

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 3

WARSZAWA, 31 MARCA 1926 R.

Rok III.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z 1-go oddziału wewn. Szpitala Wolskiego.
(Ordynator: Dr. Anastazy LANDAU).

O gruźlicy płuc *).

Podał
Anastazy LANDAU (Warszawa).

Sz. Panie i Panowie! W zwykłych warunkach, kiedy dokonywamy analizy klinicznej jakiegoś przypadku chorobowego, usiłujemy zapomocą badania podmiotowego (wywiady) i przedmiotowego zebrać jaknajwiększą liczbę faktów, które odpowiednio zszeregowane, pozwalają nam, po przeprowadzeniu różniczkowania, postawić rozpoznanie oraz ustalić rokowanie i wskazania lecznicze. Inaczej dzieje się w przypadku gruźlicy płuc, gdzie znalezienie w płwocinie zapomocą niezłożonej metody badania laboratoryjnego laseczników Kocha czyni zbędnym wszelkie różniczkowanie i od razu rozstrzyga rozpoznanie. Analiza kliniczna tutaj dąży nie do stwierdzenia, z jaką postacią chorobową wogóle mamy do czynienia, ale — z jaką postacią gruźlicy, a to w celu dokładnego uświadomienia sobie, jaka przyszłość czeka chorego, oraz jaki jest najważniejszy sposób postępowania leczniczego. I w tym właśnie względzie banalne napozór przypadki wymagają bardzo głębokiej analizy klinicznej, baczniego zastanowienia się, rozważenia wszystkich najdrobniejszych szczegółów, zanim wydamy opinię swoją co do rokowania i zdecydujemy się na ten czy inny sposób leczenia.

Przejdziemy teraz do konkretnego przypadku, na którym postaramy się w krótkich słowach poruszyć nasuwające się tutaj zagadnienia. Z góry zaznaczę, iż w płwocinie chorego stwierdzono obecność prątków gruźliczych, po kilka w polu widzenia, czyli że mamy do czynienia z gruźlicą płuc.

Zaczynamy badanie, jak zwykle, od zebrania wywiadów

Wywiady:

Pacjent lat 26, szewc z zawodu, poprzednio nigdy nie chorował, nie kaszlał i nie pluł, — w marcu 1921 r. po wypiciu większej ilości wódki dostał nagle krwotoku gardlanego, w ilości około ćwierć szklanki. Krwotok ustąpił następnego dnia, ale pacjent odgad zaczął pokazywać, czasami splotwał krwią, chociaż nie gorączkował, czuł się zupełnie dobrze i pracował. W lipcu tegoż roku był przez 6 tygodni w sanatorium. Przez cały ten czas jakoby nie gorączkował, przybyło mu 12 funtów na wadze. W 1922 r. przeziębił się, zaczął więcej kaszlać i splotwać obficie białą, pianistą flegmą. Gorączkował wtedy nieznacznie i ponownie wysłany został do sanatorium w Otwocku na 3 miesiące. W następnym

roku znów pogorszenie i pobyt w sanatorium. W międzyczasie zaś pracował. W 1924 r. kilkakrotnie pokazywała się krew w płwocinie, aż nastąpił obfity krwotok podczas jakiegoś wysiłku fizycznego. Stracił wtedy około 2-u szklanek krwi — i od tego czasu zaczął szybko tracić siły, gorączkował do 39°, schudł, miewał kłucia w piersiach, nocne poty, kaszel męczący z obfitą, gęstą, żółtawą płwociną. Przebył wtedy 10 tygodni w szpitalu, potem wyjechał na wieś, ale tu mu się jeszcze gorzej zrobiło. Obecnie dolega mu bezsenność, kłucie w piersiach, dokuczliwy kaszel i wyczerpanie. Moc i stolce — prawidłowe. W 1918 r. przechodził dur powrotny, w 1921 r. — rzeżączkę i miękką wrzód. Rodzinne wywiady — bez znaczenia.

Otóż w wywiadach tych uderza zupełnie nagłe, jakoby wśród zupełnego zdrowia ujawnienie się sprawy chorobowej w postaci niespodzianego pierwszego krwotoku, który zupełnie zresztą nie wpłynął na stan ogólny pacjenta i nie spowodował nawet na razie przerwania pracy zawodowej.

Czy takie rozpoczęcie, wzgl. ujawnienie sprawy gruźliczej jest rzeczą zwykłą?

1) Otóż okazuje się, że zaledwie w 10 do 15% przypadków schorzenie to ujawnia się w podobny sposób wśród pozornie zupełnego zdrowia w postaci nagłego krwotoku. Krwotok taki wystąpić może tak, jak u naszego chorego, bez żadnego wpływu na stan ogólny i bez wzniesienia ciepłoty, albo też towarzyszy mu stan gorączkowy o różnym natężeniu, poprzedzający o kilka dni krwawienie, wzgl. rozpoczynający się jednocześnie i ustępujący stopniowo w ciągu dłuższego czasu. Przebieg gorączkowy krwotoku dowodzi nasilenia, wzgl. znacznego rozprzestrzenienia sprawy gruźliczej w płucach.

2) W nielicznym odsetku przypadków wstępem do gruźlicy płuc jest surowicze zapalenie opłucny, występujące całkiem niespodzianie, bez żadnych uprzednich dolegliwości. Schorzenie płuc lekarz stwierdza jednocześnie z obecnością płynu w opłucnie lub też po jego zniknięciu.

3-ci i najczęstszy sposób ujawnienia się procesu gruźliczego polega na występowaniu przez szereg miesięcy lub tygodni różnych dolegliwości na razie nieznacznych, które, wzmagając się stopniowo, zmuszają pacjentów do zwrócenia się do lekarza. I tu właśnie mogą być objawy o najróżnorodniejszym zabarwieniu, często nie mające na pozór nic wspólnego z narządem oddechowym, a więc — skargi żołądkowo-jelitowe, dolegliwości sercowe (np. napady tachycardiae paroxysmalis), ogólne osłabienie, niedokrwiłość, a także i różne przypadłości układu oddechowego o dość banalnych pozorach i wciąż postępujące uczucie niezdrovia i złego samopoczucia — ewentualnie w połączeniu z nieznacznie wahaniami ciepłoty, — oto, co sprowadza zwykle takich chorych do lekarza. I dopiero po tygodniach lub miesiącach rozwija się obraz właściwy gruźlicy płuc.

*) Wykład kliniczny, wygłoszony przy łóżku chorego w Szpitalu Wolskim dn. 3.XII.1925 r., dla uczestników Kursów Przeciwgruźliczych.

4) Sprawa ujawnia się często łącznie z przebiegiem jakiejś ostrej choroby gorączkowej — grypy, influency lub odoskrzelowego zapalenia płuc.

Przechodząc do dalszego badania pacjenta, a więc do oględzin, palpacji, opukiwania etc., jak to zresztą czynimy w każdym badaniu klinicznym, pokrótce zwrócimy tylko uwagę na kilka drobnych objawów, które zasługują na szczególną uwagę w omawianej tu sprawie chorobowej.

W twarzy naszego chorego nie specjalnego nie dostrzegamy, prócz, być może, nieznacznej ściany. Otóż twarz chorych na gruźlicę płuc może posiadać wyraźne zabarwienie sinicze, zależnie od zmian w krążeniu, idących zwykle w parze z włóknistą postacią gruźlicy płuc, połączonej z rozemną. Znane są również t. zw. rumieńce gruźlicze na policzkach, wskazujące na szybko postępującą i rozsianą sprawę serowatą. Przeciwnie, w niektórych przypadkach rzuca się w oczy papierowo-błade zabarwienie twarzy, która przytem wydaje się być nieco nalana. Wedle naszych spostrzeżeń, potwierdzonych sekcjami, papierowo-błada twarz chorych na gruźlicę płuc (nb. która nie jest powikłana sprawą nerkową) zawsze idzie w parze z zajęciem przez proces chorobowy narządów jamy brzusznej, najczęściej jelit, rzadziej otrzewny lub gruczołów chłonnych, tak, iż często wprost z jednego spojrzenia rozpoznajemy powikłania jelitowe, nawet wtedy, kiedy inne kliniczne objawy tego powikłania nie są jeszcze wyraźnie zaznaczone.

Zachowanie się źrenic ma też znaczenie. Jeżeli pominiemy nawet okoliczność, iż gruźlica może się zdarzyć u osobnika, dotkniętego kiłą (objaw Argyll-Robertsona), ale również zserowacenie gruźlicze gruczołów okołoskrzelowych lub zajęcie opłucny w okolicy śródpiersia tylnego może wskutek jednostronnego podrażnienia nerwu spółczulnego spowodować rozszerzenie jednej źrenicy przy zachowaniu, rzecz prosta, oddziaływaniu obu źrenic na światło i przystosowanie.

Wspomnieć tu musimy również o wyglądzie palców i paznokci. Zgrubienie końcowych palczków, tworzące t. zw. palce pałeczkatowe, cechuje przewlekłą jamistą gruźlicę płuc. Również paznokcie nieraz stają się wypukłe w wymiarze podłużnym, kopulaste i, zaginając się, przyjmują kształt szponowaty. Szponowate paznokcie mogą być w parze z palcami pałeczkatowatymi, ale mogą również występować niezależnie od tych ostatnich. Jest to objaw wcześniejszy od poprzedniego i również świadczący o dłużej trwającej sprawie; w przypadkach ostrego i szybko postępującego schorzenia płuc paznokci szponowatych nie spotykamy. Często przeto, spojrzawszy tylko na paznokcie, możemy trafnie wynioskować, z jaką postacią gruźlicy płuc mamy do czynienia, ostrą czy też przewlekłą.

Oddech. Zdawałoby się, że gruźlica płuc, idąca zwykle z ograniczeniem powierzchni oddechowej, cechować się winna znaczną dusznością. Widocznie jednak ustrój rozporządza znaczną rezerwą w tym względzie, albowiem często nie stwierdzamy wcale jakiejś wybitniejszej duszności u tych chorych — nasz pacjent np. ma 20 oddechów na l'. W gruźlicy prosówkowej płuc (*tbc. miliaris pulmonalis*) występuje natomiast zawsze bardzo wybitnie zaznaczona duszność z sinicą, co przedewszystkiem uderza w obrazie klinicznym tej sprawy.

Do badania ogólnego należy również stwierdzenie zachowania się tętna, ciśnienia i ciepłoty. Otóż tętno, jak wiadomo, bywa w gruźlicy płuc zwykle przyspieszone, aczkolwiek przyspieszenie to najwyraźniej występuje przy ruchach chorego i może nie zaznaczyć się wcale w spoczynku. Tętno bywa tu zwykle miękkie, co zgadza się z niskim ciśnieniem krwi, jakie spotykamy najczęściej u tych chorych — u naszego pacjenta np. Mx.—95, Mn.—62 mm. Hg. Obecność ciśnienia nieobniżonego, względnie wyższego uważane jest za objaw prognostycznie pomyślny.

Co do ciepłoty w gruźlicy płuc, to nie możemy tu dodać naogół nic nowego do ogólnie znanych już rzeczy, podkreśliłyśmy tylko raz jeszcze, iż okres znacznieszego podniesienia się krzywej ciepłoty, występujący łącznie z krwotokiem płucnym, tak, jak to właśnie u naszego chorego przy powtórnym krwotoku się zdarzyło, stanowi niewątpliwie dowód nasilenia się i postępowania sprawy płucnej.

Przechodzimy teraz do badania szczegółowego klatki piersiowej.

Przy oględzinach jej zwracamy, jak zwykle, uwagę na kształt dołki nad- i podobojczykowej, wysklepienie,

łuk międzyżebrowy, dolny i górny jej otwór, przestrzenie międzyżebrowe, ruchomość każdej połowy przy oddychaniu i t. d. podług zwykłego schematu dokładnego badania klinicznego. Baczna uwagę zwracamy przytem na obwód i zmianę tegoż przy najgłębszym wdechu i wydechu dla każdej połowy klatki piersiowej osobno. W tym celu używamy sposobu, zaproponowanego przez Acharda, mianowicie zeszywanej ze sobą początki 2-ech taśm centymetrowych; otrzymaną w ten sposób podwójną taśmą mierzymy obwód klatki p. badanego pacjenta, przykładając miejsce zeszywania na l. środkowej od tyłu na wysokości kątów łopatek i prowadząc taśmę dookoła klatki p. pod sutkami, odczytujemy na l. śr. przedniej wprost obwód każdej połowy klatki p. przy wdechu i przy wydechu. Otóż u naszego chorego stwierdzamy kl. pierś. umiarkowanie wydłużoną, obwód prawej połowy klatki piersiowej 41.5 ctm. (wdech) — 42.5 (wydech), lewej połowy 42 (wdech) — 43.5 (wydech); dołki nad- i podobojczykowe zapadnięte — szczególnie prawe; kąt międzyżebrowy rozwarto wbrew temu, co zwykle znajdujemy u tych chorych. Przemawia to za rozemną dolnych odcinków płuc w tym przypadku. Prawa połowa klatki piersi. porusza się naogół gorzej przy oddychaniu, prawa okolica podobojczykowa również gorzej się wypełnia przy wdechu. Typ oddychania u naszego chorego jest mieszany, przeważnie piersiowy. Podczas oddychania chorego trzeba zwracać uwagę na zachowanie się przestrzeni międzyżebrowych, gdyż znaczniejsze wciąganie przestrzeni tych przy wdechu przemawia za istnieniem zrostów opłucny w tem miejscu.

Przechodząc z kolei do badania drżenia, przewodnictwa głosowego i do opukiwania klatki piersi., zauważyć musimy, iż wszelkie zniekształcenia i wykrzywienia kręgosłupa mają tu wielkie znaczenie ze względu na to, iż powodują one często różne objawy, łatwo uchodzić mogące za wywołane przez zmiany patologiczne w płucach, a więc stłumienia, zmiany w przewodnictwie głosowym i nawet zmiany osłuchowe.

Najczulszym sposobem opukiwania jest, zdaniem naszym, opukiwanie od miejsc z jawnym odgłosem opukowym do miejsc, w których spodziewać się można stłumienia. A więc szczyty opukujemy od tyłu, idąc od okolicy połowy łopatki ku górze i określając, do którego kręgu wzywyż sięga odgłos jawny, wzgl. jak wysoko znajduje się górna granica jawnego odgłosu: normalnie wypukuje się w ten sposób szczyt płuca na wysokości 7 kręgu szyjnego.

Badanie drżenia głosowego i przewodnictwa daję nam, jak wiadomo, wskazówki co do tego, czy zmiany, znalezione przy opukiwaniu w postaci stłumienia, względnie przytłumienia, zależą od nacieczenia w samym miąższu płuc, czy też od sprawy, toczącej się nazewnątrz płuca — w opłucnie. Otóż u naszego chorego wynik badania tego przedstawia się następująco. Od tyłu: stłumienie z lewej str. sięga 2-go kręgu piersi., z prawej zaś — połowy łopatki; dolne granice od tyłu — na 11 żebrze z obu stron, ruchome; od przodu — stłumienie nad lewym, nad i pod prawym obojczykiem do 2-jej przestrz. międzyżebrowej; dolne granice z prz. str.: pod 5 żebr. — na l. sutk. pr., pod 6-em — na l. pachowej prz., mało ruchome. Z lewej str. na l. pach. dolna gr. — na 7-em żebrze, ruchoma. Drżenie piersiowe żywsze po str. pr., zwłaszcza nad grzebieniem łopatki; bronchofonia nad obydwooma szczytami.

O s l u c h i w a n i e. Dane osłuchowe najwygodniej jest oznaczać za pomocą odpowiednich znaków-symbolów na schemacie klatki piersiowej; ułatwia to znakomicie orientację i zaoszczędza wiele czasu przy odczytywaniu karty szpitalnej. U naszego pacjenta znajdujemy tedy od tyłu — po str. pr. nad szczytem wdech pokryty wilgotnymi rżęciami drobno i średniobańkowymi, wydech chuchający. Poniżej — wdech zaostrzony z wilgotnymi rżęciami drobniobańkowymi, wydech wydłużony z odcieniem chuchającym. Po str. lewej — w szczycie do grzebienia łopatki oddech oskrzelowy bez rżężeń, w okolicy wnęki nieco drobnob. rżężeń. Poniżej kąta łopatki wdech szorstki, wydech wydłużony bez rżężeń. Od przodu: z prz. str. w szczycie — oddech oskrzelowy, pokryty wilgotnymi rżęciami drobnob. dźwięcznymi pod obojczykiem. Poniżej — wdech szorstki, wydech wydłużony bez rżężeń. Po str. lewej nad i pod obojczykiem wdech szorstki, wydech wydłużony z odcieniem chuchającym bez rżężeń; poniżej wdech szorstki, wydech wydłużony.

Badanie serca i jamy brzusznej przypadku nie szczególnego nie daje. Należy zwracać uwagę na stolce chorego i na wszelkie najmniejsze

nia ze strony przewodu pokarmowego. Pamiętać bowiem trzeba, jak nas o tem wielokrotnie doświadczenie sekcyjne pouczyło, że w gruźlicy zmiany anatomiczne w jelitach zwykle są znacznie dalej posunięte, aniżeli to z objawów klinicznych wnioskować można. Nieznaczna wrażliwość w okolicy jelita biodrowego, pewne przelewanie tutaj oraz 2 — 3 wolne, niebolesne stolce mogą być jedynym wyrazem klinicznym często b. znacznych zmian gruźliczych na błonie śluzowej jelit. W tego rodzaju przypadkach duże znaczenie posiada papierowo — blade zabarwienie twarzy, o czem była mowa powyżej.

W moczu zwracamy uwagę na odczyn dwuazowy, którego występowanie jest niepomyślnym objawem, oraz na obecność białka. Białko w moczu chorych gruźliczych może mieć b. różnorodne pochodzenie i znaczenie. Często, szczególnie u młodych osobników, znajdujemy białkomocz bez żadnych innych objawów klinicznych zajęcia nerek, idący w parze z zserowaniem gruczołów okołoskrzelowych, względnie z utajoną gruźlicą gruczołów wogóle; jest to t. zw. białkomocz odosobniony. Nierzadko białkomocz ten występuje pod postacią ortostatycznego. W przebiegu gruźlicy płuc znaczniejszy białkomocz najczęściej zależy od t. zw. nefrozy, czyli zwyrodnienia tłuszczowego komórek kanalikowych, zwykle idącego w parze ze skrobiawicą. Nie jestem w możności zająć się w tej chwili opisem obrazu klinicznego tych powikłań. Zapalenie nerek kłębuszkowe oraz gruźlica jamista nerek należy do b. rzadkich powikłań gruźlicy płuc. Mocz naszego chorego nie przedstawia zmian patologicznych.

Plwocina surowiczopna, mało opadająca na dno, zawiera laseczki Kocha oraz skąpe włókna sprężyste.

Do niezbędnych badań pomocniczych w gruźlicy należy wykonywanie prób odpornościowych z tuberkuliną: na skórnej — Pirqueta i podskórnej — Kocha.

Dodatnia próba Pirqueta, którą na oddziaływanie wyłącznie z czystą tuberkuliną (Alt-tuberkulin), oznacza stan t. zw. alergii, wynikający z wrażliwości osobnika, którego ustrój choć raz kiedykolwiek wszedł w kontakt z pałeczką gruźlicy. Dodatni odczyn Pirqueta w pewnych okolicznościach może zamienić się na ujemny; mówimy wówczas, iż alergia przechodzi w anergję, t. j. stan takiego zmniejszenia odporności, że ustrój nie zdolny jest reagować obronnie na jad gruźlicy. Bywa to, jak wiadomo, w końcowych okresach gruźlicy płuc — i tutaj anergia uważana jest za złą oznakę prognostyczną; przejściowo ujemny odczyn Pirqueta zdarza się w przebiegu odry, krztuśca, duru brzusznego i żółtaczki miąższowej.

Jeżeli próba Pirqueta klinicznie wyzyskana być może wyłącznie dla celów prognostycznych, to całkiem odmienne, bo wyłącznie rozpoznawcze znaczenie posiada podskórna próba tuberkulinowa, polegająca na wprowadzeniu podskórnie 0,2 mlgr. z początku, a następnie w razie braku odczynu ogólnego 1 mlgr. starej tuberkuliny Kocha. Otóż osobnik, który nigdy wogóle nie stykał się z zakażeniem gruźliczym, znosi tę próbę zupełnie bez żadnego odczynu; ustrój zaś, który kiedykolwiek uległ zakażeniu, reagować może w różny sposób. A mianowicie, odróżniamy reakcję miejscową, ogólną i ogniskową. Zarówno badania anatomo-patologiczne, jak i powszechne występowanie u zdrowych skądinąd osobników dodatniego odczynu Pirqueta dowodzi, iż wszyscy właściwie posiadamy gdzieś w ustroju t. zw. ognisko pierwotnego zakażenia gruźliczego („chancrę d'inoculation“ autorów francuskich). Ale ognisko takie może i ulegać zresztą najczęściej zupełnemu zablężeniu i zwapnieniu, nie przejawiając niczem swej obecności. Jednak osobnik taki reaguje na podskórny zastrzyk tuberkuliny przez powstanie w miejscu zastrzyknięcia znacznego zaczerwienienia i stwardnienia już po 24-ch, wzgl. po 48 godzinach. Jest to t. zw. odczyn miejscowy, któremu nie towarzyszą wtedy żadne objawy ogólne (wzniesienie ciepłoty powyżej 37,8°), ani ogniskowe, dotyczące ogniska zakażenia. Przeciwnie zaś, istnienie gdziekolwiek w ustroju czynnego ogniska gruźliczego ujawnia się przez wybitniejszy odczyn ogólny w postaci znacznie większego wzniesienia ciepłoty (powyżej 37,8°) oraz przez ostry proces natchmiastowy procesu chorobowego w samym ognisku schorzenia (odcz. ogniskowy). Z tego właśnie względu wykonywanie podskórny odczynu tuberkulinowego jest bezwzględnie przeciwwskazane w przypadkach, w których mamy do czynienia z czynną i jawną sprawą gruźliczą, choćby o minimalnem natężeniu. Jedynie tam, gdzie wszystkie inne

badania kliniczne nie mogą nam rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia ze schorzeniem gruźliczym, czy nie, — a gdzie rozstrzygnięcie to ma doniosłe znaczenie dla rokowania i leczenia, — tam tylko można uciec się do tej próby. (Następuje pokaz chorych z podskórny próbą tuberkulinową). Dla przykładu powiemy, że na oddziaływanie naszymi się jeszcze otrzymać dodatni wynik (ogólny i ogniskowy) podskórnej próby tuberkulinowej poza miejscową reakcją. Wynika stąd, że, jeżeli jest gdzieś w ustroju ognisko czynnej gruźlicy, to zawsze je przy pomocy dokładnego badania klinicznego wykryć jesteśmy w stanie. Wstrzykując choremu tuberkulinę podskórnie, stale kierujemy się zasadą: **primum non nocere**.

U naszego pierwszego chorego pr. Pirqueta wypadła ujemnie, tuberkuliny zaś nie wstrzykiwaliśmy, zgodnie z zasadą, iż próba ta wykonywana być może tylko tam, gdzie wszelkie inne metody klinicznego ujawnienia gruźlicy zawiodą.

Teraz możemy przystąpić do zebrania i podsumowania wyników badania klinicznego, aby rozstrzygnąć przedewszystkiem, z jaką postacią gruźlicy płuc mamy do czynienia, a następnie postawić rokowanie i wskazania lecznicze.

Wkraczając w dziedzinę klasyfikacji, dotykamy najmniej może ustalonego punktu gruźlicy płuc. Istnieje dość dużo prób klasyfikacji, żadna jednak nie jest wolna od zarzutów, żadna nie daje możliwości całkowitego i wszechstronnego rozwiązania nasuwających się tu zagadnień. A więc klasyfikacja czysto kliniczna — objawowa, odróżniająca gruźlicę płuc czynną i nieczynną, zależnie od zachowania się ciepłoty, otwartą i zamkniętą — wzgl. jawną i utajoną stosownie do wyniku badania plwociny, poronną i wyraźną w związku ze stanem ogólnym chorego — oparta jest na jednym jakimś objawie klinicznym. Podstawy jej są kruche i niepewne, nie obejmują całokształtu sprawy i nie pozwalają wejrzeć w głąb oraz rzadko kiedy dają jakieś ściślejsze wskazówki prognostyczne i terapeutyczne.

Znacznie bardziej wyczerpująca, aczkolwiek również niezadawalająca pod wieloma względami jest klasyfikacja anatomo-kliniczna, oparta na przesłankach anatomo-patologicznych. Jak wiadomo, anatomia patologiczna sprowadza istotę sprawy gruźliczej do dwu procesów: 1) wytwórczego zapalenia, polegającego na powstawaniu swoistej tkanki zarzynowej, a tworzącej grudki i gruzelki specyficzne; 2) zapalenia wysiękowego, kiedy w pierwszym rzędzie powstaje wysięk włóknikowo-komórkowy. W dalszym przebiegu zresztą produkty obu tych spraw ulegają zserowaceni; różnica polega tylko na tem, iż szybkość oraz rozległość serowatego procesu nekrobiotycznego w zapaleniu wysiękowym odznacza się niezwykłą gwałtownością. Podział czysto anatomiczny posiada duże braki nawet dla samych anatomo-patologów; brak całkiem czystych postaci anatomicznych, niemożność nieraz mikroskopowego ich rozróżnienia, wciskanie do ścisłych faktów anatomicznych teoretycznych rozważań co do sposobu rozprzestrzeniania się procesu i t. d. Nic przeto dziwnego, iż podział anatomiczny gruźlicy płuc musi posiadać jeszcze większe braki z punktu widzenia klinicznego, nie daje on bowiem również możliwości wyciągania ścisłych wniosków prognostycznych i leczniczych, z przełożenia objawów klinicznych na zmiany anatomiczne.

Klasyfikacji anatomo-klinicznych mamy kilka, z tych u nas najbardziej znana jest:

Klasyfikacja Sterlinga:

I. Phthisis pulm. chronica:

- 1) tub. abortiva,
- 2) „incipiens: a) occulta,
b) manifesta: station., progrediens
regrediens,
- 3) phthis. declarata: a) fibrosa,
b) fibro-caseosa (stat., regred.,
progred.),
c) caseosa (regr., progred).
- 4) consumptiva: a) fibrosa,
b) fibro-cas.
c) caseosa.

II. Phthisis pulm. acuta: 1) pneumonia tubercul.

- 2) bronchopneum. tuberc.,
- 3) T. b. c. miliaris catarrhal.,
- 4) „ „ „ suffocans.
- 5) Tuberculosis obsoleta.

W Niemczech największą popularnością cieszy się klasyfikacja *Aschoff-Nicola*: gruźlica krwio pochodna (prosówkowa) i odoskrzelowa — wytwórcza, w formie guzkowej (*acinetodosa*), rozlana marskościowa (*cirrhofica*) oraz wysiękowa (*exsudativa*) — *pneumonia et bronchopneumonia caseosa*).

We Francji najbardziej rozpowszechniona jest klasyfikacja *Barda*: gruźlica miąższu płucnego (*fibrosa, caseosa, fibro-caseosa*), oskrzeli, opłucny, śródmiąższowa (prosówki) i gruczołów (wnęki i śródpiersie). Ościśle posiada się klasyfikację niemal czysto anatomiczną, różniąc gruźlicę ostrą, krwio pochodną — prosówkową i odoskrzelową — włóknistą (*fibrosa*), ew. marskościową (*cirrhofica*), wysiękową, ew. serowatą (*caseosa*) i jamistą (*ulcerosa s. cavernosa*). Rzecz prosta, te formy anatomiczne prawie nigdy nie występują w postaciach czystych i niemal stale się z sobą nawzajem kojarzą (*tbc. fibrocaseosa* lub *fibrocavernosa* lub *ulcerocaseosa*). Dla ścisłości dodajemy zawsze rozprzestrzenienie i umiejscowienie sprawy gruźliczej, np. *tbc. fibrocaseosa dextra superior et ulcerocaseosa sinistra disseminata*.

Wszystkie klasyfikacje anatomiczne, mając jako punkt oparcia statykę procesu gruźliczego, nie są w stanie dać odpowiedzi na najważniejsze pytanie — jak sprawa chorobowa dalej rozwijać się będzie. Idealna byłaby klasyfikacja taka, która dała możliwość powiązania całości objawów anatomicznych ze zjawiskami biologicznymi — odpornościowymi.

Jednak wiadomości nasze w tej ostatniej dziedzinie zbyt jeszcze są urywkowe i niepełne. I oto, operując się na zachowaniu się prób odpornościowych oraz ewolucji procesu gruźliczego w ustroju, *Ranke* odróżnia 3 następujące okresy w rozwoju zakażenia gruźliczego: 1) Okres pierwotnego zakażenia, polegający na wytworzeniu się, zazwyczaj w płucach t. zw. *chancrę d'inoculation*, znacznym zajęciu drogą naczyń chłonnych gruczołów wnękowych i zjawieniu się alergii (dodatniego odcz. *Pirquet*). 2) Okres nadwrażliwości (*hypersensibilisatio*) — kiedy podskórny zastrzyk tuberkuliny daje znaczny odczyn miejscowy, bez odczynu ogólnego. Laseczka gruźlicza, która w tym okresie przenosić się może wszelkimi drogami — naczyń krwionośnych i limfatycznych oraz odoskrzelowo, odznacza się tu skłonnością do wytwarzania ognisk zapalnych nieściśle swoistych, z możliwością zupełnego *restitutio ad integrum*. 3-ci okres *Rankego* — okres względnej odporności ogólnej z odosobnieniem schorzenia płuc, ze szczególną skłonnością wytworów zapalnych do serowacenia. Zastrzyk podskórny tuberkuliny nie daje żadnego odczynu miejscowego, lecz wyłącznie ogólny (wzniesienie ciepłoty) i ogniskowy, laseczka gruźlicza w tym okresie nawet w najcięższych formach gruźlicy płucnej dziwnie nie jest w stanie wytworzyć nowych ognisk w innych narządach. Do tych trzech okresów *Rankego*, zdaniem moim, należałoby jeszcze dodać okres 4-ty anergji ze znikaniem odczynu *Pirquet*, kiedy właśnie w końcowym okresie gruźlicy płuc zjawiają się powikłania kraniowe, jelitowe, zapalenie żył i t. d.

Klasyfikacja *Rankego*, pierwsza, być może, śmielsza próba ujęcia w całość logiczną ewolucji gruźlicy w ustroju ludzkim, w zastosowaniu klinicznym do suchot płucnych przynosi korzyść dość względną, ponieważ nie tłumaczy ona wielkiej ich różnorodności, jak również nie pozwala jeszcze podporządkować objawów klinicznych zjawiskom odpornościowym, a to nie daje nam możliwości ścisłego przepowiedzenia w każdym poszczególnym przypadku, jak dany proces rozwijać się będzie. Klinice, anatomji patologicznej i biologji suchot płucnych brak jeszcze wielu punktów łącznych, co czyni, iż wszelka klasyfikacja daleka jest od idealnej.

Powracając teraz do naszego chorego, musimy przełożyć stwierdzone u niego objawy kliniczne na język anatomiczny i rozstrzygnąć, z jaką postacią gruźlicy płuc mamy do czynienia. A więc obecność stłumienia ze wzmocnieniem drżeniem wskazuje, że jest tu rozległe nacieczenie w samej tkance płucnej. Drobnobańkowe rżenia dowodzą obecności wysięku w drobnych pęcherzykach płuc, a dźwięczny ich charakter i obecność średnich każą przypuszczać obecność jam. Mamy więc obustronny, wolno przebiegający proces z prawdopodobnym tworzeniem się jam w górnym płacie prawego płuca — *phthisis pulmonum fibro-caseosa duplex* z domieszką *ulcerosa* w prawym górnym płacie. Rozpoznanie to znajduje potwierdzenie na kliszy rentgenowskiej płuc naszego chorego. Nie możemy się tutaj zastanawiać dłużej nad znaczeniem badania rentgenologicznego w gruźlicy płuc. Na zdjęciu ta-

kiem zwracamy uwagę na wielkość ognisk zacinienia, ich kontury, na obecność jaśniejszych plam (jam), na zachowanie się opłucny i przepony. Widzimy więc tutaj na kliszy znaczne zacinienie prawego szczytu; pod pr. obojczykiem jasna plama o silnie zacińczonych brzegach. Jest to jama, otoczona mocną zbitą tkanką łączną. W lewym płucu można odróżnić bardzo liczne drobne ciemne plamki o nieprawidłowych i niewyraźnych konturach, t. zw. marmurkowatość pola płucnego; a obok nich bardziej wyraźne zacinienia, wyraźnie odgraniczone od otoczenia. Pierwsze z nich odpowiadają świeżo zajętym przez sprawę gruźliczą zrazikom płucnym (*acini*), drugie — starszym ogniskom ze znacznie-szym rozwojem zbitą tkanki łącznej. Wnęki obu płuc, szczególnie zaś prawa — silnie zacięcione, od nich idą pasmowate cienie włąb płatów płucnych. Obraz ten naogół potwierdza w zupełności postawione powyżej rozpoznanie nasze.

Co się tyczy rokowania w tym przypadku, to rozległość sprawy, zajmującej obydwie płaty, jej destrukcyjny charakter z wytwarzaniem jam, a także ujemny wynik odczynu *Pirquet*, dowodzący, iż chory wkracza w okres anergji, stanowią momenty wysoce niekorzystne. Jedynie tylko brak podwyższonej ciepłoty w przebiegu jest tutaj objawem pociesającym. W każdym razie trudno przypuścić, aby tu można było oczekiwać samoistnego uspokojenia się sprawy; siły natury tu nie wystarczą, schorzenie będzie szło niewątpliwie dalej aż do niepomysłnego zejścia. Zresztą sam przebieg sprawy, jak ona szła od 1-go do 2-go krwotoku, oraz ciągłe ponawianie się krwiopłucia w szpitalu dowodzą, że sprawa postępuje. Czy jesteśmy w podobnych przypadkach w możności zahamować tę dążność gruźlicy do dalszego rozwoju?

Przechodzimy więc tutaj do kwestji leczenia gruźlicy płuc, której też poświęcić należy słów kilka. Nie będziemy zresztą poruszali terapij objawowej, klimatycznej i sanatoryjnej; chcemy omówić pokrótce tylko na podstawie własnego materiału i doświadczenia sprawę stosowania sztucznej odmy piersiowej oraz wprowadzonej ostatnio do lecznictwa — sanokryzyny.

Odma stanowi, jak dotąd, jeden z najskuteczniejszych sposobów leczenia w przypadkach, w których wogóle jeszcze coś osiągnąć można. Jednak liczyć się trzeba z tem, że i przy tej metodzie — właściwa poprawa w sensie anatomicznym osiągnąć się daje bardzo powoli i stopniowo, i że poprawa kliniczna i czynnościowa następuje o wiele wcześniej od anatomicznej.

Proces gojenia się sprawy gruźliczej polega na rozrąbaniu się tkanki łącznej odopłucnowo i dokoła naczyń i obrastaniu schorzałych ognisk, które w ciągu lat ulegają wreszcie zbliznowaceniu. Jednak obniżenie gorączki, przybytek wagi, poprawę stanu ogólnego często uzyskuje się stosunkowo bardzo szybko. Jakż jest mechanizm działania odmy sztucznej? Zabieg ten zabezpiecza schorzałemu płucu spokój czynnościowy, powoduje zmniejszony dopływ tlenu do laseczników gruźliczych, które są wybitnymi tlenowcami, utrudnia przenikanie jadów gruźliczych do krwiobiegu i sprzyja wygaśnięciu zakażeń wtórnych — tem się właśnie tłumaczy szybki dodatni wpływ odmy na stan ogólny tych chorych. Z drugiej zaś strony, odma wywołuje, podług niektórych autorów, wybitne przekrwienie żyłne uciśniętego płuca, co sprzyjać ma rozrostowi tkanki łącznej właśnie dokoła żył i gojeniu się sprawy. Przeciwno temu pogładowi jednak przemawiać się zdaje wybitny efekt odmy w krwotokach płucnych, na podstawie czego myślećby można było raczej o anemizacji płuca, aniżeli o jego przekrwieniu. Doniosłe znaczenie posiada również wpływ odmy na jamy, których ściany zbliżają się do siebie pod wpływem ucisku, i które daleko łatwiej ulegają zbliznowaczeniu w następstwie. Jednakże na obrazie rentgenowskim stwierdzić się daje, że często jamy nawet przy znacznym uciśnięciu płuca nie ulegają zamknięciu lub nawet zmniejszeniu. Stosuje się to przeważnie do jam starych, o sztywnych i grubych ścianach łącznotkankowych, a w szczególności do tych, które powstają na tle serowatego ogniska w jakimś większym oskrzeli 3—4-go stopnia, albo przy sprawie, idącej ze znacznym rozrostem tkanki łącznej w płucu, ulegającej w następstwie zbliznowaczeniu, kurczeniu się i ciągnącej za sobą oskrzela, rozszerzając je do rozmiaru znacznych jam (*tbc. fibro-cavernosa*). Zresztą doświadczenia francuskich autorów z zastrzykiwaniem do uciśniętego płuca przez oskrzela lipiodolu wykazały, że lipiodol ten przedostaje się bardzo nisko do bardzo drobnych oskrzelików, że więc o

zupelnym zaciśnięciu ich przy odmie sztucznej mowy być nie może. Jeżeli chodzi o wpływ odmy na płuco drugie, nieuciśnięte, które anatomicznie niemal nigdy nie jest zupełnie wolne od zmian gruźliczych, to, jak wykazuje doświadczenie, zmiany te mogą uleść cofnięciu, ale mogą też zacząć szybko postępować naprzód: uciśnięcie jednego płuca idzie wtedy w parze z obostrzeniem się procesu w drugim. Wprawdzie robią w ostatnich czasach odmy obustronne z wprowadzaniem nieznaczonej ilości azotu (50 — 150 cm. sz.) do obu jam opłucnowych celem nie tyle ucisku, ile rozluźnienia mięszu płucnego (t. zw. Entspannungspneumothorax), my jednak na oddziale naszym stosujemy tylko odnę jednostronną. Za pomyślną okoliczność w sensie mechanizmu działania odmy uważać należy to, iż w uciśniętym płucu tkanka łączna nie powstaje w zdrowym mięszu płucnym, który nawet po długotrwałym uciśnięciu powrócić może z łatwością do zwykłej czynności.

W jakich tedy przypadkach należy zakładać odnę? — Najpomyślniejsze warunki w tym względzie przedstawia przeważnie jednostronna serowata postać gruźlicy z dobrym stanem ogólnym i bez powikłań ze strony opłucny. Bardzo dobre wyniki daje też odma w jednostronnej lub przeważnie jednostronnej gruźlicy, szybko postępującej, o charakterze „phthisis galopante”. Bardzo wskazana jest odma w zapaleniu płuc serowatem (pneumonia caseoidea) jednostronnem. Ta postać gruźlicy rozwija się, jak wiadomo, na skutek tego, że ognisko zakażenia pierwowego, zwykle jakś gruczoł okołoskrzelowy, ulega zserowaczeniu nie w centrum tylko, jak to najczęściej bywa, ale w całości, powstaje zapalenie okołgruczołowe, masy serowate przebijają się do sąsiedniego oskrzela i roznoszą się odrazu po całym płucu, dając wtedy odoskrzelowe szerzenie się sprawy, obejmujące odrazu cały płac; ta postać gruźlicy przypomina przez swoje objawy fizykalne płacowe zapalenie płuc. Taka sprawa, powstająca szybko i w płucu uprzednio zdrowym, zwykle jednostronne, przedstawia doskonałe warunki dla założenia odmy przez brak zrostów opłucnowych i pomyślny stan drugiego płuca. Doświadczenie jednak poucza, iż chorzy tacy, pomimo początkowej poprawy, kończą najczęściej niepomyślnie skutkiem przejścia sprawy na drugie płuco, prosówki lub innych powikłań.

Za bezwzględne wskazanie do wykonania odmy uważać należy znaczniejszy krwotok płucny, jeżeli tylko ustalić jesteśmy w stanie, która strona krwawi, dokonanie bowiem odmy po stronie przeciwnej może wywołać jeszcze obfitszy krwotok i pogorszyć sytuację. Za przeciwwskazaną uważamy odnę w przypadkach, w których mamy do czynienia, jak u naszego chorego, z rozleglejszą sprawą w obu płucach. Również bezgorączkowo przebiegająca postać włóknista, ewent. marskościowa gruźlicy, przypominająca swym obrazem klinicznym rozednę płuc, wzgl. rozlany nieżyt oskrzeli, nie jest wskazaniem do odmy. Wreszcie znaczniejsze zmiany gruźlicze w krtani i jelitach stanowić mogą przeciwwskazanie; cięzka i cukrzyca stanowią tylko względne przeciwwskazanie do odmy.

Po założeniu odmy stwierdzamy nad odnośną połową klatki piersiowej wypuk bębenkowy, zniesienie drżenia piersiowego, wdech niesłyszalny, wydech z odcieniem amforycznym. Charakterystyczne obrazy daje odma piersiowa w obrazie rentgenowskim. Przy braku zrostów całe płuco odopchnięte zostaje w stronę śródpiersia. W okolicy jam wytwarzają się zwykle mocne zrosty; stwierdzić można wtedy cienie w postaci smug, biegnących od płuca do ścian klatki piersiowej, a w pobliżu tych smug jaśniejsze plamy jam. Nieraz widoczne są zrosty, trzymające szczyt. Niezawsze założenie odmy daje zupełnie gładki przebieg; przeciwnie, dość często spotykamy tu powikłania różne, które należy poznać i umieć ocenić, by odpowiednio na nie reagować. Stosunkowo najczęściej zdarza się tutaj odma podskórna, która zresztą wielkiego znaczenia niema i której obawiać się niema powodu. Jeżeli igielka wejdzie w zrosty opłucnowe i gaz, dostając się między zrosty, dostanie się do śródpiersia tylnego, uciskając na tchawicę, przelyk i t. p. — skutki mogą być bardzo nieprzyjemne, ale wykonywanie odmy pod kontrolą manometru, wpuszczanie gazu tylko wobec ciśnienia ujemnego i zmieniającego się wyraźnie przy wdechu i wydechu, pozwala prawie napewno uniknąć tego powikłania. Do powikłań, związanych bezpośrednio z wykonywaniem tego zabiegu, zaliczyć należy jeszcze wstrząs opłucnowy, zdarzający się, na szczęście, bardzo rzadko — tuż po wprowadzeniu

igły do opłucny i mogący się nawet zakończyć fatalnie. Tutaj również zaliczyć trzeba przedziurawienie płuca, rzadziej bezpośrednio igłą, częściej wskutek gwałtownego rozerwania zrostu opłucnowego, które zabiera kawałek mięszu płuc. Jest to bardzo ciężkie powikłanie, dające w następstwie odnę ropno-powietrzną (pyopneumothorax) o niepomyślnym rokowaniu. Inne powikłania są już dalszem następstwem założonej odmy. Do nich należy zachowanie się drugiego płuca, w którym wzmoczona praca sprowadzić może obostrzenie istniejącego uprzednio w stanie mniej lub więcej nieczynnym procesu gruźliczego, dalej — zapalenie opłucny, które występuje już to wkrótce, już to w parę tygodni lub mies. od rozpoczęcia odmy. Tworzą się przytem albo małe wysięki surowicze z nieznacznymi wzniesieniami ciepłoty, albo bardzo obfite — ze znaczną ciepłotą, niekiedy ulegające nawet zropieniu. Etjologia ich jest zawsze gruźlicza. Zachowujemy się w stosunku do tych wysięków raczej konserwatywnie, opróżniając tylko bardzo obfite, w innych zaś oczekujemy samoistnego wessania się płynu, ew. wdmuchując azot w miarę znikania wysięku. W przypadkach o przebiegu pomyślnym stwierdzamy bezpośrednio po założeniu odmy spadek ciepłoty, zmniejszenie się kaszlu, płwociny, znikanie krwioplucia, lepsze samopoczucie, przybieranie na wadze. W przeciwnym zaś razie ciepłota nie opada, sprawa postępuje naprzód w płucu uciśniętym lub ulega obostrzeniu w drugim płucu.

Przechodząc teraz, na zakończenie, do krótkiego omówienia wyników leczenia zapomocą zastrzyków sanokryzyny, zastrzedz się musimy, iż materiał nasz, składający się dołąd z 10 leczonych przypadków, nie uprawnia nas jeszcze do wypowiedzania jakichś definitywnych wniosków w kwestji wartości leczniczej tego środka. Zresztą, zdaniem naszym, nie należy oczekiwać od żadnego środka cudów i skutku we wszystkich absolutnie przypadkach, jak tego dowodzi chociażby doświadczenie w tak już ustalonej i poznanej dziedzinie, jak np. stosowanie naporstnicy w schorzeniach serca oraz swoiste leczenie kiły. W każdej sprawie chorobowej oczekiwać poprawy można tylko tam, gdzie została zachowana żywotność ustroju, i pod tym tylko kątem widzenia ujęta kwestja stosowania sanokryzyny pozwolić może na ścisłą i słuszną ocenę. Nie należy się zrażać tem, że nie we wszystkich przypadkach osiąga się skutek, że tylko w pewnym odsetku przypadków widzimy istotną poprawę. Do leczenia sanokryzyna kwalifikujemy chorych z gruźlicą włóknistoserowatą (fibrocaceosa), z dobrym stanem ogólnym, niezależnie od temperatury, a którzy z powodu rozległości sprawy, zajmującej np. obydwa płuca, nie nadają się do odmy. O szczegółach stosowania sanokryzyny, dawkowaniu jej i t. d. pomówimy w innym miejscu; tutaj zaznaczymy tylko, iż, będąc zasadniczym przeciwnikiem wszelkiej proteinoaterapii w gruźlicy, nigdy nie stosujemy surowicy, oraz że operujemy naogół małemi dawkami, po jednym zastrzyknięciu na tydzień, zaczynając od 0,25 i nie przekraczając 0,75, stosując ogółem od 4-6 do 6 grm. sanokryzyny w każdym przypadku. I otóż nasz sposób stosowania nie dał nam nigdy żadnych ujemnych skutków w sensie groźnych wstrząsów lub opisanych skądinąd ciężkich powikłań nerkowych. Co najwyżej, spostrzegaliśmy przelotne nieznaczne wstrząsy w postaci nieznacznych dreszczów lub lekkiego niepokoju i palpacji serca, które szybko mijały przy zastosowaniu najzwyklejszych środków np. kropeł walerjanowych lub ew. zastrzyku kamfory. Raz jeden widzieliśmy absolutną nieterancję sanokryzyny w postaci uporczywej i dość nieprzyjemnej wysypki grudkowopęcherzykowej na całym ciecie, która zmusiła nas do przerwania kuracji. Pozatem — w połowie z naszych 10 przypadków nie mieliśmy wyraźnego efektu, w pozostałej zaś połowie — skutek w postaci znikania laseczników w płwocinie, spadku ciepłoty, przybierania na wadze i poprawy stanu ogólnego był tak zdecydowany i tak szybki, jak tego przy żadnym innym sposobie leczenia absolutnie niepodobna jest otrzymać. I to zmusza nas stanowczo do poważnego traktowania tego środka, chociaż z drugiej strony podnieść musimy, iż badanie fizykalne i obraz rentgenowski nie wykazuje naogół zmian równorzędnych do poprawy stanu ogólnego — w tak krótkim czasie.

Oto kilka przykładów:

Przy p a d e k I. Przed zastrzykiem po 4 — 8 prątków K o c h a w polu widzenia preparatu płwociny, pr. białkowa w płwocinie — wyraźnie dodatnia. Obecnie — po 5 zastrzykach — prątków K o c h a w płwocinie nie stwierdza się

(met. zwykłą i kondensacyjną), próba białkowa ujemna, waga z 65, kłgr. przed kuracją wzrosła do 65,6 kłgr.

Przypadek II. Chory z rozległą sprawą typu *fibrocaciosa* w lewym płucu (rzęzenia na całej przestrzeni lewego płuca od przodu i tyłu) z zajęciem i prawego płuca z odczynem Pirqueta wątpliwym, w płwocinie po 4 — 5 laseczników w każdym p. widz., próba białkowa dodatnia; obecnie — po 5-ym zastrzyku: w płwocinie — Koch 0, waga z 66 — 67,7 kłgr. — przy mało jednak zmienionym obrazie fizykalnym płuc.

Przypadek III-ci — z rozległą obustronną sprawą gruźliczą w płucach, u którego przed kuracją znajdowaliśmy

wprost po parę tysięcy laseczników na preparacie — obecnie po 2-im zastrzyku ma ich zaledwie od kilkunastu do kilkadziesiąt na preparacie.

Powtarzamy więc, że to są fakty kliniczne, z którymi się trzeba poważnie liczyć, że podobne wyniki są wprost nie do pomyślenia w tak krótkim czasie przy żadnym innym sposobie leczenia szpitalnego. Nie uważając bynajmniej sprawy sanokryzyny za definitywnie załatwioną w tym czy innym sensie, sądzimy, iż wymaga ona jeszcze i zasługuje na poważne i wszechstronne opracowanie.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Sanatorjum dla chorych piersiowych w Zakopanem.

Przyczynek do nauki o odmie sztucznej.

Podał

K. DŁUSKI, b. dyrektor Sanatorjum (Warszawa).

Część I.

Uwagi ogólne.

W szkicu niniejszym mamy zamiar przedstawić przebieg leczenia gruźlicy płuc S. O.¹⁾ oraz jego wyniki na podstawie materiału klinicznego z Sanatorjum im. Dr. Dłuskich w Zakopanem, z uwzględnieniem dostępnej nam literatury.

Sprawie S. O. poświęciłem na Zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie w lipcu 1914 r. łącznie z kol. S. Sterlingiem (Łódź) dość obszerny referat, dotyczący całego szeregu zagadnień, ze S. O. związanych (35).

W sprawie tych zagadnień w ciągu ostatnich 10 lat, — o ile nam z dostępnej literatury wiadomo, — nie zaszło specjalnie nic nowego.

Pozwolimy więc sobie powrócić do kilku ważnych spraw, poruszonych na Zjeździe Lwowskim, jako mających bezpośredni lub pośredni związek z samą istotą leczenia S. O.

Przedtem jednak niech nam wolno będzie odświeżyć pewne wspomnienia historyczne, które ani na jotę nie zmniejszają zasług Forlaniniego, jako tego, który zastosował poraz pierwszy S. O. na człowieku przed 31 laty na podstawie badań anatomiczno-patologicznych, fizjologicznych i klinicznych. A więc na 1-ym miejscu nazwisko fizjologa szkockiego Carsona, który już w 1822 r. pierwszy zastosował S. O. u królika i stąd wyprowadził zupełnie słuszne i logiczne wnioski o jej leczniczym znaczeniu dla człowieka. Nast. Ramadge w 1835 r. dążył do ucisku płuca przez wytworzenie sztucznej rozemy drogą wzięwaną przy utrudnionym wydechu. Bock w 1852 r. uważał wyleczenie gruźlicy płuc dzięki wysiękom opłucny za możliwe. Gaillard zaś (rok 1897) nazywał wysięki „opatrznościowemi“ i nie wypuszczał płynu, o ile nie było *indicatio vitalis*. Przypominamy też, że Potain w 8 lat dziesiątku wprowadził leczenie *pyotharaxu* metodą dziś stosowaną przy wysiękach w S. O. wypuszczania płynu i wpuszczania gazu. Z tem łączy się wpływ odmy naturalnej na sprawę gruźlicy płuc, nad czem chwilkę zatrzymać się pragniemy.

Opisana po raz pierwszy przez francuza Itarda w 1803 r. była przedmiotem wszechstronnych badań, z początku Laënneca, a następnie w ciągu XIX wieku klinicystów francuskich (Grisolle, Saussiera), niemieckich (Traube, Weil, Leyden), angielskich i innych. Była ona stale uważana aż do mniej więcej 20 — 30 lat wstecz za nader niebezpieczne powikłanie gruźlicy płuc, wiodące w niedługim

czasie do zgonu. Tymczasem — jeszcze w 1844 r. Grisolle (Paryż) przytacza 12 przypadków wyleczenia, O. naturalnej na 147 zebranych przez Saussiera. Toussaint (Paryż) w 1880 r. zebrał w klinikach francuskich od 1834 r. 23 przypadki, z których w 12 notowano poprawę, a w 11 wyleczenie gruźlicy płuc, dzięki właśnie O. natur.

Przytem na szczególną uwagę zasługuje to, że jego wnioski są zupełnie analogiczne z wnioskami Forlaniniego co do wpływu S. O. na ognisko gruźlicze, dążące do rozmiękczenia, na zbliżanie się „ściany jamy, na znikanie wydzieliny ropnej i zabliznianie się owrzodzeń etc.“. Jednocześnie z Toussaint tacy wielcy klinicyści, jak Potain i Herard uważają O. natur. za „nieoczekiwany środek ratunku w gruźlicy płuc“¹⁾.

W 1900 r. ogłosił L. Spengler (Szwajcarja) 5 przypadków wyleczenia gruźlicy płuc na 20 dzięki O. naturalnej. W 1923 r. ogłosił on 16 samouleczonej gruźlicy płuc na 42, co stanowi 38%. Na 15 przypadków Bocka⁽⁷⁾ (Moskwa) w 5 wystąpiła wybitna poprawa stanu ogólnego. Natomiast 5 przypadków u dzieci w wieku 3 l. 6 m. do 4 lat, wszystkie miały przebieg śmiertelny (Debré i Schönfeld).

Przytem różni klinicyści zaznaczają, że niejednokrotnie O. naturalna bywa zapoznaną.

Debré powiada, że często nie bywa ona rozpoznana u dzieci, a co się tyczy etjologii, zjawia się częściej przy ropniach i zgorzeli płuc, przy pęknięciu pęcherzyków w rozedmie krztuscowej, niż w gruźlicy płuc.

Bock na 19 chorych tylko u 4 mógł postawić rozpoznanie w chwili wystąpienia odmy. Reszta 15 chorych nie odczuwała tworzenia się odmy. E. Sergent utrzymuje, że liczba „niemej odmy“ („*pneumothorax muet*“) jest znacznie większa, niż dotąd sądzono. Dla prawostronnej, jako objaw stały, uważa zniknięcie stępienia w okolicy wątroby i zastąpienie go przez wypuk bębenkowy.

Dahlstedt (Szwecja) opisuje 5 bardzo ciekawych przypadków chorych młodych (19 — 26 lat), gdzie wypadkowo znaleziono obrazy pierścieni w Röntgenie, symulujące jamy. Przy pomyślnem klimatycznym leczeniu u 3-ch na 5-ciu pierścienie te znikły. w ciągu od dwóch miesięcy do roku.

Wspomnijmy o własnym materiale: Na 4000 chorych w ciągu przeszło 16 lat mego kierowania Sanatorjum mieliśmy 12 przypadków O. natur. Z tych 3 zamienione na S. O. i o nich będzie mowa dalej. Trzej chorzy w b. ciężkim stanie zmarli: jeden w 3 miesiące po wyjeździe z Sanatorjum, dwie chore zaś dostały O. natur. na 24 godziny

1) Mimowoli uderza rozbieżność między przytoczonymi wyżej faktami klinicznymi, a zapatrywaniem samych klinicystów. Tenże sam Grisolle, podając przypadki wyleczenia Saussiera, powiada: „rokowanie zawsze ciężkie, O. naturalna niemal zawsze prowadzi do zejścia“. Niemeyer (Tubinga) pisze w 1868 r. „Odma naturalna rzadko kiedy kończy się wyleczeniem“. Nawet Netter (Paryż) w 1893 r., znając pracę Toussainta, Potaina, Herarda, powiada: „Rokowanie jest bardzo ciężkie (*fort grave*) raz dlatego, że zjawia się u gruźliczego, a następnie z tego względu, że O. natur. stanowi niebezpieczne powikłanie gruźlicy“.

1) Przez skrócenie sztucznej odmy będziemy oznaczali literami—S. O.; Ciepłotę—C.; Tętno—T.; Laseczniki Kocha—Tbc. (Ciśnienie na manometrze w o d n y m).

przed śmiercią. U 3-ch chorych pozostałych wyleczenie z gruźlicy płuc trwa 19 i 20 lat (2 badani przezemnie przed kilkoma miesiącami) mamy więc 25% trwałych wyników O. naturalnej pozostawionej jej własnemu losowi. Do tego za zezwoleniem Kol. D-ra Zychonia pozwolę sobie dodać przypadek, przez niego leczony w „Pomocy Bratniej“ (Zakopane), a wspólnie ze mną dwa razy badany. Przypadek dotyczący młodego człowieka, lat 20, który żył od chwili O. natur. 17 — 18 lat, piastując urząd nauczyciela gimnazjum i umarł przed 3 laty na „hiszpankę“.

Wracamy znów do różnych zagadnień teoretyczno-klinicznych, dotąd niedostatecznie wyjaśnionych, a przedtem zatrzymamy się chwilę nad objawami paradoksalnymi, oraz nad przypadkami, związanymi z techniką zakładania S. O.

A więc zjawisko paradoksalne spostrzegane przez Gebharda: na początku napełniania przy świeżych wysiękach, gdy anatomiczne właściwości opłucnej nie uległy jeszcze większym zmianom, ciśnienie zamiast podwyższać się, może obniżać się, dzięki uzupełniającemu rozszerzeniu się klatki piersiowej. Takie same spostrzeżenie zrobił na psach Bruns⁽³⁵⁾.

Saugmann i Muralt opisali zjawisko wręcz przeciwnie, a mianowicie: ciśnienie przy wysiękach odmowych podczas wdychu zwiększa się wskutek wciągania śródpiersia na stronę odmy. Śródpiersie, cisnąc na płyn, podnosi jego powierzchnię, a tem samem podnosi i ciśnienie w jamie odmowej. Analogiczny paradoks zdarza się przy przypadkowym przedostawaniu się igły do jamy brzusznej, gdzie ciśnienie przy wdychu i wydechu powinno być odwrotne do ciśnienia w jamie odmowej. A tymczasem w 2-ch przypadkach Zinka było takim samem, przyczem zbroczenie igły na fałszywą drogę nie przyczyniło żadnej ujemnej choroby (Brauers Beiträge Bd. 28).

Amrein opisuje również przypadek, gdzie, po 3-ch nieudanych próbach, za 4-tym razem wprowadził do jamy brzusznej 350 cm³. (końc. wahanía — 2 — 1) a następnego dnia jeszcze 500 (przy + 1 — 1) bez żadnej szkody dla chorego, oprócz uczucia miejscowego przepełnienia. Ciekawy przypadek opisują Lemaire i Thiodet (Algier) w 2 godz. po 7-m napełnieniu (końc. cis. O.) chorego, podnosząc się na łóżku, dostała raptem silnej duszności, przy C. 38.5 — 39.5; okazało się co nast.: płuco dotąd dobrze uciśnięte, zostało rozprostowane, gaz zaś prawie cały uszedł do jamy brzusznej. Po kilku dniach wszystko się uspokoiło ale ani badania Röntgena, ani dalszego stosowania S. O. wobec stanowczego oporu chorej nie było (ref. in 28).

Dumarest⁽²⁸⁾ tłumaczy ten wypadek przerwaniem (pod ciśnieniem gazu z góry) istniejącego w przeponie uchyłka z klapą w stronę jamy brzusznej, która wpuszczała gaz i nie dopuszczała go z powrotem do jamy opłucnej. Zanotujemy przy sposobności, że Liebe na 104 własne przypadki S. O. 2 razy wpuszcila gaz pomiędzy przeponę i wątrobę również bez szkody dla chorego. Saugmann, opisując również podobne przypadki, stwierdzone Röntgenem, dodaje: „że podobna odma podprzeponowa, zwłaszcza jednostronna i otorbiona, może działać jak zwykła odma opłucnowa, t. j. sprowadzać zniżkę ciepłoty i poprawę stanu ogólnego, ale naturalnie trwałego wpływu wywierać nie może“.

Przechodząc do zachowania się śródpiersia, nie będziemy poruszać szczegółów zanotowanych w naszej pracy⁽³⁵⁾, a dotyczących jego podatności, kóra odgrywa dużą rolę w przebiegu leczenia S. O. Człowiek, dzięki sprężystości śródpiersia, przystosowuje się powoli do S. O. i to w dużych granicach, znosi bowiem bez żadnych objawów duszności — jak to niżej powiemy — przesunięcie serca przy lewostronnej odmie tak daleko, że koniuszkowe uderzenie znajduje się na linii sutkowej prawej, a nawet poza nią.

Dumarest, niezależnie od przesunięcia się serca i narządów śródpiersia na stronę zdrową opisuje „hernie du mediastin“, mającą na Röntgenie do 8 cm. szerokości od kręgosłupa i stworzoną przez uchyłki opłucnej, przeciskające się przez tak zwane „słabe miejsca“ śródpiersia i to zarówno w świeżo założonej odmie, jak też i przy odmie, trwającej od 1 roku.

Tu chcielibyśmy jeszcze wspomnieć o opisanem przez Brauera przy otwartej chirurgicznej odmie tak zwanem „hadłowym powietrzu“, gdzie, dzięki ciśnieniu atmosferycznemu po stronie odmy, powietrze z uciśniętego płuca by — podczas wdychu wysysane do zdrowego. Tym sposobem edostaje się czasem do zdrowego płuca wydzielina i krew

i może wywołać zapalenie płuc, stwierdzone na sekcji (Weiss).

Przypominamy wreszcie, niewyjaśniony dostatecznie dawniej, jak zaznaczyłem w poprzedniej pracy, ani dziś jeszcze, objaw Kinböck'a¹⁾.

Brak silnych wzrostów rozstrzyga, jak wiadomo, w pierwszym rzędzie o samej możności założenia odmy²⁾, obecność ich pozbawia chorych tego niejednokrotnie zbawczego środka leczniczego. Liebe podaje 30% nieudanej S. O., Saugmann i Carpi w najnowszych swych pracach: pierwszy 32 — 33%, drugi 28.4%. Narcan 21%. Według naszych obliczeń z dostępnej literatury średnia ilość wynosi 25 — 30%, w Sanatorium w Zakopanem 23 przypadki czyli 20% w stosunku do całej ilości zabiegów.

A dalej, w razie wypełnienia wolnej jamy opłucnej gazem ad maximum, występuje pod znakiem zapytania na scenę stan anatomiczny drugiego płuca. Dotąd, pomimo całego udoskonalenia metod badania klinicznych i laboratoryjnych, trudno powiedzieć o niem czy jest zupełnie zdrowe, a tembardziej przewidzieć, jak się będzie zachowywało w przebiegu S. O., wobec tego, że przyjmuje na siebie częściowo lub zastępczo czynności uciśniętego płuca. Z badań Forlaniniego, Cavalero i Riva-Rocciego wiadomo, że w gruźlicy płuc lub ostrem krupowym zapaleniu, 1/3-cia część powierzchni oddechowej wystarcza dla prawidłowej wymiany gazów. Dumarest zaś przytacza badania L. Bernarda, Le Pleya i Mantoux, że wystarczy nawet 1/6-ta, ale przy zachowaniu zupełnego spokoju. Utlenianie jednak zależy od prawidłowego krążenia krwi, pozostaje więc zawsze aktualnym pytanie, w jakim płucu — uciśniętym czy nieuciśniętym — warunki prawidłowego krążenia zostają przy S. O. naruszone, czyli mówiąc konkretnie, kóre z nich dwóch jest więcej ukrwione? Wnioski, oparte na doświadczeniach, są tu wręcz sprzeczne. Szkoła Forlaniniego i Brauera twierdzi, że właśnie wskutek uciśnięcia ilość krwi w płucu odmowem zmniejsza się, natomiast w drugim płucu następuje przekrwienie, które samo przez się wywiera na nie wpływ dodatni, o ile to drugie płuco jest zdrowe lub lekko chore. Niedawne badania Le Blanc'a (Klinika Brauera — Eppendorf), oparte na analizie gazów u zwierząt i ludzi, powiadają, że przy udostępnieniu powietrza do zapadniętego płuca, przy sztucznej jednostronnej odmie dopływ krwi do niego zmniejsza się, natomiast zwiększa się w nieuciśniętym płucu. Zgadza się z tem twierdzeniem najnowsze doświadczenia Yoona przeprowadzone na królikach, świnkach morskich i na psie.

1) Zaznaczamy w związku z cytowanymi w poprzedniej naszej pracy dwoma przypadkami przerwania śródpiersia pod wpływem wysiłku fizycznego (Weiss i Birke) i wytworzenia się odmy po stronie zdrowej, bez szkody dla chorego dwa analogiczne przypadki opisane przez Dumaresta: 1) przerwanie nastąpiło po 18 mies. istnienia S. O. 2) wnet po założeniu S. O. (Koń. cis — 2) Oba zakończone pomyślnie w ciągu kilku dni przez kilkakrotne wypuszczanie gazu przy założonej „na stałe“ kaniuli. Bardzo pouczające są doświadczenia Mantoux, wykazujące dowodnie, że ustrój bardzo szybko i to bez żadnych zaburzeń — lub przy lekkiej duszności, doznawanej zresztą przy pomyślnym leczeniu S. O. na równinach — dostosowuje się do ogromnych różnic w ciśnieniu, przy podnoszeniu się do góry i to niezależnie od tego czy pieszo, kolejką zębatą lub nawet samolotem. Różnice ciśnienia wynoszą na manometrze wodnym od 58 do 231 cm. co odpowiada różnicom położenia nad poziomem morza od 800 do 2000 metr.

2) W sprawie tej nadmienić należy, że wprowadzona przed kilkunastu laty przez Jacobaeusa metoda rozcinania wzrostów żeładkiem elektrycznym zaczyna coraz bardziej być stosowaną. We Francji przez Hervego, Piguetta i Girauda, którzy jej przepowiadają świetną przyszłość: w Niemczech, między innymi, przez G. Schródera, który sam ma bardzo zachęcające wyniki i podaje 40% dodatnich na 51 przypadków, zebranych w dostępnej literaturze. Rist ostrzega przed zbytym entuzjazmem, opierając się na przypadku zejścia wskutek raptownego krwotoku, gdzie sekcja wykazała, iż przedłużenie jamy płucnej stanowiło wąski tunel w sznurze zrostowym, idącym do klatki piersiowej, i powiada, że w takim przypadku przy zastosowaniu „Jacobaeusa“ nastąpiłoby nęchybnie otworzenie jamy płucnej do jamy odmowej ze wszelkimi zębami następstwami.

Cały szereg jednak badaczy — dawniej przez nas cytowanych, jak Quincke, Lichtheim, Zunz, ostatnio Meyerstein i Sackur twierdzą, że, przeciwnie, uciśnięte płuco jest lepiej ukrwione. Stoimy więc wobec dwóch wręcz sprzecznych i na doświadczeniach opartych teorii, które wprowadzają chaos do podstawowych zagadnień klinicznych. Niewiadomo bowiem, jaką właściwie rolę w przebiegu leczenia S. O. odgrywa: przekrwienie czy niedokrwienie, w uciśniętym czy też nieuciśniętym płucu?

Lindblom rozporządzający najobfitszym jak dotąd materiałem, na 15 sekcji znalazł mniejsze lub większe przekrwienie w 12 przypadkach w miąższu uciśniętego płuca, a wśród nich w 6-ciu znaczne lub b. znaczne w samych ogniskach gruźliczych. W 3-ch zaś pozostałych ucisk był tak kolosalny, że krew została wyciśnięta z płuc, jak woda z gąbki.

Lindblom kładzie mocny nacisk na to, że w sprawie tej poglądy różnych badaczy zupełnie z sobą się nie zgadzają. Z tą zaś sprawą łączy się pierwszorzędnej wagi pytanie, a mianowicie odtrucie ustroju, jako bezpośredni skutek S. O. wyrażające się w całym znanym szeregu objawów podmiotowych i przedmiotowych.

Jako główną przyczynę tych objawów podają — jak wiadomo — rozszerzenie naczyń chłonnych (stwierdzone na sekcjach u zwierząt i ludzi) związane ze zwolnieniem obiegu limfy w opłucny i przegrodach płuc. Stąd ma wynikać zwolnione krążenie jądów gruźliczych oraz zmniejszone przenikanie ich do ustroju. Z drugiej jednak strony, wspomniane w naszej poprzedniej pracy doświadczenia Shigu wyraźnie przeczą temu. To też różni autorowie widzą w tem łatwym przenikaniu ciał obcych do szczylin limfatycznych niebezpieczeństwo rozszerzania jądów gruźliczych w ustroju, pomimo zwolnienia w obiegu limfy. Lindblom słusznie powiada: „jeśli nawet jady gruźlicze wskutek zwolnienia obiegu limfy, mają krótszą drogę do przebycia w jednostce czasu, to tem samem zdobywają dla siebie mocniejszy grunt pod nogami“. Sprawa więc odtrucia ustroju przedstawia się jako bardzo powikłana. Trudno jest wytłomaczyć częstokroć mocno nieprawidłowy, podążający po b. łamanej linii, przebieg leczenia S. O. a zwłaszcza wahania C. w górę lub w dół jako wyraz zatrucia względnie odtruwania ustroju — ale o tem będzie niżej.

Z kolei należy poświęcić słów kilka ostatecznym wynikiem S. O., czyli zmianom anatomicznym, zachodzącym w płucach pod wpływem ucisku.

Wiadomo powszechnie, że sprawa gojenia się chorych ognisk gruźliczych polega na ich zabliznianiu częściowem lub zupełnem, przez wytwarzanie się tkanki łącznej. Pytanie, jakie czynniki przy S. O. sprzyjają wytwarzaniu się tkanki łącznej zwłaszcza tam, gdzie sprawa rozpadowa pomimo leczenia klimatycznego, wzgl. połączonego ze swoistem — postępowania nieubłaganie naprzód i została dopiero przez S. O. wstrzymana? Tutaj mamy tylko hipotezy. Szereg badaczy, jak Brauer, Beneke, Graetz, Siling i inni przypuszczają, że — przy zwolnionem krążeniu limfy — nagromadzenie się większej ilości toksyn na mniejszej przestrzeni daje podniętę do silniejszego bujania tkanki łącznej. Pytanie, jak dowieść takiej tezy? Mamy inną hipotezę Dausa, a mianowicie: przy zmniejszeniu ilości tlenu, wskutek zmniejszonego dopływu powietrza do uciśniętego płuca Tbc. rozpadają się na 2 części, z których jedna dla braku tlenu ginie, druga beztlenu, zdolna do dalszego rozwoju sprządza zmiany włókniste¹⁾.

¹⁾ Daus opiera się na znanych dawniejszych już badaniach Auclaira, (Paryż), z których wynika, że lasecznik da się rozłożyć na 2 składowe części: wyciąg eterowy, sprowadzający zmiany serowate w tkance płucnej oraz chłoroformowy — zmiany włókniste.

Bruns zaś przypuszcza, że właśnie ten brak tlenu i zwiększanie się kwasu węglowego wpływają bezpośrednio na zmniejszanie się jadowitości laseczników. Na to odpowiada Lindblom, że brak tlenu jest bronią obosieczną — wpływając bowiem ujemnie na żywotność Tbc. jednocześnie przynosi szkodę żywotności samych tkanek.

Dumarest znów utrzymuje, że S. O. nie ma bezpośredniego wpływu na żywotność laseczników „lecz stawia płuca w takie warunki fizjologiczne, że toksyny nie działają już serowaciejąco“ lecz „sklerozująco“ („les toxines

W każdym razie niewiadomo, która z tych hipotez opartych na „niezłomnych“ podstawach ma rację bytu. Z drugiej znów strony fakt pozostaje faktem, że przy S. O. powstają bliżej nam dotąd nieznanne czynniki natury biologicznej, które uspasabiają ustroj do przetworzenia tkanki rozpadowej w płucach na łączną. Również ze stanowiska klinicznego nasuwają się inne ważne pytania, a mianowicie: czy ilościowe wytwarzanie się tkanki łącznej ma jakiś przyczynowy związek z samym czasem trwania S. O. — takby logicznie wypadało. Czy ucisk chorego płuca powstrzymuje powstawanie świeżych gruzełków w jednym lub drugiemu płucu? Czy wytwarzanie się tkanki łącznej nie narusza prawidłowej czynności płuca? Przytoczone dawniej badania Graetza, Saugmanna i Kellera wyraźnie wskazują, że sam czas trwania S. O. bynajmniej nie jest czynnikiem decydującym, i że ilość tkanki łącznej może być w odwrotnym nawet stosunku do czasu trwania S. O. — Saugmann dawno już wypowiedział zupełnie słuszny wniosek, że „jedynie leczeniu S. O. nie można przypisywać rozwoju tkanki łącznej“ i podkreśla, że zależy to od przyrodzonego usposobienia danego ustroju. Keller. zaś poszedł dalej mówiąc „nie jest pewnem, czy ilość tkanki łącznej jest większa niż bywa w ciężkiej gruźlicy bez S. O.“. Przytaczamy dosłownie wniosek Lindbloma, „Moje przypadki — w przeciwiwieństwie do tego co znaleźli Forlanini, Graetz, Kistler, Begtrup, Hansen, John i inni, nie różnią się w widocznym stopniu od tego, co wogóle znajdujemy w gruźlicy płuc“. A dalej: „w moim materiale znajdują się przypadki z silnem (albo względnie silnem) tworzeniem się tkanki łącznej zarówno przy dłuższem leczeniu S. O. jak i przy tak krótkiem, że nie można twierdzić, iż tkanka łączna wytworzyła się jedynie podczas trwania leczenia“. Odnośnie do drugiego pytania, dotyczącego powstawania świeżych gruzełków w uciśniętym i nieuciśniętym płucu, rola S. O. wydaje się bardzo dwuznaczna. Carpi np. mówi dosłownie: „wszyscy autorzy są zgodni, że w miąższu płuca uciśniętego nie widać nowych ognisk. Stwierdzają to moje własne spostrzeżenia“.

Tymczasem dawniejsze badania Hymansa i Kistlera mówią wyraźnie co innego. Rozpatrując zaś dokładnie materiał Lindbloma, widzimy, iż na 15 sekcji w 8-miu znajduje on w chorem płucu mniej lub więcej liczne świeże gruzełki i świeże nacieki pneumoniczne, będące w przyczynowym związku z uciskiem, przyczem w 4-ch przypadkach S. O. trwała cały rok, w drugich zaś 4-ch od 1½ do 7½ mies.¹⁾²⁾.

Trzecie pytanie, czy wytwarzanie się tkanki łącznej nie narusza prawidłowych czynności płuc. Forlanini podaje fakt powrotu płuca po 8 latach S. O. do dawnych czynności i to w takim stopniu, że okazało się możliwem założenie S. O. z drugiej strony. Kilka takich przykładów znajdujemy i u innych klinicystów (Dumarest). Natomiast znacznie obfitszy materiał anatomji patologicznej nie pozwala na śmiałe wyprowadzanie syntezy z poszczególnych faktów. Wynika to z cytowanych dawniej badań Dunina nad zwierzętami, gdzie zmiany anatomicznej budowy płuc dochodzą aż do marskości, oraz Kaufmanna i Bruns. Yoon (nowsze badania) stwierdza na królikach i świnkach morskich przy całkowitym ucisku taki przerost tkanki łącznej, że pęcherzyki płucne nie są zdolne do prawidłowej czynności oddechowej. Przypominamy też dawniejsze badania anatomopatologiczne na ludziach (Burchardt, Saugmann,

ne sont plus caséifiantes, mais sclérosantes“). W jaki sposób toksyny stają się „sklerozującymi“, tego nam Dumarest nie powiada. Wypada chyba przyjąć en bloc wywody Auclaira.

¹⁾ Nie mamy własnego materiału sekcyjnego z powodu, iż zachodzi duża różnica między szpitalem a sanatorium, gdzie zezwolenie na sekcję jest niemożliwem.

²⁾ Nowe badania Girauda i de Reyniera (Leysin) znajdują się w związku z tą sprawą. Wstrzykując 7 chorym ze S. O. lipjodol (wedle metody Sicarda) widzieli na Röntgenie, jak kropelki przenikały do ostatnich rozgałęzień oskrzelików, znajdujących się pod opłucną. Wniosek ich: przy używanych obecnie ciśnieniach, nie następuje zamknięcie światła oskrzelików i pęcherzyków, ani zapadnięcie się jamy, ani zamknięcie dostępu powietrza i kurzu do płuc etc.

Weiss i inni), z których wynika, że bujanie tkanki łącznej, prowadzące do dodatnich leczniczych wyników przy S. O. nie jest tak proste, jakby się to napozór zdawało. Lindblom, rozpatrując wpływ ucisku na tworzenie tkanki łącznej, powiada, że odbywa się ono dwiema drogami: przez przekrwienie żyłne („Stauungsinduration“), wywołujące zgrubienie i zeszywnienie ścian pęcherzyków, lub przez niedodmowe stwardnienie („Kollapsinduration“), przy którym następuje sklejenie się ścian pęcherzyków, zanik nabłonka i zastąpienie go przez tkankę łączną, w ostatecznym zaś wyniku zniszczenie tkanki płucnej — odbywa się to zwłaszcza przy wysiękach w jamie odmowej dzięki stałemu i większemu uciskowi płuca. Wniosek swój formułuje w nast. słowach: „przy leczeniu S. O. tak jak ono się dziś odbywa t. j. przez czas dłuższy (całe lata) i przy dostatecznym „kollapsie“ zachodzi zawsze duże ryzyko, że czynność płuca zostanie w bardzo znacznym stopniu uszkodzona“. Ostateczny zaś wniosek dużej wagi klinicznej: „rozszerzenia wskazań S. O. do wczesnych wypadków pod żadnym względem nie mogłoby być usprawiedliwione, chyba, że nie zachodziłoby prawdopodobieństwo wyleczenia ich na innej drodze“.

Sprawa więc wskazań do S. O. na podstawie tych badań anatomicznych przedstawia się jako dość powikłana.

Część II. Klinika.

Wiek.

Dla zakładania S. O. niema wyraźnych wskazówek w tym względzie w dostępnej ni literaturze, Mändl tylko powiada, że ze względu na serce, po 50 latach odma nie powinna być stosowana. Tymczasem w naszym materiale sanatorjalnym mamy pacjentkę w wieku 51 lat (jama w lewym górnym płacie i nacieki w prawym górnym płacie), u której po 14 miesiącach S. O. dała bardzo dobry wynik i bez najmniejszych zaburzeń ze strony serca. Naveau na 570 przyp. (w tem 36 przyp., dotyczących ciąży) trzy: 55, 58 i 70 lat: 1—szy zejście po 4½ mies. S. O. śmierć nagła, tbc. nadnerczy (sekcja), — 2—gi duża popr. S. O. trwa 22 mies., tryb życia norm. — 3—ci S. O. 4 mies., zejście meningitis tbc. O zaburzeniach serca w tych 3 przypadkach niema mowy.

Dolna granica wieku, jak wykazuje klinika jest bardzo niska.

Armand Delile podaje 50 przyp. w ciągu 2 lat u dzieci 5 — 15 lat z bardzo dodatnimi wynikami bezpośrednimi wszystkich wogóle i trwałymi t. j. wyleczeniem po 1½ — 2 lat u 12 czyli u 25% — Bigart (Tow. Pediatr. 21.10.924 Paryż) podaje przypadek, dotyczący dziecka 8½ lat z ogromną jamą w lewym górnym płacie, gdzie odma trwała tylko 5 mies., a wynik był znakomity: W 3½ lat od założenia odmy dziecko przybrało 18 kg. na wadze. Lereboullet cytuje wypadek dziecka po 6 latach od założenia odmy z takim świetnym wynikiem, że nast. odra, powikłana br. pneumonją nie reaktywowała gruźlicy.

Przejdźmy w sprawie wskazań do niektórych szczegółów:

Krwotoki.

Większość autorów jest tego zdania, że S. O. wywiera wpływ wielce dodatni. Dumarest zaś porównywa S. O. z podwiązaniem tętnicy. Taka opinja zdaje się nam cokolwiek przesadzoną. L. Bernard (Paris) np. ma 4 wyniki dodatnie na 5 (materiał obejmuje 200 S. O.) Denecheau cytuje 3 przypadki, 2 z powodzeniem, 3—ci zaś krwotok z jamy wstrzymany wskutek S. O. na 22 godziny, powtórzył się i zakończył piorunująco (hémoptysie foudroyante) Naveau na 32 przyp. krwotoków: 16 wylecz. i dużych polepsz., 5 st. quo; 1 pogorsz., 10 zejść (w tem 3 „hémopt. foudroyantes“) w sumie 50% dodatnich wyników. Spostrzeżenia zaś Piguetta i Girauda (Leysin) mówią, że w pewnych przypadkach S. O. „zamiast wstrzymać, przeciwnie podtrzymuje, a nawet wywołuje krwotoki“.

Przykład. Chora 34 lat, od początku choroby czyli od 6 lat nigdy nie miała krwioplucia. Wskutek raptownego pogorszenia założono S. O. z zupełnym powodzeniem — ucisk kompletny, oprócz niewielkiego wzrostu przy przepieonie — 2—ie napełnienie 400 cm.³ (końcowe ciśnienie + 1) — we 2 dni potem 1½ szklanki krwi i po każdym napełnieniu w ciągu 4 mies. mniejsze lub większe krwioplucie.

Ciąża.

Pierwsi stosowali S. O. w ciąży — o ile nam z dostępnej literatury wiadomo — Kuthy i Lobmayer¹⁾ w 1912/13 r. i Real w 1914. W ostatnich latach bardzo ciekawe przypadki wyleczenia za pomocą S. O. ciężkiej gruźlicy płuc podczas ciąży podają francuzi Dumarest, Rist, Herve i inni i to takie, gdzie matka została wyleczona, dziecko zaś było zupełnie zdrowe, przyczem napełniania S. O. wstrzymywano dopiero na kilka tygodni przed porodem. A są przypadki, że oboje rodzice byli leczeni S. O. z pomyślnym skutkiem. Czas spozregania wynosi 1 rok od porodu.

Cytowany wyżej L. Bernard (materiał 200 chorych) ma 8 dodatnich wyników na 10 S. O. (Naveau podaje statystykę 36 przyp. w tem S. O. założona przed ciążą 12 przyp. (66% wylecz. i polepsz.) 13 podczas ciąży (ciężka tbc.) 29% wyleczeń i polepsz. 11 po porodzie (45% wyleczeń i polepsz.).

Zgorzel płuc i inne.

Znane są tu b. dobre wyniki. Co się tyczy zgorzeli, nie posiadamy własnego doświadczenia, ale znane są przypadki podane przez Stöcklina, Dumaresta, Carpięgo i innych. Naveau (zgorzeli) 8 przypadków tylko 1 wylecz. Emile-Weil na 8 przyp. zgorzeli płuc 2 wyleczenia. U nas pisze o kilku przypadkach Marjankówna, z których jeden b. ciężki wyleczony w ciągu 2 tygodni 2 napełnieniami w ilości 1350 cm.³. S. Sterling (Oddz. Wewn. Szp. Poznańskich w Łodzi) na 5 przypadków zgorzeli płuc I wyleczony. Na 11 przypadków ropnia płuc 7 wyleczonych. (Listowny komunikat).

G. Lewin (Warszawa). Dwa przyp. zgorzeli pł. W jednym zupełne wyleczenie, trwające przeszło 5 lat, w 2—gim od roku. (Kom. list.). Dobry bardzo wynik przy rozstrzeni oskrzeli na równi z innymi klinicystami podamy niżej.

Naveau na 21 przyp. rozstrz. oskrz. 12 wylecz. id. popr. (57%), jeden wylecz. w wieku 58 lat. Na 5 ropni (raker rop. pł. i pleur. interlobaris), 2 wyl., 3 zejścia. Nadto u Naveau b. ciekawy przykład znakomitej poprawy przy jamie na tle przymiotu. Samobójstwo jednak podczas leczenia nie pozwala wnioskować o trwałej poprawie. Ciekawy przypadek dra Reicha, dotyczący młodego 18—letniego chłopca, u którego po dwóch latach bezskutecznego leczenia lekarstwowego (Myrthol. Neosalvarsan etc.) po trzech tygodniach S. O. ilość wydzieliny cuchnącej zawierającej gronkowce, łańcuszkowce, diplokokki ze 180 cm. spadła do zera, a po 2—ch latach S. O. zupełne wyleczenie rozstrz. oskrz.

L. Bernard podaje zupełne wyleczenie 5—letniej dziewczynki w stanie beznadziejnym z br. pneumonji po odrze. Stöcklin podaje także przyp. bąblowca pł. wyleczony S. O.

Pleuritis sicca.

Z różnych stron proponowano S. O. jako środek leczniczy przy pleuritis sicca dla przeszkodzenia tworzeniu się zrostów. Maendl np. stosuje 2 — 3 napełnienia w ciągu paru tygodni i uważa wyniki za zadawalające. Naveau zaś stosuje S. O. w 7—miu przyp. wysięku sur.—włóknistego (wypuszcz. płynu i wpuszcz. gazu) wynik: 5 wylecz. 1 lecz. przerw., 1 zejście. — Pellé: wyleczenie ciężkiego zapalenia ropnego między płat. opłucny w ciągu 2—ch mies. Troisième i Gayet wyleczenia ropnego międzypłat. zap. opłucny bardzo szybkie (4 napełnienia) + 8 kgr. wagi u 65 letniego chorego. Tenże Maendl stosował S. O. jako środek dla rozpoznania raka płuc w trzech przypadkach, ale szczegółów nie podaje.

Obustronna S. O.

Mówiąc dotąd o wskazaniach mieliśmy na myśli odmę jednostronną. Przy wskazaniach do zakładania sztucznej odmy, gdzie powszechnie credo stanowią zmiany chorobowe w jednym płucu, przy drugim klinicznie „zdrowem“ lub posiadającym niewielkie zmiany szczytowe — świeże lub zabliznione — nastąpiła zmiana frontu w ostatnich latach. Już Forlanini stosował sztuczną odmę drugostronną, ale w 8 lat po zakończeniu leczenia dawniej chorego płuca. Pierwszą inicjatywę dał Gwerder (Davos), stosując jedno-

1) Kuthy u Lobmayer. „Künst. Pneum. angelegt im 4 monate d. Gravidität Beitr. Bd. 27. Real K. Pn. während der Schwangerschaft. Ibid. Bd. 29.

część nie tak zwany „Entspannungspneumothorax“ z dawkami gazu 200 — 400 cm³ przy ciężko chorych obu płucach i otrzymywał dodatnie i zachęcające do dalszych prób w tym kierunku wyniki. Metoda zaczyna zdobywać sobie coraz większe prawo obywatelstwa.

Naveau, 36 przyp., a mianowicie: A) S. O. jednocześnie a obu stron: a) sprawa czynna w obu płucach 9 przyp. — z tych 8 zejść i 1 wyleczenie b) czynna w jednym tylko płucu 12 przyp., z tych 7 wyleczeń i d. popraw., 2 wzgl. popraw., 3 zejścia = B) S. O. niejednocześnie a, 15 przyp., z tych 2 przyp. po zakończeniu leczenia w pierwszym płucu i 13 po przerwaniu S. O. w pierwszym płucu. Wynik: 10 dodatnich, ale leczenie trwa nadal; 3 zejścia, 1 S. O. przerwana, 1 pogorszenie.

Besaçon cytuje przyp. 18-to let. chłopca z dużymi zmianami niemal w całym lew. pł. (br. — pneumonja), gdzie po pomyślnym leczeniu S. O. w ciągu 3½ mies. rozpoczęła się ostra sprawa w pr. pł. Założenie po tej stronie nowej odmy, kolejne napełnienie obu jam opł. w przerwach początkowo kilkudniowych (3 — 4). Wysiłek po lewej stronie po 5-ciu mies. S. O. Po 10-ciu mies. leczenia wynik nast.: „stan ogólny zupełnie dobry, przybytek wagi 7 kgr., doskonałe łaknienie i spadek ciepłoty z 39,5 przed leczeniem na 37,6“. Przypadek Harmsa — jama lewy górny płat. Przez 4 miesiące przebieg pomyślny; zjawia się wysiłek surowiczy po prawej stronie. Wypuszczanie płynu i wpuszczanie gazu i jednocześnie napełnienia po lewej w ciągu 3 lat i 4 miesięcy. Wynik kliniczny i rentgenologiczny: C. prawidłowa, stan płuc dobry, rzeżenia = O, tbc. od przeszło 2-3 lat = O. 1). Taką obustronną jednoczesną S. O. amerykańscy klinicyści Barlow i Kramer pragnęliby rozszerzyć na dużą liczbę ciężko chorych wprowadzając z krótkimi przerwami po 50 — 200 cm³ gazu. Najlepsze wyniki otrzymują właśnie przez taką częściową S. O., gdzie ucisk dotyczy przeważnie najbardziej chorych części płuca („selective collapse“). Czy owa „selekcja“ da się klinicznie usprawiedliwić, nie wiemy.

Technika.

O niej tylko w kilku słowach, pełno bowiem szczegółów w różnych artykułach i monografiach z dziedziny S. O.

Posługiwaliśmy się w Sanatorium (Zakopane) aparatem Küssa (Paryż) i jego trójgranicem na początku, później, przy nabraniu wprawy zwykłą igłą — chorego układaliśmy wedle znanych przepisów Saugmanna. Stosowaliśmy naturalnie, zwykle używane środki aseptyki.

W pierwszych czasach, na początku zabiegu wprowadzaliśmy 100 — 200 cm³ O₂, a następnie azot; po paru zaś latach zaczynaliśmy od razu od azotu. — Całe ilości gazu — zgodnie ze wskazówkami Brauera przy założeniu S. O., wynosiły średnio 1 litr — z czasem zmniejszyliśmy do 600 — 700 cm³.

W sprawie ilości gazu nasuwa się mimowoli następująca uwaga:

Pomimo obfitego doświadczenia w ciągu 30 lat do tej pory nie zdołano jeszcze na podstawie obiektywnych danych, zatrzymać się na jakiejś średniej w przybliżeniu cyfrze gazu. Pomijając dawniejszych, przytaczamy cyfry 5 klinicystów za ostatnie kilka lat: Dumarest i Saugmann 200 — 300 cm³, Liebe 400 — 700 cm³, Sorgo 500 — 600 cm³, Deist 700 — 1000 cm³. Różnice tak jaskrawe jak 200 — 300 a 700 — 1000, a nawet 1500 (Brauer) zasługują na uwagę.

Powikłania.

Notujemy bardzo ciekawy, jedyny znany nam z dostępnej literatury przypadek niedowładu M. serratus w 8 miesięcy od założenia S. O. na skutek uszkodzenia N. thoracicus longus, (Müller Rostock). Najniebezpieczniejsze — zator gazowy i rzucałka opłucnowa — kończąca się niejednokrotnie zejściem, nigdy nam się nie przytrafiły. A jednak u takich pionierów S. O. jak Brauer, L. Spenn-

gl er, i inni wynoszą one średnio 4 — 5%. Zebrana przez Maendla statystyka powiada: w 1330 przypadkach S. O. na 13300 napełnień zatory wynoszą 15, czyli 0,1%.

W. i C. Matson i M. Bilailon na 1200 napełnień u 500 chorych w ciągu 12 lat 19 zatorów (w tem 2 śmiertelne), co wynosi 0,16%.

Pozwolimy sobie tu przypomnieć podane dawniej przez nas trzy przypadki śmierci u Sundberga: przekrwienie mózgu, jego niedokrwienie i skurczowe zamknięcie szpary głowni — jako skutek, wedle autora odruchu opłucny. — W nowszej literaturze spotykamy następujące przypadki: u Deista na 102 przypadki S. O. 4 zatory gazowe, z nich jeden śmiertelny w ciągu kilku minut, reszta (3) jednostronne porażenie całej połowy ciała, które po kilku godzinach ustąpiło. — U Liebe na 104 odmy 4 zatory, ale przejściowe, bez zejścia. U Dumaresta na 265 przypadków — 1 zejście wskutek rzucałki opłucny i 3 wskutek zatoru. Ciekawy przypadek D. Roubier. Po 2½ miesiącach prawostronnej zupełnej S. O. i pomyślnym przebiegu leczenia nastąpiła przy objawach sennaści, przyspieszeniu tętna i oddechu, skurczach mięśni kończyn i śluzicy śmierć — prawe płuco było zupełnie przyciśnięte do kręgosłupa. Sekcja zaś wykryła zator prawej komory i tętnicy płucnej (autor wspomina o drugim takim przypadku Dr. Molla). Analogiczny przypadek u Naveau (Nr. 1596, str. 164) śmierć przez rozdęcie prawej komory.

Dr. Hornung podaje ciekawy następujący przypadek zatoru. Ropień płuca prawego, O. natur. wysiłek. — Liczne punkcje próbne bez otrzymania ropy, wydalanej per os w ilości 200 — 300 cm³ dziennie, mocno cuchnącej, a nawet naraz 400 cm³. Przed torakotomią 2 punkcje próbne — po operacji: tętno ledwo wyczuwalne, porażenie praw. gór. i dol. kończyny. Babiński +; po 6-u godz. zabiegów wraca przytomność.

Autor tłumaczy tę objawy zatorem, powiada, że gdyby śmierć nastąpiła podczas zapadu (coma), to nie byłoby porażenia i wówczas niewiadomo byłoby, czy zator, czy rzucałka opłucny¹⁾.

Zupełnie odmienny jest przyp. S. Sterlinga. Nakłucie próbne przy mylnym podejrzeniu zapalenia opłucny międzypłatowego, wywołało niewielką O. natur. (Roentgen.), zamienioną nast. na S. O. Okazała się **pneumonia tuberc.** (tbc. w płwocinie) po kilku napełn. stan znakomicie się poprawił. Dalsze losy niewiadome. (Kom. list.).

Analogiczny przypadek u Seldmayera. Przy 4-m bezowocnym próbnym nakłuciu — duża rozedma podskórna, znika po 8-miu dniach. Röntgen wykazuje O natur. zamienioną zaraz na S. O.; wyleczenie po 13 mies.

Mieliśmy trochę więcej szczęścia od innych — nie mając ani jednego zatoru w Sanatorium (Zakopane) na 124 przyp. (w tem 23 przyp. **pneumothorax fruster**). Tak samo Grass na 312 przyp. i Sorgo przy bardzo obfitym materiale (nie podaje liczby dokładnej). Przepisuje on to temu, że posługuje się stale tępą igłą Salomona.

Natomiast mieliśmy w sanatorium cały szereg drobnych powikłań. Wśród nich niektóre krótkotrwałe, ale uciążliwe. Inne trwające tygodnie i miesiące, tem samem bardzo dokuczliwe dla chorego. Do najczęstszych należy rozedma podskórna — powierzchowna lub głęboka, trwająca kilka lub kilkanaście dni, pojawiająca się zarówno zaraz po założeniu, jak i w 15 mies. potem. Ilość wynosi 11 na 91 chorych. W ½

¹⁾ W sprawie diagnozy różniczkowej pragniemy nadmienić, że porażenie serca przez rozdęcie gazem na kształt balonu mówi samo za siebie, ale gdy znane groźne objawy kończą się pomyślnie, rozpoznanie różniczkowe okazuje się niemożliwym. Obszerna przed kilkunastu laty polemika, dotycząca mechanizmu powstawania zatoru, została — zdaje się — przez sploty naczyń między opłucną a płucami i sercem wyjaśniona. Przy przebiegu opłucnej bańki powietrza mogą dostać się zarówno do prawego, jak i lewego serca, a stamtąd wprost do mózgu, mogą też w płucach albo zatkać drobne naczynia, albo przez nie przesłizgnąć się i dostać się przez żyły płucne do lewego serca. (Albert p. Bibliografia Nr. 1). — Jeszcze słówko w sprawie rozpoznania różniczkowego. Dr. Roque i A. Izso (Argentyna) cytują przypadek ślepoty, która znikła po wstrzyknięciu morfiny. Autor przypisuje to bezpośrednio odruchowi opłucnej (Wien. Med. Woch. Nr. 1, 1925 (ref. Sch warzmann)).

¹⁾ Doświadczenia Friedlanda na psach, kotach i królikach, przez zakładanie podwójnej otwartej i zamkniętej S. O. prowadzą do wniosku, że zwierzęta te znoszą dobrze otwartą odmě, o ile otwór o połowę jest mniejszy od światła głównego oskrzela, a jeszcze lepiej, gdy taką otwartą odmě zamienić na zamkniętą.

wypadków sięgała ona z przodu ponad obojczyk aż do uszów, z tyłu do dolnej granicy płuc, przy bólach dokuczliwych, przez kilka do kilkunastu dni. Powierzchnowa zaś rozedma w miejscu nakłócia i w najbliższym sąsiedztwie znikala po paru dniach. — Grass wspomina o przypadku, gdzie przy próbie założenia S. O. metodą Brauera, bez dostania się gazu do jamy opłucnej nastąpiła śmierć wskutek przemieszczenia narządów klatki i kolosalnej rozedmy podskórnej.

Wobec braku bliższych szczegółów u autora, można się domyślać nie tylko głębokiej rozedmy podskórnej, ale prawdopodobnie jednocześnie rozedmy śródpiersia, bardzo zdaniem Brauera, niebezpiecznej z powodu ucisku na znajdujące się tam narządy, a zwłaszcza duże naczynia.

Dalsze powikłania.

W kilku przypadkach były objawy przelotnej duszności, nieproporcjonalnej do ucisku, w której — sądzą — dużą rolę odgrywa czynnik podmiotowy. W jednym tylko wypadku po 3-m napełnieniu (700+6) duszność w ciągu kilkunastu godzin była tak silna, że wypuściliśmy 200 cm³ Az, poczem niezwłocznie ona ustąpiła. Dziwnie wygląda ta duszność przy + 6, skoro przy dużych zrostach dochodziliśmy do + 30 i wyżej wprawdzie przy uczuciu lekkiego ucisku w klatce piersiowej.

Przebiegiowe bóle w jamie brzusznej pod wpływem ciśnienia z góry na przeponę. W jednym tylko wypadku, dotyczącym człowieka 26 lat z prawostr. S. O., dokuczliwe bóle pod pr. łukiem żebrowym odbijanie, gniesienie w epigastrium nudności trwały 7 mies. i 10 dni, wpływając przez ten cały czas ujemnie na łaknienie i trawienie, oraz na cały stan chorego. Dieta i wszelkie leki okazały się bezsilnymi. Stąd, pomimo należytego ucisku płuca, wynik S. O. był żaden. Kurcz głośni, który u Sundberga doprowadził do zejścia, u nas (jeden wypadek) tylko 2 minuty — po 9 m. napełnieniu, podczas pomyślnego przebiegu choroby. Innych powikłań nie mieliśmy.

„Kieinböck“. Swierdziliśmy ten objaw paradoksalny u 8-miu chorych z wysiękiem w różnych okresach: na 1½ miesiąca przed, albo jednocześnie z jego pojawieniem się, a także w 5 miesięcy po nim.

Część III.

Spostrzeżenia własne.

Duża poprawa.

Wszyscy ci chorzy przybyli do Sanatorjum z rozpadem już wyraźnym lub z tworzącym się rozpadem w jednym górnym płacie, oraz „Induratio apicis“ w drugim płacu.

Czas trwania choroby przed założeniem S. O. — na podstawie wywiadów — wynosił minimum 1 miesiąc, maximum 7 lat, średnio 13 — 14 miesięcy.

Przy przyjeździe u 2/3 chorych C. wynosiła 39° — u 1/3 38° — 39° (oprócz 2 chorych z założoną już odną przed pół rokiem, u których C i T. były mniej więcej prawidłowe).

T. również u 2/3 chorych wynosiło średnio 110 — 120. U 15 chorych z liczby 26 notowano przed S. O. wybitne osłabienie i wychudnienie, u 10 dreszcze i poty nocne. Materiał więc bardzo zły. Odrzucając po jednym chorym w wieku 41—50 i 51 — 60, widzimy, że największy % w grupie dużej poprawy, przeszło 46% przypada na wiek 15 — 20 lat.

Da się to wytłomaczyć — sądzą — tem, że w tej właśnie grupie leczenie wynosiło średnio 13½ miesięcy, gdy w następnych 2-ch 8½ mies. U wszystkich tych 26 chorych nastąpiła wybitna poprawa stanu ogólnego i równocześnie poprawa w uciśniętym, jak też i w tak zwanym „zdrowym“ płacu. Szczegóły, dotyczące C. i T., kaszlu i znikania tbc. omówimy obszernie niżej. O wynikach u 18 chorych (wzgl. popr.), w krótkich słowach: wykluczamy 3-ch chorych, którzy przejechali do zakładu z założoną już przed 3 — 5 miesiącami odną dla dalszego leczenia, z poprawą stanu ogólnego i płuc, która to poprawa u nas czyniła dalsze postępy przez cały czas leczenia.

Reszta, 15 chorych przyjechali z takimże ciężkim stanem płuc, i marnym ogólnym, jak chorzy z grupy „duża poprawa“. Wyniki leczenia oznaczyliśmy „wzgl. popr.“, gdyż nie dostrzegaliśmy takiej znamiennej poprawy, jak u tamtych. — Wprawdzie u 5 chorych rozmach na początku leczenia był w kierunku dużej poprawy, przy dalszym jednak leczeniu stał on i chociaż stan pł. poprawił się dzięki S. O., to jednak dalsze leczenie szło opieszale, lub ulegało wahanom.

Lata	Duża poprawa	Względna poprawa	Status quo	Pogorszenie	Zejście
15-20	12	5	2 (1 ma 131)	5	5
21-30	9	7	3	10	15
31-40	3	2	0	1	5
41-50	1	3	0	1	0
51-60	1	1	0	0	0
	26	18	5	17	25

O 5 chorych z grupy „status quo“ powiem również pokrótce. Wszyscy ci chorzy przybyli z jamami lub rozpadem w jednym górnym płacie i lekkim naciekiem drugiego szczytu i bardzo złym stanem ogólnym (C. 39°, T. 110 — 120).

U jednego tylko chłopca 15 l. wyraźna poprawa w ciągu 2½ mies. została zniszczoną wskutek czerwoni, zawlezionej przypadkiem do Sanatorjum.

4-ta grupa (pogorszenia i zgony) 42 chorzy (przypada na zgony 25, na pogorszenia 17).

W tej grupie możemy rozróżnić 3 kategorie.

Pierwsza obejmuje 14 chorych w wieku 16 — 33 lat (jeden tylko chory B. 46 lat). Wszyscy ci chorzy przyjechali z jamą lub rozpadem w jednym gór. płacie i naciekiem drugiego szczytu przy wybitnie złym stanie ogólnym (duże osłabienie, poty nocne, gorączka hektyczna), T. 100 — 140. Leczenie trwało u 2/3 chorych średnio 1 — 2 mies.

Z 14-tu zmarło w Zakładzie 11: 7 w 1 — 2 mies. po założeniu S. O., 4-ch w ciągu 5½ — 9 mies. — Reszta, czyli 3 chorzy wyjechali w stanie beznadziejnym. Odma nie wywarła więc żadnego wpływu.

Parę szczegółów — w liczbie 7 zmarłych w ciągu 1 — 2 mies. od założenia S. O. pacjentka C. 17 l. meningitis tbc. w 5 tygodni po S. O. Druga p. K. 21 l., przerwano u niej S. O. po 5 napełnieniach, wskutek objawów prosówki w płucu nie uciśniętym¹⁾

Trzecia pacjentka, pani Z. 27 lat; poród przed 15 mies., poty podczas ciąży. St. pr.: osłab, rozpad w lew. g. pł., jama w doln. lew. lekka apicitis dextra, która wkrótce po S. O. przechodzi w rozpad. Po 4 m. napełn. S. O. przerwana; we 2½ m. przetoka oskrzel.-opłuc., zgon w ciągu 6 dni¹⁾.

Druga kategoria 22 chorych. Czas leczenia znacznie dłuższy niż w poprzedniej, gdyż S. O. trwała 1 — 2 mies. tylko u 3-ch, u 17-stu zaś średnio 5 mies. — Na 20 chorych zmarło tylko 9. Przebieg więc leczenia był przez czas jakiś pomyślniejszym, choć stan płuc mało czem się różnił od pierwszej kategorii. Istotnie, u połowy chorych spostrzegaliśmy wyraźną poprawę st. ogólnego, spadek C. o 0,5 do 1°, zwolnienie T. ze 120 na 80 — 90, wyraźną poprawę w płucu. Poprawa taka trwała średnio 5 — 6 miesięcy za wyjątkiem 2-ch z poprawą w ciągu 2½ lat. Przyczyną niemal stała pogorszenia było właśnie pogorszenie i to postępujące w nieuciśniętym płucu, a w dalszym ciągu i w uciśniętym. Przytoczymy dalej przykłady dla tej roli drugiego płuca. Tu chciałibyśmy tylko zaznaczyć, że przyczyną zejścia w przypadku panny W. 24 l. była hiszpanka. Stan jej pokrótce następujący: jama w lew. gór. pł. C. 39 — 39,5, kompletna odma, leczenie bardzo pomyślne w ciągu 4-ch

1) Zgadzałoby się to ze spostrzeżeniem Carpiego, który utrzymuje, że prosówka powstała na drodze krwionośnej oszczędza uciśnięte płuco. Co się tyczy śmierci wskutek meningitis tbc., to Carpi cytuje własny przypadek, gdzie zachodziło jednak kliniczne wyleczenie uciśniętego płuca.

2) Naveau (570 przyp.) 4 meningitis tbc. (wiek chorych 15, 20, 42 i 70 lat) i 3 prosówki (17, 25 i 37 l.).

1) Rola drugiego płuca będzie osobno omówiona.

mies. Raptem ciężka „hiszpanka“ C. 400 (42) z recydywą w ciągu 6 dni, zejście w ciągu 2 miesięcy.

Nadto jako przyczyny pogorszenia następujące powiększenia: u 2-ch w nerkach (wałeczki, białko, ropa); u 2-ch gruźlica krtań z owrzodzeniami; u 3-ch zaś wzgl. pomyślny przebieg leczenia doszczętnie został zniszczony przez powstanie przetoki oskrzel — odmowej.

Tym 3-m należy każdemu z osobna poświęcić słów kilka. P. M. 24 l. S. O. prawostronna; założona w Arco przed 3-ma mies., wysięk surowiczy; St. praes. osłabiony, ale apetyt i trawienie dobre, prawy szczyt zrosty; częściowy ucisk; na dole płuca na 2 palce. U nas dalsze napełnienia razem 14 w ciągu jednego roku. — Powoli stan ogólny poprawia się C. z 380 spada do normy, waga + 16 kg. w ciągu 4½ mies. Raptem zwrot ku gorszemu; ognisko br. — pneum. w lewym dol. pł. W ciągu 4-ch miesięcy utrata — 18 kg. C. do 38,5 — 390, stan coraz gorszy; wreszcie w 1 rok po przyjeździe do Zakładu przetoka oskrzel — odmowa; zgon w ciągu 2½ tygodni.

P. P. 17 lat. Chory od 1½ mies. kaszel, osłabienie, C. do 380, apetyt żaden. Lewe pł.: jama gór. pł. i lekki naciek pr. szczyt. Po S. O. kompletny ucisk. — po 2 mies. występek surowiczy. Znaczna poprawa st. og. przez 5 mies. Raptowne pogorszenie stanu ogólnego (przy C. do 380) i objawy przetoki oskrzel — odmowej; wyjechał w 3 tygodnie po tem w stanie beznadziejnym.

Pozostaje jeszcze 3-cia kategoria w liczbie 6 chorych o których niżej.

Wracamy do poruszonej już sprawy, „zdrowego“ płuca, z którym ściśle wiąże się wskazania i przeciwwskazania do S. O. — Na podstawie obszernego materiału różnych badań, panuje zgoda, że niewielkie stwardnienie drugiego szczytu nie może służyć za przeciwwskazanie¹⁾. Ale trudność polega na określeniu tego „niewielkiego stwardnienia“. Praktyka bowiem wykazuje, że w krótszym lub dłuższym czasie po założeniu S. O. rozpoczają się może sprawa postępująca, rozpadowa, nawet prosówkowa. Własne przykłady.

Panna M. 17 l. St. praes. blada — kaszle i piuje dużo, tbc. +, T. 120 — 124. Lew. pł., jama gór. pł., ognisko br. — pneum. w dol. — Pr. pł. małe condens. ap. Po S. O. przy dobrym ucisku, wyraźna poprawa st. og. przez 3 mies. Potem bez widocznej przyczyny pogorszenie, z objawami intoksykacji, nudności, wymioty, bóle głowy etc., a następnie postępujące pogorszenie z objawami rozpadu w prawym gór. pł. Zejście w 8 mies. od założenia S. O.

Panna M. 25 lat., chora od 15-tu miesięcy — od 3-ch mies. leczy się w Zakopanem. Wygląd dobry, łaknienie średnie C. 38 — stan płuc bardzo podobny do poprzedniego. S. O. lewa kompletna, poprawa wybitna st. og. Po 3-ch miesiącach bez widocznej przyczyny, wyraźne objawy rozpadu w pr. gór. pł. Wyjechała w stanie beznadziejnym.

Wybrane dwa tylko charakterystyczne przykłady niespodziewanego pogorszenia w nieuciśniętym pł., które są wyrokami śmierci na dalszą lub bliższą, a czasem bardzo bliską metę. Ale klinika zna fakty wręcz przeciwne. Sprawa w nieuciśniętym płucu może się uciszyć, a następnie poprawić. Podkreślali to dawniej Forlanini, Brauer, L. Spengler, Saugmann i inni. Świeżo zaś Lieber Dumarest, Carpi, którzy twierdzą, iż dość często niewielkie, nieczynne ogniska w 2-im płucu wygasają dzięki S. O. — Wedle Dumaresta dawne ogniska zabliznione nie są żadnym przeciwwskazaniem dla S. O.

Carpi wśród 129 przypadków S. O. ma 7 przypadków pogorszenia w drugim pł. U reszty z reguły przebieg pomyślnie wyleczony przez S. O. sprawy płucnej najczęściej wpływa dodatnio i na ogniska w nieuciśniętym płucu, o ile, naturalnie, nie są w stanie destrukcyjnym albo zanadto rozległe.

Sorgo utrzymuje, że tylko czynna sprawa drugiego płuca, lecz nie dawna łączno-tkankowa służy za przeciwwskazanie.

Deist znów powiada, że nawet stałe rzeżenia w

¹⁾ Saugmann idzie dalej i powiada: „sprawa stwardniająca, niepostępująca, która obejmuje nawet całą połowę drugiego płuca nie jest przeciwwskazaniem“ i dodaje, że co najwyżej w pojedynczych wypadkach znajdował drugie płuco zdrowe klinicznie i rentgenologicznie“.

szczytce, byle nie w okolicy gruczołów śródpiersia, za przeciwwskazanie służyć nie mogą.

Wszystkie wyżej przytoczone okoliczności, a zwłaszcza wnioski Lindbroma, na anatomji patologicznej oparte, czynią sprawę wskazań dość zawiłą.

(D. c. n.).

Z Zakładu Anatomji Patologicznej U. W.

(Kierownik: Prof. Dr. L. PASZKIEWICZ).

Układ siateczkowo - śródłonkowy a wytwarzanie barwików żółciowych w świetle oceny krytycznej danych doświadczalnych.

Podał

W. CZARNOCKI (Warszawa).

(Dokończenie).

Muszę obecnie zastanowić się nad oceną krytyczną tych doświadczeń. Pierwszy zarzut, który można zrobić tym doświadczeniom, jest ten, że cel, który sobie autorzy wytknęli — wyłączenie zupełne wątroby w krwiobiegu — nie został całkowicie osiągnięty, gdyż, według Makino, przy operacji Whipple'a i Hoopera do wątroby ma przedostawać się około 1% krwi, normalnie przez nią przepływającej. Z chwilą gdy taka możliwość istnieje, nie można wyłączyć współdziałania komórek nabłonkowych wątroby w wytwarzaniu Bi.

Gdyby jednak pominąć owo nieznaczne urknięcie wątroby, a rozpatrzyć doświadczenia Makino i wniknąć w jego założenia, to nie są one zgoła bez zarzutu. Makino jest zdania, że przy przetoce Ecka zwykłej z podwiązaniem żyły wrotnej przez wątrobę przepływa 25% ilości krwi normalnej, przy przetoce odwrotnej znacznie więcej, niż normalnie. Stosując więc te same zabiegi 1° na psie normalnym 2° na psie z przetoką Ecka zwykłą i 3° na psie z przetoką odwrotną, należałoby, zdaniem Makino, oczekiwać, że Bi w osoczu zjawi się u tych zwierząt rozmaicie szybko: najszybciej u psa z przetoką odwrotną, najwolniej — z przetoką zwykłą, o ile barwik jest wytwarzany przez komórki wątrobowe. Oczywiście, rozumowanie takie byłoby słuszne tylko wtedy, gdybyśmy przyjęli, że przy przetoce odwrotnej cały nadmiar krwi zostaje skierowany przez wątrobę. Niewątpliwie jednak musi wytworzyć się oboczne krążenie żyłne, a tem samem pogląd, że przez wątrobę przepływa krwi więcej, niż normalnie, nie jest udowodniony. Gdyby jednak przyjąć, że Makino ma słusność, to staje się rzeczą niezrozumiałą, dlaczego wątroba musiałaby wzmóc czynność swych komórek, jako wytwórców bilirubiny. Powinniśmy raczej mieć do czynienia ze zjawiskiem odwrotnym, gdyż sztuczne wzmoczenie przepływu krwi obcej dla wątroby prędzej mogłoby doprowadzić do obniżenia czynności jej komórek (obniżenie czynności wątroby przy zastojach).

Powtóre, jeśli uwzględnimy dane, przytaczane przez Makino w tablicach, to otrzymamy, że Bi zjawia się:

	I	II	III
1. U psa nor.	2 g. 20 m. /Hb/	3 g. 30 m. /TDA/	5 g. /FH/
2. „ „ Eck zw.	2 g. 30 m.	4 g. 10 m - 3 g. 20 m	4 g. 10 m - 3 g.
3. „ „ „ odw.	2 g. 30 m.	3 g. 40 m.	3 g. 40 m.

Zestawiając podane liczby, możnaby zgodzić się, że różnic zasadniczych nie mamy, w każdym razie ilościowe są bardzo wyraźne.

Można jeszcze zrobić jeden zarzut, że Bi była określana tylko jakościowo sposobem dwuazowym Hijmansa. Na to zwraca uwagę sam autor, podkreślając jednocześnie, że przeprowadzenie badania ilościowego było bardzo utrudnione.

Co się tyczy doświadczeń Sormaniego, to, właściwie mówiąc, nie wyłącza one możliwości wytwarzania Bi przez U. S. S. wątroby, i w tym też duchu wypowiada się sam autor. Doświadczenia Greppiego są zakreślone na nieco szerszą skalę, w myśl jednak danych, które podniosłem na początku omawiania tych doświadczeń, grzeszą one tem, że albo przyjmują możliwość całkowitego porażenia U. S. S. (co, jak zaznaczyłem w pierwszej części mej pracy, nie jest bezwzględnie pewne), a poza tem nie są one tak skonstruowane, by cały odsetek wytwarzania Bi mógłby być niewątpliwie odniesiony na karb bądź tylko komórek wątrobowych, bądź też komórek U. S. S.

Wreszcie należy wspomnieć o doświadczeniach Whipplea i Hoopera z jednej strony i Retzlaffa z drugiej strony. Na możliwość omyłek w doświadczeniach pierwszych dwóch autorów zwraca uwagę w swej pracy Makino, który zasadniczo zgadza się z poglądami tych autorów, podkreśla jednak, że przekształcanie się Hb na Bi odbywa się nie na taką skalę, by mogła wytworzyć się żółtaczka spojówek i tkanki podskórnej.

Retzlaff o poglądach przeciwnych przypuszcza, że Whipple i Hooper w swych doświadczeniach mogli zastrzykiwać krew lakową, która już zawierała Bi. Według niego początkowe ujawnianie się Bi we krwi zwierząt normalnych, otrutych T. D. A., jest zależne od hemolizy, a dalsze od uszkodzenia komórek wątrobowych. Makino występuje bardzo kategorycznie przeciwko poglądom Retzlaffa, twierdząc, że gdyby Retzlaff miał słuszość, to okres czasu, jaki upływa między zatruciem zwierzęcia i zjawieniem się Bi w osoczu, byłby inny u zwierząt odmiennie operowanych, a tego nie spostrzega się.

Powołuję się na tylko co przytoczone liczby Makino, które bez zbytnich komentarzy mówią same za siebie, a wbrew twierdzeniom Makino.

Omawiając ten szereg doświadczeń, muszę zwrócić uwagę na jeszcze jeden czynnik, którego przy ocenie wyników nie należy pomijać. Chodzi mi tutaj o metodykę określania barwików żółciowych sposobem dwuazowym Hijmans van den Bergha.

Nie mam zamiaru wchodzić w ocenę tej próby z punktu widzenia jej znaczenia klinicznego przy rozstrzygnięciu, czy mamy do czynienia z żółtaczką zastoinową, czy też tak zwaną dynamiczną. Chodzi mi o rzecz zupełnie inną, mianowicie, o istotną własność tego odczynu. Gdyby inne ciała pokrewne bilirubiny dawały również ten odczyn, rzecz prosta, że określanie bilirubiny tylko na zasadzie tego odczynu nie tylko mogłoby, lecz musiałyby być kwestjonowane, ponieważ w grę mogą wchodzić właśnie ciała inne, a nie bilirubina.

Możliwość taka istnieje, choćby z tego względu,

że wspomniany odczyn jest faktycznie oparty na odczynie dwuazowym Ehrlicha, który, o ile mi wiadomo, bynajmniej nie przesądza o tem ciebie, względnie ciałach, które go wywołują. Są to rozważania czysto teoretyczne, niestety, jednak znajdują cały szereg wskazówek, które do pewnego stopnia mogą to potwierdzić. Do takich wskazówek mogą zaliczyć pogląd Zoja (wypowiedziany na Zjeździe Internistów we Florencji w 1922 r.), który powątpiewa, żeby w warunkach prawidłowych w osoczu krwi znajdowała się bilirubina. Prócz tego Makino w swej pracy zwraca uwagę, że zawartość jelit żaby zawsze daje wybitny odczyn dwuazowy, który zależy najprawdopodobniej od ciał, znajdujących się w treści jelitowej (skatol lub indol), a nie od obecności bilirubiny. Tenże autor, badając wyciągi alkoholowe żaby (po usunięciu wątroby i jelit), otrzymywał odczyn dwuazowy pośredni, podkreśla jednak wyraźnie, że nie wie, od czego on zależy. Do tej sprawy powrócę jeszcze raz przy omawianiu wytwarzania się bilirubiny w ogniskach krwotocznych.

Przechodzę do streszczenia ostatniego rodzaju badań doświadczalnych. Ponieważ omówione dotychczas doświadczenia wywoływały te lub inne zarzuty, przeto postarano się przeprowadzić doświadczenia tak, by można było całkowicie usunąć wątrobę i pomimo tego przez pewien czas utrzymać zwierzę przy życiu. Tego rodzaju doświadczenie zostało wprowadzone przez Franka C. Manna i Thomasa B. Magatha. Zabieg wykonywany jest trzykrotnie:

1. Utworzenie przetoki odwrotnej Ecka.
2. Podwiązanie żyły wrotnej.
3. Wyłuszczenie wątroby.

Od pierwszego zabiegu do ostatniego (do momentu właściwego doświadczenia) upływa conajmniej dwa tygodnie. Udaje się on niezmiernie rzadko (u Makino z 34 psów tylko u 4). Tak przygotowane psy można utrzymać przy życiu najdłużej do 6 godzin. Makino przeprowadził badania na 3 psach przygotowanych, jak wyżej podano. Dwum z nich, po wyłuszczeniu wątroby wstrzykiwał dożylnie krew lakową. Następnie badał osocze krwi na zawartość Bi sposobem dwuazowym i wykazał narastanie Bi w osoczu, zarówno po wstrzyknięciu HB, jak i niezależnie od niego. Dochodzi do wniosku, że Bi wytwarza się przez U. S. S., a nie na drodze humoralnej, ponieważ w podwiązanych naczyniach nie mógł wykazać obecności Bi. Szybkość tworzenia się Bi u psów z wyłuszczoną wątrobą jest prawie taka sama, jak u psów normalnych, czasami tylko ulega nieznacznemu opóźnieniu.

Przyjrzyjmy się jednak bliżej wynikom doświadczeń:

Bilirubina ujawniła się we krwi po upływie:

	2 g. 15 m.	3 g. 15 m.	3 g. 30 m.
Ilość jej	0,3 J. B.	0,35 J. B.	0,27 J. B.
Pies zdyc po	3 g. 55 m.	5 g.	5 g. 5 m.
Ilość Bi przed śmiercią	0,64 J. B.	0,5 J. B.	0,82 J. B.
Przyrost Bi w ciągu	0,34 J. B. 3 g. 55 m.	0,35 J. B. 5 g.	0,55 J. B. 5 g. 5 m.

Te ostatnie liczby nie mówią już tak bezwzględnie o jednakowym tempie narastania Bi w osoczu krwi. Jeśli chodzi o porównanie z wytwarzaniem Bi u psów normalnych, to porównanie to jest trudne, ponieważ autor w swej pracy nie podaje liczb, przeto i twierdzenie jego musi być przyjęte na wiarę. Główny jednak zarzut pozostaje ten, że nie wiem naprawdę, czy odczyn Hijmansa niewątpliwie wykrywa nam tylko Bi, tembardziej, że należy pamiętać, że do momentu samego doświadczenia upłynęło mniej więcej dwa tygodnie, i że doświadczenie wykonywano w zupełnie odmiennych warunkach krążenia, niż to widzimy normalnie. Nie wiemy, z jakich naczyń była brana krew do badania, jeśli bowiem chodziłoby o naczynia krezkowe, wówczas rzeczą bardzo prawdopodobną jest przedostawanie się do krwi ich takich składników, jak skatol i indol, które mogą dawać odczyn dwuazowy w myśl twierdzeń Makino. Jesliby tak było istotnie, to staje się rzeczą zrozumiałą, dlaczego odczyn Hijmansa wypadł ujemnie we krwi podwiązanej żyły kończyny.

Wreszcie należy wspomnieć o metodzie doświadczalnej Richa z Baltimory, który w swej radykalności doświadczalnej posunął się tak daleko, że po nałożeniu szeregu podwiązek na naczynia krwionośne, tętnicze i żyłne (aorta abdominalis, a. coeliaca, a. mesaraica, aa. renales i v. cava inferior powyżej ujścia v. renalis i a. et v. hepaticae) i ductus choledochus przy wnęce przełyku nad wpustem — usuwał wszystkie trzewia jamy brzusznej, zastrzykiwał do naczyń krew lakową, poczem badał wytwarzanie się Bi.

Innym znów razem wyłączał z krążenia wątrobę przez podwiązanie najpierw aorta abdominalis w miejscu odejścia arteria coeliaca, następnie podwiązywał arteria coeliaca, mesaraica, hepatica i vena portae (we wnęce) i vena cava inferior wraz z częścią przepony. Taki sposób operowania według Richa jest niezbędny, ponieważ wyłączenie wątroby z krążenia sposobem Whipplea i Hoopera wykazało, że do wątroby dochodzą naczynka drobne do strony przepony. Rich w tym wypadku również wstrzykiwał krew lakową.

W obu przypadkach odczyny dwuazowe we krwi na obecność Bi były ujemne.

Mimo, że metoda Richa, zdaje się, jest nieco za radykalna do rostrzygnięcia umiejscowienia wytwarzania Bi, to jednak, może być, do pewnego stopnia tłumaczy dodatnie wyniki, uzyskane przez Makino w jego doświadczeniach. Ponieważ po podwiązaniu tętnicy krezkowej w doświadczeniach Richa musiało ustać krążenie krwi w naczyniach jelitowych, przeto stało się niemożliwe przenikanie do krwi szeregu ciał, które mogą być przyczyną dodatniego odczynu dwuazowego.

Nie wyczerpałbym tematu, gdybym nie poruszył sprawy wytwarzania się Bi w starych wylewach krwawych, względnie w przesiekach lub wysiekach krwotocznych w opłucnie i otrzewnie. Nie ulega wątpliwości, że płyny te dają odczyn Hijmansa van den Bergha. Są to fakty, których kwestjonować nie wolno. Jednak i te fakty mogą być tłumaczone rozmaicie. Należy tylko oddzielnie traktować wylewy krwawe, względnie krwiaki sa-

moistne, a oddzielnie płyny przesiekowe lub wysiekowe.

W przypadkach sztucznie wywołanych krwiaków u psów przez zastrzykiwanie krwi psiej, ludzkiej lub końskiej Hijmans van den Bergh mógł już po paru dniach wykazać wytwarzanie się jakiegoś ciała, które dawało odczyn dwuazowy.

Makino, sprawdzając spostrzeżenia poprzedniego autora, starał się określić stosunek ilościowy tego ciała. Doświadczenia swe przeprowadzał na królikach. Wykazał on, że zawartość ciała, dającego odczyn dwuazowy, wzrasta. Wnioski obu autorów brzmią jednoznacznie, że mamy tutaj do czynienia z miejscowym wytwarzaniem się Bi.

Obaj autorzy jednak oparli swe wnioski tylko na odczynie dwuazowym, innych badań nie wykonywali.

Pierwszy zarzut, który możnaby tutaj zrobić, to ten, że mamy do czynienia nie z Bi, lecz z hematoïdyną. Według mnie, tutaj kryje się istota rzeczy całego zagadnienia. Wiemy jednak, że w chwili obecnej toczy się ożywiony spór, co do pokrewieństwa, ewentualnie tożsamości obu tych ciał. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że oba one są pochodniami hemoglobiny i że zapewne pozostają w dość bliskim powinowactwie. Czy jednak jest to jedno i to samo ciało, tylko pod dwoma nazwami, jest rzeczą dotychczas niewyświetloną.

Badania Lignaca wykazały, że wspomniane ciała posiadają szereg odczynów podobnych (Gmelina — H²SO⁴), przebieg tych odczynów jest nieco odmienny dla każdego z tych ciał. Porównanie krystalograficzne daje wyniki zupełnie odmiennie. To samo dotyczy widm mikroskopowych. Oba ciała są podobne, lecz różnią się od siebie pewnymi szczegółami.

Ostatnio ukazała się praca Hansa Fischera, który podobno miał udowodnić, że hematoïdyna jest ciałem identycznym z bilirubiną. Nie mając możliwości zaznajomienia się z oryginałem, powołuję się na zdanie Bocka, który temi słowami wyraża się o wynikach osiągniętych przez Fischera: „Wszyscy badacze zgadzają się, że hematoïdyna i bilirubina są ciałami podobnymi, jednak pewne analizy wskazują na odmienne zachowanie się obu. Dalsze badania wykazą, które poglądy są słuszne“. Ponieważ Bock jest uczniem Aschoffa, trudno go posądzać o stronność i musimy przynajmniej w chwili obecnej przyjąć, że hematoïdyna i bilirubina nie są ciałami identycznymi, lecz mogą one dawać odczyny te same (z pewnymi odmianami). Jeśli więc chodzi o ciało, które wytwarza się w tkance podskórnej u psów i królików po zastrzyknięciu krwi, — to z dużym prawdopodobieństwem można przypuścić, że chodzi tutaj o wytwarzanie się hematoïdyny.

Nasuwa się to tembardziej, że dawniejszy pogląd Neumanna na wytwarzanie się hematoïdyny na drodze czysto chemicznej, bez współdziałania elementów tkankowych, od czasu badania Lignaca musi być uznany za zachwiany. Ponieważ niewątpliwie w starych ogniskach krwotocznych wytwarza się hematoïdyna (Virchow), przeto słuszniej przypuścić, że w sztucznie wytworzonych

krwiakach powstaje właśnie to ciało, a nie bilirubina.

Jeśli zaś chodzi o płyny krwotoczne w jamach opłucny i otrzewny, które dają odczyn dwuazowy silniejszy, niż analogiczny odczyn we krwi u tegoż osobnika, możemy to tłumaczyć w sposób podobny, jak w krwiakach. Znajduje to swe usprawiedliwienie, zwłaszcza w pracy Lignac'a, który twierdzi, że wykazanie kryształów lub ziaren hematoidyny w danym miejscu bynajmniej nie wskazuje, że ciało to wytwarza się w tym właśnie miejscu. Przeciwnie, początkowo znajduje się ono w stanie rozpuszczonym i tylko, dzięki pewnym warunkom (sole Ca — Koloidy) ulega ono strąceniu.

Poza tem nie jest wyłączone przedostawanie się do przesieków krwotocznych otrzewny i opłucny takich ciał, jak skatol i indol, które, jak podaje Makino, mogą dawać wspomniany odczyn.

Prócz tego wydaje się dziwnem, że u psa, u którego normalnie osocze krwi odczynu dwuazowego nie daje, gromadzi się w nadmiarze bilirubina. Wszak trudno przypuścić, aby po tak poniekąd niewinnym zabiegu, jak zastrzyknięcie krwi jałowej, przyszło do wytworzenia się warunków, uniemożliwiających wessanie wytworzonej bilirubiny, i by ona mogła w tak znacznych ilościach się nagromadzić.

To, że według danych Makino, ilość ciała, dającego odczyn dwuazowy, coraz to wzrasta, niekoniecznie musi być tłumaczone stałym wytwarzaniem barwika przez komórki U. S. S., gdyż, przyjmując, że wessanie odbywa się, a nie możemy tego nie przyjąć, otrzymamy coraz to większe zagęszczenie wstrzykniętego płynu, a tem samem i pozorne narastanie rzekomo wciąż wytwarzanego barwika.

Na podstawie tego, co powiedziałem, przychodzę do wniosków następujących:

1. Zagadnienie o miejscu wytwarzania się bilirubiny nie zostało rozstrzygnięte na zasadzie badań doświadczalnych.
2. Spór co do tożsamości hematoidyny i bilirubiny musi być rozstrzygnięty.
3. Przyszłe badania muszą ustalić, czy odczyn H i j m a n s v a n d e n B e r g h a jest wyłącznie swoisty dla bilirubiny, czy też można go otrzymać z innymi ciałami.

Z II Oddziału Chirurgicznego Szpít. Przemienienia Pańskiego.

(Ord. Dr. Aleksander ZAWADZKI).

Cholecystografia*).

Podali

B. KRYŃSKI i J. POMPER.

Próby uchwycenia na kliszy rentgenologicznej pęcherzyka żółciowego lub jego zawartości sięgają pierwszych kroków rentgenologii narządów jamy brzusznej. Przez długie lata próby te nie dawały żadnego wyniku. Sporadyczne uwydatnienie pęcherzyka, nieco częściej kamicy, nosiło charakter przygodny, w kamicy zależny od ilości domieszki wapnia. Badania nad przenikliwością kamieni żółciowych wykazały, iż większość z nich posiada przenikli-

wość większą, niż otaczająca je żółć, i tem samem stają się nieuchwytnymi dla promieni X.

Rentgenologja więc dróg żółciowych szła drogą pośrednią, za pomocą doustnie podanej papki kontrastowej.



Jak trudna była ta droga — jest ogólnie znaniem. Trias prawej połowy jamy brzusznej (dwunastnica, pęcherzyk żółciowy i wyrostek robaczkowy) w dużym odsetku pozostawała zagadką w rękach najbardziej doświadczonych rentgenologa.



Wraz z udoskonaleniem aparatów, zastosowaniem odmy brzusznej, wypełnieniem okrężnicy powietrzem oraz zastosowaniem zaslonki Bukyego, wyniki polepszyły się znacznie. Amerykanie otrzymali 75%, Francuzi 20 — 28%, Niemcy 40% wyników pozytywnych.

Rozległe prowadzone przez nas badania na oddziale dra Zawadzkiego dawały 30 — 35% sprawdzonych operacyjnie dobrych rozpoznań.

Odczytywanie jednak klisz przedstawiało i tym

*) Wygłoszone na posiedzeniu klinicznym Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej dn. 3.X 1925 r.

razem znaczne trudności i zależne było ściśle od doświadczenia poszczególnego rentgenologa. Największe trudności spotykano przy badaniu pacjentów otyłych, których wśród tej kategorii chorych spotyka się bardzo dużo.

Pozostała więc tylko jedna droga — bezpośred-



niego wypełnienia pęcherzyka płynem kontrastowym.

Pierwsze próby w tym kierunku poczynili Burkhard i Mueller, którzy próbowali zastrzykiwać płyn kontrastowy do pęcherzyka żółciowego



bezpośrednio przez powłoki brzuszne. Kilka prób, dokonanych na trupach, przekonało nas o technicznej niewykonalności tego zabiegu. Metoda ta nie znalazła też zwolenników.

Jedynie rozstrzygnięcie tej kwestji leżało w odszukaniu takiego środka, który, wydzielany przez wątrobę drogą żółci, służyłby, jako wehikuł, dla wypełnienia pęcherzyka żółciowego środkiem kontrastowym.

Graham, wykorzystując stwierdzone przez fizjologów (Abel, Rowntree, Mac Nail) swoi-

ste wydzielanie się „fenoltaleiny“ przez wątrobę (ze 100 części zastrzykniętych dożylnie wydostaje się z pęcherzyka żółciowego 95), połączył ją początkowo z jodem, a następnie z bromem, i w ten sposób, zastrzykując dożylnie, udało się otrzymać obraz rentgenologiczny pęcherzyka. Otrzymywany obraz był jednak bardzo słaby, a techniczne wykonanie zastrzyku połączone było z dużymi trudnościami. Przeszkodę do szerszego zastosowania tego zabiegu stanowiły pozatem i znaczne objawy toksyczne ze strony chorego. Po 2-ch próbach zaniechaliśmy stosowania tego środka.



Zastąpienie soli wapnia przez łatwiej rozpuszczalne sole sodu posunęło nas znacznie naprzód, zmniejszając ilość niezbędną do zastrzyku płynu z 350 gr. do 40. Objawy toksyczne przy zastosowaniu pewnych ostrożności (bardzo powolne zastrzykiwanie) zmniejszyły się znacznie. Jednocześnie dokonano prób z podaniem tych samych środków do ustnie. Otrzymanym zarówno jedną, jak i drugą



drogą obrazom rentgenologicznym brak jednak było siły. Dopiero Tuffier i Auguste-Nemo-urs zwrócili uwagę na odpowiednie przygotowanie chorego. Zastrzyku dokonywa się naczno, po

uprzedniem lekkim głodzeniu chorego (dnia poprzedniego li tylko płyny w niewielkiej ilości) i gruntownem przeczyszczeniu. Otrzymane tym razem obrazy w zupełności odpowiadały pokładanym nadziejom.

Pozostały jeszcze do usunięcia pewne niedomagania ze strony chorego, obserwowane przy podawaniu zarówno dożylnem, jak i doustnem, w postaci nieznacznych nudności, a czasem i dreszczów.



Sabbatini i Milani z kliniki Ascogliego, wychodząc z założenia, iż objawy toksyczne wywołane są podrażnieniem nerwu błędnego przez fenoltaleinę zastosowali doustne podawanie bromku sodu, który również wydziela się wyłącznie prawie przez komórki wątrobowe i to drogą żółci. Otrzymane przez nich tą drogą wyniki wykazują wypełnienie się 80% chorych i 60% zdrowych pęcherzyków, przy zupełnym braku objawów toksycznych.

Na oddziale D-ra Zawadzkiego stosowaliśmy cholecystografię w 36-ciu przypadkach, z których 15 poddało się zabiegowi chirurgicznemu, co dało nam możliwość naocznego sprawdzenia wyników. Stosowaliśmy zarówno zastrzyki dożylne bromu i jodu, jak i doustne podanie bromku sodu. Do zastrzyków dożylnych używamy obecnie wyłącznie jodu, gdyż ilość niezbędnej substancji czystej w porównaniu z bromem jest o połowę mniejsza, a obraz sam znacznie wyraźniejszy. Zasadniczo podawaliśmy choremu brom doustnie i tylko w tych przypadkach, gdzie wynik cholecystografji przedstawiał te, czy inne wątpliwości, zastrzykowaliśmy dożylnie.

Celem uprzedniego opróżnienia pęcherzyka żółciowego chory otrzymuje zastrzyki hypofizyny.

Zdjęcie samo dokonane zostaje w 8, 16 i 24 godziny po zastosowaniu środka kontrastowego w pozycji leżącej na brzuchu przy zastosowaniu zasłonki Bukyego.

Od chwili demonstracji do czasu oddania do druku pracy niniejszej liczba przypadków powiększyła się do 70, a wraz z tem zmieniła się nieco nasza technika. Biorąc pod uwagę stosunkowo niewielki odsetek dodatnich wyników przy podaniu doustnem

stosujemy obecnie wyłącznie tylko zastrzyki dożylne tetrajodu. Z wyjątkiem kilku zaledwie przypadków, w których ciepłota w 4 — 5 godzin po zastrzyku podniosła się do 38 stopni, nie obserwowaliśmy żadnych zjawisk ubocznych, co uprawnia nas obecnie do dokonywania zastrzyków chorem ambulatoryjnym. Po zastrzyku chory udaje się do domu, gdzie pozostaje w pozycji leżącej na prawym boku. Po 8-ku godzinach zjawia się do pierwszego zdjęcia.

Czy i co nowego daje nam cholecystografja?

Zarówno niewypełnienie się pęcherzyka żółciowego, jak i wypełnienie się jego oraz okres czasu, w jakim to się odbywa i w jakim się opróżnia, dają nam cenne wskazówki.

Niewypełnienie się pęcherzyka w ciągu 48-ku godzin lub bardzo powolne wypełnianie się przemawia za niedrożnością przewodu pęcherzykowego, czy to na tle tkwiącego w nim kamienia, czy też na tle blizn, zwężających lub zamykających przejście, lub też na skutek nieomogoty wątroby.

Wypełniony poucza nas o wielojakości kształtów, wielkości i położeniu zarówno zdrowego, jak i chorego pęcherzyka.

Pęcherzyk zdrowy położony jest w linii sutkowej, wystaje na 4 — 5 ctm. z poza łuku żebrowego i wielkością swoją odpowiada jajku gołębiemu. Położenie odśrodkowe spotyka się, jako częsta anomalia. Położenie zaś dośrodkowe wywołane jest przeważnie zrostami z dwunastnicą. Nierzadko spotykamy się z pęcherzykiem, którego dolny brzeg sięga grzebienia talerza biodrowego, a niekiedy i niżej. Ustalenie to bywa stałe, a wtedy mówimy o „cholecystoptosis“, lub zmienne, ustępujące wraz z opróżnieniem się pęcherzyka, a wtedy mówimy o „pęcherzyku opadowym“ (Senkblase).



Powoli opróżniającego się pęcherzyk daje nam opisany przez Schmiedena obraz pęcherzyka „zastoinowego“ z przebiegiem klinicznym o charakterze zapalenia wyrostka robaczkowego. Tego rodzaju pęcherzyki dysponują do kamicy.

Jak wreszcie przedstawia się w obrazie rentgenologicznym cholecystografji kamica? Już nazwa sama uprzedza nas, iż mamy do czynienia z cholecy-

stografją, a nie kalkulografją. Tem niemniej jednak kamica występuje bądź w postaci cieni pozytywnych, bądź negatywnych, zależnie od przenikliwości płynu kontrastowego w pęcherzyku.

Wypełniony dużą liczbą drobnych kamieni pęcherzyk wypełnia się tylko wzdłuż brzegów (Randfuellung).

W ocenie wartości klinicznej badań naszych opieramy się jedynie na przypadkach sprawdzonych operacyjnie, jako jedynie miarodajnych.

We wszystkich przypadkach, gdzie badania kliniczne nie doprowadziły do postawienia ścisłego rozpoznania, zastosowanie cholecystografji ściśle określiło udział pęcherzyka żółciowego w obrazie chorobowym.

Z demonstrowanych 20-tu przezroczy ograniczyć się musimy w druku, ze względów technicznych, tylko do 8-tu. Przedstawiają one dwa przypadki wypełnienia doustnego metodą S a b b a t i n i e g o (kamica zwykła i w pęcherzyku opadowym), trzy przypadki wypełnienia dożylnego tetrabromem (powiększenie pęcherzyka z kamica, uchyłek pęcherzykowy z kamieniem oraz kamica o cieniach ujemnych) i trzy dożylnie tetrajodem (2 pęcherzyki normalne oraz znacznie opuszczony pęcherzyk ze zrostami).

OBJAŚNIENIE RYSUNKÓW.

- Nr. 1. Wypełnienie doustne. Kamica.
- Nr. 2. Wypełnienie doustne. Kamica w pęch. opadowym.
- Nr. 3. Tetrabrom dożylnie. Duży pęcherzyk. Kamica.
- Nr. 4. Tetrabrom dożylnie. Kamica o cieniach ujemnych.
- Nr. 5. Tetrabrom dożylnie. Uchyłek z kamieniem.
- Nr. 6. Tetrajod dożylnie. Pęcherzyk normalny.
- Nr. 7. Tetrajod dożylnie. Pęcherzyk normalny.
- Nr. 8. Tetrajod dożylnie. Cholecystoptosis.

Z oddziału ginekologicznego Szpitala Kasy Chorych m. Warszawy.

(Naczelny lekarz: Doc. Dr. W. JAKOWICKI).

W sprawie przedmuchiwania jajowodów.

Podał

Piotr KONARZEWSKI (Warszawa).

Metoda przedmuchiwania w celu stwierdzenia drożności jajowodów była zastosowana po raz pierwszy przez R u b i n a. Znalazła ona najszersze rozpowszechnienie w Ameryce i w Niemczech. Lekarze niemieccy (G u t h m a n n, S e l l h e i m, E n g e l m a n n, M a n d e l s t a m i i n n i) metodę tę szczegółowo opracowali i znacznie ją uprościli.

W Polsce stosunkowo powoli toruje ona sobie drogę do zakładów ginekologicznych, to też chociaż w polskim piśmiennictwie mamy już dwie prace, poświęcone omawianemu zagadnieniu (Z u b r z y c k i, H e l l e r ó w n a i B e t t e r), sądzimy, że zasługuje ono na większą uwagę, i pozwalamy sobie podać wyniki stosowania przedmuchiwania jajowodów na naszym oddziale.

Do przedmuchiwania jajowodów z początku

używano tlenu (R u b i n), później kwasu węglowego (G u t h m a n n), następnie kwas węglowy zastąpiono powietrzem, wyjałowionem za pomocą specjalnych płuczek. Nareszcie zaniechano i tego, ponieważ przekonano się, że przedmuchiwanie powietrzem nieoczyszczonym nie wywołuje żadnych szkodliwych następstw (S e l l h e i m).

Ponieważ spostrzegano na skutek przedmuchiwania objawy zatoru powięzrotnego, co w jednym przypadku miało doprowadzić do zejścia śmiertelnego pacjentki, przystępujemy zawsze do tego zabiegu z ostrożnością. Przedmuchiwanie robimy tylko w szpitalu. Przed przyjęciem wymagamy badania nasienia męża. Chorą poddajemy szczegółowemu badaniu ginekologicznemu i przeznaczamy do zabiegu tylko przypadki bez większych zmian zapalnych, z zupełnym wyłączeniem przypadków ostrych i podostrych.

Wydzielinę szyi badamy pod drobnowidzem, szczególną uwagę zwracając na obecność dwoinek wiewiórowych; obecność ich, jak również i obfitą wydzielinę uważać należy za przeciwwskazanie do zabiegu. Nie wykonywamy zabiegu u chorych w okresie miesięczkowym i w najbliższych dniach przed miesiączką i po niej, w tym okresie bowiem próba najczęściej się nie udaje z powodu obrzęku błony śluzowej trąbek.

Niektóre chore dla większej ostrożności i w celu przekonania się, czy niema ukrytych ognisk zapalnych, poddajemy obserwacji, stosując leczenie prowokujące w postaci ciepła i proteinoaterapii.

Do zabiegu używamy aparatu bardzo prostego: składa się on z nasadki (kateter od strzykawki B r a u n a), którą łączymy za pomocą rurki gumowej z manometrem R i v a - R o c c i e g o lub zegarowym, na nasadkę dla uszczelnienia jej w szyi macicznej wkładamy gumowy stożkowaty koreczek (ze strzykawki T a r n o w s k i e g o). Koreczek ten możemy dowolnie przesuwac zależnie od długości szyi macicy; manometr za pomocą drugiej rurki łączymy z balonikiem gumowym. (Większość autorów stosuje dużą 150 — 200 cm³ strzykawkę szklaną, co pozwala oznaczyć ilość wprowadzonego powietrza).

Zabiegu dokonywamy w sposób następujący: chorą, narzędzia i siebie starannie odkażamy; ułożwszy chorą na stole, zakładamy wzierniki łyżkowe, ustalamy część pochwową kleszczykami i wprowadzamy do szyi macicy nasadkę aparatu; uszczelniamy kanał szyi stożkowatym koreczkiem, żeby przeszkodzić wydobywaniu się powietrza z macicy do pochwy.

W wyjątkowych przypadkach należy umożliwić wprowadzenie nasadki B r a u n a przez rozszerzenie szyi rozszerzadłami H e g a r a. Rozszerzenie to należy wykonywać bardzo ostrożnie, by nie spowodować większego krwawienia.

Pompujemy powietrze powoli do macicy; strzałka manometru lub słupek rtęci (R i v a - R o c c i) podnosi się stopniowo — osiagamy w ten sposób pewną wysokość ciśnienia. Jeżeli jajowody są drożne, i powietrze zaczyna przedostawać się do jamy brzusznej, strzałka manometru czy słupek rtęci w tej chwili zaczyna opadać; natychmiast przerywamy zabieg, notując, na jakiej wysokości ciśnienia otrzymaliśmy drożność. Jeżeli zaś jajowody nie są

drożne, strzałka manometru podnosi się coraz wyżej. Doprowadzamy w ten sposób ciśnienie nie wyżej ponad 200 mm. Hg, i, jeżeli strzałka nie spada, prowadzi to, że jajowody są niedrożne.

Powyżej 200 mm. Hg. ciśnienia nie podnosimy w obawie przed pęknięciem trąbki (Sellheim) lub zatorem powietrznym. Za objawy, świadczące o drożności jajowodów, uważamy:

1) Opadanie strzałki manometru czy słupka rtęci (Riva-Rocci). Objaw ten należy uważać za najpewniejszy; 2) drugi pomocniczy — objaw wysłuchowy. Powietrze, przechodząc przez trąbkę, wydaje odgłos świszczący albo drobno bulgoczący. Odgłos ten daje się uchwycić słuchawką w dole brzucha: 3) do objawów, później występujących, a potwierdzających przenikanie powietrza do jamy brzusznej, należy odnieść bóle w okolicy podprzeponowej i w barkach. Objawy te nigdy nie występowały w przypadkach niedrożności jajowodów. Przyczyną bólów jest podrażnienie gałązek nerwu przeponowego i komunikujących z nim nerwów splotu barkowego; 4) w wyjątkowych przypadkach — po wprowadzeniu większej ilości powietrza do jamy brzusznej — można stwierdzić zniknięcie stłumienia wątroby.

W sposób, wyżej opisany, w ciągu 20 miesięcy zbadaliśmy 98 pacjerek. Wyniki zestawiliśmy w ten sposób, że wszystkie przypadki rozdzieliśmy na dwie grupy:

1) niepłodność pierwotna, t. j. przypadki, w których chore w ciąży nigdy nie zachodziły, dzieląc je na przypadki bez zmian klinicznie stwierdzonych w przydatkach i ze zmianami w przydatkach; 2) przypadki niepłodności wtórnej, t. j. przypadki, w których chore przedtem zachodziły w ciąży, również podzieliśmy na przypadki bez zmian stwierdzonych w przydatkach i ze zmianami.

Na tablicach przedstawia się to w sposób następujący:

Tablica I.

Niepłodność pierwotna 54.				Niepłodność wtórna 44.			
Bez zmian przydatków 34.		Ze zmianami w przydatkach 20.		Bez zmian przydatków 13.		Ze zmianami w przydatkach 31.	
T. drożne	T. niedrożne	T. drożne	T. niedrożne	T. drożne	T. niedrożne	T. drożne	T. niedrożne
30	4	13	7	13	0	17	14
88,2%	12,8%	63%	37%	100%	0%	54,8%	45,2%

Tablica II.

Bez zmian w przydatkach klinicznie stwierdzonych		Ze zmianami w przydatkach	
Drożność osiągnięta	niedrożne	Drożność osiągnięta	niedrożne
43	4	30	21
91,4%	8,6%	58,8%	41,2%

Jeżeli uwzględnimy, że z liczby 4 przypadków, gdzie mimo braku jakichkolwiek stwierdzalnych

zmian w przypadkach nie uzyskano drożności jajowodów, w jednym mieliśmy do czynienia w wysokim stopniu zaznaczonym niedorozwojem narządu płciowego, a drugi dotyczył osoby na 2 dni przed wystąpieniem okresu miesięczkowego, to musimy stwierdzić, że w grupie chorych bez zmian klinicznych w przydatkach — blisko 92% wykazało drożność jajowodów. W grupie, gdzie zmiany w przydatkach były zaznaczone — 58,8% przypadków dało drożność trąbek. Według ciśnienia, na którego wysokości uzyskano drożność jajowodów, przedstawiają się przypadki w sposób następujący:

ciśnienie	liczba przypadków
poniżej 100 mg. Hg.	14
od 100 — 120	32
120 — 150	17
150 — 170	8
170 — 200	2

W siedmiu przypadkach były dokonane pod kontrolą przedmuchiwania operacje brzuszne z powodu zmian zapalnych w przydatkach. Rezultaty mieliśmy następujące: w dwóch przypadkach jajowody okazały się niedrożne na całym przebiegu. W obu przypadkach jajowody usunięto.

W dwu innych przypadkach jajowody okazały się drożne, wobec czego ograniczono się do zwolnienia zrostów.

W jednym przypadku z rozpoznaniem: *Retroflexio uteri fixata, Adnexitis ambilateralis chr.*, niedrożność trąbek stwierdzoną przedmuchiowaniem przed operacją, po otwarciu jamy brzusznej również stwierdzono — niedrożność obu trąbek. Po oddzieleniu zrostów jajowody okazały się drożne, wobec czego zaniechano ich usuwania. Po 2½ miesiącach przedmuchiwanie kontrolujące — jajowody tejsze chorej okazały się drożne.

W jednym przypadku z rozpoznaniem: *Retroversio uteri Adnexitis et peritadnexitis ambilateralis*, wynik przedmuchiwania był ujemny. Po otwarciu jamy brzusznej — niedrożność. Po oddzieleniu zrostów niedrożność prawego jajowodu, lewy zaś jajowód okazał się drożnym. Operacja zakończyła się usunięciem prawego jajowodu z pozostawieniem drożnego lewego.

W siódmym przypadku zabiegu brzuszego ze zmianami w jajowodach po otwarciu jamy brzusznej okazała się niedrożność trąbek. Po oddzieleniu zrostów lewy jajowód przy przedmuchiwaniu napełniał się powietrzem na przestrzeni połowy swej długości, drugi — prawy zupełnie był dla powietrza niedrożny. Jajowód prawy usunięto, lewy zaś po odcięciu części niedrożnej pozostawiono.

W kilku przypadkach dokonaliśmy powtórnego przedmuchiwania i otrzymaliśmy drożność przy mniejszym ciśnieniu, niż pierwotnie. Należy przypuszczać, że w tych przypadkach jajowody prawdopodobnie zatkałe były przez czopki śluzu. Podobne przypadki mieli francuscy autorowie Laurantie i Moussali.

Cztery pacjentki z przedmuchiwanymi przez nas zaszyły w ciążę. Tu muszę nadmienić, że kontrola przedmuchiwanymi chorych jest trudna, ponieważ znikoma liczba pacjentek utrzymuje kontakt z oddziałem, reszta znika z pod obserwacji i tylko przypadkowo można czegoś się o nich dowiedzieć. Miało to miejsce i z naszymi pacjentkami, które zaszyły w ciążę. Jedna tylko z nich zjawiała się na oddział, u reszty — trzech — ciążę stwierdzili koledzy, przyjmujący w innych przychodniach.

Wszystkie chore, przedmuchiwane u nas, po zabiegu pozostawały w szpitalu pod obserwacją jedną, dwie doby, zależnie od odczynu na zabieg. Większych powikłań nie mieliśmy. Bardzo rzadko występujące oznaki zawrotu głowy i osłabienia szybko ustępowały same przez się. Zjawiające się czasami bóle w dole brzucha ustępowały szybko po zastosowaniu ciepła. Bóle w górnej części brzucha — podprzeponowe i w barkach, jeśli występowały, uważaliśmy, jak wspomniałem powyżej, za objaw, potwierdzający drożność i ustępowały one dość szybko po zastosowaniu ciepła. W jednym tylko przypadku bóle wystą

pity bardzo ostre i długotrwałe, tak, że zmuszeni byliśmy zastosować wstrzykiwanie morfiny. U jednej chorej po przedmuchiowaniu wystąpiło krwawienie, które ustąpiło dopiero po miesiącu.

Na podstawie własnego doświadczenia, jak i danych piśmiennictwa, nasuwają się nam następujące wnioski:

1. Stwierdzenie prawidłowych klinicznie przydatków (u osób nie otyłych i niezbyt wrażliwych) pozwala z dużym prawdopodobieństwem przypuszczać drożność trąbek.
2. Zgrubienie przydatków, nawet wyraźnie zaznaczone, nie upoważnia do wnioskowania o ich niedrożności.
3. Jednorazowa nieudana próba przedmuchiwania nie wystarcza do postawienia rozpoznania niedrożności trąbek.
4. Samo stwierdzenie drożności trąbek nie decyduje o zdolności do zapłodnienia.
5. Przedmuchiwanie jajowodów, stosowane ostrożnie i z należytym wyborem przypadków, jest zabiegiem bezpiecznym i nieszkodliwym.
6. W przypadkach niepłodności dla lekarza dużą pomocą, a nawet momentem decydującym w wyborze postępowania jest znajomość przepuszczalności trąbek: w przypadkach niedrożności nie będzie uciekał się on do środków, które nie mogą pomóc (jak rozszerzenie kanału szyjki, skrobanie, operacje plastyczne), poradzi

chorej zabieg operacyjny brzuszny (salpingostomię albo inny), który jedynie może być skuteczny.

7. Nieocenionym środkiem pomocniczym jest przedmuchiwanie jako kontrola podczas operacji brzusznych. Salpingostomię zdaje się nie do pomyslenia bez kontroli przedmuchiwania, ponieważ jajowód może być niedrożny nie tylko w ujściu brzusznej, ale i w części przymaciczej, a to zupełnie zmienia sposób postępowania.
8. Przedmuchiwanie, zdaje się nam, może mieć pewne zastosowanie lecznicze w przypadkach zatkania trąbek czopkami śluzu lub nieznacznych dokoła nich zrostów: potwierdziły to dwa nasze przypadki, które wykazały drożność dopiero przy próbach powtórnych jak i przypadki zajścia w ciążę bezpośrednio po przedmuchiowaniu jajowodów.

Laurenti i Moussalli mieli przypadek ciężkiej postaci bolesnego miesiączkowania, w którym po zastosowaniu przedmuchiwań dolegliwości zupełnie ustąpiły. Ci sami autorowie mówią (to już rozważanie teoretyczne) o możliwości stosowania przedmuchiwania w zapaleniach gruźliczych otrzewny, zamiast laparotomji, tam, gdzie jest wskazany kontakt powietrza z otrzewną.

Z praktyki prywatnej.

Przyczynk do rozpoznawania zapalenia wyrostka robaczkowego*).

Podał

S. MINC (Białystok).

W r. 1921, badając chorego na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego przy ciężkich objawach otrzewnowych, zauważyłem przy wysłuchiwaniu jamy brzusznej na całej przestrzeni dźwięczny ton naczyń. Miało się wrażenie, jak gdyby się wysłuchiwało serce. Przypuszczając, że jest to zjawisko przypadkowe, nie przypisywałem mu żadnego znaczenia. Rok temu zauważyłem identyczny ton naczyń u chorego na zapalenie wyrostka robaczkowego z objawami rozlanego zapalenia otrzewny. Przypomniałem sobie wówczas wyżej przytoczony przypadek i postanowiłem kontynuować w tym kierunku swe obserwacje. Okazało się, że w zapaleniu wyrostka robaczkowego, któremu towarzyszą objawy ogólnego zapalenia otrzewny, dźwięczenie naczyń jamy brzusznej jest zjawiskiem wcale nierzadkiem. Z początku tłumaczyłem sobie to zjawisko lepszym przewodnictwem tętna dużych naczyń jamy brzusznej w związku ze stanem zapalnym otrzewny. Wraz z ustąpieniem objawów otrzewnowych i umiejscowieniem sprawy chorobowej w prawym dole biodrowym — dźwięczenie naczyń zniknęło.

W następstwie uczyniłem tego rodzaju spostrzeżenie: kiedy odruch ochronny (défense musculaire)

ze strony mięśni brzusznych zmniejszał się i miałem możność głębszego przedostania się ręką do jamy brzusznej, czułem, że naczynia jamy brzusznej silnie tętniły. Wtedy jasnym stało się dla mnie, że dźwięczenie naczyń jest zależne od ich wzmożonego tętnienia. Zjawisko silnego tętnienia naczyń jamy brzusznej najprawdopodobniej objaśnia się zmianami anatomo - patologicznymi, wykrytymi przez Laignel-Lavastinea¹⁾ w zwoju trzewnym (ganglion coeliacum) w przypadkach zapalenia otrzewny.

Zjawiska, opisanego przeze mnie, nie należy uważać za objaw znamienny dla zapalenia wyrostka robaczkowego, wskazuje ono raczej, że równoległe ze stanem zapalnym wyrostka występuje i rozlane zapalenie otrzewny. Objaw ten wskazuje na ciężkość zachorzenia, i przypadki, w których spostrzegłem to zjawisko, miały przebieg ciężki.

Poruszając zagadnienie rozpoznawania stanu zapalnego wyrostka kiszki ślepej, powiem słów kilka o tych metodach badania, które mi się posługują przy rozpoznawaniu tego schorzenia.

Pomimo woli wywiady muszą być krótkie, gdyż wskutek bólu chory zwykle nie jest w możności nic sobie uprzytomnić. W każdym bądź razie ważnym jest wiedzieć, czy chory wymiotował, a jeśli tak, to kiedy to miało miejsce: przed bólami, czy też po nich. Albowiem w zaburzeniach żołądkowo-jelitowych (gastroenteritis ac.) mdłości i wymioty występują przed bólami; natomiast w zapaleniu wy-

*) Referat wygłoszony w dniu 14 września 1925 r. w Polskim Zrzeszeniu Lekarzy Województwa Białostockiego.

rostka robaczkowego po bólach. Następnie konieczne jest dokładne obejrzenie klatki piersiowej, które w tym razie jest nieraz ważniejsze od opukiwania i wysłuchiwanie; niezbędne jest zwrócenie uwagi, czy obie strony jednakowo poruszają się w czasie oddechu (*pleuritis et pneumonia crouposa*). Potem należy dokładnie obejrzeć brzuch: w zapaleniu wyrostka robaczkowego prawa dolna część brzucha często nie bierze udziału w akcji oddychania. Często daje się zauważyć przesunięcie pępka w stronę prawą i zastój w żyły biodrowej zagiętej (*vena circumflexa ilei*).

W dalszym ciągu następuje ostrożne badanie dotykowe, przy pomocy którego stwierdzamy obecność *défense musculaire*, nasilenie i miejsce największego naprężenia mięśni brzucha.

Duże znaczenie przypisuję objawowi *Blumberga*²⁾, który, jak wiadomo, polega na następującym: badanie dotykowe brzucha może być mało bolesne, lecz, jeśli szybkim ruchem cofniemy rękę badającą, to bolesność znacznie się potęguje.

Dużą wartość rozpoznawczą ma objaw, opisany przez *Rovsinga*³⁾; polega on na tem, że ucisk ręką na esicę wywołuje ból w prawym dole biodrowym. Był czas, kiedy sądzono, że objaw *Rovsinga* występuje jedynie w schorzeniach wyrostka robaczkowego, brak go natomiast w schorzeniu przydatków. Jednakże to przypuszczenie okazało się niesłusznym.

Bardzo ważne jest określenie odruchów brzusznych. Często w prawej dolnej stronie brzucha odruchu brzuszego brak, lub występuje on bardzo słabo, gdy tymczasem z lewej strony udaje się go wywołać. Jeśli zaś odruch brzuszny po stronie prawej jest w zupełności zachowany, to skurcz ściany brzusznej wywołuje u chorego ostry ból.

Cennym objawem również jest następujące zjawisko: ujęcie skóry nad kiszka ślepa w fałdę daje w razie stanu zapalnego wyrostka silną bolesność, i, zgodnie z mojami spostrzeżeniami, objaw ten jest jednym z najstalszych w ostrych stanach zapalnych wyrostka kiszki ślepej.

Co się tyczy opukiwania brzucha, to metoda ta wogóle daje nam najmniej danych rozpoznawczych w powyższym schorzeniu. Chciałbym jedynie zwrócić uwagę na następującą okoliczność: badanie dotykowe brzucha (*palpatio*) w zapaleniu wyrostka może być mało bolesne, podczas gdy krótkie uderzenia młoteczką po plesymetrze wywołują silną bolesność.

W niektórych przypadkach udawało mi się w czasie wysłuchiwania jamy brzusznej usłyszeć dźwięki metaliczne na przestrzeni kiszki ślepej. Wiedząc, że jest to zjawisko, spostrzegane w zamknięciu światła jelit (*occlusio intestini*), nie pojmowałem, dlaczego spotykam je w ostrem schorzeniu wyrostka. Jednakże udało mi się znaleźć wzmiankę w piśmiennictwie, że *Unger*⁴⁾ uważa to zjawisko za patognomiczne nie tylko w niedrożności jelit ale i w schorzeniu wyrostka. Objaw ten daje się zauważyć jedynie wówczas, gdy proces chorobowy jest zupełnie ograniczony i tylko w ciągu pierwszych 24 godzin; natomiast kiedy ruchy robaczkowe jelit cienkich ustają, naskutek wciągnięcia w sprawę chorobową otrzewny — znikają i dźwięki metaliczne.

Niedawno ukazała się praca w „Polskiej Gazecie Lekarskiej“ doc. dr. *Moniorskiego*⁵⁾: „O wartości rozpoznawczej opukiwania górnego przedniego kolca kości biodrowej w ginekologii“; autor powołuje się na pracę *Jenttera*, umieszczoną w „Zentralblatt für Gynäkologie“. *Jentter* w swoim artykule dowodzi, że opukiwanie kolca daje odgłos bębenny, a to dlatego, że w miednicy do talerza biodrowego przylegają jelita. Jeżeli między kością miednicy i otrzewną znajduje się guz lub wysięk, to tłumi on fale głosowe, i w takim przypadku opukiwanie daje odgłos mniej lub więcej stłumiony: wewnątrzotrzewnowe wysięki i guzy nie wpływają na zmianę odgłosu opukowego. W celu sprawdzenia powyższej metody autor artykułu w „Gaz. Lek.“ przeprowadził systematyczne opukiwanie kolca biodrowego każdej niemal zgłaszającej się do szpitala chorej i przyszedł do wniosku, że znacznie stłumiony odgłos z jednej strony w porównaniu z drugą stroną przemawia za nieprawidłowością w przymaciczu: może to być zapalenie, guz wśródwężadłowy, nacieczenie masą nowotworową, krwiak lub też zapalenie przydatków, powikłane zapaleniem przymacicza.

W tem miejscu zaznaczyć muszę, że opukiwanie okolicy kolca górnego przedniego, jako sposób rozpoznawczy, było podane jeszcze przed *Jentterem*, a mianowicie w 1907 r. przez *Ferretiego*⁶⁾. Jemu więc należy się pierwszeństwo. Zgodnie z *Ferretim* w zapaleniu wyrostka, łącznie z wysiękiem dookoła kiszki ślepej lub w miednicy, znajdujemy stłumienie przy opukiwaniu prawego kolca przedniego. Takież stłumienie, według zdania włoskiego autora, może mieć miejsce w ropowicy więzadła szerokiego (*phlegmone ligamenti lati*), w ropniach okołonerkowych, opuszczających się do miednicy, i wogóle we wszystkich wysiękach, wypełniających dół biodrowy. W ten sposób dżagnostyka różniczkowa spraw chorobowych wewnątrzotrzewnowych i zewnątrzotrzewnowych, o której mówią *Jentter* i autor pracy w „Gaz. Lek.“, według danych *Ferretiego* okazuje się niemożliwą.

Niedawno była operowana chora moja (przez dr. *Kobowskiego*), która miała śluzienie przy opukiwaniu okolicy lewego kolca górnego przedniego kości biodrowej. Na stole operacyjnym znaleziono skupienie wewnątrzotrzewnowe ropy, przeważnie w lewym dole biodrowym, najprawdopodobniej na tle zapalenia wyrostka robaczkowego.

W zakończeniu nadmienić muszę, że zginanie prawej kończyny dolnej w stawie biodrowym wywołuje u niektórych osób, cierpiących na ostre zapalenie wyrostka, ból.

Jest ogólnie wiadomą rzeczą, jak ważnym czynnikiem rozpoznawczym w schorzeniu wyrostka robaczkowego jest badanie przez odbytnicę i przez pochwę.

Jednakże należy pamiętać i o tem, że można znaleźć wszystkie objawy ostrego zapalenia wyrostka, a mimo to może mieć miejsce zgoła inne schorzenie. Dla przykładu przytoczę następujący przypadek:

A., wieśniak, l. 30, przywieziony dn. 5.VI 1925 r. do szpitala św. Rocha (w Białymstoku) w 6-tym dniu choroby. Choroba rozpoczęła się silnymi bólami brzucha, które dotychczas nie ustąpiły. Z początku wystąpiły wymioty, które powtarzały się kilkakrotnie w czasie choroby. Stolca przez cały czas nie oddaje, przez ostatnie 2 dni również i gazów.

Ciepłota prawidłowa. Chory podaje, że na trzeci dzień choroby w domu miał nieco podniesioną ciepłotę (37,5°). Język wilgotny. Ze strony płuc żadnych zbroczeń od normy nie znaleziono. Tętno serca głucho, czyste. Uderzenie koniuszczkowe w 4-ej przestrzeni międzyżebrowej na linii sutkowej. Tętno 80. Stłumienie wątrobowe, od przodu aż do linii pachowej przedniej, określić się nie daje. Brzuch wzdęty, powłoki naprężone. W lewym podżebrzu wzdęcie nieco większe. Przy obmacywaniu brzuch niebolesny, brak objawu Blumberga aż do okolicy prawego dołu biodrowego, która jest bardzo wrażliwa. Objaw Rovsinga występuje wybitnie. Łekkie zbieranie w fałdę skóry na tej przestrzeni wywołuje silny ból. Wysłuchując brzuch, nie słyszymy ani ruchów robaczkowych jelit, ani innych objawów. Odruch brzuszny po stronie prawej nie występuje, natomiast jest on zachowany symetrycznie po stronie lewej. Badanie przez odbytnicę wykazuje bolesność w dole Douglasa.

5.VI, w dzień przybycia chorego do szpitala wykonano zabieg operacyjny w znieczuleniu miejscowym (dr. Fiedorewicz). Cięcie w okolicy kiszki ślepej; z rany buchnęła ciecz krwawa. Ukazały się poczerwiałe pętle jelit (Infaretus intestinum? Strangulatio?). Radykalnej operacji nie dokonano.

Powiem jeszcze słów kilka o przewlekłym schorzeniu wyrostka robaczkowego. Rozpoznanie tego stanu, jeśli w wywiadach nie było ostrych napadów, szczególnie w przypadkach, w których podejrzewamy appendicite chr. d' embliée, jest dość trudne. Nie będę wnikał w szczegóły rozpoznawania przewlekłego schorzenia wyrostka, wspomnę tylko, że już dawno przestałem posługiwać się w rozpoznawaniu tego cierpienia punktami Mac Burneya, Lanza i t.p. Bardziej ściśle dane otrzymujemy, posługując się podaniem przez Hausmana obmacywaniem mięśnia lędźwiowo-udowego (m. psoas), który w przewlekłym stanie zapalnym wyrostka bywa bolesny w swej części dolnej; w zapaleniu miedniczek nerkowych i w kamicy nerkowej bolesność występuje w górnej części mięśnia.

Powyżej wzmiankowałem, że rozpoznawanie przewlekłego zapalenia wyrostka jest dość trudne, jednakże rzadko mylimy się, robiąc to rozpoznanie. gdyż wedle Aschoffa⁷⁾ u dorosłych 50% wyrostków jest zmienionych chorobowo, a wedle danych Bérarda i Vignarda⁸⁾, zmiany znajdujemy w znacznej większości przypadków. Jasnym jest, że niewiele ryzykujemy, rozpoznając zapalenie wyrostka i radząc choremu, by poddał się zabiegowi chirurgicznemu. Wynik jest ten, że terapeuta jest zadowolony, upewniwszy się co do słuszności rozpoznania, niemniej zadowolony jest chirurg, gdyż nie na próżno otwierał jamę brzuszną, lecz, niestety, bardzo często tertius non gaudet — jest to pacjent, gdyż bóle, niezależnie od usunięcia wyrostka, nie znikają. Według danych statystycznych Coffeya, otrzymanych na podstawie bardzo licznych materiałów klinicznych, operowanego z powodu przewlekłego stanu zapalnego wyrostka robaczkowego, poprawa nie nastąpiła w 70% przypadków.

Zdaje mi się, iż przed stwierdzeniem związku przyczynowego między skargami pacjenta, a zapalnym stanem wyrostka robaczkowego konieczne jest wyłączenie całego szeregu schorzeń, które mogą naśladować obraz kliniczny tego cierpienia, mianowicie: zapalenia miedniczek nerkowych, kamicy nerkowej, przepukliny pachwinowej, wrzodu okrągłego dwunastnicy, nieżyty jelit, głównie błoniastego (colitis membranacea), zapalenia gruczołu kroko-

wego, wędrującej nerki, kamicy żółciowej i zastoiny kiszkowej po stronie prawej (stasis intestinalis dxt.).

Piśmiennictwo.

1) Laignel-Lavastine: Pathologie du sympathique; 2) Blumberg: Berl. Klin. Woch. 1910, Nr. 4; 3) Rovsing: Centralbl. f. Chir., 1907, str. 1257; 4) Unger: Centralbl. f. Chir. 5.X.1912; 5) Monsiowski: Gaz. Lek. Nr. 17, 1925; 6) Ferreti: Policlinico 20.I.1917; 7) Aschoff: Die Wurmfortsatzentzündung, Jena 1908; 8) Bérard et Vignard: L'appendicite; 9) Coffey, patrz Guillaume: Les colityphlites.

Rola obrzęku naczyńioruchowego w patogenezie porażenia okresowego.

Podał

Władysław STERLING.

Patogeneza porażenia okresowego czyli t. zw. choroby Westphala-Goldflama pomimo licznych prac, poświęconych tej sprawie, nie może być dotąd uważana za wyswietloną. Cały zakres teorii, starających się uchwycić istotę sprawy patologicznej, wyzwalającej okresową niedomogę ruchową (teoria mięśniowa, teoria toksyczna, teoria hormonalna, teoria padaczkowa, teoria kontaktu neuronów) — ujmuje zjawisko to z zupełnie odmiennych punktów widzenia, ale o jakiejś jednolitej koncepcji niema dotąd jeszcze mowy. To też każde spostrzeżenie, mogące na zagadnienie to rzucić nowe światło, zasługuje na uwzględnienie. Przynajmniej tu kilka takich obserwacji w krótkim streszczeniu.

Przypadek I. Mężczyzna 23-letni. Brak obarczenia dziedzicznego i rodzinnego. Nigdy poważniej nie chorował. Drgawek nie miał. Grypa w 1917 r. Z 5-ga rodzeństwa żyje dwoje, najstarsze i najmłodsze zmarło w kilka dni po urodzeniu. Początek obecnej choroby w 18-ym miesiącu życia: po półgodzinnym przespaniu się pacjenta na sienniku, rozłożonym na podłodze, wystąpiło nagle porażenie 4 kończyn: po 1/2 godzinie napad minął, i pacjent wrócił do zupełnego zdrowia. Napady jednakże od tego czasu powtarzały się często, przyczem zarówno ukształtowanie ich kliniczne, jak i czas trwania wykazywały znaczny polimorfizm. Obok wielkich napadów klasycznych występowały często napady poronne. Napady klasyczne występują przeważnie w nocy lub nad ranem: chory budzi się nagle cały obłany, potem, nie może się zupełnie poruszyć na łóżku, odczuwa „ciężkość ciała“ i nie może wykonać absolutnie żadnego ruchu kończynami, tułowiem, a czasami również i głową przy kompletnie zachowanej przytomności i sprawności nerwów czaszkowych: po 30 — 45 minutach nasilenie napadu zmniejsza się, chory może obrócić się na łóżku, zsunąć się z łóżka na krawędź, jednakże do zupełnego władania kończynami wraca dopiero po 2 — 5 — 7 dniach. Napady poronne ujawniają się w postaci krótkotrwałych porażeń — (od kilkunastu min. do kilku godz.) albo jednej z kończyn albo w postaci paraparezy górnej lub dolnej, albo w postaci trudności obracania głową; występują one dość często, niekiedy nawet 2 — 3 razy w ciągu dnia. Najciekawsza jednak u pacjenta naszego jest trzecia kategoria napadów, które ujawniać się zaczęły dopiero w przeciągu ostatnich 4 lat, a które możnaby określić jako napady przedłużone. Są to stany, w których po kilkugodzinnym zupełnym porażeniu wszystkich kończyn i tułowia pozostaje mniej lub więcej znaczny niedowład na przeciąg kilku tygodni, a nawet miesięcy. Chory, jak dotąd, przeżył 3 takie napady przedłużone: jeden w 1921 r., który trwał 9 tygodni i minął zupełnie, drugi w 1923 r., który trwał przeszło 3 miesiące i

również nie pozostawił żadnego śladu, ostatni zaś napad rozpoczął się w kwietniu 1925 r. i nie przeminął dotąd po trwaniu przeszło 7-miesięcy, pozostawiając znaczne objawy osłabienia kończyn górnych a zwłaszcza dolnych, o których będzie jeszcze mowa. Zasługuje na specjalne podkreślenie fakt, że na te szczątkowe objawy niedowładu w okresie napadów przewlekłych nawarstwia się mogą liczne napady bądź klasyczne z porażeniem całkowitem, bądź, co częściej, napady poronne, które następnie mijają, pozostawiając uprzedni stan niedowładu bez zmian. Podczas okresu prawie 5-letniego, odkąd mam chorego w obserwacji, miałem sposobność wielokrotnie obserwować osobście napady poronne, kilkakrotnie — klasyczne i dwukrotnie — przedłużone. Na wysokości napadu klasycznego natężenie porażenia jest tak głębokie, że pacjent wykonywać może tylko minimalne ruchy zginające i rozginające w palcach dłoni, natomiast ruchy głowy, tułowia, kończyn dolnych i proksymalnych odcinków kończyn górnych są zazwyczaj zupełnie zniesione. Restytucja siły i sprawności ruchowej następuje zazwyczaj stopniowo, najczęściej w kierunku od obwodu ku proksymalnym odcinkom kończyn — a po upływie 3 do 6 godzin chory może z trudnością zwlec się z łóżka i w sposób ociężały chodzić o własnych siłach, zawsze jednakże upłynąć musi od 2 do 7 dni, zanim sprawność ruchowa dojdzie do stanu normalnego. Przytomność podczas napadu jest całkowicie zachowana, zachowanie się chorego jest nacechowane pewnym lękiem. Cały tułów, kończyny, twarz, i czoło pokryte są obfitym potem, stopy i dłonie sine i zimne na dotyk, skóra wykazuje wybitny dermatografizm. Niekiedy po napadzie oddawanie moczu jest nieznacznie utrudnione. Ani jednego razu podczas napadu nie udało mi się stwierdzić t. zw. „odczynu trupiego“ („Cadaverreaction“), muskulatury, przyczem oddziaływanie faradyczne wykazywało niekiedy nieznaczne obniżenie. Natomiast kilkakrotnie nie tylko na wysokości rozwoju napadu klasycznego, ale i w kilka godzin potem odruchy kolanowe i Achillesowe były zniesione, niekiedy zaś brak było tylko jednego z odruchów kolanowych lub stopowych. Podczas niektórych napadów zwłaszcza w okresie początkowym chory uskarżał się na rwące bóle wzdłuż przedniej powierzchni ud i podudzi, zaś raz jeden również w okolicy powierzchni zewnętrznej prawego ramienia. Podczas napadów poronnych brak było tych wszystkich objawów, nie stwierdzono również zmian w odruchach.

Przebieg ostatniego, najbardziej długotrwałego z napadów przedłużonych, który rozpoczął się w kwietniu 1925 r. i trwa jeszcze dotąd (t. j. w połowie października b. r.) był następujący. Po nocnym napadzie całkowitego porażenia kończyn i tułowia — chory nie powrócił do zwykłej sprawności, jaką osiągał zazwyczaj po 2 — 3 — 5 — 7-dniowym trwaniu napadu klasycznego. Przez cały kwiecień chodził z największą trudnością, pociągając nogami podpierając się laską. Badanie obiektywne, dokonywane wielokrotnie w przeciągu kwietnia i maja, stwierdzało osłabienie mięśni tułowia oraz kończyn górnych en masse oraz bardzo wybitny niedowład muskulatury kończyn dolnych mniej więcej równomierny w obu kończynach, najbardziej zaznaczony w odcinkach dystalnych; szczególnie osłabione były ruchy w stawach skokowych, zwłaszcza fleksja plantarna — tak, że pacjent przy największym wysiłku i przytrzymywaniu się obręcz poręczy krzesła nie mógł stanąć na palcach. W pierwszej połowie czerwca b. r. wystąpiła nieznaczna poprawa w sile ruchowej kończyn dolnych a specjalnie w ruchach stóp. Pacjent wtedy, za moją poradą, przebył 6 tygodni na oddziale d-ra Flatau'a w szpitalu na Czystem, gdzie badanie obiektywne wykryło nieznaczne osłabienie kończyn górnych oraz daleko wybitniejszy niedowład kończyn dolnych mniej więcej równomierny we wszystkich odcinkach przy zachowanych odruchach ścięgowych i braku zmian w nerwach czaszkowych. Badanie elektryczne stwierdziło normalne oddziaływanie mięśni kończyn górnych na prąd galwaniczny i faradyczny oraz obniżenie pobudliwości galwanicznej i faradycznej muskulatury kończyn dolnych. W okresie tym chory przeszedł cały szereg drobnych napadów poronnych, które występowały przeważnie nad ranem. Stan paretyczny kończyn dolnych jeszcze ku końcowi października, a więc w 7 miesięcy po wystąpieniu napadu — trwa, jak dotąd, bez tendencji do dalszej poprawy.

Mocz bez składników patologicznych. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

Rozpoznanie w przypadku niniejszym porażenia okresowego, pomimo braku „odczynu trupiego“, wobec charakterystycznego przebiegu napadów klasycznych i przemijającego zaniku odruchów kolanowych i stopowych — może być uważane za ustalone. Odrębną cechą przypadku tego są nieliczne napady poronne, które spostrzegane były już przez szereg badaczy, ale niezwykle przewlekłe przedłużanie się niektórych napadów. Jeżeli trwanie porażenia do kilku dni jest już zjawiskiem w porażeniu okresowym bądź co bądź rzadkiem, to przedłużanie się objawów niedowładu do kilku tygodni a nawet miesięcy — należy do objawów zupełnie wyjątkowych. Zwłaszcza niezwykłą dla obrazu klin. porażenia okresowego jest ostatnia faza rozwoju z jej trwaniem przeszło 7-miesięcy i bez tendencji do regresji. Wprawdzie Bernhardt i Oppenheim spostrzegali w jednym przypadku przejście porażenia okresowego w dystrofię mięśniową, ale o rozpoznaniu tem wobec braku zaników mięśniowych, przerostu wrzekomego i głębszych zmian w oddziaływaniu elektrycznym w naszym przypadku nie może być mowy. Natomiast z przebiegu i ukształtowania się fizjonomji klinicznej przypadku tego daje się wysnuć odmienna analogja, oświetlająca w sposób dotąd nieznaną patogenezę porażenia okresowego. Otóż, jeżeli przebieg myślamy patologję stanów chorobowych, ujawniających się w postaci okresowej, to należy przysć do wniosku, że cierpieniem, które powodować może objawy okresowe, przekształcające się po szeregu nawrotów w następne objawy stałe, jest jedynie t. zw. obrzęk naczyń ruchowy czyli choroba Quinckego. Poglądy nasze na całokształt kliniczny tej sprawy uległy w ostatnich czasach znacznemu przekształceniu. Nauczyliśmy się rozpoznawać chorobe Quinckego nie tylko wtedy, kiedy powoduje ona występowanie objawów okresowych, ale również i wtedy, kiedy prowadzi do objawów trwałych. Na zasadzie mego osobistego doświadczenia wydaje mi się możliwe odróżniać następujące typy kliniczne tej choroby: 1) typ najczęstszy, wyłącznie okresowy, 2) typ okresowy, wykazujący tendencję do stopniowego utrwalania się objawów, które początkowo ujawniały się w sposób okresowy, 3) typ utrwalony, jak poprzedni, lecz okresowo zaostrzający się i 4) wreszcie typ od początku trwały z nasileniem lub bez nasilenia okresowych. Porażenie okresowe w postaci klasycznej odpowiadałoby przebiegami typowi I, zaś opisany przypadek przebiegiem i rozwojem objawów zbliża się do typu III.

Za powinowactwem porażenia okresowego do choroby Quinckego przemawiają jednakże nie tylko analogje w rozwoju klinicznym obu cierpień, ale również i ścisły związek okresowych objawów niedomogi ruchowej ze zjawiskami obrzęku naczyń ruchowego w rozmaitych miejscach ciała, dostępnymi już bezpośrednio dla obserwacji klinicznej. Związek taki występował wyraźnie w następujących spostrzeżeniach moich.

Przypadek II. Mężczyzna 22-letni, którego ob-

serwacja obejmuje okres niespełna trzyletni. Chory pochodzi z rodziny obciążonej pod względem neuropatycznym: matka cierpiała na migrenę, ojciec przechodził wielokrotnie okresy depresji, siostra dotknięta jest dychawicą oskrzelową. Pacjent zaczął chorować dopiero w 16-tym miesiącu, ale następnie pod względem fizycznym i intelektualnym rozwijał się zupełnie prawidłowo. W 9-ym roku życia przeszedł ciężką płonicę, pozatem nigdy poważniej nie chorował. Drgawek nie miewał. W 20-ym roku życia nagle bez jakiegokolwiek przyczyny wystąpiło obrzmienie górnej wargi niebolesne bez objawów zapalnych, które trwało przez kilka godzin i następnie przeszło bez śladu. Obrzmienie to powtarzało się wielokrotnie w rozmaitych odstępach czasu, początkowo przechodząc zupełnie, zaś ku końcowi 8-go miesiąca choroby pozostawiając trwałe zgrubienie górnej wargi, zwłaszcza jej prawej połowy, które z każdym następnym paroksyzmem wzmagало się, — aż wreszcie w początkach drugiego roku choroby doszło do stanu obecnego, który już nie ulega zmianie, przyczem grubość wargi górnej przynajmniej wdwójnasób przekracza grubość dolnej wargi. Ku końcowi 17-go miesiąca choroby wystąpił po raz pierwszy napad zupełnie odmiennej kategorii: mianowicie nad ranem rozwinęło się tak olbrzymie obrzmienie moszny i prącia, że choremu poprostu trudno było włożyć białiznę i ubranie. Obrzmienie to przeszło po niespełna 4-godzinnem trwaniu, nie pozostawiając żadnego śladu. Analogiczny napad obrzmienia prącia i moszny przeszedł chory w 5 miesięcy potem, ale podczas napadu tego wystąpiło nowe powikłanie: Chory mianowicie uskarżał się na ociążałość w nogach i znaczne utrudnienie chodzenia: i rzeczywiście przy badaniu obiektywnym stwierdziłem wtenczas obok zachowanych wymiarów ruchów wybitne osłabienie siły mięśniowej we wszystkich odcinkach kończyn dolnych, największe w obrębie stawów biodrowych. Prawdziwie nieoczekiwanym jednakże był dla mnie fakt, że podczas badania nie udało mi się wywołać odruchów kolanowych i prawego stopowego. Odruchy powróciły dopiero po 5½ godzinach t. j. mniej więcej w ½ godziny po całkowitem wyrównaniu się osłabienia kończyn dolnych. Badanie elektryczne nie mogło być wtedy dokonane. Zupełnie analogiczny napad obrzmienia moszny i prącia z następczem jeszcze bardziej długotrwałem osłabieniem kończyn dolnych (podobno do 9 godzin) wystąpił 7 tygodni po poprzedzającym, ale badanie obiektywne nie było wtedy dokonane. Obecnie prócz obrzmienia górnej wargi, które od czasu do czasu ulega nieznacznemu na sileniu, nie stwierdza się żadnych objawów ze strony układu nerwowego.

Jeszcze bardziej ściśle zespolenie okresowej niedomogi ruchowej z obrzękiem naczyńioruchowym spotykamy w następującej obserwacji.

Przypadek III dotyczy 36-letniej zamężnej kobiety, której choroba zaczęła się przed niespełna 11 miesiącami; wystąpiło wtedy po raz pierwszy obrzmienie czoła, powiek, policzków, warg i podbródka, zniekształcające twarz do tego stopnia, że pacjentka, jak twierdzi, wyglądała wtedy jak „pokąsana przez osy”. Obrzmienie to było niebolesne, nie powodowało swędzenia, przebiegało bez podniesienia ciepłoty, trwało w swem największem natężeniu około 8 godzin i następnie w przeciągu 1½ dnia wyrównało się zupełnie. Już ten pierwszy napad obrzęku naczyńioruchowego, który wystąpił w godzinach popołudniowych, poprzedzony był szczególnem uczuciem niemocy ruchowej, które ogarnęło chorą nad ranem podczas snu, powodując zupełną niemożność zmiany pozycji w łóżku przy zachowanych — jakkolwiek bardzo osłabionych i utrudnionych ruchach w kończynach. Okres niedowładu tego trwał wtedy krótko, w każdym zaś razie nie przekraczał godziny. Następny paroksyzm choroby Quinckego — poprzedzony zupełnie analogicznym niedowładem mięśniowym — o mniejszem wiele natężeniu ale o dłuższem trwaniu (około 1½ godzin) wystąpił mniej więcej w tydzień po pierwszym i ogarnął nie tylko twarz, jak w napadzie pierwszym, ale również i obie dłonie, których powierzchnie dłoniowe i grzbietowe obrzmiały były jak poduszki do tego stopnia, że chora z trudnością tylko mogła wykonywać manipulacje przy myciu, czesaniu, zapinaniu guzików, jedzeniu i t. p. Rezolucja objawów obrzękowych trwała tym razem dłużej niż w pierwszym napadzie (przeszło 3 dni), przyczem obrzmienie

zmniejszało się stopniowo, zaś w końcowym okresie sprawy nastąpiło całkowite oddzielenie się naskórka obu dłoni, tak że pacjentka po przebytych napadzie przyniosła mi całe fragmenty jakgdyby rękawiczek utworzonych z płatów oddzielenego naskórka. Odtąd napady obrzęku naczyńioruchowego powtarzały się w odstępach 3—4—5—7-tygodniowych, przebiegając niezawsze w postaci jednakowej: niektóre z nich ujawniały się wyłącznie w postaci obrzmienia twarzy, inne jako obrzmienie twarzy łącznie z obrzmieniem dłoni i następczem oddzieleniem się naskórka, inne wreszcie najrzadsze łącznie w postaci obrzmienia dłoni, a czasem i dolnych odcinków przedramion. Wszystkie jednak napady bez wyjątku poprzedzane były na kilka lub kilkanaście godzin przez opisane wyżej uczucie niemocy w obrębie tułowia i kończyn o trwaniu wahającym się jak dotąd pomiędzy trzema kwadransami a dwiema godzinami. Prawidłowość tej kolejności zjawisk była do tego stopnia stała, że według doświadczenia pacjentki paroksyzm niedowładu rannego w sposób nieomylny zwiastował następcze obrzmienie twarzy i dłoni. Pacjentka w dzieciństwie przeszła odrę, jako panna cierpiała przez czas krótki na migrenę, 2 razy rodziła, poronień nie przechodziła. Jedną z siostr chorą cierpiała na ciężką dychawicę oskrzelową. W okresie pomiędzy napadami badanie nie stwierdza absolutnie żadnych objawów chorobowych.

Wszystkie streszczone tutaj przypadki wykazują jako cechę wspólną — powinowactwo okresowej niedomogi ruchowej z obrazem klinicznym okresowego obrzęku naczyńioruchowego. W przypadku pierwszym powinowactwo to ujawnia się w postaci jedynej w swoim rodzaju analogji przekształcania się objawów przemijających w objawy ubytkowe trwałe, w przypadkach pozostałych związek ten jest jeszcze bliższy, gdyż w przypadku drugim objawy porażeniowe ukazywały się na wysokości obrzęku okresowego, w przypadku trzecim zwiastowały z nieomylną ścisłością pojawienie się obrzmienia naczyńioruchowego. Analiza powyższych spostrzeżeń uprawnia nas do wypowiedzenia przypuszczenia, że jednym z momentów patogenetycznych, odgrywających rolę w powstawaniu porażenia okresowego, może być obrzęk naczyńioruchowy.

Za przypuszczeniem tem przemawiają niektóre fakty natury klinicznej z dziedziny fenomenologii choroby Quinckego, które znane mi są po części z piśmiennictwa po części zaś z obserwacji własnej. Doświadczenia lat ostatnich wskazują, że choroba Quinckego, która rozwija się, jak wiadomo, na tle zaburzeń w unerwieniu naczyńioruchowym, powodować może z kolei różnorodne objawy neurologiczne, skoro obrzęk usadowi się w tem lub owem terytorjum obwodowego lub centralnego układu nerwowego. Jak dotąd, znane są przypadki przemijającego zajęcia niektórych nerwów czaszkowych oraz okresowego zachorzenia mózgowia na podłożu choroby Quinckego. Do najbardziej ważnych i interesujących należą te niezmiernie rzadkie przypadki, w których obok obrzęku naczyńioruchowego w skórze lub w stawach rozwija się tarcza zastoinowa, jako wyraz obrzęku nerwów wzrokowych, która po pewnym czasie znika bez śladu (Handwenger, Zandowa). Z osobistej obserwacji znane mi są 2 przypadki ostrego piorunującego zespołu Mériera-Rowskiego, który ujawniał się na szczycie rozwoju obrzęków skóry i znikał wraz z wyrównaniem się tych objawów. Zajęcie mózgowia przez ob-

rzęk naczynioruchowy powodować może ostro rozwijające się i bardzo szybko ustępujące objawy porażenia połowiczego. Spostreżalem taki przypadek u 17-letniego chłopca, gdzie naprzemiennie z objawami okresowego obrzmienia stawów kolanowych wystąpiły dwukrotnie krótkotrwałe (po kilka godzin) stany lewostronnego porażenia połowiczego z przewagą zajęcia kończyny górnej, ze znacznym osłabieniem odruchów skórnych i nieznacznym wzmożeniem ścięgowych — bez objawu Babińskiego. Drugi przypadek mój z tej kategorii dotyczył 34-letniej panny, u której po krótkim okresie prodromalnym bólów głowy oraz obrzmienia powiek rozwinęło się w przeciągu kilku godzin prawostronne porażenie połowicze ze znaczną przewagą w zajęciu kończyny górnej, ze wzmożeniem odruchów ścięgowych, z objawami Babińskiego, Cacciapuottiego, Rossolimo i Raimista po prawej stronie — oraz z wybitnymi objawami niemoty ruchowej i parafazji — przy całkowicie zachowanej przytomności. Wszystkie objawy powyższe ustąpiły w przeciągu 3 dni i nie pozostawiły żadnego śladu. Taż sama pacjentka przeszła uprzednio w odstępie 2½ rocznym dwa poronujące napady błędnikowe, z których każdy zwałił ją z nóg na kilka godzin i które były analogiczne do uprzednio wspomnianych. Analogiczny przypadek porażenia połowiczego na tle obrzęku naczynioruchowego opisany został przez Wurcelmanna.

Jeżeli uprzytomnimy sobie liczne objawy naczynioruchowe, które towarzyszą zazwyczaj napadowi porażenia okresowego (pocenie się i zimne dłonie, błądność twarzy i t. p.), a które są niewątpliwie wynikiem zaburzeń w czynności układu

współczulnego i autonomicznego, czego potwierdzenie znajdujemy w badaniach farmakodynamicznych Orzechowskiego — to możliwość związku patogenetycznego porażenia okresowego z chorobą Quinckego — tymi klasycznym przejawem dysfunkcji układu naczynioruchowego — zyska jeszcze bardziej na prawdopodobieństwie. Nie wymaga to bliższego uzasadnienia, że terenem, którego zajęcie przez obrzęk przemijający powodować może objawy przemijającego porażenia czterech kończyn i tułowia — może być tylko neuron obwodowy, ściślej zaś mówiąc substancja szara rogów przednich rdzenia, za czem prócz zaniku odruchów ścięgowych przemawiają również te głębokie tak bardzo zmiany w oddziaływaniu elektrycznym, które prowadzić mogą do t. zw. „reakcji trupiej“. Z licznych badań klinicznych i eksperymentalnych wiadomo, że ostry obrzęk tkanki nerwowej prowadzić może do całkowitego zniesienia funkcji, nie powodując żadnych zmian trwałych w tkance nerwowej, co też tłumaczyć nam może w przebiegu porażenia okresowego tak szybką restytucję po ustąpieniu obrzęku. Opierając się na wywodach powyższych oraz na przytoczonym materiale klinicznym, pozwalam sobie wypowiedzieć przypuszczenie, że w niektórych przypadkach porażenia okresowego rolę patogenetyczną w powstawaniu przemijającej niedomagiruchowej odgrywać może obrzęk naczynioruchowy, że więc porażenie okresowe jest tylko specjalnie zlokalizowaną w istocie szarej przednich rogów rdzenia postacią choroby Quinckego.

Streszczenia zbiorowe.

O napięciu mięśniowym.

Podał

Natalja ZYLBERLAST-ZANDOWA (Warszawa).

Napięcie mięśniowe jest zjawiskiem niezmiernie złożonym. Oddawna zajmowano się niem usilnie i tłumaczono różnorodnie.

Galen w 1750 r. wypowiedział mniemanie, że napięcie mięśniowe powstaje naskutek działania układu nerwowego na układ mięśniowy, że jednak w dalszym swym trwaniu uniezależnia się ono od wpływów nerwowych i staje się zjawiskiem autonomicznym.

Od tej chwili dwie opinie ścierały się ze sobą przez długie lata. Jedni badacze rozważali napięcie mięśniowe jedynie pod kątem elastyczności (Weber, Heidenhain i inn.), związanej z samą substancją mięśniową, inni widzieli w niem objaw, wymagający udziału układu nerwowego (Hall). Względnie niedawno trzecia grupa badaczy starała się ująć napięcie mięśniowe, jako rezultat z jednej strony zjawisk chemicznych i fizycznych, wła-

ściwych samej tkance mięśniowej, z drugiej zaś zjawisk odruchowych, zależnych od układu nerwowego.

Istotnie, mięsień, pozbawiony wszelkiej łączności z układem nerwowym, zachowuje zdolność zarówno wydłużania się, jak i skracania. Na tej podstawie wysnuto mylny wniosek (Weber, Heidenhain), iż napięcie mięśniowe jest identyczne z elastycznością i nie wymaga udziału układu nerwowego. Bliższy jednak rozbiór zjawisk pozwolił ustalić (Tschirjew, Brondgeest, Mott i Sherrington), że owo skracanie i wydłużanie się mięśnia odbywa się inaczej, o ile pozostaje on w łączności z układem nerwowym za pośrednictwem nerwu obwodowego, inaczej zaś po przecięciu tego ostatniego.

Jednocześnie z badaniami doświadczalnemi na zwierzętach poczyniono spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne na ludziach, wskazujące (Muskens), że zmniejszenie napięcia mięśniowego wraz z zanikiem odruchów ścięgowych, jakie można stwierdzić w wiąździe rdzenia, należy złożyć na karb

wypadnięcia pewnych bodźców czuciowych, naskutek zwyrodnienia tylnych korzeni rdzeniowych.

W chwili obecnej nikt nie przeczy istnieniu dwóch składników napięcia mięśniowego: 1) składnika właściwie mięśniowego (*Substantonus* — *Schultzego* lub *Autotonus* — *Noyona*) oraz 2) składnika nerwowego.

Składnik nerwowy napięcia mięśniowego rozpada się z kolei na dwie kategorie: 1) na ruchową i 2) współczulną.

Tschirjew (1879) był pierwszy z pośród badaczy, który ustalił, że włókna mięśniowe posiadają dwójakie zakończenia nerwowe: jedne z nich należą do włókien nerwowych, pozbawionych myeliny, inne — do myelinowych. Pierwsze odpowiadać mają nerwom współczulnym, drugie — ruchowym. *Boer* (1913) przecinał u żaby gałązki łączące (*rami communicantes*) i stwierdził, że po zabiegu tym odpowiednie grupy mięśniowe tracą normalne swe napięcie. Stąd wniosek, że napięcie mięśniowe zależy od układu współczulnego.

Jednakże bliższy wgląd poucza, że mięśnie te nie tracą całkowicie swego napięcia, wobec czego *Sherrington* (1909) i *Langelaan* (1915) odróżniają w napięciu mięśniowym dwa czynniki: współczulny, zarządzający napięciem plastycznym (*plastic tonus*), oraz czynnik ruchowy, warunkujący napięcie kurczliwe (*contractile tonus*). Pierwszy z nich utrzuca mięsień w raz przyjętem ułożeniu, drugi — zarządza ruchami dowolnymi. Badania *Boekego*, *Agduhry* i inn. potwierdziły ten pogląd.

Mimo wszystkich tych badań opinie nawet ostatniej doby (*Botazi* i *Hess* 1923), nie przyznają włóknom współczulnym żadnej roli w ustalaniu napięcia mięśniowego.

Adrian (1920) — jakkolwiek zgadza się, że układ współczulny bierze udział w unerwieniu układu mięśniowego, to nie sądzi, by wpływał on specjalnie na napięcie mięśniowe. Najsilniejszym argumentem na korzyść tej tezy był ten, iż przecięcie gałązek łączących (*rami communicantes*) nie niweluje sztywności z odmóżdzenia (*Decerebrate rigidity* *Sherringtona*) i nie przeszkadza jej powstawaniu (*Dusser de Barenne*). Doświadczenia *Roylea* (1924) wniosły jednak poważne poprawki do twierdzenia *Adriana*, a mianowicie ustalił on, że przecięcie włókien nerwu współczulnego wpływa na sztywność z odmóżdzenia w sensie zmniejszenia jej intensywności oraz skrócenia czasu jej trwania.

Pewne poparcie dla teorii współczulnej napięcia mięśniowego znajduje *Boer* w doświadczeniu *Ernsta*, z któregooby wynikało, iż procesy chemiczne w napięciu mięśniowym tonicznym różnią się całkowicie od procesów w napięciu mięśniowym skurczowym: podczas gdy w pierwszym mięśnie nie zużywają węglowodanów, w drugim, jak wiadomo, zużywają ich bardzo wiele. W związku z tem doświadczenie *Roafa* rzuca pewne światło na stan sztywności z odmóżdzenia, znalazł on, mianowicie, że mięśnie sztywne nie wydzielają CO_2 w przeciwieństwie do mięśni tępcowych.

W obozie, uznającym podwójne unerwienie mięśni (ruchowe i współczulne), istnieją dwa różne poglądy co do miejsca przenikania zakończeń nerwowych: jedni badacze sądzą, że oba rodzaje ner-

wów unerwiają to samo włókno mięśniowe (*Boeke*, *Agduhr*, *Langelaan*), inni znowu (*Perroncito*, *Kulchitsky*, *Latham*) twierdzą, że jedne włókna mięśniowe są unerwiane przez układ współczulny, inne przez piramidowy.

Pierwszy z poglądów zgadzałby się z hipotezą *Langelaana* *Boekego*, według której, zgodnie z dwojaką budową mięśnia, istnieje podwójna jego rola: kurczliwości, dzięki istnieniu włókienek prążkowanych (*anisotropic disc*) oraz wiąsność plastyczna, dzięki obecności sarkoplazmy.

Czynnik kurczliwości zależy od układu piramidowego i służy do szybkiego ruchu, drugi — zależy od układu współczulnego i służy do utrwalenia tonicznego, plastycznego napięcia mięśniowego.

W klinice istnienie cwego napięcia plastycznego daje się rozpoznać zwłaszcza w przypadkach patologicznych, kiedy jest ono zmniejszone (w władzie rdzenia) lub też wzmożone (w stanach sztywności tak zwanej pozapiramidowej).

Niezmiernie ważne w dziedzinie badań nad napięciem mięśniowym są prace *Sherringtona*. Rozpatruje on napięcie mięśniowe, jako zjawisko odruchowe, nerwowo-mięśniowe; przyczem ramie dośrodkowe łuku odruchowego stanowią w pierwszej linii bodźce czuciowe, idące od samych mięśni, ścięgien i powierzchni stawowych. Odruchy te *Sherrington* nazwał *proprioceptive*. Dalej skóra z jej licznymi doznaniem czuciowemi, wzrok, błędnik i t. p. stwarzają co chwila szereg odruchów, które *Sherrington* nazywa *exteroceptive*, wreszcie narządy wewnętrzne odczuwaniami swemi wpływają na powstawanie odruchów t. zw. *enteroceptive*.

Magnus i *de Kleijn* zajęli się wykryciem poszczególnych odruchów, które decydują o ułożeniu ciała czy to w pozycji leżącej, czy stojącej, czy siedzącej. Odruchy te objęli on nazwą odruchów ułożenia — *Haltungsreflexe*. W pierwszej linii *Magnus* zwrócił uwagę na odruch szyjny: występuje on przy ruchach głowy czynnych lub biernych i powoduje zmianę położenia kończyn wedle ściśle określonych praw, a mianowicie: zgięcie głowy do przodu wywołuje stałe toniczne wyprostowanie kończyn tylnych oraz zgięcie kończyn przednich. Dodać należy, że dla wyłączenia wpływu zarówno ruchów dowolnych, jak i innych odruchów, które powstaćby mogły w mózgu, mózdzku lub pniu mózgowym, *Magnus* poszukiwał odruchów ułożenia na zwierzętach, pozbawionych wszystkich tych części. Dalej udało mu się stwierdzić, że odchylenie głowy do tyłu wywołuje wyprostowanie kończyn przednich oraz zgięcie tylnych. Dopatrując się w tych ułożeniach prawozoru zespołów ruchowych, niezbędnych w życiu codziennem, *Magnus* sądzi, że pochylenie głowy do przodu wywołuje ustosunkowanie wzajemne kończyn zwierzęcia, jakie normalnie ma miejsce, gdy chwytą ono pokarmy, znajdujące się niżej, niż łeb jego, zaś do tyłu — ma cechy ułożenia przy chwytaniu pożywienia, umieszczonego powyżej poziomu łba, tak np. kot kiedy pije mleko, umieszczone na podłodze, zgina w kolanach przednie łapki, zaś pro-

stuje nieco tylne, odwrotnie, gdy ma on pochwycić kawałek mięsa, zawieszony wysoko — siada na tylnych łapkach, a na przednich podciąga się do góry.

Ruchy głowy do boku wpływają dodatnio na mięśnie prostujące jednej połowy ciała oraz na zginacze — drugiej, przyczem prostują się te kończyny, w stronę których zwraca się mordka (Kieferbeine), zaś zginają przeciwległe (Schädelbeine). Tutaj możnaby było dodać, iż jest to prawzór zespołu ruchowego dowolnego, jaki występuje przy chwytaniu przedmiotu, umieszczonego z boku osobnika, na który to przedmiot skierowuje on swój wzrok.

Wszystkie te odruchy Magnus otrzymywał na zwierzętach, pozbawionych mózgu wraz z pniem aż do poziomu rdzenia przedłużonego (a także obu błędników dla wyłączenia odruchów błędnikowych). Dzięki tym niezmiernie dokładnym doświadczeniom zdołał on ustalić, że odruchy szyjne można otrzymać nawet po przecięciu rdzenia przedłużonego, że słabną one po przecięciu górnego odcinka szyjnego, zaś znikają zupełnie dopiero po przecięciu drugiego odcinka szyjnego, zatem ośrodek ich musi się mieścić w obrębie drugiego odcinka szyjnego.

Druga z rzędu ważna kategoria odruchów, wpływających na całokształt napięcia mięśniowego, należy do odruchów błędnikowych. Odruchy te występują przy zmianie położenia głowy w przestrzeni. Dla należytego ich zbadania Magnus odmóżdzał zwierzę oraz usuwał wpływ odruchów szyjnych drogą zupełnego unieruchomienia szyi (przez gipsowanie) lub też drogą przecięcia tylnych korzeni szyjnych. Zwierzę umieszczano na deseczce pionowej raz głową do góry, to znów głową na dół. Inny szereg badań uskuteczniano, kładąc zwierzę poziomo na brzuchu, albo też na grzbiecie. Napięcie mięśniowe jest najmniejsze w ułożeniu normalnym, to jest poziomo na brzuchu, największe w ułożeniu grzbietowym z mordką zwróconą ku górze.

Ośrodki odruchów błędnikowych mieszczą się według Magnusa w śródmózgowiu na poziomie wejścia VIII pary.

Zarówno odruchy szyjne, jak i błędnikowe noszą nazwę odruchów ułożenia (**Haltungsreflexe**).

Nazwę odruchów ustawiania (**Stellreflexe**), Magnus rezerwuje dla tej kategorii odruchów, które są niezbędne, by ciało zwierzęcia mogło automatycznie zmienić jedną pozycję na drugą. Odruchy ustawiania są poddane przez Magnusa subtelnej analizie. Przyglądając się zwierzętom, które zaczynają się poprawiać po wstrząsie operacyjnym po odjęciu półkul mózgowych, badacz ten zauważył, iż pierwszym odruchem ustawiania, jaki się zjawia, jest odruch normalnego ustawiania głowy: zwierzę, spoczywające dotychczas na boku, przy jakiegokolwiek podniecie (np. uszczypnięcie ogona) ustawia głowę normalnie. Powoli oprócz głowy ustawia się normalnie i przednia część tułowia, a wreszcie zwierzę siada, posługując się należycie również i tylnymi kończynami.

Odruchy ustawiania Magnus dzieli na 5 kategorii:

1) do pierwszej zalicza odruchy błędnikowe, wpływające na ustawienie głowy. Badanie ich odbywa się najdokładniej, gdy zwierzę (tak zw.

talamiczne, to jest pozbawione półkul mózgowych z pozostawieniem wzgórków wzrokowych) nie jest poddane żadnym prawie podnietom dotykowym, a zatem gdy jest zawieszony w powietrzu. Zwierzę, zawieszony w ułożeniu na wznak czy na bok, zawsze ustawia głowę normalnie. Za głową postępuje tułów naprzód w swej przedniej części, a następnie i w tylnej. Odruch ten znika, gdy zwierzę pozabawi obu błędników.

2) Drugą kategorię stanowią odruchy ustawiania głowy, wywołane asymetrycznymi podnietami skóry. Jeśli zwierzę odmóżdżone (talamiczne) i pozbawione błędników, trzymane w powietrzu, to, jak powiedziano wyżej, nie może ono ustawić głowy normalnie, jeśli zaś ułożyć je na podłodze, by leżało na boku, to głowa przyjmuje położenie normalne. Jeśli teraz stworzyć przeciwwagę dla podniety skórnej, (działającej tylko na jedną stronę ciała, dotykającą podłogi), w postaci deseczki (około 1 kilo wagi) położonej na drugą połowę ciała, to głowa pozostanie w pozycji bocznej i nie zdoła ustawić się normalnie.

3) Trzeci rodzaj odruchów ustawiania stanowią odruchy szyjne na ciało (**Halsstellreflexe**). Zwierzę talamiczne, pozostające pod wpływem wstrząsu operacyjnego, leży na boku. Jeśli wtedy biernie ustawić mu łeb w pozycji normalnej, to za nim już automatycznie występuje zmiana pozycji przedniej połowy ciała, a wkrótce i tylnej. Odruch ten nie zależy od błędnika, gdyż istnieje również u zwierząt, pozbawionych tego narządu.

4) Czwartą grupę stanowią odruchy ustawiania ciała, wywołane asymetrycznymi podnietami skóry. Jeśli zwierzę talamiczne ustawiło się w pozycji normalnej, a my zmusimy je położyć się na bok przez bierne przekręcenie głowy do boku, to pozycji tej nie zachowa ono przez czas dłuższy, lecz postara się ustawić ciało normalnie, choć głowę utrzymamy w pozycji bocznej. Bodźcem do tego odruchu będzie podnieta czuciowa skóry, dotykającej podłogi. Odruchowi temu można przeciwdziałać przez symetryczne podrażnienie skóry na przeciwległej połowie ciała, nakładając na nią deseczkę wagi 1 kilo. Jak widać, odruch tej kategorii musi walczyć z odruchem szyjnym ustawiania, który dąży do utrzymania ciała w pozycji analogicznej do tej, jaką zajmuje głowa.

Co się tyczy umiejscowienia ośrodków dla odruchów ustawiania, to, jak wynika z doświadczeń Magnusa, siedliskiem ich jest śródmózgowie. Króliki, pozbawione półkul mózgowych i międzymózgowia aż do wzgórków czworaczych, zachowują wszystkie odruchy ustawiania i dopiero przecięcie śródmózgowia niweczy je, powodując jednocześnie sztywność z odmóżdżenia. Mimochodem podkreślić należy, iż ośrodek odruchu błędnikowego ustawiania, mieści się w śródmózgowiu, podczas gdy odruch błędnikowy toniczny ma ośrodek swój w rdzeniu przedłużonym.

5) odruchy ustawiania wzrokowe, (**Optische Stellreflexe**) nie mieszczą się w śródmózgowiu, lecz w mózgu, a zatem zwierzęta (koty, psy), pozbawione mózgu, odruchów tych nie

wykazują. Brak ich również u normalnych królików.

Odruchy wzrokowe ustawiania dają się najlepiej uwidocznić u zwierząt, pozbawionych błędników. W tych warunkach zwierzę, zawieszony w powietrzu, nie umie ustawić głowy należycie, o ile mu zasłoń oczy kapturkiem. Z oczyma otwartymi i wzrokiem, skierowanym na jakiś przedmiot — ustawia głowę normalnie.

Wszystkie te odruchy, z genialnym mistrzostwem eksperymentatorskim wydobyte przez Magnusa na światło dzienne, nie wyczerpują jeszcze całokształtu mechanizmów mimowolnych, zarządzających odruchami ustawiania. Mam na myśli w pierwszej linii odruchy ustawiania i ułożenia, wpływające z kończyn i przenoszące się na inne kończyny oraz na głowę. Magnus notuje ich istnienie (patrz powyżej czwartą grupę odruchów ustawiania) i nazywa je „Körperstellreflexe auf den Körper“, lecz udziela im najmniej miejsca, będąc zdania, że odgrywają one rolę znacznie pośledniejszą, niżli odruchy z głowy na ciało. Wślad za Magnusem Stenvers wykazał, że przemieszczenie miednicy chorego, wykazującego odruchy ustawiania, pociąga za sobą odpowiednie ustawienie głowy i oczu.

Goldstein przytacza przypadek schorzenia mózdzku, w którym zmiana położenia kończyny dolnej lub choćby jednego jej odcinka wpływała na zmianę położenia głowy, również odmienne ułożenia kończyny dolnej wpływało na położenie kończyny górnej.

Zjawiska te, wykazujące zależność napięcia jednej grupy mięśniowej od stopnia jego w drugiej, Goldstein obejmuje nazwą „indukowanych zmian napięcia“ (Induzierte Tonusveränderungen).

W klinice do badania odruchów ułożenia (postural reflexes Scherringtona = Haltungreflexe Magnusa) oraz odruchów ustawiania (Stellreflexe Magnusa) nadają się specjalnie chorzy, dotknięci porażeniem połowiczem pochodzenia piramidowego ze wzmocnionym napięciem mięśniowym (Simons, Goldstein, Walsh), jak również chorzy, dotknięci zapaleniem mózgu, wodogłowiem, cierpieniem Tay-Sachsa, uszkodzeniem śródmózgowia naskutek nowotworu wzgórków czworaczych lub mostu, wreszcie chorzy z krwotokami do komór, jednym słowem, przypadki, w których natura stworzyła całkowite lub częściowe odmóżdzenie osobnika (Wilson, Magnus, Weiland, Dollinger, Walsche i in.). Podobne warunki spotykamy zwłaszcza w końcowych stadiach gruźliczego zapalenia opon mózgowodzeniowych. Uderzająca jest tu obfitość rozmaitych odruchów, niespotykana w żadnym innym cierpieniu. Możliwym jest, iż na tę okoliczność składa się obok wodogłowia wewnętrznego, stwarzającego odmóżdzenie chorego, również i przeważliwienie odpowiednich ośrodków nerwowych jadamami gruźliczemi, wywołującemi wzmoczoną ich pobudliwość tak, jak to bywa w zatruciu strychniną. Wypowiadano nawet mniemanie (Böhme i Weiland, Freudenberg), że odruch karkowy Brudzińskiego, wykryty przezeń w gruźlicy opon,

nie jest niczem innym, jak odruchem szyjnym, analogicznym do opisanego powyżej u zwierząt odmóżdzonych: zgięcie głowy do przodu powoduje zgięcie wszystkich kończyn.

W gruźlicy opon można stwierdzić i inne odruchy, zależne od ułożenia jednej kończyny i powodują zmianę napięcia mięśni twarzy. Do rzędu takich zjawisk należy następujące ciekawe spostrzeżenie.

4 letnia dziewczynka, doknięta gruźlicą opon. w stanie zupełnej nieprzytomności, poprzedzającej na 2 dni zejście śmiertelne, wykazywała sztywność kończyn (zwłaszcza po stronie prawej) z kategorii „decerebrate rigidity“. Otóż, kiedy prawą kończyną górną zginano biernie i zbliżano do twarzy — mięśnie prawego policzka każdorazowo automatycznie poruszały się gwałtownie: powieki prawego oka zaciskały się szczelnie, fałda nosowowargowa pogłębiała się znacznie, kąt ust przeciągał się w prawą stronę. Całość porozowała znakomicie mimikę przestrachu (w połowie twarzy) przy zbliżeniu grożącego przedmiotu tak, że otoczenie chorej nie miało wątpliwości, iż jest to ruch twarzy dowolny.

Oprócz wspomnianych odruchów, każdorazowo wyładowywanych przez zadziałanie jakimś bodźcem, u chorych tych można spostrzegać automatyczne powstawanie pewnych odruchów. Tak chory Goldstein a z cierpieniem mózdzku wykazywał w kończynach chorych szereg ruchów mimowolnych, które przeszkadzały mu zasnąć. Dopiero odpowiednie ułożenie ciała niweczyło je.

Podobne zjawisko spostrzegaliśmy u jednego z naszych chorych: 3-letnie dziecko, doknięte gruźlicą opon, zupełnie nieprzytomne, wykonywało stale ruch drapania się w głowę. Zaspinało ono dopiero wtedy, gdy mu się na dłuższą chwilę zatrzymywało rączkę.

Co się tyczy umiejscowienia odruchów ustawiania z kończyn na ciało, to ponieważ, zdaniem Magnusa, ulegają one osłabieniu po usunięciu mózdzku, przeto sądzić należy, że drogi ich biegną częściowo choćby poprzez mózdzek.

Wszystkie odruchy ułożenia i ustawiania badane były na zwierzętach odmóżdzonych lub w klinice na osobnikach chorych. Nie ulega jednak wątpliwości, iż mechanizmy ruchowe, zarządzające niemi, są czynne również i w stanach normalnych (Rottfeld, Magnus), jakkolwiek trudniej je tam wykryć i wykazać. Stany patologiczne zdają się je obnażać i pozwalają przyjrzeć się im należycie; w stanie normalnym odruchy zlewają się ze sobą lub interferują wzajemnie tak, iż badacz widzi tylko rezultat końcowy w postaci ruchów i ułożeń harmonijnych i doskonałych.

Z oddziału chorób wewnętrznych w Szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

(Ordynator: Władysław JANOWSKI).

O regulacji kwasowo-zasadowej ustroju w stanach normalnych i chorobowych.

Podał

Lucjan JELENKIEWICZ (Warszawa).

(Dokończenie).

Po rozpatrzeniu regulacji kwasowo-zasadowej, zależnej od tłumików krwi i wentylacji płucnej, pozostaje przedstawienie roli regulacyjnej, jaka przypada nerce.

Subtelny mechanizm wydzielniczy normalnej nerki czuwa nad utrzymaniem stałego P_H krwi. Zaburzeniem równowagi kwasowo-zasadowej przeciwdziała może nie tak szybko, jak tłumiki i wentylacja płucna, ale bardzo wydawnie. Z chwilą, gdy ustrój ulega zakwaszeniu, zwiększa się ilość kwasów, wydalanych z moczem. Nerka wydalają je nie w stanie wolnym, lecz część pod postacią tłumików, część zaś w połączeniu z NH^3 . Głównym tłumikiem moczu są fosforany: pierwszorzędowe — kwaśne i drugorzędowe — zasadowe. Ustrój zwiększa wydalanie kwasów, zwiększając ilość wydalanych fosforanów kwaśnych, zmniejsza zaś — zwiększając wydalanie fosforanów zasadowych. Normalnie P_H moczu waha się od 4,8 — 7,4. Nie daje ono ścisłego pojęcia o ilości wydalanego kwasu. Dokładniej mówi o tym wynik miareczkowania moczu. Drugim wskaźnikiem ilości wydalanego kwasu jest ilość wydalanego NH^3 , którą wyraża się, jako współczynnik amoniakalny:

$$\frac{N - NH^3 \times 100}{N. \text{ total}} \text{ o/}\%$$

Kwasica objawia się zwiększeniem tego współczynnika (norma około 5%). Jeżeli do ilości wydalanego kwasu, oznaczonej na drodze miareczkowania, dodać ilość, oznaczoną jako NH^3 , to otrzymuje się liczbę, będącą lepszym wyrazem wydalania kwasu, niż każda z tych liczb, wzięta oddzielnie (Fitz i van Slyke, Haldane). Hasselbach wykazał, że między współczynnikiem amoniakalnym a P_H moczu istnieje stała współzależność, polegająca na tym, iż, w miarę zwiększania się P_H moczu, współczynnik amoniakalny zmniejsza się i odwrotnie. Na linjach koordynacyjnych stosunek ten przedstawia się, jako hyperbola. Aby wyrazić tę współzależność w każdym poszczególnym przypadku, Hasselbach określa w moczu P_H i współczynnik amoniakalny, a następnie na podstawie wspomnianej krzywej oblicza współczynnik amoniakalny, sprowadzony do stałego $P_H = 5,8$. Liczbę tę nazwał współczynnikiem amoniakalnym zredukowanym. W niektórych stanach chorobowych wspomniana współzależność przedstawia się odmiennie. Bisgaard i Noerwig znajdowali w padaczkę zwiększenie się współczynnika amoniakalnego, postępujące równoległe do zwiększenia się P_H („präparoxysmale NH^3 Dysregulation“). Objasnić to trzeba tem, że w padaczkę mamy do czynienia z pierwotnym nagromadzeniem się amoniaku w ustroju, o czem wspomnę jeszcze w innym miejscu.

Przytoczone badania fizyczno-chemiczne wniosły do kliniki szereg prób pomocniczych, mających na celu określenie stanu równowagi kwasowo-zasadowej. Wspomnę tylko o metodach, najbardziej rozpowszechnionych, jak oznaczanie kolorymetryczne P_H krwi, badanie rezerwy alkalicznej sposobem van Slykea, określanie prężności CO_2 w powietrzu pęcherzykowem (sposoby Fredericia, Plescha, Haldane'a i Priestleya) i odpowiednie badania moczu.

Dodać też trzeba, że ten kierunek fizyczno-chemiczny nie pozostał bez wpływu na zakres tej orientacji klinicznej, której źródłem jest bezpośrednie spostrzeganie chorego. Rozchodzi się o to, że pogłębiły się nasze wiadomości o oddechu. Droga wentylacji płucnej ustrój wydalają w postaci dwutlenku

węgla nie tylko produkt przemiany materji, ale i kwas tamponowy, odgrywający dużą rolę w regulacji kwasowo-zasadowej. Z tego też względu charakter oddechu stanowi niekiedy objaw bezpośrednio dostrzegalny, pozwalający wnioskować o zaburzeniach kwasowych. Mechanizm regulacji oddechowej jest, co prawda, na razie dla nas zbyt zagmatwany, aby można go było w tem miejscu poddać rozważaniom. Jedną jednak rzecz należy wysunąć, że w zależności od rodzaju bodźca, jakiemu podlega ośrodek oddechowy, oddech może być albo aparatem regulacyjnym, zmierzającym do wyrównania zakłóconej równowagi kwasowo-zasadowej, albo też czynnikiem, tę równowagę zakłócającym. Okoliczność pierwsza wchodzi w grę wówczas, kiedy pobudką, drażniącą ośrodek oddechowy, są wolne jony wodnoro- dopływającej do niego krwi — hormon oddechowy, wykazany przez Wintersteina i przyjęty przez wybitnych fizjologów (Haldane). Możliwość druga występuje wtedy, kiedy do ośrodka oddechowego dochodzą bodźce na drodze nerwowej lub też bodźce humoralne inne (np. anoksemja¹) — beztlenowość, albo miejscowo powstające (zakwaszenie płynu tkankowego w obrębie ośrodka oddechowego wskutek zaburzeń miejscowego krążenia). Przedstawię to na przykładach najprostszych. Wspomniana już nadmierna zasadowość krwi, powstająca w doświadczeniach z hyperwentycją i prowadząca do wystąpienia objawów tężyczkowych, jest przykładem oddechowego zakłócenia równowagi kwasowo-zasadowej. Głęboki zaś oddech Kussmaula w śpiączce cukrzycowej przedstawia typowy oddech regulacyjny. W ten sposób ujmowany, stanowi ważną próbę biologiczną groźnego zatrucia kwasami, z którą musi się liczyć lekarz przy ratowaniu chorego. Jeżeli oddech taki utrzymuje się, to winno to być busolą, wskazującą, że należy nadal wstrzykiwać insulinę, bez względu na to, ile się jej przedtem wstrzyknęło, i bez zbytej obawy przed hypoglikemją.

Jak należy pamiętać o tem, że oddech jest jednym z aparatów, zapomocą którego ustrój zmniejsza kwasicę w chwilach grożącego mu zatrucia, świadczyć mogą przypadki, przytoczone przez Wagnera, dotyczące występowania śpiączki u chorego z ciężką cukrzycą po zastrzyknięciu morfiny, przytłumiającej wrażliwość ośrodka oddechowego, a tem samem zmniejszającej w tych razach wydawność wentylacji płucnej.

W krótkim przeglądzie ważniejszych stanów chorobowych z zaburzeniami równowagi kwasowo-zasadowej na pierwszym miejscu należy uwzględnić cukrzycę.

Pogląd Stadelmanna, ucznia Nauyana, że trujące działanie kwasu dwuoctowego i β -oksymasłowego należy im przypisywać głównie, jako substancjom kwaśnym, znalazł potwierdzenie w badaniach doświadczalnych i klinicznych. Trzeba się zgodzić, że istota zatrucia w śpiączce cukrzycowej nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona; nie może jednak ulegać wątpliwości, że zatrucie kwaśne odgrywa tu rolę najważniejszą. Nie znamy cierpienia, w którymby występował tak pełny zespół objawów

¹) Właśc. w. e. hypoksemja — niedotlenowość.

kwasicy. Znacznie zmniejszona rezerwa alkaliczna krwi, badana sposobem van Slykea, zmniejszenie się P_H krwi, jako wyraz kwasicy niewyrównanej, głęboki hyperwentylacyjny oddech K u s s m a u l a, przy którego pomocy ustrój stara się wydalić jaknajwięcej dwutlenku węgla, zmniejszona wskutek tego prężność CO_2 w powietrzu pęcherzykowem, tego bardziej kwaśny, niż zwykle, z dużą zawartością kwasów acetonowych, ze zwiększoną zawartością amoniaku i, odpowiednio do tego, dużym współczynnikiem amoniakalnym—wszystko to stanowi współczesny obraz podręcznikowy zatrucia kwaśnego w cukrzycy, który zawdzięczamy pracom dawniejszym i najnowszym. Coraz to więcej klinicystów kieruje się stopniem zakwaszenia, badanym w ten lub inny sposób, jako najlepszym wskaźnikiem w ocenie ciężkich przypadków cukrzycy. Bywają przypadki, w których kwasica nie idzie równolegle z ilością wydalanych ciał acetonowych, i wówczas tylko stopień kwasicy może ostrzec przed zbliżającą się śpiączką lub uspokoić lekarza, przerażonego dużą acetonurją (M. L a b b é, Jean L o s s e). Przytoczę tu przykłady z liczb naszego oddziału: chora przybyła na oddział: wynik badania rezerwy alkalicznej— $31\text{ cm}^3\text{ CO}_2$ w 100 cm^3 osocza ostrzeża przed zbliżającą się śpiączką, która się też nazajutrz zjawia z przebiegiem łagodnym wobec wczesnego zastosowania odpowiednich ilości insuliny. Chory w śpiączce, energicznie ratowany insuliną i wlewaniem dożylnymi sody, pomimo to, badanie rezerwy alkalicznej wykazuje $23,6\text{ cm}^3\text{ CO}_2$ w 100 cm^3 osocza. Śmierć nastąpiła w $1\frac{1}{2}$ godz. po badaniu.

Cierpienia nerek stanowią, obok cukrzycy, ten stan chorobowy, w którym badanie równowagi kwasowo-zasadowej posiada już duże znaczenie kliniczne. S t r a u b i S c h l a y e r, a następnie P o r g e s i L e i m d ö r f e r pierwsi stwierdzili kwasicę w przebiegu azocyj na podstawie zmniejszenia się prężności CO_2 w powietrzu pęcherzykowem. Obecnie występowanie kwasicy w następstwie niedomogi nerkowej jest zupełnie ustalone i opiera się na dużym piśmiennictwie (van S l y k e i C u l l e n, C h a c e i M y e r s, P a l m e r i H e n d e r s o n, W e i l i G u i l l a u m i n, D e l o r e, S t r a u b i i n i). Niektórzy autorowie widzą nawet w kwasicy główny czynnik, pod który starają się podporządkować samą istotę zatrucia nerkowego. Doszukują się oni w obrazie mocznicy i śpiączki cukrzycowej cech podobnych, wynikających z kwasicy, jako podłoża wspólnego dla obu tych zatruc. Takie jednak ujmowanie niedomogi nerkowej wyłącznie z punktu widzenia kwasicy wydaje się sztucznym i jednostronnym. Zakłócenie wielorakiej czynności wydzielniczej nerki musi prowadzić do obrazu, bardziej złożonego, nie dającego się wtłoczyć w ramy jednego czynnika biologicznego. W samym obrazie klinicznym mocznicy cechy zatrucia kwaśnego występują mniej wyraźnie, niż w śpiączce cukrzycowej. Należy również podkreślić, że sposób powstawania kwasicy nerkowej nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Naogół wysuwane są dwa główne czynniki: zatrzymanie przez nerkę kwasów i upośledzenie wydzielania amoniaku, prowadzące do nadmiernej utraty zasad (według N a s h i B e n e d i c t a amoniak wytwarza się z mocznika w komórkach canali-

ków nerkowych). Wysuwając powyższe zastrzeżenia, przyznać trzeba, że prace nad kwasicą nerkową wzbogaciły klinię w nowy ważny objaw przewlekłej niedomogi nerkowej. Śledzenie rezerwy alkalicznej krwi w przebiegu cierpień nerkowych daje bardzo pożyteczne dane co do oceny i rokowania w tem cierpieniu. Zastępuje ono, a nieraz i prześciga badanie mocznika.

Pod znakiem kwasicy niegazowej przebiegają następujące jeszcze stany, które tu tylko wyszczególniam: wymioty okresowe z acetonemją u dzieci (choroba M a r f a n a), cięża zwykła i powikłana wymiotami, daleko posunięte zaburzenie czynności wątroby, długotrwałe głodzenie, biegunki dziecięce, najwyższy stopień wyniszczenia, t. zw. atresja, wycięta praca mięśniowa, uspienie znieczulające (w piśmiennictwie polskiem praca M o s s a k o w s k i e g o), wstrząs urazowy, wstrząs anafilaktyczny, rozmięczenie kości (F. G o e b e l), krzywica i in.

Do kwasicy gazowej prowadzą cierpienia narządów oddechowych: rozedma płuc, zapalenie, gruźlica, otwarta odma, cierpienia, tworzące przeszkody w przechodzeniu powietrza przez górne drogi oddechowe.

Szczególna postać zaburzenia równowagi kwasowo - zasadowej występuje w niedomodze niewyrównanej serca z zastojem żylnym: P_H krwi żyłnej wykazuje kwasicę, P_H krwi tętniczej odpowiada alkalozie, prężność CO_2 w powietrzu pęcherzykowem jest zmniejszona i świadczy o wzmoczonej wentylacji płucnej. Na podstawie odpowiednich badań D a u t r e b a n d e, D a v i e s i M e a k i n s zmiany te objaśniają w sposób następujący: w obrębie krążenia żylnego początkowo nadmiernie nagromadza się CO_2 , który wiąże odpowiedni zasób zasad; potem jednak krew traci znaczny zapas zasad ($NaHCO_3$, $NaCl$) wskutek przesłania osocza do tkanek, i występuje wówczas kwasica niegazowa ze zmniejszoną rezerwą alkaliczną krwi żyłnej. Jednocześnie ośrodek oddechowy ulega zwiększonemu podrażnieniu w następstwie miejscowego zakwaszenia od zastojów żylnych; prowadzi to do wzmoczonej wentylacji płucnej, obniżającej prężność CO_2 w powietrzu pęcherzykowem, co tłumaczy też powstawanie alkalozji gazowej we krwi tętniczej.

Zi pośród cierpień, wyróżniających się alkalozją, na uwagę zasługuje tężyczka. Odnośnie do jej powstawania, poza faktami, przemawiającymi za rolę gruczołów przytarczycznych i za zatruciem (guanidyna), które wiąże się z zaburzeniem czynności tych gruczołów — poważnie wysunęła się teoria jonów. Badania G o e b l a i T r e n d e l e n b u r g a wykazały zależność pobudliwości mięśniowo-nerkowej od poziomu jonów Ca w otaczającym środowisku. Obniżenie tego poziomu zwiększa ową pobudliwość, co stanowi podstawową cechę tężyczki. Wapień nierozkojarzony nie posiada tego działania, i i dotychczas uznawany związek pomiędzy tężyczką a zmniejszoną zawartością chlorku wapnia we krwi okazał się nieistotnym. F r e u d e n b e r g i G y ö r g y zapoczątkowali badanie warunków fizykochemicznych, zmniejszających jonizację wapnia w sokach ustroju. Punktem wyjścia dla badań tych było następujące równanie R o n y - T a k a h a s h i, wyra-

żające zależność pomiędzy stężeniem jonów Ca a kwasotą krwi:

$$\frac{[\text{Ca}] \times [\text{HCO}_3]}{[\text{H}]} = \text{konst.}$$

Równanie to rozszerzono:

$$\frac{[\text{Ca}] \times [\text{HCO}_3] \times [\text{HPO}_4]}{[\text{H}]} = \text{konst.}$$

Obejmuje ono następujące fizyczno-chemiczne czynniki, zmniejszające poziom jonów Ca, wywołujące przez to samo tężyczkę: 1) zmniejszenie się stężenia jonów H (alkaloza niewyrównana), 2) zwiększenie się rezerwy alkalicznej krwi (alkaloza wyrównana), 3) zwiększenie się zawartości jonów fosforanowych.

Freudenberga i György w ramach tych czynników ujmują poszczególne postaci tężyczki. Tężyczka hyperwentylacyjna znajduje objaśnienie w działaniu czynnika pierwszego; powstaje bowiem przemijająca alkaloza niewyrównana wskutek nadmiernego wydalania CO². Tężyczka żołądkowa tłumaczy się działaniem czynnika drugiego, gdyż nadmierne wydalanie HCl zwiększa zasób rezerwy alkalicznej krwi. Również do tej kategorii należy zaliczyć tężyczkę, którą udaje się wywołać przez wprowadzenie do ustroju dużych ilości zasad. Wreszcie sposób powstawania tężyczki samoistnej opiera się, według Freudenberga i György, na zwiększeniu się zawartości jonów fosforanowych przy jednoczesnym współdziałaniu 2 pierwszych czynników.

Przytoczone badania wniosły do leczenia tężyczki nową zasadę, polegającą na zakwaszaniu ustroju. Jako środek zakwaszający, znalazł zastosowanie chlorek amonu. Przy doustnym podawaniu tej soli amon przetwarza się w wątrobie w mocznik, a pozostający jon chlorowy wywiera swe działanie zakwaszające. Ustępowanie objawów tężyczkowych po stosowaniu chlorku amonu jest jeszcze jednym dowodem słuszności teorii, uważającej nadmierną zasadowość krwi za czynnik patogenetyczny tężyczki. Działanie lecznicze chlorku wapnia na to cierpienie, oddawna zresztą już znane, ujmowane jest obecnie również z punktu widzenia działania zakwaszającego.

Liczne prace starają się wciągnąć w ramy alka-

lozy też i padaczkę (Bigwood, Jarloev, Vollmer). W świetle jednak mej pracy doświadczalnej uznać należy, że istotnym czynnikiem, wywołującym napady padaczki, jest nie alkaloza, lecz zaburzenie przemiany amoniakalnej, prowadzące do nagromadzenia się w ustroju jadu padaczkowego, którym okazał się istotnie amoniak. W ten też sposób należy ujmować wyniki badań nad padaczką Bisgaard i Noerviga („präparoxysmale NH³ — Dysregulation“).

Odrzucając związek bezpośredni pomiędzy alkalozą a napadami padaczki, musimy odpowiedzieć na pytanie, dlaczego napady te udaje się sprowadzić za pomocą hyperwentylacji. Odpowiedź nasuwa się z prac Parnasa, wykazujących powstawanie amoniaku in vitro we krwi normalnej. Według tych prac, reakcja wytwarzania się NH³ przebiega najszybciej przy P_H które odpowiada P krwi, pozbawionej CO².

Rozpatrując badania fizyczno-chemiczne, których podaliśmy tu szkic tylko, przyznać trzeba, że wnoszą one do medycyny ważny dorobek. Konieczność utrzymania w ustroju środowiska ze stałym poziomem jonów wodorowych staje się dla nas nowym czynnikiem biologicznym życia. Zapoznaliśmy się ze subtelnym aparatem, służącym do opanowania stałego stosunku między kwasami i zasadami. Wniosło to do patologii nowy kierunek, zmierzający do rozpatrywania zjawisk chorobowych z punktu widzenia zachwianej równowagi kwasowo-zasadowej. Temu kierunkowi zawdzięczamy wyjaśnienie nawet istoty niektórych cierpień. Otwiera się też przed nami niewyżytkany jeszcze dostatecznie kierunek postępowania leczniczego, opierającego się na zakwaszaniu i alkalizowaniu środowiska ustrojowego. Badania jednak nad kwasotą i alkalozą nie powinny wprowadzać nas na mylną drogę jednostronnego podporządkowywania zjawisk chorobowych pod jeden czynnik biologiczny tam, gdzie w grę wchodzi inne jeszcze czynniki, często różnorodne.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Lecznictwo.

J. L. PECH. O niebezpieczeństwie nadużywania światłolecznictwa. (Presse Médicale. 1926 Nr. 3).

P. występuje przeciwko bezkrytycznemu nadużywaniu światłolecznictwa i przytacza na swe poparcie szereg doświadczeń klinicznych. Autor widział szereg dzieci, leczonych wskutek różnych spraw gruźliczych w następstwie odry promieniami pozafiołkowymi. Po nagłej poprawie dziś wszystkie te dzieci mają narząd oddechowy bardzo osłabiony, cierpią na ciągle powtarzający się nieżyt oskrzeli. Przeciwnie, wszystkie dzieci, które w tych samych warunkach wysłano na świeże powietrze, na brzeg morski lub w góry, znakomicie się poprawiły i cieszą się obecnie doskonałym zdrowiem.

Na początku leczenia krztuśca lampą kwarcową szybko występuje poprawa, lecz w następstwie dzieci tak leczone, o ile nie uciekały się do kuracji klimatycznej, stawały się o wiele bardziej wrażliwe, niżeli te, u których choroba

przebiegała normalnie. Autor systematycznie zauważał u nich pojawianie się w krótkim czasie potem rozmaitych spraw gruźliczych (adentes bacillaires) lub uporczywych zapaleń oskrzeli.

U całego szeregu dzieci, poddanych wskutek najrozmaitszych przyczyn systematycznemu naświetlaniu promieniami pozafiołkowymi, epidemję odry i krztuśca szerzyły się z taką gwałtownością, jak i u dzieci nienaświetlanych.

W latach 1914 — 1918 w szpitalu, gdzie autor był radjologiem, próbowano naświetlać rannych lampą kwarcową. Co się tyczy wyników miejscowych, to były one takie same, jak pod wpływem światła słonecznego, natomiast wśród naświetlanych znaczny odsetek dostał odry i szkarlatyny, gdy nawet ciężej ranni, umieszczeni w tych samych salach, lecz nienaświetlani, nie chorowali.

Zaprowadziwszy w sanatorium, którego był kierownikiem technicznym, instalację fototerapeutyczną, autor doszedł do niezmiernie mało zachęcających wyników, wyjąwszy pewne umiejscowienia sprawy gruźliczej (zapalenie otrzewny,

zmiany kostne lub skórne). Autor nigdy nie poddawał leczeniu zapobiegawczemu dzieci, przekonawszy się, że powietrze i słońce działa na nie lepiej, niżeli kwarcówki.

Co do krzywicy, autor nie przeczy działaniu leczniczemu promieni pozafioletkowych, lecz sprzeciwia się naświetlaniu zapobiegawczemu. Cytowany zaś przez niego A r m a d - Delille twierdzi, że, choć za pomocą lampy kwarcowej otrzymujemy znaczne i bardzo szybkie pobudzenie uwapnienia organizmu, to jednak wyniki, dotyczące stanu ogólnego, są gorsze, aniżeli osiągnięte za pomocą słońca lub kuracji słoneczno-morskiej (héliomarine).

P. nie jest bynajmniej przeciwnikiem światłolecznictwa, lecz uważa, że ma ono pewien ścisły zakres stosowania, do którego należy je ograniczyć, a nie stosować gdzie się da (pewna książka niedawno wydana podaje aż 240(!) chorób i objawów chorobowych, w których naświetlanie promieniami pozafioletkowymi daje polepszenie!!).

„Il faut savoir en user et ne pas en abuser“.

H. R.

PRIESEL i R. WAGNER. O działaniu różnych insulin. (Kl. W. Nr. 24, 1925 r.).

Używane dotychczas sposoby biologicznego miareczkowania insuliny okazały się niewystarczające. Dwa preparaty insuliny, pochodzące z odmiennych wytwórni, działały jednakowo na zwierzęta laboratoryjne; podczas zaś leczenia różniły się pod względem siły swego działania.

Podobne różnice miały miejsce z preparatami insuliny, pochodzącymi z odmiennych seryj wyrobów tej samej wytwórni.

Wobec tego, wedle autorów, winno się badać skuteczność preparatów insuliny nie na zwierzętach, lecz na chorych.

Jeżeli zaś dana insulina nie daje oczekiwanych wyników, należy zmienić insulinę, a nie zaliczać przypadków tych do grupy opornych względem działania insuliny.

Liljenfeld.

E. VOGT. O kuracji tuczeniowej insuliną. (Münchener Med. Woch. 1926. Nr. 1).

Falta przypuszczał, że istnieje skłonność do tycia pochodzenia trzustkowego. Sądził on, że istnieje nie tylko hypofunkcja ale hyperfunkcja trzustki, która prowadzi do większego nagromadzenia w organizmie węglowodanów a wraz z tem tłuszczów i białka. Insulina pozwoliła sprawdzić to przypuszczenie. Stosując insulinę, można było wywołać te same zjawiska, co przy hyperfunkcji trzustki t. j. zwiększyć wagę ciała. Falta wypróbował sposobu tego na 3 chorych z wynikiem dodatnim.

Stosując insulinę u noworodków, autor doszedł do takich samych wniosków. Uważa, że w pierwszej linii kurację tuczeniową insuliną stosować trzeba w stanach astenicznych i hypoplastycznych, zwłaszcza u kobiet, u których te anomalie konstytucyjne mogą wywołać liczne cierpienia t. z. kobiece. Ale i w wychudnięciach po gorączkach pógowych i po operacjach leczenie to daje dobre rezultaty. Autor uważa wszelkie zabiegi operacyjne we wszelkiego rodzaju opuszczeniach (ptosis) wskutek wychudnięcia wobec rezultatów tuczzenia za pomocą insuliny za zbyteczne. Przeciwwskazanie do leczenia tego są choroby, w których podniesiona jest ciepłota, wyczerpanie wskutek raka i usposobienie wazoneurotyczne. Również podczas miesiączki stosować leczenia nie należy.

Sam sposób polega na wstrzykiwaniu podskórnie 2 razy na dzień insuliny. W 1-ym tygodniu zwiększa się dawkę stopniowo od 5-10 J. aż do 40 J. na dzień. W drugim tygodniu dawkę 40 J. dziennie zwykle utrzymuje się. W trzecim tygodniu albo utrzymuje się tę samą dawkę lub zwiększa się z wolna do 60 J. na dzień. Naturalnie, zwykłą ostrożność przy stosowaniu leku należy jeszcze bardziej zwiększyć.

Skutek leczenia objawia się w dwojaki sposób — wzrasta łaknienie i zwiększa się waga. Zwiększenie wagi w jednym przypadku doszło do 9,2 kilo w przeciągu 6 dni. Opornych na leczenie jest mało. Zalety leczenia polegają na szybkości i zbyteczności specjalnej diety, przyczem leżenie w łóżku nie jest konieczne potrzebne.

K a s z u b s k i.

E. MEYER. O leczeniem stosowaniu śródżylnych zastrzyków cukru gronowego. (Zeitschr. f. Kl. Med. Tom 102, zes. 4 — 5).

Autor od wielu lat stosuje śródżylnie zastrzykiwania cukru gronowego, bądź dla zwalczania objawów spastycznych w układzie naczyniowym, bądź w celu rozcieńczenia środków farmakologicznych. Hypertoniczne roztwory glukozy wywołują zmiany w zachowaniu się kolloidów osocza z następczymi zmianami wrażliwości, wzgl. pobudliwości nerwów naczyniowych (stwierdzone przez H a u d o r s k y e g o częściowe uwolnienie się cholesteryny z jej połączeń). Stąd rozszerzający naczyń wpływ tych zastrzyków i ich skuteczność w przypadkach nadciśnienia, wzgl. duszniczy bolesnej i chromania przestankowego. Obniżenie ciśnienia nie występowało w przypadkach hipertensji ze znacznymi zmianami naczyniowymi (Atherosclerosis) oraz — przeważnie — w stanach nadciśnienia i skurczach naczyniowych pochodzenia nerkowego.

Najlepsze wyniki osiągnął autor w przypadkach duszniczy bolesnej z podniesionym ciśnieniem i powiększonym sercem. W pewnej liczbie przypadków po kilku tygodniach leczenia nastąpiło stałe obniżenie ciśnienia. Dodatni wpływ na serce i ustąpienie dolegliwości nie znajdują się jednak w bezpośrednim związku ze spadkiem ciśnienia, albowiem niejednokrotnie w kilka godzin po zastrzyknięciu cukru gronowego ciśnienie z powrotem osiągało poprzednią swą wysokość, dolegliwości jednak ustępowały zupełnie. Znacznie gorsze wyniki otrzymywał autor w przypadkach duszniczy bolesnej bez zwiększonego ciśnienia i bez powiększenia serca.

W chromaniu przestankowym nawet rentgenologiczne stwierdzenie znacznych zwapnień w naczyniach kończyn nie powinno — zdaniem autora — powstrzymać nas przed próbą zastrzyknięcia cukru gronowego, ewent. łącznie z eufiliną; albowiem skurcze, nawarstwiający się na zmiany anatomiczne, są tu właśnie przyczyną bólów.

Natomiast nerwice naczyniowe (Choroba R a y n a u d i t. p.) zachowywały się bardzo opornie.

Autor zastrzykiwał codziennie lub co 2 dzień 10 — 20 cm³ 10 — 20% roztworu cukru gronowego; ewent. w połączeniu z eufiliną (1/3 — 1/2 ampułki). Zastrzykiwania te, stosowane w setkach przypadków, chorzy znosili bardzo dobrze; bardzo rzadko, jako wyraz pewnej nadwrażliwości osobniczej, występowało lekkie ziębienie lub dreszcze. Występowanie podobnych objawów ubocznych należy uważać za przeciwwskazanie do dalszego stosowania zastrzyków.

Natomiast chorzy na cukrzycę ze zwiększonym ciśnieniem i napadami duszniczy bolesnej — znoszą powyższe zastrzykiwania zupełnie dobrze, i zwiększonej zawartości cukru we krwi nie należy uważać za przeciwwskazanie do ich stosowania.

J. Goldfeil.

MOLNAR. Działanie moczopędne soli bismutowych. (Kl. W. Nr. 26; 1925 r.).

Autor wychodzi z założenia, że sole bismutowe, jako pokrewne pod względem chemicznym solom rtęci, powinny mieć działanie moczopędne, podobnie jak kalomel i nolasurol.

W tym też celu autor stosował wstrzykiwania śródmięśniowe bismoluolu (Winian dwupotasowobismutowy — R i c h t e r) w obrzękach, występujących w niedomodze sercowej, schorzeniach nerek i charłactwie i otrzymywał dobre wyniki.

L i l j e n f e l d.

R. LATZEL. Przyczynek do leczenia spraw wysiękowych i infekcyjnych. (Med. Kl. Nr. 48, 1925 r.).

Operując się na licznych spostrzeżeniach klinicznych, autor zaleca stosowanie proteinoterapii i następcze wlewanie dożylnie po upływie 20 godzin hipertonicznych roztworów cukru w całym szeregu chorób. W przeważnej liczbie opisane są przypadki zapalenia zrazikowego płuc. Skutek leczenia widoczny jest w szybkim usuwaniu groźnych objawów, przedewszystkiem nagłego obrzęku płuc, w przyspieszeniu okresu przełomu i zapobieganiu komplikacjom. Dobre wyniki autor otrzymywał u ludzi w wieku od 25 do 45 lat, natomiast u osobników młodszych wyniki były niejednokrotnie niepomyślne: podnoszenie się ciepłoty, ogólny niepokój, a nawet odczyn ogniskowy.

Pod wpływem proteinoterapii ogólna liczba białych ciałek naogół zmniejsza się; w obrazie zaś krwi następuje prze-

sunięcie na lewo. U osobników młodych młode formy zjawiają się w znacznie większej liczbie, zwiększa się również liczba eozynofiliów.

M. Goldman (senior).

Gruźlica.

A. JESIONEK. *Biologia gruźlicy.* (Münch. Med. Woch. Nr. 44 i 45, 1925 r.).

Zmiany gruźlicze w tkankach zostają wywołane zarówno przez ektotoksynę prątków żywych, jak też i endotoksynę laseczników martwych.

Endotoksyna A — jest to wyciąg z laseczników, gotowanych w wodzie destylowanej.

Endotoksyna X — wywołuje się dopiero w ciele zwierzęcia, któremu zaszczerpiono gotowane w ciągu 24 godzin laseczniki. Ognisko zapalne powstaje tylko w tem miejscu, gdzie tkanka ma powinowactwo chemiczne do bodźca szkodliwego.

Autor odróżnia powinowactwo płynu tkankowego i komórek

Wytworzone wskutek tego powinowactwa ciała odpornościowe odczułają płyn tkankowy i komórki na działanie bodźca szkodliwego.

Czynnik szkodliwy może wywołać śmierć komórki — prowadząc do martwicy, bądź też częściowo uszkodzić komórkę, zdolną do zmian wytwórczych — wywołać proliferację.

Po zaszczerpieniu gotowanych prątków gruźliczych zwierzętom zdrowym zmienia się biochemizm skóry i tkanki podskórnej, nawet przy braku ogniska chorobowego w miejscu zaszczerpienia.

Zmiana biochemizmu wyraża się w dodatnim wyniku powtórnego zaszczerpienia oraz histologicznie w powstawaniu małego ograniczonego ropnia wśródskórnego lub podnaskórnego, w którym obok leukocytów stwierdzono obecność gotowanych prątków lub ich cząstek. Najważniejszą cechą zaszczerpienia zwierząt gruźliczych jest rozpuszczenie wprowadzonych wśródskórnie bakterij w ciągu kilku dni, u zwierząt niegruźliczych stwierdzono obecność cząstek wprowadzonych laseczników w ciągu szeregu tygodni po zaszczerpieniu nie tylko w ropniu pierwotnym, lecz i w tkance granulacyjnej wtórnej.

Wyniki doświadczeń autora dadzą się streścić w sposób następujący:

Brak zmian w tkance po zaszczerpieniu zwierzęcia niegruźliczego zależy od dużego powinowactwa wrodzonego tkanki do bodźców gruźliczych.

Wysoki stopień powinowactwa płynu tkankowego u zwierzęcia niegruźliczego powoduje zaatakowanie chemiczne komórek, których budowa ulega zmianom chorobowym pod wpływem bodźców gruźliczych.

Dzieje się to w ten sposób, że początkowo pod wpływem działania ciał odpornościowych występuje zmiana biochemizmu tkanki — osłabienie jej wrodzonego powinowactwa do bodźców gruźliczych.

Na odczulone w małym stopniu tkanki działają bodźce gruźlicze, zabijając komórki tkanki łącznej i rozpuszczając je.

Substancje chemiczne, wytworzone wskutek obumarcia i rozpuszczenia komórek, pobudzają tkankę łączną do wzmożonego rozmnażania komórek rozrodczych i następczego wytwarzania typowych obrazów ognisk gruźliczych.

Powinowactwo chemiczne skóry do bodźców gruźliczych jest większe od powinowactwa tkanki podskórnej.

Berland.

L. DIENES i J. FREUND. *O wydzielaniu substancji swoistych, pochodzących z lasecznika gruźliczego z moczem.* (Amer. Rev. of Tub. t. 12 z. 1).

Autorzy wypowiadają zdanie, że odczyn Wildbolza (odczyn po doskórny wprowadzeniu moczu chorego gruźlika) nie jest swoisty, doświadczenia ich bowiem przekonują, że choroby na gruźlicę wydziela substancję o własnościach biologicznych tuberkuliny w ilościach, niedostępnych dla naszej obserwacji. Próby stwierdzenia tych substancji w moczu chorych z rozległą gruźlicą czy też chorych, leczonych swoiście, dokonywane na świnkach morskich, były ujemne. Podobnie ujemne były próby, mające na celu stwierdzenie substancji swoistych w moczu i surowicy u świń gruźliczych,

zabitych przez zastrzyknięcie wodnego roztworu prątków gruźliczych. Natomiast w dużej ilości znajdowano substancje swoiste, w moczu normalnych świń, którym zastrzyknięto tę samą ilość wyciągu wodnego.

M. G.

BEZANÇON i PHILIBERT. *Pałeczka kwaso-odporna jest tylko jedną z postaci pasorzyta gruźlicy.* (Presse méd. 1926, Nr. 3).

Bardzo interesujące badania, dowodzące, że prątek kwasoodporny nie jest wyłączną postacią zarazka gruźliczego, szczególnie jeśli mowa o hodowlach, że jedną z postaci są nici, odbarwiający się kwasami, i że ziarenka chromochłonne są najprawdopodobniej samoistnymi tworami, analogicznymi do zarodników innych bakterij, choć i różniącymi się od nich. Badania Fontésa, Vaudremera, Calmettea, Valtisa i innych dostarczają danych, że istnieje postać przesączalna zarazka gruźliczego, która, o ile wyniki badań zostaną potwierdzone, może grać dużą rolę w patologii gruźlicy. Zdaniem autorów, zarazek gruźlicy jest pasorzytem, wysocze zróżniczkowanym, o złożonej budowie, prątek zaś kwasotrwały jest tylko jednym z stadiów w rozwoju zarazka, może nawet stadiem przejściowym o rozwiniętej już dość znacznie budowie. Z punktu widzenia botanicznego zarazek gruźlicy zbliża się znacznie do zarazka promienicy.

M. G.

P. HAUDUROY. *Stan obecny sprawy istnienia postaci przesączalnych prątka gruźliczego.* (Presse méd. 1926, Nr. 15).

Znany fakt niemożności stwierdzenia pod drobnowidzem zarazka gruźliczego w niektórych produktach serowatych, gdy tymczasem zaszczerpienie wywoływało typową gruźlicę u świńki, zdaje się, znajduje swe wytłumaczenie w nowszych pracach. W r. 1910 Fontés ogłosił swe doświadczenia ze zaszczerpieniem ropy serowatej, przesączonej po rozcieńczeniu wodą przez sączek Berkefelda. Po upływie 15 dni twardnieją gruczoły. Na sekcji nie znajduje się prątków ani w gruczołach, ani w śledzionie. Jeśli przeszczerpić na inną świnkę śledzionę pierwszej, to po 5 miesiącach świnka ta wykazuje gruźlicę płuca z prątkami Kocha. W r. 1912 Philibert powtarza próby Fontésa z tym samym wynikiem. Vaudremer w r. 1923 ponawia te same doświadczenia, a potem stwierdza, że na pewnych podłożach (buljon kartoflany np.) wyrastają postacie niekwasotrwałe. Po przesączaniu przez świeczkę Chamberlanda można w ciągu 8 dni przy 37° wyhodować taką samą niekwasotrwałą hodowlę, która na podłożu Petrova nabiera znów własności kwasotrwałych. Dowodziłoby to w inny sposób istnienia postaci przesączalnych prątka gruźliczego. W dalszym ciągu Hauduroy i Vaudremer przekonali się, że i na zwykłych glicerynowych podłożach wyrastają dosyć drobne postaci, by przyjąć przez sączek porcelanowy. To samo stwierdził Arloing, Dufourti Malartre. Valtis w pracowni Calmettea otrzymywał, po zaszczerpieniu zwierzętom przesączu z płwociny gruźliczej zautolizowanej zmiany, zawierające prątki kwasotrwałe. Co ciekawsze, obraz gruźlicy, wywołanej przez postaci przesączalne, różni się znacznie od zwykłego obrazu gruźlicy. Nie mamy tym razem (Arloing, Dufourti Malartre) owrzodzenia pierwotnego, ani obrzmienia gruczołów okolicznych. Na sekcji wnętrzości robą wrażenie zdrowych. Gruczoły tchawiczooskrzelowe i szyjne są normalne lub nieco powiększone. Na skrawkach zmian nie można stwierdzić. Lecz w treści gruczołowej znajduje się typowe pałeczki kwasotrwałe.

Doświadczenia powyższe posiadają niezwykłą doniosłość, skoro dowodzą, że w pewnym momencie zarazek gruźliczy jest dla nas (nawet przynajmniej) niewidzialny. Czy ten zarazek jest złośliwy dla człowieka, czy przechodzi przez łożysko — oto pytania wielkiej wagi. Calmette i inni badacze zakażali matkę ciężarną postacią przesączalną i znajdowali w płodzie pałeczki kwasotrwałe. Dalsze badania zapewne wyjaśnią te i inne podobne sprawy.

M. G.

CALMETTE, GUERIN, NEGRE, BOQUET, WEILLHALLE, WILBERT i TURPIN. *Wyniki prób odporniania zapobiegawczego noworodków przeciwko gruźlicy szczepionką B. C. G.* (Presse méd. 1926, Nr. 16).

Jak wiadomo, próby odpowiednie trwają 4 lata i wychodziły

z założenia: 1) że w celu uodpornienia przeciwko zakażeniu pierwotnemu czy wtórnemu—do ustroju wrażliwego trzeba u przednio wprowadzić laseczniki żywe, 2) żeby zaś one dobrze były znoszone przez komórki limfatyczne i by nie tworzyły zmian gruźliczych, należy dbać o to, by prątki te, zachowując swe własności antygenowe i cechy szczególne w sensie barwienia się, wytwarzania tuberkuliny i jadowitości dla osobników gruźliczych, jednocześnie były pozbawione zdolności tworzenia gruzelków, 3) że uodpornić w ten sposób można li tylko osobniki, wolne od zakażenia gruźl., 4) że uodpornić można przez wprowadzenie pod skórę czy podawanie do wewnątrz, wreszcie 5) że do uodpornienia nadają się noworodki w ciągu pierwszych 10 dni po urodzeniu.

Żadne z dzieci, szczepionych w r. 1921 i 1922, nie zmarło na gruźlicę, choć 17 pochodziło od matek gruźliczych i było przez nie wychowywane. Od 1 listopada 1924 r. do 1 lipca 1925 r. zaszczerpiono 5183 noworodki we Francji. Wszystkie dzieci zniosły szczepionkę dobrze i wszystkie bądź to były dziećmi gruźliczek, bądź też stykały się z gruźlicą w rodzinie. Zwykła śmiertelność wśród takich dzieci od 0 do 1 roku życia nie bywa mniejsza od 25%, a niekiedy dochodzi do 32,6%. Śród dzieci, nie znajdujących się pod opieką żłobków i innych instytucji śmiertelność dochodzi nawet do 80%.

Śród 1317 uodpornionych dzieci 586 znajdowało się w zetknięciu z gruźliczymi od 6 do 18 miesięcy. Ogółem zmarło z 1317 dzieci 106, z których 96, a więc 7,2% na choroby niegruźlicze i 11, a więc 0,7% na choroby prawdopodobnie gruźlicze. U ośmiu z tych ostatnich śmierć nastąpiła skutkiem zapalenia opon, w dwóch innych dokonano sekcji. W stosunku do 586 dzieci, stykających się z gruźlicą, odsetek śmierci z gruźlicy wynosił 1,8% zamiast co najmniej 25%.

Podobne próby czyniono w Belgji na 117 noworodkach, w Indochinach na 3352 dziećmiach, w Afryce Zachodniej francuskiej na 218 noworodkach — wszędzie z dobrym wynikiem.

Doświadczenia na cielętach przekonywają, że odporność względem zakażenia sztucznego jadowitego trwa 15 do 18 mies. Możliwe, że w stosunku do zakażenia naturalnego trwa ona dłużej. Można jednak bez obaw corocznie powtarzać szczepienie, wzmacniając odporność.

Na zasadzie spostrzeżeń nad małpami nasuwa się pytanie, czy nie należałoby u niemowląt powtórzyć szczepienia w końcu 1-go i 3-go roku życia, uwzględniając przytem osłabienie wchłanianie ciał bakteryjnych w tym wieku przez kiszki. W każdym razie dotąd sądzić należy, że uodpornienie jednokrotne daje przeszło trzyletnią odporność, co posiada doniosłe znaczenie, ze względu na najczęstsze zakażenie się masowe w ciągu pierwszych dwu lat.

M. G.

Medycyna wojskowa.

Dr. Włodzimierz LINDEMAN, prof. Uniw. Warsz. **Podstawy ratownictwa zatrutych gazami.** (1926. Obr. przeciwigazowej, str. 99 i załącznik).

Książeczka składa się, prócz wstępu, z trzech rozdziałów, traktujących o przejawach zatruc bojowych, o walce z zatruciami środkami bojowymi i o leczeniu zatruc bojowych. Jest to broszurka popularna, zawierająca między innymi opis budowy, fizjologii i patologji górnych dróg oddechowych i płuc i uwzględniająca zmiany we krwi, w skórze, oczach i w innych narządach. Wydana z funduszu im. Wł. Rabskiego, ma niewątpliwie na celu zainteresowanie szerszych warstw społeczeństwa grozą wojny gazowej i obroną przeciwgazową. Czy tą drogą da się dużo zrobić w tej sprawie — nie wiem. Mam jednak jeszcze i te wątpliwości, czy w broszurce popularnej słuszne jest umieszczenie przepisów czysto lekarskich w postaci zalecania weronalu, kodeiny etc. Broszurka, napisana językiem przystępnym, przedstawia obecny stan wojny gazowej i obrony przeciw niej.

M. G.

Medycyna sądowa.

H. KÜSTNER. **Rzadkie wskazanie do przerwania ciąży.** (Deutsche med. Woch. 1925 r., Nr. 34).

Autor opisyje przypadek następujący: do kliniki położniczej zgłosiła się dziewczyna lat 25, u której rozpoznano ciążę. Gdy jej o tem powiedziano, stanowczo zaprzeczyła te-

mu, twierdząc, że nie miała stosunków płciowych. Autor, zestawiając pewne okoliczności, przyszedł do wniosku, że stosunek płciowy mógł się odbyć bez wiedzy ciężarnej, gdy ona znajdowała się w stanie nieprzytomności. Osoba to oświadczyła, że do ciąży wobec rodziców przyznać się nie może i że bezwarunkowo odbierze sobie życie; wkrótce wpadła w stan silnej depresji i była skierowana na klinikę psychiatryczną. Tam stwierdzono, że, o ile ciąża nie będzie przerwana, chora odbierze sobie życie, wobec czego przerwanie ciąży jest wskazane. Zabieg ten był dokonany, jednak stan przygnębienia trwał.

Autor przychodzi na podstawie tego przypadku do wniosku, że w przypadkach podobnych przerwanie ciąży jest wskazane i prawnie może być uzasadnione, gdyż tu występuje stan psychiczny ostry, bezpośrednio zagrażający życiu.

Na temże stanowisku stał Sellheim, według którego grożące samobójstwo ciężarnej jest wskazaniem do przerwania ciąży.

W. Grzywo-Dąbrowski.

NIEDERMEYER. **Czy obawa samobójstwa ciężarnej jest wskazaniem do przerwania ciąży.** (Deutsche med. Woch. Nr. 42, 1925 r.).

Autor zastanawia się nad poprzednio zreferowanym artykułem Küstnera i przychodzi do wniosku, że obawa samobójstwa nie jest wskazaniem do przerwania ciąży. Uważa on, że w przypadkach psychozy, połączonej ze skłonnościami do samobójstwa, należy przedsięwziąć wszelkie środki, żeby chora nie mogła dokonać samobójstwa, przerwanie zaś ciąży dopuszczalne jest tylko wtedy, gdy możemy się spodziewać, że choroba psychiczna z pewnością ulegnie poprawie. W razie wprowadzenia wskazania do przerwania ciąży z obawy samobójstwa autor obawia się nadużyć lub zbyt łatwego szafowania tem wskazaniem w przypadkach nieodpowiednich.

W. Grzywo-Dąbrowski.

NIPPE. **Naśladowane dzieciobójstwo** (Zeit. f. d. ges. gericht. Medizin. Tom. V).

Znaną jest rzeczą, że przestępstwa wszelkiego rodzaju wywołują naśladownictwo. O ile nawet przestępstwo nie po- ciąga bezpośrednio lub pośrednio za sobą drugiego przestępstwa, to w każdym razie sposob, w jaki przestępstwo było dokonane, nieraz bywa naśladowany przez późniejszego przestępcę. Dla ilustracji autor przytacza następujący przypadek: niejaka K., pielęgniarka, zgładziła ze świata swego nieślubnego noworodka przez zatkanie mu ust materiałem opatrunkowym, poczem owinęła go w papier i złożyła do kufra w piwnicy. Przestępstwo zostało wykryte, K. aresztowano i przeprowadzono do więzienia, a po stwierdzeniu jej niedo- łażstwa umysłowego umieszczono w zakładzie dla umysłowo chorych, dokąd też przestano jej akta, wśród których znajdowała się fotografia, wyobrażająca zwłoki noworodka z zakne- błowaniem ustami. Akta te i fotografia, jak się później okazało, dostały się do rąk niejakej Sch., pielęgniarki w zakła- dzie, w którym się znajdowała K. Ta Sch. niezamężna powi- ła wkrótce dziecko, któremu po urodzeniu zaknebłowała usta końcem przecieradła, poczem owinęła je w to prześcieradło i włożyła do szafy. Autor podaje swój przypadek, jako rzadki i jaskrawy przykład naśladownictwa.

H. Kulikowska.

F. PIETRUSKY. **Stwierdzenie, że noworodek żył po urodzeniu przy spalaniu ciała.** (Zeitschrift f. die ges. gericht. Medizin V Bd. 6 Heft).

Autor przeprowadził szereg doświadczeń na zwłokach noworodków w celu ustalenia, czy można na spalonych zwłokach stwierdzić, że noworodek po urodzeniu żył i oddychał. Wnioski autora są następujące: 1) Poprzednio już znane spostrzeżenie, że płuca powietrzne pod działaniem płomieni robią się bezpowietrznymi, udało się potwierdzić za pomocą do- łażczyń przez spalenie zwłok żywo urodzonych noworodków. Niezwęglone odcinki spalonych powietrznych poprze- dnie płuca robią się brunatne, twarde i łamliwe, odcinki te toną w wodzie. Przy badaniu mikroskopowem stwierdza się, że pęcherzyki płucne są ściśle wypełnione masami drobno- ziarnistymi, a częściami włóknistymi. Spalone bezpowietrz- ne płuca makroskopowo przedstawiają się podobnie do płuca powietrznych, obraz zaś mikroskopowy jest zmienny: w nie- których miejscach nabłonek pęcherzyków płucnych utracił

swą budowę, pomiędzy nim znajdują się ciała czerwone i resztki surowicy, a tu i owdzie przestrzenie wolne, wypełnione płynem oparzelinowym, w przestrzeniach tych spotykało się i resztki włókien elastycznych.

Inne zaś okolice płuc pod mikroskopem przedstawiały obraz podobny do tego, jaki widoczny był w płucach spalonych i poprzednio powietrznych.

Obraz dobrze powietrznych spalonych płuc jest charakterystyczny; przy spalaniu płuca, które oddychały, mogą przybrać pod mikroskopem obraz podobny do płuc w stanie rozedmy guilnej.

2. Nie udało się wypełnić gorącym powietrzem lub gazami płuc martwo urodzonego noworodka.

3. Pod działaniem gorąca żołądek i jelita, nie zawierające powietrza, mogą tu i owdzie przybrać wygląd podobny do tych, które powietrze zawierały.

4. Pod działaniem ognia tworzy się w jamie czaszkowej nagromadzenie płynu przesiąkowego (*haematoma extradurale*).

5. W obrębie uszkodzeń pośmiertnych nie udało się pod działaniem ognia znaleźć zmian, przypominających odczyn przyżyciowy.

W. Grzywo-Dąbrowski.

W. KOERTNIG. **Przyżyciowa maceracja skóry u dziecka.** (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*. 1924 r.).

Powszechnie przyjęte zdanie, że maceracja może wystąpić tylko w macicy na zwłokach dziecka, nie jest słuszne. Są przypadki, zresztą rzadkie, w których zmiany zupełnie podobne do maceracji znajdujemy i na ciele żyjącego dziecka. Po przytoczeniu bardzo szczupłej kazuistyki, autor podaje przypadek własny: dziecko miało przy urodzeniu 48½ cm. długości, 2970 gr. wagi; pępowina była raz owinięta naokoło szyi. Naskórek na całym ciele, z wyjątkiem twarzy, przedstawiał złuszczenia w postaci blaszek dużych i małych, a tu

i owdzie były znalezione okrągławe braki naskórka, przypominające te, które tworzą się po odpadnięciu spłaszczonych pęcherzy. Łożysko i błony płodowe były podbarwione smółką. Worek mosznowy obrzmiały.

Po 6 dniach powoli znikły te duże blaszki naskórka, i rozpoczęło się silne fizjologiczne łuszczenie. R. W. ujemna u matki i dziecka. Autor przypuszcza, że przyczyną tego rodzaju maceracji skóry u noworodków należy szukać w jej zadrażnieniu rozpuszczoną smółką w wodach płodowych; wchodzi tu w grę przedewszystkiem żółciowe składniki smółki. Takie przypadki przyżyciowej maceracji skóry ważne są z punktu widzenia medycyny sądowej.

(Nb.: Podobny przypadek maceracji przyżyciowej skóry noworodka został ogłoszony w ostatnim numerze *Ginekologii Polskiej*, t. IV, przez Becka. Przyp. sprawozd.).

W. Grzywo-Dąbrowski.

H. WILLER. **Wyniki pomiarów źrenicy na zwłokach.** (*Zeitschrift f. die ges. gericht. Medizin* VI Bd. 14).

Bardzo szybko po śmierci źrenice zaczynają się zwężać; zwykle to zwężanie się rozpoczyna się w pierwszych dwóch godzinach po zejściu śmiertelnym. Przeciętnie zwężenie osiąga 0,3 m/m, a w dwóch przypadkach zwężenie wynosiło 0,7 m/m i 0,9 m/m. Czasami, lecz rzadko, obserwowano nierównomierne zwężenie, przytem jedna źrenica była szersza niż druga; największa różnica wynosiła około 1 m/m. W jednym przypadku, gdzie za życia obserwowano nierówność źrenic, pozostała ona i na trupie. Źrenice, za życia nie oddziaływujące na światło, po śmierci zwężyły się podobnie, jak i w innych przypadkach. Przyczyną zwężenia pośmiertnego źrenic autor upatruje przedewszystkiem w stężeniu pośmiertnym mięśni, w przewodzie zwieracza źrenicy. Zakroplenie do oczu po śmierci atropiny powoduje opóźnienie zwężenia źrenic.

W. Grzywo-Dąbrowski.

Wskazówki praktyczne.

-- Petzetakis zaleca **stovarsol** w **dyzenterji amebowej, lambliozie** i innych chorobach pasorzytniczych kiszki w dawce 0,5 do 1,0 dziennie dla dorosłych. W czasie panowania epidemji biegunki krwawej P. radzi stosować stovarsol jako środek zapobiegawczy.

(*Presse méd.* 1925.7.III).

-- W świeżych przypadkach **połogowego zapalenia sutki** stosują Silzer i Meyer **leczenie zastoinowe**. W razie zbierania się ropy -- nakłucie z następczą zastoiną.

(*Münch. med. Woch.* 1925, Nr. 40).

-- U noworodków w stanie **pozornej śmierci** E. A. Koch wstrzykuje do serca 0,5 ccm. **suprareniny** z wynikiem dodatnim

(*Ztbl. f. Gyn.* 1925, Nr. 49).

-- Vallery-Radot, Blamoutier i Giroud zalecają przeciwko **astmie** oraz **kurczowemu i siennemu nieżytowi nosa** zastrzykiwanie **peptonu Witte**. Codziennie robi się jedno zastrzyknięcie, pierwszego dnia 1/10 ctm³, drugiego dnia 2/10, trzeciego dnia 3/10; tej ostatniej dawki nie należy przekraczać. Wszystkich zastrzyknięć -- 20. W razie wystąpienia silnej reakcji skórnej -- okłady wilgotne.

(*Presse méd.* 1925, Nr. 100).

-- Nathorff poleca przetwór parafinowy **Rigalit**, pod którego wpływem **kał pęcznieje**, co ułatwia wydalanie go już przy słabych skurczach mięśniowych, u osób dotkniętych zaparciem stolca atonicznym. Zarazem rigalit uspakaja kurcze kiszki zależne zarówno od uszkodzeń błony śluzowej, jak i powstałe na podłożu nerwowym. Rigalit nie wchłania się i jest zupełnie obojętny dla błony śluzowej. Stosuje się dwa razy dziennie -- zrana i wieczorem -- po jednej do dwóch łyżek stołowych.

(*Ther. der Gegenw.* 1926, Nr. 1).

-- Kneppelmacher stosuje u **wyniszczonych** (dystroficznych) **osesków**, nie mających skłonności do dyspepsji, mieszaninę, złożoną ze **150 mleka, 10 maki, 10 masła, 15 cukru**, wygotowaną do 100. Ten sam pokarm z powodze-

niem był stosowany u **rekonwalescentów, gruźlików, u dotkniętych krztuścem i przy braku łaknienia.**

(*Wien. Kl. Woch.* 1926, Nr. 1).

-- Frattin zaleca następujące leczenie **oparzeń**: miejsce oparzone należy obmyć ciepłą wodą z mydłem, pęcherze otworzyć i naskórek ściąć, następnie opłukać jałową wodą letnią ze solą i całą chorą powierzchnię opatrzyć kompresami suchymi w ten sposób, aby uszkodzona kończyna była zupełnie unieruchomiona. Po 8 -- 10 dniach usuwa się kompresy po uprzednim zwilżeniu ich wodą ze solą. Bóle i gorączka mają przy tem leczeniu natychmiast ustępować.

(*Ztbl. f. Chir.* 1926, Nr. 4).

Tinker podaje następującą skalę **środków przeciwniebieskich naskórnych**: najskuteczniejsza jest akriflawina 5% w 50% alkoholu, następnie -- akriwiolet 2% w 50% alkoholu, 5% roztwór jodu w alkoholu, 10% wodny roztwór akriwioletu, 5% roztwór kwasu pikrynowego w 95% alkoholu i wreszcie merkurchrom 5% w 50% alkoholu.

(*Annals of Surg.* 1925, Nr. 82).

-- Puppel otrzymał dobre wyniki leczenia **białych upławów** za pomocą olejku mineralnego **Granugenolu**. Po wytarciu pochwy na sucho wlewa się do niej 2 razy tygodniowo po 10 gram. leku, pod którego wpływem następuje szybko odradzanie się nabłonka pochwy i zabliznienie nadżerek.

(*Ztbl. f. Gyn.* 1926, Nr. 3).

-- W celu określenia **odczynu wydzieliny pochwowej** używa Coffler t. z. „**Gonotestu**“, t. j. kondona oblepionego niebieskim i czerwonym papierkiem lakmusowym; zmiana koloru wskazuje odczyn. **Niebieskie** zabarwienie papierka świadczy o istnieniu **rzeżączki**, jednakże w 30% upławów nierzeżączkowych może wystąpić również odczyn alkaliczny, a z drugiej strony w pierwszych dniach po miesiączce i tuż przed nią możemy otrzymać odczyn kwaśny pomimo istnienia rzeżączki. Zmiana odczynu zasadowego na kwaśny dowodzi wyleczenia rzeżączki, o ile próba nie została wykonana tuż przed miesiączką lub zaraz po niej.

(*Ztbl. f. Gyn.* 1926, Nr. 3).

— Nieżył szyi macicznej leczy Geller za pomocą wdmuchiwania do rozszerzonej szyi 1/4 łyżeczki węgla zwierzęcego. Do wdmuchiwania służy specjalny insuflator.

(Ztbl. f. Gyn. 1926, Nr. 3).

— Rubeska zaleca w leczeniu rozpoczynającego się zapalenia sutki autohematoterapię. Wyciągniętą z żyły łokciowej krew wstrzykuje się do uda w ilości 20 — 60 ctm³.

(Ztbl. f. Gyn. 1926, Nr. 5).

— W doświadczeniach na zwierzętach wykazał Brauch, że dodatek środka odżywczo „Hygiamy“ do pokarmów ubogich w witaminę A zapobiega rozwojowi krzywicy i leczy już rozwiniętą chorobę; na tej zasadzie Brauch poleca „Hygiamy“ jako pełnowartościowy przetwórczy odżywczy A — witaminowy.

(Klin. Woch. 1925, Nr. 46).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 11 grudnia 1925 r.

Adwokat Kazimierz Sterling. **Sztuczne przerwanie ciąży wobec prawa.**

Przerwanie ciąży jest zabiegiem starym jak świat i znanym u wszystkich ludów na całym obszarze kuli ziemskiej. U starożytnych był zjawiskiem częstszym, aniżeli w dobie dzisiejszej. Zalecali go Arystoteles i Platon. Szkoła stoików nie uważała płodu za istotę żywą, lecz za część organizmu matki, tak, jak owoc jest częścią drzewa, dopóki nie spadnie. Z czasem prawodawca rzymski począł karać ten zabieg. Chrześcijaństwo wprowadziło zmianę poglądów. Prawo kanoniczne wypowiedziało zasadę obrony płodu od chwili poczęcia, rozróżniając jednakże okresy jego rozwoju, jako *foetus non animatus* i *foetus animatus*. Prawodawstwa dzisiejsze przedstawiają trzy typy: 1) typ pierwszy uważa przerwanie ciąży za przestępstwo przeciw zwązkowi rodzinnemu i moralności publicznej (kodeks belgijski); 2) za przestępstwo uszkodzenia ciała matki (kod. francuski); 3) za specyficzny rodzaj zabójstwa (kodeksy: niem., austr., ros.). Wszystkie niemal kodeksy europejskie traktują przerwanie ciąży, jak przestępstwo ciężkie, wymierzając ciężkie kary. Jednakże kary te nie są w zgodzie z życiem i jego wymaganiami, czego dowodem, że w krajach, w których sprawy te należą do właściwości sądów przysięgłych, przysięgli przeważnie wynoszą werdykt uniewinniający. Walka społeczeństw z prawem, które ma na celu obronę kraju przed depopulacją, trwa od lat kilkudziesięciu. Szczególniej zadanie prowadzona jest we Francji, gdzie zdaniem d-ra Lacassagne zabieg ten zabiera około 500 tysięcy płodów rocznie. Z tych 500 tys. przypadków w okresie czasu od 1881 do 1910 dochodziło do sądów od 22 — 34 przypadków rocznie, z czego od roku 1910 do lat najbliższych procent uniewinniających wyroków wynosił przeszło 63; umorzonych bywa spraw od 1891 do 1905 rocznie przeszło 96 procent. Prawodawca francuski walczy ze społeczeństwem i sądami przysięgłych przez wydanie drakońskiego prawa z dnia 31 lipca 1920 r. i nowelizacji art. 317 k. k., przekazującej przerwanie ciąży właściwości sądów zwykłych. Społeczeństwo patrzy na zabieg przerwania ciąży nie jako na przejaw złej woli, lecz jako na czyn, wywołany wyższą koniecznością (owoc gwałtu lub uwiedzenia, niedostateczność zarobkowania i niemożność utrzymania się w okresie ciąży, ujemny stosunek do wolnego związku i panny-matki, brak mieszkania i t. d.). Poglądy społeczeństwa odbiły się na pracach kodyfikacyjnych; projekty kodeksów karnych oba niemieckie, austriackie i nowy kodeks norweski znacznie złagodziły sankcję karną, pozostawiając dyskrecjonalnej władzy sędziego karę, poczynając nawet od 8 dni więzienia. W roku 1915 prawo kantonu bazylejskiego zniósło karalność przerwania ciąży, toż samo uczyniło prawo sowietów rosyjskich. Prądy abolicjonistyczne rozwijają się coraz szerzej; społeczeństwa pojmują coraz lepiej, że kara dotyka bardzo rzadko i najbardziej niebezpiecznych, i że walka z przerwaniem ciąży winna być prowadzona nie za pomocą represji karnej, lecz przez materialne zabezpieczenie brzemienną, opiekowanie się nią i dzieckiem w okresie ciąży i po łożu, przez zmianę poglądów na pannę-matkę i przez danie rodzinie warunków, umożliwiających wychowanie dzieci.

Budzińska-Tylińska. **O ograniczeniu potomstwa z punktu widzenia społeczno-ekonomicznego.**

Prelegentka wskazuje na potężny ruch neomaltuzjański, który od 40 lat objął wszystkie kraje i narody o wyższej kulturze. Bowiem rodzi się poczucie odpowiedzialności

za dane życie przyszłemu nowemu człowiekowi, a coraz trudniejsze warunki życia ekonomicznego, przy wzmoczonych wymaganiach kulturalnych, przy pragnieniu dania swemu potomstwu odpowiedniego wykształcenia i dobrych warunków higieniczno-wychowawczych, zmuszają do poważnego traktowania sprawy ilości potomstwa.

Na pierwszym miejscu ograniczania rozrodczości kobiet trzeba postawić nie system przerywania ciąży, który jest szkodliwszy dla zdrowia kobiety, lecz system zapobiegawczy, system używania środków ochronnych. Ilość potomstwa powinna być uzależniona: 1) od stanu zdrowia rodziców; niewydawanie na świat dzieci z chorobami dziedzicznymi; 2) od warunków ekonomicznych rodziców, w czem klęska mieszkaniowa i konieczności pracy zarobkowej matki muszą być wysunięte na plan pierwszy; 3) od warunków prawno-moralnych: dopóki istnieje będzie wyzucie z niezależnych praw dzieci nieślubnych, i dopóki kobieta ze względu na obyczajowe przesady nie będzie miała prawa być matką, nie posiadając męża.

Zagadnienie neomaltuzjanizmu ściśle się wiąże z ogólną polityką populacyjną i jest podstawą eugeniczno-socjalnych pojęć: że nie ilość, — lecz jakość ludności stanowi o sile narodu i o potęgę państwa.

W dalszym ciągu przemawiali: H. Altkaufer, Justman, Szenkier, Ukraińczykowa i inni.

Posiedzenie plenarne z dnia 14 stycznia 1926 r.

Maurycy Bornsztajn. **Wskazania do przerwania ciąży ze stanowiska neurologji.**

Przerwanie ciąży wskazane jest w ciężkich przypadkach chorób organicznych układu nerwowego, mózgu i rdzenia; zwłaszcza wymienić tu należy: nowotwory mózgu, wylewy krwawe do opon, stwardnienie wieloogniskowe. Choroby obwodowego układu nerwowego nie stanowią wskazania. Co dotyczy chorób psychicznych, to psychonerwice są raczej przeciwwskazaniem, a z chorób psychicznych (wchodzą tu głównie w grę dwie grupy psychoz: psychoza manjakałno-depresyjna i schizofrenja) tylko w takich razach istnieje bezwzględne wskazanie do przerwania ciąży, jeżeli stwierdzone zostało przez wywiady, że chora już przechodziła psychozę podczas ciąży, w łożu lub w okresie poporodowym.

Gantz. **O przerwaniu ciąży w gruźlicy.**

G. sądzi, że należy wyrazić w kodeksie karnym umieścić prawo w brzmieniu następującem: „przerwanie ciąży nie jest karalne, jeśli zostaje wykonane przez lekarza z wskazań lekarskich“. Jednym z takich wskazań może być gruźlica płuc czynna. W każdym jednak takim przypadku decyzja winna zapadać na zasadzie narady dwóch lekarzy, leczących choroby płuc, po dokładnem zanalizowaniu wszystkich danych, odnoszących się do chorej (stan nerwowy, wywiad, skłonność do krwotoków płucnych, zmiany obiektywne, warunki materialne i t. p.). Przypadki gruźlicy krtani lub zmiany w krtani, podejrzane o gruźlicę, są bezwzględnie wskazaniem do przerwania ciąży.

Garlicka. **Ginekologiczno-akuszeryjne wskazania do przerwania ciąży.**

Mamy więcej przeciwwskazań niż wskazań ginekologiczno-akuszeryjnych do sztucznego przerwania ciąży.

Ze wskazań ściśle ginekologicznych przerywamy ciążę w jaknajwcześniejszym jej okresie, jeśli nastąpiła bardzo szybko po rozległej operacji plastycznej.

Ostre stany zapalne przydatków macicy i przymacicy są przeciwwskazaniem do przerywania ciąży; pozostałości pod postacią luźnych zrostów — wskazaniem do donoszenia ciąży.

Ze względu na niemożliwość donoszenia ciąży zmuszeni jesteśmy do przerwania ciąży w przypadkach tyłozgięcia macicy ze zrostami, przy obrazie wklonowania ciężarnej macicy także po *ventrofixatio* i *vaginifixatio* w wyższej części trzonu (technika poronienia nietypowa).

Liczba wskazań akuszerskich do przerwania ciąży, wywołanych przypuszczeniem, że poród nie będzie się mógł odbyć drogą naturalną, maleje w miarę postępów chirurgji. Nie stanowią już obecnie tych wskazań nowotwory łagodne przydatków lub macicy. Operuje się je, nie zakłócając tem przebiegu ciąży. W przypadkach nowotworów złośliwych — dokonywujemy operacji radykalnej, nie licząc s'ę, naturalnie, z ciążą.

Niestosunek dróg porodowych do główki płodu stanowi wskazanie do przerwania ciąży, jeśli ciężarna stanowczo się nie godzi na ewentualne cięcie cesarskie. Taką przeszkodę porodową w drogach miękkich napotykamy pod postacią zbliznowacenia szyi macicznej, w drogach twardych — ściśnionej miednicy. Przy sprężnej prostej nie przekraczającej 7—8 cm. w miednicy płaskiej i 8 cm. w ogólności ściśnionej nie możemy się spodziewać urodzenia nawet małego dziecka drogą naturalną. U pierwiastek, szczególnie młodych, wskazana jest wielka oględność w stawianiu wskazań do sztucznego poronienia z powodu ściśnionej miednicy; decydujemy się na nie łatwiej u wieloródek, których poprzednie porody dały wynik niezadawalający, lub które już przechodziły cięcie cesarskie. W miarę zdobywania prawa obywatelstwa przez cięcie cesarskie w dolnym odcinku, które może być dokonywane i w późniejszym okresie porodu niż klasyczne, a daje bliźnię minimalną, zacieśnia się i ten ostatni teren wskazań do sztucznego poronienia.

Nieprawidłowości w rozwoju jaja płodowego lub we współzyciu jaja płodowego z organizmem matki stanowią wskazania do przedwczesnego przerwania ciąży. Nieprawidłowości pierwszego rodzaju jest *hydranion acutum*, drugiego — drgawki i nieustające wymioty ciężarnych.

Ginekolog nie może traktować sztucznego poronienia jako zabiegu obojętnego: powtarzane często wywiera ono ujemny wpływ na organizm kobiety. Nawet w rękach doświadczonych ginekologa nie wyłączone jest przebiecie macicy. Nierzadko bez żadnych widocznych komplikacji staje się jednak przyczyną bezpłodności.

Knappe. Ciąża w chorobach serca i nerek.

I. W ocenie wartości serca należy brać pod uwagę nie tylko jego stan anatomiczny (wady zastawkowe, przerost mięśnia), lecz przede wszystkim sprawne jego funkcjonowanie bierze się przeto pod uwagę charakter tonów, częstość skurczów, ich rytm, zachowanie się serca po wysiłkach, obecność zmian w płucach, wątrobie, nerkach i tkankach w zależności od serca, na stan naczyń wielkich i drobnych oraz na ciśnienie krwi wewnątrznaczyniowe. Jeżeli wynik badania we wszystkich wspomnianych kierunkach jest zadowalający, to serce jest sprawne, pomimo wady zastawkowej i przerostu lub braku takowego i ciąża nie przedstawia niebezpieczeństwa. Jeżeli wydolność serca jest wyraźnie zmniejszona, t. zn. jeżeli po wysiłkach występuje długotrwałe bicie serca, duszność bez innych zaburzeń krążenia, to sprawę należy traktować z zastrzeżeniem aż do ewentualnej poprawy po zastosowaniu odpowiednich metod. Jeżeliby od tych zabiegów serce się nie poprawiło, to stan należy uznać za niepomyślny i ciążę za przeciwwskazaną. Z wystąpieniem zatrucia, a więc obrzęków na kończynach, a zwłaszcza obrzęku płuc choćby w stopniu nieznacznym, świadczących o niedomodze serca, ciążę należy przerwać.

Osoby z takim sercem mogą się w następstwie poprawić tak dalece, że następne ciążę przebiegają bez przeszkód. Przebyte przeto niedomogi serca w ciąży nie upoważniają lekarza do przerywania następnych, o ile nie stwierdzi znowu takich samych objawów. Większość kobiet z niedomogą serca roni jednak sama.

Położnica z wadliwym sercem powinna mieć zapewniony jaknajwiększy spokój przez tydzień co najmniej: nie powinna karmić, dziecko nie powinno jej niepokoić, powinna mieć wszelkie wygody. Nieoczekiwane katastrofy są następstwem przeoczonych zmian w sercu, głównie niedomogi serca.

II. Najcięższą i najniebezpieczniejszą sprawą nerkową, wklajającą ciążę, jest t. zw. nerka ciężarnych, która nie może być dopasowana do żadnej ze znanych postaci chorób, nerkowych. Cechy jej są: wysoki ciężar gatunkowy moczu,

obfitość białka, wysokie ciśnienie krwi, niekiedy zmiany na siatkówce, a nadewszystko wielkie obrzęki i rzucawka (*eclampsia*), natomiast nie powoduje azotemji i niedomogi nerek. Etiologia jest zupełnie ciemna. Pojawia się ona zawsze w pierwszej ciąży: jeżeli nie było jej w pierwszej, to nie będzie i w następnych; może s'ę jednak powtarzać w następnych nawet kilkanaście razy; występuje bez wyjątku w drugiej połowie ciąży. Anatomopatologicznie jest to nefropatia nabłonkowa z zajęciem kłębuszków (*glomerulo-nephrosis*). 7 — 8% kobiet z nerka ciężarnych kończy na eklampsję. Sprawa nigdy nie ustępuje; wyzdrowienie następuje samo z siebie i to bardzo szybko, nawet bez śladów, ale dopiero po porodzie. Niebezpieczeństwo sprawy polega na eklampsji i na odklejeniu przedwczesnem łożyska, co w 50% przypadków zabija kobietę, a w 100% dziecko.

Do przerwania ciąży wolno się uciec w tych razach: z wystąpieniem rzucawki — natychmiast; w obecności *retinitis*, o ile wzrok pogarsza się szybko; przy dużych obrzękach, zwłaszcza z nagromadzeniem płynu w jamach tułowia, o ile środki lekarskie nie dają poprawy.

Ilość białka w moczu nie ma żadnego znaczenia.

Co się tyczy innych spraw nerkowych w przebiegu ciąży, to należy mieć na uwadze, że ostre krwotoczne zapalenie może wywołać uremję i odklejenie przedwczesne łożyska. Tylko ścisła obserwacja może zadecydować o potrzebie przerwania ciąży.

Ostre zapalenie nerek nie pogarsza się wskutek ciąży i po przerwaniu ciąży bynajmniej się nie poprawia; nie może być wskazaniem do sztucznego poronienia.

Przewlekłe zapalenie nerek jest niepożądanem powikłaniem ciąży. Decyzja co do zapobiegania i przerywania ciąży w takich razach zależy od stanu serca, czynności nerek i skłonności do obrzęków.

(A u t o r e f e r a t).

S z w a r c. Okulistyczne wskazania do przerwania ciąży.

Przy omawianiu okulistycznych wskazań do przerwania ciąży **S z w a r c** zwrócił uwagę na to, że należy brać pod uwagę, nie tylko osłabienie siły wzroku, ale musimy pamiętać o tem, że objawy czne są bardzo często wyrazem poważnego ogólnego cierpienia, które już samo przez się jest dostatecznym powodem do przerwania ciąży. Powikłania oczne, które spotykamy w ciąży podzielimy na takie, których powodem była ciąża, i na takie, które były już przed ciążą i pod wpływem tej ostatniej uległy pogorszeniu. Z powikłań pierwszej kategorii na pierwszym miejscu należy postawić *retinitis gravidarum*, t. j. zapalenie siatkówki przy t. zw. nerce ciężarnych. W przypadkach ciąży z *retinitis gravidarum* niema innego wyjścia, jak natychmiastowe przerwanie ciąży, w przeciwnym razie ciężarnej grozi śmierć lub ślepotą, a w najlepszym razie znaczne upośledzenie wzroku, większa część dzieci ciężarnych z *retinitis* umiera przed porodem lub w kilka dni po urodzeniu się. Za bardzo groźną komplikację należy tu uważać odklejenie siatkówki, która wymaga również przerwania ciąży.

Ostre zapalenie nerek z zajęciem siatkówek jest również wskazaniem do sztucznego poronienia; gdy zaś ciąża występuje podczas przewlekłego zapalenia nerek, powikłanego zajęciem siatkówek, to musimy przystąpić jaknajszybciej do przerwania ciąży, ponieważ zwlekanie kończy się często śmiercią chorej. W szczególności ciężkie jest rokowanie, gdy występuje amauroza mocznicza, którą powinniśmy odróżnić od amaurozy eklamptycznej. Podczas gdy pierwsza występuje tylko w *neph. chron.*, amauroza eklamptyczna występuje w *nephropathia grav.*

Dla amaurozy eklamptycznej jest takie same wskazanie, jak dla samej eklampsji.

Dotychczas omówiliśmy komplikacje oczne pochodzenia nerkowego, obecnie przejdziemy do schorzeń narządu wzrokowego, które z zapaleniem nerek nie mają nic wspólnego, a mogą nas również zmusić do przerwania ciąży. Na pierwszym miejscu należy postawić stożkowatość rogówek (*keratoconus*), następnie o wrzodzenia obu rogówek, również niektóre postaci jaskry prostej. Należy przerwać ciążę również w ciężkich postaciach wycieczki tętniczego (*exophthalmus pulsans*).

W odklejeniach siatkówki, które mogą występować niezależnie od zapalenia nerek, musimy również

przerwać ciążę, to samo się stosuje do zatoru tętnicy środkowej do krwotoków na siatkówce.

Do bardzo stosunkowo częstych powikłań ciąży należą zapalenia nerwów wzrokowych, w szczególności zapalenie pozagałkowe nerwu wzrokowego (*neuritis retrobulbaris*). Ponieważ cierpienie to prowadzi często do zupełnej ślepoty, większa część autorów radzi przerwać ciążę.

W ostatnich czasach zwrócono uwagę na występowanie *hemianopsiae bitemporalis* u ciężarnych, które zależne jest od ucisku powiększonej podczas ciąży przysadki mózgowej na *chiasma nerv. optico-rum*. Przerwać ciążę należy tylko w tych przypadkach, gdy zbyt silny ucisk przysadki wywołuje znikome zmiany w nerwach i zaburzenia nie tylko w skroniowych polach widzenia, ale i w nosowych.

Obecnie przejdziemy do schorzeń oczu, które były już przed ciążą, ale pod wpływem ciąży uległy pogorszeniu. Do tych należy zanik nerwów wzrokowych tabetycznego pochodzenia, gruźlica ciała rzęskowego, zapalenie nerwu wzrokowego na tle cukrzycy, guzy przysadki mózgowej, powikłane zajęciem nerwów wzrokowych, a także i naczyniaki oczodołów.

Wernic. **Choroby weneryczne i poronienie sztuczne.**
Mówca broni tezy, że choroby weneryczne nie stanowią wskazania do przerwania ciąży.

Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dn. 12. XII. 1925 r.

Odczyty:

1. Wł. Sterling. **Ogólne zagadnienia konstytucjonalizmu w stosunku do zjawisk klinicznych.**

2. Hirsfeld. **Zagadnienie konstytucjonalizmu w epidemiologii.**

(Ukażą się w druku).

Posiedzenie z dn. 12. XII. 1925 r.

Pokazy:

1. Prussakowa. **Przypadek nowotworu w okolicy mostu Varola, leczony promieniami Roentgena.**

Chora E. P., 1. 19, zapisała się na oddział Dr. Flatau 10. XII. 1925 r. Przed rokiem wystąpiły silne bóle głowy, bóle w plecach, oraz wymioty, które to objawy ustąpiły po paru dniach i zjawily się znowu po upływie mniej więcej 8 miesięcy. W międzyczasie czuła się dobrze, pracowała. Na 10 dni przed przybyciem do szpitala zjawily się ponownie wyżej wymienione objawy, lecz w stopniu daleko silniejszym. W kilka dni potem wystąpiło двоjenie i porażenie l. nerwu twarzowego. Podobno tegoż dnia miała napad drgawek z utratą przytomności. Miesiączkowała tylko jeden raz (w 16 r. życia). Przybyła do szpitala w stanie silnej prostracji.

Badanie przedmiotowe (11. XII. 1925 r.) wykazało: niedorozwój drugorzędnych cech płciowych, nieco nadmierne rozwinięta tkankę tłuszczową. Tętno 96. Mocz bez białka i cukru. C. gat. — normalny. Oddziaływanie żrenic prawidłowe. Obustronna tarcza zastoinowa, drobne wynacznienia poza tarczą po str. pr. Visus o. d. 1/20; o. s. 1/4.

Niedowład nerwu odwodzącego obu gałek (pr. > 1.).

Porażenie całkowite l. nerwu twarzowego i wszystkich gałęzi czuciowych l. n. trójdzielnego; niedowład gałązki ruchowej tegoż nerwu. Inne nerwy czaszkowe bez zmian. Osłabienie odruchów ścięgowych na kończynach górnych i dolnych. Zniesienie odruchu podeszwowego.

Pozatem brak zmian ze strony kończyn. Zaraz po naświetlaniu promieniami Roentgena tylnej okolicy czaszki z l. str. nastąpiło znaczne pogorszenie i tętno drobne 108, niemiarowe. Większy ból głowy, zniesienie odr. kolanowego z l. str., osłabienie innych odruchów ścięgowych, upadek siły wzroku (O. d. — 0, o. s. — 1/20), niedowład 3-ej pary nerwów. W tym też czasie zjawil się półpasiec międzybrowny z pr. str. W 3 dni po drugim naświetlaniu ujawniła się poprawa. Bóle głowy, bóle w plecach ustąpiły. Wszystkie objawy ze strony nerwów czaszkowych zaczęły również ustępować: pozostał tylko lekki niedowład l. nerwu twarzowego i trójdzielnego oraz zanik tarcz pozastoinowy. Siła wzroku obecnie z obu str. 1/6. Pole widzenia znacznie zwężone z pr. str. < 1. Roentgenogram podstawy czaszki (7.1)

wykazał zniekształcenie siodła tureckiego, które ma kształt spłaszczonej łódki i wyrostki klinowe przednie zgięte w kierunku dna siodła. Ku tyłowi od siodła masy zwapiate (nowotworów?). Mamy tu zatem do czynienia z nowotworem w średniej jamie czaszki, który uszkodził tam nerw trójdzielny, a rozrastając się w kierunku tylnej jamy czaszki, wywołał porażenie nerwu twarzowego. Niedowład nerwu okoruchowego był obok innych objawów następstwem naświetlania czaszki promieniami Roentgena i szybko ustąpił. Nowotwór rozwijał się prawdopodobnie przez dłuższy czas i wywierając ucisk wprost czy też za pośrednictwem wodogłowia na dno III-ej komory lub przysadki był przyczyną powstania status *adiposogenitalis*, który w przedstawionym przypadku okazał się pierwszym objawem choroby.

Dyskusja:

Rubinrot mówi o szczegółach, dotyczących zdjęć roentgenowskich okolicy siodła tureckiego.

Flatau. Przedstawiony przypadek zasługuje na uwagę ze względu na wyjątkowo pomyślny wynik leczniczy, osiągnięty naświetlaniem promieniami X.

Doświadczenie poucza, że naogół naświetlania nowotworów, umiejscowionych w okolicy mostowo-mózdkowej, dają wyniki złe w przeciwieństwie do wyników dobrych, jakie otrzymuje się w przypadkach nowotworów przysadki. Do leczenia operacyjnego uciekać się trudno, gdyż operacje w okolicy mostowo-mózdkowej dają duży odsetek śmiertelności. Nawet pomyślna statystyka Cushinga wykazuje kilka procent śmiertelności. Odnośnie do zdjęć roentgenowskich okolicy przysadki mózgowej F. zaznacza, że w odczytywaniu ich należy być bardzo ostrożnym. Rozszerzenie siodła tureckiego nie jest dowodem nowotworu przysadki. Spłaszczenie siodła bywa następstwem ucisku nowotworu, znajdującego się poza przysadką mózgową. Tylko zniszczenie świadczy o guzie samej przysadki.

2. Dyskusja w sprawie pokazu przypadku dusznicy bolesnej (Jochweds).

Landsberg podkreśla rolę odruchów trzewnowo-trzewnych w powstawaniu napadów dusznicy bolesnej. W przedstawionym przypadku rozpoznawałby prędzej aortalgię a nie napady dusznicy bolesnej.

Jochweds jeszcze raz zaznacza, że zapalenie wyrostka robaczkowego było tym czynnikiem drażniącym, który na drodze odruchowej prowadził do częstszego występowania napadów dusznicy bolesnej. Wogóle był to przypadek dusznicy nie ciężki.

Grudza ch zgadza się z prelegentem co do roli, jaką niekiedy mogą odgrywać odruchy trzewnowo-trzewne w powstawaniu napadów dusznicy bolesnej.

Landau. Uważa, że przedstawiony przypadek należy zaliczyć do ciężkich, gdyż napady bolesne występowały już w spokoju. Omawia patogenезę dusznicy bolesnej (zmiany w tętnicach wieńcowych, w tętnicy głównej i w mięśniu sercowym).

Odczyty:

Srebrny. **Laryngo — i bronchoskopia na usługach medycyny wewnętrznej i chirurgii.**

Po przedstawieniu w krótkim zarysie historii rozwoju metod badania krtani, tchawicy i oskrzeli od czasów Garcii aż do ostatniej chwili, S. omawia kolejno rozmaite stany chorobowe, których rozpoznanie i leczenie ułatwia i umożliwia nam laryngoskopia pośrednia i bezpośrednia oraz tracheo- i bronchoskopia. Laryngoskopia bezpośrednia przyczyniła się do dokładniejszego badania krtani dzieci i wyjaśniła niektóre sprawy, dawniej mylnie tłumaczone. Sprawy chorobowe tchawicy i oskrzeli natury zapalnej, astma, ropnie, zgorzel i bąblowiec płuc, krwioplucie, dzięki endoskopji tych narządów zostały dokładniej poznane i udostępnione leczeniu miejscowemu. Gruźlica płuc, zwłaszcza w okresie początkowym, może być bardzo wdzięcznym polem badania, a może i leczenia miejscowego. Zwężenia tchawicy i oskrzeli rozmaitego pochodzenia, ciała obce i nowotwory tych narządów mają już swoje bardzo bogate piśmiennictwo. Tętniaki aorty w bardzo wczesnym okresie rozpoznajemy jedynie drogą tracheoskopji; również gruczoty okołotchawicze i okołoskrzelowe, wywierające ucisk na te narządy i grożące przebicciem się do ich światła, dają się rozpoznać i usuwać tą samą drogą. Zwężenia tchawicy powstałe wskutek ucisku na nią ropnia opadowego w przypadkach gruźlicy kręgow, były rozpoznawane i skutecznie leczone na drodze tracheoskopowej.

Rozpoznawano przetoki przelykowo-tchawicze i kierowano do właściwego leczenia. Stwierdzenie porażenia mięśni rozwieraczy głosi naprowadzało na rozpoznanie władu rdzenia, a skonstatowanie porażenia nerwu zwrotnego lewego ułatwia rozpoznanie tętniaka aorty lub przerostu lewej komory.

Z przeglądu tych rozpoznawanych i leczonych drogą laryngo-tracheo- i bronchoskopji spraw chorobowych wynika, że metody te oddają nieocenione usługi medycynie wewnętrznej i chirurgji, i że w interesie kliniki leży zaprowadzenie w szpitalach jaknajwiększej liczby oddziałów laryngologicznych.

Jelenkiewicz.

Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Przewodniczący: Bregman.

Posiedzenie z dn. 17.X.1925 r.

Sznajderman przedstawia dziewczynkę 12-letnią, dotkniętą **cierpieniem ogniskowym rdzenia przedłużonego najprawdopodobniej na tle gruźli pojedynczego (tuberculum solitarium)**. Choroba rozpoczęła się 25.VIII b. r. od bólu i zawrotów głowy i chód stał się niepewny, a po 2 dniach chora nie mogła już wcale chodzić, padała.

Wystąpiły zaburzenia łykania, pokarmy wracały przez nos. W ciągu pierwszych 6 lat cierpiała na katar oskrzeli.

Ojciec zmarł na gruźlicę płuc.

Badanie przedmiotowe: Przytłumienie nad całym 1. płucem oraz nad pr. obojczykiem. Oddech zaostrzony. W pr. dolnym płacie trzeszczenia. Wątroba powiększona. Układ nerwowy: czaszka bolesna przy opukiwaniu w okolicy skroniowo-czołowej z pr. str. Żrenica i szpara oczna z pr. str. węższe, niż z lewej. Gałka pr. zapadnięta.

Ciepłota skóry z pr. str. wyższa, niż z lewej.

Strabismus divergens et deorsumvergens oc. dextri. Oczopląs przy spoglądaniu w pr. w l. str. (> pr.). Czucie bólowe i ciepłikowe zniesione w pr. połowie twarzy. Niedowład podniebienia miękkiego i krtani z pr. sr. Wyraźny bezwład oraz dysmetria w kończynach prawych zwłaszcza w górnej. Adiadochokineza z pr. str. Objaw omijania w pr. ręce. Odruchy ścięgnowe i okostnowe w kończ. górnych i dolnych osłabione. Odruch podeszwy — normalny. Czucie dotykowe zachowane, cz. bólowe i ciepłikowe upośledzone z l. str. ciała z wyjątkiem twarzy.

Chora chodzi na szerokiej podstawie, zataczając się przeważnie na pr. i ku tyłowi. — Chora ma przydźwięk nosowy.

Wszystkie te objawy wskazują na zajęcie grzbietowo-bocznej części opuszki na wysokości wyjścia nerwu błędnego.

Dyskusji nie było.

2. Braun. Przyp. organicznego **cierpienia w okolicy wzgór czworacznych.**

Chora l. 32. Cierpienie rozpoczęło się przed 2 miesiącami nagle od bólów głowy, wymiotów i utraty przytomności. Nazajutrz przywieziona została do szpitala w stanie zamroczenia. Nic nie mówiła, na pytania nie odpowiadała. Stwierdzono ponadto nieznaczny sztywność karku, opadnięcie powiek, porażenie mięśni gałek ocznych, brak oddziaływania źrenic na światło, wybitną asynergję, wzmoczenie odruchów ścięgnowych i okostnowych. Tętno 102, t⁰ normalna. Po kilku tygodniach stan się poprawił. Chora zaczęła unosić powieki, ruch gałek ocznych ku dołowi wrócił całkowicie, w innych kierunkach zaś częściowo, źrenice zaczęły oddziaływać na światło. Dno oczu — przez cały czas normalne. Płyn mózgowo-rdzeniowy był w pierwszych dniach choroby podobno mętny, zawierał w 1 mm³ około 200 ciałek białych przeważnie wielojądrowych.

W późniejszym okresie (na oddz. dr. Flatau) płyn był przezroczysty i zawierał przeważnie limfocyty; wreszcie w 3 tygodniu choroby pleocytoza znikła zupełnie.

Odczyn Wassermanna z krwi i z płynu mózgowo-rdzeniowego ujemny.

Prelegent podkreśla, iż przypadek jest bardzo trudny do rozpoznania, przebieg cierpienia oraz obraz kliniczny najbardziej przypominają **Polioencephalitis haemorrhagica sup. Wernickego**.

W dyskusji brali udział: Kopczyński, Flatau, Goldflam, Higier.

Bau-Prusakowa przedstawia chorego 20 letniego, u którego cierpienie rozpoczęło się w marcu 1924 r. od bólów w plecach i drętwienia kończyn dolnych. W miesiąc potem osłabła l. kończyna. W sierpniu wystąpiło krótkotrwałe zatrzymanie moczu. Badanie przedmiotowe (we wrześniu 1925 r.) wykazało: niedowład l. kończyny dolnej, odr. brzuszne i nosidłowy z l. str. osłabione, z pr. str. zniesione. PR i AR kloniczne, l. > pr. Babiński zaznaczony, objaw Rossolimo obustr. dodatni. Czucie głębokie upośledzone w palcach l. stopy.

Po 3 tygodniach wystąpiły zaburzenia czucia o typie Brown-Séquarda od linii mieczykowej w dół. — P. L. wykazała: płyn mózgowo-rdzeniowy ksantochroniczny, odczyn Nonnegó-Apelta wybitnie dodatni, 16 limfocytów. Lipjodol zastryknięty podpotylicznie zatrzymał się na wysokości V i górnego brzegu VI kręgu grzbietowego. — Chorego poddano naświetlaniu promieniami Roentgena. W parę tygodni potem nastąpiła poprawa o tyle, że zarówno niedowład kończyny lewej, jak i zaburzenia czucia wyraźnie się zmniejszyły, lecz już po paru tygodniach wróciły do pierwotnego natężenia. Dalsze naświetlania promieniami X. były bezskuteczne. Na początku lipca 1925 r. stan chorego znacznie się pogorszył. Wystąpiły bóle opasujące na wysokości pępka oraz zatrzymanie moczu. Kończyna l. osłabła bardziej; w tydzień potem osłabła również kończyna pr., w końcu chorey przestał prawie zupełnie władać kończynami. Badanie przedmiotowe (na początku sierpnia) wykazało ponadto upośledzenie czucia dotykowego od D⁶, czucia bólowego i ciepłikowego od D⁴ ku dołowi najbardziej na l. kończynie. Lipjodol, zastryknięty dołędźwiowo w położeniu Trendelenburga zatrzymał się na wysokości dol. brzegu XI kręgu grzbietowego. Lipjodol górny nie zmienił położenia. Stan chorego pogarszał się z każdym dniem. 8.IV dokonano laminektomji (dr. Lubelski) na przestrzeni kręgów grzbietowych VI — XI. Opona twarda okazała się niezmienną. Opony miękkie pokryte były na całej tej przestrzeni masami nowotworowymi, które stały w tkankę rdzeniową.

Wycięto tylko mały kawałek do badania, a ranę zaszyto. Guz okazał się **angiogliosarcoma**.

Zaraz po operacji chorey odzyskała czucie, nazajutrz oddawał sam mocz, a w 2 tyg. potem zaczęły wracać ruchy w kończynach dolnych. Obecnie stwierdza się tylko nieznaczne ograniczenie ruchów w l. stawie skokowym i w palcach l. stopy, niewielkie osłabienie siły mięśniowej w obu kończynach, osłabienie czucia powierzchownego od D⁶ zwłaszcza z l. str., zniesienie czucia głębokiego w palcach l. stopy. PR i AR wzmoczone, l. > pr. Babiński zaznaczony z l. str. Chory chodzi nawet bez pomocy laski.

Lubelski podaje przebieg operacji, dokonanej w uspieniu eterowym.

W dyskusji brali udział: Flatau, Goldflam, Bregman i Higier.

4. Sterling Wl. W sprawie **patogenezy porażenia okresowego**. (Wydrukowane w Nr. bież.).

W dyskusji zabierali głos: Bychowski sen., Orzechowski, Higier, Bornsztajn.

5. Leśniowski Stefan przedstawia pannę 26 letnią, która już od 9 roku życia cierpi na gwałtowne bóle głowy. W 21 roku życia chora straciła wzrok na pr. oku; w 1923 r. wystąpiły stale nasilające się objawy wzmoczonego ciśnienia wśródczaszkowego. Badanie przedmiotowe (w październiku 1923 r.). Waga 27 kg., wzrost 140 cm., budowa dziecięca z cechami eunuchoidalnymi. Brak podściółki tłuszczowej, skóra pomarszczona, łuszcząca się. Układ nerwowy: obustronny wytrzeszcz, obrzęk powieki górnej i pr. okolicy skroniowej, niedowład pr. nerwu odwodzącego, ślepotą oka pr., obniżenie siły wzroku i ograniczenie pola widzenia po str. l. Zanik prosty tarczy nerwu wzrokowego pr., zanik pozapalny tarczy lewej. Zniesienie wężu. — Rentgenogram wykazał zniszczenie siodła tureckiego oraz linję łukowatą ponad niem, mogącą odpowiadać złogom wapnia na obwodzie guza. Rozpoznano guz, wychodzący z przewodu przysadki.

Dokonano operacji dekompresyjnej, a następnie poddano chorego naświetlaniu promieniami X.

Bóle głowy ustąpiły. Stan chorej w październiku b. r.: waga 40 kg., skóra o wyglądzie prawidłowym, wyraźne o-

tluszczenie o typie otyłości przysadkowej, nieznaczna poprawa wzroku w oku I.

Ten fakt przejścia po szeregu zabiegów leczniczych, charłactwa przysadkowego w otyłość przysadkową dowodzi, załamaniem L., że charłactwo to zależne było od uszkodzenia dna III komory, a nie samej przysadki.

Dyskusję odłożono.

6. Mackiewicz. Przyp. rozmiękania rdzenia Referatu nie dostarczono.

Dyskusję odłożono.

Sekr.: Bau-Prusakowa.

Posiedzenie z dn. 21.XI. 1925 r.

Przewodniczył: Bregman.

1. Typograf. Przyp. porażenia górnego spłotu barkowego na tle zakażenia gonokokowego. (Będzie ogłoszony).

W dyskusji brali udział: Bychowski sen., Koczynski.

2. Koelichen przedstawia chorego 35 letniego z wybitną dysartrią, z myokimjami i skurczami klonicznymi w mięśniach twarzy, języka i podniebienia miękkiego, nasilającymi się pod wpływem podnieć psychicznych n. p. podczas czytania, słuchania muzyki i t. d.

W tych warunkach występuje też skurcz w mięśniach gardzieli i stan ogólnego niepokoju. Wszystkie te objawy rozwijały się stopniowo od końca 1924 r. U chorego stwierdza się ponadto brak odr. ze ścięgien Achillesa.

W maju b. r. wystąpiły 2 napady padaczkowe w ciągu jednego dnia i powtórzyły się jeszcze dwukrotnie w ciągu paru miesięcy. Stan psychiczny normalny. Co do zakażenia kiłowego brak danych anamnestycznych. Odczyn Wassermannna z krwi z płynu mózgowo-rdzeniowego ujemny (nawet po leczeniu swoistem, prowokacyjnym), brak również innych zmian w płynie m.-rdzeniowym. Okoliczności te pozwalają wyłączyć P. p.

Wymienione objawy są, zdaniem prelegenta, następstwem zmian organicznych w mózgu, których natury ustalić nie można, a które wywołują stały stan podrażnienia w ośrodkach prawdopodobnie opuszkowych.

W dyskusji zabierali głos: Krukowski, Sterling, Higier, Bregman.

3. Sznajderman przedstawia 8-letnią dziewczynkę, która dotychczas nie może chodzić, ani siedzieć o własnych siłach, wykazuje wybitne zaburzenia mowy oraz niedorozwój pod względem psychicznym.

Leży stale na wznak, przyczem kończyny dolne są odprowadzone, skręcone nazewnętrz i zgięte we wszystkich odcinkach.

U chorej stwierdzono cały szereg ruchów mimowolnych o charakterze torsyjnym w kończ. dolnych, w tułowiu, w mniejszym stopniu w pr. kończynie górnej; w kończynach górnych widać też ruchy o charakterze płaswicy. Twarz wykazuje również niepokój pod postacią odciągania i opuszczania kątów ust, kurczenia mięśni pod bródką oraz powiek.

W spokoju ruchy te nie występują wcale, lub są nieznaczne, nasilają się natomiast przy ruchach dowolnych lub, gdy chora mówi. Najsilniejsze są przy próbach chodzenia. Ruchy dowolne upośledzone są wskutek wyżej wymienionych ruchów. Odr. ścięgienowe osłabione. Brak zmian ze str. nerwów czaszkowych. Mowa znacznie upośledzona; mówi mało i niezrozumiale.

Cały obraz kliniczny przypomina do pewnego stopnia kurcz torsyjny. Zmiany organiczne w mózgu są w danym przypadku, zdaniem prelegenta, następstwem urazu doznanego podczas porodu, który, jak z anamnezy wynika, był bardzo ciężki. Bezpośrednim następstwem tego urazu mógł być krwotok do mózgu lub też zaburzenia w krążeniu.

W dyskusji zabierali głos: Bregman, Zandowa, Higier.

4. Sterling Wł. Objawy dloniowe analogiczne do objawów: Babińskiego i Rossolimo. Pokaz przypadków. Referatu nie dostarczono.

5. Stępień przedstawia mężczyznę 55 letniego, dotkniętego spondylozą rhyzomelą od 25 r. życia, u którego po urazie w okolicę potyliczną wystąpiły zaburzenia mowy i polykania oraz szczękocisk. Badanie przedmiotowe: kręgi szyjne. bolesne przy obmacywaniu; ruchy głową bolesne i ograniczone. Niemożność otwierania ust, zniesienie ruchów

języka w bok i ku górze, ograniczenie ruchu ku przodowi. W mięśniach języka, który jest zwiotczały i pofałdowany, stwierdza się drgania włókienkowe, częściowy odczyn zwyrodnienia w jednej, osłabienie pobudliwości na prąd fardyczny w drugiej połowie.

Brak pobudliwości na prąd elektr. pr. nerwu podjęzykowego. Mowa niewyraźna, lyanie utrudnione.

Po 4 tygod. objawy zaczęły zwolna ustępować: obecnie znaczna poprawa. Zaburzenia wyżej opisane były następstwem uszkodzenia nerwów podjęzykowych na skutek pęknięcia kości w okolicy canales n. hypoglossi.

Zwapnienie torebek stawów szczytowo-potylicznych ocaliło stawy te od zwichnięcia, tak częstego przy urazach w tej okolicy czaszki.

W dyskusji brali udział: Orzechowski, Higier.

5. Higier jun. Przyp. zespołu nerwu uszno-skroniowego. (Będzie ogłoszony).

Sekr. Bau-Prusakowa.

Przedstawieni przez Zarząd pp. Babiński i Goldflam wybrani zostali jednogłośnie członkami honorowymi.

Przewodniczący Bregman odczytał następnie listę członków korespondentów, wybranych przez Zarząd na posiedzeniu w dniu 18.IX 1925 r.

Polskie Tow. Anatomiczne w Warszawie.

Posiedzenie z dn. 14.XII.1925 r.

Przewodniczący: M. Konopacki,

Sekretarz: Z. Zakolska.

1. Zatwierdzenie protokołu z posiedzenia poprzedniego (16.XI.1925 r.).

2. Prof. Konopacki zawiadomił zebranych, że między 2 — 4 stycznia 1926 r. odbędzie się w Warszawie Zjazd Delegatów w myśl polecenia sekcji anatomicznej XII Zjazdu Przyrodników i Lekarzy w celu utworzenia Ogólnopolskiego Tow. Anatomiczno-Zoologicznego.

Komunikaty:

M. Konopacki referuje pracę prof. Węglowskiego: „O zstąpieniu jąder u człowieka“, wykonaną w zakładzie histologii i embriologii w Warszawie. R. Węglowski na całym szeregu preparatów mikro-i makroskopowych a także na modelach, wykonanych z bardzo wczesnych stadiów, bo już 6 — 9 mm. zarodków ludzkich, udowodnia, że główną rolę w zstępowaniu gruczołów płciowych męskich odgrywa jądrowód, t. zw. gubernaculum Hunteri. Jest to twór powrózkowaty, pochodzący z dolnej części zawiązka pranercza, o budowie łącznotkankowej. Przez pęcznienie i wzrost ku górze powoduje on powstawanie t. zw. stożka pachwinowego, a następnie od 7 miesiąca życia płodowego przez zmniejszanie się i kurczenie, powoduje ściąganie jądra do worka mosznowego.

Takie zachowanie się jądrovodu narusza równomierny układ włókien mięsnych, a mianowicie: wewnętrzne skośnego i szerokiego brzucha, a także wypukła rozciągłego mięśnia skośnego zewnętrznego. W ten sposób pierwsze, ściągane ku dołowi, tworzą m. cremaster, drugie zaś, wypuklane w tym samym kierunku, dają fasciam Cooperi.

Dyskusja: E. Loth, A. Wojciechowski, J. Turip, Słonimski.

J. Łaskowski „O rakach smółkowych u królika“ (z pokazami).

Anatomja patologiczna i patologia wogóle rozporządzą licznymi doświadczalnymi metodami wywoływania nowotworów złośliwych. Podzielić je można na dwie grupy: jedna stosuje w tym celu drobnoustroje i pasożyty, druga zaś środki chemiczne. Pierwszy, który osiągnął niezaprzeczenie dodatnie wyniki był Fibiger, który, pracując od roku 1911 do roku 1913, wykrył u szczurą nicienca (gongylonema neoplasticum), wywołującego w 53% przypadkach raki żołądka u tych zwierząt. W tym samym czasie wykrył Peyton-Roux i Fujinami t. zw. mięsaki zakaźne kur o bardzo wybitnej zdolności przeszczepiania. W dalszym ciągu doprowadzają badania Nusuna do wykrycia w roku 1921 drobnoustrojów raka myszy oraz zdolności mięsakotwórczej cysticercus fasciolaris przez Bullocka i Cur-

tisa, a w roku 1924 przez Blumenthala, Aulera, Meyera pałeczek w niektórych guzach ludzkich (*bacillus tumefaciens*). W roku 1925 Gye i Barnard wykrywają jakoby drobnoustrój zakaźnego mięsaka kur (Peyton-Rous), który działać ma tylko w zespole z jakąś swoistą substancją chemiczną. Druga grupa autorów używa przeważnie smoły, chociaż używają również i węglodorodów oraz arsenu i talu. W ostatnich już czasach zarysowuje się nowa grupa autorów, którzy badają nowotwory *in vitro*, ewentualnie starają się wywołać je w probówce. Metoda smołowa wywoływania raków (Ymagiwy) została ogłoszona w Europie w 1921 roku. Już w roku 1922 w Polsce zaczynają pracować nad tem w Warszawie L. Paszkiewicz, później w Krakowie: Ciechanowski, Morozowa i Wilhelm, we Lwowie — Szusterówna, w Poznaniu — Bartoszek i Czarnocki w Wilnie. Zmiany, wywołane w uchu królika, są następujące: okres I — po 20 dniach rozrost płaszczynowy nabłonka, okres II — po 30 dniach ograniczone guzki (bujanie mieszków włosowych), okres III po 35 dniach bujanie rakowe tychże guzków. Okres IV po 70 — 80 dniach naciekanie i przechodzenie tego procesu na drugą stronę ucha. Nowotwory te nie wykazują u królika wzrostu niszczącego, przeważną ich część po przerwaniu smołowania zanika według czterech typów: róg skórny, torbiel rogowa, *resstitutio ad integrum* i zanik prosty. Wyraźniejszą już złośliwość wykazują smołowe raki myszy, które o tyle nie są obiektywnym materiałem do badań, że cierpią często na samoistne nowotwory. Referat ten był ilustrowany preparatami mikroskopowymi i makroskopowymi wraz z pokazem królika, u którego guzy rozwinęły się już po przerwaniu smołowania.

W dyskusji zabierali głos: J. Tur, A. Wojciechowski i P. Słonimski.

Pokazy anatomiczne:

S. Trojanowski pokazał nową odmianę tętnicy tarczowej. Zanim przeszedł do omówienia tego, przypomniał o poprzednio już zauważonych anomaljach przez Lodera, Nicolasa, Meckela i Henlego.

Nowa ta odmiana, spostrzeżona przez prelegenta, polega na braku tętnicy tarczowej lewej dolnej. Natomiast od prawej tętnicy szyjnej wspólnej odchodzi gałązka, przebiegająca wpoprzek tchawicy, i unaczynia dolne części lewego płatu gruczołu tarczowego.

E. Rahoza zademonstrował znaną w prosektorjum Anatomji Opisowej odmianę nieparzystej żyły płucnej wraz z dodatkowym płatem płucnym (*lobus azygos Wrisbergii* (1777)).

Dyskusja: R. Poplewski, E. Loth i A. Wojciechowski.

E. Loth. *Homo Neanderthalensis* w rekonstrukcji v. Eickstedta — uwagi krytyczne.

Mówca demonstruje odlew rekonstrukcji człowieka przedhistorycznego rasy neandertalskiej, wykonany przez v. Eickstedta według metody, opracowanej przez Stadtmüllera i innych. Zgodnie z publikacją Eickstedta mówca punkt po punkcie objaśnia zasady odtworzenia szczegółów reliefu mięśniowego i twarzy. Najmniej udatna jest, zdaniem prelegenta, okolica warg i nosa, chociaż i wiele innych szczegółów można by zakwestjonować. Temniemniej rekonstrukcja daje ogólne pojęcie o tem, jak wyglądał człowiek przedhistoryczny.

Dyskusja: K. Stołyhwo.

Sekretarz: Z. Zakolska.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Sekcja gastrologiczna.

Posiedzenie z dnia 21 października 1925 r.

Pokazy:

1. Tuchendler: przypadek megasigmy badany rektoskopem (pokaz chorego).

Dyskusja: Justman: Niezawsze megasigma stwierdzona rektoskopowo, daje się potwierdzić drogą rent-

genologiczną. Przypadki te należy sobie wyłomaczyć przez analogję z przełykiem jako stan bezwładu esicy (atonja). Jak wiemy, atonja przełyku może być przyczyną niedrożności przełyku — przez analogję możemy przyjąć podobny mechanizm dla esicy. W tych przypadkach silna podnieta może wywołać skurcz i usunąć objawy zamknięcia.

Kryński odróżnia rentgenologicznie: *Mega, macro-sigma i sigmoideum elongatum*. W wyniku badania enemą winno być wskazane, jaka ilość płynu była wlana przez jelito grube. Badanie enemą jednak wystarcza tylko w przypadkach o wybitnych zmianach. W pozostałych należy dokonać badania zarówno *per os* jak i *per rectum*. Co się tyczy genezy, to u ludzi starszych zmiany esicy powstają przeważnie na tle stanów zapalnych kreski esicy. Tak czysto spotykane na obrazie pętli esicy z wydłużeniem średniego stopnia — na stole operacyjnym nie wykazują uchwytanych zmian. Dowodzi to, jak ostrożnym trzeba być przy ocenie tych obrazów.

Grundzachs zwraca uwagę, że wlewanie *per rectum* może dawać inny wynik, niż badanie „*per os*“, bo może się wówczas tworzyć jakieś sfałdowanie esicy i przeszkoda, dająca nawet zamknięcie światła kiszki.

2. Witkowski (z II Oddz. chir. Szpit. Przem. Pańsk. — kierownik dr. Al. Zawadzki) pokazuje:

- chorego, operowanego z powodu wrzodu żołądka.
- chorą po operacji z powodu adenocarcinoma recti.
- preparat raka żołądka.

Dyskusja: Grundzachs zwraca uwagę na skutek przemówienia Witkowskiego, że płucze się zwykle żołądek po operacji, gdyż wielkie masy sfermentowanego płynu zatrzymują chorego i wywołują objawy „wstrząsu“.

M. Orzech: Przy płukaniu żołądka po operacjach należy być bardzo ostrożnym. Przytacza przypadek płukania żołądka na — 8 dzień po operacji ginekologicznej (rana poniżej pępka), nastąpiło rozejście się szwów otrzewny.

3. Pomper pokazuje z II Oddz. chir. Szpit. Przem. Pańsk. chorą z guzem wątroby.

Dyskusja: M. Orzech podkreśla częstość przypadków, gdzie cierpienia żołądkowo-jelitowe są niezależne od jednoczesnego Wassermann'a dodatniego; przytacza 4 przypadki tego rodzaju.

Dolkart stwierdza, że mamy do czynienia z niebolesnym guzem ograniczonym, należącym do wątroby, ma wrażenie, że to nie jest pęcherzyk żółciowy, najlepiej można rozstrzygnąć przy pomocy cholecystografji.

Justman: Zagadnienia cholecystografji rzucają pewne światło nowe, podobnie jak chromodiagnostyka. Jak tam, możemy sądzić o niedomodze wątroby na zasadzie wcześniejszego lub późniejszego wydzielania się barwika, tak i tu musimy przypuścić, że niezawsze otrzymujemy dostateczny stopień stężenia barwika, dający nam cień. Spowodowaniem to będzie 1) niedomogą wydzielniczą komórki warobowej lub 2) niedomogą koncentracyjną pęcherzyka żółciowego. Nasuwa się nam tu analogja z żółcią A. i B., gdzie niezawsze stwierdzamy różnice zabarwienia między obu porcjami. Duże pęcherzyki tłómaczą się może działaniem bromu na mięśniówkę pęcherzyka, powodującym osłabienie napięcia. Cholecystografja może rozstrzygnąć zagadnienie żółci B. O ile uda się nam pod wpływem bodźców, wywołujących wydalanie żółci B. wywołać zniknięcie cienia, możemy twierdzić, że żółć ta pochodzi z pęcherzyka.

Mesz w szpitalu stosuje przeważnie cholecystografję sposobem podawania *per os* Na Br; otrzymywane rezultaty na razie nie upoważniają do stawiania tak pewnych wniosków, o jakich mówili przedmówcy.

Dolkart: Dla rozpoznania sprawy pęcherzyka żółciowego ma wielkie znaczenie — cholecystografja. Tam, gdzie nie otrzymujemy cienia pęcherzyka żółci., jest prawdopodobnie zwężenie przewodu pęcherzyka żółciowego lub szyjki pęcherzyka żółci. lub wypełnienie całkowite pęcherzyka kamieniami. W niedomodze wątroby może być tylko opóźnienie wydzielania się masy kontrastowej do ściany pęcherzyka.

Cytronberg: Cholecystografia jest dopiero w zarodku. Obecnie polega ona na wydzieleniu pewnych substancji przez wątrobę, które niekiedy przez wątrobę nie przechodzą; dlatego w pewnym odsetku przypadków z prawidłowym pęcherzykiem żółciowym nie otrzymujemy jego obrazu. W każdym razie metoda ta rokuje o wiele większe nadzieje, niż zglębnik dwunastniczy. Przy żółci B, otrzymanej po wlewaniu siarczanu magnezowego, bynajmniej nie mamy pewności czy pochodzi ona z pęcherzyka. Badania własne nad chemicznym składem żółci dwunastniczej niejednokrotnie dowodziły, że żółć B. t. zw. pęcherzykowa bynajmniej nie wykazuje takiego zagęszczenia w porównaniu z żółcią A, jakiego możnaby było się spodziewać po żółci, pochodzącej istotnie z pęcherzyka. Bądź co bądź, kwestja pochodzenia istotnego żółci B nie jest jeszcze wyjaśniona i nie można zatem opierać rozpoznania na wynikach zglębnikowania dwunastniczego.

Witkowski: Co się tyczy cholecystografji, to dwa przypadki, operowane przeze mnie, nie potwierdzają w całości oczekiwania optymistów. 1. przypadek, gdzie na kliszy stwierdzono kamień w uchyłku, znalazł on rzeczywiście kamień w uchyłku pęcherzyka. W 2 przypadkach natomiast, gdzie rentgenogram wykazywał ogromne wydłużenie pęcherzyka, na operacji nie znaleziono żadnych zmian. Zdaje mi się, że pęcherzyki niejednokrotnie się wypełniają pod wpływem masy kontrastowej i niejednokrotnie na nią reagują. Jedne się rozciągają jak czasem esica (daje kilka pętli, a na operacji stwierdza się esicę normalną), w innych przypadkach nie przyjmują masy kontrastowej. Wydaje mi się, że lepiej tą metodą wykazywać kamienie, niż pęcherzyki.

Kryński: Dokonana cholecystografja wykazała li tylko przemieszczony i spłaszczony pęcherzyk, ponad którym unosi się dośrodkowo idący cień, zlewający się z cieniem wątroby. W sprawie kiły żołądka, to najczęstsze są przypadki „*ulcera multiplica curvaturae minoris*“ (Przypadek taki obserwowany wspólnie z kol. Goldmanem, był demonstrowany w Med. społ.). Większość przypadków kiły w schorzeniach żołądka i kiszek jest schorzeniem samostannem.

Grundzach sędzi, że w przyp. kol. Pompera wyczuwa się nie pęcherzyk, lecz guz, wychodzący z wątroby niebolesny, i zbliżony raczej do linii środkowej ciała. Pęcherzyk pełny położony jest więcej na prawo i ku dołowi.

Nie wiadomski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W celu uwidocznienia za pomocą promieni Röntgena pęcherzyka żółciowego Rachwalsky zalecił na posiedzeniu tow. med. wewn. w Berlinie w listopadzie r. ub. podawanie do wewnątrz tetrahydrofenantoliny w postaci pigulek po 0,3, pokrytych parafiną lub tłuszczem. Dzięki temu unika się tendencji wymiotnych. Zdjęcia dokonywać należy w pozycji leżącej po upływie 12 — 16 godz. Na 40 przypadków w 30 udało się uwidocznic pęcherzyk żółciowy. Z pozostałych dziesięciu w czterech stwierdzono podczas operacji zamknięcie przewodu pęcherzykowego. W dyskusji Grunenberga i O. Straussa zaznaczali przewagę dożylnego stosowania środków kontrastowych, Brugsch, który zwracał uwagę na niebezpieczeństwo uszkodzenia wątroby przez środki kontrastowe, woli wprowadzać je przez usta, jako mniej dla chorego szkodliwe.

Na posiedzeniu listopadowym berlińskiego towarzystwa akuszerów i ginekologów omawiano obszernie sprawę ulegalizowania przez nowy kodeks karny, poronień, dokonywanych z wskazań lekarskich, zwłaszcza z uwzględnieniem eugenetyki.

Hirsch wysunął ośm punktów następujących: 1) ulegalizowanie poronień z wskazań lekarskich przez kodeks karny jest pożądane; 2) brzmienie prawa winno być takie, by prawo nie pozostawało w tyle za postępem nauki; 3) eugenetyka winna być uwzględniona na równi ze wskazaniami

czysto lekarskimi; 4) z punktu widzenia eugenetyki w obecnej chwili wskazaniem do poronień są: *retinitis pigmentosa*, *idiotia amaurotica praecox*, psychoza manjakkalno-depresyjna, *chorea Huntingtona* i padaczka samoistna; 5) przed dokonaniem poronienia eugenetycznego należy bezwarunkowo wysłuchać opinii specjalisty; 6) dotychczas dokonanie poronienia eugenetycznego jest niedopuszczalne, 7) należy dążyć do uwzględnienia tego wskazania przez nowy kodeks karny; 8) prawo winno mieć brzmienie: przerwanie ciąży nie jest karalne, jeśli jest dokonane przez lekarza i oparte na podstawach naukowych. Prawnik prof. Kahle zasadniczo odrzuca wskazania eugeniczne do przerwania ciąży, jest to bowiem, zdaniem jego, organizowaniem niszczenia życia ludzkiego, do czego niema prawa naród kulturalny. Pozostałe wskazania są dostatecznie uwzględnione przez nowy niemiecki kodeks. Lekarz, który dowiedzie, że dokonał zabiegu w celu odwrócenia niebezpieczeństwa życia, nie podlega karze. Zamiast zabijania płodów o przypuszczalnej mniejszej wartości należy wprowadzić w życie skuteczne środki zapobiegawcze, jak np. świadectwa przedślubne zdrowia, zakaz zawierania małżeństw w stosunku do osobników mniejwartościowych, a także nawet sterylizację.

Spoleczne wskazania do niszczenia płodów należy wyteplić przez odpowiednią opiekę nad wychowywaniem dzieci. Baur uważa, że choroby z pewnością odziedziczone w całych Niemczech rocznie nie przekraczają liczby 10 — 20. Buschke sądzi, że w pewnych przypadkach kiły matki należałoby wykonywać sztuczne poronienie.

Na posiedzeniu grudniowym wiedeńskiego tow. lekarskiego Singera omawiał sprawę proteinoterapii w moczowce cukrowej.

Już przed dwoma laty podał wyniki swych badań nad wpływem proteinoterapii na przemianę materji u chorych z moczówką cukrową. Obecnie posiada większy materiał, który dowodzi, zdaniem jego, niewątpliwie korzystnego wpływu zastrzykiwań przetworów białkowych. Na 92 ściśle spostrzegane przypadki w 51 (55,6%) miał wynik dodatni w 22 (23%) notuje poprawę, w 17 (18,4%), żadnej zmiany w 2 (2%) — nastąpiło pogorszenie. Co najważniejsze, to że często szybko goiły się powikłania. Wobec tego SINGER insulinę stosuje li tylko w ciężkich kwasicach i w stanach komatycznych. Wgółie stosuje niewielkie dawki, powoli je zwiększając, nie miewa przetworów, wywołujących gorączkę, i przy dłuższym zastrzykiwaniu zmienia przetwory (kazeozan, nowoprotina, yatrenekazeina).

Na styczniowym posiedzeniu paryskiej akademji lekarskiej Hayem zacytował przypadek wyleczenia po operacji raka żołądka.

Chory był operowany przez Tuffiera w r. 1898 w wieku lat 48, (*gastrofomia partialis*) — badanie drobnowidzowe stwierdziło raka — zmarł niedawno w wieku lat 75, t. j. w 27 lat po zabiegu.

Na tem samym posiedzeniu Parisot i Richard z Nancy komunikowali o wyniku swych badań nad gruźlicą wśród piekarzy.

Otrzymali oni 10 przypadków śmierci na tysiąc wśród robotników piekarń, gdy wśród pozostałej ludności cyfry nie przewyższały 2,5 — 3 na tysiąc. Wzmogoną tę śmiertelność tłumaczy autorzy pracą nocną, długotrwałą (ponad 8 godzin), pracą i brakiem odpoczynku w tygodniu.

Hauderoy, znany już ze swych prac nad zarazkami przysączalnymi, niewidzialnymi, w towarzystwie patologji porównawczej w Paryżu w grudniu r. ub. jeszcze raz powraca do tej niezmiernie doniosłej sprawy. Sądzi on, że zarazek duru osutkowego najprawdopodobniej należy do gatunku tych właśnie pasorzytów, narazie skutkiem niedostateczności techniki nie dających się stwierdzić drobnowidzowo. Ponieważ poza tem autorowi (a i innym badaczom) udało się dowiedzieć, że rozmaite zarazki mogą przejśćowo przybierać postać niewidoczną, zrozumiała tedy stała się doniosłość tego odkrycia ze względu na patologję i epidemiologję.

M. G.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Sprawy zdrowia publicznego wobec reformy administracji.

Podał

Doc. Dr. Tomasz JANISZEWSKI.

I

Motto: Spondebis igitur: postremo doctrinam, qua tu nunc polles, cum industria tua culturum, tum omnibus incrementis, quae progrediente tempore haec ars ceperit, aucturum, usum et facultatem tuam ad salutem et prosperitatem hominum studioso conversurum, denique cunctis officiis, quae probum medicum decent ea qua par est humanitate erga quemcumque functurum esse.

„Spondeo ac polliceor!“.

Tradycja, doświadczenie, fachowość są to obecnie pojęcia niemożliwe; jako rzeczy niemożliwe odrzuca się je, kłóży bowiem śmiało oprzeć się dziwactwom mody. A kto obecnie dbałość o swoje wykształcenie posuwa tak daleko, że oprócz czerpania całej swojej mądrości z rozmaitych „kurjerów“ i „ekspresów“ przeczytał jeszcze w swem życiu dzieło Forda i nienależycie je zrozumiał, ten już z największą pogardą i lekceważeniem odnosi się do każdego fachowca.

Otóż chcąc być szczerym wobec czytelników muszę się z góry przyznać, że jestem fachowcem i mam pewne doświadczenie w sprawach administracji sanitarnej. Przebyłem bowiem wszystkie szczeble hierarchii urzędniczej, począwszy od lekarza gminnego wiejskiego, lekarza klimatycznego i t.d. aż do ministra zdrowia publicznego. Ale może ktoś bardziej miłosierny wystąpi w mojej obronie ze zdaniem, że aby zasłużyć na upokarzającą dziś nazwę fachowca, nie wystarczy ani teoretyczna znajomość administracji, nie wystarczy zajęcie chociażby najwyższego stanowiska w hierarchii urzędniczej, ani nawet przejście wszystkich jej szczebli od najniższego do najwyższego, jeżeli na każdym z zajmowanych stanowisk nie działo się coś istotnego, jeżeli nie tylko bezdusznie stosowało się ustawy, ale rozumiało się ich ducha i poznało ich braki. Zupełnie słusznie!

Ale i tu nie jestem bez grzechu, bo na każdym z zajmowanych stanowisk coś nie coś działałem. Bystry czytelnik odrazu uzna, że jest źle ze mną. Gdy jeszcze do tego dodam, że nie ubiegam się o żadną tekę, ani posadę, że zupełnie świadomie nie spekulowałem, nie spekuluję ani akcjami, ani dolarami, że nie chciałem zrobić i nie zrobiłem ani majątku, ani jakiegokolwiek dobrego interesu na skarb państwa, że żadnego banku nie okradłem, ani nikogo nie zamordowałem, że, pisząc, o ile mnie do głosu dopuszczają szanowni redaktorzy, mam jedynie dobro państwa na oku, nie schlebując ani osobom, ani stronnictwom, że nie jestem żadnym swojskim genjuszem, że mam wyrobione przekonania i mam odwagę bronić ich swych poglądów, że wśród istniejącego u nas nietadu programów i zamiarów mam jasny plan działania w sprawach sanitarnych, że każdą sprawę rozważam, że wbrew ustawie pracuję po 16 godzin na dobę, że mam zrozumienie dla wszelkich nowych prądów i ruchów społecznych, ale jednocześnie, że należę do tych niemodnych ludzi, którym przyświeca jeszcze jakaś idea w życiu i w każdym działaniu. — to już ja sam widzę, że jestem w Polsce zupełnie zgubiony i że posadam bardzo mało danych, aby mnie ktokolwiek w Polsce chciał nawet słuchać, a tembardziej chciał zasięgnąć mego zdania lub rady. Co więcej, widzę i czuję, że ludzie do mnie podobni muszą raczej starać się usprawiedliwić powód swego istnienia w Polsce, i że praca ich i rada nie tylko nie są poszukiwane i wyzyskane, ale oni sami z trudem wyszukiwać sobie muszą pracę. W końcu przychodzi do przekonania, że jeśli ja i do mnie podobni jesteśmy wogóle jeszcze cierpieni w granicach państwa, to tylko chyba dzięki temu, że pobory urzędnicze można obłożyć bardzo wysokim podatkiem, i że

bez istnienia docentów Uniwersytetu¹⁾, mających wyjątkowo t. zw. zleczone wykłady, i bez obciążenia do połowy ich dotychczasowego marnego wynagrodzenia za te wykłady, rząd nie byłby w stanie zrównoważyć budżetu i uratować państwa przed klęską ekonomiczną.

A jednak pomimo tak niesłychanego obciążenia, pragnąłbym, żeby wysłuchano mego zdania, żeby czytelnik przeczytał do końca tę pracę.

W powyższych uwagach mało jest przesady, ale jest może trochę za dużo szyderstwa. Społeczeństwo nasze rzeczywiście jest chore, brak mu zdrowia fizycznego i moralnego. Ta choroba, obejmująca całą Europę powojenną nie jest, u nas przynajmniej, jakąś chorobą nieuleczalną, a ślady przesilenia się choroby widać już i u nas. Przyjdziemy tem prędzej do równowagi, czem więcej poświęcimy uwagi sprawom zdrowotnym.

W chwili, kiedy nieudolna polityka doprowadza nasze państwo po raz drugi nad brzeg przepaści, kiedy w związku z tem ogólnem złem położeniem państwa i sprawy zdrowotne cierpią, a administracja sanitarna niedomaga, niech i fachowcowi będzie wyjątkowo dozwolone zabrać głos.

II.

Nasamprzód pozwolę sobie na następujące ogólne uwagi:

Kogo zaciekawiły moje prace, ten wie, że uznaję przedewszystkiem konieczność poprawy fizycznej i moralnej samego człowieka²⁾. Najlepsze ustawy i rozporządzenia, najlepsza organizacja administracji państwowej lub samorządowej nic nie pomogą, gdy nie będzie ludzi zdrowych (dzisiaj większość choruje na histerję neurastenję), uczciwych, odpowiednio przygotowanych i wysoko stojących pod względem kultury społecznej. Tylko inni, lepsi pod względem fizycznym i moralnym ludzie potrafią stworzyć tak na całym świecie, jak i u nas w państwie — inne, lepsze stosunki polityczne, społeczne i ekonomiczne. Stąd wynika wielkie wychowawcze zadanie naszego szkolnictwa na wszystkich jego stopniach.

Następnie, reorganizacja naszej administracji tak państwowej, jak i samorządowej, poczynając od należytego administracyjnego podziału państwa na województwa i powiaty, odpowiedniego i logicznego rozdziału spraw i zakresu działania władz, a kończąc na zmniejszeniu ilości urzędów i urzędników, winna być przeprowadzona nie, jak dotąd wyłącznie pod kątem widzenia polityki partyjnej lub modnego schlebienia hasłom demagogicznym, lecz śmiało i po męsku, uwzględniając jedynie konieczność i potrzebę dobrej i oszczędnej gospodarki.

W oddzielnych zaś naczelnych urzędach państwowych tylko minister, znający się na swoim fachu i głęboko przekonany o konieczności oszczędnej administracji, może przeprowadzić w swoim dziale właściwe oszczędności; w przeciwnym razie wyniknąć mogą takie niedorzeczności, jak tworzenie rozmaitych nadzwyczajnych komisariatów, znoszenie najpotrzebniejszych, a utrzymanie najmniej na razie potrzebnych wydziałów lub urzędów. Dlatego, dopóki nie zorganizuje się należycie i nie ustali dobra administracja, tak długo na czele ministerstw stać powinni wyłącznie doświadczeni fachowcy, bez względu na przynależność partyjną.

W końcu należy unikać wprowadzania do naszej młodej administracji, niejasnych, trudnych do określenia

¹⁾ Dla objaśnienia czytelników, a w szczególności socjalistów, posiadających u nas monopol opieki nad pracą i t. zw. opieki społecznej, dodam, że docenci prywatni Uniwersytetu są to wybrani, którzy jedynie w całym państwie posiadają zaszczytny przywilej pracy dla państwa zupełnie bezpłatnie i niczem nieograniczone prawo przemierzania głodem, o ile są docentami teoretycznych przedmiotów.

²⁾ Janiszewski Thomas, „The Versailles Treaty and the question of Public Health“, Internat. Journ. of Public Health Vol. II Nr. 2. 1921 str. 140. Po polsku „Zdrowie“ Nr. 12. 1922 r.

i rozgraniczenia pojęć, jak t. z. opieka społeczna, lub nowych nazw ministerstw, jak „reform rolnych“ lub „samorządów“. W niektórych niejasnych umysłach błąka się jeszcze myśl wprowadzenia w życie nowego Ministerstwa t. z. Ministerstwa Samorządów. Ludzie ci, nie licząc się z naszymi istotnymi stosunkami, chcieliby iść za wzorem angielskim, zapominają jednak, lub nie wiedzą o tem, że w Anglii było Ministerstwo Samorządów zamieniono już na Ministerstwo Zdrowia Publicznego, przydzielając mu nie tylko najważniejsze sprawy sanitarne, jak ubezpieczenia społeczne, sprawę mieszkaniową, walkę z klęskami społecznymi, ale i nadzór nad samorządami.

III.

Na podstawie długoletniego doświadczenia i praktyki, nabytej w Polsce, i po poznaniu urzędów zagranicznych europejskich, poznawszy zle skutki ustroju austriackiego, gdzie sprawy sanitarne stanowiły osobny oddział Ministerstwa Spraw Wewn., po dokładnym przemyśleniu sprawy, doszedłem przed kilkunastu laty, t. j. jeszcze za czasów niewoli, do przeświadczenia, że dobra, sprężysta i oszczędna administracja sanitarna w przysłem państwie polskiem da się osiągnąć jedynie przez utworzenie osobnego naczelnego urzędu sanitarnego, mającego podobne prawa, jak inne naczelne władze państwowe, przyczem na czele takiego urzędu stać powinien lekarz, obeznany z zadaniami administracji państwowej i higieny społecznej, że jedynie taka organizacja, licząca się z istotnym stanem naszego kraju, z wadami, a jeszcze liczniejszymi zaletami naszych lekarzy, niskim stanem kultury sanitarnej u nas, z naszym warcholstwem, brakiem poszanowania władzy i poczucia praworządności—da możność swobodnej i rozległej, a planowej pracy lekarsko-społecznej i skutecznie wpłynie na poprawę tak zaniedbanych stosunków sanitarnych w Polsce. Temu przekonaniu dałem wyraz w pracy, napisanej w 1916 r. p. t. „Polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego“³⁾, w której podałem zadania, zasady organizacji, zakres działania tego urzędu, a następnie dokładniej wyjaśniłem niektóre strony tej samej sprawy w artykule polemicznym p. t. „Polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego“, zamieszczonym w roczniku XXXIV. Zeszyt 11 — 12 organu warszawskiego Towarzystwa Higienicznego „Zdrowie“, w końcu w licznych artykułach, umieszczanych w prasie, wyjaśniających zadania i cele Ministerstwa Zdrowia oraz broniących jego istnienia.

Do tych poglądów nie mam obecnie nic do dodania, (bieg spraw w przeciągu 7-miu lat istnienia Państwa Polskiego upewnił mnie jeszcze bardziej o słuszności moich zapatrywań), z wyjątkiem uwagi, że stosunki, które spostrzegłem w Królestwie w 1919 r., skłoniły mnie do uznania chwilowo potrzeby ściślejszego zespolenia władzy w rękach starostów i wojewodów, zapewniając zarazem lekarzom pewną samodzielność w spełnianiu swoich zadań fachowych, czemu dałem wyraz w 1919 r., opracowując w porozumieniu z ówczesnym Ministerstwem Spraw Wewn. podstawy stosunku lekarza powiatowego do starosty. Czas jest także do pewnego stopnia probierzem wartości pewnych poglądów. Otóż rozwój wypadków przyznał słuszność moim zapatrywań. Prowadząc spór z przeciwnikami projektu utworzenia w Polsce Ministerstwa Zdrowia Publicznego, a zwolennikami ówczesnego ustroju w Anglii, pisałem w wyżej wymienionej pracy co następuje:

„Stosunków naszych w żaden sposób porównywać nie możemy ani ze stosunkami angielskimi, ani z policyjnymi pruskimi. Byłem parę razy w Anglii i przyjrzałem się tamtejszej organizacji sanitarnej. Przyszedłem do przekonania, że organizacja ta, dotychczas wystarczająca dla Anglii, dla nas, przynajmniej w obecnych warunkach, zupełnie się nie nadaje. Pomijam, że rozwój samorządów idzie w Anglii w parze z rozwojem i wyższym stanem kultury. Z naciskiem jednak podnoszę, że zakres działania t. z. Wydziału lekarskiego Ministerstwa Samorządów miejscowych w Anglii obejmuje zwykłe czynności policyjno-sanitarne oraz zarząd służbą zdrowia. Jest jasne, że urząd o tak ogra-

niczonym zakresie działania może w tamtejszych stosunkach bardzo dobrze pomieścić się w Wydziale lekarskim Ministerstwa Samorządów i nie ma tam widocznie jeszcze potrzeby twórczenia dla niego osobnego Ministerstwa Zdrowia.

Gdy jednak i w Anglii przyjdą do przekonania, że należy rozszerzyć zakres działania naczelnego urzędu w kierunku, jaki wskazałem w mojej pracy, to i tam okaże się potrzeba stworzenia osobnego Min. Zdrowia. Jedno wynika z drugiego. A zrozumienie konieczności rozszerzenia zakresu działania państwowych naczelnych urzędów zdrowia i oddania kierownictwa tych spraw w ręce odpowiednio przygotowanych i uzdolnionych lekarzy zaczyna się coraz bardziej rozszerzać“.

Wygląda to prawie na prorocstwo. Anglia w parę lat później zamieniła swoje Ministerstwo Samorządów na Ministerstwo Zdrowia Publiczn. dając mu podobną organizację, jaką zalecałem w mojej pracy z 1916 roku, t. j. zatrzymując przy Ministerstwie Zdrowia Publ. ubezpieczenia społeczne, sprawę mieszkaniową i walkę z klęskami społecznymi.

A obecnie 27 państw posiada Ministerstwa Zdrowia Publiczn.⁵⁾ Przeciwnicy Ministerstwa Zdrowia Publicznego u nas, a pragnący przeniesienia żywceem do nas urzędów angielskich lub amerykańskich, powinni obecnie, jeżeli są konsekwentni, tak gorąco popierać myśl reaktywowania Ministerstwa Zdrowia Publiczn., jak dotąd niszczyli prace tego Ministerstwa i podkopywali jego znaczenie.

Wspomniałem powyżej, że zdanie, wypowiedziane przeze mnie przed kilku laty, wygląda prawie na prorocstwo. Nie ma w tem nic nadzwyczajnego, nie jest to jakiś dar jasnowidzenia, ale służyć to może jedynie za dowód, że, będąc fachowcem i mając doświadczenie, można lepiej od dyletantów ocenić stosunki sanitarne nie tylko w kraju ale nawet i zagranicą.

Niestety, nie było mi danem wprowadzenie w życie przemysłanego i na podstawie długoletniego doświadczenia opracowanego projektu ustroju Min. Zdrowia Publiczn. Mogłem być wprawdzie, gdy mi za Ministerstwa p. Moraczewskiego ofiarowano tękę Ministra Zdrowia Publ., wprowadzić pożądaną ustrój Ministerstwa, ale proponowanej mi wtedy teki, ze względów na ogólny interes państwa, przyjąć nie mogłem.

Obejmując urząd Ministra Zdrowia Publicznego w 1919 r., zastałem już inny ustrój. Będąc przeciwnikiem nagłych przewartowań, ułożyłem sobie projekt zmian i działałem w tym kierunku, by stopniowo wprowadzić ustrój sanitarny, odpowiedni do naszych stosunków.

Niestety, uniemożliwiono mi dalszą pracę.

W kilka lat po moim ustąpieniu zniesiono Ministerstwo Zdrowia (ust. z 28 listopada 1923 r. 131. poz. 1060), bez żadnych uzasadnionych powodów, li tylko ze względów partyjnych. Zniesienie Ministerstwa Zdrowia nie przyniosło Państwu żadnej oszczędności, jak to przyznają obecnie nawet przeciwnicy tego Ministerstwa, a natomiast spowodowało nieobliczalne straty moralne i finansowe. Rozumieją to obecnie nawet najtrudniej orjentujący się ludzie.

Jeżeli dziś, w chwili, kiedy nieudolna nasza polityka doprowadza państwo poraz drugi nad brzeg przepaści, mam, chociaż niepytany, wyrazić swoje zdanie, do tego bowiem obowiązku sam się poczuwam, to nie mogę dać lepszej rady, jak doradzać utworzenie Ministerstwa Zdrowia Publicznego, ale nie w tej postaci, w jakiej istniało ono przed zniesieniem, lecz, jak zalecałem jeszcze w r. 1916, t. j.

4) Janiszewski Tomasz Doc. Dr. „Polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego“. Uwagi z powodu artykułu dr. J. Polaka p. n. „W sprawie organizacji państwowej zdrowia publicznego“. „Zdrowie“ R. XXXIV. Z. 11 — 12. 1918.

5) a) Roesle E. Dr. „Die Organisation der Gesundheitsministerien in verschiedenen Ländern. Arch. f. Soz. hyg. u. Dem. B. 15. H. 2. str. 121 — 147.

b) Die Gesundheitsministerien der Welt nach ihrem Stande im Jahre 1922 Arch. f. Soz. hyg. u. Dem. B. 15. H. 1. str. 120.

3) Janiszewski Tomasz Doc. dr. „Polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego“ (Zadania, zasady organizacji i zakres działania zarządu spraw zdrowotnych w Państwie Polskiem). Kraków 1917.

należałoby połączyć w niem t. z. opiekę społeczną ze sprawami zdrowia publicznego.

Tylko istnienie Ministerstwa Zdrowia Publicznego zapewni państwu prowadzenie jakiejś jednolitej, oszczędnej polityki zdrowotnej, działanie według jakiegoś przewidującego planu, co, czem mniejsze są środki i czem niższa kultura sanitarna, jest tem bardziej ważne i wskazane, a niezależnie tak ważne sprawy, jak sprawy zdrowia, od wpływów partyjnych.

IV.

Nie chodzi jednak o nazwę, ale o samą treść. Rzecz w obecnej chwili najpilniejszą, a zarazem najważniejszą jest połączenie napowrót spraw z zdrowia ze sprawami opieki społecznej i wyłączenie ich z pod wpływów partyjnych. Za tem oświadczył się jednogłośnie odbyty w 1925 r. w Warszawie Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, podobne uchwały zapadły na zjazdach przeciwwgruźliczym i działaczy samorządowych, odbytych w Krakowie w tymże roku 1925.

Taki m. w. ustrój ma Ministerstwo Zdrowia Publicznego w Anglii, gdzie do jego zakresu działania należą ubezpieczenia społeczne, sprawa mieszkaniowa, zwalczanie klęsk społecznych i t. p., podobną organizację posiada od roku 1924 Ministerstwo Pracy i Higieny we Francji⁶⁾. Tam zaś, gdzie istnieje jeszcze rozdział tych dwóch ściśle ze sobą związanych działów administracji — zdrowia i opieki społecznej, jak np. w Czechosłowacji, albo u nas, tam istnieją ciągle spory o zakres działania i wzmożone, a niepotrzebne wydatki.

Sztuczny rozdział spraw sanitarnych od spraw t. z. opieki społecznej był poważnym błędem, który obok innych jeszcze przyczyn, pociągnął za sobą nietylko upadek Ministerstwa Zdrowia Publicznego, ale był też błędem administracyjnym, który wywołał i wywołuje niezliczone spory co do zakresu działania władz, naraził i naraża państwo na niepotrzebne wydatki i podkopał zupełnie powagę władz sanitarnych. Ten sztuczny rozdział spraw, jaki zastałem w 1919 roku, spowodował podwojenie odpowiednich urzędów, te same sprawy miały i mają swoje urzędy i w Ministerstwie Zdrowia P., a jak obecnie w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (Gener. Dyrekcja Służby Zdrowia), i w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej.

Błąd popełniony u góry odbił się falą w urzędach II i I instancji i aż w najniższych komórkach administracyjnych; w średnich i większych gminach miejskich potworzyły się osobne Wydziały t. z. opieki społecznej. Łatwo wyliczyć, ile na to zużywa się niepotrzebnie pieniędzy, ilu ludzi jest przytem zajętych i płatnych. Znajduje to też wyraz w budżetach rządowych i samorządowych. W budżecie państwowym wydatki na opiekę nad dzieckiem, na zwalczanie klęsk społecznych i na inne sprawy sanitarne znajdują się w rozmaitych działach, w budżetach kilku Ministerstw. Może ktoś zwrócić uwagę, że nie należy tego podnosić. Tem lepiej, że tak jest, bo w ten sposób więcej pieniędzy przeznaczają się na pożyteczne cele. Na takie stanowisko zgodzić się nie można. Po pierwsze, trzeba być lojalnym wobec własnego rządu, który dąży do zaprowadzenia koniecznych oszczędności, a po drugie, nawet znaczne fundusze, przeznaczone na jeden i ten sam cel, ale rozrzucone w rozmaitych działach budżetu i będące do rozporządzenia rozmaitych Ministerstw, nie mogą być nigdy tak celowo i oszczędnie użyte, jak fundusz, chociażby mniejszy, ale będący w rękach jednej władzy, mającej swój ustalony, jednolity program działania. Współzawodnictwo pomiędzy Ministerjami, wynikające ze sporów o zakres działania, a znajdujące swój wyraz w budżecie, nie może się przyczynić do uzdrowienia budżetu. Sztuczny rozdział pomiędzy pracą lekarską a społeczną, istniejący w naszej dotychczasowej administracji, jest kosztowny także jeszcze z tego względu, że przy takim rozdziale nie wyszukuje się należycie pracy lekarskiej. Wyjaśni to przykład. Gdyby inspektorami przemysłowymi byli u nas lekarze, podobnie jak w Anglii, to ta jedna siła lekarska zupełnie wystarczyłaby dla

nadzoru pracy robotników i warsztatów pracy. Gdy jednak inspektorem pracy nie będzie lekarz, to obok nielekarza niezbędny będzie jeszcze lekarz. Laik, t. j. prawnik lub technik, nie da sobie tutaj rady bez pomocy lekarza, gdzie chodzi o opiekę nad pracą, bo ta opieka jest w 9/10 opieką nad zdrowiem robotnika i nad higienicznym urządzeniem warsztatów pracy. To samo da się powiedzieć o każdym prawie rodzaju opieki społecznej, jak o opiece nad ubogimi, nad oseskami, dziećmi, przy zwalczaniu klęsk społecznych, a już ubezpieczenia społeczne nie mogłyby istnieć i rozwijać się bez lekarzy.

Żeby zrozumieć, jak ścisły związek istnieje pomiędzy sprawami zdrowotnymi a opieką społeczną, dosyć wspomnieć, że na sprawę mieszkaniową, na sposób odżywiania się ludności, na skutki złych stosunków sanitarnych, na wielkość ofiar, jakie ponosimy wskutek gruźlicy, na wielką śmiertelność ogólną, a w szczególności na wysoką śmiertelność oseków, na szkodliwe skutki alkoholizmu i szerzenia się chorób wenerycznych, na szkodliwość dla zdrowia pracy w niektórych zawodach, na wadliwe pod względem higienicznym urządzenia warsztatów i fabryk, wpływające ujemnie na wydajność pracy i powodujące szybszą utratę zdolności do pracy — pierwsi zwrócili uwagę lekarze. Oni mają lepszy wgląd w te sprawy: stykając się ciągle z chorymi i cierpiącymi, mają lepszą sposobność dostrzegania także ujemnych stron teraźniejszej kultury.

Lekarze już z zawodu swego nie tylko lepiej mogą wnikać w te stosunki, lepiej je zrozumieć, ale, stykając się z nimi bezpośrednio, lepiej odczuwają braki i nędzę, skorsi są też do działania zapobiegawczego, podają sposoby zwalczania rozmaitych niedomagań społecznych i umiejętniej mogą te sposoby stosować. Nawet praca czysto lecznicza lekarza nie może być pozbawiona charakteru społecznego, bo nie potrafi on skutecznie poradzić ubogiemu choremu, jeżeli, obok dokładnego zbadania jego stanu zdrowia i rozpoznania choroby, nie uwzględni jego stosunków mieszkaniowych, rodzinnych, zarobkowych i t. p.

Niclogiczniem wydaje mi się nawoływanie do kształcenia lekarzy w pracy społecznej, do wychowywania lekarzy, myślących i czujących społecznie, gdy jednocześnie odcimuje się im u nas pole pracy społecznej i zamienia na urzędników sanitarno-policyjnych lub fachowych doradców bez prawa wykonawstwa, inicjatywy, a zarazem bez odpowiedzialności, zamiast oddać im w rękę kierunek całej pracy społecznej, na polu której tak chlubnie odznaczyli się bardzo liczni lekarze polscy. Pracę społeczną, którą podczas niewoli, w trudnych warunkach, a tak skutecznie i przeważnie bezinteresownie prowadzili lekarze, należałoby teraz, gdy sprawy te znalazły ustawowe ujęcie, oddać napowrót w ich ręce.

Przytoczyłem, jakie straty powstają dla państwa wskutek sztucznego rozdziału pracy lekarskiej i pracy społecznej. Czy z tego rozdziału wynika dla państwa choćby jakakolwiek korzyść? Chwalimy się, że posiadamy najlepsze i najbardziej postępowe ustawodawstwo społeczne i ochrony pracy. Nie zaprzeczam temu; mamy ludzi zdolnych, pracowitych, oddanych sprawie, którzy z pewnością potrafią ułożyć najwspanialszy teoretyczny projekt, ale nie mogą jednak oprzeć się przykreemu wrażeniu, jakie sprawia widok państwa, które okrywa swoje łachmany wspaniałym płaszczem najbardziej postępowego ustawodawstwa społecznego. Jak bowiem wygląda to najwspanialsze polskie ustawodawstwo społeczne, gdy je porównamy z naszą nędzą, brakiem pracy i mieszkań, nieodpowiedniemi odżywianiem się ludności, ciemnotą, niechlujstwem, wysoką śmiertelnością ogólną, a w szczególności wielką śmiertelnością oseków, z faktem, że w przeciągu 7-miu lat istnienia państwa naszego zginęło więcej ludzi na samą tylko gruźlicę, niż ich straciliśmy podczas całej wojny!

Ale powyższe zestawienie nietyle zmniejsza wartość podobnych ustaw, ile wskazuje na nieliczenie się ich twórców z istotnym stanem kulturalnym państwa i na niezadawanie sobie sprawy z tego, co w danej chwili jest najpilniejsze, możliwe i pożyteczne, a co pozostanie jedną więcej papierową ustawą.

Jedną ze spraw, jaką z powodzeniem przeprowadziło Min. Pracy i Opieki Społ. jest zdobycie 8-godzinnego dnia pracy. Jeżeli sprawę ograniczenia godzin pracy rozpatrywać nie pod wrażeniem obecnego bezrobocia, lecz możliwie bez-

⁶⁾ Faire Dr. Discours. XIIe Congrès d'Hygiène tenu du 19 au Octobre 1925 Paris. Revue d'hygiène. Tome XLVII Nr. 12. Décembre 1925.

stronnie, to trzeba powiedzieć, że sprawę tę załatwiono s z a b l o n o w o, bo rozpatrywano ją ze stanowiska ciasnego, partyjnego, jako zdobycz partyjną, a nie ze stanowiska zdrowia robotnika i nie ze stanowiska interesów państwa, co mogło się tylko dlatego zdarzyć, że lekarze nie mieli wogóle głosu w tej sprawie. Trzeba też śmiało potępić wyzyskiwanie przez przedsiębiorców obecnej ciężkiej sytuacji robotnika dla całkowitego obalenia ustawy o 8-miogodzinnym dniu pracy. Temat ograniczenia godzin pracy jest zbyt obszerny, żeby go można było w tej pracy wyczerpać, dotknę zatem tylko niektórych jego stron.

W niektórych zawodach szczególnie dla zdrowia szkodliwych i 8-miogodzinny dzień pracy jest zbyt długi, ale są zajęcia, gdzie warunki pracy są pomyślne, są niektóre zajęcia s e z o n o w e, przy których i 12-to godzinny dzień pracy nie przyniesie zdrowiu uszczerbku. Przy ocenie długości dnia pracy, szczególnie przy zajęciach s t a ł y c h, nie tylko zmęczenie fizyczne, lub wyczerpanie psychiczne brane być powinny na uwagę. Robotnik, pracujący bądź fizycznie, bądź umysłowo, powinien też mieć choć parę godzin czasu na załatwienie swoich osobistych spraw, zajęcie się domem, dziećmi i t. p. Ograniczenie godzin pracy w pewnych zawodach i znaczne ograniczenie pracy nieletnich, młodocianych i kobiet uważam za konieczne i bardzo ważne. Za konieczne w wielkich zakładach przemysłowych miejskich uważam też płatne urlopy tygodniowe w lecie i wcześniejsze ukończenie robót w soboty.

Za zupełnie nieuzasadnione uważam twierdzenie, jakoby wprowadzenie 8-miogodzinnego dnia pracy było głównym powodem podrożenia wytwórczości i niemożności współzawodnictwa naszych wyrobów z zagranicznymi. Tego twierdzenia po ważne brać nie można. Wskutek zaniedbania spraw sanitarnych w państwie, t. j. wskutek wielkiej śmiertelności i zwiększonej chorobliwości u nas, tracimy, jak obliczyłem, więcej milionów dni pracy rocznie, niż wskutek wprowadzenia 8-miogodzinnego dnia pracy. Zwalanie całej winy niepomysłnego stanu naszego przemysłu na wprowadzenie 8-miogodzinnego dnia pracy jest niedorzecznością. Nie można uważać robotnika, za zwierzę robocze, przemysłowcy powinni już raz pogodzić się z tym faktem i szukać innych sposobów potaniania wytwórczości, nie wyłącznie kosztem zdrowia pracowników. Niech wprowadzają nowe maszyny, niech lepiej zorganizują pracę na wzór amerykański, niech będą więcej przedsiębiorczy i ruchliwi, a wytwórczość będzie tańsza, współzawodnictwo możliwe. Zresztą, przesilenia przemysłowe i powstające wskutek tego bezrobocia mają swoje głębsze przyczyny, tkwiące w niedomaganiami całego naszego ustroju społecznego i ekonomicznego; tej sprawy nie mam zamiaru tu poruszać.

Świat lekarski powinien sobie należycie uprzytomnić fakt, że stosunki społeczne tak się zmieniły i dalej zmieniać się będą, że te zmiany nie mogą się nie odbić i odbijają się także na dotychczasowym stosunku lekarza do społeczeństwa i wywrzeć też muszą swój wpływ na stosunki zawodowe lekarskie.

Stosunki społeczne, a u nas szczególnie stosunki powojenne, stworzyły nowe cele i wymagania, stawiane lekarzom. Społeczeństwo i rządy, mające jakiś jasny program działania, przewidujące i rozumiejące znaczenie zdrowia dla państwa, stawiają coraz więcej wymagań stanowi lekarskiemu w kierunku pracy społecznej. Przeżyta wojna wysunęła na pierwsze miejsce we wszystkich cywilizowanych państwach cały szereg zagadnień higieniczno-społecznych, jak wzmocnioną walkę z ostrymi chorobami zakaźnymi i chronicznymi jak z gruźlicą i chorobami wenerycznymi, walkę ze wzmoczoną śmiertelnością osesków, ze wzmoczoną ogólną śmiertelnością, walkę z brakiem mieszkań, potrzebę ubezpieczeń społecznych, konieczność badania chorób zawodowych przyczyny upadku tężyzny fizycznej i sposobów dążących do jej podniesienia, badanie sposobów odżywiania się ludności i t. p. zadania. Życie każdej jednostki i jej zdolność do pracy wzrosły w cenie dla każdego myślącego rządu, wskutek strat poniesionych na wojnie. Walka z chorobą w najszerszym tego słowa znaczeniu i zapobieganie jej, staje się też troską każdego przewidującego rządu. W czasach, kiedy zrozumienie znaczenia zdrowia i życia ludzkiego rośnie zagranicą, kiedy zdrowie i życie ludzkie nie może być uważane za wyłączne dobro osobiste, lecz ma pierwszorzędne znaczenie dla państwa, kiedy od ilości i jakości ludności zależy byt narodów i państw, kiedy z tego powodu wypływać zaczyna obowiązek rządów

ochrony zdrowia i życia obywateli, więc obowiązek walki z chorobą i zapobiegania jej powstawaniu, kiedy w umysłach zagranicznych zaczyna świtać zapatrywanie, że siłę gospodarczą narodu mierzy się majątkiem narodowym, a najważniejszym czynnikiem majątku narodowego jest wartość człowieka, w czasach, kiedy państwa cywilizowane już na tę drogę pojmowania rzeczy wkroczyły, kiedy z tego powodu nowe zadania oczekują lekarzy — koniecznym jest odpowiednie ich wykształcenie i przygotowanie. I u nas w Polsce podobne zadania czekają rząd i lekarzy. Lekarze rzeczywiście podążają zadaniom, gdy potrafią czuć i myśleć społecznie. Słysz się coraz częściej głosy, żądające należącego społecznego wychowania lekarzy, domagające się tego, by lekarz społecznie myślał i czuł. Stawiając takie wymagania, nie każdy, szczególnie u nas, zdaje sobie należycie sprawę z tego, co to znaczy społecznie myśleć i czuć.

Zdaniem mojem, chodzi tu o pewien światopogląd⁷⁾, który za podstawę swojej ideologii przyjmuje twierdzenie, że głównym przedmiotem, koło którego skupić się winny wszystkie nasze usiłowania i starania, człowiek, jako cząstka tej zbiorowości, stanowiącej główną podstawę istnienia państw, społeczeństw i narodów, i że jednym z najważniejszych czynników każdej idei państwowej jest dbałość państwa o fizyczne i moralne zdrowie oraz o życie tego człowieka.

Dalej, że jedynym kapitałem, jedynym majątkiem przeważającej większości ludzi jest ich zdrowie i zdolność do pracy. Większość ludzi na świecie nie posiada żadnych dóbr rzeczowych, lub posiada ich tak niewiele, że tylko usilną pracą fizyczną lub umysłową, wymagającą zdrowia, może zarobić na utrzymanie własne i swej rodziny. Człowiek nie-zamożny, nie posiadający żadnego majątku, żyjący jedynie z pracy rąk lub mózgu, więcej narażony jest na szkodliwość otaczającego go świata fizycznego i szkodliwość naszych obecnych stosunków kulturalnych, łatwiej z tego powodu, często bez winy, zapada na zdrowiu, prędzej traci zdolność do pracy, cięższe to u niego pociąga za sobą skutki ekonomiczne i społeczne, trudniej mu jest ratować się w tem nie-szczęściu, trudniej, bez pomocy obcej, odzyskać może zdrowie i zdolność do pracy, niż człowiek zamożny. A, naogół biorąc, jedynie człowiek zdrowy i zdolny do pracy tworzy wartości. Człowiek chory zużywa je raczej⁸⁾.

Lekarz, społecznie myślący, musi sobie zdawać dokładnie sprawę z głębokiego znaczenia zdrowia fizycznego i moralnego nie tylko dla jednostki, ale także dla społeczeństwa, państwa i dla całej ludzkości⁹⁾.

Myśl społeczna dąży jeszcze do tego, aby nie tylko chorym było dobrze na świecie, inaczej mówiąc, żeby nie trzeba było dopiero chorować, stać się kaleką, nieuleczalnym, stracić zdolność do pracy lub popełnić przestępstwo, aby się społeczeństwo, państwo lub gmina takim nieszczęśliwym zajęły i zaczęły się o niego troszczyć. Myśl społeczna dąży do zajęcia się bliżnim w ten sposób, żeby nie popadł w chorobę lub nie upadł moralnie, żeby i zdrowi mogli prowadzić znośny żywot na świecie, żeby coraz mniej pieniędzy trzeba było wydawać na chorych, niedołącznych, nieuleczalnych lub na przestępców, a coraz więcej pieniędzy pozostawało na umożliwienie znośnego życia ludziom względnie normalnym, zdrowym pod względem fizycznym i moralnym.

Wreszcie lekarz, myślący i czujący społecznie, zdawać sobie będzie sprawę z wielkiego znaczenia ubezpieczeń społecznych nie tylko dla słabszych ekonomicznie warstw ludności, ale pośrednio także dla społeczeństwa, państwa i dla całej ludzkości.

Ubezpieczenia społeczne są właściwie niejako wciele-niem w życie myśli społecznej, zajmują się zabezpieczeniem

⁷⁾ Janiszewski Tomasz. Dr. „Stan nauczania higieny w wyższych zakładach naukowych w Polsce w 1922/23 r.“ „Książnica Polska“. Warszawa. 1924, str. 4 -- 6 i 39 -- 46.

⁸⁾ Pick Gottlieb Dr. „Soziale Bedeutung der Tuberkulose“, w Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung nach dem Stande v. J. 1921. von Prof. Dr. A. Ghon u. Prof. Dr. R. Jaksch -- Wartenhorst Wien u. Breslau 1922.

⁹⁾ Janiszewski Tomasz Doc. Dr. „O znaczeniu zdrowia“. „Zdrowie“ 1924.

zdrowia i zdolności do pracy całej ludności, dlatego każdy społecznie myślący i czujący lekarz musi sprawę ubezpieczeń społecznych najgoręcej popierać. Jakiem dobrodziejstwem będzie dla ludności i dla państwa, gdy większość ludzi niezamożnych, którzy u nas dotąd nie mogli i nie mogą ze względów finansowych korzystać z pomocy lekarskiej i rad higienicznych, przy stopniowym wprowadzaniu w życie ubezpieczeń społecznych opiekę tę i radę mieć będą! Jak podnieść się zdrowotność i kultura sanitarna obywateli naszego państwa! Jak zmniejszyć się ogólna śmiertelność i chorobliwość, gdy wiadomości higieniczne—zapobiegawcze przenikną do tych warstw, wśród których wskutek przesądów, nieświadomości, braku środków i braku opieki lekarskiej ginęły dziesiątki tysięcy dzieci i dorosłych! Jaka to będzie oszczędność materiału ludzkiego, jaki znaczny wzrost bogactwa narodowego, jakie zwiększenie wydajności pracy, zmniejszenie dni niezdolności do pracy! Ubezpieczenia społeczne w tych państwach, w których wprowadzone zostały, więcej przyczyniły się do podniesienia kultury sanitarnej, do zmniejszenia się śmiertelności ogólnej i zachorowań oraz do przedłużenia czasu zdolności do pracy, niż wszelkie inne dotychczas stosowane środki higieniczne.

Kto myśli społecznie, a zarazem logicznie, ten potrafi zrozumieć jak m. powinien być ustrój ubezpieczeń społecznych, ten zrozumie, dlaczego Kasy Ch. powinny być duże, a więc finansowo silne, dlaczego ubezpieczenie od choroby objąć powinno i rodziny ubezpieczonych, dlaczego ubezpieczenia społeczne obejmować powinny jaknajszersze warstwy ludności, mając bowiem silne podstawy finansowe, instytucja ubezpieczeń społecznych będzie mogła więcej świadczyć ubezpieczonym i prowadzić należytą działalność zapobiegawczą.

Człowiek zamożny, niepotrzebujący pomocy Kas Chorych, a myślący i czujący społecznie, t. j. posiadający pewną kulturę społeczną i sanitarną, chętnie należeć będzie do Kasy Chorych, nie tylko dlatego, że ubezpieczenie społeczne wpłynie dodatnio na podniesienie ogólnego stanu zdrowia ludności, a przeto i jego własne zdrowie będzie lepiej chronione, ale także dlatego, że przez przynależność swoją do Kasy Chorych popiera on finansowo pożyteczną instytucję i działa dla dobra ogółu. Podobnie jak człowiek uspołeczniony przystępuje jako członek np. do T-wa przeciwgruźliczego, żeby poprzeć jego cele, chociaż sam nie jest chory na gruźlicę, nie potrzebuje leczenia sanatorjalnego i nie korzysta z poradni lub innych instytucji, prowadzonych przez T-wo przeciwgruźlicze, a nawet w razie gdyby zachorował jest dostatecznie zamożny, żeby się leczył na własny koszt. Wprawdzie ubezpieczenia społeczne przewidują przymus należenia do Kasy Chorych, a przystąpienie do jakiegoś T-wa zależy od naszej dobrej woli. To prawda! Ale właśnie człowiek czujący i myślący społecznie nie będzie nieprzyjemnie odczuwał tego przymusu należenia do Kasy Chorych, lecz uzna ten przymus za słuszny, zresztą ludzi uspołecznionych jest wogóle niezbyt dużo, a u nas jest ich jeszcze mniej, niż w państwach zachodnich, a więc pewien przymus jest u nas wskazany.

Człowiek myślący społecznie zrozumie też, jakie znaczenie w lecznictwie ma zaufanie chorego do lekarza, a więc wolny wybór lekarza, jak nieodpowiednią jest rzeczą, aby tak potężna organizacja, jaką się stać mogą ubezpieczenia, stanowiła niejako rząd w rządzie i pozostawała w rękach jakiejś partji politycznej, mogła być rządzona dziś przez jedną, jutro przez inną partję polityczną.

W końcu lekarz czujący i myślący społecznie musi być nie tylko należyte fachowo wykształconym, lecz być także człowiekiem głęboko i bezwzględnie moralnym, o szerokim poglądzie na świat, obejmującym całokształt stosunków ludzkich, współczującym cierpieniom borykającej się z niedolą ludzkości, gorącego serca, a rozważnym.

Ubezpieczenia społeczne opierają się wprawdzie na przymusie, ale zarazem na pewnego rodzaju samorządzie, a ubezpieczony nabywa pewne prawa, tak, że opieka lekarska i świadczenia pieniężne, udzielane na podstawie opinji lekarskiej, tracą charakter jałmużny.

Jakkolwiek ubezpieczenia społeczne w państwie naszym, w jednym z byłych zaborów, mianowicie w pruskim, są już całkowicie wprowadzone w życie, i o skuteczności ich mogliśmy się przekonać, to jednak instytucja ta dla wielu

ludzi w Polsce jest jeszcze dotąd takim samym straszakiem, jakim ongi był socjalizm, którym straszono nasze kucharki. Do tej nieufności i tych uprzedzeń przyczynia się właśnie fakt, że opieka społeczna, a więc ubezpieczenia społeczne uważane są nie tylko za zdobywcę, którą wywalczyły sobie klasy pracujące, ale za nienaruszalną niejako własność jednej partji politycznej, wyzyskiwaną w celu zwiększenia wpływów politycznych. To szkodzi popularności tej instytucji, bo inne partje polityczne, nieposiadające tego potężnego środka walki, starają się bądź rozwój ubezpieczeń społecznych wstrzymać, bądź obniżyć ich znaczenie w oczach swoich nienależycie uświadomionych stronników.

Żeby ubezpieczenia społeczne, wprowadzone u nas stopniowo, mogły przynieść spodziewane korzyści, muszą one ulec reorganizacji.

Przedewszystkiem nie mogą być uważane za wyłączną własność jakiejś jednej partji politycznej, lecz pozostawać pod wpływem i kierownictwem fachowych apolitycznych władz rządowych, bo w należyтым rozwoju ubezpieczeń społecznych najistotniejszy interes ma państwo. Tutaj fachowiec—lekarz musi mieć głos decydujący. Ubezpieczenia społeczne stanowią tak nienaruszalną, tak zasadniczą część pracy lekarskiej i higienicznej, że bez nich władze sanitarne rządowe są bezsilne i nie mają znaczenia — cała ich powaga ginie. W ubezpieczeniu społecznym pojęcie opieki społecznej łączy się ściśle i nierozdzielnie z pracą lekarską i higieną, a szczególnie z tą podstawą higieny — profilaktyką, czyli zapobieganiem.

Jeżeli ubezpieczenia społeczne mają się należyte rozwijać, to muszą coraz bardziej wkraczać na drogę zapobiegania chorobom, bo to leży w interesie finansowym tej instytucji. Widzimy, że w takim właśnie kierunku idzie rozwój ubezpieczeń społecznych np. w Niemczech, gdzie setki milionów marek wydają ubezpieczenia na budowę sanatoriów, domów wypoczynkowych, na sprawę mieszkaniową, na urządzenie poradni i na podobną działalność zapobiegawczą.

W tej działalności odzwierciadla się jeszcze wyraźniej nierozdzielność łączności i ściśła przynależność ubezpieczeń społecznych do zakresu działania higieny społecznej. Lekarze muszą mieć głos stanowczy w zarządzie ubezpieczeń, bo całe ubezpieczenie przeważnie opiera się na pracy lekarza. Wtedy cała działalność zapobiegawcza a także lecznicza będzie kierowana w sposób właściwy, mając na celu nie względy partyjne, lecz jedynie dobro ubezpieczonych. Wtedy będą mogli też lekarze łatwiej przeprowadzić wolny wybór lekarzy w tem znaczeniu, aby każdy chory miał prawo swobodnego wyboru lekarza, do którego ma zaufanie, t. j. żeby się mógł leczyć u każdego osiadłego w danej miejscowości lekarza, o ile ten zgodzi się na pobieranie wynagrodzenia płatnego przez Kasę Chorych, w wysokości, przyjętej na podstawie wzajemnego porozumienia się zarządu Kas Chorych z przedstawicielami organizacji zawodowych lekarskich.

Ustawa nasza „o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby“¹⁰⁾ uniknęła wprawdzie niektórych błędów, popełnionych początkowo (1883 r.)¹¹⁾ przez ustawodawców niemieckich, przewiduje bowiem tworzenie dużych, powiatowych lub wielkomiejskich Kas, rozszerza ubezpieczenia na szerokie warstwy ludności, udziela pomocy lekarskiej także rodzinom ubezpieczonych, Kasy Chorych mogą być podstawą organizacyjną dla dalszej rozbudowy ubezpieczeń społecznych, ale art. 42.II., który mówi wprawdzie, że „członkowie kasy mają prawo wolnego wyboru lekarza z pośród tych, z którymi kasa zawarła umowę“, nie czyni jednak zadość żądaniu lekarzy i chorych, bo liczba i wybór lekarzy, z którymi kasa zawiera umowy, zależą wyłącznie od kasy.

Wyłączenie z przymusu ubezpieczeniowego urzędników państwowych, opór urzędników samorządowych należących do kas chorych, późniejsze zawieszenie przymusu ubez-

¹⁰⁾ Ustawa z dn. 19 maja 1920 r. „O obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby“. Dz. Ust. R. P. Nr. 44. p. 272.

¹¹⁾ Grabowski Edward, „Ubezpieczenia społeczne w państwach współczesnych“. Wydanie 2-gie. Warszawa. E. Wende i S-ka.

pieczeniowego dla robotników rolnych — wszystko to było następstwem partyjnego charakteru całej działalności.

Wszelk'e uzależnienie spraw ubezpieczeń społecznych od zmiennej polityki partyjnej hamuje rozwój tej instytucji i stwarza jej wrogów oraz przeciwników. Tylko pod nadzorem i kierownictwem apolitycznych fachowych naczelnych sanitarnych władz państwowych, mających na celu jedynie politykę sanitarną, t. j. podniesienie i zabezpieczenie zdrowia szerokich warstw ludności, bez względu na narodowość, rasę, wyznanie lub przynależność partyjną, mogą ubezpieczenia społeczne rozwijać się należycie, z pożytkiem dla społeczeństwa i państwa. Ubezpieczenia społeczne, podobnie jak współdzielenie, tam najlepiej rozwijać się mogą, gdzie stoją zdała i gdzie wyjęte są z pod wpływów partyjno-politycznych. Zdałoby się, że sprawy zdrowia, tego największego i często jedynego majątku przeważającej liczby ludzi niezamożnych, powinny pozostać poza sporami partyjnymi, a właściwie znaleźć we wszystkich bez wyjątku stronnictwach politycznych jednako we, bez względu na poparcie, że powinny być raczej jedynym i najodpowiedniejszym miejscem, na którym mogłyby się zbliżyć do siebie bez nienawiści ludzie różnych narodowości, ras, wyznań i przekonań. Ale chorobliwy przeros partyjniactwa potrafił nawet z tego wzniosłego celu niesienia pomocy ubogim i cierpiącym, zapobiegania nędzy i cierpieniom ludzkim zrobić narzędzie kramarstwa partyjnego w celu zyskania i wzmożenia wpływów politycznych partyjnych.

Gdy w 1919 roku walczył o tę niezależność spraw sanitarnych od szacherek politycznych, gdy walczyłem, nie bez pewnego powodzenia, o przyłączenie spraw opieki społecznej do Ministerstwa Zdrowia, nikt mnie nie poparł, nikt zwłaszcza z tych, którzy przedewszystkiem mieli obowiązek to uczynić. Umysł nie zdające sobie sprawy z położenia, nie przewidujące, potrafiły tylko zniszczyć rozpoczętą pracę i doprowadzić do zniesienia Ministerstwa Zdrowia.

Dążność władz administracyjnych do odsuwania lekarzy od bezpośredniego udziału w kierownictwie i zarządzie ubezpieczeń społecznych i chęć pozostawienia im tylko głosu doradczego może się jednak źle odbić na samym ubezpieczeniu oraz skoszlawić samą ideę ubezpieczeń. Jeżeli tak dalej pójdzie, to lekarze zamieniają się na urzędników instytucji ubezpieczeń, staną się zależni od partii politycznej, która w danej chwili włada sprawą ubezpieczeń, co ani na rozwój samej instytucji, ani na rozwój wiedzy lekarskiej korzystnie wpłynąć nie może. Przyniesie to szkodę przedewszystkiem chorym i cierpiącym, a w końcu przyczyni się do zupełnego upadku wolnego stanu lekarskiego. Jeżeli jest dużo słuszności w zdaniu, że jednym z poważnych powodów naszych niedomagań był i jest brak silnego i licznego stanu średniego, to nie zapominajmy o tem, że wśród tej średniej nielicznej warstwy inteligencji lekarze, przynajmniej u nas w Polsce, zajmowali zawszeoczesne miejsce. Nie wiem, czy jest korzystną rzeczą dla państwa, szczególnie w obecnych czasach, niszczenie wolnego stanu lekarskiego i pozbywanie się przez to wpływu warstwy inteligentnej, ludzi, którzy, dzięki swemu dotychczasowemu względnie niezależnemu stanowisku, mogli swobodnie wypowiedzieć swoje zdanie i stawali zawsze w obronie wolnej i niezależnej myśli.

Jestem najgorętszym zwolennikiem jaknajszerszego rozwoju ubezpieczeń społecznych, dostosowanego do naszych stosunków, ale rozważam go nie ze stanowiska korzyści jakiejś partii politycznej, lecz ze stanowiska dobra samych ubezpieczonych i najistotniejszego interesu państwa.

Wprowadzenie ubezpieczenia społecznego w Polsce stało lekarzy, z wyjątkiem naszych kolegów z Wielkopolski, nieprzygotowanymi. Znaczny wpływ, jaki wywarł rozwój Kas chorych, zgodnie z obowiązującą u nas ustawą, na zmniejszenie się praktyki lekarskiej, sprawił to, że jedna część lekarzy z początku zaczęła się przeciwstawiać ruchowi ubezpieczeń, druga, idąca po drodze najmniejszego oporu, mająca na oku jedynie zabezpieczenie sobie bytu materialnego, zaczęła się gwałtownie starać o posady w Kasach chorych, wpadając, w razie otrzymania posady, w zupełną zależność od tych instytucji. Ruchowi ubezpieczeń żaden poważny lekarz tak ze względu na interes niezamożnych chorych, jak i ze względu na interes państwa, przeciwstawiać się nie może. Jakkolwiek ruch ten w obecnej swojej postaci wpływa bezwzględnie na zmianę dotychczasowego stosunku lekarza

do społeczeństwa, wpływa ujemnie na sposób jego zarobkowania, to pomimo tego lekarz nie ma prawa i nie może tego ruchu zwalczać, lecz, przeciwnie, powinien go jaknajenergiczniej popierać, a jednocześnie powinien i może pamiętać o swoich interesach materialnych i powinien ich bronić, powinien znaleźć drogę wyjścia z tego na pozór trudnego położenia. I tu przychodzi mu z pomocą fakt, że dobro ubezpieczonych chorych schodzi się z interesem osobistym i zawodowym lekarza, że pomiędzy interesem chorego a lekarza nie ma sprzeczności. Jednym z ważnych warunków skutecznego leczenia jest zaufanie chorego do lekarza. Chory powinien mieć możliwość swobodnego wyboru lekarza, do którego ma zaufanie. Ten względnie swobodny wybór lekarza nie jest dotąd wprowadzony w byłych zaborach austriackim i rosyjskim, korzystają z niego chorzy jedynie w byłym zaborze pruskim.

Lekarz Kasy chorych, który zmuszony jest obecnie w przeciągu godziny załatwić w ambulatorjum Kasy chorych wielką liczbę pacjentów, nie może należycie zająć się chorym, poświęcić mu tyle uwagi, ile powinien, ileby mu poświęcił u siebie w domu, nie jest nawet w stanie wysłuchać jego skarg, dla niego przestaje istnieć chory, jest tylko numer porządkowy interesanta, czekającego w poczekalni. Pacjenci, szczerze mówiąc, nie są zadowoleni, wyczuwają to wyczerpanie i dlatego obok umyślnych narzekań na Kasy chorych, spowodowanych względami partyjnymi, słyszy się często słuszne narzekania chorych, wywołane tem niejaką jednostajnością, masowem postępowaniem z nimi. Rola lekarza, jako urzędnika Kasy chorych, ujemnie też wpływa na dalsze kształcenie się lekarzy. Naukę lekarską robią tak szybkie postępy, że sumienny lekarz musi uczyć się przez całe życie, to jest jak długo tylko zajmuje się praktyką. Bezsprzecznie, że zawsze znajdują się jednostki, które, partje żądają wiedzy, kształcić się będą i doskonalić w nauce i sztuce lekarskiej z własnej pobudki i bez względu na położenie stanu lekarskiego, ale biorąc rzeczy po ludzku, większość lekarzy, stając się urzędnikami Kas chorych, pozbawiona tej najskuteczniejszej pobudki, jaką jest w życiu współzawodnictwo, osłabnie w swojej pracy nad sobą, nad ciągłym uzupełnianiem swoich wiadomości lekarskich, co będzie ze szkodą chorych i wiedzy lekarskiej.

Trzeba się też liczyć z psychologią chorych jeszcze pod jednym względem; gdy ubezpieczenia społeczne stanowią tak, jak to jest obecnie u nas, monopol jakiejś partii politycznej, to nie można się dziwić temu, że ubezpieczeni, należący do innych stronnictw politycznych odnoszą się z uprzedzeniem do Kas chorych, nie mają do nich zaufania i słusznie, czy niesłusznie, nie będą się mogli pozbyć przykrego wrażenia, gorszego obchodzenia się z nimi niż z przynależnymi do partji, trzymającej monopol ubezpieczeń w swoich rękach. Nie wolno jest dłużej utrzymywać chorych ubezpieczonych w takiej rozterce duchowej.

O ile lekarzowi nie wolno przeciwstawiać się u nas rozwojowi instytucji ubezpieczeń społecznych, lecz przeciwnie, powinien domagać się rozszerzenia zakresu tych ubezpieczeń, na wzór istniejących już ubezpieczeń w b. zaborze pruskim, o tyle lekarze ze względów, powyżej wymienionych, nie tylko mają prawo, ale są nawet do tego obowiązani, aby wziąć w ręce kierownictwo spraw ubezpieczeń społecznych i pokierować nimi w ten sposób, jak tego wymaga dobro chorych i wszystkich ubezpieczonych, i jak to jest niezbędne w celu podniesienia stanu zdrowotnego całej ludności państwa.

Ubezpieczenia społeczne już obecnie rozporządzają znacznymi środkami pieniężnymi. Dochód wszystkich Kas ch. wyniósł w 1924 r. już 113 1/4 milionów złp.¹²⁾ Dochody te będą bardzo znaczne, gdy ubezpieczenia rozwiną się należycie, i gdy wszyscy, obowiązani do ubezpieczenia się w Kasach chorych, rzeczywiście ubezpieczą się w nich będą.

Łatwo zrozumieć, o ile z większą korzyścią dla państwa będą mogły być użyte te fundusze, jeżeli usunie się tu jednostronne wpływy partyjne, a zwiększy się wpływ czynników, które będą miały na oku jedynie dobro chorych i podniesienie stanu zdrowia ludności. Już obecnie około 30%

¹²⁾ Przewodnik po pierwszej wystawie Kas chorych w Polsce. w Warszawie od 12 — 20 lipca 1925 r. Warszawa 1925. Nakładem Komitetu Wykonawczego pierwszej wystawy Kas chorych w Polsce.

lekarzy jest urzędnikami Kas chorych, a ogromny odsetek ludności będzie z czasem ubezpieczony w Kasach chorych.

Według sprawozdań Kas chorych, ubezpieczonych wraz z ich rodzinami było 31.XII 1924 roku w Polsce 4,175.084 osób t. j. 15% ludności.

Wobec ogromnego procentu ubezpieczonych ludzie ci, związani z instytucją, stają się poniekąd także zależni od niej, a tę zależność mogłaby wyzyskać dla celów partyjnych, dla wzmocnienia swoich wpływów i znaczenia każda partja polityczna.

Nie należy się dziwić, że u nas stronnictwo socjalistyczne chwyciło tę zdobycz w swoje ręce i używa jej jako środka w celu zwiększenia swoich wpływów partyjnych, i nie należy mu tego brać za złe: każda z naszych partyj politycznych zrobiłaby to samo, gdyby była mogła, każda chciałaby sobie tą drogą wyrobić wpływy, ale sprawa publiczna, interes państwa i dobro ubezpieczonych tracą na tem.

I tylko rząd, stojący ponad partjami politycznymi, mający na oku dobro całego państwa, a nie pojedynczej partji politycznej, jest w stanie z korzyścią dla całego społeczeństwa sprawą ubezpieczeń kierować i usunąć ją z pod wpływów partyjnych, t. j. z Ministerstwa, które dotąd nosi wybitne piętno partyjne.

Jeżeli polityka rządu pójdzie nadal po dotychczasowej drodze jeżeli my lekarze nie wywalczymy sobie innego, odpowiedniego stanowiska, to przyszłość wolnego stanu lekarskiego jest rostrzygnięta. Stan lekarski jako wolny zawód zniknie, a wraz z nim wpływ lekarzy na bieg spraw higienicznych i społecznych. Jestto obecnie ostatnia chwila, żeby stan lekarski przebudził się z obojętności, w jakiej dotąd spoczywa i upomniał się o swoje prawa. Pamiętajmy o tem, że, o ile wszyscy należąc będziemy do naszego zrzeszenia zawodowego, o ile jasno zdawać sobie będziemy sprawę z tego, że najistotniejsze interesy naszego stanu leżą równie w interesie chorych i nauki lekarskiej, i o ile występować będziemy łącznie, to nasze słuszne żądania muszą być uwzględnione.

Bez lekarzy ani opieka społeczna, ani ubezpieczenia społeczne istnieć nie mogą, dla pomyślnego rozwoju tych spraw nie jest obojętne, jakie stanowisko zajmować będzie w społeczeństwie stan lekarski, czy lekarz będzie niezależnym finansowo, zadowolonym, śmiało wypowiadającym swoje zdanie, bezwzględnie walczącym o zdrowie ludności obywatelom, czy też będzie ubogim urzędnikiem, zależnym we wszystkim od swoich pracodawców. Zubożały lekarz traci swoją samodzielność, traci swoje kierownicze stanowisko w społeczeństwie i wpada w zupełną zależność od Kas chorych. Przyczynianie się do upadku wolnego stanu lekarskiego to jedna z tych robót niszczyielskich, które bez zewnętrznego podburzania bolszewickiego przygotowują podłoże dla zasiewu bolszewizmu u nas.

Jeżeli wszystkie bez wyjątku stany i zawody zrzeszają się w celu obrony swoich spraw zawodowych, to temu bardziej nikt nie może mieć za złe lekarzom, że organizują się nietylko w obronie swego zawodu, ale głównie, żeby przeprowadzić sprawy, mające na celu dobro publiczne.

Sądzę, że socjaliści, którzy w stosunku do lekarzy są obecnie pracodawcami, nie zechcą stosować do nich innych zasad, niż głoszą w stosunku do kapitalistów i nie będą przeszkadzali tej organizacji zawodowej przez tworzenie t. j. w ich języku łamistrajkowych zrzeszeń lekarskich.

Lekarze, popierając najgoręcej dalszy rozwój ubezpieczeń społecznych dla dobra najslabszych ekonomicznie, w celu dostarczenia im najlepszej i najtańszej opieki lekarskiej i higienicznej, pamiętać powinni o tem, że w sprawach zdrowia i opieki społecznej mogą mieć głos bezwzględnie rozstrzygający, jeśli tylko będą chcieli, jeżeli będą szli łącznie i jeśli powodować się będą dobrem ogółu. Należyce zrzeszeni lekarze przedstawiają siłę. Tej siły lekarze użyć powinni nie wyłącznie dla swoich osobistych celów, lecz przede wszystkim dla dobra niezamożnych pacjentów, warstw ekonomicznie słabych, by im zapewnić najlepszą, najstaranniejszą a zarazem najtańszą opiekę lekarską i higieniczną.

Z jednej strony Wydziały lekarskie naszych Uniwersytetów, Izby lekarskie i nasze organizacje: Towarzystwa lekarskie, związki zawodowe lekarskie, stwierdziwszy, że interes stanu lekarskiego i dobro cho-

rych idą po jednej drodze, oraz określiwszy jasno cel — dobro pacjentów, utrzymanie wolnego stanu lekarskiego, należyty rozwój nauki lekarskiej i podniesienie stanu zdrowotnego ludności państwa — powinny występować zgodnie i stanowczo, z drugiej strony społeczeństwo całe, a w pierwszym rzędzie robotnicy i pracujący umysłowo powinni popierać usiłowania lekarzy przez nieuchylenie się od obowiązku należenia do Kas chorych, liczny udział w wyborach do Kas chorych i oswojenie tej najpiękniejszej, najużyteczniejszej dla państwa, a prawdziwie demokratycznej instytucji, jaką są ubezpieczenia społeczne, z pod demoralizującego wpływu czynników partyjnych jakiegokolwiek partji politycznej.

Nie można się dziwić szczególnie młodemu lekarzom, że pod wpływem coraz cięższych warunków ekonomicznych, ciężkiej walki o chleb powszedni, nie patrząc w przyszłość, nie zastanawiając się nad przyszłością stanu lekarskiego, dobijają się o posady w Kasach chorych, a otrzymawszy taką posadę, stają się urzędnikami swoich pracodawców zależnymi od nich i pozbywają się przeważnie samodzielnego zdania.

Nie można się im dziwić, i nie ma nikt prawa ich potępiać; ludzie są ludźmi, i tylko wyjątkowe jednostki nie dadzą się niczem złamać, zresztą, młodzi lekarze robią to najczęściej, nie zdając sobie sprawy z następstw, bo ich nikt nie uczy podczas studjów myśleć i czuć społeczenie. Socjalizm do niedawna miał u nas licznych t. j. sympatyków wśród pracującej inteligencji, których mogła pociągać pewna ideowość programu. Ta ideowość ustępuje coraz bardziej rozwijającemu się partyjnictwu. Obecnie, gdy partja ta rozpoznała znacznymi środkami, przyciągać ona będzie nie ideowe jednostki, lecz ludzi, oczekujących od niej posad i pensyj. Ciężkie położenie słabego ekonomicznie lekarza będzie wyzyskiwane dla opanowania go, w tym kierunku, że nie bezwzględne korzyści dla zdrowia publicznego i dobro chorego będą dla niego najwyższym przykazaniem i pobudką do czynu, lecz korzyści i nakaz jego nowych pracodawców. W tem tkwi demoralizujący czynnik wpływów partyjnych na sprawy zdrowia publicznego.

Niebezpieczeństwo dla należytego rozwoju instytucji ubezpieczeń społecznych i podniesienia kultury sanitarnej w państwie tkwi nie w tem, że sprawę tę dzierżą socjaliści w ręku, to samo niebezpieczeństwo istniałoby, gdyby ją miała w ręku jakakolwiek inna partja polityczna. Niebezpieczeństwo polega tu na tem, że sprawa tak ważna dla wszystkich obywateli państwa, jaką jest zdrowie, znajduje się w rękach polityków, zamiast w rękach fachowców, t. j. lekarzy. Cel ubezpieczeń społecznych, zachowanie zdrowia i zdolności do pracy ludności może być w pełni osiągnięty jedynie przy fachowym kierownictwie, jednolitości i ciągłości działania, co jest niemożliwe, gdy spawy te zależne są od zmiennej taktyki partyjnej. Jeżeli sprawę ubezpieczeń dzierży w rękach jedna partja polityczna i używa jej dla powiększenia swoich wpływów partyjnych, to nie trzeba się dziwić że inne partje polityczne bądź zwalczają instytucję ubezpieczeń, są dla niej nieprzychylnie usposobione, bądź szukają sposobności, by jej stworzyć współzawodnictwa, utrudnić jej rozwój, bądź szkodzą im, szerząc plotki, podkopujące zaufanie do Kas chorych.

To nie są teorie, ale, nies'ety, fakty, wzięte z życia. Im partja, trzymająca w ręku instytucję ubezpieczeń jest sprytniejsza i ruchliwsza, tem zgrabniej zjednywa sobie ludzi, szczególnie chodź jej musi o lekarzy, bez których ubezpieczenia społeczne nie mogą istnieć i rozwijać się. Lekarze, nie rozumiejący istoty ubezpieczeń społecznych i wielkiego znaczenia, jakie one mieć mogą dla państwa, często idą na lep łatwiejszego, niż w praktyce prywatnej, zarobku, uzależniają się przytem zupełnie od zarządów Kas chorych, tracą swoją niezależność, stają się urzędnikami, a przy obecnej organizacji nie mają odpowiedniego znaczenia i wpływu na bieg spraw Kas chorych.

Daleki jestem od przesady wysuwania na pierwszy plan działalności rządowej wyłączenie spraw zdrowia, ale cały świat lekarski powinien raz wreszcie silnie zaprotestować przeciwko przesadzie, popełnianej u nas w przeciwnym kierunku, przez wszystkie bez wyjątku czynniki miarodajne, przeciwko zupełnemu lekceważeniu tak ważnej dla państwa sprawy, jaką jest

zdrowie i przeciwko zupełnemu nieliczeniu się z potrzebami stanu lekarskiego, co zaznaczyło się najwybitniej przedewszystkiem przez zniesienie, bez żadnych racjonalnych powodów, tak ważnego i niezbędnego u nas Ministerstwa Zdrowia Publicznego¹³⁾.

Wszystkie organizacje lekarskie powinny przystąpić do jaknajenergiczniejszej walki o przyznanie sprawom zdrowotnym tego znaczenia, jakie one dla państwa rzeczywiście mają, a lekarzom należytego stanowiska w administracji państwowej, walki o połączenie spraw opieki społecznej ze sprawami sanitarnymi i o wyłączenie ich z pod wpływów partyjnych.

Program naszego działania oprzeć się powinien na następujących podstawach:

1) Sprawy zdrowotne i sprawy opieki społecznej są ze sobą organicznie związane i rozdzielać ich nie można.

2) Opieka społeczna bez udziału lekarzy istnieć i rozwijać się nie może.

3) Wobec tego łączni, należyście zrzeczeni lekarze mogą przeprowadzić wszelkie swoje żądania, dotyczące się nie tylko ochrony wolnego stanu lekarskiego i swoich spraw ekonomicznych, ale przedewszystkiem dotyczące się zapewnienia niezamożnym chorym należytej, troskliwej i taniej opieki lekarskiej oraz higienicznej, jak najdłuższej trwającej zdolności do pracy, podniesienia stanu zdrowotności państwa i rozwoju nauki lekarskiej.

4) Korzyści dla chorych i ich dobro idą po jednej i tej samej drodze, co ochrona stanu lekarskiego.

Tylko swobodny, oparty na zaufaniu wybór lekarza, zapewni chorym należyłą opiekę.

5) Należy dążyć do stopniowego wprowadzenia i rozszerzenia ubezpieczeń społecznych, podobnie, jak one istnieją już od dawna w Wielkopolsce.

6) Należy połączyć sprawy opieki społecznej ze sprawami zdrowia w jednym naczelnym urzędzie, równorzędnym z innymi naczelnymi urzędami administracji państwowej, z lekarzem na czele i usunąć je z pod wpływów partyjnych.

7) Na czele walki o „prawo do zdrowia“ ludności naszego państwa stanąć powinni wszyscy lekarze.

Uwagi ogólne do projektu noweli Ustawy o Kasach Chorych.

Odpowiedź Naczelnej Izby Lekarskiej na pismo Gen. Dyr. Służby Zdrowia (Min. Spr. Wewn.) z dn. 30 lipca 1925 r.

Ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek niemożności zarobkowania z powodu choroby, jak sam już cel wskazuje, zdawałoby się, powinna była stać się dobrodziejstwem dla pracującej ludności i spotkać się z powszechnym zadowoleniem. Tymczasem już w parę lat po wprowadzeniu jej w życie głos powszechny ją potępia, stała się powodem powszechnego niezadowolenia i narzekania i wywołuje masowe protesty. Stało się to wskutek zasadniczych błędów wzorów, na jakie bezkrytycznie się zaparatowano, i wskutek rażących błędów tych rzecz, któreby mogła służyć dobru powszechnemu, wykonano w sposób zły.

Zasadniczym błędem wzoru, który bezkrytycznie naśladowano, jest połączenie, splątanie dwóch spraw różnych, a mianowicie: sprawy ubezpieczenia pieniężnego na wypadek niemożności zarobkowania i sprawy uprzywilejowania lecznictwa ludności mniej zamożnej. Ten kardynalny błąd wytknął już w Niemczech Erb, opierając swe wywody na zebranym w Niemczech doświadczeniu, także jaknajgorszem. To jest błąd pierwszy.

Z powyższego błędu płynie błąd drugi: wszechwładztwo w kasach chorych w zakresie lecznictwa urzędników ubezpieczeń, nie mających pojęcia o tej sprawie. a rozporządzających się w nieznanym im dziedziny z pewnością siebie, właściwą nieświadomym. Natomiast lekarze, którym dla dobra sprawy i chorych w lecznictwie należałoby się rola kierownicza w kasach chorych, są traktowani w sposób nigdy dotychczas niebywały i są zepchnięci do

roli na godziny wynajętych urzędników, co jest sprzeczne i z przeznaczeniem lekarza, jako jednego z trzech przez prawo nazywanych naturalnych powierników człowieka, i z płynącą stąd wysoką godnością stanu lekarskiego.

Trzecim błędem zasadniczym jest zbyt szeroko a niesprawiedliwie i nierozumnym stosowany przymus zarówno należania do kas chorych tych instytucji i tych warstw ludności, które były przed tem lepiej zaopatrzone w pomoc w chorobie, niż to czynią kasy chorych, jak i przymus powierzenia swego zdrowia lekarzom, nie w sposób wolnego wyboru wyniesionym do powszechnego zaufania, lecz naگیętym do zależnej uległości w stosunku do urzędników ubezpieczeń, którzy ich chorym narzucają. Stwarza to nowy typ lekarza-urzędnika, między którym a chorym niema tego węzła wzajemnego zaufania i życzliwości, jaki istnieje zwykle przy wolnym wyborze, i niema bodźca do natężonej staranności, jakim jest wszędzie wolne współzawodnictwo — tylko na miejsce tego ustala się stosunek tej zimnej obojętności, jaki zwykł panować między urzędnikiem a interesantem.

Czwartym błędem jest sprzeczność, jaka panuje między zasadami głoszonymi a ich wykonaniem. Wbrew ogłoszonemu hasłu, według którego kasy chorych miały być kooperatywą wzajemnie zapewniającą zapomogi na wypadek choroby, dla przypodobania się panującym prądom demagogicznym, nadużywając przymusu, pociągnięto do świadczeń pieniężnych na korzyść kas chorych szerokie rzesze tych, którzy albo nigdy z nich nie będą korzystali, albo czyniąc zapomogi, nie odpowiadające stopniowi przymusowo ściąganych z nich opłat, albo też takich, którzy, gdyby z kas chorych korzystali, dopuszczaliby się wyzysku względem ulgowego lecznictwa na koszt publiczny przez ludzi, dostawnie uposażonych. Jest więc w tem i niezgodność zapaowiedzi z wykonaniem i krzyżująca społeczna niesprawiedliwość.

Wreszcie sam sposób wprowadzenia w życie kas chorych jest antytezą takiego, jakim być powinien. Do takiej imprezy należałoby przystępować powoli, z rozumą zachowując, a nie niszcząc niczego, co było dobre, ulepszać, dopełniając i rozwijając. Jednym słowem należało działać ewolucyjnie. Należało naprzód przygotować personel, lokale, środki lecznicze, szpitale i uzdrowiska. Zamiast tego wszędzie, gdzie była racjonalnie urządzona pomoc lekarska na zasadzie wolnego wyboru lekarzy, z dobrej urządzonymi szpitalami i ambulatorjami fabrycznymi, rzucono się na nią i nie pozwolono jej dalej funkcjonować w imię dobra powszechnego. Tymczasem to dobro powszechne tak dało się odczuć, że masy, którym obiecano to, czego nie dotrzymano, są rozczarowane. Ci, którzy dawniej otrzymywali pomoc lekarską w fabrykach, są oburzeni, gdy otrzymują obecnie mniej, niż dawniej. Np. szpitale w Zagłębiu Dąbrowskiem są o wiele mniej zasobne i gorzej funkcjonują, niż przedtem. Inteligencja, zmuszona do płacenia wysokich składek, a skrępowana w swym przyrodzonym prawie wolnego wyboru lekarza, nie ma zaufania do lekarzy narzuconych i narzeka.

Zadowoleni są tylko urzędnicy wydziałów ubezpieczeniowych, zarówno centralnych, jak prowincjonalnych, i tak swej wszechwładzy i w zakresie urządzenia lecznictwa pewni, że każda próba krytyki swych zarządzeń gotowi są uważać jako wykroczenie przeciw Państwu.

Biorąc więc pod uwagę błędy podstawowe, do których nowelą dorzuca jeszcze nowe, staje się jasnym, że należałoby przedewszystkiem usunąć błędy dawne, nie wprowadzać nowych, a wtedy oddzielnie ubezpieczenie od wypadków niemożności pracy wskutek choroby, zarządzane przez urzędników ubezpieczeń, a oddzielnie tania pomoc lekarska dla mniej zamożnych, zarządzana przez lekarzy, mogłyby okazać się pożytecznymi.

Ale nawet i w obecnej koncepcji Kas chorych (t. j. przy połączeniu tych dwóch zadań pomocy pieniężnej i lecznictwa) dużo należałoby zmienić.

Ponieważ zwalczanie samej choroby i jej źródeł stanowi zadanie nie tylko medycyny praktycznej, ale zarazem stanowi zadanie higieny publicznej, ponieważ wszystkie te zadania koncentrują się w wielkim dziale gospodarki społecznej, ześrodkowanej dawniej w Ministerstwie Zdrowia, obecnie w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) to, zaiste, dziwić się należy, że Instytucja Kas Chorych, która co najmniej (nawet przy nowelizacji ustawy) może objąć 80% ludności, nie jest pod-

¹³⁾ Ustawa z 28 listopada 1923 r. 131, poz. 1060.

władna Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia), lecz Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej.

Przypuszczać chyba należy, że łatwiej jest zorganizować dział zapomogowy i jego administrację ustalić według zresztą już znanych wzorów, niż zorganizować lecnicstwo kraju zgodnie z wymaganiami nauki i ciągłego postępu, że to ostatnie zadanie chyba pomyślniej może rozwiązać ten dział Administracji Państwowej, który jest po temu specjalnie powołany.

Skoro jednak już ten dział oddany został pod nadzór główny Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, to konieczne i niezbędne jest, aby w Ustawie wszędzie, gdzie ona dotyczy spraw lecnicstwa, wyraźnie była zaznaczona ingerencja, nadzór i decyzja ze strony Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia (M. S. W.).

W myśl powyższego Naczelna Izba Lekarska przedstawia projekt uzupełnień do art. 99, a mających za zadanie uwypuklić i podkreślić prawa i ingerencję organu nadzorczego sanitarnego Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Ponieważ nadzór nad prawie samowolnymi dotąd rządami Kas chorych w zakresie lecnicstwa należałoby zśrodkować w jakimś specjalnym organie pomocniczym przy Dep. Higjen. Generalnej Dyrekcji, przeto Naczelna Izba Lekarska proponuje utworzenie Rady do spraw Kas Chorych z zaznaczeniem tego w Ustawie, tembardziej, że organ ten nie pociągnie za sobą specjalnych wydatków państwowych. Naturalnie, propozycje powyższe Naczelna Izba Lekarska składa, jako materiał do ich rozważania, i ma nadzieję, że wogóle do narad nad zmianami Ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby powołana będzie przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia zgodnie z art. 1 Ustawy o Izbach Lekarskich.

Ustawa, która ma za zadanie objąć lecnicstwo większości obywateli Państwa, zdawałoby się, że powinaby uszanować dotąd istniejące organizacje wzajemnej pomocy, co najwyżej, w razie potrzeby je zmodyfikować, tymczasem zarówno dawna, jak i nowa zmiana Ustawy nadal stoi nie na ewolucyjnym, lecz na rewolucyjnym gruncie, niwecząc wszystko, co dotąd było zrobione, (art. 5, 105) przeszło przez próbę życia, a nakazując wszędzie swój „nowy ład“, który dopiero ma się wprost siłą (na co wskazują różne klauzule. przepisy karne art. 94, 5, 6) wtłoczyć w ramy życia bez względu na to, czy nowy ten ład pasuje do tych ram życia.

Skoro od obowiązku ubezpieczenia w Kasach Chorych są zwolnione niektóre kategorie obywateli Państwa, przeto musi im być dozwolona swoboda zgodnie z art. 108 Konstytucji zrzeszenia się w celu zapewnienia sobie odpowiedniej pomocy i opieki lekarskiej w chorobie, a więc możność zakładania i innych typów Kas Chorych, byleby to było zgodne z prawem i przepisami obowiązującymi, a zatem § 103 winien być skreślony z ustawy.

Skoro ta ustawa ma i powinna dać podstawy do orga-

nizacji lecnicstwa ludności, a więc lecnicstwa indywidualnego z uwzględnieniem tworzenia różnorodnych instytucji lecniczych według, naturalnie, postępów wiedzy lekarskiej (art. 44), to zdawałoby się, że taka ustawa musi i powinna dbać o to, ażeby dział lekarski, jako ten, na którego barkach leżeć będzie powodzenie i korzyść zamierzonej reformy społecznej, był należycie w ustawie postawiony, tymczasem Naczelny lekarz kasy pozbawiony jest głosu decydującego w Zarządzie (art. 69), wolno mu zaledwie przedstawić wnioski lecnicze; a jakaż byłaby jego rola, gdyby nie przedstawiał takich wniosków? Zaiste bardzo liberalna poprawka, która głosi, że udział lekarza Naczelnego jest „z prawem przedstawiania wniosków w zakresie lecnicstwa“. Jeżeli Naczelny lekarz ma być odpowiedzialny za lecnicstwo, to, zdaje się, samo przez się rozumie się, że lekarze kasy powinni być mianowani na jego wniosek (art. 73), tymczasem projektodawca tylko tak daleko posunął swoją troskę o udział lekarski, że, przewidując, iż lekarze nie będą tylko urzędnikami, a staną na stanowisku obywatelskim, wprowadził w Ustawie cały dział p. t. Komisja pojedyncza do spraw lekarskich (art. 84), a nowela nadaje tej komisji prawa nadzwyczajne niezgodne z Konstytucją §§ 101 i 108.

Podczas gdy los pracowników wszelkich kategorii przez odnośne władze jest traktowany z pieczołowitością, to z dziwną imperjalistyczną srogością w Ustawie traktuje się wolny stan lekarski i zapomina się o tem, że lekarze są równymi obywatelami Państwa, że równe obowiązki i równe prawa im się należą, że nie mogą i nigdy nie będą parjasami, wyjętymi z pod prawa, i że nie dadzą sobie narzucić wyjątkowych praw zgodnych z ideą samowładztwa, a nie ideą Rzeczypospolitej, jaką reprezentuje nasza Ojczyzna. Dla tego poprawki do § 42 V i VI oraz poprawki do § 84 III i V należy skreślić. Naczelna Izba Lekarska, jako główna przedstawicielka stanu lekarskiego, ma to przekonać, że Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia (M. S. W.), jako główna opiekunka stanu lekarskiego, jako organ nadzorczy, który nietylko obowiązków, ale i praw stanu lekarskiego strzedz winien, nie dopuści do wprowadzenia tak krzywdzących stan lekarski uzupełnień w Ustawie.

Skoro Kasy Chorych mają za zadanie organizację lecnicstwa i instytucji lecniczych w całym Państwie, zdawałoby się, że dla uzgodnienia działalności, planowości zamierzeń i inwestycji, powinien być istnieć jakiś organ Naczelny, któryby te zadania spełnił. Wprawdzie w Ustawie przewidziane są Związki Kas (chorych) okręgowe i Związek Ogólno-Państwowy (art. 93), ale Ustawa zbyt ogólnikowo określa ich działalność, nie rozgraniczając ich kompetencji, daje tylko główny zarys organizacji, nie uwzględniając wyraźnie sił lekarskich w tych związkach (art. 93).

Przewodniczący

(—) Dr. med. B a c z k i e w i c z.

Sekretarz

(—) Dr. med. B e ł k o w s k i.

Wiadomości bieżące.

— Z powodu obfitości materiału, zalegającego tekę redakcyjną; Nr. 1 „Warsz. Czasop. Lek.“ zawierał o 4 kolumny więcej, zaś Nr. 2 więcej petitu, niż zapowiadaliśmy. Z tego samego powodu i aby zadowolić autorów czekających oddawna na ogłoszenie swych prac, numer niniejszy wychodzi w znacznie powiększonej objętości.

— Współwydawcy naszego pisma, koledzy Kazimierz D ł u s k i i Jakób S z w a j c e r, otrzymali od Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego pismo następujące:

„Wileńskie Towarzystwo Lekarskie, oddając hołd zasługom naukowym Czcigodnego Pana, na dorocznym walnym zebraniu jednogłośnie uchwaliło obrać Czcigodnego Pana swoim Członkiem Honorowym.

„Wykonując uchwałę zebrania, mam zaszczyt prosić Czcigodnego Pana w imieniu Wileńskiego Towarzystwa Le-

karskiego o przyjęcie załączonego dyplomu i o pozwolenie zapisania nazwiska Jego do Złotej Księgi Towarzystwa“.

S. B a g i Ń s k i.

O p o c z y Ń s k i.

Sekretarz.

Prezes Tow.

Obu Szanownym Kolegom winszujemy ze wszech miar zasłużonego zaszczytu.

— Polskie Towarzystwo Dermatologiczne na posiedzeniu w dn. 4.III. b. r. obchodziło jubileusz 30-letniej pracy lekarskiej i społecznej D-ra Wacława Sterlinga, ordynatora oddziału chorób skórnych i wenerycznych Szpitala na Czystem. J. M. Rektor prof. Dr. Fr. Krzysztalowicz i Doc. Dr. Malinowski w gorących słowach podnieśli zasługi Jubilata dla rozwoju Pol. Tow. Dermat., jako jednego z założycieli Tow., jak również dla „Przeglądu Dermatologicznego“, którego był Jubilat wydawcą przez dłuższy okres czasu. W imieniu asystentów Jubilata przemawiał Dr. J. Milejko wski, który w serdecznych słowach dziękował

Jubilatowi za poświęcanie swego czasu i doświadczenia na kształcenie młodszych kolegów.

Redakcja nasza składa z tej okazji kol. Wacławowi Sterlingowi, swojemu zasłużonemu współpracownikowi i współwydawcy, najserdeczniejsze życzenia długiej i owocnej pracy dla nauki i ziemi ojczystej.

— Rozesłano następujący okólnik w sprawie rejestracji lekarzy:

Do PP. Wojewodów, oraz P. Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Na mocy art. 3 Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem (Dz. Ust. Nr. 105/21, poz. 762) osoby, pragnące korzystać z przysługującego im prawa wykonywania praktyki lekarskiej, winny zarejestrować się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) i uzyskać pisemne na to zaświadczenie.

Przepis powyższy, wprowadzony w życie z chwilą wydania jednolitej ustawy lekarskiej, był podyktowany potrzebą czasu oraz koniecznością ścisłego skontrolowania uprawnień osób, wykonywujących praktykę lekarską, i jako taki w zasadzie był traktowany jako przepis przejściowy.

W chwili obecnej, wobec zmniejszenia się napływu lekarzy z zagranicy, szczególnie z Rosji, rygorowi art. 3 podlegałyby jedynie lekarze nowi, otrzymujący dyplomy lub notyfikację tychże, wydawane przez Uniwersytety polskie. Stan podobny nie odpowiadałby intencji art. 3, wobec czego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia), dążąc ponadto do decentralizacji, przygotowało projekt ustawy o zmianie niektórych postanowień ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. (Dz. Ust. Nr. 105, poz. 762), nowelizując między innymi i art. 3 powołanej ustawy.

W myśl powyższego projektu art. 3 i 13 podlegałyby skreśleniu, natomiast ustęp pierwszy art. 17 otrzymałby następujące brzmienie:

„Przystępując do stałego wykonywania praktyki lekarskiej, lekarz obowiązany jest zarejestrować się u władzy administracyjnej I instancji, składając dowody uprawnień w myśl art. 2, ponadto winien on wskazać miejsce stałego wykonywania tej praktyki, oraz donosić pisemnie o każdorazowej zmianie adresu lub zaniechaniu praktyki.

O przystąpieniu do wykonywania praktyki, miejscu jej wykonywania, względnie zaprzestaniu tejże, obowiązany jest zarówno lekarz, jak i władza administracyjna I instancji, donieść w terminie nie dłuższym ponad 2 tygodnie właściwej Izbie Lekarskiej“.

Zgodnie więc z projektem rejestracja lekarzy przeniesiona zostanie na władze administracyjne I instancji, w kompetencji zaś Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) pozostaną nadal wypadki, w których przewidziane jest wydawanie tymczasowych pozwoleń, a które zastrzeżone są wyłącznej kompetencji Ministerstwa (art. 4 powołanej na wstępie ustawy). Wobec tego jednak, że uchwalenie noweli przez ciała ustawodawcze wymaga dłuższego okresu czasu, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) postanowiło na okres przejściowy przelać swoje uprawnienia, wypływające z art. 3 na władze administracyjne II instancji (w Warszawie na Komisarza Rządu na m. st. Warszawę), które do chwili uchwalenia nowelizacji winy bezpośrednio i samodzielnie przeprowadzać rejestrację lekarzy, wydając uprawnionym odpowiednie zaświadczenia pisemne. Zaświadczenia winny być wydawane według dotychczasowego schematu z powołaniem się na niniejszy reskrypt, przyczem zauważa się, że wobec utrudnionych stosunków z Rosją świadectwa tymczasowe, wydawane przez Komisje Egzaminacyjne przy Uniwersytetach rosyjskich oraz umieszczenie nazwiska w urzędowych spisach lekarzy b. Cesarstwa Rosyjskiego, wydawanych przez b. rosyjskie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, należy uważać za równoważne z posiadaniem dyplomu lekarskiego. Sprawy, zastrzeżone art. 4 powołanej ustawy, jak również rejestrację lekarzy-dentystów do chwili wejścia w życie ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej pozostawia się nadal kompetencji tutejszego Ministerstwa.

Celem wykonania niniejszego reskryptu zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz Rządu) wydać niezwłocznie odnoś-

ne zarządzenie, polecając przeprowadzenie rejestracji lekarzy od chwili otrzymania niniejszego

Za Ministra:

(—) W r o c z y ń s k i.

Generalny Dyrektor Służby Zdrowia.

— Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia rozesłała do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę następujący

O k ó ł n i k

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) zawiadamia, że związek Przeciwgruźliczy wydał za zgodą Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) nalepki ze swem godłem w cenie 10 i 20 groszy, które zostały rozesłane do wszystkich Województw, T-w Przeciwgruźliczych i innych czynników prowadzących społeczną walkę z gruźlicą w celu propagandy i zdobycia środków materialnych na tę akcję. Nalepki będą sprzedawane w rozmaitych instytucjach społecznych, samorządowych i rządowych na zasadzie porozumienia się z ich kierownikami, w myśl zgody uzyskanej przez Związek Przeciwgruźliczy w instytucjach centralnych.

Wobec tego Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) prosi o poparcie tej akcji przez czynniki rządowe na miejscu.

Za Ministra

(—) W r o c z y ń s k i.

Generalny Dyrektor Służby Zdrowia.

Załączniki.

Warszawa, dnia 18 lutego 1926.

Odpis.

Do Panów Wojewodów

i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

O k ó ł n i k

W celu wciągnięcia szerokich warstw ludności do społecznej walki z gruźlicą Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zastrzega na stałe trzecią sobotę i niedzielę kwietniową, jako dni propagandy przeciwgruźliczej. W te dwa dni będą urządzone na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej przez Tow. Przeciwgruźlicze: zbiórki uliczne i w pomieszczeniach publicznych, odczyty, pogadanki, przedstawienia, pokazy, zabawy dochodowe i inne przedsięwzięcia, mające na celu zainteresowanie mieszkańców temi zagadnieniami i zdobycie środków na ich zrealizowanie. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi o polecenie podwładnym urzędom, aby popierały tę akcję przez podwładne urzędy i nie zezwalały jakimkolwiek innym Towarzystwom i Związkom humanitarnym i społecznym na urządzenie zbiórek i imprez dochodowych w te dwa dni.

Za Ministra

(—) W r o c z y ń s k i.

Generalny Dyrektor Służby Zdrowia.

Warszawa, dnia 16 lutego 1926 r.

Odpis.

Do Panów Wojewodów

i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

O k ó ł n i k

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) uzgodniło z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej sprawę wyodrębnienia chorych gruźliczych z ogólnych przychodni Kas Chorych. W myśl tego wyodrębnienia Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wysłało następujące pismo okólnie:

Warszawa, dnia 23 stycznia 1926 r.

Odpis z odpisu.

Do Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń

Warszawa, Poznań, Lwów.

Celem skuteczniejszego zwalczania rozszerzania się gruźlicy, Zarządy Kas Chorych powinny dążyć do jaknajdalej idącego wyodrębnienia w przychodniach chorych gruźliczych od innych chorych.

Dla uzyskania tego winny Zarządy Kas Chorych dążyć do tworzenia zupełnie oddzielnych przychodni przeznaczonych wyłącznie dla gruźliczych.

Tam gdzie urządzenie oddzielnych przychodni dla gruźliczych jest niemożliwe, czy to ze względu na brak funduszy, czy też brak lokalu — należy oznaczyć pewne dni i

godziny na przyjęcie w przychodni wyłącznie gruźlików. Po ukończonym przyjęciu gruźlików należy pozostawić pewien czas wolny, wystarczający na oczyszczenie przychodni przed godzinami przeznaczonymi dla innych chorych.

Nadto w miejscowościach gdzie istnieją przychodnie Towarzystw Przeciwgruźliczych wolno Zarządom Kas Chorych drogą porozumienia i umowy przekazać tym towarzystwom leczenie i opiekę nad chorymi gruźliczymi członkami Kas Chorych.

Powyższe Okręgowy Urząd poda bezzwłocznie do wiadomości podległym sobie Kasom Chorych i Związkom, mającym siedzibę na terenie działania Okręgowego Urzędu, celem wprowadzenia w życie powyższych wskazówek.

Kierownik Głównego Urzędu Ubezpieczeń:

(—) Adam K o r s k i.

Podając to pismo do wiadomości, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) prosi, aby przychodnie przeciwgruźlicze nawiązały stosunek z Kasami Chorych w celu przejęcia gruźlików na podstawie umowy i odpowiedniego rozrachunku. Nowo powstające T-wa Przeciwgruźlicze i ich przychodnie uzyskają na tej drodze trwałe podstawy materialne do swego rozwoju.

Za Ministra

(—) W r o c z y ń s k i.

Generalny Dyrektor Służby Zdrowia.

— Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej zawiadamia Kolegów, aby przed obejmowaniem posad zasięgal informacji od miejscowych zawodowych zrzeszeń lekarskich, celem uniknięcia nieporozumień i zatargów na tle koleżeńskich—zawodowym.

Naczelnik Izby: A. P r z y b o r o w s k i.

Pisarz Izby: J. M a z u r e k.

— Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej nadesłał nam z prośbą o umieszczenie, następujące pismo:

Do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia

W odpowiedzi na list z dnia 14.I.1926 r. za Nr. ZH. 323/26 w sprawie interpelacji posła na Sejm Praussowej i tow., a dotyczącej sprzecznego jakoby z obowiązkami postępowania Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i Wojewódzkich Urzędów Zdrowia w stosunku do Kas Chorych.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej ma zaszczyt odpowiedzieć co następuje:

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej bacznie obserwuje działalność Kas Chorych i wpływ tego ubezpieczenia społecznego na poziom lecznictwa i stanu lekarskiego i dochodzi do wniosku, że w tej formie w jakiej zastosowane zostało w Państwie Polskiem, ubezpieczenie to jest szkodliwe.

Stan lekarski nie zwalcza samej idei ubezpieczenia społecznego od choroby, chce lojalnie współdziałać z Państwem i prowadzącą, musi jednak zająć stanowisko krytyczne wobec ustawy i jej zastosowania w życiu, które stwarzają atmosferę nieustannej walki politycznej i ekonomicznej i zamiast być dobrodziejstwem dla ludności—szerzą powszechne zgorznienie i niezadowolenie.

Jeseśmy prztem w ostatnich czasach świadkami widowiska, które dziś już dla stanu lekarskiego nie ma tajemnic, a które stopniowo będzie zrozumiane przez szeroki ogół: sfery, które stoją na straży obecnego stanu rzeczy, zaślepione w doktrynie i widząc, że zastosowanie tej doktryny w życiu załamuje się, chcą odwrócić uwagę od istotnej przyczyny zła i zwać przyczynę niepowodzenia na organizację stanu lekarskiego, przedewszystkiem na Związek Lekarzy P. P., na Izby Lekarskie, jako na samorządową organizację stanu lekarskiego, a także na Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, którym się imputuje brak życzliwości i poparcia dla zasady ubezpieczenia na wypadek choroby.

Powszechne już dziś żądanie nowelizacji jest dowodem, że zmiana obecnego stanu rzeczy jest konieczna. Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej musi jednak przyznać, że nie ma żadnej nadziei, by nowelizacja wprowadzona arbitralnie, jednostronnie, z pominięciem opinii powołanej reprezentacji stanu lekarskiego — mogła zła zaradzić.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej jest zdania, że naprawę obecnego stanu rzeczy można osiągnąć tylko przez takie zmiany w ustroju i działaniu Kas Chorych, które zabezpieczą przedewszystkiem dobro chorego i uwzględ-

nią położenie stanu lekarskiego, który sam musi określić warunki moralne i materialne swojej współpracy i granice ustępstw, do których posunąć się może, bez narazenia godności wolnego zawodu i poziomu tej pomocy, której na podstawie wielowiekowej tradycji ma prawo oczekiwać chory.

Dzisiejszy stan Kas sprowadzony był w znacznej części przez zbyt pospieszne wprowadzenie ustawy i przez arbitralne, celowe pominięcie stanu lekarskiego, który zaskoczony faktem dokonany nie mógł się wypowiedzieć i nie może być odpowiedzialnym za nieublagane konsekwencje nie przez siebie popełnionych błędów.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej nie wypowiedział się jeszcze w sprawie Kas Chorych, gdyż zdawał sobie doskonale sprawę z tego, że przez pewne sfery Kasy Chorych są traktowane wyłącznie jako atut polityczny, a nie chcąc i nie mogąc posługiwać się demagogią, rozumiał, że nie trafi do celu rzeczowymi argumentami; zrozumiał także, że nie da się osiągnąć istotnej naprawy przez wprowadzenie do statutu zmian drugorzędnych.

Wady w ustroju Kas Chorych są wielką troską stanu lekarskiego, gdyż przeszkadzają one lekarzom w spełnianiu obowiązków w sposób jedynie zgodny z dobrem chorego.

Po zaprowadzeniu Kas Chorych sytuacja gospodarcza stanu lekarskiego uległa znacznej zmianie na gorsze; grupa lekarzy nie pracująca w Kasach, a poprzestających na pracy szpitalnej, oraz prywatnej praktyce, została pozbawiona znacznej części pacjentów, lekarzy zaś kasowych stosunki te postawiły w takich warunkach, że po za godzinami pracy w Kasie konieczni do uzyskania minimum egzystencji, nie mają możliwości dalszego doskonalenia się ze względu na nadmierne wyczerpanie rodzajem intensywnej pracy w ambulatoriach, gdzie chodzi o udzielenie porady możliwie największej liczbie chorych w możliwie najkrótszym czasie. System tego rodzaju pracy, sprzeczny z dotychczasową tradycją stanu lekarskiego, która się opiera na doświadczeniach wieków pracy zawodowej i myślach wielkich ludzi, poderwie zaufanie chorego do lekarza, doprowadzi niechybnie do obniżenia poziomu wiedzy i sztuki lekarskiej i w konsekwencji odbije na losie chorego.

Nie można zamykać oczu na to, że dwa czynniki najważniejsze w tem ubezpieczeniu, t. j. chory i lekarz, znajdują się względem siebie w stosunku przymusu, który ciąży obu stronom, a pochodzi to stąd, że administracja — ten trzeci czynnik, ma zbyt duże, nie wynikające z istotnej potrzeby przywileje, wciśniętą jest między chorego i lekarza i na każdym kroku ingeruje w sposób przewyższający jego kompetencje, a często w sposób szkodliwy dla lecznictwa.

Dla naprawy tego stanu rzeczy i dla usunięcia atmosfery walki, potrzebne jest oddzielenie sprawy ubezpieczenia od sprawy lecznictwa. To ostatnie powinien zorganizować jedynie w tym względzie kompetentny stan lekarski, który przez swoje organizacje powinien opracować odcienne umowy, które po uzyskaniu zgody obustronnej wkładałyby na stan lekarski obowiązek zorganizowania lecznictwa tak, za którego należyte funkcjonowanie lekarze byłiby odpowiedzialni. Na wszystkich stopniach urzędów administracyjnych, dotyczących tego ubezpieczenia, aż do najwyższych, lekarze powinni mieć swoich przedstawicieli, by się mogli wypowiadać w sprawach ubezpieczenia od choroby, o ile dotyczą lecznictwa.

Przypisywanie lekarzom winy w gorszących zatargach między nimi a Zarządami Kas, obwinianie organizacji lekarskich, próby wprowadzenia specjalnych sankcji przeciwko lekarzom, które są niedopuszczalne w prowizorycznym Państwie i w których możliwość urzeczywistnienia nikt nie uwierzy — do celu oczywiście nie prowadzą.

Dzisiejszy stan rzeczy jest zły i przewidywać należy, że stosunek między lekarzami, a Zarządami Kas będzie się nawet pogarszał, gdyż większość i tych lekarzy rozczaruje się do Kas, którzy dziś przy nich stoją.

Dlatego Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej jest zdania, że jeżeli chodzi o istotne zażegnanie groźących niebezpieczeństw, należy zaniechać traktowania Kas jako atutu politycznego i przystąpić lojalnie do zbadania i usunięcia istotnych przyczyn walki, której wyrazem są poszczególne zatargi.

W tym celu Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej występuje z wnioskiem, aby Administracja Publiczna przez upoważnione do tego organy swoje weszła w porozumienie z upoważnioną przez ogół zrzeszeń lekarskich re-

prezencją stanu lekarskiego w postaci delegacji, dla rozpoczęcia niezwłocznych narad nad stworzeniem warunków, które umożliwiają spokojne i skuteczne zastosowanie w życiu ubezpieczenia od choroby jako dobrodziejstwa dla ludności.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wniosek powyższy przedstawia, gdyż mniema, że jest czas najwyższy oficjalnie wysłuchać w tej sprawie upoważnioną reprezentację leaekrską; mniema także, że jest to jedyna droga do uzyskania podstawy do skutecznej nowelizacji — przynajmniej w zakresie lecznictwa.

Naczelnik Izby: A. Przyborski.

Pisarz Izby: J. Mazurek.

— Zarząd Izby Lekarskiej Warsz.-Białost. nadesłał nam z prośbą o wydrukowanie następujący komunikat:

Na zasadzie uchwalonego przez Radę Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej i zatwierdzonego przez Izbę Naczelną statutu Kasy Pogrzebowej, Zarząd wzywa członków Izby do niezwłocznego wpłacania statutowej składki zł. 6 gr. 60 (najdalej w ciągu m. marca r. b.), aby Kasa mogła rozpocząć już działalność z dniem 1 kwietnia r. b.

Warunkiem rozpoczęcia działalności Kasy będzie powyższa wpłata.

Wpłacać należy albo do Kancelarii Izby (Niecala 7) od 9 rano do 3 pp., lub do P. K. O. na konto czekowe Nr. 12640.

Na najbliższe posiedzenie Rady Izby Zarząd wnosi projekt nowelizacji statutu.

Każdy uczestnik Kasy winien złożyć w zabezpieczonej kopercie deklarację, komu, w razie jego śmierci, ma być wypłacona suma ubezpieczeniowa.

Wyciąg ze statutu Kasy Pogrzebowej Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej:

1. Kasa Pogrzebowa Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej ma na celu wydawanie jednorazowych sum ubezpieczeniowych na pogrzeby zmarłych członków.
2. Do Kasy Pogrzebowej obowiązani są należeć wszyscy członkowie Izby.
4. Każdy uczestnik jest obowiązany przy wstąpieniu do Kasy wnieść: wkład wstępny w ilości zł. 5 na kapitał zapasowy, oraz 50 gr. na kapitał wsparć.
5. Dalsze wkłady w kwocie 1 zł. 50 gr. wnoszą wszyscy uczestnicy w razie śmierci członka Kasy.
6. Każdy uczestnik składa przy wstąpieniu do Kasy w zabezpieczonej kopercie własnoręcznie podpisaną deklarację, komu (osobie, lub instytucji) w razie jego śmierci ma być wypłacona suma ubezpieczeniowa. Deklaracje te mogą być zmieniane. Rodzina i osoby, lub instytucje, wskazane przez ubezpieczonego, otrzymują po jego śmierci, najdalej w ciągu tygodnia, licząc od dnia zgłoszenia, sumę ubezpieczeniową. W braku deklaracji, sumę ubezpieczeniową otrzymują krewni, spadkobiercy, a w razie ich braku osoba zajmująca się pogrzebem. W tym przypadku Kasa zwraca rzeczywiste koszty pogrzebu, jednakże w wysokości nieprzekraczającej sumy ubezpieczeniowej.
5. Sumę ubezpieczeniową oblicza się według liczby członków Kasy w dniu śmierci uczestnika pomnożonej przez 1, tak, iż przy liczbie uczestników 2000 wysokość sumy ubezpieczeniowej wynosić będzie 2000 zł., lecz z niej potrąca się 5% na kapitał wsparć i 5% na wydatki kancelaryjne.

Naczelnik Izby: A. Przyborski.

Pisarz Izby: J. Mazurek.

— STATUT KASY POGRZEBOWEJ Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej przyjęty przez Radę w dniu 24 maja 1925 r. i zatwierdzony przez Naczelną Izbę Lekarską:

1. Cel Kasy.

§ 1. Kasa Pogrzebowa Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej ma na celu wydawanie jednorazowych sum ubezpieczeniowych na pogrzeby zmarłych członków.

2. Skład Kasy.

§ 2. Do Kasy Pogrzebowej obowiązani są należeć wszyscy członkowie Izby.

§ 3. Każdy członek Kasy jest obowiązany zawiadomić Zarząd Kasy najpóźniej w ciągu tygodnia o zmianie swego adresu.

3. Przyjmowanie do Kasy, prawa i obowiązki jej członków.

§ 4. Każdy uczestnik jest obowiązany przy wstąpieniu

do Kasy wnieść: wkład wstępny w ilości 5 zł. na kapitał zapasowy, 1 zł. na pierwszy wypadek śmierci na kapitał obrotowy, 10 gr. na kapitał zapasowy, oraz 50 gr. na kapitał wsparć.

§ 5. Dalsze wkłady w kwocie 1 zł. 60 gr. wnoszą wszyscy uczestnicy w razie śmierci członka Kasy.

§ 6. Każdy uczestnik składa przy wstąpieniu do Kasy w zabezpieczonej kopercie własnoręcznie podpisaną deklarację, komu (osobie, lub instytucji) w razie jego śmierci ma być wypłacona suma ubezpieczeniowa. Deklaracje te mogą być zmieniane. Rodzina i osoby, lub instytucje, wskazane przez ubezpieczonego, otrzymują po jego śmierci najdalej w ciągu tygodnia, licząc od dnia zgłoszenia, sumę ubezpieczeniową. W braku deklaracji sumę ubezpieczeniową otrzymują krewni, spadkobiercy, a w razie ich braku, osoba zajmująca się pogrzebem. W tym przypadku Kasa zwraca rzeczywiste koszty pogrzebu, jednakże w wysokości nie przekraczającej sumy ubezpieczeniowej.

§ 7. Sumę ubezpieczeniową oblicza się według liczby członków Kasy w dniu śmierci uczestnika, pomnożonej przez 1-en, tak iż przy liczbie uczestników 2000, wysokość sumy ubezpieczeniowej wynosić będzie 2000 zł., lecz z niej potrąca się 5% na kapitał wsparć i 5% na wydatki kancelaryjne.

§ 8. Należne wpłaty winni wnieść członkowie Kasy, mieszkający w Warszawie, w terminie 2-u tygodniowym, zaś członkowie, mieszkający poza Warszawą, w terminie miesięcznym od dnia otrzymania zawiadomienia Zarządu.

§ 9. Wkłady wniesione przez uczestników do Kasy nie podlegają zwrotowi.

4. Wykreślenie z Kasy.

§ 10. Członkowie wykreśleni z listy Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej przestają być członkami Kasy Pogrzebowej.

5. Fundusze Kasy.

§ 11. Fundusze Kasy składają się z kapitałów: 1) obrotowego, 2) zapasowego, 3) kapitału wsparć:

Kapitał obrotowy tworzy z opłat jednozłotowych, pobieranych na każdy wypadek śmierci, i jest przeznaczony na wydawanie sum ubezpieczeniowych.

Kapitał zapasowy tworzy się z wkładów wstępnych i z 10 gr. dodatkowych opłat do każdego wkładu na wypadek śmierci.

Kapitał wsparć tworzy się z poborów wynoszących 50 gr. od wkładów pobieranych w razie wypadków śmierci i 5% potrącanych przy wydawaniu każdego ubezpieczenia.

Kapitał zapasowy przeznaczają się na regulowanie wydawanych sum ubezpieczeniowych w razie możliwego zmniejszenia liczby członków, lub jednoczesnej wypłaty za kilka wypadków śmierci.

Kapitał wsparć przeznaczają się na wnoszenie terminowych opłat za członków nie mogących ich uiścić z powodu jakichkolwiek krańcowo niepomyślnych okoliczności.

6. Zarządzanie sprawami Kasy.

§ 12. Sprawami Kasy zawiaduje Zarząd Izby, który powołuje Komisję Wykonawczą w składzie 5-ciu członków Izby, w tej liczbie 1-go członka Zarządu Izby lub jego zastępcę, jako przewodniczącego.

§ 13. Do Komisji należy prowadzenie spraw Kasy:

- a) nadzór nad należytem wpłacaniem składek,
- b) wydawanie sum ubezpieczeniowych,
- c) prowadzenie Ksiąg przychodu i rozchodu,
- d) wnoszenie gotowizny nie kwalifikującej się do bezwzględnie wydatkowania, do państwowych instytucji kredytowych, jako też kupno papierów procentowych przez Rząd gwarantowanych, oraz przechowywanie tychże w instytucjach kredytowych państwowych.

e) układanie sprawozdań rocznych i budżetów.

§ 14. Na wydatki kancelaryjne przeznaczają się 5% od wydawanych sum ubezpieczeniowych.

7. Postanowienia ogólne.

§ 15. Spory wynikłe między członkami Kasy a Zarządem Izby, a także kwestje nie przewidziane w niniejszym statucie, rozstrzyga Rada Izby, Rada Izby zatwierdza również sprawozdania roczne sprawdzone przez Komisję Rewizyjną Izby.

§ 16. Rok sprawozdawczy Kasy liczy się od 1 stycznia do dnia 31 grudnia.

§ 17. Likwidacja Kasy może nastąpić jedynie na wniosek Zarządu Izby przez Radę Izby większością 2/3 głosów wszystkich członków Rady Izby. Rada na tem samem posiedzeniu powołać decyduje co do przeznaczenia sum pozostałych z likwidacji.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wprowadzając w życie niniejszy statut Kasy Pogrzebowej w myśl uchwały poprzedniej Rady nadmienia, że na pierwszym posiedzeniu nowej Rady zgłosi poprawki do statutu.

Naczelnik Izby:

A. Przyborowski.

Pisarz Izby:

w. z. J. Mazurek.

--- Wydział Wykonawczy Zarządu Głównego Związku Lekarzy Państwa Polskiego nadesłał nam następujący Projekt umowy z Kasami Chorych, opracowany przez Komisję Pełnomocną, wybraną na Walnem Zebraniu Delegatów Związku Lekarzy P. P. w dn. 6.XII.1925 r.

Dnia... 192... roku zawarta została pomiędzy Zarząd Oddziału (Obwodu, Okręgu) Związku Lekarzy Państwa Polskiego, reprezentowanym przez P. P. 1) ... zam.... 2) ... zam.... z jednej strony, a Zarząd Kasy Chorych w... reprezentowanym przez P. P.... z drugiej strony, umowa treści następującej:

- Art. 1. W Kasie Chorych w... mogą pracować wyłącznie lekarze, podani przez Zarząd Związku Lekarzy w... Do pracy w Kasie Chorych uprawnieni są wszyscy lekarze, podani przez Związek.
- Art. 2. a. Przyjmowanie chorych przychodnich odbywa się w gabrynetach lekarskich.
b. Tam, gdzie już istnieją przychodnie, chorzy mogą być przyjmowani w gabrynetach i tylko w już istniejących przychodniach.
- Art. 3. Naczelnego Lekarza Kasy Chorych w... mianuje Zarząd teje z pośród 3-ich kandydatów, przedstawionych przez Zarząd (Oddziału, Okręgu) Związku Lekarzy Państwa Polskiego.
Naczelnym Lekarzem ma byćdzieloną przez wspomniany Zarząd Oddziału (Obwodu, Okręgu) Związku Lekarzy Państwa Polskiego Lekarską Komisję Doradczą do spraw organizacji i prowadzenia lecznictwa.
Lekarska Komisja Doradczą składa się z... członków. Przewodniczącym Komisji jest członek, względnie zastępca członka Zarządu Oddziału (Obwodu, Okręgu) Związku Lekarzy P. P.
- Art. 4. Wszelkie sprawy personalne, dotyczące lekarzy, jako to: przyjmowanie, przenoszenie, zawieszanie w czynnościach i zwalnianie lekarzy, wyznaczanie i zmiana godzin przyjęć i t. p. mogą nastąpić tylko za uprzednią zgodą Zarządu Oddziału (Obwodu, Okręgu) Związku Lekarzy P. P. W razie nieosiągnięcia porozumienia w powyższych sprawach, rozstrzyga Komisja Pojedyncza (art. 84 Ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19 maja 1920 r. Dz. Ust. Nr. 44, poz. 272). Do czasu rozstrzygnięcia spornej sprawy przez Komisję Pojedynczą, orzeczenie Zarządu Kasy Chorych nie podlega wykonaniu. Apelacja od uchwały Komisji Pojedynczej nie wstrzymuje jej wykonania. W wypadkach wyjątkowych Zarząd Kasy ma prawo zawiesić w czynnościach lekarza, pod warunkiem zawiadomienia o tem w ciągu 24 godzin Zarządu Oddziału (Obwodu, Okręgu) Związku Lekarzy P. P. z podaniem motywów tego zarządzenia. W razie sprzeciwu Zarządu Oddziału (Obwodu, Okręgu) Związku Lekarzy P. P. zawieszenie lekarza w czynnościach zostaje uchylone, spór zaś podlega rozstrzygnięciu Komisji Pojedynczej, jak wyżej. Lekarz wykluczony ze Związku Lekarzy Państwa Polskiego zgodnie z § 11 Statutu Związku automatycznie przestaje być lekarzem Kasy Chorych i może być usunięty bez odszkodowania.
- Art. 5. Lekarze Kasy Chorych nie mogą przyjmować dłużej nad 3 godziny kolejne w przychodniach Kasy Chorych.
- Art. 6. Dyżury lekarskie dla nagłych wypadków winny być utworzone najpóźniej w 3 miesiące po podpisaniu niniejszej umowy w miastach powyżej 50 tysięcy mieszkańców.

Ar. 7. Lekarze, zatrudnieni w Kasie Chorych, mają prawo do płatnego urlopu wypoczynkowego. Urlop wypoczynkowy miesięczny przysługuje lekarzowi, który pracuje w Kasie Chorych jeden rok. Urlop wypoczynkowy sześciotygodniowy otrzymują lekarze: a) po 5 latach pracy w Kasie Chorych, b) w pierwszym pięcioleciu, jednakże najmniej po roku pracy, o ile otrzymują honorarium nie mniejsze, jak za cztery godziny dziennej pracy w danym roku. Kolejność urlopów ustala Zarząd Kasy w porozumieniu z Zarządem Związku. Okres płatnych urlopów wypoczynkowych obejmuje miesiące: od 1-go maja do 1-go października; urlop ten może jednak, za zgodą lekarza, być udzielony w każdym czasie. Urlopy wypoczynkowe płatne są według przeciętnej miesięcznej całkowitego zarobku w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed urlopem.

Urlop bezpłatny udzielony będzie lekarzowi każdorazowo, o ile Zarząd Związku dostarczy Kasie Chorych zastępcę.

Każde pięciolecie pracy w Kasie Chorych uprawnia lekarza, niezależnie od urlopu wypoczynkowego, do uzyskania za zgodą Zarządu Związku urlopu naukowego na przeciąg 6-tu tygodni. W tym czasie otrzymuje lekarz pobory o 50% wyższe, niż podczas urlopu wypoczynkowego.

Art. 8. Nieobecność lekarza w przychodni w wypadkach usprawiedliwionych (siła wyższa, nadzwyczajne wypadki rodzinne i t. p.) nie pociąga za sobą potrącenia honorarium lekarskiego. Zakwestjonowanie przez Zarząd Kasy Chorych przyczyny nieobecności lekarza, uznanej za usprawiedliwioną przez Zarząd (Obwodu, Okręgu) Związku Lekarzy P. P. podlega rozstrzygnięciu Komisji Pojedynczej.

Art. 9. Lekarze otrzymują wynagrodzenie stałe zgóry, najpóźniej 15-go każdego miesiąca. Wynagrodzenie za specjalne czynności będzie wypłacane zdołu, najpóźniej w 2 tygodnie po przedstawieniu rachunków. W razie uchybienia powyższego terminu, Kasa Chorych obowiązana jest wynagrodzić lekarza za zwłokę w tym samym stosunku, w jakim ma prawo nakładać kary za zwłokę na ubezpieczających za opóźnienie w opłacie składek.

Art. 10. W razie stwierdzonej choroby, lekarze Kasowi otrzymują w ciągu każdego roku chorobowego 100% miesięcznego przeciętnego zarobku z ostatnich sześciu miesięcy przed początkiem choroby, w ciągu tylu miesięcy, ile przepracował: półroczy w Kasie Chorych, nie dłużej jednak jak 6 miesięcy w ciągu roku. Po tym terminie ubezpieczeni lekarze korzystają z praw ustawowych.

Art. 11. Lekarze Kasy Chorych obowiązani są leczyć jedynie ubezpieczonych w danej Kasie i członków ich rodzin w rozumieniu art. 33 Ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19 maja 1920 r. Ubezpieczeni w innych Kasach mogą być leczeni w Kasie Chorych w... za specjalną opłatą dla lekarza, ustanowioną w porozumieniu Zarządu Kasy Chorych w... z Zarządem Oddziału (Obwodu, Okręgu) Związku Lekarzy P. P. Jeżeli stwierdzonem zostanie, że chorzy nieprawnie korzystali z pomocy lekarskiej w Kasie Chorych w..., ta ostatnia obowiązana jest bezzwłocznie uiścić lekarzowi opłatę za pomoc lekarską według cennika odnośnego Województwa.

Art. 12. W razie śmierci lekarza wypłaca Kasa Chorych rodzinie, utrzymywanej przez zmarłego najpóźniej w terminie miesięcznym jednorazowe wynagrodzenie w stosunku miesięcznego przeciętnego zarobku z sześciu ostatnich miesięcy za tyle miesięcy, ile lat pracował zmarły lekarz w Kasie Chorych. Wynagrodzenie to nie może przenosić rocznego zarobku lekarza.

Art. 13. Niniejsza umowa zawarta zostaje na jeden rok, wszakże w razie zmiany Ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby z dnia 19 maja 1920 r. (Dz. Ust. Nr. 44, poz. 272) każda strona kontraktująca władna jest rozwiązać niniejszą umowę w trzy miesiące po wejściu w życie nowej ustawy.

O ile jedna z kontraktujących stron nie wymówi niniejszej umowy w terminie trzymiesięcznym przed jej expiracją, to umowa automatycznie przedłuża się na rok jeden.

Art. 14. Umowa niniejsza sporządzona została w 2 równobrzmiących egzemplarzach, z których jeden oddany został przedstawicielom Kasy Chorych, drugi zaś przedstawicielom Zarządu Oddziału (Obwodu, Okręgu) Związku Lekarzy P. P.

Za Zarząd Kasy Chorych w...

Za Zarząd Oddziału (Obwodu, Okręgu) Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

— I-szy Zjazd Anatomiczno-Zoologiczny w Warszawie 22—25 maja b. r.

Komitet Organizacyjny pierwszego Zjazdu Anatomiczno-Zoologicznego ma zaszczyt podać do wiadomości co następuje:

Komitet ukonstytuował się w następującym składzie:
Przewodniczący: prof. Dr. Edward Loth, Sekretarz: Dr. Józef Grzybowski, Skarbnik: Dr. Ludwik Dzwonkowski, Komitet mieszkaniowy: Dr. W. Chylewski i Dr. J. Jachimowicz, Komitet przyjęcia: prof. M. Konopacki, prof. L. Kryński, prof. J. Tur, Komitet redakcyjny pamiętnika Zjazdu: prof. J. Tur, Dr. Szaniawski, Referent prasowy: p. Z. Koźmiński.

Adres Komitetu Organizacyjnego:

Warszawa, ul. Chałubińskiego 5. „Anatomicum“.

Uchwalono:

Data Zjazdu zgodnie z uchwałą Zebrania Organizacyjnego Polskiego T-wa Anat.-Zool. ustala się na dzień 22—25 maja.

Opiata na koszty Zjazdu 10 zł., płatnych przekazem pocztowym na ręce skarbnika Dra L. Dzwonkowskiego (Chałubińskiego 5).

Zgłaszanie referatów i pokazów, oraz dezzyderatów najdalej do 1-go maja na ręce sekretarza Dra J. Grzybowskiego (Chałubińskiego 5).

Czas trwania odczytów 15 min., pokazów 5 min.

Komitet zabiega o pewną ilość tanich lub darmowych kwater. W celu zorjentowania się co do ich liczby prosimy o wcześniejsze zgłaszanie się do Dra W. Chylewskiego (Chałubińskiego 5).

Komitet Organizacyjny zobowiązuje się jednak dostarczyć kwater tylko tym członkom Zjazdu, którzy zawczasu wniosą opłatę 10 złotych.

Przewodniczący: prof. Edward Loth.

Sekretarz: Dr. J. Grzybowski.

— Przychodnia Przeciwkłowa dla dzieci, istniejąca od stycznia 1925 r. w Klinice Chorób Dziecięcych Uniw. Warsz., została przeniesiona z dniem 1 stycznia 1926 r., do Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych Uniw. Warszawskiego pod kierunkiem prof. Krzyształowicza (Koszykowa 82-a, narożnik ul. Żelaznej, wejście przez ogródek. Dojazd tramwajami Nr. 7 i 8) w celu możliwości równoczesnego leczenia dziecka i matki.

Przyjęcia chorych odbywają się w środy i soboty od 11 do 12 g.

Przychodnia roztacza również opiekę higieniczno-społeczną, przez odwiedziny domowe pielęgniarki, nad temi dziećmi, które nie należą do żadnej Stacji Opieki nad Niemowlętami. Opiekę higieniczną i djetetyczną bowiem nad niemowlętami kiłowymi wykonywa zasadniczo Stacja Opieki danego okręgu.

Przychodnia Przeciwkłowa przeprowadza systematyczne leczenie dzieci kiłowych (2 — 5 lat) i zapobiega w miarę możliwości powikłaniom, które głównie bywają przyczyną wysokiej śmiertelności u dzieci kiłowych i wymagają wczesnego leczenia.

W Przychodni będzie się także śledzić rozwój fizyczny i umysłowy dzieci kiłowych i w miarę możliwości wpływać na ich wychowanie, w razie zaś potrzeby na leczenie następstw kiły lub powikłań u odpowiednich specjalistów.

Kierownikiem Przychodni jest Dr. Franciszek Cieszyński, długoletni asystent Szpitala im. Karola i Marji dla dzieci i Kliniki Chorób Dziecięcych Uniw. Warsz., a współpracownicą jego dr. Szmurłowa, hospitantka Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych, konsultantem zaś Dr. Witold Borkowski, adjunkt tejże Kliniki.

— Otrzymałmsy pismo następujące:

Szanowny Kolego! W myśl uchwały zapadłej na zesłorocznym zebraniu warszawskim odbędzie się w Wilnie w dn. 23 i 24 maja r. b. V Zebranie doroczne P. T. D., na które niniejszem zapraszamy Szanownego Kolegę, prosząc równocześnie o łaskawe zgłoszenie uczestnictwa i tematów odczytowych na j p ó ż n i e j do 1 maja r. b. pod adresem: Dr. A. Mańkowski. Wilno, ul. 3-go maja 15.

W zgłoszeniu upraszamy podać ilość towarzyszących osób, jako też, czy Szanowny Kolega reflektuje na bezpłatną kwatere, czy życzy sobie zamówienia pokoju w hotelu, oraz kiedy ma zamiar przyjechać, gdyż dnia 22 maja projektowane jest zwiedzanie miasta, a wieczorem tegoż dnia posiedzenie administracyjne delegatów.

Program posiedzeń naukowych i przydział kwater podamy po otrzymaniu zgłoszeń.

W oczekiwaniu niezawodnego przybycia Szanownego Kolegi łączymy pozdrowienia koleżeńskie.

Imieniem Koła Wileńskiego P. T. D.

Sowiński. Mańkowski.

Wilno, w lutym 1926 r.

— W czasie od 14 do 27 czerwca r. b. odbędzie się XXI kurs dokształcający dla lekarzy; organizowany przez Wydział lekarski wiedeński, zaś od 27 września do 9 października r. b. takież XXII kurs. Od 28 czerwca do 3 lipca r. b. uczestnicy kursu będą mogli korzystać z ćwiczeń seminaryjnych. Bliższych wiadomości udziela sekretarz kursów dokształcających, Dr. A. Kronfeld; Wiedeń IX Porzellangasse 22.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 2 na str. 88 w szpalcie lewej, zaczynając od wiersza 6 od dołu, powinno być: Prócz tego znaleziono zasłonę Jacksona, która szła od zagięcia wątrobowego poprzeczniczy do zewnętrznej ściany i górnego końca okrężnicy wstępującej, lewy jajnik był przyrośnięty do esicy.

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

„Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ wychodzić będzie w r. 1926, jak dotychczas, ostatniego dnia każdego miesiąca.

Warunki prenumeraty:

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

Nowoprzybywający prenumeratorzy otrzymują rocznik z r. 1925 za cenę 10 zł.

Z powodu wyczerpania Nr. 2 z roku 1924 i Nr. 1 z roku 1926 Administracja poszukuje tych numerów i płaci po zł. 3 za egzemplarz.

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

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

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