że kleszcze K. są instrumentem niebezpiecznym, jak dla matki, tak i dla dziecka. Jeżeli zaś w specjalnym przypadku ktoś chciałby nałożyć kleszcze K., to powinien być przygotowany na komplikacje, jak przetoka maciczno-pęcherzowa, pęknięcie dolnego odcinka macicy i t. p.

Dlatego też kleszcze K. powinny być nakładane tylko w klinice, gdzie jest stosowna asysta i stosowne światło, a nigdy w praktyce prywatnej.

L. Ebin.

R. GOUVERNEUR i S. FABRE. **Cystoskopia w przypadkach raka szyi macicznej przed i po leczeniu radem.** (Gyn. et Obst. Nr. 3, T. XI. 1925).

W 200 przypadkach autorowie poczynili dokładne badania cystoskopowe zmian, zachodzących w pęcherzu przed i po leczeniu radem. Przyszli do wniosku, że cystoskopia podczas leczenia raka szyi macicznej radem może nam pomóc w określeniu stopnia zajęcia szyi macicznej przez raka. Większa część zakażeń pęcherzowych jest pochodzenia zapalnego, spowodowanego przez nowotwór macicy. W przypadkach zaawansowanych można widzieć zajęcie pęcherza przez nowotwór.

Jeżeli widzimy, że pęcherz jest zajęty przez nowotwór, leczenie radem jest zbyt skuteczne i wprost niebezpieczne, gdyż może spowodować komplikacje: przetokę pęcherzowo-pochwową i t. p. W tym ostatnim przypadku badanie kliniczne bez wątplenia wykaże zajęcie sklepień i tkanki przymacicznej przez nowotwór.

Stopień opanowania raka przez rad cystoskopowo określić się nie daje.

Jeżeli nowotwór szyi jest klinicznie wyleczony przez rad lub po operacji Wertheima obraz cystoskopowy prawie się nie zmienia, co jest nawet dowodem, że zmiany cystoskopowe są pochodzenia zapalnego.

Widzimy jednak często po wyleczeniu raka macicy różne zaburzenia pęcherzowe, które o wiele więcej czasu potrzebują do wyleczenia, niż sam rak.

L. Ebin.

C. DANIEL. **Gruźlica macicy.** (Gyn. et Obst. Nr. 3, T. XI. 1925).

Autor podaje obserwację jednej ze swych chorych, która była operowana z powodu gruźlicy trzonu macicznego i po dokładnym zbadaniu przychodzi do wniosku, że gruźlica trzonu macicznego, wbrew opinii większości ginekologów bywa często pierwotna.

Zwykle gruźlicy macicy towarzyszy szereg objawów chronicznego zapalenia, jak brak menstruacji, obfite krwawienia maciczne i upławy. Rozpoznanie może być postawione tylko po zbadaniu drobnowidzowym wyskrobin macicznych.

Gruźlica macicy może dać różne powikłania: wtórną gruźlicę przydatków, zarośnięcie jamy macicznej (gruźlica zwykle dochodzi do wewnętrznego ujścia szyi macicznej), ropniak macicy (**pyometra**) i nieplodność.

Gruźlica trzonu macicznego zdarza się zwykle u młodych kobiet. W okresie przekwitania krwotoki maciczne wskazują raczej na nowotwór, niż na gruźlicę trzonu macicznego.

Leczenie rozpoznanej gruźlicy trzonu macicznego może być tylko chirurgiczne. W zwykłych przypadkach, gdy zajęty jest tylko trzon macicy, można wykonać histerektomię przez pęchwe.

Skrobanie macicy, które było stosowane dawniej w początkach choroby, jest obecnie zarzucone z powodu możliwości wtórnego zakażenia mięśnia macicy lub przeniesienia gruźlicy do innych narządów drogą naczyń krwionośnych.

L. Ebin.

Carlos Alberto CASTANO. **Leczenie nieplodności diatermją.** (Gyn. et Obst. Nr. 3, T. XI. 1925).

Przyczyną nieplodności kobiet jest bardzo wiele.

10% małżeństw jest nieplodnych, z tej liczby tylko 1/5, podług Engelmanna, z przyczyny nieplodności męża. Autor w swym artykule rozpatruje tylko przypadki nieplodności kobiet z powodu niedorozwinięcia macicy (**hypoplasia uteri**), przytem długość macicy wraz z szyją nie powinna być mniejsza niż 5 cm. (normalnie 6 i pół).

Macie mniejszych lub szczątkowych (**uterus rudimentarius**), autor nie rozpatruje, jako zupełnie nie nadających się do leczenia.

Nieplodność zależeć może jeszcze od innych warunków, jak wiek kobiety, stan mięśnia macicy, stan jajników i t. p. Autor w kilkudziesięciu przypadkach otrzymał dobre wyniki. Macica się powiększała czasami do stanu normalnego, mięśnie macicy się rozwijały, miesiączka wracała do normy i pacjentki często zachodziły w ciążę.

Technikę diatermji autor podaje następująca: Jedna elektroda do pochwy (szyja macicy powinna leżeć na niej), a druga płaska (16 cm) na brzuch. Jeżeli macica jest w tyłu-

zgięciu, trzeba elektrodę włożyć do odbytnicy dość głęboko. Z początku sła prądu powinna dojść do 1 i pół amp., powoli dojść można do 2 i pół.

Seans autor powtarzał codziennie przez 20 dni od 30—45 minut. Następnie pacjentka miesiąc odpoczywała i przechodziła jeszcze jeden kurs, gdy to było potrzebne.

Podczas miesiączki autor przerywał leczenie i 3 dni po perjodzie wznawiał je.

Niektóre kobiety zachodziły w ciążę zaraz po pierwszej serji leczenia diatermją.

Autor znajduje, że diatermja jest jednym z najlepszych środków leczenia nieplodności z powodu niedorozwinięcia macicy.

L. Ebin.

AUDEBERT et FOURNIER. **Krwotok maciczno-łożyskowy. Całkowite usunięcie macicy bez otwarcia jaja płodowego.** (Gyn. et Obst. T. XI, Nr. 2, 1925).

Autorowie przytaczają obserwację jednej chorej w IX miesiącu ciąży, która przybyła do kliniki z powodu obfitego krwawienia. Z powodu tego, że stan chorej ciągle się pogarszał, a rozwiązanie naturalnym sposobem było niemożliwe, postanowiono zrobić histerektomię, gdyż chora nie była w stanie wytrzymać większego upływu krwi, któryby pociągnęło za sobą cięcie cesarskie. Wykonano zabieg, nie otwierając jaja płodowego.

Badanie macicy wraz z jajami płodowymi wykazało, że wykonany zabieg operacyjny był jedynie wskazany, gdyż ogromny krwiak między macicą i łożyskiem wskazywał, że zmniejszenie ciśnienia wewnątrzmacicznego podczas cięcia cesarskiego mogło wywołać natychmiast katastrofę.

Przyczynę krwotoku autorowie upatrują w zaburzeniach układu naczyniowego.

L. Ebin.

Serga SELITZKI. **Zatrucie ciężarnych.** (Gyn. et Obst. Tom XI, Nr. 2, 1925).

Już w XVIII wieku lekarzom były znane choroby, związane z ciążą, jak drgawki, wymioty, cierpienia skóry ciężarnych. Następnie Lever znajduje białko w moczu i opisuje choroby nerek i wątroby u ciężarnych. Dopiero w końcu XIX w. Bouchard, de Rivière i inni zaczęli wspominać o ogólnym zatruciu organizmu matki.

Następnie zwrócono uwagę na łożysko i na gruczoły dokrewne. Hoffbauer twierdził, że zatrucie organizmu odbywa się przez fermenty, wydzielające się z łożyska (Abderholden i inni). Autor przychodzi do wniosku, że obecnie można z całą stanowczością orzec, że:

- 1) Każdy objaw patologiczny, związany z ciążą, jest zatruciem.
- 2) Zatrucia te są spowodowane substancjami dotychczas nam nieznanymi, występującymi, albo z powodu niedowładu gruczołów dokrewnych, albo wpływu łożyska na te gruczoły, albo też z powodu wewnętrznych wydzielin łożyska lub jajników podczas ciąży.

L. Ebin.

Medycyna sądowa.

WÜRZ. **O zatruciu połączeniami baru przy badania promieniami Roentgena.** (Deut. Zeitsch. f. d. ges. gericht. Medizin. Vierter Band, Heft 2).

Do 11 podanych w piśmiennictwie przypadków zatrucia połączeniami baru przy badaniu papką kontrastową autor dodaje swój przypadek, gdzie zatrucie wystąpiło przy wprowadzeniu baru do odbytnicy. We wszystkich przypadkach zatrucia wynikiły wskutek tego, że siarczan baru — jedynie nie trujące połączenie baru — przez pomyłkę był zastąpiony przez siarczek baru, albo był zanieczyszczony przez inne połączenia baru. Objawy zatrucia występują dość szybko i polegają na wymiotach, morzysku, bieguncie i szczególnie charakterystycznym dla tego zatrucia bezwładzie wstępującym. Działanie jest miejscowe żrące oraz resorbcyjne. Śmierć — wskutek działania na serce.

H. Kulikowska.

RAESTRUP. **O wykrywaniu benzolu w zatruciach.** (Deutsche Zeit. f. d. ges. gericht. Medizin. Vierter Band Heft 4).

W r. 1915 Joachimoglu podał sposób wykrywania benzolu, który polega na tem, że benzol zamienia się w ni-

trobenzol charakterystyczny przez swoją woń gorzkich migdałów i przez zabarwienie lewoczerwone. Odczyn J o a c h i m o g l u jest swoisty dla benzolu i wobec tego nie wykrywa innych pokrewnych substancji, które często wchodzić jednocześnie w grę, jak ksylol, toluol, benzyna i t. d. Natomiast odczyn autora wykrywa całą tę grupę substancji. Polega on na tem, że podczas destylacji miazg i badanych narządów pary, odprowadzane z kolby, stykają się z sudanem, o ile te pary zawierają w sobie benzol, lizol i t. d. sudan w nich się rozpuszcza i odpowiednio zabarwia, w ten sposób mamy odczyn na całą wspomnianą grupę substancji. Dla ustalenia, czy jest wśród nich i benzol—należy szklaną rurkę, odprowadzającą gazy, zanurzyć w mieszaninie lodu i soli kuchennej. O ile wśród badanych substancji był benzol—osiada on na ścianach rurki w postaci białego krystalicznego nalotu, który jest tem obfitszy, im więcej benzolu zawierały badane narządy.

H. K u l i k o w s k a.

BRANDSTÄTTER i KISSER. Przyczynek do kwestji samobójstw. (Deutsche Zeitschrift f. d. gesamte gericht. Medizin. Vierter Band Heft 3).

Autorowie na zasadzie 31 sekcji samobójców przyszedli do wniosku, że często wśród nich znajdują się jednakowe zmiany konstytucyjne, mianowicie: przerost aparatu chłonnego, mniej lub więcej zachowana grasica, zrosty twardówki ze sklepieniem czaszki, wgłębienia palczaste na kościach pokrywy, pewien infantylizm (szczególniej wśród młodych kobiet) i t. d.

Autorowie zwracali też uwagę na związek samobójstw z pogodą: na 564 przypadkach zrobili oni spostrzeżenie, że najwięcej samobójstw przypada na tak zwane ładne dni, t. j. słoneczne, suche, jasne, a że takich dni w Wiedniu jest najwięcej w maju i październiku, więc i liczba samobójstw w tym czasie jest najwyższą. Szczególniej silnie ulegają wpływom pogody jednostki młodsze płci męskiej. Zestawienie samobójstw podług pór roku wskazuje, że i w innych krajach, jak Szwajcaria, Danja, Szwecja — dają się zauważyć dwa wzmożenia krzywej samobójstw, z których większa przypada na wiosnę. W innych zaś krajach, jak Francja, Włochy, Prusy—bywa tylko jedno wznieśnienie—w lecie. Autorowie wraz z H o b e r d a i B a r t e l e m uznają, że w pewnych okolicznościach, jak np. choroba, ciężkie rozczarowanie i t. d. — najzupełniej normalni ludzie, mogą się targnąć na swe życie, to tak zwane „samobójstwa fizjologiczne“. Większość samobójców rekrutuje się jednak z ludzi, którzy nienormalnie silnie reagują na wpływy zewnętrzne, albo u których wewnętrzne procesy, już fizjologicznie połączone z pewnym podnieceniem, np. okres przedmenstruacyjny—przebiegają w sposób nienormalny i t. d.; ostatecznej przyczyny tego trzeba szukać w wadliwej budowie konstytucyjnej. Na tych ludzi niezrównoważonych stan pogody może wpływać w sposób decydujący.

H. K u l i k o w s k a.

Erwin MIESBACH. Mniejwartościowość a odpowiedzialność. (Zeitschrift f. d. gesamte gericht. Medizin. Vierter Band, Heft 1).

Z powodu projektu nowej niemieckiej ustawy karnej, która przewiduje łagodniejszy wymiar sprawiedliwości dla dość obszernej kategorii mniej wartościowych jednostek, autor nastaje na tem, że wśród tych ostatnich powinno się odróżnić dwie grupy: ludzie mniej wartościowi pod względem umysłowym (minderwertig—beschränkte) i mniej wartościowi pod względem uczuciowym (Affektiv—minderwertige). Co się tyczy pierwszych, to autor uważa ich za balast dla społeczeństwa pod względem moralnym, społeczno-ekonomicznym i pod względem higieny rasowej. Z nich się rekrutują przeważnie złodzieje, włóczęgi, żebracy i naponie. Jeżeli dzięki ograniczoności ich umysłu tacy ludzie mogą łatwo być popchnięci do jakichś nadużyć, fałszerstw i t. d.—to w wykroczeniach mniej złożonych, jak np. kradzież, rabunek, włamanie i t. d.—są oni zupełnie poczytalni, i autor sądzi, że przeciwko nim muszą być w tych razach stosowane te same kary, co i względem zdrowych, tembardziej, że dzięki ich psychice,—więzienie

dla nich wcale nie jest tak straszne, jak dla człowieka zdrowego, dla którego, prócz rozmaitych niewygód fizycznych — istnieje jeszcze cały szereg udręk moralnych, jak utrata czci, posady, przymus, otoczenie i t. d., t. j. takie czynniki, które w życiu człowieka, umysłowo ograniczonego, nie grają żadnej roli. Inaczej rzecz się ma z ludźmi, których autor nazywa Affektiv—minderwertige i do których zalicza epileptyków, histeryków, neurasteników, alkoholików, psychopatów i t. d.; wśród nich nieraz znajdują się jednostki, mogące być bardzo użytecznymi w społeczeństwie. Tylko w pewnych okolicznościach ci niezrównoważeni ludzie stają się przestępcami. Pozbawieni oni są tych hamulców, które u ludzi zdrowych potrafią stłumić zbyt silne nastroje. W tem znaczeniu można ich nazwać mniejwartościowymi. Dla tych ludzi więzienie jest torturą jeszcze cięższą, niż dla ludzi o zdrowych nerwach, a jednocześnie są to ludzie, którzy poddają się dobremu wpływom i w zasadzie są zdolni do poprawy. Dla tej kategorii jednostek mniejwartościowych w przypadku popełnienia przez nich jakichś przestępstw autor żąda uwzględnienia okoliczności łagodzących.

H. K u l i k o w s k a.

Aleksander KATZ. O zatorach tłuszczowych płuc. (Deut. Zeitschr. f. d. ges. gericht. Mediz. Vierter Band, Heft 5).

Autor badał płuca 600 trupów na obecność w nich zatorów tłuszczowych. W 194 przypadkach stwierdził on tłuszcz w płucach, z nich 133 przypadki na uszkodzenie kości i części miękkich, 46 przypadków na śmierć z chorób wewnętrznych i 15 na śmierć gwałtowną przez powieszenie, oparzenie i t. d. Wnioski autora są następujące:

- 1) Zatory tłuszczowe w płucach są nader częste i spotykają się nie tylko w przypadkach śmierci gwałtownej wskutek urazów kości części miękkich i narządów, ale także i w innych przypadkach śmierci gwałtownej oraz w przypadkach śmierci z powodu chorób wewnętrznych.
- 2) W większości przypadków zatory tłuszczowe grają drugorzędą rolę, jako przyczyna śmierci. W przypadkach, gdy zatory tłuszczowe powodują śmierć, najczęściej znajdujemy je nie tylko w płucach, ale także w nerkach i w mózgu, i właściwą przyczyną śmierci w tych przypadkach nieraz są nie zatory w płucach, lecz w mózgu.
- 3) Kwestja zatorów tłuszczowych musi najbardziej interesować lekarza sądowego i to przedewszystkiem w przypadkach, gdzie wynik sekcji jest naogół ujemny.

H. K u l i k o w s k a.

Hans DELBRÜCK. Godny uwagi przypadek upojenia sennego. (Deut. Zeitschr. f. d. ges. gericht. Medizin. Vierter Band, Heft 4).

Autor opisuje przypadek upojenia sennego, który, jego zdaniem, zasługuje na uwagę z kilku względów: raz dlatego, że osobnik, który mu uległ, był uprzednio badany pod względem psychicznym; po drugie dlatego, że przypadek ten nie był oceniany z punktu widzenia sądowo-lekarskiego, a więc nie było powodu wątpić w szczerostwo tego osobnika i na koniec dlatego jeszcze, że miała tu miejsce tak dokładna rekonstrukcja całego obrazu, jaką rzadko się widzi w przypadkach tego rodzaju. Okoliczności sprawy były następujące: Niejaki X., nie nadużywający alkoholu psychopata, fizycznie mocno strudzony, o 10-ej udaje się na spocznik i mocno zasypia. Obudzony w nocy przez dzwonek u bramy, otwiera na chwilę oczy i uderzony silnym światłem (latarki dwóch motocykletek, jak się później okazało) ulega złudzeniu, że wybuchł pożar w domu, przychodzi mu do głowy, że może on go wzniecić (przed kilku dniami na przechadzce po zapaleniu cygara rzucił niezgaszoną zapalną na mech, który zaczął się palić) i, myśląc, że jest jeszcze na wsi, skąd przed dwoma dniami: powrócił i gdzie miał nisko położone mieszkanie, wyskakuje przez okno. Po upadku zwraca uwagę, że jest wśród jakichś krzaków, których na wsi nie było. chce wstać, lecz się obsuwa, bo ma nogę złamaną, czołga się wzdłuż muru, aż natrafia na schody. Dopiero wtedy otwiera oczy i wraca do świadomości.

H. K u l i k o w s k a.

Zapiski lecznicze.

O leczeniu niektórych schorzeń wątroby Cholewalem-Mercka.

Podał

S. FRANK (Warszawa).

Przez firmy farmaceutyczne stale zalecane bywają środki lecznicze „przeciw żółtacze”. Dzięki badaniom treści dwunastnicy¹⁾ mamy możliwość bliższego rozejrzenia się w schorzeniach wątroby, a co za tem idzie zastosowania odpowiedniego leczenia. W kamicy żółciowej mamy objawy chorobowe, wywołane zapaleniem pęcherzyka żółciowego (**cholecystitis**) lub też zatkaniem dróg żółciowych, resp. ich zapaleniem (**cholangitis**). Zależy nam na „przeplukaniu” dróg żółciowych i pęcherzyka — żółcią oraz na ich zdezynfekowaniu. Środkiem leczniczym, odpowiadającym tym 2 wymaganiom, jest Cholewal (Mercka) będący kombinacją srebra kolloidalnego i sodu kwasów żółciowych, które, jak wiadomo, należą do najlepszych środków żółciopędnych. Wprowadził Cholewal do kliniki Singer. Cholewal znajduje się w sprzedaży w tubkach szklanych po 0,1 i 0,2. Przed użyciem

należy proszek Cholewalu rozpuścić w 10 ccm. wody przekropionej, a więc otrzymujemy 1% resp. 2% roztwór, który wprowadzamy choremu dożylnie. Stosuję Cholewal od kilku lat z bardzo dobrym wynikiem, zwłaszcza w żółtacze przewlekłej z gorączką i dreszczami. Już po 3 — 4 zastrzyknięciach występuje wyraźna poprawa, chory przestaje zwykle gorączkować, samopoczucie polepsza się, i żółtaczka stopniowo znika. Mielisny przypadki w których chirurg zrzekał się interwencji z powodu rozpaczliwego stanu chorego, a głównie w obawie krwotoków pooperacyjnych. Po kilku zastrzyknięciach (co 3-ci dzień) Cholewalu stan chorych poprawiał się znakomicie. Samo przez się rozumie się, iż są przypadki, w których interwencja chirurgiczna jest niezbędna, ale wprowadzenie do ustroju środka dezynfekującego, jakim jest srebro kolloidalne, może choremu tylko przynieść korzyść, gdyż staje się on odpornym na wtórną infekcję. Bądź co bądź, należy przed skierowaniem chorego do chirurga wypróbować zastrzykiwania cholewalu, który nie wywołuje objawów ubocznych i jest bodaj czy nie najlepszym środkiem w leczeniu zapalenia pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych.

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie z dnia 6 Maja 1925 r.

Sekcja kliniczna.

Szenkier. **Przypadek rozdwojenia moczowodu i miedniczki.**

Anomalje nerek i moczowodów, poza znaczeniem embriologicznym, posiadają ważne znaczenie kliniczne, a to dlatego, że narządy takie posiadają mniejszą wartość biologiczną. Dzięki pyelografii mamy możliwość stwierdzenia owych anomalji. Pokaz dotyczy kobiety z objawami prawostronnej kamicy nerkowej. Prześwietlenie wykazało kamyk w prawym moczowodzie. Badanie czynnościowe wykazuje niedomogę pr. nerki, lewa N. duże ilości ropy w moczu. Pyelografia: odchylenie moczowodu i znaczne wodonercze. Rozpoznano wtórnie zakażone wodonercze na tle kamicy. Operacyjnie usunięto nerkę. Posiadała ona dwie niekomunikujące się ze sobą miedniczki, każdą o własnym moczowodzie. W pewnej odległości od miedniczek moczowody te zrastają się i w tem właśnie miejscu znajduje się kamyk kielkości wiśni.

Szenkier. **Przypadek polipa moczowodu.**

S. omawia sprawę nowotworów moczowodu i zaznacza niezwykle rzadkość polipów moczowodów. W opisywanym przypadku przy wziernikowaniu stwierdzono twór, sterzący w ujściu prawego moczowodu. Twór ten, długości 1¹/₂ — 2 cm. wysuwał się i cofał się z powrotem do moczowodu, w zależności od skurczów moczowodu. Przy operacji okazało się, że był to polip wielkości 10 cm. Po podwiązaniu szyjki polip usunięto poczem nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

W dyskusji Endelmann B. wspomina o 3 przypadkach rozdwojenia miedniczek i moczowodów. W jednym przypadku jedna miedn. była zakażona, a druga zdrowa, w drugim przypadku było wodonercze jednej tylko miedniczki, a w trzecim przypadku (rozdwojenie nerki) połowa była zajęta (gruźlica), połowa zaś zdrowa.

Landau An. i Held. **O przemijającej żółtaczce hemolitycznej, wywołanej doświadczalnie u człowieka przez podawanie podskórne fenylhydrazyny.**

L. i H. stwierdzili, że zastrzykiwanie fenylhydrazyny u człowieka powoduje lekkie zmniejszenie odporności osmotycznej krwinek oraz urobilinurję i wzrost bilirubiny we krwi. Zaznaczają, że w ten sposób po raz pierwszy udało im się wywołać prawdziwą żółtaczkę hemolityczną u człowieka. Wskazują, że żółtaczka ta nie jest pochodzenia wątrobowego.

¹⁾ Frank i Szour: Metodyka, wyniki i znaczenie kliniczne badań chemiczno-morfologicznych zawartości dwunastnicy (W. Czas. Lek. Nr. 7. 1924).

albowiem nawet za pomocą czułych prób nie udało się stwierdzić w przypadkach, traktowanych fenylhydr., objawów niedomogi wątroby.

W dyskusji zabierają głos Hirszfild, który porusza sprawę wpływu ciał rozpadowych krwinek na ustrój z punktu widzenia serologicznego, oraz Landsberg, który zwraca uwagę na zagadkowy stosunek fenylhydr. do przemiany węglowodanów oraz wyraża wątpliwość co do nieuszkodzenia wątroby przez tę wybitnie hepatotropową substancję.

Przesmycki. **O stosowaniu surowicy przeciwczernkowej.** (Ukaże się drukiem w Warsz. Czasop. Lekarskim).

W dyskusji Hirszfild podkreśla doniosłość badań Przesmyckiego. Knappe zaznacza, że pierwszy stosował sur. przeciwczernkową P. Z. H. i Bujwida. Otrzymywał dobre wyniki. Owczarewicz podkreśla ważność uporządkowania w określaniu jednostki surowicy antytoksycznej. Jad czernkowy jest jednolity.

Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie z dnia 25. IV 1925.

Przewodniczący Bregman.

1) Freyrówna przedstawia chorego l. 23, u którego na 7 dzień po zastrzyknięciu mu 20 cm. surowicy przeciw-błoniczej wystąpiły następujące objawy: **pokrzywka, bóle stawowe a nieco później porażenie ruchów barków.** Stan obecny: porażenie i zanik z częściowym odczynem zwyrodnienia mięśni kapturowych (pr. l.), mięśnia zębatego przedniego z pr. str., oraz mięśni pod- i nadgrzebienowych. Zaburzenie czucia w okolicy mięśnia naramiennego pr. oraz na wewn. powierzchni pr. kolana. Porażenia posurowicze zdarzają się najczęściej po zastosowaniu surowic, zobojętniających jady neurotropowe (błonicze, tężcowe). Sougues, Lafoucard i Terris przypisują antytoksynom znaczenie patogenetyczne.

W dyskusji brali udział: Z. Bychowski, Higier, Bregman.

2) Sterling Wł. przedstawia chłopca l. 3 i pół, u którego zaraz po urodzeniu stwierdzono **owłosienie na spojeniu łonowym i prącie nadmiernej wielkości.** Obecnie wzrost chorego odpowiada wiekowi l. 7. Budowa kości dłoni i przedręca odpowiada (podług rentgenogramu) wiekowi starszemu (co najmniej o 5 lat). Prącie długości 9 cm., owłosienie na spojeniu łonowym i pod pachami. W mosznie stwierdza się tylko jedno jądro. Pod względem intelektualnym przedstawia chorego największy stopień idiotyzmu. Jest niespokojny, gwałtowny, pobudliwy, mówić nie umie, wydaje tylko dźwięki nieartykułowane.

Różniczkując między nadnerczowem szyszynkowem i jądrowem pochodzeniem tego zespołu (*Pubertas praecox*), skłania się mówca ku pochodzeniu dysgenitalnemu na zasadzie głębokiego upadku intelektualnego oraz anomalji jąder.

W dyskusji zabierał głos: Bregman Orzechowski, Higier.

3) Koelichen pokazuje chorego l. 22, u którego w ciągu 4 mies. stopniowo rozwinęły się objawy asynergji, niedowładu kończyn dolnych z objawem Babińskiego z pr. str., niedowład dolnej gałązki pr. nerwu twarowego porażenie mięśni okoruchowych (unerwionych przez III parę), podniebienia miękkiego, bezład kończyn lewych osłabienie czucia powierzchownego i głębokiego w l. połowie ciała. W 4 miesiącu choroby wystąpiły nowe objawy: niedowład lewostr., dyzartria, utrudnienie tykania, Babiński z obu str., porażenie pr. połowy języka z zanikiem i drgawkami włókienkowemi, dysmetria oraz drżenie zamiarowe w kończynach górnych. Pod koniec 4-go miesiąca choroby nastąpiła poprawa i objawy chorobowe z wolna zaczęły ustępować. Obecnie stwierdza się tylko: niedowład dol. gałązki pr. nerwu barkowego, dysmetrię, drżenie zamiarowe w kończynach górnych, wzmożenie odruchów ścięgowych, brak odruchów brzusznych z prawej, osłabienie ich z l. str., objaw Babińskiego wyraźny z pr., niestały z l. str., chód chwiejny, możliwy tylko przy obcej pomocy. Na zasadzie całego przebiegu cierpienia rozpoznaje mówca sprawę zapalną, która, rozpoczynając się w pniu mózgowym, w okolicy jąder nerwu okoruchowego, przeszła następnie na istotę szarą opuszki oraz rdzenia w części szyjnej i uszkodziła szlaki piramidowe i móżdżkowe.

W dyskusji zabrali głos: Higier, Herman.

4) Bychowski Z. Pokaz chorego z objawami nowotworu mózgu.

Chory l. 39, neuropatycznie obciążony, miewa od 5 lat napady drgawkowe o charakterze padaczkowym. Napady te, mimo leczenia preparatami bromu i luminalem stają się coraz częstsze. Po jednym z takich napadów (przed 5 l.) stwierdził B. niedowidzenie połowicze. Od 2 lat ból głowy w okolicy ciemieniowej pr., dwojenie i oczopląs. Od 9 miesięcy niedowład lewostr. bez objawu Babińskiego oraz osłabienie czucia bólowego i ciepłikowego z tejże str. Dno oczu — bez zmian. Duże mroczki w obydwu pr. połowach pola widzenia. Stan psychiczny, poza apatią, zmian nie wykazuje. Leczenie swoiste oraz naświetlanie promieniami Roentgena bezskuteczne. B. rozpoznaje nowotwór łagodny powierzchowny lub też *meningitis circumscripta cystica* w obrębie średniej części szpary Rolanda. Trepanację, choćby dekompresyjną, uważa za niezbędną.

W dyskusji brali udział: Karbowski, Orzechowski, Higier, Bregman, Nelken.

5) Krukowski. kureze kończyny górnej u chorego. Z oddz. chor. nerwowych d-ra Bregmana.

Chłopiec 16 letni miewa od 4 l. ruchy mimowolne o charakterze skurczowym oraz bóle w pr. kończynie górnej. Podczas unoszenia kończyn górnych do linii pionowej występuje w palcach pr. dłoni kurcz toniczny, rozprzestrzeniający się na mięśnie przedramienia. Dłoń wykonywa ruch supinacji. Przy unoszeniu kończyny do linii poziomej zjawia się krótkotrwały kurcz kloniczny, a następnie toniczny w mięśniach pasa barkowego i ramienia. Przedramię ustawia się w supinacji. Ruch supinacyjny dowolny niemożliwy, z powodu skurczu tonicznego mięśni przedramienia i palców. Odruchy w kończynach górnych normalne. PR. AR. żywe, podeszwy pr. = 0, l. normalny. Mówca wyłącza tu historję na zasadzie stopniowego narastania objawów, braku momentów psychicznych w etiologii oraz bezskuteczności leczenia za pomocą sugestji. Skłania się do rozpoznania cierpienia nazwanego przez Flatau-Sterlinga „Kurczem toksycznym“, a przez Ziehen a „Nerwicą torsyjną“. Mówca podkreśla obecność oczopląsu, jako objawu, w tem cierpieniu dotychczas niespostrzeżanego.

Dyskusję odłożono.

6) Bregman i Pończ. *Cysticercus cerebri*. Chory 24 l. przybył z rozpoznaniem nawrotu nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Bóle głowy, niekiedy wymioty. Czasami podwójne widzenie. Prawa źrenica szersza, oddziaływanie dobre. Nieznaczny oczopląs. Lekki niedowład pr. połowy twarzy oraz mniejsza siła pr. kk., z pr. strony odruch Babińskiego i stopotrąs. Apatja, niekiedy trudno mu znaleźć wyrazy. Wassermann ze krwi + + +, z plyn-

nu m. r. ujemny. Badanie płynu: Nonne-Appelt, białka 0,29/100, 16 limfocytów.

Ogledziny pośmiertne wykazały obok objawów wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego liczne pęcherzyki, miejscami groniaste, na podstawie mózgu i duży pęcherz, wielkości śliwki, w l. zrazie skroniowym i liczne pęcherze na przekroju przez zraz czołowy; nacieczenia zapalne (*Meningitis cysticercosa*) w obrębie mostu Varola i odnóg mózgowych. Ubóstwo objawów klinicznych wobec tak dużych zmian anatomicznych. Nagła śmierć jest charakterystyczna dla tego cierpienia. Dodatni odczyn Wassermann a mógł być spowodowany przez toksyny wydzielane przez pasorzyty: danych dla przymiotu nie było. Dyskusję odłożono.

Sekretarz: Bauprusakowa.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej.

Posiedzenie kliniczne z 26. III. 1925 r.

Przed porządkiem dziennym przewodniczący: 1) wygłosza wspomnienie pośmiertne o prof. A. Wassermanie, znakomitym serologu. Pamięć jego zostaje uczczona przez powstanie; 2) odczytuje treść depešy powitalnej z powodu otwarcia uniwersytetu hebrajskiego, wysłanej przez Zarząd Zrzeszenia do Jerozolimy.

1) A. Fryszman. Przypadek torbieli surowiczej nerki. Chora S. F. lat 62, od 2 lat cierpi na bóle krzyża i brzucha, idące w kierunku lewdoży, skarży się na ogólne osłabienie; od roku nie opuszcza łóżka. Chora wycieńczona, biała, bardzo nerwowa. Tętno 96, temperatura wieczorami powyżej 37°. W płucach dawne zmiany gruźlicze. Granice serca prawidłowe, tony jego przytłumione. Miażdżyca aorty. W prawej dolnej połowie brzucha na wysokości miednicy wyczuwa się guz wielkości pięści, okrągły, bolesny, dający się przesunąć w kierunku podżebrza prawego. Przy badaniu przez pochwę również można wyczuć obecność ciała kulistego, elastycznego, dającego się oddzielić od macicy. W moczu ślady białka, po kilkanaście leukocytów w polu widzenia; C. g. 1023. Pyelografia wykazała, że guz wyczuwalny odpowiada przemniejszonej w kierunku miednicy prawej nerce. Próba czynnościowa nerek wykazała nieznaczne upośledzenie czynności prawej nerki w stosunku do lewej. Ilość mocznika we krwi — 0,35 (norma).

Wychodząc z założenia, że powyższe objawy stoją w związku ze znaczną dyslokacją nerki i ze względu na niemożliwość odprowadzenia nerki podczas operacji pod łuk żebrów i na stwierdzone podczas zabiegu zmiany w nerce, wobec dobrej czynności drugiej nerki, referent dokonał nerekto-mji z wynikiem pomyślnym.

Usunięta nerka przedstawia się (pokaz preparatu) w postaci kolby. Dolna trzecia część nerki uległa zanikowi, a pozostały niższy przechodzi bez wyraźnej linii demarkacyjnej w kulistą torbiel, zajmującą dolny biegun nerki. Torbiel ta, o bardzo cienkich powłokach, była wypełniona przezroczystym żółtym płynem. Druga mała, wielkości orzecha laskowego, znajdowała się na wypukłym brzegu nerki i zawierała płyn podobny do poprzedniego, który okazał się surowicznym.

Miało się więc do czynienia z torbielą surowiczą nerki, która należy do bardzo rzadkich schorzeń. (Brin zebrał zaledwie 53 przypadki, Israel na 297 przypadków operowanych schorzeń nerkowych nie miał ani jednego przypadku, Rümmele — jeden). Referent omawia następnie torbiele z punktu widzenia anatomopatologicznego, klinicznego i mówi o spostrzeżeniach swoich, dotyczących się postępowania leczniczego i rokowania.

Dyskusja

Knappe: O ile operacja nie jest zupełnie celową, to dla ustroju jest to strata (usuwanie nerki), ponieważ organizm, mający tylko jedną nerkę, nie może funkcjonować tak sprawnie, jak mający obie nerki; powinno to się odbić na ciśnieniu krwi i zawartości w niej mocznika. Pożądane jest, żeby pod tym względem prelegent roztoczył dalszą obserwację nad chora.

Senkier. Wychodząc z założenia, że bóle wywołała torbiel, a nie dawno egzystująca, nisko położona nerka, przypuszcza, że torbiel rozwinęła się we wrodzonej, nisko leżącej nerce. Senkier uważa, że wskazane było wycięcie torbieli a nie nefrektomia.

Mayer omawia różniczkowe rozpoznanie guzów nerki.

Higier nie zdaje sobie sprawy z tego, w jaki sposób niewinna torbiel surowicza nerki wywołała objawy bólowe. W objawy, zależne od wędrującej lub opuszczonej nerki, Higier mało wierzy. Rozpoznanie torbieli nerki, ściślej wyrażając się, torbieli na nerce jest absolutnie niemożliwe. Jedynie torbiele mózgu, a zwłaszcza opon rdzeniowych, dają się za życia rozpoznać dzięki objawom uciskowym oraz zmienności ich natężenia i rozległości. Przewrotny neurolog, po usunięciu guza oponowego, szuka zawsze towarzyszącej torbieli.

Lubelski: Rezekcja nerki daje dużą śmiertelność, dlatego jest wskazane raczej wyłuszczenie, tembardziej u 60-letniej kobiety.

Abramowicz żałuje, że nie było dokonane badania anatomopatologiczne i zapytuje, czy zawartość torbieli była badana na mocznik.

W odpowiedzi Knappemu oświadcza Fryszman, że od chwili operacji upłynęły 2 miesiące, a pozostała nerka wywiązuje się ze swego zadania zupełnie dobrze.

F. Nie zgadza się z Szenkierem, jakobyśmy mieli do czynienia z wrodzoną opuszczoną nerką. Zarówno przebieg choroby, jakoteż stosunki anatomiczne, stwierdzone podczas operacji, świadczą o tem, że mamy do czynienia ze stopniową dyslokacją nerki. W przypadkach wrodzonej opuszczonej nerki szczyła zwykle jest bardzo krótka, w przypadku zaś omawianym okazała się względnie długą, co pozwalało na dość dużej przestrzeni przesunąć nerkę. Wskazaniem do operacji były częste bóle, tak, że chora sama jej wymagała. Wskazaniem do usunięcia nerki były z jednej strony niemożliwość repozycji nerki w zwykłe miejsce pod łuk żebrowy, a z drugiej strony daleko posunięte zmiany w samej nerce, które doprowadziły do zniszczenia prawie trzeciej jej części.

W zupełności zgadza się F. z Lubelskim, że mniejszem niebezpieczeństwem dla chorej było usunięcie nerki, aniżeli usunięcie jej części. Przemawiały za tem: możliwość następczego krwotoku, a z drugiej strony wiek i ogólny stan chorej nie pozwalały na długi i ciężki zabieg. Zresztą, o ile F. wiadomo, w wielu z tych przypadków, gdzie stosowano zabieg konserwatywny, musiano dokonać wtórnego usunięcia nerki, czy to z powodu następczego krwotoku, czy to z powodu ropienia.

2) T. Simchowicz — **Oslabienie funkcji płciowej, jako pierwszy objaw organicznego cierpienia rdzenia.**

I. G. lat 27, żonaty jedno zdrowe dziecko. W sierpniu 1924 roku chory zauważył u siebie osłabienie funkcji płciowej. Badanie przedmiotowe wówczas już wykazało rozległe zmiany czucia, mianowicie osłabienie czucia bólowego i ciepłikowego przy zachowaniem czucia dotykowym w obrębie prawej kończyny dolnej i prawej połowy moszny i prącia. Siła mięśniowa kończyn dolnych była zupełnie normalna, odruchy kolanowe były bardzo żywe, z lewej strony — odruch Rossolimo, odruchy brzuszne górne — prawidłowe, dolne — słabe, odruch odbyticy — zniesiony. Pozatem innych zmian w układzie nerwowym nie stwierdzono. Ze względu na wybitne zmiany uczuciowe, dochodzące w okolicy segmentów krzyżowych do zupełnego zniesienia czucia bólowego i termicznego i szczególnie ze względu na dysocjację czucia, jak również, biorąc pod uwagę zaznaczone objawy piramidowe, wówczas już referent rozpoznał organiczne schorzenie pod postacią jamistości rdzenia.

Po raz drugi badał referent chorego po upływie pół roku. Zmiany czucia te same, odruchy bardziej wzmożone, z lewej strony Rossolimo i Babiński. Lewa noga szybko męczy się przy chodzeniu. Do niemocy przyłączyło się zatrzymanie moczu. Ostatnio wystąpiły parestezje w prawej kończynie dolnej.

Rozpoznanie: **dolny lumbalno-sakralny typ jamistości rdzenia.**

Przypadek ten zasługuje na uwagę 1) ze względu na to, że wyłącznie dolny typ syringomyelji rzadko jest spostrzeżany, 2) ze względu na wyraźnie zaznaczony tu typ Brown-Sequarda, co przemawia za tem, że zajęta jest przeważnie jedna połowa rdzenia, 3) ze względu na to, że pierwszym objawem, który zwrócił uwagę chorego na jego cierpienie, było osłabienie funkcji płciowej. Przypadek ten w sposób jaskrawy dowodzi, że osłabienie funkcji płciowej za-

wsze powinno być leczone przez neurologa; najczęściej bowiem powstaje ono na tle nerwicy, rzadziej, jak w danym przypadku, jest ono pierwszym, albo jednym z pierwszych objawów organicznego cierpienia rdzenia. Jeżeli wenerolodzy usuwają czasami osłabienia funkcji płciowej z pomocą zgębnikowania cewki, mięsienią gruczołu krokowego albo też przypalania wzgórką nasiennego, to na chorego wszystkie te zabiegi działają tylko jako środek sugestyjny.

Dyskusja.

Merenlender absolutnie się nie zgadza z poglądem referenta na patogenезę niemocy płciowej, ze zbyt jednostronnym jego poglądem na metody leczenia, a głównie z twierdzeniem, że leczenie niemocy ma być wyłącznie domeną neurologa.

Organiczne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym (jako przyczyna niemocy płciowej) jednakże należą do rzadkości, a tło psychogenne stwierdza się najwyżej w 30% przypadków praktyki codziennej.

Już nie mówiąc o ogólnych schorzeniach (kiła, cukrzyca, leukemia, zatrucie nikotynowe, alkoholizm i t. d.) albo z zmianach nowotworowych i zapalno-proliferacyjnych w cewce tylnej, powodujących niemoc płciową, u większości zgłaszających się impotentów zawsze stwierdza się (klinicznie i endoskopowo) zmiany w tylnej cewce lub gruczole krokowym. Zmiany te w lwiej części spowodowane są przebytą powikłaną rzeźączką, a nierzadko przyczyna ich tkwi w długotrwałej masturbacji lub w coitus interruptus. Chorzy tacy, racjonalnie traktowani, zostają zupełnie wyleczeni, a conajmniej znacznie się poprawiają. Prawda, nie należy zapominać, że przewlekła rzeźączka lub masturbacja doprowadza chorych tych do neurastenji i hypochondrji. Dlatego też po przeprowadzeniu specjalnego leczenia (a ile oczywiście zmiany w cewce lub przydatkach uznane zostały za powód stanu chorobowego), kiedy wenerolog nie widzi pożądaných rezultatów, powinien na powyższy moment uwzględnić i zainicjować u zupełniającą psychotherapję.

Szenkier. Badanie urologiczne, szczególnie przy pomocy uretroskopu Goldschmidta, może wyjaśnić, czy niemoc ma podłoże organiczne, czy też jest psychogenne. W przypadku pierwszym znajdujemy w tylnej cewce niezbyt ziarninowy, stan zapalny wzgórką nasiennego, które można leczyć skutecznie za pomocą tego aparatu.

Fryszman uważa, że chorzy na niemoc powinni poddać się opiece wenerologów, którzy mają właśnie wprawę w odnośnych metodach leczenia.

Higier, zgadzając się z rozpoznaniem, uważa mimo to za wskazane rentgenograficznie doszukiwać się rachischizy krzyżowej lub spina bifida occulta. Leczenie niemocy metodą przypalania wzgórką nasiennego Higier stosował często, wyleczenie widział rzadko. Endoskopowanie tylne i przypalanie uważa w ogromnej większości przypadków za zbyt częste, często szkodliwe, gdyż potęguje niemoc płciową i stabilizuje ją na długie lata wbrew twierdzeniu wenero- i urologów.

3) ODCZYT.

H. Higier. — Świat wzruszeń (Mózg i układ roślinny). Higier, omawiając bliżej stosunek Neencephalon do Palaeencephalon w związku z rozwojem i metameryzacją układu współczulnego, parasympatycznego: Enteric System Langleya, zatrzymuje się dłużej nad znaczeniem tych układow i niezależnym w związku z układem dokrewnym i niezależnie od tego.

Specjalnie omawia prelegent powstawanie przebiegających z przydźwiękiem afektywnym bólów, uczucia duszności, głodu i pragnienia instynktu płciowego w związku z hormonizacją kory, zaburzeń przemiany materji w zależności od izochemicznych i izofizycznych właściwości krwi i limfy.

W zakończeniu Higier dowodzi wielkiego wpływu skóry i usadowionych w niej aparatów termoregulacyjnych, potowydzielniczych i naczynioruchowych. Badania te stwierdzają słuszność teorii paralelizmu psychofizycznego, niezależnie od tego, czy się jest zwolennikiem witalistycznego lub mechanistycznego pojmowania przyrody, oraz czynią prawdopodobną hipotezę przeważania na jawie czynności układu sympatycznego, we śnie czynności układu parasympatycznego.

Odcinek.

Wrażenia z Hagi.

(Korespondencja).

Podał

M. KACPRZAK.

Roeien met de riemen, die men heeft.

(Wiosłuj wiosłami, jakie masz. — Przy-słowie holenderskie).

Holandja, kraj niezmiernie ciekawy i swoisty pod wielu względami, specyficzne zupełnie rozwiązuje zagadnienia sanitarno-lekarskie. O ile pod względem nauki wyraźna jest stała zależność Holandji od Anglii, Francji, a przede wszystkim od Niemiec (na wydziale lekarskim są używane podręczniki niemieckie, gdyż w języku holenderskim nie opłaca się drukować), o tyle w ograniczają spraw zdrowotnych widać zupełną samodzielność i oryginalność. Niektóre działy tej organizacji, jak np. pomoc lekarska dla ludności niezamożnej, nadzór nad rozmieszczeniem chorych w szpitalach, zasługują ze wszech miar na uwagę. Nie mogąc w ramach krótkiej korespondencji rozpatrzyć sprawy wszechstronnie, daję krótki szkic urządzeń sanitarno-lekarskich w Hadze, co z pewnymi zmianami może być zastosowane i do innych miast holenderskich.

Haga posiada obecnie niespełna 400,000 mieszkańców. Nie jest to miasto ani przemysłowe, ani handlowe, chociaż przedmieściami swemi dotyka morza. Możliwe je nazwać miastem ludzi zamożnych i rentjerów, polityków, urzędników państwowych w rzeczywistej służbie i pensjonowanych, którzy po trudach, niekiedy w dalekich kolonjach azjatyckich, w spokoju spędzają tutaj resztę dni życia. Pozostała ludność tworzą przeważnie drobni kupcy i przemysłowcy, rzemieślnicy, służba,—słowem, ta liczna masa, która istnieje w każdym zbiorowisku ludzkim, niezależnie od jego charakteru. Nadaje to odrazu piętno miastu. W Hadze niema dzielnic, niema nawet ulicy, w której gnieździłaby się wyłącznie nędza, co widzimy we wszystkich prawie stolicach europejskich; co w pewnej mierze widoczne już jest w Rotterdamie i Amsterdamie, handlowych i bardziej uprzemysłowionych miastach holenderskich. Ten stan rzeczy ułatwia niezmiernie utrzymanie czystości w mieście i walkę z chorobami zakaźnymi, szczególnie, jeśli uwzględnimy, że w Hadze niema zupełnie wielkomiejskich kamienic koszarowych, że nawet domy zamieszkałe przez kilka rodzin tworzą nieznaną mniejszość.

Haga nie posiada specjalnego urzędu, w którym byłaby ześrodkowana cała działalność sanitarno-lekarska gminy miejskiej. Ze wszystkich miast holenderskich tylko Amsterdam może poszczycić się taką centralizacją. Do centralizacji zdążają jednak wszystkie większe miasta holenderskie. Ale i w Amsterdamie miejski wydział zdrowia, obejmujący całość spraw, jak sanitarnych, tak i lekarskich, nie włącza w zakres swej działalności nadzoru nad produktami spożywczymi. Nadzór ten należy w całym kraju raczej do Państwa, niż do samorządów. Lekarze w tych sprawach nie biorą żadnego udziału. Inspektorat mięsny znajduje się całkowicie w rękach lekarzy weterynaryjnych, inne produkty spożywcze podlegają kompetencji inspektorów-chemików. Nie miałem sposobności przyjrzeć się bliżej działalności tych dwu organizacji, sądząc jednak z literatury i ze słów miejscowych działaczy sanitarnych, nadzór nad mięsem sprowadza się do kontroli rzeźni, nadzór nad innymi produktami spożywczymi do walki z fałsyfikacją, a przede wszystkim z fałszowaniami produktów mlecznych. Władze sanitarne nie zajmują się czystością sklepów i utrzymaniem w porządku miejsc detalicznej sprzedaży. Są to sprawy, regulowane wymaganiami publiczności i wysoką kulturą samych sprzedających. Czystość i porządek w sklepach należy uważać za wzorowe.

Do wyłącznej kompetencji władz miejskich należy: szpitalnictwo, walka z chorobami zakaźnymi, nadzór nad ogólną czystością miasta, pomoc lekarska ludności niezamożnej i higiena szkolna.

Według ankiety z roku 1923 w Hadze było 1739 łóżek szpitalnych, z czego 963 należało do miasta (jeden szpital, którego kierownik podlega bezpośrednio magistratowi) pozostałe—do instytucji społecznych lub dobroczynnych, jak np. szpital czerwonego krzyża, szpitale: katolicki, protestancki i t. p. Wynosi to przeszło 4 łóżka na 1000 ludności, gdy tymczasem w całym Państwie stosunek ten wynosi 3:1000. Dla chorób zakaźnych, według tejże ankiety, było 260 łóżek, według słów jednak kierownika szpitala miejskiego, obecnie jest około 130, z czego 100 należy do szpitala miejskiego. Niewątpliwie 130 łóżek nie wystarcza na potrzeby miasta, posiadającego 400,000 ludności, czego dowodem jest fakt, że niekiedy sale szpitala ogólnego oddawane są dla chorych zakaźnych. Z drugiej strony należy zaznaczyć, że liczba tych chorych jest stosunkowo bardzo niska.

Choroby zakaźne w Hadze za rok 1923:

Płonica	716	przypadków
Błonica	175	„
Dur brzuszny	38	„
Nagminne zapalenie opon mózgowych	4	„
Ostre zakaźne zapalenie przednich rogów rdzenia	6	„
Nagminne zapalenie mózgowia	5	„
razem	944	przypadki.

Na uwagę zasługuje szczególnie dur brzuszny, przeszło 10 razy rzadszy w Hadze, niż w Warszawie. Kanalizacja i wodociągi odgrywają tu wielką rolę. W całym mieście obecnie jest około 500 nieskanalizowanych domów, zamieszkałych przez jedną lub parę rodzin, co ułatwia niezmiernie utrzymanie w tych domach miejsc ustępowych w należytym porządku. Wodę miasto posiada bardzo dobrą, pochodzącą z diun. Tak niska liczba zachorowań na dur brzuszny wskazuje jednocześnie, iż szerzenie się choroby drogą kontaktu jest bardzo rzadkie. Specjalnie prowadzonej walki z nosicielstwem niema, a przeprowadzane są tylko badania epidemiologiczne w razie większej liczby zachorowań, by wykryć źródło choroby. Z ogólnej liczby 944 przypadków chorób zakaźnych 728, to jest 77%, były izolowane w szpitalu, choć przymsu szpitalnego dla chorób zwykle spotykanych (z wyjątkiem dżumy, cholery, ospy, duru plamistego) niema, i chorzy zakaźni opłacają swój pobyt w szpitalu, jeśli ich warunki materialne pozwalają na to, tak samo, jak i chorzy niezakaźni.

Podobnie jak w Hadze, przedstawia się organizacja szpitalnictwa w całym Państwie. Szpitale zakaźne należą przeważnie do gmin miejskich, choć, biorąc pod uwagę ogół łóżek szpitalnych, instytucje społeczne rozporządzają dwa razy większą liczbą łóżek, niż samorządy. Państwo utrzymuje tylko klinikę w miastach uniwersyteckich.

Walka z chorobami zakaźnymi i nadzór nad czystością miasta, tworzące podstawę działalności organów zdrowia w naszych miastach, w Hadze należą do specjalnego wydziału, w którym niema ani jednego lekarza. Urząd ten nosi nazwę „Gemeentelijke Reinigings en Ontsmettingdienst“, co znaczy komunalny wydział czyszczenia i dezynfekcji. Sama nazwa wskazuje, iż pierwszym obowiązkiem urzędu jest usuwanie nieczystości z miasta (połowa śmieci jest spalana, połowa wywożona za miasto). W walce z chorobami zakaźnymi rola tego urzędu ogranicza się do rejestracji, nadzoru nad wykonaniem istniejących przepisów i dezynfekcji. Stąd też lekarze praktykujący biorą znacznie większy udział w zwalczaniu chorób zakaźnych, niż w innych państwach. Lekarz praktykujący obowiązany jest zawiadomić o każdym przypadku choroby zakaźnej, podlegającej zgłaszaniu, wyżej wspomniany wydział czyszczenia i dezynfekcji, jak również lekarza państwowego, tak zwanego inspektora lekarskiego, który nad całością tych spraw ma pewien nadzór. Czynnym inspektor lekarski występuje tylko w miejscowościach wiejskich i w tych miastach, które nie posiadają

własnych urzędzeń sanitarnych. O zakończeniu choroby i o uwolnieniu chorego od izolacji decyduje sam lekarz praktykujący według osobistych poglądów, gdyż niema przepisów ani ogólnopństwowych, ani miejskich, któreby regulowały okres obowiązkowej izolacji. Od lekarza praktykującego zależy również zarządzenie, dotyczące dezynfekcji po chorobie, aczkolwiek pewien wgląd w tę sprawę ma państwowy inspektor lekarski, gdyż państwo ponosi połowę kosztów dezynfekcji. Dezynfekcja mieszkania formaliną po chorobie jest obecnie stosowana bardzo rzadko, najczęściej po szkarlatynie, szczególnie, jeśli jest to życzeniem rodziny. Praktykowana jest nadal dezynfekcja rzeczy chorego, lecz nie na miejscu a w specjalnym zakładzie miejskim. Świat lekarski w dezynfekcję przestał wierzyć, a to, co jest jeszcze obecnie w tej dziedzinie stosowane, traktowane jest więcej, jako ustępstwo opinii publicznej, niż środek, mający rzeczywiste znaczenie w zwalczaniu chorób zakaźnych. O ile chory pozostawiony jest w domu, na drzwiach naklejana jest kartka z ostrzeżeniem o chorobie. Ma to w większe znaczenie, niż u nas, i zmusza niekiedy nawet rodziny zamożniejsze do wysłania chorego do szpitala, gdyż sąsiedzi zwykle unikają wszelkich stosunków z domem zakażonym. Wywiadowczyń higienistek niema, i nawet, jeśli chory pozostawiony jest w domu, znajduje się on całkowicie na opiece lekarza praktykującego. Funkcjonariusz wydziału czyszczenia i dezynfekcji odwiedza zwykle chorego jeden raz, by wypełnić kwestionariusz i nakleić kartkę, o ile chory nie jest natychmiast wzięty do szpitala.

Najbardziej rozwinięty i z wielu względów najciekawszy, charakterystyczny dla miast holenderskich jest komunalny wydział lekarski (Gemeentelijke Geneeskundige Dienst), do którego w przyszłości prawdopodobnie należeć będzie cała służba zdrowia (jak w Amsterdamie), i który obecnie już spełnia rolę organu doradczego w stosunku do wydziału dezynfekcji. Prawnie wydziały te dotąd są od siebie zupełnie niezależne. Wydział lekarski w Hadze ma higienistę, który, otrzymując zawiadomienie od wydziału dezynfekcji o szerzeniu się chorób zakaźnych, w razie większego wybuchu przeprowadza odpowiednie badania na miejscu. W zwykłych warunkach higienista ten jest konsultantem miejskim we wszystkich sprawach, noszących nazwę higieniczno-lekarskich i dotyczących tak różnorodnych dziedzin, jak choroby weneryczne, kąpieliska, moralność publiczna, seanse hipnotyczne i t. p. Pod kierunkiem tegoż specjalisty przeprowadzana jest dezynfekcja mieszkań przez personel wydziału dezynfekcji dzięki zobowiązaniu porozumieniu się. Dezynfekcja przeprowadzana jest za pomocą cyanowodoru, podobno z bardzo dobrą rezultata. W ciągu ostatnich pięciu lat oczyszczono w ten sposób od robactwa około 500 mieszkań. Ta sekcja higieniczna, wydziału lekarskiego, składająca się z jednego lekarza, odgrywa rolę minimalną i nie jest typową dla miast holenderskich.

Do zakresu działalności wydziałów lekarskich w miastach holenderskich należy: a) niesienie pomocy w nagłych wypadkach (pogotowie), b) kontrola nad umieszczeniem chorych w szpitalach, c) pomoc lekarska dla ludności niezamożnej, d) kontrola urzędników miejskich.

Sekcja pomocy w nagłych wypadkach w Hadze jest bardzo starannie i pod wielu względami wzorowo zorganizowana. W centrali bez przerwy dyżurują lekarze i personel pomocniczy. Prócz tego w ciągu dnia we wszystkich nagłych wypadkach okazują pomoc przychodnie dla ludności niezamożnej, rozrzucone po całym mieście. Dla przewozu chorych miasto posiada 7 samochodów, pomysłowo i bardzo wygodnie urządzonych. Samochody te służą jak w nieszczęśliwych wypadkach, tak i do przewożenia wszelkich kategorii chorych nie wyłączając zakaźnych. Za opłatą korzystają z nich również ludzie zamożni dla przewożenia chorych nawet z poza obrębu miasta. Obsługę samochodu tworzą: lekarz, wykwalifikowany sanitariusz i szofer, który w potrzebie również okazuje pomoc. W Amsterdamie pogotowie miejskie posiada własną sieć telefoniczną, karetka pogotowia wyjeżdża tam jednak zwykle bez lekarza, przewożąc chorego do najbliższej stacji ratkowej.

W ścisłym związku z dopiero co omawianą sekcją znajduje się kontrola nad umieszczeniem chorych w szpitalach. Każdy chory, który chce się dostać do szpi-

tala, a nie może ponieść całkowitych kosztów utrzymania i leczenia (bardzo nieznaczny odsetek chorych opłaca całkowicie swój pobyt w szpitalu), musi przejść przez kontrolę miejskiego wydziału lekarskiego, który decyduje, czy chory powinien być umieszczony w szpitalu i czy w takich miast. Jeśli lekarz praktykujący pisze, że jego pacjent winien być bezzwłocznie przyjęty do szpitala, lekarz dyżurny wyjeżdża do niego, jak gdyby to był nieszczęśliwy przypadek na ulicy i decyduje na miejscu, czy chory powinien być przewieziony do szpitala. Jeśli lekarz dyżurny podziela zdanie, chory zostaje natychmiast przewieziony do szpitala, niezależnie od zamożności. Jeśli jednak lekarz miejski nie widzi konieczności natychmiastowego umieszczenia chorego w szpitalu, informuje on o danym przypadku lekarza, który okazuje pomoc ludności niezamożnej w danym okręgu (w innych miastach nieco inaczej). Lekarz ten decyduje, czy chory wogóle wymaga leczenia szpitalnego i czy nie lepiej zostawić go w domu i leczyć na koszt miasta, o ile rodzina nie posiada odpowiednich środków. Jeżeli chory musi być umieszczony w szpitalu, nie konieczne jednak zaraz, a szpital w danej chwili jest przepełniony, chory zostaje przyjęty dopiero wtedy, kiedy jest wolne miejsce. Rezultatem tej działalności jest, że oddziały szpitalne, wyjąwszy oddział chorób zakaźnych, są równomiernie zapelnione, nie przepełnione i wielu chorych chronicznych, którzy traktują szpital jako przytułek, do szpitala nie dostają się wcale. Leczenie szpitalne jest bardzo kosztowne, gdyż dochodzi do 10 guldenów (20 złotych) dziennie i niejednokrotnie lepiej się opłaca leczyć chorego w domu, posyłając mu nawet bezpłatnie lekarza i pielęgniarkę, niż brać do szpitala, o ile konieczność tego nie wymaga. Taka kontrola nad umieszczeniem chorych w szpitalach początkowo wywoływała protesty ze strony lekarzy praktykujących, zainteresowanych w tej sprawie ze względu na udział w towarzystwach ubezpieczeń na wypadek choroby. Nastąpiło jednak uzgodnienie, i obecnie nieporozumienia na tem tle są bardzo rzadkie, korzyść zaś dla miasta zbyt wyraźna, by można było temu przeczyć. Dzięki zaprowadzeniu tej kontroli w jednym z większych miast, zaniechano budowy nowego szpitala, gdyż okazało się, że nie było to niezbędnie potrzebne.

Dla okazywania pomocy lekarskiej ludności niezamożnej miejski wydział lekarski w Hadze posiada ośmiu stałych lekarzy, obsługujących osiem okręgów, na jakie pod tym względem podzielone jest miasto. Po za tem istnieją towarzystwa dobroczynne, prowadzące akcję sanitarno-lekarską również wśród najuboższych grup społeczeństwa. Warstwy robotnicze, średnio zamożne z tej pomocy nie korzystają, należąc do towarzystw ubezpieczeń prywatnych, które zapewniają swym członkom stałą pomoc lekarską za minimalną opłatą — około pół guldena tygodniowo od małej rodziny. Każdy obywatel, który nie ma możliwości leczyć się prywatnie, może w wydziale pomocy społecznej magistratu uzyskać kartę, pozwalającą mu na korzystanie bezpłatnie z całkowitej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej czy to w domu, czy w przychodni. Wydział pomocy społecznej decyduje również, czy chory, przyjęty do szpitala, nie nie płaci, czy też ponosi część kosztów. Lekarz przychodni może w razie potrzeby odebrać chorego do specjalisty, opłacanego przez miasto. Charakterystyczną rzeczą dla Hagi jest, iż wszystkie przychodnie miejskie znajdują się w lokalach towarzystw dobroczynnych, utrzymywanych głównie przez różne gminy wyznaniowe. Miasto nietylko wynajmuje lokale od towarzystw dobroczynnych, lecz korzysta jednocześnie z ich usług przy przyjmowaniu chorych w przychodniach i przy doглядaniu ich w mieszkaniu. Pielęgniarka towarzystwa asystuje lekarzowi miejskiemu w godzinach przyjęć i odwiedza chorych w domu, według jego wskazówek. Miasto płaci towarzystwu za każdą wizytę pielęgniarki w mieszkaniu pół guldena (jeden złoty). Wśród pielęgniarek, pracujących w towarzystwach dobroczynnych, jest pewien odsetek młodych kobiet, należących do elity towarzystwa. Połączenie akcji gminy miejskiej z działalnością towarzystw dobroczynnych okazuje się bardzo korzystnym materjalnie i dla miasta, które w ten sposób ponosi mniejsze wydatki, i dla towarzystw dobroczynnych, które stale mają zabezpieczony pewien dochód. Podobną współpracę spotyka się pod różnymi postaciami i w innych miastach.

Ułatwia to jak wynalezienie wszelkiej nędzy i choroby, tak i sprawiedliwy podział pomocy materjalnej i zapewnia dobrze zorganizowaną pomoc lekarską najuboższym warstwom ludności. Jaskrawym przykładem współpracy organów samo-

rządowych i organizacji społecznych jest akcja przeciwgruźlicza w Amsterdamie, którą miasto całkowicie przekazało towarzystwu przeciwgruźliczemu, wspomagając je stale materialnie i mając pewien nadzór nad jego działalnością. Bez zgody towarzystwa chory nie jest przyjmowany ani do szpitali miejskich, ani do sanatoriów. Towarzystwo przeciwgruźlicze ma pod swoim bezpośrednim kierownictwem wszystkie miejscowe przychodnie przeciwgruźlicze, ono jest jedynym autorytetem w mieście w sprawach gruźlicy. Dopiero kiedy organizacje społeczne i samorządy nie mogą podołać zadaniu, występuje Państwo, nie tworząc jednak w miarę możliwości własnych organów, lecz wspomagając materialnie istniejące już stowarzyszenia i instytucje. Współpraca państwa, samorządów i organizacji społecznych daje harmonijną całość, w tej postaci rzadko spotykaną gdzieindziej.

Kontrola urzędników miejskich prowadzona jest bardzo ściśle, jak w Hadze, tak i w innych miastach holenderskich (zwiedziłem kilka największych). Kontrola urzędników jest jedną z bardzo poważnych funkcji wydziałów lekarskich miast. Haga ma około 10000 stałych pracowników, podlegających kontrolom. Każdy urzędnik jest badany najpierw przed przyjęciem na służbę miejską, by nie był w przyszłości ciężarem dla kasy magistrackiej. Lekarz miejski odwiedza również każdego pracownika, który nie zjawił się do zajęcia z powodu choroby. Świadectwo lekarza praktykującego nie jest zupełnie obowiązujące dla władz miejskich. Nawet chory ambulatoryjny na przeciąg 2—3 dni może być zwolniony tylko przez lekarza miejskiego. Dla ułatwienia kontroli prowadzone są indywidualne karty zdrowia urzędników. Pomocy lekarskiej urzędnikom swoim miasto nie udziela, wyjąwszy niekiedy policję. Rozszerzenie pomocy lekarskiej na urzędników i na szersze warstwy ludności w przychodniach nie leży w programie władz miejskich i napotyka opór ze strony lekarzy praktykujących.

Higiena szkolna w Hadze tworzy dział odrębny podległy bezpośrednio władzom magistrackim, nie wydziałowi szkolnemu. W innych miastach jest włączona do ogólnego wydziału lekarskiego, co wkrótce prawdopodobnie nastąpi i w Hadze. W dziedzinie higieny szkolnej nie zdołałem zebrać dokładniejszych danych, pozostało mi tylko wrażenie, że jest ona znacznie mniej rozwinięta, niż w krajach, przodujących pod tym względem.

Jak widać z tego krótkiego szkicu, główny nacisk w Hadze, jak i w całej Holandji, jest położony nie na medycynę zapobiegawczą, lecz na lecznictwo, szczególnie na pomoc dla ludności niezamożnej. Działalność białego krzyża w jednej części kraju, zielonego w drugiej zapewniają w chorobie fachową opiekę pielęgniarską ludności wiejskiej i w

mniejszych miastach za bardzo nieznaczną opłatą (około 2 złotych rocznie), towarzystwa ubezpiecze w miastach niekiedy i na wsiach okazują pomoc lekarską warstwom mniej zamożnym, które nie mogą korzystać z usług lekarzy wolnopraktykujących; najuboższe warstwy społeczne pozostają pod opieką gmin, które pod tym względem idą znacznie dalej, niż w większości państw europejskich. Pomoc w chorobie, zapewnienie pomocy lekarskiej ludności i niezamożnej jest kamieniem węgielnym działalności sanitarno-lekarskiej organizacji społecznych i urzędów komunalnych. Organizacji sanitarnej, tak jak my ją rozumiemy, miasta holenderskie nie posiadają wcale. Niema lekarzy sanitarnych (3 państwowi lekarze higieniści ześrodkowują swoją działalność w małych miasteczkach i na wsiach i nie mogą wystarczyć dla potrzeb kraju), niema inspektorów, niema higienistek, niema propagandy higieny nawet w tym zakresie, jak to jest prowadzone u nas. Na kilkakrotnie stawiane pytania pod tym względem otrzymywałem zwykle odpowiedź: „my przede wszystkim musimy być praktyczni“ „to co mamy, dla nas jest wystarczające“, „nie mamy środków na to, by robić więcej“, „warunki zdrowotne nasze są nie gorsze, niż w krajach o bardzo szerokiej akcji sanitarnej“, a jeden z działaczy po dłuższej rozmowie w tej kwestji odpowiedział przysłowiem holenderskim, które umieściłem, jako motto do tej korespondencji — „wiosną wiosłami jakie masz“. Nie wątpię, iż pod względem wyglądu zewnętrznego miasta holenderskie, należą do najbardziej wzorowych w Europie, pomimo, że nie urządzone są perjodyczne rewizje sanitarne ani sklepów, ani podwórz. Być może, iż jest to nawet zbyt dobre w kraju, gdzie można całkowicie powierzyć opiece obywateli to, co u nas i w wielu innych państwach musi być do pewnego stopnia narzucone, przepisane prawem. Słuszną jest rzeczą również, że Holandja ma bardzo niską umieralność, mało chorób zakaźnych, wydaje się jednak nieprawdopodobnym, żeby zastosowanie w praktyce nowoczesnych poglądów higieny publicznej i dostosowanie ich do istniejących warunków społecznych nie przyniosło pomyślnych wyników.

Okoliczności niewątpliwie zmuszą samorządy miejskie do zaprowadzenia urządzeń bardziej nowoczesnych, mających na celu zapobieganie chorobom i wszechstronny rozwój zdrowia obywateli. O tem się już mówi dość często, czego dowodem jest znajdujące się na porządku dziennym dyskusja w kwestji otwarcia szkoły higieny. Liczni przeciwnicy projektu twierdzą, iż jest to zbyt kosztowne, bo warunki miejscowe tego nie wymagają. Wszystko przemawia jednak za tem, że obecnie istniejące dobre warunki mogą być zamienione na lepsze, oparte na trwalszych podstawach.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

W sprawie organizacji komitetu do walki z wilkiem *).

Podał

Dr. Edward BRUNER (Warszawa)

kierownik pracowni światłolecznicy w szpitalu św. Łazarza w Warszawie.

Walka z wilkiem w Polsce nie weszła jeszcze na drogę realizacji postulatów, wysuwanych przez autorów, zajmujących się tą sprawą. Kwestja zwalczania wilka jest sprawą palącą, gdyż posiada doniosłe znaczenie społeczne. Jest ona ściśle związana z całym szeregiem zagadnień z dziedziny walki społecznej z gruźlicą wogóle i dlatego wydaje mi się wskazanem, aby właśnie odbywający się u nas I zjazd przeciwgruźliczy sprawę tę rozważył i zapoczątkował działalność energiczną w tym kierunku.

Lekarze-dermatolodzy polscy, którzy stykali się bliżej w oddziałach klinicznych i szpitalnych z chorymi wilkowymi, rozumieli dobrze, że w gruźlicy skóry znaczenie roz-

*) Referat, wygłoszony na I zjeździe przeciwgruźliczym w Krakowie w maju 1925 r.

strzygające ma nietylko wzorowo urządzone lecznictwo, ale i odpowiednio zorganizowana opieka społeczna nad chorymi. Społeczną stronę zagadnienia porusza Wernic w odczytach dla lekarzy powiatowych, omawia ją Bernhardt w swoim podręczniku chorób skórnych, specjalny rozdział poświęca jej Walter w pracy o gruźlicy skóry w zbiorowym podręczniku chorób zakaźnych. Na zjeździe higienistów polskich we Lwowie w roku 1914 wygłasza odpowiedni referat Leszczyński. Dzięki zabiegom Karowskiemu powstaje w Poznaniu na kilka lat przed wojną oddział dla wilkowych przy bezpłatnem ambulatorjum Tow. Higienicznego.

Osobiście interesowałem się kwestją walki z wilkiem od kilkunastu lat, mając możność przyjrzenia się zorganizowanej pracy w tym kierunku w Danji, Niemczech i Austrii. To też w kilku odczytach, wygłoszonych dawniej na zjazdach lekarskich (I zjazd lekarzy prowincjonalnych w Łodzi w r. 1911, zjazd higienistów polskich w Warszawie w r. 1917, zjazd Tow. Eugenicznego w Warszawie w r. 1921), starałem się zobrazować wysiłki społeczeństw zachodnich oraz naszkicować plan działalności u nas. Prowadząc od r. 1915 pracownię światłolecznicy w szpitalu św. Łazarza w Warszawie, posiadającą jedyny u nas dotychczas oryginalny aparat finsenowski, usiłowałem stworzyć ośrodek leczniczy dla wilkowych, umożliwiający im leczenie ambulatoryjne. Chorzy zgłaszali się do nas z najodleglejszych stron Polski,

chcąc poddać się leczeniu światłem, w którym to celu dawniej np. z Małopolski jeżdżono do Wiednia.

To ciągłe obcowanie z chorymi, dotkniętymi wilkiem, i dokładne obznajmianie się z przebiegiem ich choroby oraz z warunkami ich społecznymi i rodzinnymi — wykazało mi niezbicie, iż nieodzowną potrzebą jest zorganizowanie planowej walki z tą postacią gruźlicy, która, nierozpoznana we właściwym czasie i nieodpowiednio leczona, doprowadza do tak fatalnych dla chorych następstw. Każdy z nas, zajmujący się leczeniem wilka, rozumie doskonale, iż środki nasze lecznicze usuwają tylko objawy skórne, ale nie są w stanie zniszczyć ognisk gruźliczych wewnętrznych, powodujących występowanie wciąż świeżych nawrotów. Choćby leczenie miejscowe gruźlicy skóry, zwłaszcza fizykalne, święci niejedne tryumfy, to jednakże stoimy bezradnie wobec tłumnie spieszących do nas chorych tylko dlatego, iż z jednej strony środki, które mi rozporządzamy, są w wysokim stopniu niewystarczające, z drugiej zaś warunki materialne chorych nie pozwalają im na korzystanie z leczenia przy dzisiejszej jego organizacji. A chorych, dotkniętych wilkiem, Polska posiada najmniej około 15—20 000. Nie mając własnej statystyki, opierać się musimy porównawczo na danych duńskich i niemieckich.

Chcąc zapewnić całej akcji jednolitość, należy powołać do życia specjalny komitet do walki z wilkiem, któryby ujął sprawę w swe ręce. Komitet taki — zdaniem moim — musi pozostawać w ścisłej łączności organizacyjnej ze Związkiem przeciwgruźliczym, a to z różnych względów.

Walka społeczna z wilkiem na każdym kroku łączy się z walką ogólną z gruźlicą — tak, iż może być prowadzona tylko w łączności z działalnością towarzystw przeciwgruźliczych. Wszak głównym źródłem zakażenia jest płucina suchotnika, a ofiarami przedewszystkiem dzieci, żyjące w wysoce niehigienicznych warunkach mieszkaniowych.

Następnie Związek przeciwgruźliczy stara się skoordynować wysiłki różnych organizacji społecznych i samorządowych oraz zapewnić im pomoc państwową. W danym zaś razie to skoordynowanie wysiłków wydaje się specjalnie wskazanem.

Wreszcie propaganda musi iść pod hasłem walki z gruźlicą. Nawet bardzo inteligentne sfery społeczne zupełnie są nieuświadomione co do istoty wilka. Nie ulega wątpliwości, że ofiarność prywatna będzie pobudzona, skoro sprawa ta otrzyma należyte oświetlenie co do gruźliczego pochodzenia choroby.

Chcąc walczyć skutecznie z wilkiem, należy przedewszystkiem zorganizować odpowiednio urządzone ośrodki lecznicze.

Jestem przeciwny projektom budowy jakichś specjalnych Instytutów finsenowskich na wzór np. wiedeńskiego.

Choćby leczenie światłem, według Finsena, jest jedną z najważniejszych metod fizykalnych, to jednakże może być ono stosowane tylko w pewnej części przypadków (przedewszystkiem wilk płaski na twarzy) i musi być uzupełniane przez inne metody. Leczenie wilka może się odbywać w już istniejących zakładach, czy to klinicznych czy szpitalnych, z tem jednakże zastrzeżeniem, aby zakłady te były zaopatrzone we wszystkie niezbędne nowoczesne urządzenia i aparaty. A więc przewszystkiem ośrodek leczniczy powinien koniecznie posiadać odpowiednią *) liczbę aparatów finsenowskich oryginalnych lub w modyfikacji Reyna, a to w zależności od liczby zgłaszających się chorych. Wzorowa obsługa aparatów stanowi, jak to podkreślałem w odczycie**, wygłoszonym na II zjeździe P. T. D. we Lwowie w 1923 roku, rekojmie dobrych wyników leczniczych.

Do pracy pielęgniarskiej należy powołać chore wilko-

*) Dzisiejszy stan tej sprawy jest u nas wprost opłakany. Jeden aparat finsenowski na cały kraj! To też leczenie i tak długotrwałe przeciąga się na lata. Tylko wskutek braku aparatów nie możemy się poszczycić takimi wynikami, jakie osiągane są zagranicą. Za kilka miesięcy sprawa leczenia finsenowskiego posunie się u nas znacznie naprzód, albowiem kliniki dermatologiczne uniwersyteckie w Warszawie i Lwowie, sprowadzają aparaty finsenowskie, nasza zaś pracownia światłolecznicza otrzyma drugi oryginalny aparat. Umożliwi to nam jednoczesne naświetlanie ośmiu chorych.

***) Dr. Edward Bruner. O leczeniu wilka lampą Finsena. Przegląd Dermatol. 1923 n. 2 — 3.

we, już wyleczone, względnie korzystające jeszcze z zabiegów. W pracowni naszej światłoleczniczej czynnych jest już 5 takich pielęgniarek i przypuszczam, że trudno byłoby o wyszukanie lepszego personelu. Z innych środków fizykalnych — ośrodek leczniczy musi rozporządzać dostateczną liczbą lamp kwarcowych (Bachajesiönka) oraz łukowych do leczenia ogólnego światłem. Obserwacja przypadków własnych pouczyła mnie, jak ważną rolę odgrywa to leczenie ogólne, potęgujące siły obronne organizmu.

Obok światła, rentgenoterapia odgrywa bardzo ważną rolę w leczeniu spraw gruźliczych skóry i śluzówek.

Aparaty muszą być nowoczesne o dużej wydajności, umożliwiające używanie promieni filtrowanych. Filtry glinowe o przekroju 2—3—4 mm. są wystarczające dla większości przypadków, chociaż w niektórych razach musimy się uciekać do ciężkich metali (miedzi i cynku), jak np., przy naświetlaniu krtań lub kości i stawów. Wiemy z doświadczenia jak często sprawa wilkowa na skórze wikła się z gruźlicą kości i stawów, tak, iż pod względem leczniczym nie jesteśmy w stanie tych spraw wyodrębnić od siebie.

Wzorowo urządzony zakład leczniczy powinien jeszcze posiadać pewną ilość radu, aparaty do diatermji i kaustyki. Nie mówię tu o innych metodach leczniczych, albowiem nie wymagają one specjalnych aparatów i są powszechnie stosowane w naszych oddziałach skórnych. Ośrodki lecznicze, zapewniające chorym stosowanie wszystkich metod, powinny powstać w kilku większych miastach naszych (Warszawa, Kraków, Lwów, Poznań, Wilno, Zakopane). Kierownictwo ich spoczywać musi w rękach dermatologa, dokładnie obeznanego z leczeniem wilka, przy najbliższym współdziałaniu laryngologa, internisty i chirurga. Wszak w większości przypadków sprawa wilkowa rozpoczyna się na błonie śluzowej nosa. Przy zbieraniu ścisłych wywiadów od wilkowych dowiadujemy się, iż niejednokrotnie rok, dwa i więcej „zasychało w nosie“, tworzyły się „strupki“, zanim zaatakowana została skóra. Badanie specjalne wykrywa tu często i zmiany na innych śluzówkach (dźwięka, podniebienie twarde i miękkie wraz z łukami, języczek, krtań i ucho). Na 136 przypadków własnych, łaskawie zbadanych przez kol. Rogozińskiego, starszego asystenta kliniki laryngologicznej U. W. w 88 śluzówki zajęte były sprawą chorobową. Względy te przemawiają dobitnie za tem, aby każdy ośrodek leczniczy dla wilkowych był stale obsługiwany przez laryngologa. Do zakresu jego działalności będzie należało badanie systematyczne chorych, wykonywanie specjalnych zabiegów na śluzówkach oraz kontrolowanie na nich wyników światłolecznicznych. Ze względu na częste współistnienie spraw swoistych w płucach, kościach i stawach niezbędna staje się również i pomoc internisty oraz chirurga. Związcząca pożądana byłoby wprowadzenie zaniedbanych u nas nieco metod operacyjnych, które — jak to w swoim czasie wykazał Lang — przy odpowiedniej technice dawać mogą doskonałe rezultaty.

Z codziennego doświadczenia wiemy, jak długo trwa leczenie wilka. Tu już nie o miesiące chodzi, lecz o lata. Naturalnie, w naszych warunkach wobec skromnych środków leczniczych sprawa przedstawia się w wyjątkowo ciemnych barwach. Zdarza się, iż chorzy prawie że nie opuszczają szpitala przez kilka lat. To też leczenie musi być prowadzone bezwarunkowo ambulatoryjnie. Tylko nieznaczny odsetek chorych umieszczone być powinien w szpitalach czy też klinikach. W pierwszej linii chorzy ze zmianami bardzo rozległymi, z ciężkimi powikłaniami lub wymagający zabiegów operacyjnych. Chorzy, dotknięci jednocześnie gruźlicą otwartą płuc, muszą się znaleźć w odpowiednio izolowanych oddziałach. Na 136 wilkowych, leczonych w roku ubiegłym Finsenem w pracowni naszej światłoleczniczej 69 zgłaszało się do nas ambulatoryjnie, a 67 było skierowywanych przez oddziały szpitalne. Jednakże z liczby 67, 30 po opuszczeniu szpitala przeszło na leczenie ambulatoryjne. Niestety, jakże trudne jest dla naszych chorych to przeprowadzenie leczenia! Spotykałem się na każdym kroku z przeszkodami i sytuacjami wprost tragicznymi.

Większość chorych pochodzi z prowincji — na 136 tylko 52 było stałych mieszkańców stolicy. Biedni ci ludzie absolutnie nie mają się gdzie podziąć. Nie mówiąc już o tem, iż wielu z nich nie posiada żadnych środków materialnych, to nawet ci, którzy mogliby zapłacić, nie mogą znaleźć pomieszczenia. Choroba, umiejscowiona zazwyczaj na twarzy, wyciska specjalne piętno, wzbudzające odrazę wśród

otoczenia. To też pierwszym zadaniem Komitetu jest stworzenie w pobliżu zakładów leczniczych schronisk dla chorych, dotkniętych wilkiem. Koszt utrzymania takich schronisk byłby bardzo niewielki. Nie potrzeba przecież żadnych specjalnych urządzeń, a posługi wszystkie doskonale będą spełniali sami chorzy.

Leczenie wilka — zdaniem mojem — musi być w każdym mieście zcentralizowane, albowiem trudno jest przypuścić, aby poszczególne instytucje — dajmy na to — szpital samorządowy lub ambulatorjum kasy chorych — posiadały środki wystarczające na zakupienie niezbędnych aparatów i utrzymanie ich wraz z odpowiednim personelem lekarskim i pomocniczym. Wszelka zaś jednostronność leczenia odbija się źle na przebiegu choroby. Sprawa walki z wilkiem staje się u nas aktualną — zaczynają się nią zajmować ministerstwa, będą ją musiały rozwiązać kasy chorych, gdyż muszą zapewnić swym ubezpieczonym wilkowym leczenie właściwe. Chodzi o to, aby mający powstać komitet do walki z wilkiem nadał, być może, rozbieżnym zamierzeniom kierunek jednolity.

Zaopiekowanie się losem tych tysięcy nieszczęśliwych chorych wilkowych wymagać będzie dużego napięcia energii społecznej oraz zależne będzie w dużym stopniu od posiadanych funduszy. W tym celu Komitet do walki z wilkiem musi rozpocząć energiczną propagandę odczytowo-prasową.

Wiadomem jest, iż przypadki początkowe ze zmianami względnie nierozległymi poddają się najłatwiej leczeniu. Szukać ich należy przede wszystkim wśród dzieci, a zwłaszcza wśród dzieci zolizowych, dotkniętych nieżyłami przewlekłymi nosa.

W wyszukiwaniu chorych mogą oddać nieocenione usługi przychodnie przeciwgruźlicze i stacje opiekuńcze dla dzieci gruźliczych. Niezbędnym warunkiem powodzenia akcji

jest należyte uświadomienie w tym kierunku personelu lekarskiego oraz pielęgniarzkiego. Niestety, lekarze na prowincji bardzo często nie rozpoznają początkowych okresów choroby i wskutek tego nie kierują odrazu chorych do właściwych ośrodków leczniczych. Należy uwzględnić tę sprawę w wykładach dla medyków oraz zapoznać ich ze społeczną stroną zagadnienia. Temat walki z wilkiem może też być poruszany na wszystkich kursach uzupełniających dla lekarzy szkolnych, sanitarnych, wojskowych i t. d. Program wyszkolenia personelu pielęgniarzkiego, przeznaczonego specjalnie do walki z gruźlicą, powinien bezwarunkowo obejmować całokształt sprawy zwalczania wilka. Należy wykształcić personel ten praktycznie w przychodniach dla wilkowych.

Odczyty popularne i broszury zapoznają z tem zagadnieniem społeczne szersze warstwy nielekarskie i ułatwią pracę komitetowi na prowincji, gdzie tak potrzebne jest współdziałanie duchowieństwa i nauczycielstwa.

Fundusze, gromadzone przez Komitet dzięki pomocy państwowej, samorządowej oraz dzięki ofiarności publicznej, muszą być przede wszystkim użyte na zasiłki dla ośrodków leczniczych celem zakupu niezbędnych aparatów. Następnie fundusze będą potrzebne celem umożliwienia leczenia tym chorym, za których nie są obowiązane płacić instytucje. Opieka społeczna musi być rozciągnięta nad chorymi nie tylko przez cały czas leczenia, ale nawet po jego ukończeniu. Wyszukanie odpowiedniego zajęcia dla chorych, zupełne lub częściowo wyleczonych, i wynalezienie dla nich sposobów zarobkowania musi być również troską Komitetu.

Ścisła współpraca lekarzy — kierowników ośrodków leczniczych, które stać się muszą jednocześnie przychodniami dla wilkowych, oraz organizacji społecznej, opiekującej się losem chorych — zapewni całej akcji trwałość i powodzenie.

Sprawy zawodowe.

Kilka uwag w sprawie sądów przy Izbach Lekarskich.

Podał

Dr. Leon ZAMENHOF (Warszawa).

Mija trzyletni okres urzędowania u nas pierwszych Rad Izby Lekarskich, a zarazem wszystkich związanych z nimi organów.

Trzy lata doświadczenia musiały każdemu stojącemu bliżej działalności tych Izby nasunąć szereg uwag, które przed powołaniem do życia nowych Rad należałoby poddać omówieniu publicznemu.

Nie będę tu mówić wogóle o ustawie Izby Lekarskich z r. 1921. O zasadniczych jej brakach mówiono już u nas dużo. Ograniczę się wyłącznie do Sądów przy Izbach, które zdaniem, mojem, są najżywotniejszą ich częścią składową, normującą nie tylko wzajemne stosunki między lekarzami, lecz również ich stosunek do społeczeństwa wogóle. Wyroki sądów przy Izbach lekarskich nie są wyłącznie wyrokami dyscyplinarnymi, są one często wykładnikami opinii lekarskiej w sprawach zasadniczych, etycznych i zawodowych. W ciągu ubiegającej kadencji ten organ Izby Lekarskiej, przynajmniej u nas, wykazał najwięcej żywotności, to też braki jego musiały uwydatnić się więcej, niż w innych czynnikach Izby.

Jak wiadomo, Sąd Izby Lekarskiej jest organem dyscyplinarnym dla wszystkich członków właściwej Izby Lekarskiej (Art. 28). Różni się on zasadniczo od sądów koleżeńskich tem, że posiada sankcję sądów karnych, że może sam wytaczać sprawy, wydawać wyroki prawomocne wyłącznie do wykreślenia podsądnych z listy lekarzy praktykujących.

Z tej krótkiej charakterystyki Sądów Izby Lekarskiej widzimy, że są one zbliżone do typu sądów karnych ze wszystkimi ich atrybutami. W takich warunkach Sąd Izby Lekarskiej nie może być traktowany dyletancko nie tylko ze

względem na powagę swego stanowiska, lecz również ze względu na skutki, które jego wyroki mogą pociągnąć za sobą.

Główne braki Sądów lekarskich tkwią w samej ich konstrukcji — w tych ramach, które narzuciła im ustawa. Zdawałoby się, że, mając pod każdym względem godny naśladownictwa pierwowzór w Izbach adwokackich, projektodawcy Izby Lekarskiej unikną przynajmniej zasadniczych błędów. Niestety, potraktowano Sądy Izby Lekarskiej, jako coś zupełnie odrębnego, nawet lekceważąco, to też w rezultacie powstało coś w rodzaju nowotworu.

Nie pomógł tu nawet regulamin wewnętrzny, który braki te usiłował usunąć: skrópowany w ramach ustawy, okazał się on zupełnie bezsilnym.

Dla łatwiejszej oceny materiału rozpocznę analizę jego w porządku chronologicznym, w jakim toczą się zwykle sprawy w sądach.

Według artykułu 34 doniesienie wnosi przed sąd Izby Lekarskiej zarząd Izby po przeprowadzeniu w razie potrzeby dochodzenia wstępnego, czyli innymi słowy, zarząd Izby Lekarskiej do pewnego stopnia ma powierzoną sobie czynność zarządu prokuratorskiego. W dotychczasowej swej praktyce Zarząd Izby Lekarskiej nie podejmował inicjatywy w tym kierunku i był jedynie pośrednikiem władz zewnątrz, które sprawy przeciw lekarzom wytaczały przed forum Izby.

Taki stan rzeczy wpływał przede wszystkim z niezupełnie jasnego brzmienia artykułu 25, który mówi o przekazywaniu spraw sądowi, nie mówiąc nic o inicjatywie w tym kierunku, następnie z powodu braku odnośnego organu przy zarządzie, który sam był zbyt obciążony pracą, aby czynność tę podejmować. Nie trzeba wyjaśniać, że taki stan rzeczy jest bezwzględnie niewłaściwy, gdyż zasadniczo kontrola nad etyką lekarską winna spoczywać przede wszystkim w rękach samych organizacji lekarskich, a nie czynników obcych, które często tę etykę lekarską oceniają z zupełnie innego punktu widzenia. To też podczas ubiegłej sesji Sądu Izby Lekarskiej inicjatywa w najważniejszych sprawach była podjęta nie przez Izbę, lecz zewnątrz, co bezwzględnie powadze Izby wawrzynów nie przysporzyło. I bynajmniej nie były to sprawy natury ogólnokarnej, lecz przeważnie

czysto zawodowej. Do takich spraw należały, na przykład, dwie o niewłaściwość reklamy, z których jedna została nawet zakończona wyrokiem zawieszającym oskarżonego na pół roku w praktyce lekarskiej. Milczące zachowanie się Izby Lekarskiej wobec tych karygodnych ogłoszeń, trwających dwa lata, robiło wrażenie, że Izba Lekarska pomimo ogólnego oburzenia nie widziała w tych reklamach nic nieetycznego z punktu widzenia lekarskiego.

Taki stan rzeczy bezwzględnie nie może być zachowany nadal, i należy za pośrednictwem przyszłej Rady w tym kierunku wprowadzić reformę, jeżeli nie w samej ustawie, to przynajmniej w regulaminie wewnętrznym.

A teraz przejdę do następnego etapu procedury sądowej, przewidzianej przez Ustawę Izby Lekarskich.

Po przekazaniu sprawy sądowej przewodniczący Sądu, zgodnie z art. 35, wyznacza rzecznika dyscyplinarnego, powierzając tę czynność jednemu z członków Izby. Ta prosta procedura niezawsze okazuje się łatwą do przeprowadzenia.

Zdolności rzecznika dyscyplinarnego trudno ujawnić na rozkaz przewodniczącego sądu. Można być bardzo dobrym sędzią przysięgłym Izby, nieposiadając jednocześnie żadnych kwalifikacji na rzecznika, szczególnie w sprawach, grożących wysokimi karami. Jeżeli są pośród sędziów tacy, którzy w kierunku tym zdradzają większe zdolności, to przecież zupełnie niewykonalne jest stałe obarczanie ich tą czynnością, tembardziej, że, jak praktyka wykazała, spraw w sądach lekarskich jest bardzo dużo. Ten brak kwalifikacji w tym kierunku ze strony sędziów musiał się odbić ujemnie na biegu spraw, szczególnie w przypadkach, kiedy oskarżonego bronił obrońca zawodowy. Tu, jak praktyka wykazała, pojedynkę między obrońcą a oskarżeniem, niestety, przeważnie wypadał na niekorzyść tego ostatniego.

Jeżeli dyletantyzm rzecznika dyscyplinarnego odbija się często szkodliwie na sprawie, to już zupełnie niedopuszczalny jest system, według którego ustawa traktuje stanowisko sędziego śledczego!

Według art. 35 celem przeprowadzenia śledztwa przewodniczący wyznacza zgodnie z regulaminem jednego z pośród członków Izby lub Sądu. W praktyce wybór zawsze wypadł na członków Izby ze względu na to, że sędziowie byli zbyt obciążeni innymi czynnościami. Wybór z pośród listy lekarzy praktykujących, których kwalifikacji przewodniczący nie zna nawet w przybliżeniu, jest już kompletnym lekceważeniem powołania sędziego śledczego, które w praktyce karnej, jak wiadomo, odgrywa pierwszorzędną rolę. To też wyniki śledztwa w większości przypadków pozostawiały u nas bardzo dużo do życzenia, a często nawet były źródłem przykrych konsekwencji dla aktu oskarżenia, nie mówiąc już o tem, że przeprowadzenie śledztwa nieraz trwało nieskończenie długo, pobijając najdłuższe rekordy, praktykowane w tej dziedzinie.

Widzimy więc, że w sądach Izby Lekarskich akt oskarżenia — ta podstawa, na której wytacza się sprawę, często grożąca ciężką karą, jako oparta na niedoświadczeniu sędziego śledczego i następnie na opracowaniu niewykwalifikowanego rzecznika, nie może być traktowana poważnie i przeto musi nieraz wypaść ze szkodą dla sprawiedliwości.

Przygotowany w takich nienormalnych warunkach akt oskarżenia przychodzi wreszcie na posiedzenie sądu. Tu rozgrywa się ostatni akt przykrych konsekwencji, któremi życie mści się za błędy w ustawie.

Sąd Izby Lekarskiej z typu swego jest sądem przysięgłym. Od zespołu sędziowskiego wymaga się tylko wyrokowania według sumienia. Ale w zespole takim winna być, jak w zwykłych sądach karnych, choć jedna osoba przewodniczącego dokładnie obeznana przynajmniej z ogólnymi zasadami procedury sądowej.

Nieumiejętne prowadzenie przewodu sądowego, jako dalszy ciąg pozostawiającego dużo do życzenia aktu oskarżenia, musi dać w rezultacie, pomimo najszczerszych wysiłków sądu, wyniki nieprzewidziane.

Jak dalece sama praktyka nie wystarcza do wywieszenia się w tym kierunku, za dowód musi służyć to, że pomimo dwuletniego okresu urzędowania, niektórzy przewodniczący

kompletów, przyzwyczajeni do sądów koleżeńskich, do ostatniej chwili nie mogli się wdrożyć w procedurę sądów dyscyplinarnych.

Szczególnie często popełniano kardynalne błędy podczas przewodu sądowego przy badaniu świadków. Bywały wypadki, kiedy świadkowie odmawiali zeznań, zastaniając się jakimiś tajemnicami, wielu świadków pomimo kilkakrotnych wezwań nie zjawili się na sąd, a przewodniczący nie umiał wykorzystać przysługujących mu rygorów w tym kierunku. I pomimo tych zasadniczych błędów i braków wydawano wyroki, nawet otwarcie przyznając, że przewod sądowy dostatecznie sprawy nie wyjaśnił.

Jeżeli się zważy, że procedura apelacji w sądach lekarskich trwa nieskończenie długo, wartość tych sądów musi się wydać problematyczną!

Oto w krótkim zarysie ogólne uwagi, które nasunęły mi się oświadczenie, jako jednemu z członków Sądu.

Jeżeli te zasadnicze błędy, pomimo dwuletniej kadencji Sądu, w większości wypadków trudno dawały się zwalczyć w praktyce, to czegoż można oczekiwać od nowego Sądu, wybranego z nowych ludzi, skazanych na nowe eksperymenty?

Nie trudno przewidzieć, że nowy sąd, pracując w dotychczasowych nienormalnych warunkach sprawy bynajmniej naprzód nie posunie, przeciwnie, rozpocznie od tych samych błędów, a może jeszcze gorszych, zależnie od jego przypadkowego składu.

Byłoby niewłaściwym agitować tu za wyborem poprzedniego składu sędziowskiego, jako takiego, który ma już pewne doświadczenie, jest to nietylko formalnie niewykonalne, gdyż sąd wybiera Rada Izby Lekarskiej, a tę ostatnią ogół lekarzy, jest to również niepożądane, gdyż napewno część członków sądów obecnych zechce zrzec się swej kandydatury z powodu braku czasu lub kwalifikacji.

A więc wybory do nowych sądów muszą się odbyć bezwzględnie. Cóż jednak należy uczynić, aby przyszły sąd funkcjonował w warunkach więcej normalnych?

Centralnym dążeniem w tym kierunku winno być usiłowanie nadania naszym sądom szaty zbliżonej możliwie najwięcej do Sądów zwykłych.

W tym celu należy, zdaniem moim, wprowadzić następujące reformy:

1) Śledztwo, ten punkt ciężkości wszystkich spraw dyscyplinarnych, winno bezwzględnie spoczywać w rękach sił fachowych. Umiejętnie przeprowadzone śledztwo jest największą gwarancją ścisłego przeprowadzenia sprawy. Wszystkie urzędy, instytucje posługują się zawsze zawodowymi sędziami śledeczymi, dla czegoż Izba Lekarska miałaby te czynności pełnić za pośrednictwem swych członków, o których a priori wiadomo, że w tym kierunku nie mają żadnych kwalifikacji, a często są nawet w stosunku do kolegów skrupowani? Czynność sędziego śledczego nietylko jest wysoce odpowiedzialna, wymaga ona również dużo czasu i dlatego winna być bezwzględnie stale opłacana. Bez tych dwóch warunków — fachowości i płatności sędziów śledeczych normalne funkcjonowanie sądów jest niemożliwe do przeprowadzenia.

2) Należy powołać do życia specjalny organ przy Radzie Izby Lekarskiej, który będzie pełnił obowiązki Urzędu prokuratorskiego. Tego wymaga nietylko nasz honor, jak wspominałem wyżej, lecz również dobro sprawy. Nie będzie to bynajmniej żadnym nowotworem, narzuconym naszym Izbom, posiadają go już takie instytucje, jak Izby adwokackie, które uważały za konieczne powołanie go do życia, jakkolwiek wszyscy członkowie Izby adwokackich są z zawodu prawnikami.

3) Rzecznikami dyscyplinarnymi winni być tylko członkowie urzędu prokuratorskiego i wyznaczani nie przez przewodniczącego sądu, lecz przez prezydium tego urzędu. Tylko w takich warunkach rzecznik lekarz może zapewnić maximum swej wydajności w tym kierunku i uniknąć dzisiejszego dyletanckiego wbrew swej woli traktowania powierzonej mu czynności.

Przeprowadzenie powyższych postulatów, zgodnie z zasadami praktyki sądowej, na wzór innych pokrewnych naszym Izbom instytucyj, zdaniem moim, jest jedynym wyjściem z dzisiejszej nienormalnej sytuacji.

Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo Lekarskie Łódzkie przesało władzom samorządowym w dn. 7.IX r. b. pismo następujące:

Wyciąg z protokołu posiedzenia Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego z dn. 2-go września 1925 r.

Prezes mówi o projekcie Województwa, zalecającym Magistratowi skasowanie między innymi Wydziału Zdrowotności Publicznej, przyłączenia Szpitalnictwa do Wydziału Opieki Społecznej i usamodzielnienie Wydziału Sanitarnego.

Ponieważ projekty Województwa wywołały zdziwienie w pismach, P. A. T. ogłosiło komunikat, mający umotywić zalecenie Województwa. Zdaniem mówcy rzekome motywy są zgoła nieprzekonywające.

Odciążenie Wydziału Zdrowotności Publicznej przez odjęcie mu Szpitalnictwa zachodziłoby tylko wówczas, gdyby po odłączeniu Szpitalnictwa skład Wydziału pozostał bez zmiany; przeniesienie urzędników Szpitalnictwa w równym stopniu odciąży jeden Wydział, jak obciąży drugi. Motyw odjęcia Wydziałowi Zdrowotności Publ. zajmowania się sprawami czysto gospodarczymi pochodzi jedynie z zupełnej nieświadomości autorów projektu o tem, co się dzieje w Szpitalnictwie; całe gospodarstwo jest w rękach Wydziału Gospodarczego, Handlowego i Budowlanego. Motyw trzeci: umożliwienie Wydziałowi skoncentrowania całej uwagi na sprawach sanitarnych jest frazesem bez treści. Ani przykłądu jakiegokolwiek, dowodzącego, że spóhstnienie ze Szpitalnictwem przeskodzi Wydziałowi Sanitarnemu w biegu pracy; ani dowodu, że z tym samym ilościowo personelem Wydział Sanitarny potrafiłby więcej zrobić, niż dziś. Na zasadzie tego rodzaju okólników niepodobna burzyć nawet rzeczy drobnych, mniejszej wagi, niż organizacja Wydziału Zdrowotności. Zresztą, niewątpliwym postępem, jakim może się pochwalić Wydz. Zdrowotności jest dowodem, że w obecnych warunkach nie jedno zostało wykonane. Abstrahując od osób i czasu, mówca przypomina historję rozwoju Szpitalnictwa w całym świecie cywilizowanym, a więc i w Polsce. Cała historia Szpitalnictwa dowodzi, że ongi jedna i ta sama organizacja (klasztor, stowarzyszenie, bractwo, cechy) opiekowały się: wdowami, sierotami, włóczęgami, kalekami, chorymi, ubogimi, starcami, bezrobotnymi. Wraz z rozwojem nauki instytucje lecznicze wyemancypowały się jako organizacje samodzielne. Odpowiednie prawodawstwo Polskie wykazuje tę linję rozwoju, którą załamała przemoc rosyjska, tworząc Rady Dobroczynności Publicznej w celach czysto policyjnych, politycznych. W tych instytucjach, w których skład wchodziłi przedstawiciele administracji, policji, prokuratury, żandarmerji, Izby Skarbowej i t. p. nie miano zgoła na celu ani lecznictwa, ani dobroczynności. Dlatego wzorowanie się na organizacjach, łączących Dobroczynność Publiczną ze Szpitalnictwem, byłoby krzyżującym anachronizmem. Mówca dodaje jeszcze dwie uwagi: 1) W szpitalach leczy się obecnie inteligencja, która niejednokrotnie sama za siebie płaci; leczą się robotnicy — z jakiej racji skazywać ich na pozory korzystania z Dobroczynności Publicznej? Wydziałem Dobroczynności Publicznej jest bowiem tak zwany Wydział Opieki. 2) Należy się poważnie obawiać, że samoistny Wydział Sanitarny będzie miał tak wąski zakres działania, że łatwo będzie można znaleźć po jakimś czasie argumenty, któremi będzie się zwalczało potrzebę samodzielnego Wydziału poświęconego Sanitarji.

Towarzystwo Lekarskie na posiedzeniu w dn. 2.IX 1925, rozpatrzywszy projekt wydzielenia Szpitalnictwa z wy-

działu Zdrowotności Publicznej powzięło jednogłośnie następującą uchwałę.

Ponieważ: 1) żaden argument rzeczowy nie przemawia za pożytkiem przeniesienia Szpitalnictwa do Wydziału Opieki Społecznej;

ponieważ: 2) rozwój historyczny Szpitalnictwa w Polsce, jak i na całym świecie cywilizowanym, idzie po drodze zniesienia w Szpitalnictwie i w instytucjach pokrewnych cech Dobroczynności Publicznej;

ponieważ: 3) jedynie gwałt rządu rosyjskiego przerwał rozwój Szpitalnictwa Polskiego, tworząc w celach wyłącznie policyjnych — Rady Dobroczynności Publicznej, którym podporządkował szpitale;

ponieważ: 4) Podwydział Szpitalnictwa, jak i Podwydział Sanitarny Wydziału Zdrowotności opierają się na tych samych podstawach naukowych, należą do jednej dziedziny wiedzy, zmierzają do tego samego celu — walki z chorobą, a więc rozdział tych dwóch Działów jest sztuczny i dla obu szkodliwy;

ponieważ: 5) istnieje szereg instytucji, które z konieczności stoją na pograniczu zainteresowania obu Podwydziałów (Domy Izolacyjne, Przychodnie dla gruźlicy, Przychodnie dla jaglicy, ambulatorja), czyli muszą pozostać pod opieką Wydziału Zdrowotności;

ponieważ: 6) obecny stan materialny ludności, Samorządu i Państwa nie pozwala na jakieś (obok zaczętych kanalizacji i wodociągów) znakomitsze inwestycje sanitarne, a brak egzekutywy w ręku Podwydziału Sanitarnego ogranicza wykonawstwo nawet istniejących urządzeń —

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie uważa projekt zniesienia Wydziału Zdrowotności Publicznej w Łodzi za szkodliwy zarówno dla Szpitalnictwa, jak dla Sanitarji Miejskiej.

Za zgodność: Dr. A. Tenenbaum
Sekretarz Towarz. Lekarsk. Łódz.

— Spis lekarzy, stosujących w Polsce o d m e s z t u c z n ą będzie ogłaszany corocznie, w styczniu, we wszystkich pismach ogólnolekarskich.

Nazwiska prosimy przysłać pod adresem: Łódź, Piotrkowska 111, Dr. Seweryn Sterling.

— Przy Zakładzie Medycyny Sądowej Uniw. Warsz. z dn. 1.I.1926 będzie wakowało stanowisko asystenta. Pobyty według VIII st. służbowego i pokój kawalerski.

Zgłoszenia wraz z curriculum vitae należy przysłać na ręce kierownika Zakładu, prof. W. Grzywo-Dąbrowskiego, Ozeki 3.

— Na Wydziale Lekarskim U. S. B. w Wilnie w roku akademickim 1924/25 odbyły się promocje następujących lekarzy: St. Bagińskiego, E. Czarneckiego, A. Safarewicza, T. Wąsowskiego.

Zmarli: Leon Goldsobel, b. profesor Instytutu Weterynaryjnego, b. starszy ordynator oddziału psychiatrycznego szpitala Starozakonnych, weteran 63 roku.

Sprostowanie. W Nr. 8 „Warsz. Czasop. Lek.“ na str. 359 w spalcie lewej w wierszu 25 od dołu zamiast: „Instytut Anat.-Patologiczny w Wilnie“, powinno być: Zakład Patologii Ogólnej w Wilnie.

Na str. 366 w „Treści“ opuszczono tytuł pracy L. Jelenkiewicza: Przyczynę doświadczalną do sposobu powstawania padaczki.

Nadesłano do Redakcji. Józef Kazio: Kasy Chorych. Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby.

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

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

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

w Warszawie	złp. 9
na prowincji.	„ 10
za granicą	„ 12

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

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

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

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

Drukarnia „WSPÓLCZESNA“ w Warszawie, Szpitalna 10, tel. 193-95.