

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 4

WARSZAWA, 30 KWIETNIA 1926 R.

Rok III.

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

#### Patogeneza i leczenie stanów zapalnych dróg żółciowych\*).

Podał

Ludwik JUSTMAN (Warszawa).

Pan Przewodniczący powierzył mi zaszczytne, lecz niezwykle trudne zadanie przedstawienia Szanownym Kolegom sprawy leczenia cierpień zapalnych dróg żółciowych. A że postępowanie lecznicze musi znaleźć uzasadnienie w patogenezie danego cierpienia, pozwoliłem sobie, za zgodą Pana Przewodniczącego, poruszyć zagadnienia patogenetyczne. Zadanie moje uważam za trudne, bo niema w dziedzinie tej ani jednej teorii, dostatecznie dowiedzionej, ani jednego doświadczenia, nie obalonego przez późniejsze badania. Pierwsza trudność nasuwa się, gdy analizujemy tytuł tematu: jak szeroko należy ująć pojęcie dróg żółciowych, i co należy rozumieć pod ich stanem zapalnym. Zastrzegam się, że mówić będę o jednym cierpieniu, gdyż podział na cholangia, cholangiolia, cholangitis capilaris intrahepatica aż do cholecystitis, — cenny z punktu widzenia klinicznego, nie ma dla rozważań patogenetycznych i leczniczych znaczenia zasadniczego. Jest rzeczą oczywistą, że kamica żółciowa jest całkowicie objęta naszym tematem. Bo, pozostawiając zupełnie na uboczu spór między N a u n y n e m, a C h a u f f a r d e m i A s c h o f f e m, czy powstawanie kamieni żółciowych jest zawsze skutkiem zakażenia, lub też czy możliwe jest aseptyczne powstawanie kamieni skutkiem fizyczno-chemicznych zmian w żółci, stwierdzić możemy, że w tych 5% przypadków, gdzie obecność kamieni staje się przyczyną dolegliwości, a tem samym objektem badania klinicznego, zawsze mamy do czynienia ze stanem zapalnym, z zakażeniem. Nadmienię tu, że stwierdzenie faktu, iż obecność kamieni żółciowych nie jest jeszcze równoznaczna z jednostką kliniczną kamicy żółciowej, jest jedną z nielicznych niewątpliwych zdobyczy w patologii dróg żółciowych. Drugą taką zdobycz stanowi nasza wiedza o stanach zapalnych niekami-

nych — zawdzięczamy ją również N a u n y n o w i. Trzecią stanowi fakt, że obserwujemy niekiedy cierpienie o obrazie, nadzwyczaj zbliżonym do zapalenia dróg żółciowych, oparte nie na stanie zapalnym, lecz na istnieniu przeszkody mechanicznej lub czynnościowej w postaci skurczu.

Djagnostyka czynnościowa wątroby poucza nas, że schorzenie dróg żółciowych zawsze wiąże się z niedomogą komórki wątrobowej — codzienne doświadczenie z próbą na urobilinogen w moczu poucza nas o tem, zarówno jak i zmiany w wątrobie, jakie obserwujemy we wszystkich stanach zapalnych dróg żółciowych, począwszy od tak zwanej żółtaczki nieżytowej, aż do marskości żółciowej przerostowej. Słusznie więc wiążemy znaczne, wprost nagminne rozpowszechnienie cierpień zapalnych dróg żółciowych w czasach obecnych ze zmniejszeniem odporności wątroby, wywołanej zubożeniem w glikogen podczas głodowych lat wojny. Odżywianie wojenne może nam wytłomaczyć również przyczynę częstotności drugiego czynnika uspasabiającego — a jest nim nieżyt żołądka i dwunastnicy. Oprócz tych czynników wojennych<sup>1)</sup> istnieją stałe przyczyny ustrojowe, a więc zaburzenia w gospodarce cholesterynowej, przemianie cholesteroliny w kwasy żółciowe, w stosunku wzajemnym do siebie kwasu tauro- i glikocholowego. U chorych na kamice stwierdzono we krwi h y p e r c h o l e s t e r y n e m j ę, a przyczyną jej jest swoista niedomoga wątroby. Słusznie więc określa J a n o w s k i kamice żółciową jako cierpienie, w którym „ból tkwi w pęcherzyku, lecz choroba w wątrobie“. A jeżeli uwzględnimy, że hypercholesterynemja jest zjawiskiem niemal fizjologicznym w okresie miesiączkowania, ciąży i karmienia, to zrozumiemy, dlaczego kamice i inne sta-

\* ) Odczyt wygłoszony w Sekcji Gastrologicznej Tow. Lek. Warsz. w dniu 18. XI. 1925.

<sup>1)</sup> Pewną rolę we wzroście ilościowym cierpień dróg żółciowych zdaje się grać hiszpanka, jaka grasowała w Europie w roku 1919. Powiększenie wątroby spostrzegłem przy niej w wielu przypadkach, a od czasu, jak zwróciłem na to uwagę, przekonywam się, że w wywiadach chorych często napotykam na związek między hiszpanką, a ich obecnym cierpieniem, bądź że cierpienie wątroby i dróg żółciowych wystąpiło po hiszpance, bądź że od tego czasu datują się lub wzmogły dolegliwości chorych.

ny zapalne dróg żółciowych obserwujemy przeważnie u kobiet, i czem tłumaczą się nawroty w okresie miesiączkowania. Ostatnio obserwowałem 3 przypadki nawrotów zapalenia dróg żółciowych u młodych dziewcząt i kobiet w tym okresie. Zawartość dwunastnicy w czasie nawrotu przemawiała za ropnym zapaleniem, w międzyczasie dawała wyniki z tylko nieznacznym odchyleniem od normy.

Zdaje się być pewnym, że obok tych znanych nam zaburzeń gospodarki węglowodanowej i cholesterolinowej mogą być upośledzone inne czynności cząsteczkowe wątroby, co również uspasabia do stanów zapalnych w drogach żółciowych. Wszystkie one osłabiają odporność wątroby, zmieniają skład i właściwości fizyczno-chemiczne żółci. Mówić o nich tu nie będę, gdyż zagadnienia te nie dojrzały jeszcze do wniosków natury terapeutycznej.

Wyjaśniliśmy już, że dla zrozumienia istoty stanów zapalnych dróg żółciowych należy uwzględnić również wątrobę i przewód pokarmowy, głównie żołądek i dwunastnicę. Przechodzimy obecnie do drugiego zagadnienia: czynników, powodujących stan zapalny.

Myślimy tu przede wszystkim o drobnoustrojach. I rzeczywiście znajdujemy w literaturze, że, gdy normalnie sok dwunastnicy zawiera nieliczne bakterje, w stanach zapalnych otrzymujemy pałeczki okrężnicy, szczepy paradurowe (*A n i g s t e j n*), *Streptococcus faecalis* (*M a y e r*), pneumokokki (*W e i l b a u e r*), *Enterococcus* (*C h i r a y*), *Streptococcus viridans* (*S c h o t t m ü l l e r*), pałeczki duru i inne. *G u n d e r m a n n* podaje nam obrazy kliniczne zapalenia dróg żółciowych różne co do przebiegu i obrazu anatomico-patologicznego, zależnie od rodzaju zarazków chorobotwórczych. Podział ten jest jednak możliwy wyłącznie na zasadzie badania bakterjologicznego ściany usuniętego pęcherzyka z wynikami dodatnimi w 100%, podczas gdy posiew z wyciętego skrawka wątroby daje wyniki dodatnie w 75%, a posiew z żółci tylko w 50%. Wiadźmy więc, że dla wczesnego przedoperacyjnego rozpoznania mało tu pola, a tem mniej dla hodowli autoszczepionek. A jeżeli uwzględnimy, że w większości przypadków schorzeń dróg żółciowych mamy brak kwasu solnego w żołądku, a więc czynnika, stanowiącego o jałowości zawartości dwunastnicy, to zgodzić się musimy z *G o r k e m*, że stwierdzenie obecności zarazków w soku dwunastnicy nie stanowi jeszcze o ich pochodzeniu z dróg żółciowych.

Jeszcze bardziej sprawę tę komplikuje fakt, że obecność zarazków w żółci wiąże się ze zjawiskiem niemal fizjologicznym — czynnością układu siateczkowo-śródbłonkowego. Komórki tego układu wyławiają z krwiobiegu ciała obce, a więc i bakterje. W walce między komórkami a bakterjami niekiedy ulegają komórki — bakterje osłabione, lecz żywe dostają się do tkanki wątrobowej, do dróg żółciowych, do żółci. Zjawisko to zwie się bakterjocholją i polega na obecności bakterji w żółci, jednak bez jakichkolwiek zmian zapalnych, jako objawów reakcji ze strony ustroju. Taką bakterjocholję obserwujemy niekiedy po durze brzusznej; mimo to nie mamy żadnych podstaw do rozpoznania sprawy zapalnej, a nieprowadzące zresztą do celu usunięcie pęcherzyka ze wskazań epidemjolo-

gicznych dowiodło nam, że w pęcherzykach tych zmian anatomico-patologicznych nie stwierdzono.

Musimy więc szukać innych czynników, skoro obecność bakterji okazuje się niedostateczną. Czynnikiem takim może być szczególna złośliwość pewnych szczepów w sensie teorii *H u r s t a R o s e n o w a* o dental infection. Jednak więcej uwagi winniśmy poświęcić podłożu — drogom żółciowym i w nich doszukiwać się przyczyn, dla których bakterjocholją przeistacza się w stan zapalny. Otóż we wszystkich tych stanach znajdujemy ten drugi, niemniej ważny czynnik — zastoinę żółci. Przyczyną zastoiny może być zbytne zagęszczenie żółci, ewentualnie z domieszką śluzu, dalej niedostateczne działanie czynników pomocniczych w jej wydalaniu, a więc ucisk zzewnątrz, spowodowany gorsetem, zbyt powierzchowne oddychanie, atonja jelit. Jeżeli zważymy, jak słabo rozwinięta jest muskulatura dróg żółciowych, a więc pod jak niewielkim ciśnieniem znajduje się w nich żółć, to dojdziemy do wniosku, że czynniki te są niezmierniej wagi. O wiele ważniejszą rolę grają jednak same przewody. Dzielią one między sobą czynność w ten sposób, że kanał wątrobowy jest przewodnikiem żółci, wydzielającym do niej mucynę; wsysanie w nim jest bardzo nieznaczące. Odwrotny stosunek panuje w pęcherzyku, gdzie przeważa wsysanie, powodujące znaczny wzrost koncentracji i zmianę w ustosunkowaniu wzajemnym różnych składników żółci. Kanał pęcherzykowy, dzięki fałdom i krętemu przebiegowi, stanowi granicę pomiędzy układem wyprowadzającym a wzmagającym stężenie żółci. Wreszcie, przewód wspólny rolę swą zawdzięcza głównie zwieraczowi.

Widzimy tutaj podział pracy między pęcherzykiem a przewodami. Powstaje pytanie, na czym polega zadanie pęcherzyka. Jest on zbiornikiem żółci zapasowej, jednak małe jego rozmiary, fakt, że tylko nieznacząca część wydzielanej żółci może się w nim pomieścić, upoważnia wielu autorów, głównie chirurgów, do uważania go za organ zbędny. Nie wiemy nawet, czy w warunkach normalnych pęcherzyk opróżnia się przez swój przewód. *D e m e l* twierdzi, że pęcherzyk zapełnia się przez swój przewód biernie, przy pewnym wzroście ciśnienia w drogach żółciowych, stanowi jakby wentyl bezpieczeństwa. Ale przewód jest tylko drogą doprowadzającą; do dostatecznego wydalania żółci nie służy, o czem najlepiej świadczy wysiłek niezbędny do wyciśnięcia żółci pęcherzyka przez kanał na preparacie operacyjnym. Jeżeli więc opróżnianie pęcherzyka tą drogą jest problematyczne, powstaje pytanie, gdzie podziewa się żółć z pęcherzyka. Stwierdzono, że żółć w pęcherzyku ulega wessaniu, a że różne składniki żółci bywają wsysane z niejednakową szybkością, więc w wyniku żółć się nietylko zagęszcza, ale zmienia swój skład. Zjawia się nowy składnik — nukleoalbumina wydzielana przez część szyjną. O ile dopływ żółci wraz z ewentualnie nadmierną ilością nukleoalbuminy przewyższa ubytek, zjawia się zastoina. Zmniejszenie ubytku jest skutkiem zamknięcia przewodu i upośledzenia czynności wsysania; jak z tych czynników przeważa, o tem dziś jeszcze nie stanowczo powiedzieć nie można. Jasnym jest, że w pęcherzyku mamy najwięcej wa-

runków do powstawania zastoiny, a to tłumaczy nam, dlaczego cierpienia pęcherzyka obserwujemy znacznie częściej, niż cierpienia przewodów.

Powstaje niezmiernie ważne z punktu widzenia terapeutycznego zagadnienie, czy wobec tego nie mamy zasady uważać pęcherzyka za organ zbędny, względnie, skoro wiemy, że wartość pęcherzyka, jako zbiornika zapasowego, jest problematyczna, musimy wyświetlić, jakie jest jego istotne zadanie. Do tematu tego powrócę niebawem.

Zwolennicy teorii opróżniania pęcherzyka przez jego przewod łączą zastoinę z niedrożnością przewodu skutkiem nadmiernych fałd, załamania, sklejenia, zrostów przewodu, przemieszczenia pęcherzyka, względnie jego nadmiernej ruchomości (pęcherzyk wiszący).

Schmidten opisał powstający w ten sposób pęcherzyk zastoinowy, Berg odróżnia dwa typy: pęcherzyk przerostowy z przerostem tkanki mięśniowej i pęcherzyk niedomogowy, powiększony, z wiotką mięśniówką. Również i w drogach żółciowych napotykamy przeszkody natury mechanicznej. Światło przewodu może ulegnąć zwężeniu, a nawet zamknięciu przez ciała obce (glisty, kamienie, czopy śluzowe), skutkiem obrzęku śluzówki przewodu i brodawki Vatera, podczas ciąży i miesiączkowania, wreszcie mogą i tu nastąpić zrosty i załamania.

Jak w patologii przewodu pokarmowego, tak i tutaj ujęcie sprawy wyłącznie z mechanicznego punktu widzenia okazało się niedostatecznym — zwrócono się do badań nad unerwieniem dróg żółciowych. Dzięki badaniom Eigera i innych autorów, wiemy, że podrażnienie nerwu błędnego powoduje skurcz pęcherzyka i rozwarcie zwieracza Oddiego, a w przewodzie wspólnym występuje ruch robaczkowy. Nerw współczulny działa odwrotnie, hamując perystaltykę i zamykając zwieracz. Wewnątrzścienny splot nerwowy reguluje ruchy przewodów niezależnie od obu tych nerwów, analogicznie do splotu Auerbacha w jelitach. W regulacji tej wybitną rolę należy przypisać pęcherzykowi, który zależnie od stanu napełnienia odruchowo wpływa na cały mechanizm. Napełnienie zupełne, powodujące wzrost ciśnienia i rozszerzenie pęcherzyka, wywołuje rozwarcie brodawki Vatera i działa hamująco na wydzielanie żółci z wątroby, spadek ciśnienia działa odwrotnie. Podczas przyjmowania pokarmów następuje czynny skurcz mięśniówki — mamy więc tutaj również wzrost ciśnienia, ale jednocześnie nie powiększenie, lecz zmniejszenie pęcherzyka — zwieracz się otwiera, ale nie spostrzegamy odruchu zahamowania żółci z wątroby. Po zakończeniu trawienia skurcz ustępuje, pęcherzyk się rozszerza, a tem samem hamuje działalność wątroby.

Widzimy więc, że pęcherzyk jest regulatorem wydzielania żółci drogą odruchową. Usunięcie pęcherzyka pociąga za sobą stałe wydalanie żółci, póki nie powstanie nowy mechanizm regulacyjny w postaci nowoutworzonego pęcherzyka lub też rozszerzonych przewodów.

W skomplikowanym tym układzie występują zaburzenia unerwienia, powodujące zastoinę. Nadmierna pobudliwość nerwu błędnego pociąga za sobą

wzmoczone ruchy robaczkowe przewodu wspólnego, potęgujące się do skurczu, jednocześnie następuje skurcz, względnie wzmoczony stan napięcia w pęcherzyku. Jest to obraz pęcherzyka zastoinowego hipertonicznego. Odwrotny obraz — zastoina atoniczna, jako skutek nadmiernej podnieci sympatycznej, względnie porażenia parasympatycznej — to osłabienie stanu napięcia w pęcherzyku i w przewodzie wspólnym, rozszerzenie ich, brak ruchów robaczkowych i zamknięcie zwieracza. Stany te zwykle kojarzą się ze znanymi obrazami przewagi układu parasympatycznego, względnie sympatycznego w przewodzie pokarmowym.

Nasuwa się zupełna analogja ze stanami, obserwowanymi w zaparciu nawykowym. Jak tam, tak i tutaj, przyczyny zaburzeń mogą być najróżnorodniejsze, a więc zaburzenia układu roślinnego, począwszy od zmian w ustosunkowaniu jonów na błonach kolloidowych wewnątrzkomórkowych, zaburzeń gospodarki — cholestrykowej, glikogenowej i t. p., działania hormonów, aż do schorzeń nerwów roślinnych. Istotą zaburzeń tkwi w dyskinesii (Westphal), wykroczeniu przeciw prawu Meltzera „Contrary innervation“, unerwienia antagonyzycznego. Powstają zaburzenia te na tle nerwicy narządowej, polegającej na nadmiernej lub patologicznie zmienionej reakcji danego narządu na ewentualnie również nadmierne lub patologicznie zmienione podnieci lokalne, nerwowe, humoralne, a nawet psychiczne. Nerwica ta może być zjawiskiem stałym, ustrojowym lub zjawiać się okresowo, naprz. podczas ciąży, miesiączkowania, wyczerpania duchowego i fizycznego. Na dowód, do jakiego stopnia układ roślinny jest ważnym czynnikiem w cierpieniach dróg żółciowych, przytoczę tu spostrzeżenia Lehmana, który stwierdził w kamicy w 72% silną reakcję na podnieci parasympatyczne, 22% — na podnieci sympatyczne, a tylko w 20% — otrzymał wyniki normalne. Znany jest również wpływ silnych wzruszeń na układ żółciowy (icterus emotionis, ataki kamicy po wstrząsach nerwowych).

Jest rzeczą oczywistą, że zaburzenia dyskinesyjne mogą być przyczyną ataków, imitujących kamice i stany zapalne dróg żółciowych (Cholepathia spastica Westphala). One to są często przyczyną rzekomych ataków kamicy po zabiegach operacyjnych. Natomiast trudniej sobie wytłumaczyć, w jaki sposób zaburzenia kinetyczne, ruchowe, a więc przejściowe, niestałe mogą powodować zjawisko stałe — zastoinę żółci. Badania Pala rzucają światło na to zagadnienie. Odróżnia on skurcz od wzmoczonego stanu napięcia. Skurcz jest wyrazem czynności kinetycznej mięśnia; powiązany jest on z wyładowaniem energii zapasowej i ustępuje, skoro energia ta została wyczerpaną. Wzmoczony stan napięcia (Hypertonus) jest zjawiskiem statycznym, nie pociągającym za sobą zmian energetycznych; polega on na tem, że mięsień pozostaje w stanie, do jakiego został doprowadzony przez skurcz; jest to „tonische Einstellung“, ustawienie toniczne. Zjawisko polega na zaburzeniach korelacji między działalnością toniczną, a kinetyczną mięśnia. Pęcherzyk może być skurczony, zwieracz jego i brodawka Vatera mogą być zamknięte zarówno skutkiem skurczu, jak i nadmiernego napięcia, ale w pierwszym

przypadku zawartość pęcherzyka i przewodów będzie pod zwiększonym ciśnieniem, a skurcz mięśniówki będzie przyczyną bólu, natomiast przy wzmożonym stanie napięcia ciśnienie będzie równe zeru, nie mamy też powodu oczekiwać bólów. Ale jest oczywiste, że stan ten jest stałą przeszkodą do wydalania zawartości i powoduje zastoinę. Jak zobaczymy dalej, rozważania powyższe mają nie tylko znaczenie teoretyczne, ale i ogromne znaczenie praktyczne w zastosowaniu do leczenia.

Omówiliśmy już mechaniczne i czynnościowo-rodzinne warunki powstawania zastoiny w drogach żółciowych, pozostaje nam wyjaśnienie związku, jaki zachodzi między zastoiną, a zapaleniem.

Poznaliśmy bakterjocholję, jako niemal fizjologiczną, a w każdym razie nieszkodliwą dla orga-

nizmu właściwość dróg żółciowych. Jeżeli jednak zachodzą jakiegokolwiek przeszkody w odpływie żółci, obraz zmienia się zasadniczo. Czynniki chorobotwórcze skupiają się, zmienia się skład żółci i jej właściwości fizyczno-chemiczne. Odporność dróg żółciowych zmniejsza się, zjawia się, względnie ujawnia niedomoga wątroby. W wyniku działania wszystkich tych czynników powstaje stan zapalny. Nie znaczy to bynajmniej, by we wszystkich przypadkach poszczególne czynniki występowały z jednakowym natężeniem — im silniejszy jest jeden z nich, tem słabsze mogą być inne. Ale przy rozważaniach terapeutycznych musimy je wszystkie mieć na uwadze, tem bardziej, że klinika nie daje nam sposobów, aby je różniczkować dostatecznie.

(Dok. nast.).

## Z klinik, szpitali i pracowni.

Z kliniki chorób gardła, nosa i uszów Uniwersytetu  
w Bordeaux.

(Dyrektor: Prof. Georges PORTMANN).

### Tonsillektomia całkowita.

Podał

Prof. Georges PORTMANN (Bordeaux).

Jak wynika z pracy p. d-ra Srebrnego, umieszczonej w Nr. 11 „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego“ z r. 1925, chirurgia migdałka podniebiennego pozostaje wciąż zagadnieniem aktualnym, i zdania, dotyczące tego zagadnienia, są dalekie jeszcze od uzgodnienia.

Przedewszystkiem wydaje mi się pożytecznym dokładne określenie tego, co się rozumie pod nazwą tonsillektomji. W tłumaczeniu ściśle określenie to oznacza ścięcie kawałka migdałka. Lecz w niektórych krajach, omijając ściśle znaczenie słowa tonsillektomia, użyto go w sensie rezekcji całkowitej narządu przez przeciwwstawienie do tonsillotomji — czyli usunięcia częściowego. W rzeczywistości operacja, polegająca na usunięciu całego migdałka, winna nosić nazwę tonsillektomji całkowitej, podczas gdy operacyjne usunięcie części migdałka — tonsillotomji lub lepiej jeszcze — tonsillektomji częściowej.

Obecnie tonsillotomja, która jest operacją niecałkowitą, traci teren pod nogami na korzyść tonsillektomji całkowitej — zabiegu rzeczywiście chirurgicznego o technice logicznej i dokładnej.

I cieszę się z faktu, że byłem i pozostaję nadal we Francji jednym z tych, którzy podtrzymywali bardzo energicznie w ciągu ostatnich lat znaczenie i niezbędność tego zabiegu. Pożałowania godny jest fakt, z mego punktu widzenia, że znajdują się jeszcze w pewnych państwach Europy nieliczni obrońcy tonsillotomji, zasługujący na miano zacofańców, gdy zważy się fakt, że w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, pomimo różnicy zdań co do techniki operacyjnej, sama zasada wyłuszczenia całkowitego jest już absolutnie żadnej dyskusji. Zresztą, sama nazwa „tonsillektomia całkowita“ przeraża wprost niektórych specjalistów, i nieraz

zdarzało mi się słyszeć od nich, że w Stanach Zjednoczonych wyłuszczenie całkowite uważane jest za operację poważną i niebezpieczną wskutek następstw bezpośrednich i pośrednich, że operacja ta wykonywana bywa w znieczuleniu ogólnem i że usiłują jej nadać pozory wielkiej operacji. Lecz oto w czasie mego ostatniego pobytu w Ameryce Północnej, Kanadzie, na Kubie, po rozmowie z lepszymi specjalistami tych krajów, po osobistym przyjrzeniu się operacjom, dokonywanym przy użyciu najróżnorodniejszych sposobów znieczulania miejscowego i ogólnego, po dokładnem przypatrzeniu się najróżniejszym rodzajom techniki operacyjnej przekonałem się, że całkowite wyłuszczenie migdałków nie jest operacją bardziej poważną i niebezpieczną w Ameryce, niż we Francji, i że naogół technika operacyjna jest taka sama i rezultaty jednakowo dobre.

Zwolennicy tonsillotomji we Francji często powołują się na przypadki komplikacji śmiertelnych, ogłoszone w prasie amerykańskiej, lecz pomijają milczeniem lub niedostatecznie podkreślają fakt, że statystyka amerykańska operuje liczbami, dla nas prawie niedostępnymi, liczbami, sięgającymi wielu tysięcy, a prócz tego, że zarówno tam, jak i we Francji, istnieją specjaliści sześciotygodniowi.

Ja pozwolę sobie w krótkich słowach przedstawić bezsporne wskazania do tonsillektomji całkowitej oraz moją technikę operacyjną.

\* \* \*

Krótki rzut oka na rolę fizjologiczną migdałków podniebiennych jest niezbędną podstawą dla wyprowadzenia wskazań do wyłuszczenia całkowitego migdałków.

Z pomiędzy wielu teoryj, dotyczących czynności migdałków, pozwolę sobie wymienić tu tylko ważniejsze, rozpatrując czynność migdałków z punktu widzenia ich roli ochronnej wydzielania wewnętrznego, jako narządu krwiotwórczego, eliminującego i odpornościowego.

Teoria roli ochronnej migdałków przypisuje im rolę obrońców organizmu przeciwko inwazji drobnoustrojów i opiera się na pracach Goodale'a, Goerkego, Lexera, którzy spe-

cialnie podkreślali umiejscowienie tych ognisk tkanki limfoidalnej na granicy dróg oddechowych i pokarmowych. Lecz po namyśle koncepcja ta winna się wydać nieco nielogiczną, gdy się porówna tę mnogość drobnoustrojów, które przenikają do wspomnianych dróg, ze znikomą liczbą tych z pośród nich, które wchodzą w kontakt z pierścieniem Waldeyera.

Teoria wydzielnicza powstała z hipotez i nie jest oparta na żadnym dokładnym doświadczeniu lub przekonywającej obserwacji klinicznej.

Warto przypomnieć, że Caldéra zastrzykiwał serji zwierząt wyciąg z migdałków i nie otrzymał nic pozytywnego. Niedawo Gamaleia i Claude powrócili do tegoż zagadnienia, opierając się na badaniu przemiany materji, lecz nie doszli do żadnych wniosków decydujących.

Teoria, przypisująca migdałkom rolę narządu krwiotwórczego, powstała jako wynik poszukiwań histologicznych Stökego, Relterera, Wooda i innych, według których migdałki mają grać rolę pierwszorzędną w tworzeniu limfocytów w ośrodku rozrodczym grudek chłonnych. Teoria ta opiera się na podstawach bardziej solidnych, niż dwie teorie poprzednie.

Teoria eliminacyjna, zrodzona z prac Henkego, nie wytrzymuje najmniejszej krytyki. Koncepcja, według której migdałek może grać rolę narządu, eliminującego bakterje w przebiegu sprawy septycznej, wychodzącej z jakiegokolwiek miejsca w ustroju, nie da się utrzymać. Jest rzeczą nie do pomyślenia, by narząd, przeznaczony do uwalniania organizmu od drobnoustrojów lub ich jadów, został umieszczony właśnie u wejścia do dróg oddechowych i pokarmowych, powiększając w ten sposób ryzyko nagłej reinfekcji.

Teoria odpornościowa jest bardziej pociągająca i racjonalna. Część drobnoustrojów, które atakują organizm, zatrzymuje się w kryptach migdałka, a toksyny tych drobnoustrojów, wessane w dostatecznej ilości przez ustrój, są w stanie wywołać tworzenie się przeciwciał. Wzmiankowany fakt, jak również i fakt, zauważony przez Sludera, posłużyły za podstawę do autowakcynacji przeciwko różnym rodzajom drobnoustrojów. Dzięki tej teorii można zrozumieć doniosłą rolę migdałków w pierwszych latach życia aż do czasu osiągnięcia przez ustrój odporności przeciwko pospolitym rodzajom infekcji, jak również można sobie wytłomaczyć ich zanikanie z biegiem lat.

Inne, mniej wartościowe hipotezy były wygłaszane, lecz nie utrzymały się one w nauce przez czas dłuższy: jedni skłonni byli uważać migdałek za tampon mechaniczny (Faulkner), inni za pozostałość narządów oddechowych, za istotne fenomeno w rozwoju embrjonalnym (Hagemann).

Posiadamy zbyt mało pewnych danych, by wypowiedzieć się ostatecznie na korzyść tej lub owej z powyższej naszkicowanych teoryj.

Jednakże hipoteza, rozpatrująca migdałek pod kątem widzenia teorii immunizacyjnej, wydaje się najlogiczniejszą i najbardziej zgodną z faktami klinicznymi. Z drugiej strony czynność migdałka, jako ośrodka, tworzącego limfocyty, nie może ulegać wątpliwości. Jest to więc narząd potrzebny ustro-

jowi, narząd, którego usunięcie całkowite może być usprawiedliwione tylko wobec ścisłych i dokładnych wskazań. Jak wynika z przytoczonego powyżej, migdałek posiada w pierwszych latach życia ważne znaczenie w zakresie powstawania odporności organizmu, i fakt ten objaśnia nam obfitość i rozwój układu chłonnego gardła u dzieci. Znaczny rozrost i przerost tej tkanki u dzieci bywa często przyczyną różnych zaburzeń mechanicznych, wymagających zabiegu chirurgicznego, polegającego na usunięciu części migdałka — tonsillotomji. Lecz migdałek podniebienny, dzięki swej strukturze i obecności krętych krypt, będących zbiornikiem drobnoustrojów wszelkiego gatunku, posiada pomyślne warunki do stania się ogniskiem infekcji. Klinicznie infekcja ta może przebiegać pod postacią zapaleń przewlekłych migdałków, zapalenia serowatego, lakunarnego, ostrego powracającego ropnia okołomigdałkowego lub migdałkowego, przewlekłego ropnia okołomigdałkowego i t. d. Migdałek zainfekowany nie musi być bezwzględnie migdałkiem przerośniętym: w wielu przypadkach taki chory migdałek nie wystaje lub ledwo wystaje z niszy. Ropiejące krypty mogą sięgać głęboko; czasem dochodzą one aż do otoczki.

Zakażenia migdałkowe spotykają się rzadziej w pierwszych latach dzieciństwa, częściej u dorastającej młodzieży i u dorosłych i wywołują zaburzenia o charakterze miejscowym i ogólnym. Nie wdając się w szczegółowe roztrząsanie skutków i następstw zainfekowania migdałka, nadmienię, że jedynym wyjściem będzie całkowite usunięcie takiego ogniska zakażonego, t. j. zabieg radykalny, który pozwoli usunąć narząd wraz z otoczką łącznotkankową, wszelka bowiem operacja częściowa związana będzie z ryzykiem pozostawienia ognisk ropnych, głęboko położonych. Wykazanie niezbędności takiego zabiegu jest łatwe: wystarczy oprzeć się na anatomji patologicznej i na licznych poszukiwaniach, dokonanych w tym kierunku między innymi i przez ucznia mego p. d-ra Gino Cataldi z Pizy. Badania te, których wyniki niedawo miałem okazję przedstawić w Neapolu na zjeździe Włoskiego Towarzystwa Oto-ryno-laryngologicznego\*), wykazują często obecność ropni tuż przy otoczce migdałka napozór zupełnie zdrowego.

Obecność infekcji, niezależnie od tego, pod jaką postacią kliniczną ona się przejawia, jest, moim zdaniem, ważkim wskazaniem do wykonania całkowitego usunięcia migdałka.

Gdy u dzieci stosujemy tonsillotomję w przypadkach zwykłego przerostu migdałka, będącego najczęstszą przyczyną zaburzeń w tym wieku, i zachowujemy część mięszu migdałkowego, to dokonanie całkowitego wyłuszczenia migdałka nie może ulegać dyskusji w przypadkach, gdy mamy do czynienia z jego infekcją, najczęściej napotykaną u młodzieży i dorosłych.

Tonsillektomia całkowita jest zabiegiem prostym, czysto chirurgicznym i nie usprawiedliwiającym

\*) Prof. G. Portmann i G. Cataldi: Les bases anatomopathologiques de l'amygdalectomie totale — XXI Zjazd Włoskiego Tow. oto-ryno-lar., Neapol 27 paździer. nika 1924 r.

pod żadnym względem surowej krytyki swoich przeciwników.

Technika, którą się posługuję, da się streścić w kilku następujących momentach i wymaga niewielkiej liczby narzędzi: chwytacza migdałków, noże o 2 ostrzach, raspatora, pętli, instrumentu do odciągania łuków i automatycznego rozwieracza ust.

**Znieczulenie.** Należy, gdy tylko warunki na to pozwolą, stosować znieczulenie miejscowe. Chory na godzinę przed zabiegiem otrzymuje zastrzyk skopolaminy z morfiną. Następnie znieczulamy gardło i podstawę języka rozczynek kokainy 10% bez adrenaliny; nie stosujemy adrenaliny, by uniknąć krwotoków następczych wskutek wtórnego rozszerzenia naczyń. Tego pierwszego okresu znieczulania można nie stosować u ludzi spokojnych.

Następna faza znieczulenia polega na zastrzyku nowokainy 1% do okolicy dwóch nerwów: podniebiennego tylnego i językowo-gardzielowego, które unerwiają okolicę migdałków (migdałek, miękkie podniebienie, łuki, część bocznej ściany gardzieli). Już w 1909 r. Yankauer, następnie w 1917 r. i 1920 r. Thompson wykazali, że znieczulenie tych 2 nerwów wystarcza, by otrzymać znieczulenie migdałka.

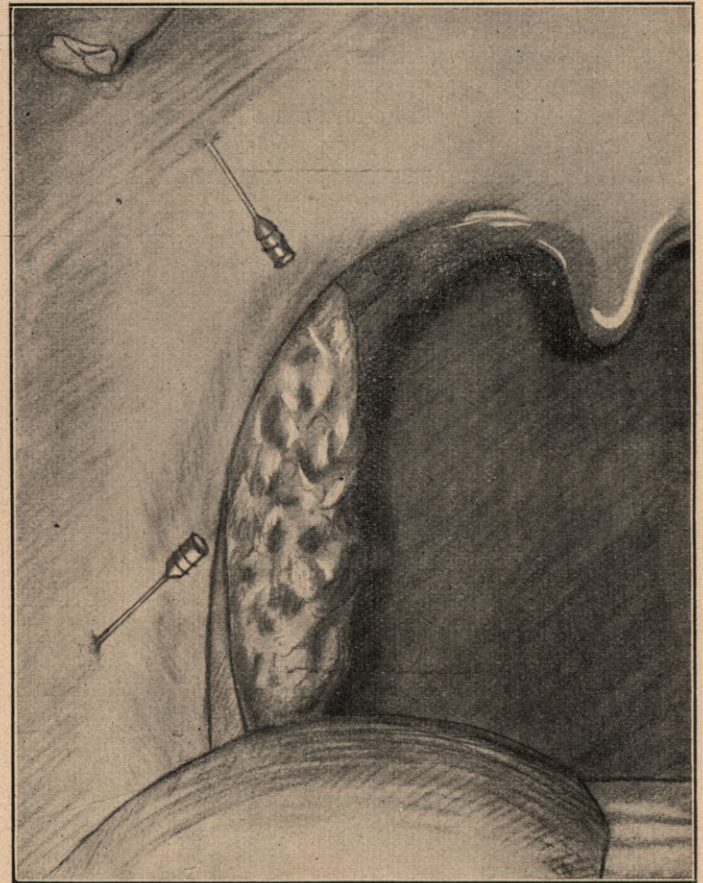
N. podniebienny tylny przechodzi wraz z małą arteryjką przez otwór oddzielny bezpośrednio ku tyłowi od otworu podniebiennego tylnego, a wskutek tego bardzo blisko tylnego brzegu twardego podniebienia. Znieczulenie jego daje się osiągnąć: 1<sup>o</sup> gdy obecny jest ostatni duży trzonowiec, należy się skierować o centymetr ku wewnątrz od tylnego końca brzegu dziąsła na poziomie 3 trzonowca, następnie pod kątem prostym o centymetr ku tyłowi i wkuć igłę; 2<sup>o</sup> gdy brak ostatniego trzonowca, należy sobie uprzytomnić, że nerw podniebienny położony jest tuż na wewnątrz i nieco ku przodowi od haczyka blaszki wewnętrznej wyrostka skrzydłatego i że ten ostatni łatwo daje się wyczuć palcem po przez podniebienie miękkie. Stwierdziwszy ten punkt oparcia, należy wkuć igłę o centymetr ku przodowi i na wewnątrz od niego. Igła, ustawiona skośnie, krzyżuje język, występując z jamy ustnej swym końcem szerokim przez kąt wargowy strony przeciwległej. Wkuwa się igłę aż do kości i zastrzykuje się 2 do 3 ctm. sześć. nowokainy 1%.

N. językowo-gardzielowy przechodzi, jak wiadomo, w części dolnej i zewnętrznej okolicy około-migdałkowej, która szczególnie obfituje w naczynia. Nie jest niezbędne dotknięcie igłą samego nerwu; wystarczy tylko nasycić rozczynek znieczulającym otaczającą go tkankę łączną. Najlepszą drogą jest wkuć igłę w miejsce połączenia trzeciej dolnej części z trzecią środkową migdałka nazewnątrz od łuku przedniego: wystarczy 2 — 3 ctm. sześć. rozczynek.

(Patrz rys. 1)

By otrzymać doskonałe znieczulenie, można użyć sposobu S o m n e s c h e i n a z Chicago, t. j. posługiwać się rozczynek alkoholem z nowokainą według sposobu, stosowanego w znieczulaniu nerwu trójdzielnego.

**Operacja.** Chory siedzi naprzeciwko operatora. Tempo 1-e. Uwolnienie bieguna górnego migdałka. Zakładamy rozwieracz ust Whiteheada z automatycznym przytrzymywa-



(Rys. 1).

czem języka. Specjalnymi kleszczykami chwytamy mocno migdałek, który zostaje w ten sposób wyciągnięty ze swej niszy, pozostając pokrytym śluzówką, przechodzącą na niego w postaci mostu z łuków.

Nacinamy śluzówkę nożem o dwustronnym ostrzu bez uszkodzenia pęczków mięśniowych. Rozpoczynamy nacięcie w dolnej trzeciej migdałka wzdłuż wolnego brzegu łuku przedniego i prowadzimy je ku górze, by następnie skierować je wzdłuż wolnego brzegu łuku tylnego aż do połączenia jego środkowej części z trzecią częścią dolną. Jednocześnie dość silnie wyciągamy migdałek z niszy, przy czym od chwili naciecia śluzówki staje się widoczną otoczką migdałka o zabarwieniu białawem.

(Patrz rys. 2 str. 163)

Tempo 2-e. Wyluszczenie migdałka. Specjalnie zagiętym instrumentem do separowania migdałka uwalnia się go z głębi niszy, kierując się wzdłuż zewnętrznej powierzchni otoczki z góry ku dołowi.

(Patrz rys. 3 str. 163)

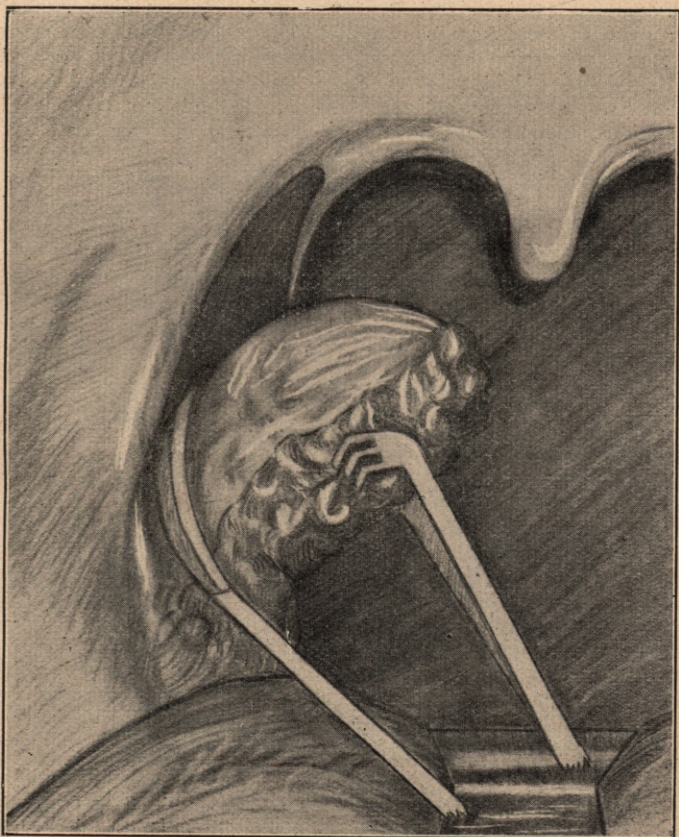
Tempo 3-e. Uwolnienie bieguna dolnego. Migdałek, który utrzymuje się jeszcze w niszy za pomocą swego dolnego bieguna, wypada do jamy ustnej, kładąc się poziomo; nakładamy wtedy pętlę zimną (jedną z lepszych jest pętla Va-



(Rys. 2).



(Rys. 4).



(Rys. 3).

chera) i, upewniwszy się, że ostatnie przyczepy migdałka są dobrze ujęte w pętlę, zaciskamy ją powoli.

Tempo 4-e. Sprawdzenie stanu niszy migdałka. Po usunięciu migdałka i po krótkotrwałej tamponadzie odciąga się łuk przedni w celu obejrzenia niszy. Winna ona być absolutnie czysta, otoczona równoległymi włóknami pęczków mięśni gardzieli i nie powinna krwawić. Zakładamy tampon przepojony wodą jodową.

Postępowanie dalsze jest bardzo proste: pokarmy płynne i zimne w ciągu pierwszego dnia, następnie djeta płynna ciepła w 48 godzin po zabiegu i normalna na 8 dzień; częste przepłukiwania jamy ustnej zimnym roztworem kwasu borowego i wody utlenionej.

\* \* \*

Całkowite usunięcie migdałka nie jest operacją niebezpieczną, lecz wymaga, jak każdy zabieg, techniki, dokładnie opracowanej i specjalnych narzędzi. Komplikacje, które są przytem możliwe, nie powinny wstrzymywać chirurga, umiejącego operować, gdyż są one często wynikiem błędów technicznych. Dodam nawet, iż krwawienia następcze — to widmo, które tak łatwo się wywołuje w dyskusjach na temat chirurgji migdałka, jest częstsze i groźniejsze po tonsillotomji, niż po wyłuszczeniu całkowitem. W pierwszym przypadku występuje ono jako krwawienie mięszone i hemostaza jest trudna. Krwawienie po tonsillektomji powstaje wskutek uszkodzenia jednego lub kilku naczyń odosob-

nionych, które łatwo dostrzedz w głębi niszy; takie krwawienie tamuje się, jak to ma miejsce zwykle w krwawieniach operacyjnych, za pomocą chwytania krwawiącego naczynia odpowiednimi kleszczykami lub nałożenia podwiązki.

Z upoważnienia autora przetłumaczył  
E. Weinkiper.

Z Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem.

## Przyczynek do nauki o odmie sztucznej.

Podał

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

(Dokończenie).

Już w czasie drukowania niniejszego artykułu doszły rąk moich prace Dyonizego Hellina, do tej pory mi nieznanne, z których wynika na podstawie licznych jego badań na zwierzętach i ludziach, że był on pierwszym (1901 r.), który dowiódł, że obustronna odma piersiowa nie pociąga za sobą, jak dawniej mniemano, zejścia śmiertelnego (B. Kl. W. 1901, Nr. 40, Pflügers Arch. T. 134 i inne).

Prościej rzecz się ma z przeciwwskazaniami i tu zgoda między klinicykami łatwiejszą jest do osiągnięcia. Do przeciwwskazań należą: prosówka, sprawa daleko posunięta w obu p., daleko posunięta w jednym, ale powikłana ciężką gruźlicą jelit lub krtani<sup>1)</sup> lub ciężką cukrzycą<sup>2)</sup>, wreszcie ogólne zatrucie ustroju jadami tbc., zwłaszcza przy niedomozdze mięśnia sercowego<sup>3)</sup> — Deist dodaje jeszcze *nephritis*, bez bliższego określenia. Carpi, zaś twierdzi, że właśnie przy S. O. może być wyleczona gruźlica nerek (własny przyp. i Forlaniniego). U nas ciekawy przyp. poprawy ciężkiej *nephritis* u pani Bo. (p. niżej przyp. III). Również na podstawie naszego materiału możemy potwierdzić opinię szeregu klinicyków (Dumarest, Saugmann W. i C. Matson (wyżej cytow.), Carpi, Lindig, Irma Neuer i inni), że nawet głębokie owrządzenia krtani doznają dużej poprawy lub wyleczenia przy S. O. — U Naveau na 19 przyp. tbc. krtani: 3 wylecz., 4 d. popr. (w tem I ciąży), 2 st. quo: 2 pogorsz., 8 zejść (w tem 3 przyp. ciąży, powikłane jednocześnie tbc. jelit). Brauer wspomina o 2-ch przypadkach ciężkiej gruźlicy krtani, gdzie nastąpiło zbliżenie pod wpływem pomyślnego przebiegu thoracoplastyki<sup>6)</sup>. Wśród naszego materiału gruźlicy krtani z dużymi naciekami i owrządzeniami duża poprawa u 6-ciu. U jednej, kontrolowanej po 4-ch latach krtani zupełnie zdrowa.

<sup>1)</sup> Gray, cytowany przez Lieber<sup>(61)</sup>, najłżejszą nawet *Laryngitis tbc.* uważa za przeciwwskazanie.

<sup>2)</sup> Z dostępnej literatury u Naveau 3 przyp. cukrzycy w tem 2 zejścia, wskutek postępującej sprawy płucnej, 1 duże polepsz. po 3 mies. S. O. u 44 let. z jamą w lew. g. pł. Stan obecny „bardzo dobry, pracuje”. Geer (amerykanin) nie uważa też cukrzycy za przeciwwskazanie. Przyp. cukrzycy L. Bernard u chorej z ogromną jamą w lew. g. p. C. do 390, T. 110—130 (lekki Basedow), utrata wagi 20 kg. — cukier 17—49 gr. na litr moczu. Zup. wylecz. płuc i cukrzycy przy odpowiedniej djecie po 5 mies. S. O., waga + 20 kg. St. praes. zupełnie dobry (14).

<sup>3)</sup> L. Bernard: 3 ciekawe przypadki S. O. u chorych 17—18 lat przy wadach zastaw. serca: 1-szy — podwójna wada dwudzielnej, jama pr. gór. pł. C. do 380, doskonały wynik po 6 mies. leczenia. Również dobry u dwóch pozostałych z rozpadem w pr. gór. pł. przy zwężeniu tętnicy płucnej (15).

Wracamy do trzeciej kategorii z 4-ej grupy (śmierci i pogorszenia) (p. wyżej) w liczbie 6-ciu chorych.

Przytaczamy nader interesujące historie choroby 3-ch pacjentek.

I. Panna M. 24 lat. Choruje od 3—4 mies. St. praes: C. 27,5<sup>0</sup> (skoki 39<sup>0</sup>), częsty kaszel, stan sił wzgl. niezły.

Pł. naciek lew. gór. p. z początkiem rozpadu, lekka *apleitis dextra*. Po 7—8-miu tygodniach klimat. leczenia wyraźna poprawa st. ogóln. i wzgl. w lew. pł. Zjawia się krwioplucie (3 razy w ciągu 10 dni). Założenie S. O. Krwioplucie zaraz ustaje i następuje wybitna poprawa st. ogólnego oraz chorego płuca. — Wysięk surowicy po 2 mies. S. O. bez ujemnego wpływu na przebieg leczenia. — Po roku trwania S. O. ognisko broncho-pneumoniczne w ½ łopatk pr. „zdrowego” płuca zostaje wessane w ciągu 1½ mies. i wszystko wraca do dawnego bardzo dobrego stanu bezgorączkowego, chora czuje się zupełnie zdrową.

Po 10 mies. raptem następuje niewielkie krwioplucie, a w kilka dni pogorszenie stanu ogólnego, gorączka etc. w ciągu zaś ½ miesiąca zejście. (Nb. ostatnia menstruacja na trzy tygodnie przed zgonem).

II. Pani Bł. 32 lata. — Jedno dziecko 6 lat zdrowe. St. praes: duże i wybitne schudnięcie, poty nocne, biegunka. C. 38,5<sup>0</sup>. T. 120. Lew. pł. jama do IV żebra — Lekka *apleitis dextra* — S. O. założona w 24 godziny po przyjeździe. Następnie polepszenie stanu ogólnego w ciągu kilku dni po S. O. Płuca dobrze uciśnięte. Ogromna pod każdym względem poprawa przy C. bezgorączkowej w ciągu 13 do 14 mies. Pacjentka czuje się zupełnie zdrową. Waga + 7 kg. Raptem ciepłota podskakuje do 39<sup>0</sup>—40<sup>0</sup>, tętno do 130—140; jednocześnie objawy przetoki oskrzel-odmowej. Zabieg operacyjny (resekcja żeber) bez skutku. Od chwili podniesienia się ciepłoty śmierć w ciągu 2—3 dni, a w dziesięć godzin po resekcji. (Nb. ostatnia menstruacja na 5 dni przed śmiercią).

III. Pani Bo. 37 lat. Troje zdrowych dzieci, sama karmiła. Po 2-ch mies. karmienia ostatniego dziecka dreszcze z gorączką, nast. stany podgorączkowe, przez 9½ mies., ale następne 7—8 mies. st. og. wzgl. dobry. Ostatnio znacznie schudła i od 3 mies. czuje się chorą. St. praes. duże osłabienie, apetyt żaden, sen 3 godz. przerywany kaszlem, poty nocne, C. 38,4—39,4 T. 100—124. Mocz diazo-reakcja B=20/00, wał. komórkowe szkliste, liczne komórki nerkowe. gruźlica krtani I okr. Tbc +. Pł. prawe: jama gór. pł. lew. *cond. apicis*, S. O. w 2 tygodnie po przyjeździe. W ciągu 2—3 lat razem 20000 cm<sup>3</sup>. gazu. Wysięk sur. po 7-ym<sup>2</sup>) napeln. Ucisk płuca dobry. Stan ogólny poprawił się wyraźnie w ciągu 2-ch i ½ mies. po S. O. i trwa przez dwa lata i pięć mies. Pacjentka przez ten czas czuje się zupełnie dobrze. Po tak długim okresie polepszenia, następuje wyraźne i stopniowe pogorszenie w ciągu 5 miesięcy aż do zgonu. Jemu zaś towarzyszy pogorszenie w krtani, która w ciągu pierwszych 2½ lat wykazywała tylko lekkie zaróżowienie więzadeł bez żadnych podmiotowych dolegliwości — teraz zaś uformował się duży naciek w części nalewkowej i owrządzenie więzadeł. Mocz, którego skład przy pierwszym badaniu podany wyżej, w miarę poprawy zawierał tylko od czasu do czasu ślady B. Na 10 miesięcy przed śmiercią ilość białka dochodzi do 1,50/00—30/00, w miarę postępującego pogorszenia do 80/00—120/00, zjawiają się następnie nieliczne wał. ziarniste, a jeszcze dalej nabłonek nerkowy i ropa — Tbc. w moczu nie znaleziono.

Osobno pokrótce 2 charakterystyczne przypadki odmny naturalnej.

Panna R. 15 lat. — od 2-ch miesięcy chudnie — od 1 miesiąca C. 38 i wyżej, bardzo osłabiona, apetyt żaden, pr. pł. mała *apleitis*, lewe przód początek rozpadu gór. pł. — lewe tył naciek bez objawów rozpadu. W trzy tygodnie od przyjazdu alarmujące objawy O. natur. Po paru dniach ustępują i zaczyna się względna poprawa st. og. Zjawia się powoli hydrothorax — W 3 tygodnie od powstania O. natur. zamiana jej na S. O. (pompowanie płynu i wpuszczanie gazu

<sup>1)</sup> Zmętnienie w 9—10 mies. od chwili pojawienia się trwa nadal 4 mies. przy C. prawidłow. Wyraźne zropienie na 2—3 dni przed zgonem.

<sup>2)</sup> Morfol. wysięku Tbc. = 0, eozynochł. = 0, dużo limfoc., mało krwinek, zwyrodniałe leukocyty.



— morfologia będzie podana przy wysiękach). Ucisk pł. dobry. W 3 tygodnie od S. O. widoczna poprawa stanu ogólnego: C. z 39<sup>o</sup> spada na drugi dzień po S. O. do 37,8<sup>o</sup> maximum, a w trzy tygodnie potem do normy. Po 4-ch mies. S. O. waga + 7,5 klgr. Pacjentka czuje się zupełnie dobrze przy wyjeździe. — Inny zupełnie przebieg O. natur. w drugim przypadku.

P. Ca. 31 lat. Dawniej lekko chory, od pół roku znaczne pogorszenie C. do 39<sup>o</sup> — 39,5<sup>o</sup> T. 120. Tbc. Nr. 7 (Gaffky) wł. spr. w splottach — stan ogólny bardzo zły. **St. praes** pr. pł. naciek gór. pł. bez rozpadu, lewe — klasyczna jama w całym gór. pł. W dwa mies. po przyjeździe objawy częściowej O. naturalnej. W ciągu 2-ch dni odma kompletna — w ciągu 4 do 5 dni płyn ropny, komunikacja z oskrzelami. Przemycanie jamy odmowej **Kali hypermanganicum** i wpuszczanie Az bez rezultatu i chory umiera równo w 1 miesiąc od ukazania się pierwszych objawów O. natur. — Ostatnie dni przed zgonem wypływa dużo ropy (morfologia płynu podana przy wysiękach).

#### Ciepłota.

Że spadek ciepłoty przy gruźlicy płuc jest znamienym objawem odrucia ustroju nie powinno — zdaje się — ulegać wątpliwości, Przy S. O. głównym czynnikiem w tym powikłanym mechanizmie regulowania C. ma być zwolnienie w krążeniu limfy, oraz inne czynniki, wpływające ujemnie na żywotność Tbc. — W rozważaniu teoretycznym nie wchodzimy, przechodzimy od razu do kliniki.

I. grupa: duża poprawa. Rzecz naturalna iż dużej poprawie towarzyszy spadek ciepłoty do normy, przy pewnych niewielkich wahanach, trwających kilka lub kilkanaście dni, a których ani powikłaniami w płucach, ani w innych narządach wytłumaczyć nie można. — Okres spadku jest bardzo różny. Spadek do normy poniżej 37<sup>o</sup> u tych chorych, którzy doznali poprawy dużej i trwałe przez cały czas leczenia, następował bardzo rozmaicie, najszybciej po 2—5 dniach, najdłużej po 3 do 9 mies. przytem krótkość okresu była zupełnie niezależna od stopnia gorączki i natężenia choroby przed S. O.

#### Przykłady:

Pani P. 24 lat chora od 2-ch lat — dwoje zdrowych dzieci. Lew. pł.: naciek gór. pł.: ognisko br. pneum. w dolnym. — **Apicitis dextra**. C. przed S. O. 38,2<sup>o</sup> — 39<sup>o</sup>, spadek do normy w 4 dni po S. O. i trwa przez całe leczenie (2½ mies.) do wyjazdu do Rosji z powodu wojny.

Panna G. 18 lat. Stan płuc niemal identyczny z poprzednim. — Przed S. O. maximum 38<sup>o</sup>, spadek stopniowo do normy dopiero po 9-ciu miesiącach.

Pan G. 45 lat. **St. praes.**: st. og. wcale dobry. Lekki naciek pr. gór. pł. mniejszy w lew. gór. pł., po 4 — 5 mies. pomyślnego przebiegu powoli objawy, poczynającego się rozpadu w pr. gór. pł. przy stałej ciepłocie 37,5<sup>o</sup> — 38<sup>o</sup>. Założenie S. O. — Ucisk kompletny. Poprawa stopniowa i stała płuc i st. ogólny. W ciągu 10 mies. leczenia S. O. — Spadek ciepłoty dopiero po 4 miesiącach S. O.

II. grupa: poprawa względna. Przebieg ciepłoty jest tu, naturalnie, bardziej nieprawidłowy, niż u pacjentów z dużą poprawą. U tych, którzy przed S. O. całymi mies. miewali 38,2<sup>o</sup> — 39<sup>o</sup>, najczęściej spotykamy po S. O. stany podgorączkowe, średnio 37,5<sup>o</sup>, trwające z odchyleniami w górę lub w dół przez cały czas leczenia, stosownie do pogorszenia lub polepszenia ich stanu płuc. Co się tyczy 3-ch wspomnianych już chorych, którzy przybyli z założoną gdzieindziej przed 4 — 5 miesiącami S. O., dzięki której wysoka przedtem 38,5<sup>o</sup> — 39<sup>o</sup> gorączka spadła do normy i u nas utrzymywała się C. w ciągu dalszych napełnień przez kilka miesięcy, aż do wyjazdu, na poziomie normalnym.

Co się tyczy 5 chorych 3-iej grupy (st. quo), o jednym nie mówimy, gdyż po 5 napeł. sam przerwał leczenie. U reszty, pomijając krotkotrwale wahania, najczęstsza maksymalna C. jest 38<sup>o</sup>.

IV. grupa: zgony i pogorszenia. W miarę pogorszenia stanu płuc i ogólnego C. podnosiła się do 39<sup>o</sup>—40<sup>o</sup> i utrzymywała się na tym wysokim poziomie aż do końca, ale spostrzegliśmy przez długie miesiące C. normalną w okresie długotrwałej poprawy u 6-ciu chorych, z liczby których o 3-ch była mowa wyżej.

Przechodzimy do niektórych szczegółów, które obejmujemy ogólnym mianem: skoki i to fantastyczne, niezależnie od tego, którym z rzędu było napełnienie, a także niezależnie od wieku i od przebiegu leczenia.

Mamy takich 14 chorych, w każdej z 4-ch grup.

#### Przykłady:

Panna Kr. 30 lat (grupa zgonów i pogorszeń) ogromna jama w pr. płucu do III z przodu i do ½ łopatki — S. O. bez żadnego wpływu przez 4 mies. Następnie krwioplucie, a po nim wyraźne pogorszenie aż do wyjazdu w stanie beznadziejnym. — C. w ciągu leczenia zwykle 37,5<sup>o</sup> — 38,4<sup>o</sup>, czasem 39<sup>o</sup>. W dzień założenia i po drugim napeł. spadek wieczorem o 2<sup>o</sup> — po 3 napeł. podniesienie o 2<sup>o</sup>; po 4, 5, 6 i 10 w górę o 1<sup>o</sup>; po 8, 9 i 12 bez zmian; po 11, 13 i 15 o 1/2<sup>o</sup> wyżej; po 14 o 1½<sup>o</sup> wyżej i po 16 (ostatniem) o 2 stopnie wyżej.

Z przytoczonych wyżej przykładów, widzimy, że sprawa C. przy S. O. przedstawia się w sposób nader powikłany i trudny do wytłumaczenia.

Nie będziemy wchodzili w szczegółowe rozstrząsanie regulowania C., tej nadwyraz ważnej i niewyjaśnionej dostatecznie sprawy biologicznej.

Stoimy więc przed zagadnieniem trudnym do rozwiązania w przebiegu S. O. na podstawie przytoczonych przez nas powyżej faktów 1).

W każdym razie, wydaje się nam zanadto uproszczonym sposób wyjaśniania przyczyn nieprawidłowej i fantastycznej ciepłoty przy S. O. u niektórych klinicystów.

Dei st np. za przyczynę gorączki w 1 — 2 dni po napełnieniu uważa sprawy opłucnej. — Sorgo znów widzi przyczynę gorączki przy założeniu S. O. i przy pierwszych napełnieniach w wyciskaniu substancji toksycznych z uciśniętego płuca. — Saugmann twierdzi mniej więcej to samo, w pojedynczych zaś wypadkach duże wzniesienia C. usiłuje wytłumaczyć przez „zalenie krwi toksynami“ z wyciśniętego płuca, ale przyczynę gorączki widzi także w podrażnieniu opłucnej.

Dumarest utrzymuje, że podniesienie ciepłoty po zabiegu nie jest w przyczynowym związku z pochłanianiem toksyn, a raczej wynikiem urazu opłucnej (**traumatisme de la plèvre\***). Te niezupełnie zgodne między sobą komentarze dla gorączki znajdują się w sprzeczności z przytoczonymi przez nas faktami, dotyczącymi naszych chorych.

#### Tętno.

Dokładne badanie tętna w poszczególnych grupach chorych nie pozwala nam dopatrzyć się w jego zachowaniu się jakiejś harmonii z przebiegiem klinicznym choroby.

Rozpatrując dwie krańcowe grupy: dużą poprawa, oraz zgony i pogorszenia, nieubłagane postępujące naprzód, widzimy, rzecz naturalna, dwie charakterystyczne cechy.

W pierwszej grupie zwolnienie T. w miarę spadku C. i poprawy stanu ogólnego i płuc. Naodwrot, w drugiej grupie stale, a więc przed i po S. O. przyspieszone T., wahaające się w granicach 100 — 120 — 140 do 160. Atoli w jednej i drugiej bywają znaczne odchylenia od tej ogólnej reguły.

W pierwszej grupie, jako przykład dwaj chorzy: p. S. 30 lat, C. spadła do normy na drugi dzień po S. O., tętno zaś było stale 102. Drugi ks. B. 40 lat. C. z 38 w dzień założenia spada do normy, tętno zaś w ciągu 5 miesięcy stale w granicach 100 — 120. W tej samej grupie dużej poprawy pacjentka panna S. 19 lat, przez 11 miesięcy T. było 100 — 120, przy stałej C. 37.4 37.5. Przytem rys charakterystyczny: znacznie późniejsze uregulowanie T. w porównaniu z C. — Jako przykład P. S. 16 lat, u którego C. spadła z 38.9 do 37.2 w trzy tygodnie po S. O., T. zaś ze 120 spadło na 92 — 96 dopiero po 5 mies.

Z drugiej znów strony w grupie—zgony i pogorszenia T. nieproporcjonalnie wolne w stosunku do stanu chorego i jego C. Panna M. 25 lat (zgon w 3½ mies. od założenia S. O.) przy C. stale 38.5 — 39, T. 90 — 96. Panna K. 19 lat—wyjechała po 4-ch miesiącach S. O. ze znacznym pogorszeniem C. 38.5 — 39<sup>o</sup>, T. 88 — 96 stale.

Pytanie: gdzie są przyczyny tej dysharmonii między C a T? Można zapewne tłumaczyć przewagą działania jedne-

1) W sprawie stanów podgorączkowych vide Ortner: „Diagnose und Differenzialdiagnose subfebriler Zustände“ Wien. Med. Woch. 1920, Nr. 1 i 2.

go z dwóch nerwów: błędnego lub współczulnego, oraz ulubionym ogólnikiem „zatrucie ustroju“. Pytanie jednak, czy wobec podanych faktów podobne tłumaczenie wystarcza? Wiadomo np., że przyspieszone T. jest jednym z charakterystycznych objawów wczesnej gruźlicy płuc, gdy brak jeszcze wyraźnych objawów fizykalnych. Dlaczego jednak T. 100 — 110 z okresu gruźlicy utajonej, czasem zwalnia się — jak to z kliniki wiadomo — pomimo dalszego rozwijania się sprawy gruźliczej? A cóż mówić o ciężko chorych z S. O., gdzie warunki krążenia — w porównaniu z normalnymi — wskutek ucisku płuca i częstego przesunięcia serca są dość mocno zmienione, gdzie rola pr. serca nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona<sup>1)</sup>? Wogóle sprawa ta rozstrzygnięta nie jest.

#### Znikanie tbc.

Przechodzimy od razu do cyfr i faktów, a następnie do wniosków, jakie z nich wypływają.

Duża poprawa: Na 26 chorych 12 zachowali tbc. po S. O. — u 14 znikły w różnych odstępach czasu albo wkrótce po jej założeniu, albo dopiero w 5 lub 7 miesięcy. Przykład: panna B. 18 lat. Przed S. O. stan ciężki; w obu płucach C. 390 — 400, T. 116 — 120. Leczenie S. O. lew. płuca trwało 4½ lata. Wyszła za mąż — ma zdrowe dziecko. Spadek C. po założeniu od razu do 37,50 Tbc. zaś znikły dopiero w 5 miesięcy od założenia. Panna G. I. 23 lata, identyczny niemal przypadek. C. 390 — 400, T. 140. znakomita poprawa po 7 miesiącach S. O., trwa przez 3¼ lat. Tbc. przez cały czas leczenia S. O. znikły na stałe dopiero w 3 miesiące po ukończeniu leczenia. Śmierć i pogorszenie: Na 42 chorych u 3-ch niewiadomo. Z pozostałych 39 tbc. stale u 35, dwaj wcale nie plują, u dwóch znikły.

Ogólne zestawienie: Od liczby 91 chorych w 4-ch grupach razem odpada 12 (5 niewiadomo i 7 nieplujących), czyli na 79 tbc. znikły u 21, t. j. 26.5%. W dostępnej nam literaturze b. mało dokładnych liczb co do znikania tbc. Saugmann np. podaje, że przy S. O. w III okr. Turbana tbc. znikają u 42%, w całym zaś jego materiale klinicznym bez S. O. u 17%. Dumarest podaje ogólną formułę: w miarę ucisku zmniejsza się wydzielina, w miarę zmniejszenia tej ostatniej znikają tbc. Zdaniem naszym jedno i drugie tak prosto nie wygląda. Nasz materiał do takiego optymizmu nie upoważnia. W sanatorium (Zakopane) przed wprowadzeniem S. O., wśród 2.331 chorych, znajdujemy zniknięcie tbc. średnie u 15.5%, czyli różnica na korzyść S. O. wynosi 11%.

#### Kaszeli i odpluwanie.

U różnych autorów znajdujemy spostrzeżenia, że kaszel i odpluwanie pod wpływem S. O. w szybkim czasie zmniejszają się lub znikają ostatecznie. Saugmann np. twierdzi, że zwiększanie się kaszlu wskutek mechanicznego „wyciskania wydzieliny z chorego płuca“ przy pierwszych napełnieniach stanowi regułę, a przy następnych zjawia się zmniejszenie kaszlu i wydzieliny, a w pomyślnych wypadkach zupełne zniknięcie. Rzecz pewna, że stan spokoju płuca, zmniejszenie ilościowe szkodliwych zewnętrznych czynników, drażniących błonę śluzową kanału oddechowego, zmniejszenie ilości toksyn, działających również drażniąco — wpływają dodatnio na zmniejszenie kaszlu i wydzieliny, ale w świetle naszego materiału nie po linii tak prostej, jak tego chcą bezwzględni entuzjaści S. O. Przykłady: Na 91 chorych mamy dokładne dane tylko dla 62 chorych. Resztę 29 odrzucamy, gdyż podawane przez nich informacje podlegały zbyt podmiotowej ocenie i były czasem sprzeczne między sobą.

Z liczby 62 w czterech grupach: a) 4 nie kaszłą i nie plują zarówno przed jak i po S. O., b) u 18 kaszeli i płwocina, ulegając pewnym wahaniom, istotnie pozostały bez

<sup>1)</sup> Dawniej wspominaliśmy o przeroście pr. komory lub całego serca, przy nieobecności wad zastawkowych u zwierząt i ludzi (sekcje) — w nowszych czasach Yoon przy zamkniętej S. O. przerosł prawej komory u królików, świnek morskich i u psa. Taki sam przest. pr. serca widzimy przy wycięciu płuca u psów i królików (D. Hellin, Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmaz., T. 55).

zmiany, c) u 16 zwiększenie kaszlu i płwociny, d) u 24 — wybitne zmniejszenie lub zupełne zniknięcie. Przejdźmy do szczegółów. 1-sza grupa, w liczbie 4 bez kaszlu i płucia znajduje się 3-ch ze wzgl. popr., 1 z dużą popr. Rzecz zrozumiała, choć bardziej zrozumiałym byłby stosunek odwrotny. 2-ga grupa 18 chorych układa się w sposób następujący: 11 zgony i pogor. 3 wzgl. popr. czyli u 27.7% tych chorych S. O. nie wywarła żadnego wpływu na zmniejszenie kaszlu i płwociny. 3-cia grupa: wśród 16 chorych znajduje się 11 z kategorii zgonów i pogor. to jasne, natomiast pozostali 5 należą do dużej i wzgl. popr. 4-ta grupa: 24 chorych — zawiera 16 chorych (d. i wzgl. popr.) razem 66.6%, natomiast jeden tylko z kategorii status quo, 7 zaś czyli przeszło 29% należy do kategorii zgonów i pogorszeń. Odsetek więc jest bardzo znaczny, i zaprzecza opinii, że zmniejszanie płwociny i kaszlu wynika prostolinijnie z polepszenia stanu chorego pod wpływem S. O. Ale oprócz tych faktów znajdują się jeszcze inne szczegóły, wykrzywiające mocno tę prostoliniowość, zarówno przy zwiększeniu jak i wybitnym zmniejszeniu (wzgl. zniknięcie kaszlu i płwociny). Mamy np. w 3-ej grupie wśród 16 chorych 2-ch p. H. 38 lat i ks. O. 27 lat (zgon i status quo), u których kaszel zwiększył się od razu po pierwszym napełnieniu i dolegał stale w ciągu 3 mies. pomimo zupełnie udanej S. O. i bardzo dobrego ucisku płuca. Natomiast u dwóch ciężko chorych, ze zmianami płuc niemal jednakowymi, jak u dwóch poprzednich (NB. u obu laryngitis tbc II okresu), C. 38.5 — 390 przy udanej odmie i należytych ucisku, sprawa przedstawia się nast.: u pierwszego zwiększenie kaszlu i płwociny zjawia się dopiero po 8-mem napełnieniu, u drugiego po 11-tem.

W 4 grupie (wybitne zmniejszenie lub zniknięcie) wypada zanotować, że 29% stanowią chorzy, należący do kategorii: pogorszenie i zgony, co samo przez się chyba jest dość paradoksalne. Ale... chodzi jeszcze o czas znikania kaszlu i płwociny. Przykłady: 1) ks. B. 40 l. St. praes — rozpad i rozstrzeń oskrzeli w lew. dol. płacie, naciek w lew. gór. pł., C. 380, stan ogólny niezły. Płwocina na dobę 800 — 900 cm.<sup>3</sup> mocno cuchnąca. S. O. zupełnie udana. W 24 godziny po S. O. kaszel i płwocina wybitnie się zmniejszyły. Po 3 mies. płwocina zmniejsza się do 1/6, po 5 mies. do 1/10. Wynik 6-cio miesięcznego leczenia: b. duża wszechstronna popr. 2) Pani C. 17 lat (wyżej była mowa. S. O. prawostronna zupełnie udana. W ciągu 8-miu dni i po 3-cim napełnieniu kaszel i płwocina zmniejszyły się do połowy i tak trwa w ciągu 3-ch do 4-ch tygodni do zejścia — (meningitis tbc). U dwóch drugich chorych: pani Bł. (str. 164) 32 lata i panna M. (str. 164) 24 lata (o których była mowa obszerniej), zmniejszenie znaczne nastąpiło u obu po 3-cim napełnieniu i trwało u pierwszego przez 13 miesięcy aż do zgonu, u drugiej niemal dwa lata, również do zgonu.

Te trzy jednak przypadki, z kategorii zgonów, dadzą się wytłumaczyć długotrwałymi okresami pomyślnego leczenia.

Zestawiając te wszystkie dane, dochodzimy do następującego wniosku:

Działanie S. O. na płwocinę i kaszel jest bardzo nierównomierne, bardzo kapryśne co do czasu i nie znajduje się w prostym stosunku do ucisku płuca i polepszenia stanu chorego. Działają jeszcze inne przyczyny, zbadanie których zapewne wyjaśni nam tę powikłaną sprawę.

#### Waga.

Stanowi ona przy stosowaniu S. O. przedmiot rozważań bardzo nielicznych klinicystów, którzy dochodzą do wniosków zgoła sprzecznych. Przypominamy przypadek Brauer<sup>1)</sup>, gdzie po dwóch latach zupełnie pomyślnego leczenia, utrata wynosiła 7 klg., i Sorgo, który znajdował spadek wagi u 70-ciu % swych chorych. W najnowszej monografii powiada on tylko w paru słowach, że przy całkowitej S. O. spadek ten jest zjawiskiem częstym przy dobrym łaknieniu i obfitem odżywianiu, jako wyraz zaburzenia w przemianie materji dzięki zmniejszonemu dopływowi tlenu. Wyjaśnienie, wedle nas, wcale niezadawalające. Winkler zaś ogólnikowo powiada, że na początku S. O. waga zazwyczaj spada, a w następstwie zwykle się podnosi. Dodaje

<sup>1)</sup> p. Brauer u. Spengler „Beitr.“ Bd. 14.

jednak, że „trwały spadek wagi towarzyszy stale rozwojowi sprawy płucnej“.

Ze sprawa wagi u poszczególnych gruźliczych przedstawia się czasem fantastycznie, nie ulega wątpliwości.

Świadczy o tem osobna grupa „phtisiques gras“ (Debove, Paryż) znana każdemu klinicyście. Nie roztrząsając przyczyn biologicznych zjawiska, ograniczamy się do jego zanotowania. W każdym razie przy pomyślnym przebiegu leczenia klimatycznego przyrost wagi jest jednym z ważnych objawów poprawy stanu ogólnego i płuc — wykazują to przeciętne duże liczby statystyczne z różnych Sanatorjów. Na 91 naszych chorych znana jest dokładnie waga 64 przed S. O. podczas leczenia i po jego zakończeniu<sup>1)</sup>.

T a b l. I.

	U W A G A	Przybytek	Bez zmiany	Utrata
40 w y s i ę k 6 w	Duża poprawa	14	0	3
	Względna poprawa	5	2	2
	St. quo.	0	1	0
	Pogorszenie i zgony	3	2	8
		22	5	13
			40	
24 b e z w y s i ę k u	Duża poprawa	6	5	0
	Względna poprawa	2	2	0
	St. quo.	1	0	0
	Pogorszenie i zgony	0	2	6
		9	9	6
			24	

Widzimy, że przybytek wagi u „wysiękowych“ wynosi 55% zaś w „suchej odmie“ 37,5%; rażąca więc sprzeczność z takim poważnym autorem jak Sorigo. Parę szczegółów: U „wysiękowych“, w rubryce duża popr., mamy 3-ch chorych z utratą wagi. W grupie zaś pogorszeń u „wysiękowych“ mamy trzy pacjentki z przybytkiem wagi. Jako przykład pani Bł. (p. str. 164) przyrost wagi wynosił przy końcu 13-go miesiąca 7 kłgr. i utrzymywał się do śmierci.

Z drugiej strony widzimy ogromne ubytki tam, gdzie dłuższe niepomyślne leczenie doprowadziło do zejścia. U wspomnianej chorej pani B. (str. 164) w ciągu ostatnich 10—12 mies. przed zgonem utrata wynosiła 17 kłgr.

Drugi przykład z „suchą odmą“: Pan H. 23 lat. St. pr. — duże osłabienie, łaknienie żadne, poty nocne. C. 38° — 39°. T. 100 — 120. Płuca: Duża jama lewy górny płat — naciek prawego górnego płata. Laryngitis tbc drugiego stopnia. S. O. lewostronna kompletna. W ciągu 5-ciu mies. od założenia S. O. utrata 11½ kłgr. (dalsza utrata przez nast. 3 mies. leżenia w łóżku aż do zgonu niewiadoma).

<sup>1)</sup> U 27 nieznaną, częściowo z racji, iż nie opuszczali łóżka, częściowo iż dojeżdżali dla napełnień do Sanatorium, kontrola więc niezawsze mogła być dokładną.

Jeszcze jedna uwaga. Przybytek przy wysiękach większy o 17,5% niż w „suchej odmie“, ubytek tylko o 7,5% mniejszy.

W y s i ę k i.

Na 91 chorych mamy 55 wysięków czyli 60%. Najmłodsza pacjentka 15 lat, najstarszy — 45 lat.

P o s z c z e g 6 l n i e:

(grupa p. tabl. str. 111, Nr. 3).

duża poprawa	na 26 wysięk. u 17 = 65,4%
wzgl. poprawa	na 18 „ u 12 = 66,6%
st. quo.	na 5 „ u 1 = 20%
pogorsz. i zejście	na 42 „ u 25 = 59,5%

Z cyfr tych wypadu od razu wniosek, że przebieg leczenia niema żadnego wpływu na powstawanie wysięków i odwrotnie, skoro w kategorii duża i względna poprawa mamy okrągło 66%<sup>1)</sup>, wśród zgonów i pogorszeń 59,5%.

W poprzedniej naszej pracy podaliśmy statystykę wysięków różnych klinicystów średnio na 40 — 50% — nowsza statystyka, jak następuje: Tideström 48%, — L. Bernard 61%, — Naveau na 570 S. O. w ciągu 12 l. 57%, — Saugmann w ciągu 13 lat 67%. Dumarest w ciągu 14 lat 70%. U cytowanych wyżej W. i C. Maston i Bisailon wysięków surowicznych wypadła 100% (sic!). Referent Schultz — Tigges powiada: „surowicze wysięki formowały się istotnie („praktisch“) w każdym wypadku“. Warnecke oraz szereg innych klinicystów twierdzi, że stosowanie systematyczne soli wapiennych dożylnie lub per os podczas leczenia S. O. chroni opłucną w pewnym stopniu od wysięków i dzięki właśnie wapniowi ilość wysięków pojawia się tylko w 20—30%. Lundę do wapnia dodaje podwójną ilość soli potasu i otrzymuje również dodatnie w tym kierunku wyniki.

Data pojawiania się od chwili założenia odmy wynosi u nas średnio 2 — 4 miesiące, wahając się jednak w bardzo szerokich granicach (u Naveau 76% występuje w 1-szym półroczu istnienia S. O.). U pacjentki Bł. w 24 godzin po założeniu z przebiegiem bardzo pomyślnym w ciągu 13-tu miesięcy zakończony zejściem, wskutek powstałej komunikacji z oskrzelami<sup>2)</sup>.

U drugiej z wyników leczenia nader dodatnim wysięk ukazał się w rok od założenia S. O. Wreszcie u 9-ciu chorych okres pojawienia się 10 — 21 dni, i to zupełnie niezależnie od przebiegu leczenia. U 2-ch zaraz po drugim napełnieniu, ale po 3 do 4 dni znika i pojawia się na nowo po 4-ch miesiącach.

Pojemność płynu ulega również silnym wahaniom — od śladów w zatoce żebr — przepon., pozostających w tym stanie podczas dłuższego przebiegu choroby, lub znikających po kilku dniach, aż do ogromnych wysięków, sięgających w ciągu kilku lub kilkunastu dni do 3 lub 2-go żebra z przodu, z tyłu zaś aż do grzebienia łop. Przytem ilość płynu nie ma przyczynowego związku ze stanem chorego w chwili pojawienia się i nie wywiera widocznego wpływu na dalszy przebieg choroby. Daleko ważniejszą rzeczą — treść płynu (surowicy, czy ropny), skład morfologiczny, a przede wszystkim komunikacja z oskrzelem.

Znikanie wysięków podlega w przestrzeni czasu takimiże fantastycznym wahaniom jak i pojawienie się. Z liczby 55-ciu chorych znikły w zakładzie u 8 chorych, a mianowicie: u 3-ch z dużą popr. w ciągu 3 — 4½ — 12 mies. u jednego ze wzgl. popr. po 1 mies., u 4-ch zejście i po-

<sup>1)</sup> Naveau: u „wysiękowych“ 52% wylecz. i polepszeń, w całym zaś materiale 570 chor. wylecz. i polepsz. stanowią 48,5%, co również potwierdza powyższy nasz wniosek.

<sup>2)</sup> W związku z wysiękami należy wspomnieć o pleuritis sicca, którą wedle Warnecke „należy zupełnie poważnie traktować“ raz dlatego, że opłucna wówczas pochłania mniej gazu, a nast. prowadzi do zupełnych zrostów. Jednakże silne bujanie tkanki przechodzi i na płuca i prowadzi do wyleczenia. Na tę dodatnią stronę kładzie silny nacisk taki wybitny badacz i klinicysta jak S. Schröder, uważając, że „pleuritis sicca“ występuje przy S. O. również często jak wysięk. U nas tak samo, z zaznaczeniem, że pleuritis sicca przy S. O. nic poważnego nie przedstawia; przeciwnie — znika również często, jak i u chorych bez S. O.

gorszenie, a mianowicie: a) po 14 dniach, b) po 2-ch mies. ale w dwa miesiące po zniknięciu wysięku — zejście, c) po 11-tu mies. i d) po 15 — 16 mies.

Stąd bezpośrednio wniosek w świetle naszego materiału, że znikanie wysięku nie ma przyczynowego związku z pomyślnym lub ze złym przebiegiem choroby.

**S p r a w a o b j a w ó w**, poprzedzających wysięki, była poruszana przez różnych autorów w odnośnej literaturze. Wspominaliśmy o tem w poprzedniej naszej pracy<sup>(53)</sup>, zaznaczając, różne ich poglądy i wykazaliśmy — zdaje się — że ani przypadkowe schorzenia, jak gościec, katar oskrzeli, angina etc. nie mogą być stałą przyczyną wysięków. Sam bowiem fakt istnienia ich u 56 — 60% chorych przeczy temu. Nadto, u 31% naszych chorych na 55 z wysiękiem nie mogliśmy dostrzec objawów zwiastujących ich formowanie się, jak np. ogólne niedomaganie, bóle głowy, brak łaknienia, podniesienie ciepłoty etc.

U 24 zaś chorych, wykazujących przedwstępne objawy, zanotowaliśmy co następuje: u jednego tylko — angina follicularis przy C. 39° — u 17-tu podniesienie C. 37,5° do 39° — 40°, u 6-ciu zaś większe lub mniejsze niedomaganie: ból głowy, brak łaknienia, lecz przy zachowaniu dawnej ciepłoty normalnej pod — lub gorączkowej. Pytanie więc, jaka jest istotna przyczyna wysięków, pozostaje otwartem. Jedna jest pewna, to przebiecie rozmiękłego ogniska podopłucznego do jamy opłucny z następnym wysiękiem ropnym. Druga — to rozszerzenie się sprawy gruźliczej z płuca na opłucną, które prowadzi do wysięku. Ale powstaje inne znów pytanie, dlaczego suche zapalenia opłucnej pozostają suchymi miesiące i lata całe (tak zwane przez nas „pleuritis sicca volans“<sup>(4)</sup>) — o zmiennym okresowym przebiegu, nie dochodząc do wydzielania wypociny i zarówno przy S. O. jak i bez niej w przebiegu gruźlicy płuc<sup>(1)</sup>.

Je jest jakś specjalny czynnik w zapaleniu opłucny przy S. O. pobudzający do wytwarzania wypociny to rzecz jasna, ale jaki? przypuścimy, że opłucną nie znosi ani powietrza (naturalnie wyjąłowego) ani azotu, ani tlenu. Dla czego w takim razie odma pozostaje stale suchą, jak w naszym materiale u 40% chorych, u innych u 70 — 80%, i to niezależnie od ciśnienia, od ilości gazu i ilości napełnień, niezależnie od pomyślnego lub niepomyślnego przebiegu leczenia. Pytania te domagają się dokładnego wyjaśnienia. Przechodząc do morfologii zaznaczamy, że na 55 wysięków aspiracje próbne robione były jedno- lub kilkorazowo u 38 chorych, w tej liczbie u 14 płyn był ropny, u pozostałych 24 surowiczy. Na 14 ropnych z odrazu ropne, czyli od chwili stwierdzenia wysięku; pozostałe 12 przemieniły się z surowiczych w ropne w granicach czasu od 2 do 9-ciu miesięcy. Komunikacja jamy odmowej z oskrzelem w 8-miu przypadkach<sup>2)</sup>: 7 zakończonych śmiercią, jeden z wyraźnym pogorszeniem przez długie miesiące do chwili opuszczenia Zakładu. Próby przepłukiwania jamy rozczywnami odkażającymi — bez dodatnich wyników. Nie używaliśmy wprawdzie rozczywnu „Pregela“ za pomocą Unverricht ma jakoby pomyślne wyniki. Nie stosowaliśmy również „Oleo-thoraxu“, który zdaniem francuskich klinicystów sprzyja obliteracji przetoki oskrzelowo-opłucnowej, wprawdzie w rzadkich przypadkach.

Co do morfologii, na 55 wysięków zbadano morfologicznie 17, z których 11 przypada na zejście w ciągu kilku tygodni najdalej do roku po zakończeniu S. O., 5 na dużą poprawę, 1 na względną. U 13-tu badania jednorazowe, w odstępach czasu od kilku dni do 11 miesięcy od chwili poja-

wienia się wysięku, u 2-ch dwurazowe w odstępach kilku-nastu dni, u 2-ch chorych 3 razy, w ciągu 3 — 5 — 13 tygodni od pojawienia się wysięku.

Ilość białka wahała się średnio od 350/00 do 550/00 niezależnie od dużej poprawy lub zejścia śmiertelnego. Ilość B ciałek 400 — 20000 w jednym mm.<sup>3</sup>. Zwykle ogromna przewaga limfocytów nad wielojądrzastymi, najczęściej w stosunku 20: 1. W miarę dłuższego trwania wysięku limfocyty ulegały zwyrodnieniu i przewaga wielojądrzastych przy nieobecności eozynochł. U jednej chorej z dużą poprawą znaleziono następujący stosunek: wieloj.: limf.: eozynochł. = 33 : 55 : 11. W jednym wypadku śmiertelnym, przy drugim badaniu wysięku surowiczego (5 tygodni od jego pojawienia się) ilość wielojądrzastych równała się ilości limfocytów. W 3-ach przypadkach przetoki oskrzel.-opłucnowej, zakończonej zejściem ogromne ilości tbc. a w jednym nadto dwinki.

Szczepienie 9 wysięków (bez przetoki) świnkom morskim dało dodatni wynik na tbc. W 10-tym posiew na kar-toflu (Rabinowicz) również dodatni wynik.

Do jakichś określonych wniosków, poza obrębem wysięków wyraźnie zakaźnych, na podstawie morfologii wysięków u naszych chorych dojść nie możemy.

#### Trwałe wyniki.

Statystyka trwałych wyników przedstawia się dość różnobarwnie u różnych klinicystów. U Saugmanna za 14 lat 40%. Carpi 35,7% za okres czasu 3 do 8-miu lat. Brauer i Spengler 102 przyp. za okres od ½ — 5 lat przeszło 26%. Dumarest 3 — 11 lat — 25%. Cytowany wyżej L. Bernard (2 — 14 lat?): zupełne wyleczenie 20% częściowo lub niedawne 36%. Mohr 90 przyp. w ciągu 6 lat: zupełnie lub po większej części zdolni do pracy 45%, zejść 9%, inwalidów 45%.

W. i C. Matson i Bisailon — 12 lat — 500 przypadków z tych: u 255 przy dostatecznym kolapsie 48% klin. wyleczeń; 18% w stanie spokoju u 22% zejść; u 245 zaś z częściowym kolapsem 11% klin. wyleczeń i 12% w stanie spokoju 58% zejść (loc. cit. p. str. 24).

Burnand (Leysin) 300 chorych 12 lat okrągłe 33% wyleczonych. Największa statystyka Naveau (570 przyp.) 1 — 12 l.: wyleczeń 40,5%, popr. 17,5% — przedstawia jak widzimy najlepsze wśród przytoczonych dodatnie wyniki.

Najmniej Rènnon: na 72 chorych w ciągu 6 — 8 lat zgonów 69 — z trzech pozostałych 1 tylko wyleczony, czyli wyleczenia stanowią 1,4%. R. zaznacza, że S. O. ma takie znaczenie lecznicze, jak chirurgia paljatywna w raku (sic!).

Następujące cyfry zaczerpnięte u Maendla: Zinn 30% (czas?), Jessen 30% (czas?), Müralt 17% (czas?), Tidestrem (8 lat) 43%. Własny materiał Maendla (7 lat) wynosi 49%.

#### Nasza statystyka.

Na 44 chorych, którzy opuścili zakład z dużą i względną poprawą (p. tablica str. 111, Nr. 3) zebrałem wiadomości zupełnie pewne o 31<sup>1)</sup>. Z tych 11 osób cieszy się obecnie dobrem zdrowiem — reszta 20 zmarła.

W sprawie punktu wyjścia dla oceny wartości leczniczej S. O. wychodzę z założenia, że średnio każdy chory z grupy duża i wzgl. popr. żyłby bez stosowania S. O. — 3 miesiące.

Z tego więc stanowiska należy oceniać przedłużenie życia. Na 11 żyjących (w tej liczbie 5 zbadanych przezemnie w 1924 r.) ilość czasu od założenia S. O. do marca 1925 r. wynosi: u 2-ch maximum 10 i 10½ lat, minimum u 2-ch 5 — 5½ lat, średnio 7 lat 2 miesiące. Wszystkie te osoby cieszą się dobrem zdrowiem. Szczegóły: Jedna miewa od czasu do czasu stany podgorączkowe, ale waży 79 kilo. Jedna miała frenikotomję po 5 latach od założenia S. O. przy pogorszeniu w drugim płucu i odtąd po czasowych wahanjach weszła znów na tory zupełnego dobrego zdrowia, jak to już było w 3 — 4 lata od założenia S. O. Trzy pacjentki wyszły za mąż. Jedna ma dziecko 1½ roku zdrowe, druga 4-letnie zdrowe, trzecia dwoje dzieci 7 i 4

<sup>1)</sup> Wskutek zaburzeń życia publ. podczas wojny i po niej, niemożliwym było zebrać więcej danych zupełnie ścisłych (8 rozsypanych po kraju, 5 wróciło do Rosji).

<sup>1)</sup> „Wydzielanie wypociny“. Ciekawą hipotezę dla wysięków bezgorączkowych „podobnych więcej do przesieków“ (Transsudat) stawia Sorgo, przypuszczając, że prawdopodobnie powstają one wskutek „ssącego działania, dzięki ujemnemu ciśnieniu opłucny“.

L. Bernard (200 chorych) dzieli wysięki na 4 grupy: 1) płynne, 2) plastyczne, 3) pośrednie między 1) a 2), 4) wyjątkowo ciężkie: ropne odrazu, przetoka oskrzel-opł. i zawierające obficie tbc.

Warneke uważa wogóle szybko wzrastające i miesiącami trwające wysięki za niebezpieczne dla chorego, zaznaczając, że najczęściej zawierają tbc w dużej ilości i niejednokrotnie podlegają większemu zakażeniu.

<sup>2)</sup> U Naveau na 570 przyp. tylko 7 przetok oskrzel.-opł.

lat również zdrowe, czwarta, za moją wiedzą, wychodzi wkrótce za mąż.

Bardzo ciekawą jest ta okoliczność, że u obecnie najzdrowszych nie osiągnięto zupełnego zapadnięcia (kolaps) płuca, bądź z powodu wzrostów bądź wysięków, ilość też napełnień była mniejsza niż w innych, przytem u dwóch została jednocześnie z S. O. wyleczona **laringitis tbc.** (u jednej z owrzodzeniami, o czym wyżej już była mowa).

Przechodzimy do zmarłych w ilości 20. Z tych 10 opuściło zakład za dużą, 10 ze względu poprawa. Ilość czasu wynosi maximum u 2-ch: 5 lat 3 miesiące i 10 lat — minimum u 2-ch:  $4\frac{1}{2}$  i  $5\frac{1}{4}$  lat. Średnio od założenia S. O. żyło tych 20 chorych 3 lata i 3 miesiące. Wychodząc z założenia — jak wyżej — że zmarliby po 3-ch miesiącach bez zastosowania S. O., przedłużenie życia wynosi właśnie dzięki S. O. średnio u 20 chorych 3 lata. Z cyfr tych sam przez się wypada odpowiedni wniosek.

Warszawa, marzec 1925 r.

#### BIBLIOGRAFJA.

- 1) Albert: Beitr. 52/3/4. 2) Amrein: Beitr. 58/1.
- 3) Ameuille: Pr. Méd. Nr. 83, 1922. 4) Ameuille: S-té M. Hôp. Paris, 25.5.1923. 5) Altschüller: Beitr. 52/2. 6) Brauer u. L. Spengler: „Die opr. Behandlung d. Lungen Tuberculose (Handbuch Brauer-Schröder Blumenfeld Bd. 11, 1923). 7) Bock: Beitr. 58/1. 8) Burmand: Pr. Méd. Nr. 86, 1923. 9) Barlow et Kramer: ref Lelong in Rev. Tub. Nr. 1, 1923. 10) Burrell et Salisbury: ref Lelong Ibid Nr. 1, 1923. 11) Besançon: Pr. Méd. Nr. 75, 1924. 12) L. Bernard: Pr. Méd. Nr. 3, 1925. 13) Idem: Pr. Méd. Nr. 99, 1924. 14) Idem: S-té M. Hôp. Paris 18/7, 1924. 15) Idem: Ibid Paris 6/6, 1924. 16) Idem: Ibid 30.XI 1923. 17) Carpi: Dauer-resultate d. Pneumoth. in Handbuch Löwenstein, Wien 1923. 18) Idem: Schw. M. W. Nr. 13, 1921. 19) Idem: Corr. Bl. f. Schw. Ärzte Nr. 18, 1924. 20) Idem: „Tuberculose“ Vol. XV, Fasc. 3. 21) Caussade: Pr. Méd. Nr. 61, 1924. 22) Dumarest: „La pratique d. pneumothor. thérap. Paris 1923. 23) Idem: Rev. Tub. Nr. 2, 1922. 24) Idem: Rev. Tub. Nr. 6, 1920. 25) Pr. Méd. Nr. 23, 1924. 26) Idem: Rev. Tub. Nr. 4, 1920. 27) Idem: Rev. Tub. Nr. 2, 1921. 28) Idem: Rev. Tub. Nr. 1, 1925. 29) Dahlstedt: Beitr. 52/2. 30) Deist: Beitr. 46/2. 31) Debré et Laplane: Rev. Tub. Nr. 2, 1922. 32) A. Delille: Pr. Méd. Nr. 22, 1923 et Nr. 85, 1924. 33) Idem: Ibid 6 Juin 1923. 34) Dénecheau: Rev. Tub. Nr. 1, 1923. 35) K. Dłuski: O szt. odmie piers. Kraków 1916. 36) Friedland: Beitr. 58/1. 37) Fränkel: Kl. W. Nr. 23, 1924. 38) Idem: Kl. W. Nr. 7, 1922. 39) Grisolle: Pathologie Interne, Paris 1844, p. 795-806. 40) Giraud et Regnier: Rev. Tub. Nr. 1, 1925. 41) Gwerder: Le pneumothorax de détente etc. Milan, 1922. 42) Idem: Beitr. 47/2. 43) Grass: Beitr. 51/2. 44) Idem u. Meiners: Ibid. 45) Génévrier: Pr. Méd. Paris Nr. 41, 1924. 46) Hirschsohn u. Maendl: Beitr. 49/1. 47) Hornung: Beitr. 57/1. 48) Harms: Beitr. 55/2. 49) Hervé: Rev. Tub. Nr. 4, 1922. 50) Idem: Rev. Tub. Nr. 1, 1921. 51) Hochstetter: Zeit. f. Tub. Bd. 40/2. 52) Jossé: Beitr. 46/2. 53) Kuss: Rev. Tub. Nr. 3, 1921. 54) Kellner: Beitr. 53/4. 55) Kohler: Kl. W. Nr. 46, 1923. 56) Kindberg: Pr. Méd. Nr. 22, 1924. 57) Kogan: Zeit. f. Tub. 40/6. 58) Kowitz: Beitr. 50. 59) Le Blanc: Beitr. 50. 60) Lindblom: Beitr. 52/1. 61) H. Liebe: Beitr. 49/2. 62) Lindig: Beitr. 54/3. 63) Lunde: Zeit. f. Tub. Bd. 39/3. 64) Loening: Beitr. 56/1. 65) Maendl: Zeit. f. Tub. 39/1. 66) Idem: Beitr. 58/1. 67) Mantoux: Pr. Méd. Nr. 86, 1924. 68) Idem: Rev. Tub. Nr. 6, 1921. 69) Müller: Rev. Sorgo in W. M. W. Nr. 43, 1923. 70) W. i C. Matson i Bilailion: Rev. Schulte—Tgges in Zeit. f. Tub. Bd. 42/1. Marjankówna: P. G. L. Nr. 25, 1924. 72) Mohr: Med. Kl. Nr. 12, 1925. 73) Niemeyer: Traité de pathologie interne (trad. franç.) Paris 1869, p. 329-340. 74) Nettor: Pneumothorax in Traité d. médecine, t. IV, Paris 1898. 75) Naveau: Les résultats de pneumothorax thérapeutique Paris 1925. 76) Pissavy: Pr. Méd. Nr. 31, 1924. 77) Pignet et Giraud: Pr. Méd. Nr. 23, 1923. 78) Idem: Pr. Méd. Nr. 31, 1924. 79) Péhu Cordier et Bonafé: Pr. Méd. Nr. 57, 1922. 80) Pelé:

- S-té M. Hôp. Paris 25.5.1923. 81) Roubier: Pr. Méd. Nr. 4, 1924. 82) Reich: W. M. W. Nr. 22, 1921. 83) Idem: W. M. W. Nr. 48, 1922. 84) Rist: Rev. Tub. Nr. 4, 1922. 85) Idem: Rev. Tub. Nr. 4, 1921. 86) Rist et Ameuille: Rev. Tub. Nr. 6, 1920. 87) Rénon: Rev. Tub. Nr. 4, 1920. 88) Sorgo „die Behandlung mit kuenst. Pneumot. (in Handbuch E. Löwenstein, Wien 1923). 89) E. Sergent: Pr. Méd. Nr. 85, 1922. 90) L. Spengler: Ref. in Kl. W. Nr. 39, 1923. 91) Saugmann: „Die Technik d. kuenst. Pneumoth. (in Handbuch E. Löwenstein Wien 1923. 92) Schönfeld: Kl. W. Nr. 46, 1923. 93) Stöcklin: Beitr. 46/2. 94) G. Schröder: Beitr. 59/1/2. 95) Seidmayer: M. W. W. Nr. 30, 1921. 96) Z. Tomaszewski: Doświadcz. badania nad wpływem S. O. etc. Kraków 1917. 97) A. S. Tenenbaum: P. G. L. Nr. 8 i 9, 1923. 98) Troisier et Gaget: Pr. Méd. Nr. 45, 1923. 99) Toussaint: Influence du pneumoth. sur la marche de la tuberculisation pulmonaire (thèse), Paris 1880. 100) Uverrieh: Kl. W. Nr. 1, 1924. 101) Weil Emil: Pr. Méd. Nr. 94, 1922. 102) Idem: S-té Hôp. Paris 26.10.1923. 103) Węgrzynowski: P. G. L. Nr. 13, 1925. 104) Winkler: Beitr. 58/1. 105) Wörner: Beitr. 54/3. 106) Warnecke: Beitr. 58/1. 107) Idem: Beitr. 59/1/2. 108) Yoor: Beitr. 58/1. 109) Zemin: Beitr. 47/2.

#### Skróty:

- Beitr. z. Klin. d. Tub. = Beitr.  
 Presse Médicale = Pr. Méd.  
 Société Médicale des Hôpitaux. = S-té M. Hôp. Paris.  
 Schweiz. Mediz. Wochen. = Schw. M. W.  
 Corresp. Blatt. f. Schweiz. Ärzte = Corr. Bl. Sch.  
 Ärzte.  
 Revue de la Tuberculose = Rev. Tub.  
 Klinische Wochen. = Kl. W.  
 Zeitschr. für Tuberculose = Zeit. f. Tub.  
 Wiener Med. Woch. = W. M. W.  
 Polska Gazeta Lekarska = P. G. L.  
 Münch. Med. Woch. = M. M. W.

Z I Kliniki Lekarskiej w Wiedniu.  
 (Dyrektor: prof. K. F. WENCKEBACH).

### Gospodarka wodna a układ siateczkowo-śródbłonkowy.

Podał  
 B. JOCHWEDS (Warszawa).

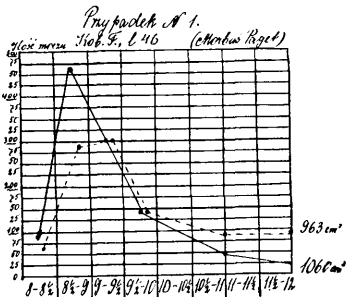
Wiadomości nasze o własności układu siateczkowo-śródbłonkowego, polegającej na chwytności cząsteczek stałych ze krwi, własności, znikającej po „zablokowaniu“ tego układu np. przez elektrokollargol, zostały w ostatnich czasach znacznie pogłębione i rozszerzone. M. in. zaczęto się zastanawiać nad stosunkiem układu siateczkowo-śródbłonkowego do gospodarkę wodną i starano się wykryć w ten sposób jeden z nowych czynników pozanerkowego pochodzenia retencji wody. Na wątrobę, jako na ważny czynnik, regulujący gospodarkę wodną, wskazują prace Molitor i Picka<sup>1)</sup>, Picka i Wagnera<sup>1)</sup>, Tigerstedta<sup>1)</sup>, Mautnera<sup>1)</sup>, Lamsona i Roka<sup>1)</sup>, Landaua i Papa<sup>1)</sup>, A. Adlera<sup>1)</sup>, Pollitzera i Stolza<sup>1)</sup>—Saxli Donath<sup>1)</sup>,<sup>2)</sup> zaś badali zwłaszcza wpływ układu siateczkowo-śródbłonkowego na gospodarkę wodną: zastrzykiwali królikom do żyły usznej 10 cm<sup>3</sup> elektrokollargolu, a po 10 minutach — 100 gr. fizjologicznego roztworu soli kuchennej, poczem stwierdzali rozwodnienie krwi, trwające kilka godzin (zmniejszenie liczby czerwonych krwinek oraz wskaźnika refraktometrycznego). Następnie autorzy ci usiłowali wpłynąć na wydalanie wody u człowieka w przebiegu próby wodnej Volharda

i otrzymali w rzeczywistości znaczne zahamowanie wydalania. Na podstawie tych badań S. i D. wypowiedzieli zdanie, że układ siat.-śródbł. wpływa regulująco na gospodarkę wodną.

Wychodząc z tych doświadczeń Saxla i Donatha, postawiłem sobie za zadanie zbadanie dokładniejsze wpływu blokowania układu siat.-śródbł. na gospodarkę wodną ustroju ludzkiego w warunkach normalnych i patologicznych. W tym celu przeprowadziłem na szeregu chorych (w stanie bezgorączkowym i bez obrzęków) próbę wodną w zwykły sposób. Po 3 dniach powtarzałem próbę, z tą jednak różnicą, że chorzy otrzymywali na 10 minut przed wypiciem wody (godz. 8 rano) 10 cm.<sup>3</sup> elektrokollargolu dożylnie. Za każdym razem określałem ilość wydalanej wody, wagę chorych przed próbą i po próbie, wydalanie soli kuchennej w każdej porcji moczu, zawartość hemoglobiny we krwi, wskaźnik refraktometryczny (zawartość białka w surowicy), liczbę czerwonych ciałek oraz szybkość opadania metodą Linzenmeyera (o 8.30 i 9.30, t. j. po upływie pierwszych 30 i 90 minut).

I Grupa. Przypadki z prawidłową gospodarką wodną.

Poniższe tablice i krzywe odzwierciedlają przebieg próby wodnej, przeprowadzonej bez blokowania oraz po zastrzyku elektrokollargolu w tych przypadkach, w których zwykła próba wodna przebiega prawidłowo.



Próba wodna			
	Hemoglob (Sahit)	Przed elektrokollarg.	Po elektrokollarg.
Białko w surowicy	100		
	95		
	90		
	85		
	80		
	75		
	70		
	65		
	60		
	55		
	50		
	45		
	40		
	35		
	30		
	25		
	20		
	15		
	10		
	5		
	0,0%		

----- Próba wodna przed elektrokollargolem.

----- Próba wodna po elektrokollargolu

Tablice te i krzywe wykazują, że u zdrowego człowieka obciążenie wodą w ilości 1 litra nie powoduje żadnych prawie zmian we krwi pod względem zawartości hemoglobiny, wskaźnika refraktometrycznego, liczby czerwonych ciałek oraz szybkości opadania.

Tem jaskrawsze są odchylenia po uprzednim zablokowaniu za pomocą elektrokollargolu. Przed-

wszystkiem zmienia się przebieg wydalania wody. Ilość ogólna wydalanej wody zmniejsza się o mniej więcej 100 cm.<sup>3</sup>, a pozatem, jak to uwidacznia krzywa przzerwana, w ciągu pierwszych dwóch godzin wydalanie wody jest stosunkowo mniejsze, natomiast w ciągu następnych — stosunkowo większe, niż przy zwykłej próbie wodnej. Pozatem występuje wyraźne rozwodnienie krwi, a mianowicie: zawartość hemoglobiny spada z 64 na 54% (bez blokady: 68 i 65%), zaś zawartość białka w surowicy z 7,8 na 7,2% (7,8 i 7,6%).

Przyp. Nr. 1 Kob. F., l. 46 (Morbus Paget).

M O C Z	Próba wod. przed elektrokollarg.				Próba wod. po elektrokoll.				
	Czas	Ilość moczu	Ciężar gatunk.	Na Cl w gr.	Waga ciałka w kg.	Ilość mocz.	Ciężar gatunk.	Na Cl w gr.	Waga ciałka w kg.
	6-8	80	1020			90	1016		
	8-8½	100	1005	0,60	61,2	59	1019		
	8½-9	460	1000	0,37		294	1005	0,18	
	9-9½	300	1000	0,20		304	1003	0,21	
	9½-10	130	1005	0,64		132	1010	0,18	
	10-10½	45	1016	0,44		82	1020	0,27	
	10½-11								
	11-11½	25	1025	0,34		92	1012	0,32	
	11½-12				60,15				60,3
		1060 cm. <sup>3</sup>		2,59		963 cm. <sup>3</sup>		1,46	
K R E W	Czas	Hb.	Czerw. ciałka	Białko w surowicy	Szybkość opadania	Hb.	Czerw. ciałka	Białko w surowicy	Szybkość opadania
	8 <sup>30</sup> rano	68%	5,062,500	7,8	230 minut	65%	4,500,000	7,8	230 minut
	9 <sup>30</sup>	65%	4,843,750	7,6	232	54%	4,000,000	7,2	300

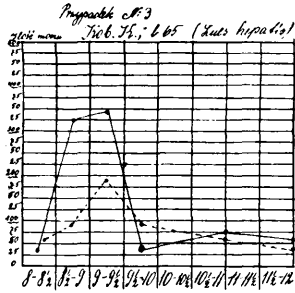
II Grupa. Przypadki z dążnością do retencji wody.

(Patrz tabl. str. 171)

Zablokowanie układu siat.-śródbł. powoduje tu wybitną retencję wody (zamiast 885 cm.<sup>3</sup> chora wydalila tylko 523 cm.<sup>3</sup>) oraz znaczną hydremję. Zawartość hemoglobiny spada tu z 48 na 39% (bez blokady: 45 i 46%), zaś zawartość białka w surowicy — z 8,0 na 6,9% (7,3 i 7,2%).

Z wyników powyższych widzimy więc, że zablokowanie układu siat.-śródbł. powoduje u człowieka dłuższe przebywanie we krwi nie tylko zastrzykniętych dożylnie barwików, emulsji tłuszczowej<sup>3</sup>, leków<sup>4</sup>) i t. p., lecz również podawanej doustnie wody, skutkiem czego odpada niezbędny dla diure-

zy bodziec tkankowy. W ten sposób powstaje zahamowanie i opóźnienie wydalania wody, najwybitniejsze w tych przypadkach, w których już poprzednio istniała dążność do retencji wody (gotowość obrzękowa?).



Próba wodna			
Białko w surowicy	Hemoglob (Sahli)	Przed elektrollarg.	Po elektrollarg.
	100	100	
95	95		
90	90		
85	85		
80	80		
75	75		
70	70		
65	65		
60	60		
55	55		
50	50		
45	45		
40	40		
35	35		
30	30		
8,0	80%		
7,8			
7,6			
7,4			
7,2			
7,0			
6,80%	60%		

----- Próba wodna po elektrollargolu.

----- Próba wodna przed elektrollargolem.

Przyp. Nr. 3 Kob. K., 1. 65 (Lues hepatitis).

M O C Z.	Próba wodna przed				Prób. wod. po elektrollarg.				
	Czas	Ilość moczu	Ciężar gatun.	Waga ciała w gr.	Ilość moczu	Ciężar gatun.	Waga ciała w gr.	Waga	
	6-8	31	1025		59	1021			
	8-8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	45	1015	0,22	58,7	53	1017	0,30	
	8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -9	326	1005	0,15		90	1005	0,08	
	9-9 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	343	1003	0,20		190	1001	0,07	
	9 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -10	39	1007	0,10		90	1001	0,09	
	10-10 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	75	1009	0,19		56	1012	0,45	
	10 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -11								
	11-11 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	57	1013	0,30		44	1013	0,35	
	11 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -12								
		885 cm. <sup>3</sup>		1,16 gr.		523 cm. <sup>3</sup>		1,34 gr.	
K R E W.	Czas	Hb	Czerw. ciała	Białko w surowicy	Szyb. opad.	Hb.	Czerw. ciała	Białk z surowicy	Szyb. opad.
	8,30 rano	450%	3,990 t.	7,30%	35 minut	480%	4 milj.	8,00%	35 minut
	9,30	460%	4,110 t.	7,20%	35	390%	3,5 mil.	6,90%	40

Na zakończenie pozwolę sobie zaznaczyć, że skutkiem zablokowania układu siat.-śródbł. zmienia się nieco przebieg wydalania soli kuchennej, przy czym ilość całkowita NaCl, wydalonej podczas próby wodnej, pozostaje oczywiście b. mała. Wobec tego jednak, że zmiany te występują nie we wszystkich przypadkach, wysuwanie z nich jakichkolwiek wniosków byłoby rzeczą zbyt ryzykowną.

Zdolność rozcieńczająca nerek nie zmienia się pod wpływem zablokowania, co dowodzi, że czynność ich nie uległa zaburzeniu.

Szybkość opadania czerwonych ciałek krwi, pozostająca bez zmian w przebiegu zwykłej próby wodnej, wykazuje po blokadzie niewielkie odchylenia (230 i 300 minut, 35 i 40, 180 i 190 i t. d.), co wskazywaćby mogło na pewne przesunięcie w stosunku wzajemnym koloidów osocza; jednakże odchylenia te są tak nieznaczne, że wpływ ich na retencję wody nie może być brany pod uwagę.

Wnioski:

1) Zwykła próba wodna nie powoduje u zdrowego człowieka żadnych lub prawie żadnych zmian we krwi.

2) W przebiegu próby wodnej z poprzedzającym zablokowaniem układu siat.-śródbł. (zastrzyk dożylny elektrollargolu na 10 minut przed wypiciem wody) wydalanie wody ulega zahamowaniu i opóźnieniu.

3) Po zablokowaniu powstaje u człowieka (tak samo jak u królika) przejściowa hydremja, której wskaźnikiem jest zmniejszenie zawartości hemoglobiny, liczby czerwonych krwinek oraz zawartości białka w surowicy.

4) U chorych z dążnością do pozanerkowej retencji wody zahamowanie wydalania wody i hydremja są o wiele wybitniejsze.

5) Zahamowanie wydalania wody i jednoczesna hydremja po blokadzie układu siat.-śródbł. są nowym i ważnym przyzwyczajeniem do kwestji pozanerkowego pochodzenia retencji wody.

**Piśmiennictwo:**

1) Cyt. wedł. P. Saxl und F. Donath. Wasserhaushalt und reticulo-endotheliales System. Klin. Wochenschr. Nr. 31 1924. — 2) P. Saxl: Ueber Wassersucht und ihre Behandlung. Fortbildungsvortrag. Wien. Wochenschr. 1924. — 3) P. Saxl und F. Donath: Eine Funktionsprüfung der Abfangorgane des reticulo-endothelialen Systems. Wien. klin. Wochenschr. 1925 Nr. 2. — 4) P. Saxl und F. Donath: Interavenöse Injektionen bei blockiertem reticuloendotheliale System (Blockierungstherapie). Wiener klin. Wochenschr. 1924, Nr. 26. 5) B. Joehweds: Zawartość chlorków w ślinie ludzkiej Warsz. Czas. Lek. 1924, Nr. 1.

Z Oddziału chorób wewnętrznych w Szpitalu na Czystym w Warszawie.

(Ordynator: Doc. Dr. KLEIN).

**O wziernikowaniu żołądka\*).**

Podał

S. FRANK (Warszawa).

Do większych zasług Mikulicza należy wprowadzenie do kliniki wziernika żołądkowego w

\*) Wykład na XII Zjeździe lekarzy i przyrodników Polskich 14 lipca 1925.



r. 1881; udało mu się już wówczas za pomocą zgiętego gastroskopu swojego pomysł rozpoznawać raka żołądka. R o z e n h e i m w r. 1895 przekonał się, że sztywny wziernik może być wprowadzony do żołądka z takim samym powodzeniem, jak i giętki. K e l l i n g w r. 1898 wprowadza gastroskop zgięty, który w żołądku zostaje wyprostowany za pomocą specjalnego mechanizmu. Wszystkie następne systemy wzierników miały, tak jak i poprzednie, tę zasadę, aby za pomocą pryzmatu i całego systemu soczewek odbić w oku badającego obraz śluzówki żołądka. Wreszcie L o e n i n g i S t i e d a mają zasługę wprowadzenia w r. 1910 wziernikowania jako praktycznego sposobu badania. Przeciwnicy tej metody wskazują na możliwość przedziurawienia przełyku — zwłaszcza przy przejściu jego przez przeponę. Ale przez ostrożne i wolne wprowadzanie narzędzia bez specjalnego ucisku można uniknąć przedziurawienia. Ujemną stroną wziernikowania jest niemożliwość obejrzenia tylnej ściany żołądka oraz wpustu z górną częścią małej krzywizny; cdcinki te mogą być atoli oglądane za pomocą wziernika przetykowego. My posługujemy się wziernikiem systemu L o e n i n g a i S t i e d y. Składa się on: 1) z gumowego zgłębnika z zatykadłem oraz 2) z rury optycznej z żarówką. Zgłębnik jest tylko w dolnej swej części giętki, w górnej zaś — sztywny — o średnicy 13,5 mm. Za pomocą zatykadła wprowadza się go, jak zgłębnik żołądkowy. Po wprowadzeniu do żołądka — wyciąga się zatykadło, a na jego miejsce wprowadza się optyczną część długości 71 cm. Ściana przełyku jest wtedy ochroniona gumową częścią narzędzia, a więc możliwość przedziurawienia przełyku zdaje się być wyłączone.

Kiedy i w jakich przypadkach należy posługiwać się gastroskopem? Znani są wszystkim chorzy, u których przeprowadzono wszelkie badania kliniczne — nie wyłączając prześwietlenia promieniami R o e n t g e n a, a rozpoznania u nich nie udało się postawić, również mamy często chorych, u których przeważają objawy nerwowe, a badanie śluzówki żołądka za pomocą wziernika wykazuje liczne nadżerki. Nadżerki te są prawdopodobnie przyczyną często napotykanych bólów w nadkwaśności. Rozumie się, że wziernikować należy tylko przypadki rozpoznawczo niejasne i trudne i to dopiero po wypróbowaniu wszelkich innych sposobów badania. Za jedno z najważniejszych wskazań do wziernikowania należy uważać różniczkowe rozpoznanie między wrzodem łagodnym a początkowym okresem raka, kiedy jeszcze chory dzięki wczesnej operacji mógłby być uratowany. Przy ujemnym rezultacie badania mamy możliwość zwolnienia chorego od t. zw. próbnej operacji. W razie stwierdzenia u chorego za pomocą zwykłych badań obecności raka — wziernikowanie może służyć za dopełnienie badania, dając możliwość stwierdzenia, jak daleko posunięte jest cierpienie, czy możliwe jest uleczenie chorego drogą operacji. Często chirurg podczas operacji nie jest w stanie rozróżnić wrzodu modzelowatego od raka. H o h l w e g stawia gastroskopję wyżej od innych sposobów rozpoznania wrzodu żołądka. R a h n e n f ü h r e r rozpoznał wrzód żołądka w 24 przypadkach, w których tylko 8 razy był klinicznie rozpoznany. H ü b n e r badał 104 chorych,

z których 100 było następnie operowanych. Dochodzi on do wniosku, iż gastroskopja przedstawia bardzo ważną metodę w rozpoznawaniu cierpień żołądka.

Na oddziale doc. Kleina w Szpitalu na Czystem w Warszawie badamy chorych odmiedawna za pomocą gastroskopu w przypadkach klinicznie niejasnych. Pozwolę sobie przytoczyć kilka przypadków, w których gastroskopja wyświetliła rodzaj cierpienia. Badamy chorych naczco po ewent. przepłukaniu żołądka. Chory otrzymuje 0,01 pantoponu podskórnie, poczem przystępujemy do znieczulenia gardzieli; czynimy to zapomocą 5% tutokainy bardzo skrupulatnie, gdyż od tego zależy powodzenie wziernikowania żołądka.

Chory B. H., 56 l. — od 10 tygodni narzeka na bóle w krzyżu i w dołku niezależnie od przyjmowania pokarmów. treść żołądkowa: HCl wolny—30, kwasota ogólna — 60. W kale próba na utajone krwawienie — wynik dodatni. W nadbrzuszu macalny guz. Dwukrotne badanie promieniami R o e n t g e n a wykazuje: 1) Stenosis pylori, 2) Ca. ventriculi (?). Gastroskopja wykazała wyraźnie Ca. małej krzywizny.

Chory J. A., 38 l. w r. 1918 operowany z powodu Ulc. pylori. W rok po operacji znów dolegliwości b. silne. Podejrzanie ulc. pept. jejuni. Za pomocą wziernika obejrzano miejsce zespolenia: wrzód niewidoczny, natomiast stwierdzono b. wybitne nieżyttowe zapalenie śluzówki żołądka.

Na podstawie naszego materiału oraz głosów innych autorów staje się widocznem, iż w razie trudności rozpoznawczych w schorzeniach żołądka wziernikowanie tego organu może przyjść nam z pomocą. Należy jednak pamiętać, iż wszelkie inne sposoby badania klinicznego powinny być przeprowadzone, a dopiero wtedy, gdy zachodzi potrzeba t. z. próbnej operacji — o wiele bezpieczniej jest zastosować gastroskop.

#### Piśmiennictwo:

H o h l w e g: Beobachtungen und Betrachtungen auf Grund von 100 Gastroskopien (Münchn. med. W. 1924. Nr. 16), H ü b n e r: Die Bedeutung der gastroskopischen Methode (Klin. Woch. 1925 Nr. 10); M i k u l i c z: Ueber Gastroskopie und Oesophagoscope. Wiener Med. Presse 1881; R a h n e n f ü h r e r: Die diagnostische Bedeutung der Magenspiegelung (Münchn. Med. W. 1924. Nr. 41); S c h i n d l e r: Lehrbuch und Atlas der Gastroskopie. (München 1923. Lehmanns Verlag).

Z przychodni przeciwgruźliczej powiatowej Kasy Chorych w Piotrkowie.

### O często zapomnianym objawie początkowych okresów gruźlicy płuc.

Podał

Szymon TENENBAUM (Piotrków).

Przy opukiwaniu przedniej powierzchni klatki piersiowej u osobników młodszych z podejrzeniem gruźlicy płuc, prócz nieznacznego podniesienia ciepłoty, rzadziej nieznacznego skrócenia wypuku nad jednym ze szczytów płucnych, nierzadko stwierdzamy zmniejszenie powierzchni stłumienia serca. Ten objaw, na który pierwszy zwrócił swego czasu uwagę T u r b a n, a o którym wspomina i N e u m a n n w swej książce (Die Klinik der begin. Tub. Erwachs. 1923), — udało mi się stwierdzić objaw na większym materiale przychodni i w praktyce prywatnej. Brałem pod uwagę tylko osobników młodych, nie zajętych ciężką pra-



cą fizyczną, a więc te przypadki, w których o rozedmie płuc mowy być nie mogło. Samo już to zmniejszenie powierzchni stłumienia serca u osobników, podejrzanych o gruźlicę, skierowuje uwagę w stronę jednego lub drugiego szczytu płuc. Po upływie pewnego czasu udawało mi się stwierdzić w jednym ze szczytów zmiany wyraźniejsze. Przy przesunięciu prawej granicy serca o 1 — 2 palce poprzeczne od linii przymostkowej lewej w lewo należy lokalizować zmiany w szczycie prawym; przy przesunięciu lewej granicy serca o 1—2 palce poprzeczne od uderzenia koniuszczkowego serca w prawo — rozpoznawać wolno zmiany w szczycie lewym. W razie istnienia zmian w obu

szczytach — stłumienie serca, zmniejszone z obu stron, przypomina stłumienie, spotykane w rozedmie płuc.

Spostrzeżenie, wyżej opisane, które ma zależeć od częściowej rozedmy zastępczej danego płuca, ułatwiało mi nieraz postawienie prawidłowego rozpoznania i zastosowanie odpowiedniego leczenia wtedy, gdy wynik badania fizykalnego poza tem był dość nikły.

Doświadczenie moje, oparte na sporym materiale w przychodni przeciwgruźliczej, ośmiela mnie do przypomnienia tego objawu Turbana w początkowym okresie gruźlicy płuc.

## Z praktyki prywatnej.

### Wzmoczenie samoistne ciśnienia tętniczego a choroba Brighta\*).

Podał

A. W. KAPŁAN (Warszawa).

Nawiązując do referatu, ogłoszonego przez d-ra A. Landaua chciałbym zaznaczyć, że nie należy samoistnego wzmocnienia ciśnienia tętniczego „hypertonji essencjonalnej“ zaliczać do rzędu chorób nerkowych, jako nephrosclerosis benigna s. occulta, lecz wyodrębnić jako oddzielny, niezależny objaw, wzgl. zespół objawów chorobowych.

Klinicznie nie da się w żaden sposób przeprowadzić podziału między nephrosclerosis benigna i maligna, gdyż w przebiegu nerki marskiej chory często przez długi okres czasu czuje się zupełnie dobrze i nie wykazuje żadnych zaburzeń czynnościowych, i nagle po nieznacznym zaburzeniu (np. lekkiej infekcji, katarze itp.) może nastąpić zwrot ku gorszemu z objawami niedomogi.

Z drugiej strony, zwłaszcza w okresie powojennym, spotyka się dużo osób z nadmiernym ciśnieniem tętniczym, dochodzącym wyżej 200 mm. rtęci, u których występuje ono w związku z zaburzeniami w wydzielaniu gruczołów dokrewnych, jak naprzykład w okresie przekwitania u kobiet, lub też w związku z częstymi podnieceniami lub przejściami psychicznymi.

Związek ten hypertonji ze wzruszeniami jest zrozumiały ze względu na bliski stosunek wzruszeń do układu roślinnego i układu roślnego do hypertonji.

U ludzi tych za życia nie spotykamy żadnych objawów choroby nerek lub zaburzenia ich czynności; również i ściśle badanie pośmiertne nie wykazuje w tych przypadkach zmian makroskopowych lub mikroskopowych w nerce. Przeciwnie, niejednokrotnie na sekcjach stwierdzano w nerkach zmiany anatomiczne, które były przytaczane, jako przykład nerkowego pochodzenia hypertonji u ludzi, u których za życia nigdy nie było podniesionego ciśnienia (v. Monakow, Brogsitter).

Sam sposób powstawania hypertonji w hypertonji essencjonalnej i chorobach nerek, jak na przykład w ostrem zapaleniu kłębuszkowym nerek lub nerce ciężarnych, jest zgoła odmienny.

W hypertonji essencjonalnej podniesienie ciśnienia następuje wskutek skurczu drobnych tętniczek bez zmian morfologicznych i czynnościowych w kapillarach. W ostrem zapaleniu nerek kłębuszkowym wzmoczenie ciśnienia występuje przede wszystkim na skutek zaburzeń w układzie naczyń włosowatych. Widzimy wtedy mianowicie rozszerzenie, zmianę kształtu i przebiegu naczyń włosowatych, zmienioną ich zawartość, powiększoną przepuszczalność ścian dla niektórych barwników i ciał koloidalnych — stąd skłonność do wytwarzania się obrzęków i białka i znaczne podniesienie ciśnienia włosowatego. (Badania Weissa, Krogha, Fahrenkampa i innych).

Podniesienie ciśnienia pierwszego rodzaju, warunkowane skurczem drobnych tętniczek, możemy nazwać podług Kyla hypertonją arterjalną; hypertonję wskutek zaburzenia w układzie naczyń włosowatych — hypertonją kapillarną.

Ponieważ przemiana materji odbywa się przeważnie w naczyniach włosowatych, tętniczki zaś służą raczej jako kanały do transportu krwi, mamy w hypertonji kapillarnej uszkodzenia w tkankach i narządach, sięgające głębiej, niż w hypertonji arterjalnej. Stąd zrozumiały jest często łagodny przebieg nadciśnienia samoistnego.

Jako przykład łagodnego przebiegu nadciśnienia samoistnego chciałbym przytoczyć 2 przypadki obserwowane przeze mnie przez kilka lat: 2 siostry S. S. Starsza 67 l. wdowa, powiła 7 dzieci, wykłada angielski w szkołach, młodsza 64 lat—przełożona gimnazjum. Obydwie prowadzą bardzo czynny i ruchliwy tryb życia, utrzymując się same. Ciśnienie tętnicze p. Riva-Rocci u starszej od wielu lat—245 mm. rtęci! u młodszej — 225 mm. Obydwie poza przejściowymi niedomaganiem kiszki i reumatycznymi i pewnymi sensacjami subiektywnymi żadnych chorób lub zaburzeń nerek nie przechodziły.

Widzimy więc, że dane kliniczne, anatomiczne i doświadczalne przemawiają za tem, że aczkolwiek pewne formy choroby Brighta idą w parze ze wzmocnionym ciśnieniem i wynikającym stąd wzrostem serca, to jednak rzeczony objawy niezawsze uważać należy za nerkowe. Nadciśnienie zaś samoistne, w którym notujemy często najwyższe cyfry

\* ) Głos w dyskusji nad referatem „O chorobie Brighta“ na XII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich.

ciśnienia, i które powstaje prawdopodobnie wskutek nadmiernej pobudliwości układu roślinnego, należy wyodrębnić jako osobny zespół chorobowy. Spotykamy ten objaw dziedzicznie w pewnych rodzinach — tych samych, w których spotykamy przypadki otyłości, dny, miażdżycy, cukrzyca, astmy, migreny. Jednocześnie często stwierdzamy w hipertenzji esencjonalnej szereg innych objawów:

- 1) Upośledzenie w asymilacji węglowodanów, stąd skłonność do cukromoczu i hyperglikemji;
- 2) pewne uchylenia w przemianie soli nieorganicznych, jak np. wapnia i potasu;
- 3) podwyższoną często zawartość kwasu moczowego i cholesterynu we krwi (Westphal);

4) odmienną i nadmierną reakcję na środki farmakologiczne, pobudzające układ roślinny, np. adrenalinę (Kyllin);

5) osoby z nadciśnieniem samoistnym w przeciwieństwie do nefrytyków mają gorzej znosić wysoką  $t^0$  zewnętrzną (Kaufman).

Z powyższego stanowiska ocena zespołu drobnych objawów nerkowych, opisanych przez Dieulafoy, powinna ulec zmianie, gdyż tylko część ich należy uważać za wczesne objawy schorzenia nerek; niektóre zaś, jak np. swędzenie skóry, bicie serca, różne sensacje, chromanie przestankowe, towarzyszą nadciśnieniu samoistnemu.

## Streszczenia zbiorowe.

### Dotychczasowe wyniki stosowania Sanokryzyny Möllgaarda w gruźlicy

(wraz z własnymi spostrzeżeniami).

Podał

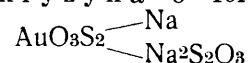
Mieczysław GANTZ (Warszawa).

Gdy około 1½ roku temu ukazały się pierwsze wiadomości o nowym niezawodnym środku chemo-terapeutycznym przeciw gruźlicy, spotkały się one, rzecz jasna, z usprawiedliwionym sceptycyzmem. Zbyt dużo rozczarowań przeżył na tym gruncie świat lekarski. Dalsze jednak szczegóły, przychodzące z ojczyzny wynalazcy środka, z Danji, między innymi wiadomości o nadzwyczaj przekonywujących doświadczeniach na cielętach i o wynalezieniu nowej surowicy przeciwgruźliczej — zmuszały do poważniejszego traktowania sprawy, zwłaszcza, gdy książka, która ukazała się na jesieni r. 1924 (Chemotherapy of tuberculosis by Möllgaard) i która podawała do wiadomości publicznej stronę teoretyczną i kliniczną, czyniła wrażenie pracy poważnej. Zaznaczyłem to w Nr. 2 „Warsz. Czasop. Lek.” z r. 1925 w sprawozdaniu z książki, dodając jednocześnie, że „część teoretyczna, niezmiernie interesująca pod względem doświadczalnym, zawiera sporo wniosków, właściwie nieopartych dostatecznie dowodami (naprzykład cała sprawa surowicy tak zwanej przeciwgruźliczej, pewne porównanie z tuberkuliną, objaśnienie wstrząsu etc.). Odebrałem podówczas wrażenie, że sanokryzyna nie jest jeszcze tym upragnionym środkiem przeciwgruźliczym, czemu dałem wyraz w dyskusji nad sprawozdaniem Szymanowskiego i Rudzkiego w Sekcji klin. Tow. Med. Społ. Od tego czasu nagromadziła się pewna liczba faktów, opartych na cudzym a i na własnym doświadczeniu, — nie od rzeczy więc będzie przedstawić ogółowi lekarzy stan obecny sprawy sanokryzyny.

Nie będę na tem miejscu powtarzał wszystkiego, co dotyczy badań doświadczalnych Möllgaarda i pierwszych klinicystów kopenhaskich, tembardziej, że interesujący się tem znajdzie odpowiednie szczegóły w „Medycynie doświadcz. i społecznej”, t. II, Nr. 1, 2, lub w „Pol. Gaz. Lek.” 1925 Nr. 25 (Sokolowski). Dziś chcę tylko przypom-

nieć kilka punktów zasadniczych, specjalnie podkreślanych przez wynalazcę, jako cechy swoiste sanokryzyny, w przeciwstawieniu do wszelkich dotychczas znanych przetworów złota. Są one następujące:

1. Sanokryzyna o formule chemicznej



przedstawia połączenie, w którym złoto jest mocno związane z tlenem, a nie z siarką, co ma wpływać na byc wprowadzona w dawkach dostatecznie dużej ilości dodatnich jonów metalowych.

2. Sanokryzyna wobec tego może i winna być wprowadzona w dawkach dostatecznie dużych, gdyż ma działać bakterjobójczo, a nie katalitycznie.

3. Działanie jej polega na bezpośrednim zabijaniu prątków gruźliczych, a nie na pośrednim drażnieniu tkanki gruźliczej.

4. Zabicie sporej liczby prątków w ustroju uwalnia ich jady i prowadzi do powstawania wstrząsu, analogicznego do tuberkulinowego.

5. Specjalna surowica przeciwgruźlicza, otrzymywana przez uprzednie traktowanie zwierząt prątkami gruźlicy ludzkiej i bydłowej, zabitemi w 115°C., i tuberkuliną, ma zapobiegać i leczyć objawy wstrząsu.

6. Sanokryzyna jest pierwszym przetworem, co do którego dowiedziono, że działa skutecznie na sztuczne zakażenie gruźlicze zwierząt (cieląt).

Zobaczymy, jak wyglądają te zasadnicze podstawy leczenia sanokryzyną w oświetleniu dotychczasowych wyników stosowania tego przetworu.

Z obowiązku sprawozdawczego muszę przede wszystkim odnotować, że, zdaniem Neufelda, sanokryzyna jest identyczna z dawno znanym i próbowanym w r. 1913 przez Feldta tiosiarczanem sodowym złota. Feldt, najpoważniejszy poprzednik Möllgaarda, sądzi (wedł. Z. f. d. ges. Tbc. for. t. 25), że w sanokryzynie złoto nie jest związane trójwartościowo z tlenem, jak twierdzi Möllgaard, lecz jednowartościowo z siarką, formuła więc chemiczna jest  $\text{Na}_2 \text{Au} (\text{S}_2\text{O}_3)_2$ . Sprawy tę mogą rozstrzygnąć ludzie kompetentni. Gdyby jednak, jak sądzi Möllgaard, właśnie przez niego brońona budowa cząsteczki sanokryzyny miała być

warunkiem względnej nieszkodliwości przetworu, to klinika, rzec należy odrazu, dostarczyła sporo dowodów, że sanokryzyna niekiedy nawet w niewielkiej dawce okazuje się trującą dla ustroju. Co więcej, niema obecnie już prawie nikogo wśród klinicyistów, któryby tłumaczył sobie występowanie takich objawów, jak wysypki, łuszczenie się skóry, wypadanie paznokci, białkomocz, naloty na śluzówkach i t. p., działaniem uwolnionych jądów gruźliczych. Nie ulega już obecnie żadnej wątpliwości, że są to skutki działania metalu na ustrój. Dowodziłoby to, że cząsteczka sanokryzyny nie posiada tej ścisłej, niełatwo w ustroju na jony metalowe rozpadającej się budowy, skoro objawy wspomnianego zatrucia są bardzo częste i zjawiają się nieraz niezależnie od dawki sanokryzyny i liczby zastrzyków.

Na oddziale d-ra Janowskiego w Szpitalu Dz. Jezus spostrzegalem przypadek, który zakończył się śmiercią skutkiem właśnie zatrucia sanokryzyną. Chora lat 46 z *phthisis pulm. consumptiva fibroso-caseosa* z ciepłotą, nie przekraczającą 37,2, w zupełnie niezłym stanie ogólnym, otrzymała w ogólnej sumie w ciągu dni 35 tylko 1,2 sanokryzyny. Zastrzyknięcie pierwsze d. 17.VI.25 wynosiło 0,1. Wobec braku odczynu i niewystąpienia białka w moczu, po 3-ch dniach wprowadzono dożylnie 0,25 sanokr. W.eczrem ciepłota 37,4; następnego dnia ślad białka w moczu. Czwartego dnia (24.VI) chora zaczęła się uskarżać na nudności i rozwolnienie, zaś dn. 25. VI wystąpiła na całym ciele szkarłatna wysypka płonicowata, najsilniej wyrażona na tułowi, zwł. w piersiach, choć bardzo wyraźna i na twarzy i na kończynach. W moczu białko ustąpiło. Do 27.VI włącznie ustąpiła również wysypka. Dnia 1.VII wobec powrotu do stanu poprzedniego, a więc po upływie 10 dni od ostatniego zastrzyku, wprowadzono dożylnie 0,35 sanokryzyny. Przez 2 godziny po zastrzyknięciu chora doznawała mdłości. Wieczorem temperatura 39,2. W moczu następnego dnia białko, w osadzie pola całe pokryte ciałkami białymi; wałeczków nie stwierdzono. Spojówki oczu silnie nastrożone. Chora straciła apetyt. Do 6.VII białko w moczu ustąpiło, choć w osadzie znajdowano 30 do 40 ciałek białych. Tym razem wysypki nie było. Apetyt wrócił. Dnia 7.VII wstrzyknięto 0,5 sanokr. Wieczorem t<sup>o</sup> — 39,4, nazajutrz rano 37,6. Młdości. Ciepłota w ciągu dni następnych nie przekraczała 37,6. Dn. 11.VII wystąpiła znów taka sama wysypka, jak poprzednio i lekka żółtaczka. Od tego dnia stan chorej szybko się pogarsza, choć wysypka ustępuje w ciągu dni czterech. Dnia 19.VII ciepłota nagle podnosi się do 39,7. Wysąpiły objawy ze strony gardzieli w postaci brudno-szarych nalotów (na ścianach bocznych i na tylnej) i na dziąsłach (*gingivitis*, podobnie jak w zatruciu rtęcią); rozwolnienie, odór z ust. W moczu stwierdzono białko w ilości 0,6%, kilka wałeczków szklitych, nieliczne ciałka białe. Dnia 22.VII w nocy chora zmarła. Badanie pośmiertne stwierdziło: *tuberculosis cavernosa et nodosa lobi sup. pulm. dex., tuberculosis nodosa circumscripta lobi sup. pulm. sin., haemorrhagiae multipl. corticis renis utriusque et probabilliter sedimenta origine ignoto papillarum et corticis renum. Ulcera tbc. nonnulla. Intest. tenuis. Putrefactio omnium organorum* (skutkiem sprzeciwu rodziny badanie mogło być dokonane dopiero po pływ 2 dni).

Nie ulega żadnej wątpliwości, że przypadek powyższy, którego zejście śmiertelne położyć należy na karb stosowania sanokryzyny, dowodzi niezbicie, że w pewnych przypadkach gruźlica płuc sanokryzyna, nawet ostrożnie i w niewielkich dawkach stosowana, może spowodować ciężkie, a nawet śmiertelne zatrucie metalowe (z wytworzeniem prawdopodobnie złogów metalowych w nerkach).

Jeżeli objaśnienie toksyczności związków metalowych, dane przez Möllgarda, jest słuszne, tedy jego koncepcja co do budowy cząsteczkowej sanokryzyny jest poważnie zachwiana.

Od czasu mego spostrzeżenia (czerwiec 1925 r.)

nagromadziło się dużo faktów klinicznych, które dowodzą znacznej jadowitości sanokryzyny. Würtzen (W. kl. W. 1925) na zasadzie swych spostrzeżeń przestrzega, że sanokryzyna bynajmniej nie jest tym trwałym związkiem, za jaki ją uważa Möllgard. Połączenie to, po rozszczepieniu, działa silnie trująco i wydziela się wolno, często dłużej, niż 6 — 7 dni. Gravesen (wedł. Z. f. ges. Tbc. t. 24) nie wątpi również, że działanie trujące sanokryzyny zależy i od bezpośredniego działania metalu. Hansborg (wedł. Z. f. d. ges. Tbc. t. 25) również podkreśla, że sanokryzyna wydziela się wolno, tworząc warunki, sprzyjające otruciu ustroju, w którym zresztą rychło podlega zmianom chemicznym. Komisja angielska w pierwszym swym komunikacie podaje, że w jednym przypadku, badanym sekcyjnie w 28 dni po ostatnim zastrzyknięciu sanokryzyny, i w którym supozstrzegano niewielki białkomocz, znaleziono w nerkach 8% ogólnie zastrzykniętego złota. Lomholt (Z. f. in. Med. 1926 Nr. 7) znajdował złoto we wszystkich niemal organach królików i ludzi, zwł. w nerkach, i stwierdził, że 2/3 sanokr. wydziela się z moczem, zaś 1/3 z kałem — w ciągu miesiący.

Okazuje się tedy, że sanokryzyna nie jest połączeniem szczególnie trwałym, że, rozpadając się w ustroju, powoduje nieraz zatrucie ustroju i że wydziela się wolno, a niekiedy nawet bardzo wolno z ustroju.

Doświadczenia, wykonane przez Möllgarda na zwierzętach, istotnie zastanawiające, musiały, rzecz jasna, zwrócić uwagę badaczy. Wprawdzie w ostatnich czasach daje się stwierdzić coraz większa rezerwa w przenoszeniu wyników doświadczeń na zwierzętach z gruźlicą sztuczną na ludzi, mimo to, jak dotąd, próby te są uważane za jeden z głównych sprawdzianów. Przypomnieć należy, że próby z małymi zwierzętami pracownianami i u Möllgarda naogół nie wypadały dodatnio, natomiast u cieląt sanokryzyna była w stanie zneutralizować działanie sporych nawet ilości zarazka gruźliczego. W zakładzie Kocha w Berlinie przeprowadzono szereg odpowiednich doświadczeń, o których zdaje sprawę Neufeld (D. m. W. 1926, Nr. 4). Pierwsze doświadczenia, dokonane z szczepem, otrzymanym od Möllgarda, na cielętach, przemawiają na korzyść działania leczniczego sanokryzyny. Ponieważ jednak szczep ten uznano za słaby, więc Lange i Feldt powtórzyli doświadczenia z innym szczepem perlicy, względnie jadowitym dla królików. Zwierzę kontrolne po wprowadzeniu dożylnym połowy dawki, stosowanej w poprzednich doświadczeniach, dostało wysokiej gorączki i niezwyklej duszności, nie zdechło jednak, lecz przyszło po pewnym czasie do siebie i żyje dotąd zupełnie zdrowe. Neufeld opisał już uprzednio 3 podobne spostrzeżenia na cielętach z podskórnym szczepieniem wysoce jadowitego szczepu perlicy. Zwierzęta te przebyły widocznie ciężką prosówkę płuc lecz samoistnie wyzdrowiały, wykazując następnie znaczną odporność. Troje cieląt Langego i Feldta, leczonych sanokryzyną, zdechło w ciągu 4 — 5 tygodni na prosówkę. Doświadczenia z większą dawką zarazka (0,03 g.) wypadły częścią zupełnie ujemnie dla sanokryzyny, częścią niezupeł-

nie dodatnio. Neufeld wnioskuje na podstawie tych doświadczeń, że „od sanokryzyny można oczekiwać działania leczniczego tylko w skromnych rozmiarach i najprędzej jeszcze w tych przypadkach, w których zarazki nie są zamknięte w ogniskach włóknistych, są więc bardziej dostępne; nie można wykluczyć ewentualności, że warunki u chorego człowieka są bardziej sprzyjające, — o tem jednak może wypowiedzieć swe zdanie klinika“.

Deist (B. z. Kl. d. Tub. t. 62 z. 5) od Schrödera przeprowadził kilka doświadczeń na królikach, wychodząc z założenia, że u tych zwierząt zakażenie słabym szczepem perlicy najbardziej przypomina gruźlicę ludzką. Posiłkowano się wypróbowanym szczepem o ustalonej jadowitości. Wszystkie wyniki były ujemne. Autor podkreśla obecność zmian degeneracyjnych w sercu i nerkach, jakich nigdy w gruźlicy doświadczalnej nie spostrzegali, i co gotów jest przypisać szkodliwemu działaniu złota.

Calmette, Boquet i Négre (Sect. d'études scient. 9.I.26) na zasadzie swych doświadczeń nad sanokryzyną dochodzą do wniosków, że 1. *in vitro* sanokryzyna jest mało jadowita dla prątka gruźliczego, 2. wprowadzona dożylnie królikom gruźliczym, nie dawała żadnych wyników dodatnich, 3. zarazek, znajdujący się przed zastrzyknięciem w zetknięciu z sanokryzyną, nie traci na jadowitości, 4. sanokryzyna *in vitro* nie uwalnia z prątków gruźliczych żadnego jadu swoistego, zaś surowica Möllgārda nie wywiera wpływu na jadowitość tuberkuliny.

Ale i w ojczyźnie sanokryzyny występują przeciwko samym założeniom Möllgārda. Niedawno rozwinęła się gorąca polemika między Möllgārdem a Olafem Bangem, w której M. zabierał dwukrotnie głos. O polemice tej (Ugeskrift f. laeger t. 87) czerpię wiadomości, niestety, tylko z referatów (Z. f. d. ges. Tbc. t. 25). Bang zwraca uwagę na wahania jadowitości szczepów pracownianych, co odbija się na wynikach doświadczeń, dając raz prosówkę ostrą, innym zaś razem powodując gruźlicę śmiertelnej. Doświadczenia Banga nad wyjąłwiającym działaniem soli złota (w tem i sanokryzyny) *in vitro* i *in vivo* na prątki Kocha wykazały, że działanie to jest słabe naogół i nieswoiste w stosunku do gruźlicy, — z tego też powodu ewentualny wpływ leczniczy sanokryzyny u ludzi nie zależy od działania bakterjobójczego, lecz od innych czynników. Möllgārd próbuje odeprzeć wnioski Banga twierdzeniem, że próby *in vitro* są bez znaczenia dla wartości chemoterapeutycznej środka (nawiasem mówiąc, na str. 28 swej książki sam wspomina o podobnych badaniach własnych), i że istnieją środki chemiczne, np. trypanot, które przejawiają swe działanie lecznicze tylko u zwierząt pewnego gatunku. Jeśli referent dokładnie oddaje treść jednego z omawianych dwu artykułów Möllgārda, to zdanie, użyte przez niego, (zresztą słuszne) że „istotną wartość sanokryzyny u ludzi może rozstrzygnąć tylko klinika“ — osłabia znacznie dotychczasową pozycję wynalazcy, opartą w pierwszej linii na doświadczeniach na cielętach. Bang, który obiecuje wkrótce ogłosić wyniki swych doświadczeń na cielętach, stwierdza narazie, że u królików sanokryzyna pozostawała na-

wet w dużych dawkach bez jakiegokolwiek wpływu na gruźlicę doświadczalną, wobec czego nie może uznać tego środka za chemoterapeutyczny.

Uzupełnić pozostaje literaturę, odnoszącą się do doświadczeń na zwierzętach, przytoczeniem pracy Kruziusa (D. m. W. 1925 Nr. 44) o wyniku ujemnym stosowania sanokryzyny w gruźlicy doświadczalnej oka.

Wynik więc dotychczasowych prób, dokonywanych na zwierzętach, nie jest dostatecznie przekonujący. Niestety, jest to rzecz zwykła, zwłaszcza w pracach nad gruźlicą. Niedarmo tak doświadczony badacz, jak Neufeld, powiada, że wprost obojętności tego rodzaju doświadczeń, zaś Much uważa, że „prawie wszystkie one (dośw. z gruźlicą na zwierzętach) były nietylko bez korzyści dla poznania, a zwłaszcza zwalczania gruźlicy ludzkiej, lecz nawet w znacznym stopniu wprowadzały i dotąd wprowadzają w błąd“ (Handb. d. Tub. 1923). Much nie przypisuje im wogóle żadnego znaczenia (B. z. Klin. d. Tub. t. 62 z. 6) i sądzi, że gdyby nawet wynaleziono środek, któryby był w stanie leczyć gruźlicę u świnek morskich, fakt ten byłby bez znaczenia dla gruźlicy ludzkiej.

Zwróćmy się tedy do kliniki.

Komisja angielska do badania sanokryzyny w pierwszym swym komunikacie (Lancet 1925 t. 208, Nr. 16) po 3-miesięcznych próbach ogłosiła, że 1. widywano bardzo silne i słabe odczyny miejscowe i ogólne, 2. surowica wywoływała ciężkie objawy posurowicze, 3. w przypadkach lekkich notowano pewien wpływ dodatni, lecz nie taki, jak np. zwykły widywać od insuliny czy salwarsanu w cierpieniach odpowiednich, 4. w przypadkach posuniętych nietylko nie notowano poprawy, lecz pogorszenie. Ogólne wrażenie komisji było, że środek pewne działanie swoiste na tkankę gruźliczą wywiera i że próby należy prowadzić dalej.

Przedstawiciele komisji niemieckiej — Kraus, Czerny i Friedemann — zdając sprawę wspólnie (D. m. W. 1926 Nr. 4), zaznaczają, że okres jednoroczny nie wystarcza do wypowiedzenia zdania decydującego o środku przeciwgruźliczym. Wobec niebezpieczeństw, związanych z wysokim dawkowaniem według Sechera<sup>1)</sup>, przeciwko którym surowica Möllgārda jest zupełnie bezsilna, klinicyści radzą rozpocząć u gorączkujących od 0,05 — 0,1, u niegorączkujących od 0,1 — 0,25, nie przekraczając u mężczyzn 1,0, u kobiet 0,75 i dochodząc ogółem do 4 — 5 g. Przerwy między zastrzyknięciami winny wynosić co najmniej tydzień. Środek w ten sposób należałoby wypróbować na większym materiale w szpitalach, nie ambulatoryjnie. Poszczególne zdają sprawę oddzielnie lekarze. Czerny i Opitz uważają, że „sanokryzyna nie jest tym środkiem, który rozwiązuje sprawę leczenia gruźlicy“. Stosowali ją w 12 przyp. u dzieci (3 przyp. zapal. opon, 3 przyp. prosówki, 6 przyp. gruźlicy płuc otwartej dwustronnej; zmarło 11 dzieci, jedno jeszcze żyje w stanie ciężkim). Friedemann, Kwaśniewski i Deicher widywali pod wpływem sanokryzyny spadek ciepłoty, a nieraz i poprawę stanu fizykalnego w

1) p. m. in. Nowiny Lek. 1926 Nr. 5, 6.

płucach i na zdjęciach roentgenowskich. Czy poprawa całkowicie zależała od sanokryzyny, autorzy nie mogą z pewnością orzec, choć „poprawa w wielu przypadkach była znaczniejsza, niż widywano przy zwykłych sposobach leczenia“ (na 54 chor. 19 razy znaczna poprawa). W przypadku tocznia gardzieli i krtani miejscowe zastrzykiwanie sanokryzyny wywołało zagojenie sprawy, śmierć jednak nastąpiła wkrótce skutkiem prosówki. Sanokryzyna, zdaniem tych autorów, „nie jest środkiem, leczącym gruźlicę ludzką, w odpowiednich jednak przypadkach wywiera wpływ zdecydowanie dodatni na przebieg cierpienia“. Henius (z kliniki Krausa), który na ogół ma dodatnie wrażenie co do działania sanokryzyny (na 9 chorych — 4 poprawy, 3 śmierci nie od sanokr., 1 pogorszenie pod wpływem małej dawki, 1 stan bez zmiany), we wniosku powiada, że „w sanokryzynie nie mamy środka, leczącego gruźlicę w obszernym znaczeniu tego pojęcia, lecz sposób leczenia, który nadaje się w pewnych przypadkach“. F. Klemperer (D. m. W. 1926 Nr. 5), na zasadzie własnego doświadczenia, opartego na 42 przypadkach, spostrzeganych w ciągu 11½ mies., twierdzi, że „sanokryzyna jest jeszcze jednym środkiem przeciwgruźliczym o ograniczonym działaniu i nie jest szczególnym postępowaniem w lecznictwie“. Wprawdzie otrzymał on wyleczenie w jednym przypadku ostrego gruźliczego zapalenia płuc, ale sam krytycznie się na ten fakt zapatruje, skoro znane są przypadki samoistnego wyleczenia tej postaci chorobowej (Rennebaum w B. z. Klin. d. Tub. t. 54 — cytuje 13 takich przypadków na 28; w czasie wojny spostrzegalem podobny przypadek ostrego gruźliczego zapalenia płuc z licznymi lasecznikami w płwocinie, którego wyleczenie skłonny byłem wówczas przypisywać dużym dawkom olejku kamforowego stosowanego podskórnym). Nawiasem mówiąc, Knud Faber, wielki zwolennik leczenia sanokryzyną, zaznacza (Lancet 1925 lip.), że środek ten nie jest w stanie wyleczyć ostrego zapal. płuc gruźliczego. Zinn (w dysk. w berl. tow. intern.) jest zwolennikiem sanokryzyny (16 przyp.), która, jak się miał przekonać, względnie szybko działa leczniczo na świeże ogniska gruźlicze odoskrzelowe, a nawet sprzyja zmniejszaniu się jam. Ponieważ współpracownik jego Katz zaobserwował, że w jednym przypadku wysypka po sanokryzynie nie wystąpiła w miejscu, w którym przed 3-ma tygodniami dokonano próby doskórnej tuberkulinowej, więc Zinn gotów jest tłumaczyć powstawanie wysypek sanokryzynowych pochodzeniem tuberkulotoksycznym, zgodnie z Möllgaardem. Ueber (16 przyp.), Sonnenfeld (2 przyp.), na tem samym posiedzeniu mówili znów o swych niezłych wynikach w wytwórczej postaci gruźlicy. Goldscheider jest zdania Klemperera, że do tego nie dostarczono dowodu chemoterapeutycznego działania sanokryzyny, jeśli wogóle można mówić o istotnej chemoterapii, a nie o działaniu środków chemicznych drogą odczytu biologicznego tkanki. Ulrici (Klin. W. 1926 Nr. 10), który widział poprawę w 4 przyp. gruźl. wysiękowej (poza tem w 7 przyp. brak popr. lub pogorszenie, pewną poprawę w 2 przyp. gruźl. wysiękowej i w 2 — wytwórczej) w związku, jak sądzi, ze stosowa-

niem sanokryzyny, uważa, że jest to działanie nie przyczynowe, lecz miejscowe na tkankę gruźliczą. Podobny jednak rezultat miał i od stosowania triphalu. „Sen o chemoterapii gruźlicy znów się rozwił“ — powiada Ulrici. Zaznaczę jeszcze, że Deist, o którym już wyżej była mowa, kończy swą doświadczalną pracę uwagą, że wprawdzie nie może podać szczegółów spostrzeżeń klinicznych (w sanator. Schrödera), związany klauzulą komisji sanokryzynowej, lecz może, na zasadzie tych doświadczeń, powiedzieć, że niema mowy o jakimś leczącym, a coź dopiero wyleczającym gruźlicę działaniu sanokryzyny.

W styczniu ubiegłym zdawali sprawę ze swych doświadczeń dotychczasowych lekarze francuscy (Section d'ét. scient. de l'oeuvre de la tub.). Bezanson, Braun i Azaulay (na 14 przyp. — 2 poprawy w postaci włóknistej bez t<sup>o</sup>, 7 — śmierci i 5 bez zmiany) są zdania, że sanokryzyna nie wywiera żadnego działania na ciepłotę (autorzy duńscy i niemieccy zaznaczają dodatni wpływ na t<sup>o</sup>), tętno, kaszel i wydzielinę, nie wywołując, poza tem, żadnych zmian w odczynie skórnym i w wiązaniu dopełniacza. Léon Bernard widział w 9 przyp. poprawę, jak sądzi, od sanokryzyny, w 8 przyp. poprawę, której przyczyna nie jest jasna, w 7-miu brak poprawy, w 2 — pogorszenie. Zdaniem jego, sanokryzyna nie jest środkiem swoistym, lecz dodatnio wpływającym na zmiany gruźlicze w płucach, choć zmiennym, niestałym. Rist, Hirschberg i Triboulet widywali szkodliwe działanie sanokryzyny, zaś kilkakrotnie notowana poprawa mogłaby, według nich, wystąpić i bez sanokryzyny. Sergeant, Durand i Kurilski na następnym posiedzeniu omawiali bliżej 13 swych przyp., dotyczących ludzi młodych, nie w stanie charłactwa (4 przyp. śmierci, 4 — pogorszenia, 1 bez zmiany i 4 poprawy, jakie zresztą widuje się i u chorych po kuracji higienicznodżetetycznej). Zmiany, stwierdzone po śmierci, w postaci świeżych ognisk i rozsiania ogólnego, nie pozwalają mówić o działaniu bakterjologicznym sanokryzyny. Wynik nie uprawniał ich, jak powiadają, do dalszych prób.

Sayé z Barcelony miał widzieć poprawę w 68% przypadków (na 72).

Najlepsze wyniki daje sanokryzyna w Danji. W szeregu prac, ogłoszonych w rozmaitych językach (Rev. de hub., Klin. Woch., Lancet) Knud Faber dowodzi, że sanokryzyna jest niezaprzeczenie środkiem swoistym, dającym w krótkim czasie taką poprawę, jaką zwykło się widywać po dłuższym pobyciu w sanatorjach. Do 1 lipca 1925 leczono w szpitalach duńskich 274 chorych z gruźl. płuc i otrzymać miano poprawę w 52%. Najlepsze wyniki dają przypadki, trwające mniej, niż rok, i bez zbyt podniesionej ciepłoty. Mimo to środek ten nieraz nie działa korzystnie, i proces chorobowy szerzy się nadal. Würtzen (Wien. kl. Woch. 1925 Nr. 52), który opisuje jako powikłanie, między innymi, cukromocz (do ½%), wysypki, zapal. jamy ustnej, a nawet wypadanie paznokci, — też miewał lepsze wyniki w przypadkach, trwających mniej, niż rok. Ciekawe (w porówn. z innymi autorami), że, według niego, lepiej poprawiają się po-

stacji wytwórcze, choć warunki dyfuzji są tu bardziej utrudnione. Ogólne jego wrażenie jest jednak dalekie od entuzjazmu, skoro (Hospitalstidende t. 68 wedł. Z. f. d. ges. Tub. t. 25) sądzi, że wprawdzie sanokryzyna działa dodatnio na objawy chorobowe i na zarazek gruźliczy, ale wobec szkodliwego działania jej na ustrój ludzki, należy szukać innych jeszcze sposobów w walce z gruźlicą. Permin (Z. f. d. ges. Tub. t. 25 z. 3/4) widzi w sanokryzynie dodatni środek pomocniczy w ramach zwykłej kuracji. (O pracach duńskich wcześniejszych nie mówię, jako o znanych).

Axel Reyn (wedł. Ztbl. f. d. ges. Tbc. t. 25 z. 5/6) stosował sanokryzynę w zakładzie Finsena w gruźlicy skóry i nie widział żadnego wyniku stosowania dożylnego, zaś zaledwie poprawę po stosowaniu miejscowym w postaci zastrzyków do chorej tkanki (w 7 przyp. na 19). Ulrici (Kl. W. 1926 Nr. 10) natomiast spostrzegł wyleczenie w 8 przyp. tocznia skóry (na 9) po kilkakrotnych zastrzygnięciach miejscowych 2 — 3% sanokryzyny z uprzednim znieczuleniem nowokainą. We wszystkich tych przypadkach miano jednak do czynienia z „powierzchnowymi naciekowymi i łuszczącymi postaciami wilka zwykłego, które, jak wiadomo, nietrudno wygoić i innymi sposobami, jak łyżeczowaniem, przyżeganiem, Finsenem i Röntgenem“ (słowa Ulriciego).

W naszej literaturze nie znalazłem dotąd opisu wyników własnych spostrzeżeń. Na ostatnim Zjeździe lek. i przyrodn. pol. w Warszawie kol. Celarek w imieniu szeregu kolegów, którzy próbowali stosować sanokryzynę na chorych, zdawał sprawę z wówczas osiągniętych wyników. Jezierski mówił o swych interesujących doświadczeniach z wydalaniem sanokryzyny przez ustrój. Nie chcąc być nieścisłym w podawaniu wyników, otrzymanych przez poszczególnych kolegów, muszę się z żalem ograniczyć do zaznaczenia powyższego. Landau w W. Cz. Lek. Nr. 3 wspomina o poprawie przeważnie podmiotowej w kilku przypadkach. Osobiście na oddziale dra Janowskiego w szpitalu Dz. Jezus stosowałem sanokryzynę w 4-ch przypadkach, które, wszystkie, zakończyły się śmiercią. Czwartym, leczonym w czerwcu 1925 r., w stanie ogólnym zadawalającym, z nieznaną ciepłotą, był właśnie tym, który powyżej podałem, jako przypadek zatrucia sanokryzyną, zakończony śmiercią, mimo że środek wprowadzano bardzo ostrożnie i w mniejszych dawkach, niż naówczas zalecano. Przyznaję, że przypadek ten, którego śmierć bezwarunkowo przypisać muszę sanokryzynie, zniechęcił mnie zupełnie do dalszego jej stosowania. „Primum non nocere“ — było tu dotkliwie skrzywdzone. W pozostałych trzech przypadkach nie zdołałem zauważyć żadnego śladu wpływu dodatniego sanokryzyny.

Jeśli tedy spróbować obecnie zreasumować wyniki dotychczasowych prób z sanokryzyną, to są one, jak dotąd, — rzecz można bezstronnie — mało przekonujące o skuteczności środka tego w gruźlicy płuc. Dodam, że nawet tak naogół zadowoleni ze środka lekarze duńscy nie widzieli wpływu sanokryzyny na gruźlicę chirurgiczną. O t. zw. sterilisatio magna nie mówi nikt. Hörnicken, zdając w

grudniu sprawę ze swej podróży do Kopenhagi na posiedz. tow. nauk. w Królewcu, zaznacza, że i w Kopenhadze obecnie, wobec mało zachęcających widoków na trwałe wyleczenie, coraz częściej uciekają się do leczenia powtórnych, i że sanokryzyna nie wypiera bynajmniej innych sposobów leczenia gruźlicy.

Z tez zasadniczych, postawionych przez Möllgaard, jak widzieliśmy, zostało niewiele. Dawek wielkich obecnie już prawie nikt nie stosuje, a cały szereg klinicystów wyraźnie przed nimi przestrzega. Rzadko kto mówi jeszcze obecnie o sanokryzynie, jako o środku, bezpośrednio mającym atakować prątki gruźlicze. O znikaniu prątków z płwociny mówi się obecnie przeważnie, jako o zjawisku niezbyt częstym i czasowym. Koncepcja, objaśniająca wstrząs i inne objawy uboczne po sanokryzynie działaniem uwalniających się jądów gruźliczych z zabitych przez sanokryzynę prątków — nie ostała się również. Surowica przeciwgruźlicza przez olbrzymią większość badaczy uznana została za bezwartościową (i ja ją bez skutku stosowałem), a nawet często wprost szkodliwą (lek. niemieccy, francuscy, angielscy, a nawet duńscy).

Nieobalony dotąd, choć nieco przez Langego i Feldta podważony jest szczegół, dotyczący doświadczeń na cielętach. Przyszłość pokaże, co o tem sądzić.

W porównaniu z dwoma innymi przetworami złota, najczęściej stosowanymi w gruźlicy, sanokryzyna nie ma zbyt wielkiej przewagi. Krysolgan i triphal, dwa najbardziej znane organiczne połączenia złota, mają, według szeregu autorów, również dawać dobre wyniki lecznicze w gruźlicy. Ulrici, jak już wzmiankowałem, miał widywać podobnie dobre wyniki od triphalu, jak i od sanokryzyny.

Möllgaard wypowiada przypuszczenie, że krysolgan dawał niezłe wyniki, dopóki był stosowany w odpowiednio dużych bakterjobjętych dawkach; w działanie kataliczne, jak chce Feldt, dawek, obecnie stosowanych, bardzo małych nie wierzy.

Doświadczenie przekonywa nas, że nie może być mowy o istotnym chemoterapeutycznym działaniu dużych dawek sanokryzyny, skoro, nie zapobiegające powstawaniu świeżych ognisk i powikłań gruźliczych. De Witt i Scherman (wedł. Lancet 1925, styczeń) widzieli dawno już trudność stosowania złota w gruźlicy w tem, że zbyt rozcieńczone roztwory złota pobudzają wzrost prątków Kocha, i że bardzo trudno utrzymać w ustroju złoto w takim stężeniu, by było ono w stanie zniszczyć laseczki. Wprawdzie Feldt w ostatniej swej pracy (Kl. W. 1926, Nr. 8) wspomina o nowych połączeniach złota, których jadowitość została znacznie zmniejszona, zaś dawka lecznicza jest dziesięciokrotnie np. dla sulfoksylatu I mniejsza od dawki, znoszonej przez królika, ale przyszłość pokaże, jaką to będzie miało wartość dla kliniki. Co więcej, doświadczenia te są obecnie prowadzone na zwierzętach, zakażonych kiłą. Niezależne od siebie badania Levaditiego (Cpt. rend. 181) z wprowadzeniem dożylnym, podskórnym i doustnym sanokryzyny i Feldta z całym szeregiem połączeń złota przekonują o leczniczym działaniu tych przetworów na

krętki. Podobne próby z chlorkiem złota były już robione przez Truffiego (1913), Kollego i Ritza (1919). Schiemannowi zaś i Feldtowi (wedł. Kl. W.) udało się z pomocą złota wyleczyć zakażenie paciorkowcowe u myszy. Zaznaczyć muszę, że w r. 1922, kiedy stosowałem większe, wówczas zalecane, dawki krysolganu w gruźlicy krtani, spostrzegałem wyleczenie bardzo rozległych zmian w krtani, które brałem za gruźlicę wobec zmian niewątpliwych w płucach. Pod wpływem zastrzyków dożylnych krysolganu nacieczenia w krtani prawie ustąpiły, owrzodzenie powierzchowne zablizniło się całkowicie. Kiedy zamierzałem chorego demonstrować, wobec nadzwyczajnego, zdawało się, wyniku kuracji w gruźlicy krtani, i kiedy, mimo twierdzeń chorego, że kiły nie przechodził, postanowiłem dla czystości obserwacji dokonać badania na odczyn Wassermanna, chory przyznał się, że przed 10 laty zakaził się kiłą. Była to więc obserwacja mimowolna kliniczna, która poprzedziła te- raźniejsze badania pracowniane. Wassermann był dodatni.

Ostatnio cytowane fakty wysuwają poniekąd złoto bardziej naprzód w dziedzinie chemoterapii, zaś swoiste jakoby działanie jego na prątki gruźlicze uledz ma znacznemu rozszerzeniu.

Narazie jednak nie posiadamy i dziś środka przeciwgruźliczego, niewątpliwie działającego. Prawdziwy i niezawodny środek przeciwgruźliczy musi, zdaniem mem, przejawiać swe działanie w jakikolwiek sposób dodatni w każdym, nawet bardzo posuniętym przypadku gruźlicy ludzkiej. Czy dany ustrój da sobie następnie radę ze zmianami, jakie wytworzyły się w nim skutkiem dłuższego zakażenia gruźliczego, — to jest sprawa innego rodzaju. Kto widział, jak działa salwarsan w przypadkach ropowej trzeciorzędowej kiły np. górnych dróg oddechowych, — ten musi uwierzyć w jakieś powinowactwo szczególne tego środka do krętków. A wszak i ten przetwórczy daleki jest od ideału! Nic podobnego nie spostrzegamy w sanokryzynie, zaś dotychczasowe wyniki przypominają erę tuberkuliny, kiedy niewątpliwie szereg przypadków gruźlicy uległ całkowitemu wygojeniu pod wpływem tuberkuliny. To samo stosowanie dawek dużych i małych, ten sam początkowy entuzjazm, te same dość liczne ofiary, wręcz sceptycyzm i ograniczenie stosowania. A w rezultacie — dalsza pogoń za środkami nowymi — swoistymi i chemoterapeutycznymi. Nie ulega wątpliwości, że w całym szeregu przypadków gruźlicy istnieje tendencja do samowyleczenia<sup>1)</sup>, którą, bardzo być może, z nieznanych dla nas powodów, raz tuberkulina, innym razem sanokryzyna, triphal, krysolgan czy też inne środki powołują do przejawienia się, wpływając na względnie szybki obrót w sensie dodatnim. Pozostawione sobie przypadki te może przebiegałyby w ten sam sposób, o ile by się znajdowały w warunkach sprzyjających — odbywałyby się to jednak zapewne o wiele wolniej. Już i to jednak miałyby wielkie znaczenie ekonomiczne... gdyby można było z pewnością wiedzieć, kiedy środek ten będzie napewno działał dodatnio, a nie wręcz

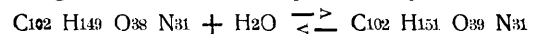
przeciwnie. Inaczej bowiem środek taki nie jest środkiem leczniczym, lecz obosiecznym. Stosowany zaś w dawkach bardzo małych, byleby nieszkodliwych, nie odpowiada założeniom wynalazcy i staje się, jak słusznie powiada Klemperer, je z z c z e jednym środkiem przeciwgruźliczym, a to już rozstrzyga sprawę jego wartości.

## Żelatyna, jako pomocniczy czynnik odżywczy.

Podał

M. FEJGIN (Warszawa).

Żelatyna otrzymuje się przez hydrolizę kollagenu w temperaturze 80° w myśl reakcji:



Kollagen jest to jeden z najważniejszych albuminoidów, wchodzący, obok keratyny, chondryny itd. w skład kości, chrząstek, ścięgien i skóry kręgowców. Pomimo, iż żelatyna, bądź jako klej, bądź też jako żelatyna oczyszczona, znajduje sobie szerokie zastosowanie praktyczne (w fotografii, fotolitografii, w przemyśle farmaceutycznym, cukierniczym, dla przygotowania ultrasączków, stałych pożywek bakteryjnych i t. d.), medycyna kliniczna w nieznacznym tylko stopniu wykorzystuje dotąd własności fizykochemiczne tego związku, które czynią go zasługującym pod wieloma względami na bliższe nieco zainteresowanie i poznanie. Nie będziemy tu oczywiście zastanawiali się nad ogólnie znanym wpływem żelatyny na krzepliwość krwi i wynikającym stąd stosowaniem jej, jako cennego środka hemostatycznego. Chodzi nam tutaj o omówienie w kilku słowach tych własności żelatyny, które — dotychczas być może zbyt mało uwzględniane — stanowią o jej wartości odżywczej dla ustroju i o możliwości stosowania jej w dietetyce naszych chorych. Szczególniej dotyczyć to może tych przypadków, w których, jak np. w zaburzeniach pokarmowych u niemowląt, w schorzeniach narządu trawienia, w cukrzycy i w cięższych chorobach infekcyjnych, konieczność utrzymania przemiany materji na odpowiednim poziomie wchodzi w kolizję z koniecznością odpowiedniego doboru pożywienia, i kiedy bynajmniej nie jest rzeczą obojętną, w jakiej postaci doprowadzać będziemy ustrojowi potrzebne mu składniki pokarmowe, aby mógł on je należycie przetrawić i przyswoić. Otóż w tym właśnie względzie żelatyna, jak zobaczymy, może niepoślednią odegrać rolę, jako pomocniczy czynnik odżywczy.

Jest to, jak już wspomnieliśmy, substancja białkowa o ogólnej wartości cieplnej 5,36 ciepł. w 1 grm. z których ustrój użytkować może tylko około 72%, czyli 3,88 ciepł. z 1 grm. Jako koloid „dwuchłonny“ (amphoter) pęcznieje ona, a potem rozpuszcza się (za ogrzaniem do 35°) z łatwością zarówno w czystej wodzie, jak w słabych roztworach kwasów (rozcieńczony kw. solny z pepsyną np.) i zasad, tworząc typowy roztwór koloidalny, na którym Graham m. in. zapoczątkował właśnie naukę o koloidach. 1% lub mocniejszy roztwór żelatyny przy ochładzaniu do 10° przybiera postać elastyczny jednolitej masy (ga-

<sup>1)</sup> P. O samoulec. gruźl. — w „W. Czas. Lek.“ 1925, Nr. 7.

laretę), rozpuszcza się jednak z łatwością ponownie po ogrzaniu.

Przy tem „galaretowaceni” żelatyny następuje nie strącanie się koloidu z roztworu (przejście koloidu ze stanu „sol” do stanu „gel”) z utratą przez cząsteczki koloidu powinowactwa do cząsteczek rozpuszczalnika, ale tylko specjalny układ drobin żelatyny względem siebie, wzajemne zbliżenie się pewnych grup, należących do tych drobin („groupes-éléiques des molécules” — pg. L o e b a) przy zachowaniu wzajemnych odległości drobin od siebie oraz ich stosunku do cząsteczek wody. Żelatyna w stanie galarety jest, podług J. L o e b a, roztworem o pewnej strukturze, o pewnym prawidłowym układzie kierunkowym rozpuszczonych cząsteczek względem siebie.

Z charakteru roztworu żelatyny, jako istotnego roztworu koloidalnego, wypływa szereg ciekawych właściwości jej, mogących znaleźć bezpośrednie zastosowanie praktyczne w odniesieniu do procesów trawienia. A mianowicie: jako koloid ochronny, utrudnia ona strącanie z roztworów soli trudnorozpuszczalnych; jak siarczan, trójfosforan i węglan wapnia, kwas krzemowy i t. d. A co najważniejsze — utrudnia także strącanie kazeiny mleka wobec soli i kwasów i ułatwia emulgowanie tłuszczów — co może mieć ogromne znaczenie np. w odżywianiu sztucznem niemowląt. Wiemy bowiem, iż kazeina mleka krowiego strąca się w żołądku dziecka w postaci bardzo grubego osadu, co utrudnia znacznie jej trawienie i odróżnia ją od kazeiny mleka kobiecego, która daje w tych warunkach drobnoziarnisty kłaczkowaty osad. A zatem dodanie niewielkiej ilości żelatyny do mleka krowiego powodować może strącanie się kazeiny krowiej w żołądku dziecka w postaci drobnych łatwostrawnych kłaczków (H e r t e r). Ułatwiając prócz tego emulgowanie tłuszczów, żelatyna mieć może zastosowanie nietylko w odżywianiu niemowląt, ale i dorosłych (M o o r e i K r o m h o l z pg. B o g u e a), szczególnie tam, gdzie, jak przy zatkaniu wyprowadzających dróg żółciowych np., brak żółci w dwunastnicy uniemożliwia prawidłowe emulgowanie, rozszczepianie i przyswajanie tłuszczów. Laktalbumina, zawarta w mleku, spełnia zupełnie analogiczną rolę w stosunku do kazeiny i tłuszczu; jeżeli jednak mleko kobiece zawiera 1,03% kazeiny, i 1,26% laktalbuminy, to krowie 3,02% kazeiny, a wszystkiego 0,53% laktalbuminy wobec jednakowej prawie zawartości tłuszczu w obydwu (Bogue). Widzimy więc, o ile gorsze warunki pod względem trawienia kazeiny i tłuszczu przedstawia mleko krowie, aniżeli kobiece, i jak celowem — przynajmniej z teoretycznego punktu widzenia, przedstawiałoby się dodawanie niewielkiej ilości żelatyny do mleka, szczególnie, jeżeli chodzi o sztuczne odżywianie niemowląt lub o chorych z zaburzeniami zdolności trawienia tłuszczów.

Co się tyczy teraz właściwej wartości żelatyny, jako substancji odżywczej, to ze względu na niezbyt wysoką efektywną wydajność cieplną (3,88 ciepł.), nie może ona stanowić sama przez się zbyt cennego źródła energii. Znaczenie jej odżywcze z innych wypływa względów. Jako nader łatwo rozpu-

szczalny i łatwo ulegający trawieniu przez trypsynę i erepsynę, związek proteinowy, dostarczać ona może znacznej części niezbędnych dla ustroju substancji azotowych, szczególnie w przypadkach, w których z tych czy innych powodów ograniczyć musimy podawanie białka w zwykłej jego postaci (mięso, mleko).

Otóż, jak z licznych badań wynika, żelatyna z powodzeniem zastąpić może około 1/3, a przy dostatecznym dowozie tłuszczu i węglowodanów nawet 1/2 białka potrzebnego dla ustroju. Podług H a m m a r s t e n a, podawanie żelatyny zwiększa zapas glikogenu w wątrobie, i uważa ją ten autor, zgodnie zresztą z badaniami P a n u m a, V o i t a, O e r u m a i in., za nader skuteczny oszczędzacz białka („Eiweiszsparrer), lepszy nawet od tłuszczu i węglowodanów. Nie znaczy to, oczywiście, aby można było oprzeć całkowicie dietę, o ile o przemianę azotową chodzi, na podawaniu żelatyny, tembardziej, że nie zawiera ona, jak wiadomo, tak ważnych aminokwasów, jak tyrozyna i tryptofan. Nie ulega jednak wątpliwości, że stanowić ona może bardzo ważny czynnik pomocniczy w odżywianiu chorych, że wskażemy chociażby chorych na cukrzycę, u których jaknajdalej idące ograniczenie podawania białka (p. L a n d a u i F e j g i n) ma doniosłe znaczenie lecznicze. Być może, iż tutaj właśnie zastąpienie jeszcze pewnej części diety białkowej przez odpowiednią ilość żelatyny, która, podług K i r c h m a n n a, spożywana w ilości do 12% ogólnego zapotrzebowania cieplnego ustroju obniża o 27% rozkład proteinowych substancyj ciała i innych białek, będzie miało dodatni wpływ na wzmoczenie tolerancji i zmniejszenie tendencji do kwasicy — i ułatwi nam dietetyczne prowadzenie tych chorych. Zresztą, żelatyna nadaje się bardzo do przyrządzania różnych smacznych dość pożywnych i łatwostrawnych pokarmów z dodatkiem różnych soków owocowych — ta okoliczność nie jest bez znaczenia ze względu na pewne urozmaicenie diety oraz na szeroką możliwość zastosowania jej w kuchni dietetycznej chorych infekcyjnych, żołądkowo-kiszczkowych, rekonwalescentów i in., u których wszystkie wyżej wyłuszczone względy znajdują całkowite uzasadnienie — a więc wpływ jej jako koloidu ochronnego na trawienie kazeiny i tłuszczu, możliwość zastąpienia znacznej części białka i t. d. Nie możemy tutaj oczywiście zagłębiać się więcej w różne szczegóły techniczne, dotyczące tej kwestji. Na zakończenie możnaby jedynie przytoczyć słowa znanego amerykańskiego uczonego B o g u e a, który powiada: „Znaczenie żelatyny, jako koloidu ochronnego, posiadać musi olbrzymią rolę w odżywianiu dzieci, chorych i rekonwalescentów, jako czynnika, ułatwiającego trawienie i przyswajanie pokarmów. Dziś wiemy, że sam skład chemiczny diety nie mówi nam jeszcze nic o jej zastosowalności dla ustroju, że tu grają rolę różne wtórne czynniki, jak odpowiednia kombinacja pokarmów, obecność witamin i tak dalej — i w tej płaszczyźnie właśnie leży znaczenie żelatyny, szczególnie dla osób, które źle trawią”.

#### Piśmiennictwo:

1) C. r. Noorden. Handbuch der Pathologie des Stoffwechsel. 1906 r.; 2) Olof Hammarsten: Lehrbuch



der physiolog. Chemie 1914; 3) R. H. Bogue: The chemistry and terminology of gelatin and gluc. 1922; 4) J. Loeb: Les protéines. 1924; 5) A. Landau i M. Fejgin: Nowoczesne postępowanie lecznicze w cukrzycy, 1925 (XII Zjazd Lekarzy i Przyr. Polskich); 6) J. Parnas: Chemja fizjologiczna P. I.

## Z nowszego piśmiennictwa o rozpoznawaniu choroby Basedowa.

Podał

Gustaw RACIĄŻEK (Warszawa).

Zarówno w klinice, jak w praktyce prywatnej stosunkowo często spostrzegamy niewinne postaci wola zwykłego (struma simplex), jak i postaci, stanowiące niejako zapowiedź rozpoczynającego się zespołu objawów choroby Basedowa. Ścisłe odróżnienie wymienionych postaci na podstawie li tylko cech anatomicznych jest przy obecnym stanie wiedzy wręcz niemożliwe, to też ze szczególnym uznaniem powitać należy wszelkie nowe metody pomocnicze, zmierzające do rozwikłania tej tak brzemiennej niekiedy w następstwa zagadki.

W ostatnich czasach w celu wczesnego rozpoznawania rozwijającego się zespołu Basedowa autorowie francuscy stosują z powodzeniem tak zwany „odczyn hyperglikemiczny“. Metoda ta cieszy się zasłużonym uznaniem już oddawna i oddaje nieocenione usługi przy określaniu wydolności regulacyjnej wątroby w zakresie przemiany węglowodanów (Glykoregulation), a w szczególności dla wyodrębniania tak zw. diabetes renalis z pośród grupy cukromoczków.

Badania niektórych klinicystów francuskich (Thepenier, Labbé) wykazały, że odczyn ten posiada nader doniosłą wartość także i dla rozpoznawania choroby Basedowa.

Kausch, Wilder i Sansum, Thannhauser i Pfitzer, Joergensen przy wykonywaniu powyższego odczynu podawali cukier gromowy dożylnie.

Sposób ten poddany został surowej krytyce przez Hammanna i Hirschmanna, Jakobsena, Hopkinsa, Baileya, Banga i wielu innych, wychodzących ze słusznego założenia, że nie należy przecie omijać krążenia żyły wrotnej tam, gdzie chodzi przede wszystkim o ustalenie zaburzeń w zakresie regulacyjnych zdolności wątroby. Zwrócono się tedy do wprowadzania cukru gromowego drogą doustną. Celem ujednostajnienia niejako i umożliwiania badań porównawczych, wzajem-

nie uzgodniono metodykę odczynu hyperglikemicznego w sposób następujący:

po określeniu wskaźnika glikemicznego naczczu (nb. dla metody mikrochemicznej Banga wystarczy kilka kropel krwi z palca) podaje się badanemu osobnikowi doustnie 50 gr. (dziecku 25 gr.) cukru gromowego, rozpuszczonego w 100 gr. wody; wodę dla pobudzenia diurezy. Oznaczenie wskaźnika cukru we krwi robi się co 20 minut w przeciągu 3, a niekiedy nawet 5 — 6 godzin, mianowicie jeśli przewiduje się znaczniejsze zakłócenie sprawności regulacyjnej wątroby; równolegle, t. j. tak samo co 20 minut, bada się zbierany mocz na ewentualną obecność cukru.

Podczas, gdy u ludzi zdrowych poziom cukru we krwi wznosi się w takich razach zazwyczaj rapidamente np. z 0,14 na 0,34, osiągając szczyt (acme) w 30 do 40 minut, przy całkowitem trwaniu reakcji od 45 minut do 2 i pół godzin, — w przypadkach mniej lub więcej wyrażonego zespołu Basedowa krzywa hyperglikemiczna zachowuje się wręcz odmiennie: przybór cukru we krwi jest o wiele mniejszy, osiąga bowiem, a nawet niekiedy przekracza 1 gram., natomiast powrót do status quo następuje dopiero w 4, a neraz w 5 i 6 godzin. W zależności od stopnia właściwych dla choroby Basedowa zaburzeń ma również występować większego lub mniejszego stopnia cukromocz, czego u osobnika zdrowego w żadnym przypadku nie spostrzegamy.

Wypada zaznaczyć, że niektórzy autorowie, jak np. Offenbacher i Hahn, jakkolwiek potwierdzają występowanie zmienionego odczynu hyperglikemicznego w stanach hypertyreozy, to jednak w przypadkach rozwiniętego zespołu Basedowa, zdaniem ich, odczyn powyższy żadnej zmiany nie ulega.

Nie ulega wątpliwości, że po ostatecznym uzgodnieniu odnośnych badań, a w szczególności po dokonaniu ułatwień technicznych w metodach określania cukru we krwi odpowiednich dla częstego pobierania niewielkich ilości krwi, — odczyn hyperglikemiczny znajdzie zastosowanie nie tylko w klinice, lecz i w rękach lekarza praktyka.

### PISMIENNICTWO.

A. Thepenier: Les Sucres du Sang. Henri Labbé: Journal de Pharmacie et de Chimie (16 juillet 1922). Hahn u. Offenbacher: Deutsche Med. Woch. 1917, Nr. 29. Idem: Archiv. f. Verdauungskranheiten. 1922. Nothmann: Klinische Wochenschrift 1923, Nr. 40. Labbé et Thepenier: La Medecine. 1925, Nr. 10.

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

### Historja i Filozofja medycyny.

Dr. med. Ludwik ZEMBRZUSKI, pułkownik. Michał BERGONZONI (1748 — 1819). Karta z dziejów medycyny wojskowej i społecznej w Polsce. — Warszawa. Główna Księgarnia Wojskowa. 1926.

Do nielicznego szeregu historyków medycyny w Polsce przybywa siła poważna w osobie d-ra Zembrzuskiego. Jego „Rys dziejów chirurgji wojennej polskiej“, wydany w r. 1919, zapowiadał już badacza sumiennego, doskonale orjen-

tującego się w źródłach historycznych, opracowującego swój przedmiot z zamiłowaniem i z umiejętnością wytrawnego pisarza. Wszystkie zalety naukowe i pisarskie autora znajdujemy też w pracy świeżo wydanej o Bergonzoni. Jest to doskonale opracowany i zajmująco napisany przyczynek do dziejów medycyny w Polsce na przełomie dwu stuleci, XVIII i XIX-go, czyli w czasie, kiedy kraj przechodził krytyczne fazy kształtowania, a raczej przekształcania się ustroju państwowego. Postać Bergonzonięgo plastycznie jest tu

odtworzona, i wyraziście występuje przed nami ów osobliwy typ cudzoziemca uczonego, który w przybranej swej ojczyźnie pracuje z całym oddaniem się dla dobra kraju, co go powołało na wybitne stanowisko społeczne.

Byłoby do życzenia, aby monografie historyczne z zakresu medycyny, podobne do powyższej, ukazywały się częściej w druku. Obudziłyby one powinny większy zapal lekarzy do studjowania historii medycyny w ogólności. Właściwie bowiem bez znajomości historii przedmiotu niema głębszego wniesienia w samą istotę badanej umiejętności. M. F.

G. HONIGMANN. *Geschichtliche Entwicklung der Medizin*. Monachjum. 1925. Nakład J. F. Lehmanns.

W ciągu niespełna jednego kwartału stwierdzono ożywczy dopływ na niemieckim rynku księgarskim licznego pocztu poważnych i oryginalnych prac z „suchej“ i mało popularnej historii medycyny. Starogrecka „Knidyjska szkoła lekarska“ znalazła swojego historyka (Ilberga) i wydawcę (S. Hirtzel), a starorzyskie „Pięć ksiąg Caeliusza Aureliana“ o chorobach chronicznych doczekały się sumiennego komentatora (Ilberga) i nakładcę (S. Thiemme). Średniowieczny coraz aktualniejszy „Theophrastes von Hohenheim, alchemista“, Paracelsus zwany, bez troski znalazł monografistę (Koelscha) i poważnego wydawcę (Springera). I Fryderyk Sertürner, skromny aptekarz z Paderbornu, zbawca cierpiącej ludzkości, który przed 120 laty odkrył i dokładnie opisał morfinę, doczekał się swojego biografa (Kroemkego) i wydawcy (S. Fischer). Nawet w wielkim stylu zakrojone, luksusowo i z przepychem ilustrowane dzieło historyczne (E. Goldschmida) „O rozwoju rysownictwa anatomopatologicznego“, sięgające wstecz do źródeł średniowiecza, znalazło mimo bajątkowej ceny księgarskiej (150 Goldmark) swojego nakładcę, a co podkreślić należy, wśród młodych i drugorzędnych firm (W. Hiersemann).

Na taką rozrzutność, na taki gest wielkopański w ciągu niespełna 3-ich miesięcy nie zdobył się dotąd żaden ze zwycięskich krajów, nie wspominając o Polsce, w której lekarz z pracą historyczną z dziedziny medycyny mógłby czekać na „dostojnego“ wydawcę do końca żywota swego, a nawet, śmiejąc przypuszczać, autor ogólnej historii medycyny w zarzysie, jakich Niemcy i Francja posiadają cały legion, nie doszukałby się w czasie obecnym wogóle nakładcy.

Z tych właśnie względów pozwałam sobie zwrócić uwagę na jedną mniejszą rozmiarami pracę historyczną Honigmanna, pracę treści bardziej ogólnej, interesującą każdego myślącego lekarza, w której rozkład światłocieni jest pod wielu względami odrębny i swoisty, różny od tego, jaki spotykamy w innych historjach medycyny i jej kierunków.

W treściwej formie kreśli profesor wszechnicy Giesseńskiej zgruba w szeregu szkiców rozwój historyczny medycyny, opierając się po części na własnej, z dużą znajomością rzeczy w r. 1924 napisanej monografii „O istocie medycyny“ oraz na kilku poważniejszych historjografach niemieckich (Sprengel, Haeser, Peterson, Virchow, Boas, Puschmann, Diepgen, Sudhoff).

Autor rozpatruje pierwotne lecnictwo helleńskie, sekty lekarskie w okresie między Hipokratem i Galenem (najlepszy rozdział!), medycynę wczesnego średniowiecza, arabizm i scholastykę, renesans, 17-ty wiek przyrodniczy, medycynę romantyzmu Niemiec na schyłku 18-go stulecia, początki medycyny nowoczesnej, postępy w patologii komórkowej Virchowa, medycynę w okresie materializmu (najślabszy rozdział!), rozwój stanu lekarskiego.

Monografia Honigmanna, dająca wszystko w pobieżnym streszczeniu, w skoncentrowanym wyciągu posiada wszystkie zalety i wady tego rodzaju elaboratów: obeznanym z historją medycyny i jej pograniczami przynosi niewiele nowego, zaś nie znającym obszerniejszych prac (choćby zbiorowego podręcznika 4-tomow. Neuburger-Pagela) daje odrazu za dużo materiału, za mało strawnego, ciężko przyswajalnego. Naogół jednak rzecz cała interesująco ujęta, wysuwająca idee zasadnicze teorii i praktyki medycyny w ich biegu porównowczo-rozwojowym. Słusznie Honigmann w wiek XX-ty zupełnie pominął lub ledwie tknął, gdyż trudno jednym rzutem oka objąć to, co się poniekąd w stanie stawiła się, in statu nascendi znajduje.

H. Higier.

## Patologja kliniczna i doświadczalna.

F. WIDAL, P. ABRAMI i Ed. JOLTRAIN. *Przeciwodczyn na wino u osobników dnawych*. (La presse médicale Nr. 86. 1925).

Biorąc pod uwagę ogólny odczyn ustroju, który występuje u chorych na dnę po spożyciu pewnych pokarmów, przeprowadzili autorzy szereg prób skórnych, używając do szczepień różnych gatunków win francuskich, ponieważ wino już oddawna jest uznawane za napój szkodliwy dla tej kategorii chorych. Najgorszą sławą jednak pod tym względem cieszy się z pośród wszystkich win czerwone wino burgundzkie. Autorzy stwierdzili niejednokrotnie, że u pewnych osobników chorych na dnę, po wypiciu nawet niewielkiej ilości czerwonego wina burgundzkiego (50 gram.), występowały objawy wstrząsu hemoklastycznego wraz z leukopenją, wzmożeniem ciśnieniem i t. p., podczas gdy ta sama ilość innego wina u tych osobników żadnych zmian nie wywoływała. Dalej zauważono, że wino burgundzkie, dające powyższe objawy u chorych na dnę, nie wywołuje żadnych zmian u osobników zdrowych.

Zbadano 19 chorych, z których u 6 napady były w pełni rozwoju, u pozostałych zaś były notowane przed kilku dniami albo nawet kilku laty. Chorzy należeli do różnych klas społecznych w wieku od 30 do 72 lat. Do odczynu skórniego używano różnorodnych gatunków francuskich win czerwonych i białych, zaś do szczepień kontrolnych, które przeprowadzono w tym samym czasie, stosowano wyciągi z mięsa wołowego, wieprzowego, baraniego, ryb, homarów, albumin płynnych lub suszonych z kartofli i poziomek. Otrzymano następujące wyniki: w 3 przypadkach odczyn wybitnie dodatni, w 13 przypadkach — słabo wyraźny, w 3 pozostałych — ujemny. Przebieg odczynu dodatniego: wzdłuż naciecia skórniego w miejscu, zwilżonem winem, występowało zazwyczaj po upływie 10 — 20 minut małe nacieczenie; po upływie ½ godz. odczyn osiąga swego maximum — wysokość nacieczenia dochodzi do 1 mm., o podstawie 2 mm., otoczone często czerwoną obwódką. Czas trwania odczynu — przeciętnie 1 godz., nieraz dłużej, poczem dość szybkie znikanie. Naogół odczyn skóry przypomina odczyn, otrzymany u astmatyków po zastosowaniu swoistego antygeny.

Autorzy zwracają uwagę na 2 fakty: 1) nie otrzymano odczynu u osobników zdrowych, albo dotkniętych innym cierpieniem, niż dna, 2) u chorych na dnę odczyn otrzymano nie ze wszystkimi gatunkami win i zawsze z temi samymi. Np. wino czerwone du Medoc lub burgundzkie białe dawały wyniki ujemne. Takż wynik dawało również le Porto, które w Anglii cieszy się, podobnie jak burgundzkie, złą sławą. Wyjątkowo w 2 przypadkach z 19 otrzymano odczyn słabo dodatni z winem krajowem du Medoc. Jednak nietylko burgundzkie wina dały u 16 chorych odczyn dodatni, podobne odczyny otrzymano przy zastosowaniu innych gatunków. U niektórych osobników chorych na dnę, jedynym objawem po wypiciu pewnej ilości wina był ból głowy.

Badania, przeprowadzone u 33 chorych (gruźlica, zapalenie płucny, cukrzyca, żółtaczk, schorzenie nerek, ch. Basedowa i inne), dały zaledwie w 5 przypadkach wynik dodatni. Chory z chorobą Brighta ze wzmożonem ciśnieniem i azotemją reagował na wszystkie gatunki win białych i czerwonych. U rekonwalescenta po żółtaczk wszystkie wina czerwone dawały odczyn dodatni, podczas gdy wina białe — wynik ujemny, wreszcie u 3 innych tylko jeden gatunek wina dawał odczyn. U żadnego z tych 5 chorych badanie kliniczne nie wykryło ogólnej wrażliwości ustroju po wypiciu wina, które dawało odczyn skórny. W 28 przypadkach — wynik ujemny. Autorzy stwierdzili w dniu wynik dodatni w 16 przypadkach na 19 chorych, w innych cierpieniach 5 na 44 chorych. Wiek chorego, podobnie jak i czas trwania choroby, zdaniem autorów, niema znaczenia dla odczynu skórniego. Zatrzymując się nad wykazaniem pierwiastka, zawartego w winie i działającego szkodliwie na chorych, stwierdzają autorzy, że nie zależy on ani od ilości alkoholu, ani też kwasowości wina. Doświadczenia L. Spillmana i Lavergne'a nad anafilaksją przy stosowaniu wina białego pozwalają przypuszczać, że objaw ten zależy od obecności w tem winie substancji białkowej, służącej do oczyszczania wina białego. Przy fabrykacji czerwonego wina tej substancji nie używa się, przeto inny pierwiastek wspólny wszystkim winom burgundzkim należy oskarżać o

szkodliwe działanie, jaki zaś mianowicie, pozostaje rzeczą niestwierdzoną.

E. Czarnecki (Paryż).

A. REMOND, M. SENDRAIL i LASSALLE. **Zmiany podstawowej przemiany materji w związku z rozwojem raka doświadczalnego.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 30 — 1925).

Autorzy badali metabolizm podstawowy u królików, u których następnie wywoływali nowotwory smołowe. Z badań ich wynika, że podstawowa przemiana materji w okresie przedrakowym wzrasta, następnie zaś z chwilą zjawienia się i rozwoju nowotworu złośliwego zmniejsza się. Zmniejszenie to często bywa bardzo duże, dochodzi czasem do 65%, przeciętna jego wielkość wynosi około 23%. Utrzymuje się ono stale, z wyjątkiem tych przypadków, w których rozwój nowotworu cofa się.

Ubytku zwierząt na wadze nie stwierdzono, nie można więc uzależniać zmniejszenia przemiany materji od ew. wyniszczenia. Autorzy przypuszczają, że zmniejszenie metabolizmu zależy od zmniejszenia wydzielania wewnętrznego gruczołu tarczowego, występującego pod wpływem smoły i sprzyjającego powstaniu i rozwojowi nowotworu. Wiadomo bowiem, że zmniejszone wydzielanie gruczołu tarczycowego w przypadkach wola nagminnego wytwarza pewną skłonność do raka; również u psa usunięcie tarczycy warunkuje pewne przyspieszenie wzrostu nowotworu.

Na mocy swych badań autorzy dochodzą do wniosku, że hormony odgrywają dużą rolę w powstawaniu nowotworów, i że dla ich rozwoju wielkie znaczenie ma podłoże, na którym się rozwijają.

J. Typograf.

A. REMOND, M. SENDRAIL i LASSALLE. **O zmianach równowagi jonowej surowicy w związku z powstawaniem raka doświadczalnego.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 31 — 1925).

Autorzy badali kwasotę jonową, zasób zasad i wapń zjonizowany krwi królików, u których wywoływali raka smołowego.

PH surowicy w okresie przedrakowym stale było obniżone. Zakwaszenie to wzmagało się jeszcze bardziej w chwili występowania nowotworu i stawało się dostatecznie silnym dla wywołania prawdziwej kwasicy, utrzymującej się przez cały czas rozwoju raka. Powrót do prawidłowych warunków równowagi jonowej stwierdzono jedynie w przypadkach, w których sprawa nowotworowa cofała się.

Wahania zasobu zasad są mniej stałe. Stwierdza się prawie zawsze podniesienie się poziomu rezerwy alkalicznej podczas występowania cech złośliwości. Postępowi rakowacenia towarzyszy, jak się zdaje, zmniejszenie zasobu zasad.

Stwierdzone uprzednio przez autorów znaczne wzmoczenie się we krwi zawartości kwasów tłuszczowych wyjaśnia dostatecznie patogenezę kwasicy rakowej. Według ostatnich badań Mendelejewa rozmnażanie się tkanek zarodkowych możliwe jest tylko w środowisku, którego PH jest niższe od PH zwierząt dorosłych. Wobec powyższych danych autorzy zastanawiają się, czy kwasica nie jest jednym z warunków niezbędnych dla powstawania i wzrostu nowotworów.

Poziom zjonizowanego wapnia we krwi opada w okresie rakowacenia, co prawda niezawsze w stosunku do stanu fizjologicznego, ale stale w stosunku do poziomu, który się stwierdza w okresie przedrakowym. Poziom ten ostatecznie się podnosi, szczególnie w przypadkach, w których sprawa nowotworowa cofa się. Dane te potwierdzają przypuszczenie o przeciwdziałającej roli jonu wapniowego w sprawach rozwoju guzów.

Całość spostrzeżeń autorów wykazuje, że przedrakowy okres utajenia, „okres złośliwości biologicznej“ B a n g a odpowiada określonemu stanowi fizyczno-chemicznemu, oraz że własności rakotwórcze smoły można wytłomaczyć raczej jej wpływem ogólnym na równowagę wewnętrzną środowiska, niż jej działaniem drażniącym.

J. Typograf.

M. et P. GUÉRIN. **Przyczynki do nauki o dziedziczności raka.** (Les néoplasmes. T. 4. Nr. 5).

W pracy swojej autorzy wspominają o licznych bada-

niach, przeprowadzanych w celu wykazania dziedziczności raka. Klinicyści układali statystyki rodzin rakowych, nie dało to jednak wyników definitywnych. Cały szereg badaczy przeprowadzał doświadczenia na myszach, krzyżując przeważnie mysz chorą na raka ze zdrową. Wyniki tych badań nie zgadzają się jednak ze sobą, często są nawet wręcz przeciwnie. M. i P. Guérin zaznaczają, iż wobec tego i z tych badań wniosków wyciągać nie można; przytem wyrażają przypuszczenie, że raki niby dziedziczne, otrzymywane przez badaczy, są może rakami samoistnymi bez żadnego podkładu dziedziczności, ponieważ wiemy, że u myszy raki wogóle spotykają się bardzo często. Dlatego proponują badania nad dziedzicznością przeprowadzać nie z rakami, lecz z innymi guzami, rzadziej występującymi. Oni sami badali dziedziczność niezmiernie rzadkiego złośliwego guza śledziony u świnki morskiej. W pracy swojej najpierw szczegółowo opisują ten guz i na zasadzie danych z piśmiennictwa przychodzą do wniosku, że nowotwór ten odpowiada typowi mięsaka pierwotnego śledziony, opisanego przez Busza z St. Francisko, przytem uważają, że wychodzi on z komórek śród-błonkowych; nowotwór ten nazwali „splénome malin“. Badania nad dziedzicznością M. i P. Guérin przeprowadzali na czterech pokoleniach tej świnki i nigdzie nowotworu nie znaleźli; wynik więc tego doświadczenia jest ujemny, zaznaczają jednak, iż materiał ich jest zbyt mały, aby na nim budować jakieś daleko idące wnioski co do dziedziczności. W dalszym ciągu swej pracy zastanawiają się autorzy nad innymi możliwymi przyczynami raka. Wspominają o ostatnich pracach, w których różni autorzy doszukują się przyczyny raka w zarazkach chorobotwórczych, i zaznaczają, że ich osobiste badania, dotyczące zaraźliwości raka, dały wyniki ujemne. Najbardziej przychyłają się autorzy do zdania Carrela, który twierdzi, że przyczyną nowotworów muszą być dwa momenty: usposobienie komórkowe i czynnik wywołujący; czynnik ten jest dotąd nieznan.

Wnioski M. i P. Guérina z tej pracy są następujące: 1) Jeżeli dziedziczność rakowa istnieje, to nie można jej ująć w żadne ramki, jest ona różna w różnych warunkach. 2) Jeżeli o niej wogóle można mówić, to tylko o dziedziczności jednego momentu: usposobienia rakowego. 3) Tylko zgodne ze sobą wyniki doświadczeń, przeprowadzanych na różnych rodzajach zwierząt, można przenosić na ludzi.

St. Heybowicz.

## Gruźlica.

F. KLEMEPERER. **Leczenie suchot płucnych sanokryzyną.** (Die Therapie der Gegenwart. 1926, Nr. 2).

Na podstawie większego materiału klinicznego dochodzi autor do następujących wniosków o wartości leczniczej metody Moellgaaarda:

1) surowica Moellgaaarda jest zupełnie bezskuteczna;

2) zalecane przez Moellgaaarda początkowe dawki sanokryzyny w ilości 0,5 oraz 1,0 grama są szkodliwe i niebezpieczne;

3) natomiast dawki początkowe po 0,1 do 0,25, stosowane w odstępach 5 — 8 dniowych tudzież zwiększane w miarę tolerancji pacjenta, nie są szkodliwe i mogą być stosowane z pomyślnym skutkiem;

4) w co najmniej połowie przypadków sanokryzyna nie wywiera pożądanego działania leczniczego, przyczem nigdy nie można przewidzieć takiego, czy innego jej oddziaływania;

5) bezpośredniemu działaniu sanokryzyny podlega, zdaniem autora, nie lasecznik gruźlicy, lecz zakażona nim tkanka, wobec czego sanokryzyna nie jest w ściśmym znaczeniu tego słowa chemoterapeutycznym lekiem bakterjobójczym.

G. Raciązek.

KNUD FABER. **Leczenie gruźlicy płuc sanokryzyną.** (Rev. de phthisiol. 1925, Nr. 5).

Na posiedzeniu naukowym rady zarządu związku międzynarodowego przeciwgruźliczego w Paryżu w ubiegłym lipcu Faber zdawał sprawę z swych doświadczeń z sanokryzyną. Niema mowy o wyjaśnieniu ustroju, lecz tylko o klinicznym wyleczeniu gruźlicy płuc, t. j. o ustąpieniu objawów, wstrzymaniu postępu zmian i o zniknięciu prątków z

plwcciny. Na 42 chorych z podostrą i przewlekłą gruźlicą płuc, leczonych sanokryzyną w ośmiu osiągnięto wyleczenie kliniczne, w 17 otrzymano poprawę podmiotową i przedmiotową, w 9 nie odnotowano żadnej poprawy, w 6 nastąpiło pogorszenie. F a b e r sądzi, że sanokryzyna może być skuteczna w świeżej gruźlicy niezbyt rozległej i niezbyt szybko postępującej. Jest on przytem przeciwnikiem stosowania zawsze dużych dawek przetworu. W przypadkach podgorączkowych i bez gorączki pierwsza dawka jego wynosi 0,5 po 3 dniach—0,85 lub 1,0. O ile nie występuje gorączka czy białkomoc, powtarza się 1,0 tygodniowo u mężczyzn. U kobiet nie należy przekraczać 0,75. W przypadkach, w których występuje gorączka, należy wprowadzać dawki półgramowe, lecz można je powtarzać w odstępach 1 — 2 dniowych, w przypadkach ostrych i z gorączką rozpoczynać od 0,1 lub 0,2.

Léon Bernard wspominał na tem posiedzeniu o 23 chorych, którym zastrzykiwał sanokryzynę: u 4 zauważył poprawę. Uważa on, że narazie należy być bardzo wstrzeźliwym w osądzaniu środka, który dopiero znajduje się w okresie doświadczeń. Bądź co bądź ma wrażenie, że poza tuberkuliną, w sanokryzynie mamy nowy środek, wybiórczo działający na zmiany gruźlicze; czy działanie to może być uważane za lecznicze, przyszłość pokaże.

Robert Philip stosował sanokryzynę w 20 do 30 przypadkach i również stwierdził niezaprzeczone działanie na zmiany gruźlicze i pewną poprawę w stanie chorych.

M. G.

**SERGEANT, BORDET, DURANT i KOURILSKI. Leczenie gruźlicy sanokryzyną.** (Journ. d. Med. et d. Chir. 1926, t. XCII).

Autorowie uczestniczyli w francuskiej komisji sprawozdawczej, wydelegowanej do Kopenhagi dla zapoznania się z metodą Moellgaaarda leczenia gruźlicy za pomocą sanokryzyny. Po powrocie do Paryża poddali leczeniu sanokryzyną 13 chorych z gruźlicą płuc, a bez objawów gruźlicy w jakimkolwiek innym narządzie wewnętrznym. Po trzymiesięcznej obserwacji i nieprzerwanem stosowaniu sanokryzyny osiągnięto następujące wyniki:

1 pacjent odpadł zaraz na początku leczenia, ponieważ z powodu nader ciężkich objawów ubocznych musiano leczenia sanokryzyną zaniechać w zupełności;

4 chorych zmarło;

z pomiędzy pozostałych 8 chorych u jednego nie zauważono żadnych widocznych zmian, u 3 skonstatowano niewątpliwie pogorszenie, natomiast u 4 zdawała się zarysowywać lekka poprawa, wyrażająca się między innymi również w rozjaśnianiu odnośnych miejsc rentgenogramu.

Powyższy, jak widzimy, niebardzo pomyślny bilans leczenia sanokryzyną daje autorom powód do wypowiedziania nader ostrożnych, a nawet ujemnych poglądów na wartość leczniczą sanokryzyny.

Ze szczególnym naciskiem podkreślają autorowie że rzekomo tak niezwykle pomyślny wpływ preparatu na prątki w kierunku ich szybkiego ginięcia, niezupełnie odpowiada rzeczywistości, albowiem w przypadkach autorów prątki ginęły wprawdzie szybko, lecz nigdy definitywnie lub choćby na dłuższy okres czasu. Jakkolwiek nigdy nie przekraczano jednorazowej dawki w ilości 1 grama (dożylnie), a rozpoczynano zazwyczaj od 0,1 — 0,25, to jednak w wielu przypadkach otrzymywano bardzo ciężkie powikłania ze strony przewodu pokarmowego, wydzielniczego oraz krążenia, wobec czego zabiegu powyższego w żadnym razie nie uważają za pozbawiony niebezpieczeństwa. (Prof. S e r g e a n t uchodził we Francji za najzarliwszego przeciwnika sanokryzyny. Przypisek referenta).

G. R a c i ą ż e k.

### Choroby serca i naczyń.

**CUTLER, LEVINE i BECK. Leczenie operacyjne zwężenia zastawki dwudzielnej serca. Studium kliniczne i doświadczenia.** (Journal de chirurgie IV. t. 1925. Archives of Surgery. IX t. 1924).

Ponieważ w wielu przypadkach zwężenia zastawki dwudzielnej tylko mechaniczne zamknięcie zastawek jest głównym czynnikiem tej choroby, C. Z. i B. postanowili spróbować interwencji chirurgicznej. Po licznych doświad-

czeniuach na zwierzętach przystąpili do operacji czterech osobników, dokniętych tą wadą serca. Jest to operacja, którą po raz pierwszy w chirurgji i wogóle w medycynie wykonano na człowieku. Autorzy wymyślili w tym celu przyrząd, nazwany kardiowalwulotomem, który z łatwością przecina zgrubiałe i zwapniałe zastawki.

Technika operacyjna. Cięcie po linii środkowej mostka, który się przepoławia piłką, poruszaną motorem elektrycznym. Narkoza eterowa. Po rozchyleniu brzegów i dojściu do serca, nosimy je ku górze i ku prawej stronie, aby uwidocznic całą lewą komorę. Wkłuwa się nóż przez całą grubość mięśnia lewej komory i przez ten otwór wprowadza się kardiowalwulotom, który przecina pierścień zgrubiałej zastawki. Po wyciągnięciu kardiowalwulotomu ranę w sercu zaszywa się kilkoma szwami L e m b e r t a. O ile serce przestaje się kurczyć zwilża się je rozczytnem fizjologicznym z adrenalina. Następnie zaszywa się osierdzie, mostek (drutem) i skórę.

I przypadek. Jedenastoletnia dziewczynka ze **sthenosis mitralis**. Skarży się na duszność, bicie serca; leży od 8 miesięcy. Operacja 20.V.1923. Przed zabiegiem puls 180, ciśnienie 110. Po otwarciu osierdzia obrócono serce ku górze i w prawo, ale ciśnienie spadło do 75. Zwilżono serce solą z adrenalina, poczem znów zaczęło bić całą siłą. Wkłuto nóż, następnie kardiowalwulotom i z dużym wysiłkiem przecięto zgrubiałą zastawkę. Ranę zaszyto. Nazajutrz puls 140. Oddechów 40. S n i c a. Furczenie w prawym płacie górnym (**Pneumonia?**). Stan beznadziejny. Napastnica i tlen. 22. V. Popołudnie. Puls 100. T<sup>o</sup> normalna. Ciśnienie 110. 27.V. Wyjęto szwy. Rana zagojona przez rychłozrost. Kilka miesięcy po operacji tony serca czyste. Ciśnienie 108. Poprawa ogólnego stanu. Dziecko znów zaczęło chodzić; samopoczucie bardzo dobre.

II przypadek. 35 letnia kobieta. Od 4 lat **sthenosis mitralis**. Duszność, bicie serca. Obrzęki. Operacja 7. X. 1924. Z trudem przecięto zwapniałe zastawki, ale serce przestało bić. Iniekcja adrenaliny do komory lewej. Po 165 uderzeniach znów uderzenia serca ustały. Masaż serca. Szybko zaszyto ranę. Puls 140. Ciśnienie 65. Śmierć po 20 godzinach. Sekcja zwłok wykazała duży skrzep w lewej komorze serca oraz zwyrodnienie mięśnia komór.

III przypadek. Mężczyzna 26 lat. Od 1½ roku **sthenosis mitralis**. Podczas operacji okazały się zrosty z osierdziem. Przy oddzielaniu osierdzia — uszkodzenie ściany serca. Śmierć po 2 dniach wskutek wylewów krwawych do osierdzia.

IV przypadek. 19 letnia dziewczyna. Wszystkie narządy zdrowe z wyjątkiem serca. Operacja. Wycięto duży kawał zastawki dwudzielnej. Sześć dni po operacji zapalenie płuc. Śmierć po 10 dniach. Sekcja wykazała **endocarditis chr. fibrosa. Bronchopneumonia bilateralis**. Rana zagojona **per primam**.

P. R a j m a n.

**WĘGŁOWSKI. O przeszczepieniach naczyńiowych.** (Ztbl. f. Chir. Nr. 40, 1925).

W. wykonał zabieg powyższy 51 razy, mianowicie w tych przypadkach, kiedy z powodu zbyt wielkiego oddalenia się końców zranionego naczynia szew naczyniowy był nie do urzeczywistnienia. Jako materiału do przeszczepienia, autor używa najczęściej żyły podskórnej odpiszczelowej, zesztywając najpierw koniec obwodowy żyły z końcem dośrodkowym tętnicy, następnie koniec dośrodkowy żyły z końcem obwodowym tętnicy. W ten sposób było wykonane przeszczepienie naczyniowe 5 razy na tętnicy podobojczykowej, 4 razy na tętnicy pachowej, 3 razy na biodrowej zewnętrznej, 30 razy na udowej i 9 razy na tętnicy podkolanowej. 3 operowanych zginęło z powodu krwotoku wtórnego, uzależnionego od niepewnych warunków aseptyki, w 1 przypadku nastąpiło obumarcie stopy, którą odjęto. W 47 przypadkach wynik jest doskonały, przyczem w 40 przypadkach tętno jest wyczuwalne na końcu obwodowym kończyny. W 7 innych, aczkolwiek tętna się nie wyczuwa, jednakowoż wynik czynnościowy jest wystarczający.

J. P o m p e r.

**Th. BUEDINGEN. Stosowanie hipertonicznych roztworów cukru gronowego w chorobach serca.** (Fortschritte der Therapie. 1925 Nr. 23).

Po określeniu nasercowego działania naparstnicy, mo-

bilizującej tudzież eksploatującej całość siły zapasowej mięśnia sercowego, jednakże bez jakiegokolwiek ilościowego zwiększenia owej siły zapasowej, autor podkreśla i motywuje wysoką wartość dożylnie podawanego cukru gronowego, bezpośrednio zwiększającego siłę efektywną serca. Cukier bowiem jest jedynym ciałem, które krążąc we krwi, może być przez mięsień sercowy zabsorbowane z natychmiastowym obrotnością energii potencjalnej w kinetyczną.

Zanurzone w płynie odżywczym serce nie zostanie pobudzone do ponownego bicia ani przez dodatek tłuszczu, ani białka, natomiast cukier gronowy wywołuje natychmiastową akcję serca. Autor powołuje się między innymi na badania fizjologa duńskiego Krogha, które potwierdziły wypowiedziane już dawniej przez J. Muellera poglądy, że „cukier gronowy we krwi jest źródłem energii sercowej”.

Zgodnie ze swą koncepcją autor rozróżnia dwie zasadnicze grupy schorzeń mięśnia sercowego: 1) polegających na niedostatecznym dopływie do serca cukru gronowego ze krwi (**cardiodystrophia hypoglycaemica**) oraz 2) polegających na upośledzonym spalaniu, przetwarzaniu, doprowadzonego zresztą w ilości prawidłowej, cukru gronowego (**cardiodystrophia hypoglycolytica**).

Z pierwszej kategorii spotykamy się po wycięciu wątroby (śmierć w 6 — 8 godzin), w przebiegu choroby Addisona, wielu zatruc, upośledzonego odżywiania u osobników nerwowych, odczuwających w takich razach ciężar w okolicy serca oraz łatwo męczących się przy lada wysiłku. Do tej grupy zalicza autor również te przypadki osłabienia serca, które zdarzają się w okresie kuracji insuliną i powodują groźne niekiedy dla serca powikłania na tle hypoglykemii.

Drugą grupę reprezentują takie przypadki, w których cukier gronowy krąży we krwi w ilości zupełnie prawidłowej, a nawet nadmiernej, tem nie mniej dochodzi do zespołu hypoglykemicznego w sercu, albowiem to ostatnie nie umie w odpowiednim tempie spalać cukru gronowego i przetwarzać na energię kinetyczną. Należą tutaj rozmaite stany, którym towarzyszą wysokie liczby cukru we krwi, a więc przedewszystkiem cukrzyca, choroby zakaźne oraz niektóre zatrucia.

Pobieżniej nieco traktuje autor trzecią jeszcze możliwość, wedle której mięsień sercowy miałby mieć patologiczną i wzmoczoną skłonność do nadmiernego zapotrzebowania cukru, pociągającą w rezultacie za sobą częsty jego deficyt na miejscu, t. j. w tkance mięśniowej. Autor opiera się w tym względzie na badaniach doświadczalnych Schencka, który stwierdzał częstokroć w mięśniu serca produkty burzliwie odbywającego się spalania cukru w ilości nadmiernej (kwas mleczny i inne).

Nie kwestjonując bynajmniej wielkiej wagi leczenia djetetycznego, autor podnosi jednak, że „pomimo jaknajracjonalniejszej diety, nie jesteśmy w stanie dostarczyć mięśniowi sercowemu więcej pożywienia po nad to, co przepuści wątroba”.

Stwierdzone metodą Banga regularne, rzekomo, wznośzenie się poziomu cukru we krwi na skutek podania większych ilości *per os* — nie odpowiadają rzeczywistości, o trzymywano nawet wręcz przeciwne, t. zw. paradoksalne reakcje z obniżeniem poziomu cukru. Zresztą sam Bang, twórca metody mikrochemicznej, znajdował we krwi po podaniu 100 gr. cukru nader nieznaczne wznoszenie się jego poziomu.

Chcąc tedy istotnie spowodować szybki i pewny przybór cukru, należy wprowadzić go do krwiobiegu drogą iniekcji dożylnie. Osłabiany w ten sposób szybki przybór cukru we krwi ma pozatem jeszcze i tę wyższość, że stanowi poważny bodziec odżywczy.

Natomiast o jakimkolwiek trwałszym utrzymaniu wysokiego poziomu cukru bezwarunkowo nie może być mowy.

Autor jest naogół zwolennikiem dużych dawek cukru gronowego, podawanych dożylnie (10 — 20 % roztwór w ilości od 50 do 300 cm<sup>3</sup>). W razie potrzeby dodaje się do roztworu odpowiednich leków w rodzaju strofantyny i t. p.

W końcu następuje wyszczególnienie nader licznych wskazań leczniczych, oparte na znacznej, bo aż 14.000 wynoszącej liczbie iniekcji, dokonanych w okresie od 1923 do 1925 r.

G. Raciązek.

H. JANUSCHKE. Kodeina jako środek nasercowy. (Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 1, 1926).

Autor wychodzi z założenia, że kodeina nie tylko uspakaja kaszel, lecz także działa uspakajająco i regulująco na serce. To regulujące działanie na serce zauważył autor przypadkowo u dwudziestoletniego pacjenta, cierpiącego na ciężką, nieskompensowaną wadę serca, który jednocześnie miał zapalenie oskrzeli grypowe. Dostawał on na wieczór kodeinę w dawce 0,04 g.; niemiarowość tętna nad ranem przechodziła.

Oprócz tego obserwował działanie kodeiny u pacjenta, który miał bicie serca, najprawdopodobniej na podłożu nerwowym; po podaniu 0,04 g. kodeiny objawy sercowe ustąpiły.

Szczegółowe badania nad działaniem kodeiny były prowadzone w laboratorjach na izolowanych sercach żab przez Fröhlicha i Picka; badacze ci wykazali hamujące działanie kodeiny na stronę czuciową i ruchową mięśnia sercowego.

Działając na ośrodki ruchowe, kodeina znosi u ludzi palpacje serca, ekstrasytolję i niemiarowość stałą. Działając zaś na stronę czuciową, usuwa pewne objawy, jak bicie serca, duszność, uczucie ucisku, bólu i strachu.

Inni badacze, jak Graff, próbowali w pewnych chorobach serca, jak naprzykład w dusznicy bolesnej i dychawicy sercowej, stosować kombinację dwóch środków, mianowicie **Theobrom, natr. salicyl. 0,5** i **codeini muriatu**; ewentualnie **phosphoric 0,01 — 0,03 — 3** razy dziennie.

Działanie tych środków wywołało poprawę samopoczucia, oddech utrudniony znikł, ciśnienie krwi spadło.

Kodeina w połączeniu z teobrominą wystarcza w dawce daleko mniejszej jak np. 0,02 g. Kombinacja tych dwóch środków działa doskonale na serce, ponieważ sama teobromina zwiększa siłę serca i rozszerza naczynia sercowe. Rozszerzając zaś naczynia sercowe, wywołuje przekrwienie, co sprowadza lepsze ukrwienie ośrodków nerwowych, lepsze wchłanianie kodeiny, która już wtedy działa daleko sprawniej, jako *sedativum*.

Alfred Galewski.

## Choroby narządów trawienia.

T. BRUGSCH. O racjonalnem leczeniu chorób wątroby i dróg żółciowych. (Medizin Klin. Nr. 38, 1925 r.).

Zasadą postępowania jest stosowanie okładów, podawanie wód alkalicznych oraz przeprowadzenie kuracji djetetycznej. Okłady powinny być wilgotne, możliwie jaknajbardziej gorące. Zamiast mąki lnianej zaleca autor w tym celu kartofle. — Świeżo ugotowane kartofle kładzie się w worek płócienny i następnie wakuje się. Dużą zaletą takiego okładu jest niezbyt wielka wilgotność. Suche ciepło w postaci fajerek, poduszek elektrycznych i in. jest mniej zalecane. Systematyczne przeprowadzanie leczenia wodami alkalicznymi w domu jest niemniej skuteczne, od picia wód z źródła, przytem nie odgrywa większej roli, czy woda jest naturalna, czy przygotowana ze soli naturalnych lub sztucznych. Zupełnie wystarczające jest rozpuszczenie soli karlsbadzkiej w stosunku 5,5 gr. w litrze ogrzanej do 50° wody i popijanie szklankami. Kuracja powinna trwać 3 — 4 tygodnie, przyczem chory w ciągu dnia wypija 2 — 3 i więcej szklanek wody w odstępach 10 — 20 minutowych, wówczas gdy ma na sobie okład. Okład zaś kładzie raz, lub dwa razy w ciągu dnia i ma go na sobie w przeciągu 1 — 2 godzin.

W napadzie kolki żółciowej lepiej jest unikać morfiny, a stosować atropinę, lub papawerynę (*papaver. hydrochl.* 0,04 kilkakrotnie w ciągu dnia po jednej tabletki). Przy dłuższem stosowaniu — zamiast atropiny — *methylatropinbromat* w postaci

**Rp. Methylatropinbromat, 0,01 — 0,02**

**Sacchari 3,0.**

Mfp. Divide in dos. Nr. X S. 1 — 2 proszki dzien.

Środki farmaceutyczne, stosowane w leczeniu dróg żółciowych, dzielą się na dwie kategorje (podług Horstera): na choleretica i cholagoga. Pierwsze z nich pobudzają bezpośrednio czynność wydzielniczą komórek wątrobowej i dlatego wchodzą w grę tam, gdzie upośledzone wydalanie żółci jest w związku z niedomogą samej komórki. Cholagoga są to środki, które pobudzają perystaltykę dróg żółciowych, a więc są wskazane przy obecności kamieni w pęcherzyku i drogach żółciowych. Do I-ej kategorji zalicza się środki,

w których skład wchodzi kw. żółciowe, atofan również i mentol. Dobrym preparatem, zawierającym kw. żółciowe jest Degalol (tabletki à 0,1) — ma zastosowanie wówczas gdy chodzi o przepłukanie dróg żółciowych przez zwiększoną ilość przepływającej żółci, a więc po napadach kamicy, w przewlekłym zapaleniu woreczka żółciowego i t. d. Przeciwwskazaniem jest zespół cholemiczny, gdyż wówczas we krwi znajduje się zwiększona ilość kw. żółciowych. Atofian najlepiej jest stosować w postaci domięśniowych zastrzyków Ikterosanu Scheringa, powtarzając je kilkakrotnie w przeciągu kilku dni. W celu usunięcia kamieni ostatnio zalecają jednocześnie stosowanie Ikterosanu wraz z pituitryną, lub hypofizyną. Pituitryna należy do najbardziej czynnych środków żółciopędnych i bywa stosowana wówczas, gdy mamy do czynienia z mechanicznym zamknięciem przewodu pęcherzykowego lub żółciowego wspólnego — zastrzyk podskórny w ilości 1 cm.<sup>3</sup>. Do innych środków tej grupy należą: kw. tłuszczowe, środki czyszczące — kalomel, podofilina, olej terpentynowy. Z preparatów warto wymienić: chologen; cholelizyna = 20% roztworu Eunutrolu; Eunutrol = **natrum oleificum**; podawać 3 razy dziennie po 2 pigułki à 0,1 — 0,25. Zamiast ostatniego preparatu można również skutecznie podawać choremu rano i o 6 po poł. łyżkę oliwy, dodając dla smaku sok z wyciśniętej cytryny. Ovogal (Riedla) zawiera kw. żółciowe i białko. Bilival (Ingelheim) — zawiera lecytynę i sól Na kw. żółciowych. Ze środków dezynfekujących głównie dzięki zawartości połączeń formaldehydowych: bilitropina (Kathe, Halle), felamina (Sandów, Basel), cylotropina (Schering), choleval — preparat koloidalny srebra w połączeniu ze solami kw. żółciowych. W praktyce do dezynfekcji dróg żółciowych wystarczy stosowanie 5 — 10 cm.<sup>3</sup> 40% urotropiny dożylnie, przez dłuższy czas. O ile stosowanie dożylnie jest niewykonalne, podawać urotropinę w ławatywce (4,0 gr. urotropiny w 100 gr. wody).

M. Goldman.

**K. Reicher. Nowy sposób leczenia kamieni żółciowych.** (Ther. der Gegenwart Nr. 9, 1925 r.).

Autor stosował w kilkunastu przypadkach zaczopowania przewodu żółciowego głównego hypofizynę + icterosan (śródmięśniowo), podając równocześnie około 300 cm.<sup>3</sup> gorzkiej wody i uzyskiwał pomyślne wyniki.

Skuteczność tych środków objaśnia autor tem, że icterosan ma działać żółciopędnie — hypofizyna powoduje skurcz mięśni pęcherzyka żółciowego, względnie przewodu głównego, a woda gorzka w tych przypadkach miałaby pobudzać wątrobę do obfitszego wydzielania żółci; żółć pozostająca pod dużym ciśnieniem ma, wedle autora, wypierać kamień z jego łożyska.

Liljenfeld.

**GEHWOLF. W sprawie zapalenia pęcherzyka żółciowego z kamcią u dziecka.** (M. Med. W. Nr. 3, 1925).

Schorzenia dróg żółciowych i pęcherzyka u dziecka należą do rzadkości. Znana statystyka v. Khaustza obejmuje zaledwie 15 przypadków, z których 5 zostało rozpoznanych na stole sekcyjnym. Przypadek autora dotyczy 8-letniego dziecka, które było operowane z powodu **appendicitis acuta**. Przy zabiegu stwierdzono wybitnie zmieniony pęcherzyk z dużym kamieniem i owrzodzeniami na ścianie pęcherzyka. Pęcherzyk usunięto, chory wyzdrowiał.

W wywodach autor sądzi, że u dzieci z brzuszniemi sprawami chorobowemi o charakterze napadowym nigdy nie należy zapominać o stanach zapalnych pęcherzyka, wywołanych, być może, z powodu wrodzonego zwężenia jego szyi.

J. Pomper.

**GOSSET, DESPLAS i BONNET. Przedziurawienia pęcherzyka żółciowego z kamcią do wolnej jamy brzusznej.** (J. de Chir. t. XXV, Nr. 3).

Praca oparta na 111 przypadkach częściowo własnych, lecz przeważnie zebranych z literatury. Wyleczeń było 53, co wynosi 52,2% śmiertelności, — liczba niezupełnie prawdziwa, gdyż w rzeczywistości, wliczając przypadki śmiertelne nieogłoszone, okaże się ona jeszcze większą. To do wodzi ciężkości wymienionego stanu chorobowego nawet w stosunku do przedziurawień wrzodów żółciowo-dwunastniczych, lepiej znanych i łatwiej rozpoczynanych.

Jako przyczyny, wywołujące przedziurawienie pęcherzyka, należy wymienić momenty mechaniczne z pęknięciem pęcherzyka z powodu zbyt dużego rozszerzenia się lub z powodu ucisku kamienia na ścianę. Następnie wchodzi w grę momenty charakteru troficznego, jako wynik zmian w ścianie pęcherzyka, czy to z powodu zakrzepu naczyniowego, czy przez ucisk kamienia na odpowiednie naczynie. Jednak najczęstszą przyczyną jest bezwzględnie zakażenie, wywołujące zmiany martwicze w ścianie pęcherzyka.

Wskazanie operacyjne jest bezwzględne. Idealnym leczeniem będzie usunięcie pęcherzyka żółciowego, co jest zależne od ogólnego stanu i od stosunków anatomicznych. Czasami należy się zadowolić sączkowaniem pęcherzyka z dodaniem sączka pod wątrobę. Rokowanie nie jest zależne wyłącznie od daty zabiegu. Tu wchodzi również w grę i inne czynniki, jak jadowitość żółci, wiek chorego, jego stan ogólny i jego wytrzymałość, czynniki, niestety, mało znane.

J. Pomper.

**PAUCHET. W sprawie kamicy przewodu żółciowego wspólnego.** (Pr. Med. Nr. 17, 1925).

Wśród nosicieli kamieni przewodu wspólnego rozróżniamy „białych“ i „żółtych“. U białych, t. j. u bezżółtaczkowych, operacja nie daje większej śmiertelności, niż 5 — 8 na sto. U żółtych ryzyko operacyjne jest zmienne w zależności od długotrwałości i nasilenia sprawy chorobowej oraz wytrzymałości pacjenta i waha się w granicach od 15 do 80 na sto. U takich chorych należy przed zabiegiem zastosować następujące środki zapobiegawcze: przelewanie krwi, zażycie dużej ilości wody cukrzanej drogą doustną, przez odbytnicę i podskórnie (3 — 4 litry dziennie), ogrzewanie wątroby przed i po operacji, a podczas operacji zapomocą kompresów z ciepłą solą; ograniczenie manipulacji w jamie brz. postępowanie się instrumentami, które przecinają (nożyczki, nóż), a nie palcami, ograniczenie narkozy chloroformowej i eterowej; zachowanie pęcherzyka żółciowego, jeżeli jest zgrubiałą, zmniejszony i przyrośnięty, żeby nie zostawić na powierzchni przedniej wątroby miejsca krwawiącego; należy tylko wówczas otworzyć pęcherzyk, usunąć kamień, zeszkobać śluzówkę i zostawić część włóknistą, zrośniętą z wątrobą.

Co się tyczy okresu pooperacyjnego, to oznaką stanu poważnego są następujące momenty: tętno ponad 100, wzrost i twardość wątroby, rzadkie oddawanie moczu, wygląd zielony lub brązowy, częste krwawienia i kiedy po operacji zgiębnik Kehra nie daje żółci, lub gdy wycieka żółć biała; jeżeli natomiast wycieka żółć żółta, wówczas oznacza to stan dobry.

J. Pomper.

**GOSSET. O choledochotomji z powodu kamicy.** (Pr. Med. Nr. 31, 1925).

Przy wszelkich zabiegach z powodu kamicy pęcherzyka żółciowego należy zawsze skontrolować drogi żółciowe, by nie mieć w przyszłości pseudo-nawrotów, zależnych od przecięcia znajdujących się w nich kamieni. Przygotowanie chorego do operacji na drogach żółciowych polega między innymi na badaniu krwi na azot oraz na krzepliwość. W razie osłabionej krzepliwości autor stosuje kilkakrotne przelewania krwi. Co do znieczulenia, G. korzysta tylko z eteru; w razie powiększonej ilości azotu we krwi, stosuje znieczulenie rdzeniowe.

Następnie autor dokładnie opisuje technikę otwarcia jamy brzusznej (cięcie poprzeczne), ekstertyzacji wątroby, uwolnienia dwunastnicy i dróg żółciowych od zrostów, zbadania zewnętrznego oraz otwarcia przewodu wspólnego, badania wewnętrznego tegoż przewodu i ew. jego sączkowania. Co do tego ostatniego, to autor jest zwolennikiem starej metody założenia sączka gumowego do przewodu wątrobowego z wyprowadzeniem końca nazewnątrz. Po zabiegu chory powinien być nadal pod opieką lekarską, regulującą jego tryb życia oraz dietę.

Co do wyników statystycznych, to na 118 podobnych przypadków G. miał 5% śmiertelności u chorych nie gorączkujących, a 15% u chorych z gorączką i długotrwałą żółtaczką.

J. Pomper.

## Choroby dzieci.

E. LESNÉ i R. TURPIN. **Cechy kliniczne i leczenie tężyczki.** (Le Nourrisson Nr. 6. 1925).

Tężyczka ukryta jest to szczególnie stan układu nerwo-mięśniowego, cechujący się nadpobudliwością elektryczną i mechaniczną nerwu i mięśnia. Tężyczka jawna jest to stan chorobny, powstający napadowo w czasie trwania tężyczki ukrytej. Stałym i najlepszym, najwcześniejszym objawem klinicznym tężyczki ukrytej jest objaw Ch wostka, który to objaw u niemowląt spotyka się wyłącznie w tężyczce. Obecny w postaciach tężyczki najbardziej poronnych. W swej postaci klasycznej występuje tężyczka, poczynając od 7-go mies. U niemowląt młodszych tężyczka ukryta też nie jest rzadkością. Objaw Ch wostka ujawnia się u nich inaczej, mianowicie: po uderzeniu palcem na środku linii, łączącej płatek uszny i spojenie warg — powstaje błyskawiczny ruch ssania. Wszelkie inne objawy tężyczki są tylko odmianą objawu Ch wostka i występują niezawsze. Dołączają się mogą skurcze mięśni gładkich (kurcz odźwiernika, wymioty nawykowe) i zaburzenia psychiczne (drażliwość, strach nocny). Objawy tężyczki jawnej: kurcz krtani, przykurczenia mięśni kończyn. U niemowląt kończyna górna niezawsze układa się, jako „ręka akuszerka”. Najczęściej palce lekko przykrywają kciuk, przyciśnięty do dłoni. Po skurczach tonicznych mogą wystąpić drgawki kloniczne. Drgawki pochodzenia tężyczkowego u niemowląt powyżej 3 mies. stanowią 70% ogólnej liczby drgawek. Najwięcej przypadków tężyczki przypada na okres od marca do sierpnia. Na 33 przypadki tężyczki ukrytej — w 22 autor spotkał objawy krzywicy. We krwi stwierdza się stale hyperalkalozę, jako skutek — obniżenie zawartości wapnia zjonizowanego.

Badania dotychczasowe nadwrażliwości elektrycznej nie uwzględniały czasu, jako miernika pobudliwości. Lapicque zastosował pierwszy ten sposób, t. zw. chronakcję. Autor nie może jednak scharakteryzować tężyczki ukrytej zmianami w chronakcji w określonym kierunku.

W leczeniu tężyczki jawnej pierwsze miejsce zajmuje wapń (4 — 6 grm. **całeli chloratki, pro die** — dla niemowlęcia). Zmniejsza on alkalozę, przeprowadzając alkalja rozpuszczalne w nierozpuszczalne w przewodzie pokarmowym:  $\text{CO}_3 \text{Na}^2 + \text{Ca Cl}^2 = \text{CO}_3 \text{Ca} + 2 \text{Na Cl}$ . Poza to ciepłe kąpiele i chloral. W tężyczce ukrytej najlepszą i niezaprzecaną metodą leczenia jest naświetlanie lampą kwarcową J. Wiszniewski.

P. LEREBoullet. **Czego należy oczekiwać od insuliny w leczeniu cukrzycy u dzieci.** (Le Monde Médical, 1925, Nr. 677).

Wyniki leczenia insuliną są tak oczywiste, że nikt chyba nie ma zamiaru poddać ich krytyce. Ale jakie jest rokowanie na przyszłość? Czy można liczyć na to, że dzięki niej uda się złagodzić na stałe tak ciężki przebieg cukrzycy u dzieci? Niestety, fakty zaprzeczają temu. Insulina ma działanie tylko czasowe; aby osiągnąć wyniki długotrwałe, należy stosować ją stale. Nie należy oczekiwać od insuliny wyleczenia zupełnego; zdaje się, że nawet długa kuracja nie dotyka zupełnie samej przyczyny cukrzycy; nie jest to leczenie przyczynowe, lecz ograniczające się jedynie do skutków — insulina działa na zaburzenia w regulacji cukru, nie działa zupełnie na ich przyczyny.

Lecz i to, co się daje osiągnąć, jest już b. wiele, i gdyby można było prowadzić systematyczne leczenie insuliną u wszystkich chorych dzieci, być może, wszystkie żyłyby jeszcze. Zwłaszcza, że złośliwe następstwa cukrzycy zjawiają się wtedy, gdy leczenie przerwano; gdybyśmy je kontynuowali metodycznie, może udałoby się zahamować przebieg choroby. Często jednak liczne przeszkody nie pozwalają na to.

Są dzieci, które źle znoszą insulinę. Nietolerancja może się objawiać jako zjawiska dość pospolite: pokrzywka, obrzęki. Niektórzy odnoszą je do zanieczyszczeń proteinowych insuliny. W innych przypadkach nietolerancja miejscowa może prowadzić do tworzenia się ropni. Większe znaczenie mają i o wiele groźniejsze są zjawiska ciężkiej anafilaksji, pod jej wpływem powstaje czasami **erythrodermia oedematosa**. W tych przypadkach zmiana preparatu insuliny na inny pozwala niekiedy znakomicie zwiększyć

tolerancję, czasami nawet na kontynuowanie leczenia bez zjawisk ubocznych.

Do tych ostatnich należą jeszcze objawy hypoglikemii w postaci błądności z obfitemi potami i przejściowej niemocy, rzadziej gwałtownych kurczów; zdarzają się one wtenczas, gdy podajemy insulinę w dawkach zbyt dużych lub w odstępach zbyt oddalonych od przyjmowanych posiłków. Usuwa je zastrzyk glukozy, ½ miligr. adrenaliny lub spożycie cukru.

Henryk Rabinowicz.

COMBY. **O gnilec dziecięcym.** (Barlow). (Arch. mal. Enfants 1925 r. II).

Autor spostrzegł od r. 1915 aż 95 przypadków choroby Barlowa, z tych 3 w r. 1925. Cierpienie występowało we wszystkich przypadkach, jako typowa awitaminoza, pod wpływem żywienia wyłącznie preparatami mleka (kondensowane, homogenizowane, sterylizowane). Jedno tylko dziecko było żywione mlekiem krowim zwykłym, ale zbyt długo gotowanym. Wiek dzieci wahał się od 6 — 18 miesięcy, najwięcej było niemowląt od 6 — 12 mies. Stałymi objawami są: błądność, osłabienie i bolesność kończyn, dochodząca do zupełnego bezwładu. Wybroczyny niezawsze występowały, a u 11-tu niemowląt bezębnych brak było krwawienia z dziąseł. W opisach przypadków uderza stopniowy rozwój choroby po długim czasie, bo dopiero w kilka miesięcy po rozpoczęciu żywienia ubogiego w witaminy. Objawy ustępowały w 8 — 10 dni po zastosowaniu świeżego mleka i soków owocowych. Autor pragnie, aby na puszkach z konserwami mlecznymi było napisane wyraźnie, że niezbędne jest dodawanie kilku łyżeczek soku owocowego dziennie. W większości przypadków rozpoznanie lekarzy było mylne, gdyż objawy ze strony kończyn kierowały ich uwagę w stronę kiły, gośćca choroby Heine-Medina.

M. E.

## Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

LEREBoullet. **O zapaleniu paliczków w kile wrodzonej niemowląt.** (Arch. Med. Enfants 1925/II).

W odnośnym piśmiennictwie mało zwracano dotąd uwagi na tę postać kiły wrodzonej, tymczasem autor podkreśla względną częstość jej występowania i konieczność rozpoznawania wczesnego. Sprawa rozpoczyna się zwykle jako zapalenie kości i okostny w jednej kości, najczęściej w jednym z paliczków środkowych, potem przechodzi na paliczki innych palców rąk. Palce brzękną, nabierają kształtu maczug lub butelek, grzbiet ręki ma wygląd poduszki, skóra na nim jest błyszcząca, sinawa, żyły rozszerzone. Zmiany nie przechodzą nigdy na stawy, dlatego ruchy są możliwe, choć utrudnione. Występują bóle samoistne i na dotyk. Zawsze stwierdza się zmiany takie i w innych częściach kościca, najrzadziej stopy. Często występują typowe wykwyty, sapka, powiększenie śledziony i wątroby. W assermanna dodatni, wywiady rodzinne dopełniają rozpoznania. Rozwój jest bardzo powolny, w przeciwieństwie do **spina ventosa**, niezmiernie rzadko dochodzi do zropienia, przyczem wygląd przetoki, duże otwory i ropa lepka z odcieniem brunatnym nie robi wrażenia sprawy gruźliczej. Cierpienie to znacznie rzadziej występuje u dzieci starszych. Rokowanie jest dobre, szybkie wyleczenie następuje po zastosowaniu wcierek rtęciowych.

M. E.

GUSZMAN. **Przyczynę do profilaktyki przymiotu wrodzonego.** (Archiv. f. Derm. und Syph. B. 149 H. 2).

Autor obserwował 101 ciężarnych kobiet dotkniętych przymiotem. Z pośród tej liczby 87 urodziło zdrowe dzieci (86,1%), 14 zaś powiło chore niemowlęta, w tej liczbie 9 z objawami klinicznymi, 5 zaś tylko z dodatnim odczynem Wassermannna. Takie wyniki zawdzięcza autor temu, że przeprowadzał u tych kobiet energiczne leczenie specyficzne salwarsanowo-rtęciowe wzgl. salw.-bizmutowe (po 3—4 gr. neosalwarsanu na kurację). 76% spostrzeganych ciężarnych przeszło w czasie ciąży tylko 1 kurację. 65% obserwowanych kobiet nie było leczone przed ciążą, 46 ciężarnych nie leczyło się nigdy (nawet w czasie ciąży), albo były leczone przed ciążą; z pośród tych kobiet 40 urodziło chore

dzieci, 6 zaś zupełnie zdrowe, bez wszelkich objawów syfilitycznych (a więc 86,9% — chor., 13,1% zdrow.).

Leczenie specyficzne podczas ciąży działa energiczniej, niż zwykle (cięża jest czynnikiem prowokującym w stosunku do syfilisu); b. ważne znaczenie ma salwarsan, czego dowodem jest ta okoliczność, że leczenie specyficzne bez salwarsanu w czasie ciąży nie ma tak dodatniego wpływu, jak leczenie specyficzne wyłącznie salwarsanem.

Co robić z noworodkami z matek syfilityczek, które nie mają żadnych klinicznych, ani serologicznych objawów? W warunkach klinicznych i szpitalnych należy wszystkie takie noworodki energicznie leczyć. Dopuszczalne są pewne wyjątki, o których później.

Czy matka syfilityczka może karmić niemowlę pozornie zdrowe? Pod tym względem autor rozróżnia 2 kategorie niemowląt: 1) niemowlęta, których matki były syfilityczkami już podczas ciąży, 2) niemowlęta, których matki nabyły przymiot już po urodzeniu dziecka. Co do II kategorii, autor uważa, że matka nie powinna karmić ani normalnie, ani swem odciągniętym mlekiem. Czy mleko matki syfilityczki jest zaraźliwe? W mleku matek, cierpiących na wczesny syfilis, bezpośrednio nikt krętków nie znalazł; pośrednio udało się Uhlenhuthowi i Mulzerowi drogą szczepienia mleka syfilityczek wywołać przymiot u królików. Rasch w duńskim towarzystwie dermatologicznym wypowiedział się, że, jeżeli u dziecka syfilityczki, zdrowo urodzonego, w 5 lub 6 miesiącu po urodzeniu odczyn Wassermann'a zmienia się na dodatni, materiałem infekcyjnym było mleko matki.

Nie należy leczyć dzieci tych matek, których przymiot był dziedziczny, albo u których od chwili zakażenia upłynęło co najmniej 15 lat; według doświadczenia autora, matki, cierpiące na wjad rdzenia, również rodzą zdrowe dzieci. Wszystkie takie matki mogą karmić dzieci.

Wnioski: 1) wszystkie ciężarne syfilityczki powinny być leczone, przedewszystkiem salwarsanem; 2) w klinikach i szpitalach należy badać kliniczne i serologicznie wszystkie ciężarne kobiety; 3) należy uświadamiać wszystkie ciężarne syfilityczki; 4) leczenie powinno być energiczne (3—4 — 5 gr. neosalwarsanu i 40 — 50 wcierek, wzgl. odpowiednia liczba zastrzyków); w miarę możności 2 kuracje w czasie ciąży, jedna w pierwszej połowie, druga w drugiej połowie ciąży; 5) należy dążyć do tego, aby wszystkie ciężarne syfilityczki były leczone swoiście na koszt państwa.

P. Berlis.

Fr. MRAS. Dalsze doświadczenia z dożylnym leczeniem bizmutem. (Archiv. f. Derm. und Syph. B. 149 H. 2).

Do badań autor używał preparatu „Bi 5“ Giemsa, który w handlu znajduje się pod nazwą „Pallidid“. Chorzy otrzymywali co 2 dzień 20 cm<sup>3</sup> 1% roztworu lub 10 cm<sup>3</sup> 1% roztworu bizmutu czyli jednorazowo 75 mgr. bizmutu metalicznego; po 5 iniekcjach (a więc po zadaniu 375 mgr.) 9-dniowa przerwa; autor przeprowadzał po 3 — 4 takie kuracje u każdego chorego, a u niektórych chorych nawet 6, co odpowiada 1,05 do 2,1 gr. Bi metalicznego. Chorzy znosili leczenie zupełnie dobrze; z pośród 36 badanych chorych 24 przybrało na wadze w czasie leczenia, 6 straciło, w 6 przypadkach waga ciała została bez zmiany; bł. śluzowa jamy ustnej zachowywała się niegorzej, niż przy normalnych kuracjach bizmutowych; już po 2. dożylnym wlewaniu Bi bardzo często występowała neuralgia nerwu trójdzielnego, która trwała kilka minut i stopniowo znikiała. Co do nerek, autor stwierdził, że zwiększenie poszczególnych dawek nie ma znaczenia, ważna natomiast jest ogólna ilość podanego w czasie kuracji bizmutu; w 23 przypadkach lekkie zmiany w osadzie moczu, w 6 przypadkach ciężkie zmiany. Co do skutków leczenia, to z 10 przypadków. obserwowanych w ciągu 5 miesięcy, po 1 kuracji (200 cm.<sup>3</sup> pallididu) 6 pozostało bez nawrotu, w 2 przypadkach nawrót serologicznej krwi, w jednym nawrót serologicznej płynu mózgowodroźniowego, w jednym — po 4 miesiącach grudki przymiotowe.

P. Berlis.

L. POPOFF. Wpływ zasadowego acetyloksaminofenylarsenianu bizmutu na kłę. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 27 — 1925).

Zasadowy acetyloksaminofenylarsenian bizmutu jest związkiem, wytworzonym przez M. Levaditiego, zawierającym 41% Bi i 15% As.

Jak wykazały badania autora, posiada on wybitne działanie przeciwkłębowe w pierwszym i drugim okresie choroby oraz w starej kile utajonej. Działanie to polega na szybkim znikaniu krętków i gojeniu się zmian kłębowych; odczyn B o r d e t - W a s s e r m a n n a staje się ujemnym. Zmiana tego odczynu odbywa się niekiedy w jakiś czas po ukończeniu leczenia, co dowodzi dłuższego działania leku. Z tego punktu widzenia związek Levaditiego zachowuje się, jak środki bizmutowe, które wytwarzają zapas w ustroju, zapewniający głębokie i trwałe działanie lecznicze metalu.

J. T y p o g r a f.

G. MILIAN. Osutki lekowe. (Paris Médical Nr. 3, 1926 r.).

Powstawanie osutek lekowych tłumaczymy sobie poważnie bądź w sposób niedostateczny, bądź mniej lub więcej nieudatnie idiosynkrazją, nadwrażliwością (anafilaksją), kolloidoklazją i wreszcie uczuleniem.

Pochodzenie osutek bywa bądź z zewnątrz, bądź z wewnątrz. Osutki pochodzenia zewnętrznego wywołane są przez zadziaływanie bezpośrednie na skórę szkodliwych substancji chemicznych. Charakterystyczną cechą ich jest powstawanie na miejscu zastosowania danej substancji, do którego ściśle się ograniczają. Ciekawym przykładem tego jest przypadek, obserwowany przez autora. Dotyczył on położnicy, u której w 36 godzin po przyłożeniu do brzucha ręki akuszerki, ręki umaczonej w roztworze sublimatem, powstało na tem miejscu wyraźne czerwone odbicie ręki wraz z pięcioma palcami. Osutki pochodzenia wewnętrznego, w przeciwieństwie do poprzednich, są uogólnione. Bez względu na to, czy chory otrzymywał lekarstwo drogą doustną, czy domięśniową, czy też dożylną, osutka uogólnia się na całe ciało. Np. pod wpływem balsamu kopaiwanego podawanego przez usta chorym rzeżączkowym, powstaje rumień odrowy, umiejscawiający się, podobnie jak w prawdziwej odrze, na całym ciele.

Zdarzają się też osutki pochodzenia mieszanego. Np. maść chryzofanowa, zastosowana na kończynę, dotkniętą łuszczycą, powoduje gwałtowne zaczerwienienie i zesinienie oraz swędzenie, ograniczające się do posmarowanej kończyny. Po paru dniach, gdy osutka na kończynie już zbladła, niespodzianie powstaje uogólniona osutka na całym ciele o tym samym charakterze, co poprzednio na kończynie. Tłumaczenie tej sprawy jest proste — kwas chryzofanowy, wchłonięty przez skórę, po pierwszej osutce miejscowej wywołał drugą uogólnioną. W innych przypadkach postać osutki wtórnej — uogólnionej jest inna, aniżeli pierwotnej miejscowej. Np. przy smarowaniu ran zakażonych kwasem pikrynowym powstaje rumień obrzękowy (érythème oedémateux), ograniczający się ściśle do miejsca posmarowanego — będzie to osutka pierwotna. Po paru dniach powstaje osutka wtórna o typie płonicy, uogólniona na całym ciele, wikłająca się często wykwitami o typie bąbla i zaburzeniami w wydzielaniu potu na rękach i nogach. Nie jest to osutka toksyczna, lecz biotropowa: kwas pikrynowy wywołał szybkie rozmnażanie się i uogólnienie łańcuskowców, które dotąd znajdowały się w stanie utajonym w organizmie chorego lub w samej ranie.

Co do patogeny osutek lekowych, odróżniamy osutki toksyczne i osutki biotropowe.

Osutki toksyczne powstają podczas kuracji, zwykle w jej końcu, i odtwarzają te typy wykwitów pierwotnych, jakie widzimy przy stosowaniu lekarstw w dawkach trujących lub śmiertelnych. Pod wpływem ponownego zastosowania tegoż środka ulegają pogorszeniu.

Zjawiska biotropowe. Pod słowem biotropizm rozumie autor przebudzenie się drobnoustroju z życia utajonego pod wpływem czynników rozmaitych, najczęściej chemicznych. Tropizm odnosi się tu do czynnika, mającego szczególne powinowactwo do drobnoustroju, który zamiat zabijać pobudza do życia. (Przeciwieństwem do tego pojęcia jest nekrotropizm — wpływ biologiczny czynników chemicznych i fizycznych, sprowadzających w miejsce pobudzenia do życia — śmierć).

Osutki biotropowe powstają na początku kuracji i często już po dawkach minimalnych. Mają najczęściej postać chorób gorączkowych wysypkowych (odra, płonica, dur) lub zakażeń swoistych. W przeciwieństwie do osutek toksycznych



przechodzą zwykle przy dalszem podawaniu tegoż środka, nawet w dawkach dużych.

Do tego rodzaju należą rozmaite postaci osutki arszenikowej, powstające wskutek przebudzenia zarzązków utajonych. Uwidocznia się to zwłaszcza w przypadkach osutki kurowej, w których obraz osutki lekowej nie ma żadnego związku z osutkami toksycznymi, lecz w zupełności odzwierciedla obraz kuru, zaznaczającego się nieraz znacznym obrzękiem gruczołów. W jednym z takich przypadków autora obrzęk gruczołów poprzedzał na 24 godziny wystąpienie osutki. Typowe przypadki zakażenia odkrywały niekiedy rzeczywistą naturę odrową osutki, zjawiającej się w przebiegu leczenia arszenikiem. Nie należy mieszać tych osutek z rumieniami ar-

senikowemi toksycznymi, które powstają zwykle w końcu kuracji i mają postać erythrodermia vesiculo-oedematosa. Autor miał również możność obserwowania przypadku liszajca piersi, w którym pod wpływem iniekcji arszenikowych powstawał typowy obraz róży (piersi) z ogólnymi objawami gorączkowymi.

Spostrzeżenia Miliana rzucają pewne światło na sprawę nietolerancji lekowej. O ile objawy anafilaksji i koloidoklajzy zdarzają się czasami w przebiegu leczenia, to jednak po największej części, zdaniem autora, spotykamy się tu ze zjawiskami toksycznymi i szczególnie biotropowemi.

H. R.

## Wskazówki praktyczne.

— Jako wczesny objaw rozpoznawczy w zapaleniu opon mózgowych starców i małych dzieci podaje J. Schlesinger (z kliniki wrocławskiej prof. Stolte) rozbieżność pomiędzy ruchami gałek ocznych a głowy dziecka. Gdy w zwykłych warunkach i u ciężko chorego i lekko zamroczonego dziecka ruch głowy poprzedza odpowiedni ruch oczu albo przynajmniej towarzyszy im równocześnie, tutaj rzecz się ma odwrotnie: spojrzenie pozostaje nieco w tyle za ruchem głowy lub następuje już po ukończeniu tego ruchu (Klin. Woch. 1926 Nr. 14).

— Stein zaleca śródżylne zastrzykiwania urotropiny przeciwko bójom strzelającym w władze rdzenia. Zastrzykuje się 10 ctm.<sup>3</sup> 40% roztworu urotropiny. Na 32 w ten sposób leczono przypadki doznał S. zawodu tylko w 4-ch, z których 3 dotyczyły morfinistów, podejrzewanych o zaprzeczenie ulgi tylko dlatego, aby mogli dostawać zastrzyk morfiny. Dla uniknięcia objawów podrażnienia ze strony pęcherza moczowego, które zdarzają się czasem po urotropinie, radzi S. kombinować zastrzyk dożylny utropiny z zastrzykiem podskórnym 0,001 atropiny. (Klin. Woch. 1926. Nr. 14).

— „Desinfex“ jest to przetwór alkoholowy, doskonale nadający się do odkażania narzędzi zamiast gotowania. Dodatnią stroną „Desinfexu“ jest to, że narzędzia, w niem przechowywane nie rdzewieją i nie tępią się. Instrumenty po użyciu należy oczyścić z ropy, tłuszczu, rdzy i t. d. i włożyć do naczynia z „Desinfexem“, szczególnie zamkniętego, tak, aby były w nim całkowicie zanurzone. Igły po salwarzaniu należy przedtem przepłukać wodą wyjałowioną. Przechowując w ten sposób narzędzia w „Desinfexie“ ma się je zawsze zdadne do użytku. (Med. Klinik. 1926. Nr. 14).

— Seidl poleca śródmięśniowe zastrzykiwanie eteru przeciwko pooperacyjnemu zapaleniu oskrzeli. Zastrzykuje się codziennie zawartość jednej ampulki preparatu Mercka, t. j. 0,5 eteru, 0,5 oliwy i 1% psykainy. Metoda ta zabezpiecza przed pooperacyjnym zapaleniem oskrzeli prawie bez zawodu. (Münch. med. Woch. 1926. Nr. 3).

— Przeciwno poceniu się nóg zaleca Brusser środek pod nazwą Urgan (fabryka w Monachium i Gdańsku), składający się z 36,3 części alkoholu, 30 części krochmalu, 10 części tlenku cynku, 1,7 esteru etylowego salicylu i 1,5 czę-

ści formaldehydu. Środkiem tym naciera się nogi z początku codziennie zrana i wieczorem. (Deutsch. m. Wocho 1926 Nr. 4).

— W leczeniu róży stosuje Köhler Erysypłnę (fabryka Sternberga w Dreźnie), składającą się z olejku terpentynowego, kwasu karbolowego i ichtyolu z dodatkiem nalewki jodowej. Lekiem tym smaruje się chore miejsca 1 — 2 razy. (Münch. m. Woch. 1926. Nr. 3).

— Czystzenie narzędzi metalowych: mycie w wodzie z mydłem i szczotkowanie, wytarcie płótnem, zwilżeniem alkoholem lub naftą, następnie wytarcie na sucho. W razie większego zanieczyszczenia lub braku czasu na natychmiastowe oczyszczenie — zanurzenie w gorącym ługu potasowym lub takimże roztworze sody, potem w gorącej wodzie z mydłem, szczotkowanie i wytarcie, jak wyżej. (Med. Klin. 1926 Nr. 11).

— Stwardniałe balony i rurki gumowe naprawić można przez wystawienie z początku na działanie zimna, a potem przez dłuższe pozostawienie na słońcu. W celu przywrócenia im elastyczności kładzie się je na dłuższy przeciąg czasu do 3% roztworu kwasu karbolowego. Tak samo ma działać 1% roztwór siarczanu potasu oraz zanurzenie na 1/4 do 1 godziny w roztworze amoniaku 1 na 3 wody. (Med. Klin. 1926 Nr. 11).

— Do uruchomienia tłoku strzykawkki Record w razie niemożności wyciągnięcia go należy strzykawkę trzymać w ciągu jednego dnia w antyforminie. (Med. Klin. 1926. Nr. 11).

— Rękawiczki gumowe i kondony na palce najlepiej przechowywać w 1 — 2% roztworze sublimatu w glicerynie, w którym pozostają jałowe, nie tracą elastyczności i dają się łatwo wciągnąć na ręce, względnie na palec. (Med. Klin. 1926. Nr. 11).

— Soczewki optyczne należy czyścić płatkami bawełnianymi świeżo pranymi (aby były wolne od kurzu). Skóra nie oczyszcza szkła z tłuszczu. Unikać należy płynów żrących, nawet wody; zaleca się używanie olejku terpentynowego lub eteru z alkoholem. Kurz należy usunąć za pomocą delikatnego, miękkiego pędzelka włosianego, wilgoć zaś za pomocą bibuły. (Med. Klin. 1926 Nr. 11).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Polskie Towarzystwo Anatomiczne w Warszawie.

Posiedzenie z dn. 18.I.1926 r.

Przewodniczący M. Konopacki,  
Sekretarz Z. Zakolska.

1. Zatwierdzenie sprawozdania z posiedzenia poprzedniego (14.XII.1925).

2. Odczytanie sprawozdania z rocznej działalności Towarzystwa. Za rok sprawozdawczy komunikatów oryginalnych wygłoszono 18, pokazów zaś 22.

3. Prof. Konopacki odczytuje sprawozdanie ze zjazdu delegatów, na którym między innymi postanowiono przemianować Tow. Anatomiczne na Ogólno Polskie Tow. Anatomiczno-Zoologiczne z siedzibą w Warszawie, wprowadzić pewne zmiany i poprawki w statucie tego Towarzystwa oraz przystąpić do założenia własnego organu w porozumieniu się z redakcją „Kosmosu“, t. j. czasopisma Polskiego Tow. Przyrodników im. Kopernika we Lwowie. Wybrano tymczasowy Zarząd Ogólno Polskiego Tow. Anatomiczno-Zoologicznego.

Prezes — Prof. Szymonowicz (Lwów) wiceprezesi — Prof. Hoyer (Kraków) Prof. Konopacki (Warszawa), Sekretarz generalny — Prof. Loth (Warszawa), zastępca — Prof. Krzyżanowski (Warszawa).

Skarbnik Dr. Słonimski (Warszawa), zastępca — Dr. Zakolska (Warszawa). Redaktor generalny — Prof. Hirschler (Lwów), zastępca — Prof. Fuliński (Lwów). Komisja rewizyjna: Prof. Markowski (Lwów), Prof. Jakubski (Poznań), Prof. Aleksandrowicz (Wilno), zastępcy: Prof. Ejsmond i Prof. Stołyhwo (Warszawa). Delegaci (członkowie Komitetu Redakcyjnego): Prof. Reicher (Wilno), Grochmalicki (Poznań), Fuliński (Lwów), Tur (Warszawa), Siedlecki (Kraków).

4. Przystąpiono do wyborów Zarządu Warszawskiego Oddziału Tow. Anatomiczno-Zoologicznego: na przewodniczącego wybrano prof. Jana Tura, na sekretarza Dr. Józefa Grzybowskiego, dzień posiedzeń ustalono, zamiast poprzednia — środe godz. 6 min. 45.

5. Komunikaty: P. Słonimski: „O barwieniu naczyń krwionośnych benzydynam“.

Prelegent w ramach doniesienia tymczasowego podaje metodę, opracowaną niezależnie od M. Prenanta, barwienia drobnych naczyń krwionośnych, opartą na odczynie peroksydazowym hemoglobiny (Lepehne). Stosuje on mianowicie roztwór wodny benzydiny + kwas octowy, kilka kropel kw. oct. lod. na 50 cm<sup>3</sup> roztworu, do którego dodaje następnie stopnicwo kilka cm<sup>3</sup> 3% wody utlenionej.

Obecna w układzie krwionośnym, czyli w krwinkach (kręgowce), czyli w osoczu krwi (skąposzczety), hemoglobina (względnie jej pochodne) dają bardzo czułą barwną reakcję, wskutek której nawet najdrobniejsze naczynia włosowate stają się doskonale widoczne. Po zadziaaniu 8 — 10% molybdenianem amonu autor zamyka swe preparaty w balsamie kanadyjskim lub glicerynie.

Na odpowiednich obiektach (np. sieć młodego królika) można prześledzić nietylko przebieg na niebiesko barwiących się naczyń krwionośnych, ale i naczyń chłonnych, uwidaczniających się wskutek wypełnienia ich tlenem (por. Magnus).

Autor komunikat swój ilustrował szeregiem preparatów mikro- i makroskopowych.

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

(—) Z. Zakolska.

## Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dn. 11.II.1926 r.

J. Lubczyński. Ośrodek zdrowia w Mokotowie.

Poglądy na zdrowie publiczne ulegają z biegiem czasu ewolucji, zależnie od warunków ekonomicznych, społecznych, politycznych i zależnie od postępu nauk przyrodniczych i lekarskich.

Zadanie współczesnej publicznej służby zdrowia polega przede wszystkim na dążeniu do zapewnienia jaknajpomyślniejszych warunków higienicznych dla egzystencji jednostki i ogółu, by możliwie chronić zdrowie ludzkie od wpływu czynników szkodliwych i zapobiegać powstawaniu chorób i cierpień.

Z inicjatywy Fundacji Rockefellera Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) w porozumieniu z Magistratem miasta Warszawy oraz Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej przystąpiło do organizacji na terenie Mokotowa wzorowego Urzędu Zdrowia, tak zwanego Ośrodka Zdrowia. Do zakresu działania Ośrodka Zdrowia należy:

- Walka z chorobami zakaźnymi,
- Higiena mieszkaniowa.
- Higiena środków żywności oraz
- Akcja Higieniczno-Społeczna, której wyrazem jest prowadzenie:

- przychodni przeciwgruźliczej dla dorosłych, młodzieży i dzieci,
- poradni dla matek ciężarnych,
- przychodni dla niemowląt i dzieci,
- przychodni do walki z chorobami wenerycznymi,
- przychodni do zwalczania malarji,
- przychodni do zwalczania jaglicy,

- przychodni do zwalczania alkoholizmu,
- stacji szczepień ochronnych,
- podręcznego laboratorium,
- gabinetu dentystrycznego,
- gabinetu Roentgena,
- przeciwgruźliczego sanatorium dziennego,
- kuchni mlecznej.

Cechami szczególnie charakterystycznymi dla całości prowadzonej akcji są:

a) wprowadzenie pielęgniarstwa społecznego typu ogólnego. Pielęgniarki społeczne odwiedzają domy prywatne, pouczają rodziny o zasadach higieny i skierowują do Ośrodka Zdrowia osoby, które potrzebują badania lekarskiego,

b) system rejestracji. Rodzina jest uważana jako jednostka rejestracyjna, przez co każdy lekarz przychodni jest poinformowany co do stanu zdrowia wszystkich członków rodziny,

c) skoordynowanie akcji sanitarnej (inspekcja mieszkaniowa, walka z ostrymi chorobami zakaźnymi i t. p.) z akcją higieniczno-społeczną.

Ośrodek Zdrowia w Mokotowie ma na celu:

1. Stworzenie wzorowego Urzędu Publicznej Służby Zdrowia, jako modelu do naśladowania.

2. Podniesienie stanu sanitarnego i higienicznego Mokotowa, a tem samem możność ocenienia, co intensywne akcja higieniczno-społeczna zdziałać może.

3. Stworzenie placówki społecznej higieny stosowanej, jako terenu dla szkolenia lekarzy Publicznej Służby Zdrowia i pielęgniarek społecznych.

Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dnia 23.I. 1926 r.

Odczyt programowy:

Parnas. O sprawach oddechowych we krwi. (Ukaże się w druku).

Posiedzenie z dnia 6.II. 1926 r.

Pokazy:

1. Landau i Held. Przypadek ciężkiej cukrzycy.

2. M. Goldman (junior). Przypadek małopłytkowości samoistnej (thrombopenia essentialis).

Chora 1. 17, panna, zgłosiła się na oddział z powodu nieustępującego krwawienia macicznego w okresie perjodu, trwającego od 3 tygodni, w stanie ostrej niedokrwistości z silnymi bólami i zawrotami głowy, szumem w uszach, nudnościami i wymiotami. Perjody od 2 lat, zawsze trwały do 6 dni z bólami przed perjodem. W 4-ym roku życia 1-szy obfity krwotok z nosa; następnie dopiero od 13-go roku życia. Dwa były tak obfite, że chora musiała po nich leżeć w szpitalu. Miewała wybroczynki na szyi i rękach, krwawienie z dziąseł. Długo krwawiła po najdrobniejszym skaleczeniu.

Stan obecny. Skóra i śluzówki wybitnie blade; dwa podbiegnięcia krwawe na obu podudziach poniżej stawów kolanowych. Klatka piersiowa bolesna na ucisk. Płuca, serce — nic szczególnego. Tętno 130, słabo napięte. Oddechów 32 na min. Oddech głęboki, z przerwami bezdechu. Badanie ginekologiczne wykonane po ustąpieniu perjodu, wykazało niedorozwój warg sromnych, macię wielkości orzecha włoskiego. Badanie krwi: Cz. c. — 980.000. Hb (Sahl) — 20%. Wskaźnik — 1. B. c. — 9250. Segm. — 69%. Pał. — 3%. Limf. — 26%. Mon. — 2%. Płytek 19000. Krzepliwość (według Achara i Bineta) 46'. Długość — 3' 40". Objaw cpaskowy słabo dodatni. Kurczliwość skrępu b. dobra. Aglutynacja w surowicach obcych wybitnie dodatnia. Sedymentacja — 2 mm. w ciągu godz. Ilość Ca — 90 mg. 0/100. Bilirubiny 11 mg. 0/100. Lepkość 3. Badania następne wykazują stałą poprawę strony erytrobl. (po 3 tyg. cz. c. 3.400.000; Hb — 55%); b. c. bez zmian. Stan chorej zaczął się z dnia na dzień poprawiać (chora dostawała wstrzykiwania domięśniowe krwi ludzkiej po 10 cm. 3; koagulum i wyciągu z ciała żółtego), tętno, oddech wróciły do normy. Jednak krzepliwość krwi wynosiła kolejno: 21', 3', 48', 31', 3', 19', 4'. 26'; czas krwawienia wydłużył się do 14', a następne badanie skrępu wykazało zupełny brak kurczliwości. Liczba płytek wynosiła stale mniej niż 15.000, a chora mimo to w ciągu 2 mies. nie krwawiła zupełnie, opuściła 1 perjod, a drugi (po 56 dniach) opanowała w ciągu 5 dni. Świadczy to, że małopłytkowość nie wyjaśnia jeszcze całko-

wicie sposobu powstawania krwawień w chorobie Werlhofa.

3. Landau, Temkinówna, Fejgin i Lewicki. **Przypadek choroby Basedowa leczony jodem.** (Ukaże się w druku).

4. Odczyt:

Jelenkiewicz. **O regulacji kwaso-zasadowej ustroju w stanach normalnych i chorobowych.** (Praca wydrukowana w „Warsz. Czasop. Lek.“).

Posiedzenie z dnia 27.II 1926 r.

Odczyt programowy:

Herman. **Fizjologia i patologia przysadki mózgowej oraz dna III-ej komory.** (Ukaże się w druku).

Dyskusja:

Janowski podkreśla, że wyciąg z tylnego płatu przysadki podnosi znacznie ciśnienie krwi. Z tego powodu należy stosować pituitrynę w przypadkach b. gwałtownej zapaści pochodzenia pokrwotocznego. Wstrzykiwania takie można powtarzać 3 — 4 razy dziennie. W przypadkach stałego obniżenia ciśnienia w wielomoczu i w akromegalji kilkakrotnie dziennie wstrzykiwania pituitryny podnoszą ciśnienie krwi o 30 — 40 mm. Hg. Wstrzykiwania podskórne można zastąpić wprowadzeniem do nosa tamponów zmoczonych w roztworze pituitryny.

Poncz, opierając się na własnych spostrzeżeniach, mówi o wpływie przysadki mózgowej na zdolność koncentracyjną i wydzielniczą nerek. W cierpieniach przysadki, zarówno jej przedniej, jak i tylnej części, zdolność ta, jak wykazuje próba Volharda, bywa upośledzona. Następnie P., wychodząc z założenia korelacji gruczolów dokrewnych, proponuje wypróbowanie działania leczniczego insuliny w akromegalji.

Biro wspomina o 3 przypadkach nowotworu przysadki, opisanych przez siebie w r. 1910. Rozróżnił on w nich 2 krańcowo odmiennie postaci: akromegalję i postać hypoplastyczną, w jednej występuje nadmierna, w drugiej obniżona zdolność wydzielnicza gruczolów.

Lewicki mówi o wpływie przysadki na przemianę kwasu mlekowego. W cierpieniach tylnego płatu, jak również po zastrzykach pituitryny, następuje zmniejszenie się zawartości kwasu mlekowego we krwi.

Fryszberg zaznacza, że ostatnio mniej stosuje się pituitrynę w porodach, gdyż wykazano, iż powoduje ona duszenie się płodu. Zapytuje prelegenta, czy można to objaśnić działaniem pituitryny na ośrodek oddechowy.

Herman odpowiada Ponczowi, że przytaczał specjalnie własne spostrzeżenia, wskazujące na różne działanie insuliny i pituitryny oraz różny wpływ insuliny na hyperglikemję w akromegalji i moczwówe cukrowej. Co dotyczy wpływu przysadki na regulację wodną w ustroju, to mówił o tem bardzo szczegółowo, rozpatrując patogenezę moczwówki prostej i moczenia nadmiernego. Aczkolwiek zachodzi w tych stanach utrata zdolności stężenia moczu, to jednak, jak wskazują przytoczone doświadczenia, całą rzecz polega głównie na zdolności pituitryny wiązania wody w samych tkankach. Co się tyczy pytania Fryszberga — wyciągi z przysadki pobudzają wybitnie macicę do skurczów, tak, że duszenie się płodu zależne jest prawdopodobnie od zbyt silnego kurczenia się macicy po nadmiernej dawce pituitryny. Macica zwierząt, zwł. myszy i świnek morskich, służy nawet, jako test dla wykazania obecności pituitryny w płynie m.-rdzeniowym, jak to czynił np. ostatnio w badaniach swych Trendelenburg.

Jelenkiewicz.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Sekcja gastrologiczna.

Posiedzenie z dnia 18.XI. 1925 r.

Pokazy:

Solomon przedstawia z II oddz. chir. Szpitala Przem. Pańsk. dwa preparaty żołądka po operacji wycięcia tegoż. Pierwszy tyczy się chorej, cierpiącej od kilkunastu lat na wrzód żołądka. Po otwarciu jamy brzusznej operowało nic innego, jak oddzielenie na ostro ściany owrzodzenie, obejmujące część odźwiernikową oraz całą małą krzywiznę. Dno wrzodu tworzyła twarda trzustka. Żołądek w środku zwężony i dwudzielny, nieruchomy. Nie pozosta-

wało nic innego, jak oddzielenie na ostro ściany owrzodzenia od trzustki i rozległe wycięcie prawie całkowite żołądka. Kikut pozostały żołądka zespolono z pętlą jelita czczego sposobem Reichel-Polya.

Drugi preparat pochodzi od kobiety lat 38 chorej od 3 miesięcy. Brak bólów, wymioty uporczywe, upadek sił, wagi, charłactwo ogólne. W soku żołądkowym — brak wolnego kwasu solnego, w kale badanie na krew utajoną dało wynik ujemny. Przy operacji (dr. Zawadzki) stwierdzono ruchomy guz podłużny, obejmujący prawie cały żołądek aż do części wpustowej.

Zwężenie odźwiernika zupełne. Wykonano wycięcie guza wraz z usunięciem większej części sieci, w której obficie były rozlane gruczolę. Wycięcie zrobiono również sposobem Reichel-Polya. Na preparacie widoczny guz, obejmujący część odźwiernikową, przyodźwiernikową oraz środkową do części wpustowej, pokryty otrzewną żołądkową, wewnątrz brak wszelkiego owrzodzenia lub wyrosły kalafiorowatych.

W obydwóch przypadkach zmiany chorobowe tak daleko posunięte, że ze względów technicznych zespolenie bez wycięcia było niewykonalne, pozostawało li tylko wycięcie, które umożliwiło następnie połączenie jelita czczego z pozostałym kikutem żołądka. W sporze, czy lepsze jest zespolenie, czy wycięcie, nie należy zapominać o podobnych przypadkach.

Dyskusja:

Grundzachs nie myśli, żeby w przyp. II guza żołądka chodziło o „*linitis plastica*“, gdyż wówczas ściana jest zbliźnowaciała, żołądek mały, odźwiernik otwarty (*insuff. pylori*), sprawa trwa całe lata.

Aelfang: Rozpoznanie *Ca. pylori* należałoby może różniczkować z „*forme juxta — pylorique*“ *linitis plastica* z zupełnym zwężeniem odźwiernika. Ale w tej niezmiernie rzadkiej postaci *linitis* — zwężenie następuje w przebiegu wielu lat i stopniowo. Nigdy zaś nie występuje tak ostro i szybko, jak w danym przypadku.

Zawadzki: Zwraca uwagę, że na kliszy w przypadku II guza żołądka brak fał, ruchów robaczkowych, co już przed zabiegiem przemawiało za naciejeniem ścian żołądka prawie *in toto*, dla chirurga ma to znaczenie wielkie, bo ruchomość i dobry stan górnego odcinka żołądka umożliwia i ułatwia operację.

Szpilman przedstawia (z II oddz. chir. Szpit. Przem. Pańsk.) chorego, u którego wykonano (dr. Witkowski) *laparotomię* z powodu objawów zwężenia jelita grubego. Znalezione rzeczywiście nader silny skurcz esicy, który jednak w oczach obecnych mijał, by znów powrócić, oraz rozległe zrosty w okolicy esicy (*perisigmoiditis purulenta*) i naloty włóknikowe na jelicie. Po usunięciu zrostu i zaotrzewnowaniu za pomocą sieci przystąpiono do dalszej rewizji jamy brzusznej. Po odsunięciu dwunastnicy od wątroby i przerwaniu kilku świeżych sklein polało się nieco treści dwunastniczej z otworu na tylnej ścianie dwunastnicy (po przedziurawieniu wrzodu). Otwór ten zaszyto i pokryto siecią. Przebieg pooperacyjny powikłany ogniskiem zapalnym w płucach. Obecnie chory czuje się zupełnie dobrze, ma apetyt dobry, brak wszelkich bólów i dolegliwości ze strony żołądka i kiszek.

Przypadek o tyle ciekawy, że przedziurawienie pod cstoną sklejeń przeszło bez alarmujących objawów chorobowych, dopiero wytworzenie się umiejscowionego ropnego zapalenia otrzewny około esicy ze zrostami i skurczami tejże przy objawach zwężenia jelita spowodowało zabieg operacyjny, który dopiero wyświetlił prawdziwe tło chorobowe.

Dyskusja:

Cytronberg: Przebieg tego przedziurawienia jest rzeczywiście ciekawy ze względu na umiejscowienie się zapalenia otrzewny wtórnej. Zwykle, w myśl wywodów Eisselberga treść z dwunastnicy ścieka wzdłuż nasady kreski jelita cienkiego, przebiegającej jak wiadomo z góry z lewej strony 2-go kręgu lędźwiowego do okolicy „ileo-cekalnej“. Wtórne zatem zapalenie otrzewny powstaje znacznie częściej po prawej stronie brzucha. W tym przypadku stwierdzono przeciwnie zapalenie otrzewny w okolicy esicy. Przypuszczać należy, że istniały jakieś stare zrosty, które nadały inny kierunek treści.

Witkowski stwierdza, że zrostów stałych, o których mówi Cytronberg, nie znaleziono przy operacji.

Zawadzki przypomina, że 3 lata temu referował przypadek przedziurawienia dwunastnicy około odźwiernika. Stan chorego stale pogarszał się. W końcu chełbotanie z lewej strony brzucha na wielkiej przestrzeni. Cięcie wykazało, że mamy do czynienia z wielką jamą, oddzieloną od jelit zrośniętych, prowadzącą do otworu przedziurawienia jama z jednej strony sięgająca aż do miednicy, z drugiej pod śledzionę i wątrobę, komunikowała wzdłuż przedniej ściany żołądka z otworem przedziurawienia i żołądkiem. Takie przypadki tłumaczą nam żądanie Schnitzlera i Finsterera operowania za świeżo przypadków przedziurawienia, nawet zabezpieczonych zrostami świeżymi. Takie zrosty z łatwością mogą się rozerwać i dać obraz, wyżej przedstawiony. Zabieg w razie świeżych zrostów jest o wiele łatwiejszy.

Solomon przedstawia z II oddz. chirurg. Szpit. Przem. Pańsk. chorego, który cierpi na białaczkę szpikową, i omawia obraz chorobowy.

Dyskusja:

B. Kryński. Leczenie białaczki promieniami Rentgena, stosowane bardzo rozległe, czy to, jako naświetlanie śledziony, czy też śledziony i szpiku kostnego, daje wyniki dobre, lecz, niestety, przeważnie przejściowe. Ostatnio szerokie zastosowanie znalazły zastrzyki dożylnie Radiatoru i naświetlanie wątroby. Wyniki, tą drogą osiągnięte, przewyższają podobno znacznie dotychczasowe.

Dyskusja w sprawie leczenia zapalenia dróg żółciowych.

Grundzachs stwierdza motywy, jakimi się kierowała sekcja, poruszając ten temat. Na zjeździe tegorocznym jeden z dwóch tematów głównych stanowiła kamica żółciowa. Nawet prac poszczególnych i krótkość przemówień dyskusyjnych (2 minuty) nie pozwoliły na omówienie w sposób wyczerpujący spraw, z kamica związanych. Niezmiernie ważna sprawa leczenia zapaleń dróg żółciowych niemal wcale nie była poruszana. Nasza więc dyskusja ma być częściowym uzupełnieniem i jest wstępem do szeregu danych ze sprawą kamicy związanych. Drugim motywem jest nasz bardzo lekki plecak, w którym niby dźwigamy arsenał środków leczniczych nieoperacyjnych. Rzecz dotyczy nie tylko internistów, ale i chirurgów.

Justman wygłosił odczyt p. t.: **Patogeneza i leczenie zapaleń dróg żółciowych** (druk rozpoczęty w numerze bieżącym).

Dyskusję odroczone do następnego posiedzenia.

## Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie zwyczajne z dn. 4.XII.1925 r.

Przewodniczący: Bregman,

Sekretarz: Bau-Prussakowa.

1. Messing Z. pokazuje preparat, w którym obok guza mózdzku i opuszki (*sarcoma variegato-cellulare*) widać cały szereg przerzutów pod postacią niewielkich białawych guzków w oponach miękkich mózgu, mózdzku, rdzenia kręgowego oraz na korzonkach ogona końskiego. Opony miękkie rdzenia są ponadto zgrubiałe, przerośnięte masami nowotworowymi i zrośnięte z tkanką rdzeniową. Za życia stwierdzało się objawy guza mózgu i guzowatości opon mózgowo-rdzeniowych. Prelegent analizuje poszczególne objawy i uzgadnia je z obrazem anatomicznym.

W dyskusji brali udział: Higier, Koelichen, Bregman, Mackiewicz.

2. Mackiewicz: Przep. guza mózgu w okolicy skroniowo-ciemieniowej, symulującego P. p. Referatu nie dostarczono.

Lubelski: podaje w związku z pokazem Mackiewicza technikę nakłucia mózgu metodą Neissera-Pollacka.

W dyskusji zabierali głos: Koczyński, Higier, Bregman, Bychowski.

3. Freyówna pokazuje mózg z torbielą III komory. Torbiel ta, wytworzywszy się na podstawie, uniosła w górę dno III komory, zacieśniając ją do wąskiej szczeliny. Ścianka torbieli składa się z tkanki glejowej, wysłanej na zewnątrz ependymem, na wewnątrz zaś tkanką łączną. Torbiel wypełniona jest masami nekrotycznymi i skrzepami krwi

W przypadku tym cierpienie rozpoczęło się od bólu zęba i obrzuku pr. policzka. Wkrótce potem wystąpiło osłabienie wzroku. Badanie przedmiotowe, dokonane w kilka miesięcy potem, wykazało: nerwoból, odpowiadający n. trójdzielnemu pr.; hemianopsję nosową obustronną oraz osłabienie szybkości wzroku w obrębie reszty pola widzenia.

W 4 tygodnie potem wystąpiła tarcza zastoinowa i objawy oponowe. Płyn mózg.-rdzeniowy był ksantochromiczny. Prelegentka podkreśla brak objawów przysadkowych mimo zmian histologicznych w dnie II komory (stwardnienie glejowe) i mimo ucisku, wywieranego przez torbiel na przysadkę. Bóle neuralgiczne były następstwem podrażnienia zwoju Gassera przez wydymającą się w tym kierunku torbiel.

W dyskusji zabierali głos: Higier, Bregman.

3. Herman: pokazuje preparaty z 2 przypadków wągra ośrodkowego układu nerwowego.

W jednym przypadku, dotyczącym chorej 18 letniej; która od 4 tygodni cierpiała na gwałtowne bóle głowy o charakterze napadowym w części czołowej, a u której badanie przedmiotowe nie wykazało żadnych objawów, stwierdzono po śmierci wodogłowie wewnętrzne, pęcherzyk wągra w tylnym rogu I. komory bocznej, drobne pęcherzyki w I. splocie naczyniowym oraz zmętnienie opon w okolicy górnego rozbaka.

Drugi przypadek dotyczył kobiety 42 letniej, u której choroba rozpoczęła się na rok przed przybyciem na oddział od gwałtownych bólów głowy w części potylicznej. Bóle te były początkowo przemijające, potem stałe; towarzyszyły im wymioty. Po 6 miesiącach wystąpiły drgawki ogólne z częściowym zamroczeniem. W ciągu kilku ostatnich miesięcy nie miesiajkowała.

Badanie przedmiotowe: Pr. kość ciemieniowa bolesna przy ucisku. Obustr. tarcza zastoinowa. Wzrok i pole widzenia bez zmian. Oddziaływanie źrenic na światło leniwe. Wychudzenie I. goleni, brak odruchów ze ścięgien Achillesa. Rentgenogram: siódło tureckie rozszerzone. Płyn mózg.-rdzeniowy przezroczysty, zawierał 112 limfocytów w 1 mm<sup>3</sup>. Odcz. Wassermannna z krwi i z płynu m.-rdzeniowego ujemny (również i po leczeniu neosalwarsanem).

Chora zmarła po 10 miesięcznym pobycie na oddziale wśród objawów charłactwa i częstych napadów drgawkowych.

Badanie pośmiertne: przysadka spłaszczona, ścianka przednia i dolna ścięzła, jak papier. Dno III-iej komory wypięte. W okolicy mózdzku, opuszki i mostu liczne torbiele. Opony w tych miejscach zgrubiałe i zmętniałe. Otwór Magendie zarośnięty. Na cięciu poprzecznym w okolicy wzgórza czworacznego jama wielkości orzecha laskowego, wypełniona płynem. Na oponach rdzeniowych, które są również zmętniałe, widać od tyłu miejscami pęcherzyki. Badanie histologiczne wykazało wągra.

W dyskusji zabrał głos Higier.

5. Poncz pokazuje preparaty histologiczne z przypadku gruźlicy rdzenia. Przypadek ten dotyczy 22 letniego mężczyzny, który na początku 1925 r. zachorował na gruźlicę płuc, a w jakiś czas potem zaczął odczuwać osłabienie kończyn dolnych. Na 4 tygodnie przed przybyciem do szpitala wystąpiły gwałtowne bóle i zawroty głowy. Bad. przedmiotowe: T<sup>0</sup> 36<sup>0</sup>; tętno 120; gruczoły chłonne na szyi i pod pachami powiększone, przytłumienie nad pr. płucem, wzmożone przewodnictwo głosu. — Sztynność karku, objaw Kerniga dodatni. Źrenice nierówne (pr. > l.), nie reagują na światło, niedowład pr. nerwu twarzonego.

Niedowład kończyn dolnych. Zniesienie odruchów brzusznych i ścięgniowych.

Babiński z pr. str. Stan zamroczenia. Bad. pośmiertne: zmiany gruźlicze w gruczołach chłonnych, w płucach, i w pęcherzu moczowym. Układ nerwowy: *meningitis basilaris tbc.*, gruźlica opon rdzenia na całej jego długości, zwłaszcza w obrębie górnej części rdzenia grzbietowego. Opona twarda na zewn. powierzchni przekrwiona, w miejscach przejścia korzeni tylnych zgrubiała, na powierzchni wewn. koloru perłowoszarego, pokryta drobnymi wyniosłościami. Podobne twory widoczne są również w oponach miękkich, zmętniałych i pomarszczonych. Bad. histologiczne wykazało nietypowe gruźelki, w których znaleziono lasseczniki Kocha.

W dyskusji zabrał głos Bregman.

Posiedzenie z dn. 19.XII.1925 r.

Przewodniczący: Bregman,  
Sekretarz: Bau-Prussakowa.

1. Morawiecka przedstawia chorą 30 letnią, u której po przebyciu nagminnego zapalenia mózgu rozwinął się **połowiczy zespół Parkinsona** z niezwykle zaburzeniem chodu po tej samej stronie. Zaburzenie to polega na tem, że chora zbyt silnie zgina kończynę l. w stawie kolanowym; wysuwa ją nadmiernie ku przodowi, zginając równocześnie podeszwowo stopę. W tem położeniu utrzymuje kończynę przez kilka sekund, poczem opuszcza ją powoli na podłogę. Przy chodzeniu wstecz oraz przy wchodzeniu na schody zaburzenie to jest ledwie zaznaczone. Chód białkowy prawidłowy. Biega i tańczy swobodnie. Zaburzenie chodu, o którym mowa, należy tłumaczyć jako zmianę patologiczną w przebiegu najstarszego automatyzmu, wytwarzanego przez zwoje podstawowe mózgu, t. j. zwykłego chodu o przeciętnej szybkości.

W dyskusji brali udział: Kopczyński, Piętkowski.

2. Maćkiewicz pokazuje przypadek **ślepoty pochodzenia centralnego w przebiegu bezwładu postępującego**. Dotyczy on 35 letniego mężczyzny, który przed 7 laty zaraził się kiłą.

Przed rokiem leżał na oddziale dr. Flatau, gdzie stwierdzono: zniekształcenie źrenic, brak oddziaływania źrenicy pr. na światło, nieznaczny upadek inteligencji, silnie dodatni odczyn Was. z krwi i z płynu mózgowo-rdzeniowego (+ + + +); dodatni odczyn N. Appelta oraz limfocytozę w płynie mózgowo-rdzeniowym. Chory wypisał się wówczas z poprawą. Przed 10 tygodniami nagle wystąpił napad drgawkowy z utratą przytomności, poczem zauważono, że chory nie widzi. Bad. przedmiotowe po powtórnym przybyciu chorego na oddz. wykazało: brak reakcji świetlnej źrenic, obustr. zupełną ślepotę przy braku zmian na dnie oczu, wybitne oślepienie. Bad. histologiczne tkanki mózgowej chorego, otrzymanej zapomocą nakłucia Neissera-Pollacka (dr. Lubelski), wykazało zmiany charakterystyczne dla P. p.

Po przebyciu zimnicy stan psychiczny poprawił się, podczas gdy ślepotą nie uległa zmianie.

W dyskusji brali udział: Bychowski sen., Noiszewski, Arkin.

3. Orzechowski przedstawia 2 przypadki **ataksji hypermetrycznej gałek ocznych**: w przypadku stwardnienia rozsianego i w przypadku obustr. ognisk w pniu mózgowym.

Polega ona na tem, że gałki oczne wykonywają kilka wahadlowych ruchów, zanim się dobrze nastawią. Następstwem tych zaburzeń jest utrudnienie czytania, głównie jednak orientacji w ruchu ulicznym. By móc rozpoznać przedmioty, poruszające się, lub ludzi, będących w ruchu, chorzy tacy muszą przystanąć. Ataksja oczu w stopniu takim, jak się widzi u obu chorych, jest objawem rzadkim, w słabym stopniu zdarza się dość często w przypadkach z objawami mózdzkowymi. Nie ma ona nic wspólnego ani z opsoklonją, ani też z oczopląsem.

W dyskusji zabierali głos: Noiszewski, Arkin, Higier sen.

4. Bregman pokazuje chorego 38 letniego, u którego rozpoznanie waha się między kiłą mózgu a P. p., bardzo **rzadką postacią oczopląsu**. Występuje on pod postacią szybko się wyczerpujących ruchów płaswiczych, podobnych do trzepotania, które obie gałki oczne wykonywają w płaszczyźnie poziomej naokoło osi pionowej, w pewnych tylko warunkach, a mianowicie: jeżeli chory, patrzący w dal lub spoglądający w jakimkolwiek kierunku, nagle nastawi oczy na przedmiot bliski, lub też gdy się przedmiot nagle zbliży do oczu. B. nigdy dotąd takiego oczopląsu nie spostrzegał.

W dyskusji zabrał głos Koelichen.

5. Bychowski sen. pokazuje 15 letniego chłopca z **wrodzonym ubytkiem w kości clemienkowej w okolicy clemienka dużego** (długość tego ubytku = 6 cm., szerokość = 11 cm.). W miejscu tem widać wygórowanie miękkie, tętniące, które zauważono u chorego zaraz po urodzeniu.

Chory urodził się przy pomocy kleszczy w stanie asfitycznym. Zaczął chodzić na początku drugiego roku życia. Utykał na pr. nogę, pozatem żadnych zaburzeń nie wykazy-

wał. W lutym 1925 r., uderzony w głowę, stracił przytomność, a po kilku godzinach dostał napadu drgawek z utratą przytomności. Napad powtórzył się po 9 dniach, a ostatnio napady takie występują co kilka dni, pozostawiając zawsze osłabienie pr. kończyny górnej (chory jest mafluktem). Napad poprzedza drętwienie pr. ręki. Badanie przedmiotowe układu nerwowego wykazuje: nieznaczne osłabienie pr. ręki, pes equino-varus z pr. str. PR pr. > 1., skłonność do stopotrząsu z pr. str., niewyraźne odr. brzuszne, objaw Babińskiego z pr. str. Przy unoszeniu pr. stopy widać drżenie o typie drżenia w chorobie Parkinsona.

B. przypuszcza, że podczas porodu powstał u chorego krwotok, być może, podoponowy, w okolicy ciemiączką dużego, który z jednej strony przeszkodził zarosnięciu ciemiączka, z drugiej zaś strony uszkodził mózg. Ponieważ napad zaczyna się od drętwienia pr. ręki i pozostawia po sobie osłabienie tejże, należy przypuszczać, że punktem wyjścia napadu jest okolica czuciowo-ruchowa z l. str. Uszkodzenie tkanki sięga jednak głębi, za czem przemawia objaw Babińskiego oraz drżenie pr. stopy.

Aby zabezpieczyć chorego przed następstwami podobnych urazów; należałoby dokonać operacji osteoplastycznej, jakkolwiek B. nie jest zwolennikiem tej operacji.

W dyskusji brali udział: Higier sen., Lubelski, Altkaufer, Bregman.

6. Freyówna Ł. Przedstawia 3 siostry, dotknięte **cierpieniem rodzinno-dziedzicznym, dotyczącym głównie kończyn dolnych** (Paraplegia spastica heredo-familialis), które prelegentka zalicza do grupy dysplastycznej według klasyfikacji Bielschowskiego. Cierpienie to powtarza się w 3 generacjach u 10 członków rodziny. Najstarsza z pośród 3 przedstawionych chorych wykazuje najwybitniejsze zmiany: nierówność źrenic, lekki niedowład pr. nerwu twarzowego (dolnej gałązki), asymetria w unerwieniu podniebienia, aplazja V kręgu lędźwiowego; coxae varae; niedowład kurczowy kończyn dolnych, chód kurczowy z krzyżowaniem się stóp i chybotaniem w biodrach. U pozostałych chorych objawy ze strony układu nerwowego oraz zmiany kostno-stawowe są znacznie słabiej wyrażone. Odcz. Was. z krwi i z płynu mózgowo-rdzeniowego wszystkich chorych ujemny.

7. Sterling. Wl. Przyp. **niezwykłych zaburzeń odżywczych pochodzenia ośrodkowego**. (Referatu nie dostarczono).

## Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

Posiedzenie z dnia 4.III.1925 r.

Baumritter Paweł przedstawia i omawia przypadek **pokrzywkli paroksyzmalnej u chłopca 5-cio letniego**. (Wydrukowane w „Warsz. Czas. Lek.“).

Hirsfeldowa wygłasza cdczyt p. t.: „**Nietypowe przypadki odry w przebiegu obecnej epidemii**“. Najczęściej okres zwiastunów przebiega z bardzo nieznacznymi objawami kataralnymi albo z zupełnym ich brakiem. Czasami objawy te występują dopiero po zjawieniu się osutki. W niektórych przypadkach brak plamek Koplika, albo też występują one jednocześnie ze zjawieniem się wysypki. Inne znowu przypadki przypominają swym początkiem plicę: nagle rozpoczęcie się sprawy, wymioty, wysoka ciepłota. Prelegentka omawia dalej różniczkowe rozpoznawanie odry z **exanthema subitum, erythema infectiosum**, wysypkami lekowymi (szczególnie po nirvanolu) i różyczką. Dla różniczkowania odry od różyczki ważne jest według prelegentki badanie morfologiczne krwi: w różyczce występują bardzo charakterystyczne komórki plamacyjne (streszczenie własne).

Dyskusja: Kramsztyk Julian przypomina okres, kiedy ddiagnozowano odrę bez Koplika, podkreśla wartość objawów enantemy oraz omawia różniczkowanie odry od różyczki.

Sachs sędzi, że przypadków, w których wysypka występuje bez gorączki, nie należy traktować jako odry.

Rosenblumówna obserwowała dwa nietypowe przypadki odry, gdzie Koplik wystąpił bardzo późno.

Jastrzębski przypomina, że odrowa wysypka przechodzi przez **stadium pigmentosum**, kurowa zaś nie.

Brokman spostrzegł przypadki odry bez objawów kataralnych i bez Koplika. Nietypowy przebieg odra

przyjmuje szczególnie po uprzednim uodpornieniu dziecka metodą Dekwitza.

Hirszfelkowa nie zgadza się z Sachsem, że niema odry bez gorączki. Odra, przebyta w okresie niemowlęcym, często nie chroni przed powtórny zachorowaniem. W kurze, sądzi, również może się zjawić pigmentacja, jednak tylko po większych wysypkach.

Baumritter Paweł wygłasza odczyt p. t.: „O zawartości kwasu moczowego w płynie mózgowo-rdzeniowym w stanach zapalnych opon mózgowo-rdzeniowych“ (Rzecz drukowana w Nr. 6 roku II „Warsz. Czas. Lek.“).

Posiedzenie z dn. 18.III.1925 r.

Przedborski wygłasza odczyt p. t.: „O profilaktyce krztuśca“. (Rzecz będzie ogłoszona drukiem w „Opiece nad dzieckiem“).

Dyskusja: Trenkner proponuje rozszerzenie profilaktyki na ambulatorja Kasy Chorych i pracowników państwowych, gdzie prawie nic się nie robi w kierunku izolacji chorych krztuścowych.

Mikułowski uważa, że statystyki są fałszywe. Racjonalną walkę z krztuścem widzi w stworzeniu oddziałów kokluszowych.

Według Stankiewicza tworzenie oddziałów kokluszowych jest szkodliwe.

Michałowicz i Hirszfelkowa widzą trudność walki z krztuścem głównie w tem, że jest on najwięcej zakaźny w tym okresie, gdy go nie możemy jeszcze rozpoznać.

Zdaniem Łyskawińskiego trzecie osoby mogą przynieść koklusz.

Przemyski podkreśla wartość wakuiny dla profilaktyki krztuśca.

Gromski stwierdza związek między gruźlicą a kokluszem na podstawie zachowania się odczynu Pirqueta.

Szenajch nie wypowiada się przeciw urządzeniu oddziałów kokluszowych. Chodzi jedynie o to, aby były one urządzone w sposób należyty.

Przedborski udowadnia związek między gruźlicą a kokluszem odpowiednią statystyką.

Majzner mówi „O wczesnych objawach krztuśca u niemowląt“. Referent omawia kilka postaci, pod jakimi przebiegał krztuśec w okresie wczesnym u dzieci miejskiego domu opieki. We wszystkich prawie przypadkach dominowały objawy ze strony płuc, które występowały bardzo wczesnie, bo na kilka dni do 2-tych tyg. przed wystąpieniem właściwych napadów. Były to trzeszczenia półdźwięczne, opisane przez Pospischilla, lokalizujące się pod łopatkami lub u podstawy płuc. Zmian opukowych w większości przypadków nie skonstatowano, szmer oddechowy pozostawał również bez zmiany. Rentgenologicznie ani razu nie stwierdzono zmian charakterystycznych dla ognisk zapalnych w płucach. Są one przypuszczalnie pochodzenia wazoneurotycznego. Osobliwą dźwięczność tych trzeszczeń, ich niezwykłą niestałość referent uważa za swoiste dla krztuśca i przypisuje im duże znaczenie rozpoznawcze, zwłaszcza w okresie nieżywym. (Streszczenie własne).

Majzner wygłasza odczyt p. t.: „Swoiste leczenie krztuśca“. (Doniesienie I-sze, rzecz będzie drukowana w „Pedjatrji Polskiej“).

Dyskusja: Sparrow sądzi, że seroprofilaktyka kokluzu powinna dać dobre wyniki. Przypuszcza, że profilaktyczne znaczenie surowicy jest większe, niż lecznicze.

Przemyski nie uważa za możliwe wypowiedzenie się w chwili obecnej co do wartości seroprofilaktyki. Osobiście więcej się skłania do szczepionek.

Zdaniem Majznera surowica nie wyłącza stosowania wakuinacji.

Posiedzenie z dn. 22.IV.1925 r.

Eussel wygłasza odczyt „O odczynie tyrozynowym w płynie mózgowo-rdzeniowym“. (Rzecz będzie drukowana w „Pedjatrji Polskiej“).

Posiedzenie z dn. 6.V.1925 r.

Kramsztyk Stefan przedstawia przypadek Dilatacji aortae diffusa u 13-letniej dziewczynki bez objawów kli-

nicznych ze strony serca i tętnicy, stwierdzony jedynie za pomocą zdjęcia rentgenowskiego (demonstrowanego).

Michałowicz widywał tego rodzaju aorty dość często u asteników (16-to letnich młodzieńców).

Kramsztyk Stefan przedstawia przypadek Adynamji. Dziewczynka 6-letnia do 4-go roku życia nie chodziła z powodu miękkich kości. Stale cierpiała na ogólne osłabienie. Osobliwe zaburzenia mowy, przypominające mowę w paralisie pseudobulbaris (aphonia). Zaburzenie było tem widoczniejsze, im większe było zmęczenie fizyczne. Bardzo znaczna poprawa nastąpiła po podaniu wapnia przy jednoczesnem nasświetlaniu lampą kwarcową. Mamy tu do czynienia z ustrojową adynamją, polegającą na niedostatecznej ilości soli wapniowych („calciprive Konstitution“ Sthlemana) (Streszczenie własne).

Michałowicz omawia przypadek płonicy, wyleczony za pomocą surowicy przeciwplonicy.

W dyskusji Celarek podaje technikę otrzymywania wspomnianej surowicy.

Według Brokmana działanie surowicy jest antybakteryjne i antytoksyczne. Wadą naszej surowicy jest to, że nie jest ona miareczkowana.

Michałowicz radzi jak najwcześniejsze stosowanie surowicy.

Celarek wygłasza odczyt „O meningokokach“.

Posiedzenie z dn. 20.V.1925 r.

Przedborski przedstawia przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych z dodatnim odczynem Pirqueta. Cel demonstracji: podkreślenie częstotści tego zjawiska.

W dyskusji Brokman zaznacza, że materiał kliniczny wykazuje prawie we wszystkich przypadkach meningitis tuberculosa dodatni odczyn Pirqueta. Wobec tego ujemny odczyn nie ma znaczenia rozpoznawczego.

Łyskawiński wygłasza pierwszą część odczytu na temat: „W sprawie leczenia zapalenia płuc u dzieci wstrzykiwaniami chininy“. (Rzecz będzie drukowana w „Pedjatrji Polskiej“).

Sachs wygłasza odczyt: „O najpospolitszych błędach dajagnostycznych w praktyce dziecięcej“.

Prelegent zajmuje się głównie błędami, popełnianymi w praktyce prywatnej. Najważniejszymi źródłami tych błędów są: 1) niedokładne badanie, przychem najczęściej zaniedbywane bywa badanie moczu, gruczołów, układu nerwowego. 2) Konieczność natychmiastowego rozpoznania choroby. 3) Uleganie sugestji otoczenia, a czasem i autosugestja lekarza. 4) Osobliwości organizmu dziecięcego. 5) Niedostateczna znajomość patologji dziecięcej. 6) Niedostateczne zbieranie wywiadów. Prelegent omówił trudności rozpoznawcze u noworodków i płynące stąd błędy n. p. wady serca, zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli mogą przebiegać bez objawów perkusyjnych i auskultacyjnych, i rozpoznanie nie raz opierać się musi na występującej napadowo duszności i sinicy. Inne cierpienia, jak stany septyczne lub krwawienia wewnętrzzaszkowe, mogą albo przebiegać bez widocznych objawów klinicznych albo dawać całą ich skalę od lekkich na pozór i niewiarygodnych aż do bardzo ciężkich. U niemowląt zaburzenia odżywiania następują często znaczne trudności rozpoznawcze, zwłaszcza przy niedokładnem zbieraniu wywiadów. Bardzo ważne jest odróżnienie zaburzeń samostnych od tych, które powstają na gruncie zakażenia pozajelitowego. Ale i stwierdzenie takiego zakażenia obok zaburzenia jelitowego niezawsze upoważnia nas do uznania pierwszego za przyczynę drugiego, zachodzić bowiem może i stosunek odwrotny, gdy zakażenia pozajelitowe występują jako powikłania zaburzeń odżywiania. W tej dziedzinie błędy rozpoznawcze i lecznicze nie należą do rzadkości. (Streszczenie własne).

Trenkner sądzi, że została za mało podkreślona konieczność korzystania z laboratorium. Do źródeł błędów dajagnostycznych w praktyce dziecięcej zalicza prócz tego zachowanie się dziecka, jego wstydlivość, niedostateczne obnażanie dziecka przy badaniu i niedostateczne uwzględnianie bytu dziecka.

Szenajch jest zdania, że temat poruszony jest zbyt duży, aby go ująć w jednym odczynie. Sądzi przytem, że najwięcej błędów dajagnostycznych powoduje nieumiejętne badanie dziecka.

Posiedzenie z dn. 3.VI.1925 r.

**Łyska wiński** wygłasza drugą część odczytu na temat: **W sprawie leczenia zapalenia płuc u dzieci wstrzykiwaniami chininy.** (Rzecz będzie drukowana w „Pedjatrji Polskiej“).

**Szenajch** uważa pneumonje pokrupowe za bardzo ciężkie. Porównyując przebieg ich w ubiegłych latach, kiedy nie stosowano chininy, ma wrażenie, że zastrzykiwanie jej daje dobre wyniki. Należy ją stosować możliwie najwcześniej.

**Hirszfelldowa** radzi dla uniknięcia miejscowych komplikacyj powolne zastrzykiwanie chininy, a potem okłady kompresowe.

**Michałowicz** uważa otrzymane wyniki za imponujące.

**Łyska wiński** w odpowiedzi powołuje się na obserwację **Szenajcha**, który miał możność spostrzegania przebiegu pneumonij, leczonych sposobami zwykłymi, i tych, gdzie podawano chininę. Sądzi, że należy ją podawać jak najwcześniej i ilustruje wpływ wczesnego podawania chininy odpowiedniami kartami. Zaprzestaje podawania chininy po wystąpieniu poprawy ogólnego stanu dziecka. Chinina, podana przez usta, nie wywiera wpływu na przebieg pneumonji.

**Cieszyński** wygłosił odczyt p. t.: „**W sprawie nadpobudliwości nerwowej u dzieci w wieku szkolnym**“.

Posiedzenie z dn. 24.VI.1925 r.

**Brokman**, **Hirszfelldowa**, **Majzner**, **Przesmycki** wygłaszają odczyt p. t.: „**Badania nad płonicą**“.

W dyskusji **Hirszfelld** podkreśla, że z punktu widzenia serologii kwestja nierównomiernej wrażliwości na jad płonicy jest zupełnie zrozumiała. Dzięki odpowiedniej selekcji zjawiska analogiczne można obserwować na zwierzętach w warunkach doświadczalnych. Fakt uodpornienia osobników zarazkiem **Caronny** przeciw toksynie **Dickó** w traktuje bardzo ostrożnie.

Według **Bujwida** paciorkowce należą do najciekawszych grup bakterij, gdyż mimo jednakowych właściwości morfologicznych różnie zachowują się pod względem biologicznym.

**Szenajch** uważa włoski i amerykański kierunek za różne. Kwestjonuje podział **Brokmana** na anginy i szkarlatyny i wyraża przypuszczenie, że amerykańska krzywa wrażliwości na płonicę więcej odpowiada naszym warunkom, niż stworzona przez referentów.

**Bączkiewicz** zwraca uwagę na lekkie i ciężkie przypadki płonicy i zapytuje, czy nie możnaby było obu grup traktować pod różnym kątem etjologicznym.

**Gantz** zapytuje, na czem referenci opierają swój pewnik o leczniczym działaniu surowicy.

**Sachs** przypomina, że płonica, zdaniem **Dickó** w, jest cierpieniem toksyczno-bakteryjnym. Po płonicy powstaje odporność przeciwtoksyczna, brak zaś odporności przeciw bakterjom. Kwestja różnych wrażliwości u bogatych i ubogich jest dla **Sachsa** niezrozumiała.

Według **Szymanowskiego**, tylko te anginy należy uważać za szkarlatynowe, gdzie został wyhodowany odpowiedni zarazek.

**Mogilnicki** sądzi, że dla zachorowania ma znaczenie okres zetknięcia się z zarazkiem.

**Majzner** podaje, że przy uodparnianiu występowała wysypka bez objawów nerkowych.

**Przesmycki** uważa działanie surowicy teoretycznie za zupełnie usprawiedliwione.

**Hirszfelldowa** zaznacza, że przy rysowaniu własnej krzywej nie chodziło referentom o danie czegoś o charakterze absolutnym, krzywa **Zinghera** również nie jest pewna. Wogóle nie należy łączyć krzywej wrażliwości i zachorowalności na płonicę.

**Brokman** uważa zjawisko wytwarzania antytoksyny za bardzo złożone. Znajduje się ono pod wpływem czynnika konstytucyjnego, zarazka, wrażliwości i innych. Klinika te rzeczy potwierdza. Płonicę uważa za skutek zadziałania jadu. Istnienia szkarlatyny bez wysypki nie neguje.

Sekretarz: **R. Barański**.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu marcowym Towarzystwa lekarskiego szpitali w Lyonie **Cordier**, **Gaillard** i **Levrat** podali notatkę o próbach leczenia sanokryzyną gruźlicy płucnej. Są zwolennikami dawek małych (0,2 gr., 0,4 gr. 2 lub 3 razy w tygodniu odpowiednio do przypadku), lecz stosowanych długo. Wskazanie do stosowania sanokryzyny stanowią postaci początkowe, postępujące i obustronne bez uwydatnionych objawów toksemji, jak również postaci jamiste przewlekłe, nie poddające się leczeniu sanatoryjnemu. Z pośród 45 przypadków prelegenci przytaczają: 4 pogorszenia, które przypisują działaniu sanokryzyny; 26 przypadków ujemnych, w których sprawa chorobowa posuwała się lub utrzymywała się bez zmian; 7 przypadków wątpliwych; 8, wykazujących rzeczywistą poprawę ze zmniejszeniem się wyraźnym lub zniknięciem objawów fizykalnych, przypadki te poddawano uprzednio próbie leczenia, 5 były to postaci obustronne, postępujące, 3 — jamiste. Jednak autorowie nie spostrzegali jeszcze, zniknięcia prątków i zmian radiologicznych. Materiał zebrany przez nich nie pozwala przypisywać sanokryzynie pewnego działania przeciwgruźliczego. Należy przypuścić, że działa ona na ogniska, bądź też ogólnie na ustroj. Próby stosowania sanokryzyny winny być kontynuowane.

Na posiedzeniu marcowym w Akademii lekarskiej w Paryżu **Arloing** i **Dufont** mówili o roli prawdopodobnej jadu gruźliczego przesączalnego w patogenezie niektórych niedorozwojów u noworodków, pochodzących od matek gruźliczych. Podali spostrzeżenie następujące: wcześniak urodzony w 7-ym miesiącu od matki z dużymi zmianami gruźliczymi, izolowany natychmiast po urodzeniu i trzymany w cieplarni, zmarł w ciągu m-ca tracąc 1/5 swej wagi. Badania autopsyjne nie wykazały żadnych wyraźnych zmian gruźliczych, za wyjątkiem kilku prątków gruźliczych w gruczołach krezkowych. Szczepienia wyciągów z różnych narządów świnkom morskim dały wynik ujemny. Tylko wstrzyknięcie przesączanego soku z gruczołów krezkowych wywołało tuberkulinizację zwierząt, które zginęły w stanie niezwykłego wychudnięcia. Powyższe spostrzeżenie ma wskazywać na możliwość przedostawania się jadów gruźliczych do ustroju płodu drogą łożyska.

**Richard** i **Roesch** mówili o cholesterynie u chorych dotkniętych nadeśnieniem. W 30 przypadkach z ciśnieniem 20 — 25 znajdowali cholesteryny 2,12, wreszcie u chorych z jeszcze wyższym ciśnieniem przeciętna zawartość cholesteryny we krwi wynosiła 2,17. Pomiędzy cholesteryną a zatrzymywaniem mocznika żadnego związku autorowie nie wykryli.

Na posiedzeniu lutowym Towarzystwa lekarskiego paryskiego **Le Fur** przedstawiał dobre wyniki stosowania li-pjodołu do badań radiograficznych narządu moczowego.

L. J.

## Zjazdy.

### Zjazd Towarzystwa Ginekologów i Akuszerów francuskich.

Paryż, 1 — 3 października 1925 r.

Przewodniczący: **Dr. Siredey**.

Pierwszą kwestją porządku dziennego był raport **Schickelé** o czynnościach biologicznych ciała żółtego i

gruczołu śródmiąższowego jajnika. Rozwijające się pęcherzyki jajkoosne zapewniają normalną czynność jajników. Przed okresem pokwitania pęcherzyki te dochodzą tylko do pewnego okresu swego rozwoju, dając następnie otoczce wewnętrznej (*theca interna*) możność bujnego rozwoju. Ale już i w tym okresie jajniki mają pewien wpływ na metabolizm kostny i węglowodanowy.

Podczas ciąży również pęcherzyki nie osiągają szczytu

swojego rozwoju, — otoczka wewnętrzna się rozwija, tworząc gruczoł śródmiąższowy lub otoczkowaty. Co do samego gruczołu śródmiąższowego oraz jego funkcji biologicznej poza temi dwoma okresami życia kobiety — posiadamy jeszcze bardzo niejasne pojęcie. Wiemy, że długotrwałość jego jest ograniczona oraz, że pochodzi on z aparatu pęcherzykowego. Rozwój narządów oraz cech płciowych kobiety uzależniamy od aparatu pęcherzykowego, którego pojedyncze elementy po dojściu do szczytu swojego rozwoju pękają, zmuszając jajniki od tej chwili do czynności zewnętrznej. Możliwe, że gruczoł śródmiąższowy odgrywa tutaj rolę wtórną.

Wpływ ciała żółtego na rozwój gruczołów piersiowych jest jeszcze niejasny. Od 5-tęgo miesiąca ciąży obecność ciała żółtego nie jest niezbędna, by zapewnić rozwój gruczołów piersiowych. Pęknięcie pęcherzyka jajkonośnego odbywa się u kobiet między 8 i 12 dniem (od początku miesiączkowania) lub 15 i 21-ym.

Aparat pęcherzykowy, rozwijając się, przekształca część swoich pęcherzyków bądź to w ciało żółte, bądź to w gruczoł śródmiąższowy. Te dwa ciała mają ograniczoną życiowość, która osiąga maximum podczas ciąży, a minimum w okresie poza ciążą.

Drugi temat dotyczył guzów zawartych między listkami więzadła szerokiego.

Forgue i Grousse, omawiając charakter kliniczny tych guzów, niezależnie od ich pochodzenia pierwotnego i budowy, kładzie specjalny nacisk na ich dążność rozwojową w kierunku do podstawy więzadła, dzięki rozdwojeniu listków więzadła szerokiego oraz szerokim obklejeniom się otrzewny miednicznej, na przemieszczenie narządów małej miednicy oraz na trudność wyluszczenia.

Zabieg operacyjny został znacznie ułatwiony przez wprowadzenie pozycji Trendelenburga oraz w przypadkach trudnych przez dokonanie wycięcia trzonu macicy.

Guzy te dzielimy na 3 główne kategorie:

1. Nowotwory, rozwijające się pierwotnie między listkami więzadła szerokiego (guzy pochodzenia mezodermalnego — włókniaki, mięsaki, tłuszczaki, torbiele skórzaste, guzy, rozwijające się z resztek narządów zarodkowych; guzy pasorzytne — bąblowce).
2. Nowotwory rozwijające się w narządach sąsiednich i rozrastające się wtórnie w więzadła szerokie.
3. Cięża międzywęzadłowa i nabłoniaki kosmkowe międzywęzadłowe.

Mówiąc o trudnościach dajagnostycznych, Forgue twierdzi, że jednakże w 17 przypadkach na 21 operowanych udało mu się postawić rozpoznanie przed operacją. Specjalne trudności rozpoznawcze nawet podczas zabiegu powodują guzy wrzekomo — międzywęzadłowe, które powodują przemieszczenie więzadła szerokiego.

Beuttner mówi o torbielach wewnątrzwęzadłowych zupełnych, częściowych i wrzekomo- lub pozawięzadłowych, ilustrując odczyt pokazami świetlnymi.

Schickelé mówi, że wymacanie napiętego więzadła okrągłego, możliwe nawet przez powłoki brzuszne, ułatwia w znacznym stopniu rozpoznanie kliniczne.

Jednakże jest ono szalenie trudne przed zabiegiem i również często niemożliwe nawet podczas operacji.

Hartmann zwraca specjalną uwagę na technikę operacyjną. Guz należy nacinać warstwowo, nie troszcząc się o odszukanie macicy, aż dojdziemy do szarego koloru nowotworu.

Béclère wspomina o 3-ach przypadkach, rozpoznanych jako nowotwory wewnątrz-więzadłowe i leczonych promieniami X z dobrym rezultatem.

Trzecią kwestją dnia był referat Rossiera i Le Loria o wskazaniach i technice pelwiotomji (przepełnianie kości łonowych).

Większość referentów zgadza się, że cięcie cesarskie niskie w znacznym stopniu wyeliminowało tę operację z życia codziennego. Schickelé, Hamm, Courelaire uważają, że pelwiotomia da się w każdym przypadku zastąpić przez cięcie cesarskie niskie, które jest mniej niebezpieczne. Inni uważają, że w pewnych przypadkach zwężenia miednicy (niezbyt dużego), przy zupełnym rozwarciu u wieloródki, bez podwyższonej ciepłoty, możemy z powodzeniem

dokonać podskórnej symfizjotomji lub hebotomji. Czwartą kwestją dnia były poszczególne referaty w sprawie rentgenolecznictwa i curieterapij.

Béclère — rentgenoterapia włókniaków macicy. Dobrze zastosowana terapia zawsze daje dodatnie rezultaty. Wyższość nad curieterapiją polega na tem, że 1) rentgenoterapia nie jest przeciwwskazana nawet przy b. dużych włókniakach, 2) może być zastosowana nawet w sprawach zapalnych przymacicza, 3) na krótkotrwałości zastosowania (3 godz.) Zmniejszenie się guza zaczyna się od pierwszego sesansu i, wbrew utartej w Niemczech opinji, znacznie poprzedza zanik miesiączkowania.

Régau d. — Technika i osiągnięte rezultaty rentgenolecznictwa w przypadkach nabłoniaków szyi macicznej.

Régau d. — Statystyka Instytutu Radowego w Paryżu za lata 1919 — 1923 nabłoniaków szyi macicznej, leczonych naświetlaniami. (Röntgen i promienie X).

Régau d. — Leczenie nabłoniaków szyi macicznej za pomocą ognisk zewnętrznych radu. Aparaty zawierają 4 gr. Ra E i znajdują się w odległości 10 ctm. od chorej. Dotychczas były zastosowane w 10-ciu przypadkach i dały rezultaty doskonałe.

Siredey. Przypadek nabłoniaka kosmkowego ze spon-tanicznym przedziurawieniem macicy, wyleczony za pomocą rękoczynu chirurgicznego z następczą rentgeno- oraz curieterapiją.

De Nabias. — Curieterapia szyi macicznej u kobiet ciężarnych. Rozróżniamy tutaj 2 okresy ciąży — okres pierwszy dotyczy całej ciąży z wyjątkiem ostatnich 2-ech miesięcy okres drugi dotyczy ostatnich dwóch miesięcy. W pierwszym okresie zaczynamy od pochwowego stosowania radu — krążek maciczny z 2-oma tubkami po 10 mgr. Ra E oraz sondę T z 10 mgr. Ra E. Przed okresem rozwiązania dokonać należy cięcia cesarskiego z ponadpochwowem wycięciem macicy oraz założyć 4 tubki po 10 mgr. Ra E do kikutu. Po 6-ciu dniach rad z jamy brzusznej usuwamy oraz prowadzimy nadal terapię pochwową. Specjalną uwagę należy zwrócić na to, że rad, stosowany podczas ciąży, przy odpowiedniej technice nie powoduje żadnych powikłań ani ze strony matki (poronienie) ani ze strony płodu. Jeżeli pacjentka zjawia się do lekarza w drugim okresie ciąży, to zaczynamy terapię od cięcia cesarskiego i t. d. Autor wspomina o 2-ach chorych, z których jedna jest pod obserwacją od 18-miesiący, a druga od 12 bez żadnych objawów nawrotu.

Bégouin. — 113 przypadków zastosowania radu w nabłoniakach szyi macicznej.

Gagey. Statystyka curieterapeutyczna — w przypadkach świeżych 75% wyzdrowienia; — na granicy możliwości operacyjnej 36,37%; — nie nadających się do rękoczynu — 24,27%; — b. zaawansowanych 13,65% wyzdrowienia.

Delporte. Curieterapia nabłoniaków szpary sromowej — nakłucie igłami radowymi oraz założenie aparatów plastycznych na gruczoły pachwinowe (200 — 300 M. C. D. w ciągu 10 dni).

Oppert. 325 przypadków nabłoniaków macicy, leczonych radem.

Proust. — Curieterapia nabłoniaków szyi macicznej.

Posiedzenie ostatnie składało się z serji poszczególnych referatów.

Chaton. Przypadek przedziurawienia zgłębnikiem ciężarnej macicy z następnym otwarciem jamy brzusznej oraz normalnym samodzielnym porodem.

Parisot. Przypadek ciąży powikłanej gruźlicą płucną, leczony sztuczną odmą piersiową z następnym porodem.

Daniel. Studja nad śródmiąższową częścią normalnego jajowodu.

Keiffer. Nieznane czynności fizjologiczne macicy (gruczoły myometriálne Anselma).

Henrotay. Leczenie zatrucia (wymiotów) ciężarnych.

Violet. 6 przypadków miesiączkowania bolesnego, leczonych wydłużeniem nerwów podbrzusnych (hypogastricus) u podstawy więzadeł szerokiech.

Mieczysław Floksztumpf.



## Odcinek

### Zdrojowiska a kryzys ekonomiczny.

Podał

Leon ZAMENHOF (Warszawa).

Zbliża się lato, a z niem i okres doroczny pielgrzymki chorych do tak zwanych miejscowości kuracyjnych.

Za dobrych czasów chory, jak również lekarz, oceniali ten wyjazd jako spełnienie miłego obowiązku, na który każdy chętnie siebie skazywał. Obecnie warunki zupełnie się zmieniły. Miła rozrywka stała się dla wielu przykrym wyrokiem.

Wyjazd do miejscowości kuracyjnej w czasach normalnych nie był przedsięwzięciem trudnym do wykonania nawet dla warstwy uboższej; dziś stał się on niemal nierozwiązalnym zadaniem często dla sfer zamożniejszych. Przy wyznaczaniu chorym zdrojowiska lekarz zazwyczaj kieruje się nie tylko wskazaniami obiektywnymi, lecz również względami subiektywnymi, wychodząc ze słusznego stanowiska, że taki wyjazd często już psychicznie wpływa dodatnio na chorego. Zbytecznym chyba dodawać, że względ ten, niezmiernie doniosły wtedy, kiedy daje się zastosować w życiu, traci zupełnie na wartości, o ile trzeba go przeprowadzić pod przymusem.

Ma się wrażenie, że większość lekarzy, bezwzględnie wierząc w czynnik psychiczny i niezawodny wpływ zdrojowisk, o tyle tylko umiała się zastosować do obecnego kryzysu, że zmieniła zdrojowiska zagraniczne na krajowe. Jest to czyn bezwzględnie obywatelski. Takiego jednak rozwiązania sprawy nie można uważać za zupełnie zadawalające, gdyż nasze zdrojowiska nie zawsze nadają się do predystynowanych im ról, po drugie wyjazd nawet do wód krajowych dla wielu pacjentów jest dziś niewykonalny.

A nakaz wyjazdu, wydany przez lekarza, jest dla pewnej kategorii chorych jakby wyrokiem bezapelacyjnym. Nie będę już mówił o tem, że wykonanie takiego wyroku w wielu przypadkach odbywa się kosztem ogromnych wysiłków moralnych i materialnych, które napewno już przed wyjazdem wpływają ujemnie na stan zdrowia pacjenta, ale i sam pobyt w takich warunkach przynosi choremu więcej krzywdy, niż korzyści. Aby przekonać się o tem, wystarczy bliżej przyjrzeć się zakulisowemu życiu naszych pacjentów w miejscowościach kuracyjnych.

Miałem możność przekonania się o tem, będąc ubiegłego lata w najbardziej uczęszczanej u nas miejscowości kuracyjnej w kraju — w Krynicy.

Miejscowość ta już w zeszłym roku z powodu kryzysu ekonomicznego i utrudnionego wyjazdu zagranicę była jednym z najważniejszych ośrodków, do którego lekarze masami kierowali chorych.

Bedąc tam w charakterze kuracjusza, posta-

wiłem sobie za zadanie zbadanie sprawy, kto dziś jeździ do naszych uzdrowisk, i czy uzdrowiska te dają istotnie wyniki, odpowiadające swemu przeznaczeniu i wyłożonym na nie nakładom materialnym ze strony chorych?

I otóż, po krótkiej obserwacji przekonałem się przedewszystkiem, że z chwilą ograniczenia wyjazdu zagranicę lekarze znacznie rozszerzyli wskazania do wyjazdu do zdrojowisk krajowych, a więc obecnie do Krynicy wysyła się najróżnorodniejsze postaci chorób, niemal wszystkie typy patologji szczegółowej. Ze rezultat takiego rozszerzenia wskazań podjęciu wielu względami jest dla chorego niepożądany, nie mam chyba potrzeby tu wyjaśniać. Nie to jednak głównie zwróciło moją uwagę. Badając sprawę zbliska, wykryłem przypadkowo inne zjawisko, o którym jako lekarz, przyznam otwarcie, nigdy nie myślałem poważnie. Otóż wielu chorych ze sfer uboższych widzi cel swego wyjazdu wyłącznie w wykonaniu przepisu kuracyjnego.

Mając nakaz bezwzględny od swego lekarza do wyjazdu i będąc ograniczonymi w środkach materialnych, chorzy tacy ograniczają wszystkie swoje potrzeby ad minimum, aby tylko odrobić przepisana im kurację, czy to w postaci kąpieli, czy to picia wód. I otóż, tę możność otrzymania kąpieli zmuszeni są okupić wyrzeczeniem się wszelkich innych potrzeb, nieraz nawet najniezbędniejszych. Spotykałem wielu chorych, którzy mieszkali po 5 — 6 w małym pokoju i odżywiali się niemal wyłącznie suchym chlebem i kawałkiem śledzia. Ograniczeni w środkach, w razie nieprzewidzianych wydatków, musieli redukować i tę porcję swego pożywienia. Czy trzeba tu dodawać, że w tych warunkach cały wysiłek materialny i moralny chorego musi pójść na marne?

Pozwoliłem sobie uchylić rąbek tego zakulisowego życia naszych pacjentów w obecnych warunkach w zupełnem przeświadczeniu, że czynię to dla dobra chorych i że spostrzeżenie moje niejednego z kolegów skłoni do zastanowienia się przy kierowaniu do zdrojowisk w dzisiejszych nienormalnych czasach.

Zbyt często spotykamy się w ostatnich latach z narzekaniami chorych na nieskuteczność naszych zdrojowisk. Przyczyn tego szukać należy tylko w tem, co powiedziałem wyżej.

Jeżeli źle było z wynikami kuracji w roku zeszłym, to w tym roku wobec pogorszenia się stanu ekonomicznego będzie jeszcze gorzej!

Od nas więc wyłącznie zależy zaoszczędzenie niepotrzebnych kosztów tym, którzy nie mogą w pełni skorzystać z dobrodziejstw zdrojowych, i nie kompromitować naszych miejscowości kuracyjnych.

## MEDYCYNA SPOŁECZNA

### Organizacja Służby Zdrowia w Polsce po zniesieniu Ministerstwa Zdrowia\*).

Podał

Kacper MARCINOWSKI (Warszawa).

Po wielkiej wojnie zainteresowanie sprawami zdrowotnymi, a co z tego wynika i pęd w kierunku rozbudowy administracji sanitarnej były powszechne. Otwierano najrozmaitsze instytucje medycyny zapobiegawczej, budowano specjalne szkoły higieny, tworzone ministerstwa zdrowia, o których przed wojną nie było jeszcze mowy. Nie byliśmy pod tym względem wyjątkiem, raczej odwrotnie, szliśmy dalej, niż inni.

W pierwszych chwilach gorączkowej twórczości, kiedy ideały, sztucznie kultywowane w ciągu dziesiątków lat, usuwały rzeczywistość na drugi plan i uniemożliwiały dokładne zorientowanie się w istotnych potrzebach i możliwościach, kiedy jeszcze ludzono się, że dobrze pomyślanymi rozporządzeniami uda się odrazu postawić Polskę w szeregu pierwszych państw Europy, utworzono specjalne ministerstwo do spraw zdrowia o bardzo szerokim zakresie działania. Dekret z dnia 4 kwietnia 1918 roku ustanawiał Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy, jako całość, co wydawało się wówczas bardzo logicznie pomyślane, gdyż łączyło w sobie to wszystko, co, przynajmniej z administracyjnego punktu widzenia, ściśle się wiąże z zagadnieniami zdrowotnymi.

W takim zakresie jednak Ministerstwo Zdrowia Publicznego zdołało się utrzymać zaledwie do dnia 30 października tegoż 1918 roku, kiedy powstaje samodzielne Ministerstwo Pracy, wysunięte na pierwsze miejsce siłą konieczności wskutek niedawno przeżytych wstrząśnięć wojennych i odgłosów rewolucji. Utworzone zostały wówczas dwa ministerstwa: Ministerstwo Pracy i Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. O projektowanym wówczas zakresie działalności ministerstwa zdrowia mówi niżej umieszczona tablica, wzięta z biuletynu Ministerstwa Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej Nr. 6 z roku 1919.

„W Ministerstwie Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej tworzą się tymczasowo sekcje następujące:

- Sekcja I — Lecznictwa.
- Sekcja II — Higjenu Publicznej i Medycyny Społecznej.
- Sekcja III — Farmaceutyczna.
- Sekcja IV — Ogólna.

Do Sekcji I-ej wchodziły wydziały następujące:

- Wydział I — Zwalczanie chorób zakaźnych.
- Wydział II — Zwalczanie chorób wenerycznych i nie-  
rządu.
- Wydział III — Zakładów leczniczych.
- Wydział IV — Psychiatryczny.
- Wydział V — Personelu leczniczego.

Do Sekcji II-ej:

- Wydział VI — Higjenu miast i wsi.
- Wydział VII — Higjenu i inspekcji mieszkań.
- Wydział VIII — Zdrojowisk i Uzdrowisk.
- Wydział IX — Nadzoru nad produktami spożywczymi.
- Wydział X — Sanitarno-weterynaryjny.
- Wydział XI — Higjenu zawodowej.
- Wydział XII — Opieki nad inwalidami i kalekami.
- Wydział XIII — Opieki nad dzieckiem i matką.
- Wydział XIV — Higjenu szkolnej.

Do Sekcji III-ej:

- Wydział XV — Kontroli aptek i składów aptecznych.
- Wydział XVI — Hodowli roślin lekarskich.
- Wydział XVII — Apropozycji sanitarnej.

Do Sekcji IV-ej:

- Wydział XVIII — Sekretariat.
- Wydział XIX — Statystyki lekarskiej.

\*) Z nader rzeczowo skreślonego tu artykułu przekona się czytelnik, do jakiego chaosu doprowadziło zniesienie Min. Zdr. Publ., nie osiągnąwszy przytem bynajmniej zamierzonych oszczędności budżetowych (Redakcja).

Wydział XX — Likwidacyjny.

Wydziały XIII i XIV Sekcji II tworzą osobny departament opieki nad dziećmi i młodzieżą.

Wydziały dzielią się na referaty, których liczbę i nazwy określi osobne rozporządzenie.

W Ministerstwie Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej są czynne:

Rada Lekarska Państwa Polskiego.

Rada Aptekarska Państwa Polskiego.

Rada główna do spraw higieny i inspekcji mieszkań,

Rada do spraw higieniczno-lekarskich na drogach komunikacji.

Rada sanitarno-techniczna.

Rada do spraw opieki państwowej nad dzieckiem i matką“.

Działalność Ministerstwa Zdrowia w takim zakresie była jednak bardzo krótkotrwała. Od pierwszej chwili powstania Ministerstwa Pracy, znajdującego poparcie mas pracujących i zorganizowanych partyj politycznych, powstaje dążenie do połączenia Opieki Społecznej z Ministerstwem Pracy, i po kilku miesiącach Ministerstwo Zdrowia traci Opiekę Społeczną, która przechodzi do Ministerstwa Pracy.

Staje się to drogą zwykłego rozporządzenia, gdyż w chaosie administracyjnym, przyłączając do Ministerstwa Pracy Opiekę Społeczną, zapomniano odłączyć ją od Ministerstwa Zdrowia. W rządzie Paderewskiego Iwanowski otrzymuje dekret na Ministra Pracy, Dr. Janiszewski na Ministra Zdrowia. Opieka Społeczna zostaje wogóle w dekretach pominięta, i każdy z wyżej wspomnianych ministrów rościł pretensję do Opieki Społecznej, a Dr. Janiszewski podczas całego urzędowania swego używał tytułu „Minister Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej“.

Poza tym zasadniczym podziałem na dwa ministerstwa, już od samego początku istnienia Ministerstwa Zdrowia dążenia odśrodkowe poszczególnych referatów były bardzo silne. Mniej może wskutek rzeczywistych potrzeb, a więcej dzięki energii i ambicji osobistej kierowników następuję od samego początku nadmierne rozrost jednych referatów w stosunku do drugih. Że jednak w obrębie ministerstwa rozrost jest dość ograniczony, że nie wszystkie wydziały mogą stać się departamentami, a referaty wydziałami, poszczególne więc referaty zaczynają przenosić się do innych ministerstw, tworząc tam „wydziały“. Odgrywa tu również rolę pęd ogólny do nadmiernej rozbudowy maszyny administracyjno-państwowej, jaki wówczas istniał, oraz dążenia polityczne poszczególnych stronnictw i ich przedstawicieli.

Pierwszym referentem, który odłączył się od Ministerstwa Zdrowia, był referat szkolny. Już 6-go marca 1918 roku na posiedzeniu między-ministerjalnym sprawy higieniczno-szkolne zostały podzielone między dwa ministerstwa: Zdrowia Publicznego z jednej strony, Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z drugiej. W Ministerstwie Zdrowia pozostawiono tylko nadzór nad stanem sanitarnym szkół, a istotny referat higieny szkolnej, przeniesiony do Ministerstwa Oświecenia, stał się tam wydziałem higieny szkolnej i wychowania fizycznego.

Następnie wskutek ograniczeń oszczędnościowych w 1925 roku wydział przemianowano na inspektorat, posiadający specjalny referat wychowania fizycznego. Sprawy sportu i rozwoju cielesnego przez dłuższy jeszcze przeciąg czasu po przeniesieniu higieny szkolnej do Ministerstwa Oświecenia pozostawały w Ministerstwie Zdrowia, przy którym funkcjonowała Rada do spraw sportu i wychowania cielesnego. Wobec braku funduszy dział ten nie rozwinął się prawie wcale. W roku 1925 została utworzona Rada Naczelna wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego przy Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, któremu odnośne sprawy zostały przekazane.

Następnie, opierając się na tradycji i praktyce państw zaborskich, inne ministerstwa zaczęły domagać się, by sprawy zdrowotne, związane pośrednio lub bezpośrednio z ich działalnością, były do nich przyłączone.

Po pewnych wahanjach rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 27 września 1920 roku sprawy nadzoru sanitarno-weterynaryjnego zostają włączone do Ministerstwa Rolnictwa i Dóbr Państwowych. I tu następuje dalszy podział

władzy: zwierzchni nadzór wykonawstwem przepisów weterynaryjnych, przekazanych organom samorządowym, powierzony został Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, które ma działać w porozumieniu z Ministerstwem Rolnictwa; jedynie w chorobach odzwierzęcych Ministerstwo Rolnictwa ma się porozumiewać z Ministerstwem Zdrowia. Wyniki współpracy na tem polu nie są zachęcające.

Weterynarja w Ministerstwie Rolnictwa rozrosła się do olbrzymich rozmiarów, pochłaniając według preliminarza na rok 1926 około 8 milionów złotych, co tworzy czwartą część budżetu całego Ministerstwa Rolnictwa. Na samo tylko zwalczanie chorób zakaźnych wśród bydła budżet przewiduje tyle, ile Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia na całą akcję sanitarną łącznie ze zwalczaniem chorób zakaźnych wśród ludzi.

Jak w owej piosnce francuskiej:

J'aime Jeanne, ma femme,

J'aime bien mes deux boeufs.

Eh bien, je préférerais voir mourir ma Jeanne,

Que de voir périr mes boeufs.

Po kilku latach rozwoju aparatu administracyjnego, zamiany referatów na wydziały, wydziałów na departamenty, departamentów na ministerstwa, okazało się, że nietylko dalszy rozrost instytucyj państwowych jest niemożliwy, lecz że nawet utrzymanie maszyn administracyjnej w jej obecnym stanie jest ponad siły Państwa. By zmniejszyć wydatki, trzeba było zacząć od zmniejszenia liczby instytucyj i urzędów. Zaczęto od Ministerstwa Zdrowia, gdyż z tytułu przynajmniej było ono instytucją zupełnie nową, nie posiadała za sobą żadnych tradycyj i ogółowi wydawało się najmniej potrzebnem. Pewną rolę odgrywało prawdopodobnie i to, że ministerstwo posiadało słabą siłę ekspansywną, zmniejszając bez zbyt wielkiej walki zakres swoich atrybucyj i zbyt łatwo ustępując różne agendy swojej działalności innym ministerstwom.

Wreszcie—względ ostatni, choć nie najmniej ważny — Ministerstwo Zdrowia nigdy naprawdę nie nosiło wyraźnego zabarwienia partyjnego, ani jako całość, ani w osobie swoich kierowników. Nie było ono przedmiotem targów między — partyjnych, nie miało z żadnej strony prawdziwego poparcia. Jeśli można użyć analogji, to dla działaczy partyjnych Ministerstwo Zdrowia nosiło taki charakter, w porównaniu do innych ministerstw, jak higiena w stosunku do innych specjalności lekarskich dla przeciętnego obywatela. W rządzie inne specjalności niezbyt też gorąco broniły higieny, i dlatego nożyce oszczędnościowe najpierw obcięły to Ministerstwo bez oparcia i stosunków.

Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 stycznia 1924 roku zniesiono Ministerstwo Zdrowia i utworzono Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych. Znosząc Ministerstwo, nietylko zmniejszono władzę administracyjną zwierzchnich organów sanitarnych, lecz i zakres ich działalności został znacznie uszczuplony przez przekazanie Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, opieki nad matką i dzieckiem, higieny przemysłowej, opieki nad kalekami, inwalidami wojennymi i emigracją, jak również wszelkich kwestyj społecznych. Podział ten został dokonany przez Nadzwyczajny Komisarjat Oszczędnościowy, który miał jednocześnie z przeprowadzeniem akcji oszczędnościowej ściśle rozgraniczyć władzę i kompetencje. Niestety, czy to pod wpływem czynników ubocznych, czy wskutek niedostatecznej orientacji w istniejących warunkach, dokonano tylko podziału, nie określając ściśle, co do kogo należy, nie licząc się z kompetencjami, nie doprowadzając w rezultacie do żadnych oszczędności.

Pcmijając wojsko, obecnie sprawy zdrowia znajdują się w siedmiu ministerstwach: 1) w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia), 2) w Ministerstwie Pracy i Opieki Społecznej, 3) w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, 4) w Ministerstwie Sprawiedliwości, 5) w Ministerstwie Robót Publicznych, 6) w Ministerstwie Kolei, 7) w Ministerstwie Rolnictwa.

Zapewne nietylko laicy, lecz i ogół lekarzy nie zdaje sobie dokładnie sprawy, jakie są skutki tego podziału, jaka jest gmatwanina poglądów, co do kogo należy, jak trudno jest poszczególnym agendom różnych ministerstw uzgodnić pracę między sobą nawet przy dobrych chęciach, o które, niestety, jest dość trudno. Sprawa niekiedy czeka na roz-

wiązanie miesiącami, zanim właściwe urzędy odpowiedzą na pytanie, do kogo ona należy, uzgodnią swoje poglądy i coś ostatecznie zdecydują.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wchłonęło w siebie bodaj że najwięcej atrybucyj byłego Ministerstwa Zdrowia. A więc przedewszystkiem niezmiernie ważny dział opieki nad matką i dzieckiem, bezspornie, zdaje się, zaliczany wszędzie do spraw zdrowia i powierzany kierownictwu fachowo-lekarskiemu, u nas łączy się z opieką społeczną i pracą. Trudno zrozumieć, dlaczego nad zdrowiem dziecka pieczę roztaczają znawcy spraw społecznych, skoro istnieje urząd państwowy sanitarno-lekarski, do którego, zdaje się, winny należeć wszystkie sprawy zdrowotne. Opieka nad matką i dzieckiem nie jest bardziej społeczną, niż zwalczanie gruźlicy lub chorób wenerycznych, a oba te działy dotąd pozostają w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Co więcej, wszystkie kwestje sanitarno-higieniczne, związane z opieką nad matką i dzieckiem, dotąd pozostają w Generalnej Dyrekcji, a sprawy lekarskie przekazane zostały Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, z wyjątkiem eugeniki i szpitalnictwa: lekarze doglądają gmachów, czuwają nad utrzymaniem w czystości podwórzi i porządkiem wewnątrz, nielekarze zaś mają nadzór nad leczeniem. Nic więc dziwnego, że zakres działalności Ministerstwa Pracy rośnie i rozszerza się przedewszystkiem w kierunku lecznictwa. Ministerstwo to obecnie przejmując walkę z jaglicą i gruźlicą wśród dzieci, gdyż to należy, zdaniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, do opieki lekarskiej nad dzieckiem. Można przypuszczać, że, wychodząc z tego założenia, Ministerstwo Pracy przejmie wkrótce walkę z płonicą, błonicą i innymi chorobami zakaźnymi, które, patrząc z tego punktu widzenia, od gruźlicy różnią się nie istotą rzeczy (w jednym i drugim przypadku choroba zakaźna), lecz charakterem przebiegu.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wydaje swoje okólniki w sprawach zdrowia narówni z Generalną Dyrekcją. Stąd np. w sprawach dotyczących gruźlicy, druga i pierwsza instancja otrzymują okólniki z Generalnej Dyrekcji i Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, okólniki nie zawsze między sobą uzgodnione. Lekarz powiatowy często nie wie, który z okólników jest obowiązujący, albo, otrzymując niezrozumiałe okólniki Ministerstwa Pracy, pyta o wyjaśnienie Generalnej Dyrekcji.

Bywały wypadki, że w tej samej miejscowości, pomimo dwóch istniejących organizacji przeciwgruźliczych, próbowano otworzyć trzecią, bo takie były dyrektywy z góry. Nawet w Warszawie, gdzie podobne niedorzeczności naogół są rzadsze, naprzeciwko jednej, już istniejącej przychodni przeciwgruźliczej utworzono drugą na przeciwnej stronie, jak gdyby dla konkurencji. Tymczasem całe dzielnice miasta dotąd takich przychodni nie posiadają. W ostatnich tygodniach Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej wydało okólnik do województw o zakładaniu ośrodków zdrowia. Tak więc Ministerstwo Pracy otwiera ośrodki zdrowia, prawdopodobnie kierowane przez referentów od spraw społecznych, a co mają robić wojewódzkie urzędy zdrowia i lekarze powiatowi, którzy w tej kwestji mają dość ściśle instrukcje od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia?

Jeszcze trudniej zrozumieć, dlaczego do Ministerstwa Pracy należy opieka nad matką. Sprawa ta wydaje się być czysto lekarską i przez lekarzy wyłącznie winna być prowadzona. Wreszcie sam zakres tej opieki może być bardzo różnorodnie rozumiany. Żadne rozporządzenie nie ustaliło, czy ta opieka ma się roztaczać nad matką, posiadającą już dzieci, czy nad kobietą w ciąży, czy nad każdą potencjalną matką — przecież o zdrowie przyszłych matek dbać należy od okresu najwcześniejszego ich rozwoju.

Wydaje się, że Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej zatrzymało się na pojęciu pośrednim. Tak przynajmniej należy przypuszczać, sądząc z tego, że rozpoczęło ono swą pracę w tej sprawie od kształcenia położnych. Ponieważ jednak nadzór nad szkoleniem personelu sanitarnego średniego i niższego należy do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, kursy te mogły być urządzone tylko po porozumieniu się z Generalną Dyrekcją, która dała swoje ostateczne placet i zatwierdziła kierownika. Co więcej, kursy były urządzone w Państwowej Szkole Higieny, należącej do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia; wśród licznych prelegentów, prze-

ważnie nie z Ministerstwa Pracy, nie brakło wykładowców z Państwowej Szkoły Higieny, a słuchaczki mieszkaly w bursie, należącej do tejże szkoły.

Niekonsekwencje idą jeszcze dalej, gdyż do Ministerstwa Pracy należy kształcenie akuserek, a nadzór nad ich działalnością do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, co sprawę jeszcze więcej komplikuje. Idąc w ślady wyższej instancji, przedsiębiorczy referent do spraw społecznych w województwie, mało zapewne wyszkolony w sprawach ginekologii, o ile rozporządza środkami, może samodzielnie kształcić babki wiejskie na terenie swego województwa, pomijając lekarza wojewódzkiego, a lekarza powiatowy, służbowo podwładny Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, ma nadal sprawować nadzór nad bawkami, wyszkoleniem przez tego referenta. Na szczęście, działalność wojewódzkich referentów tak daleko nie sięga, gdyż brak aparatu wykonawczego na prowincji nie pozwala referentom spraw społecznych przejąć całego szeregu spraw zdrowotnych, do czego na zasadzie istniejących przepisów i rozporządzeń mieliby prawo.

Dla opieki nad matką i dzieckiem po wsiach, w miasteczkach, a nawet i w większych miastach niema żadnych specjalnych instytucji, działalność ministerstwa dochodzi do referenta, a praca rzeczywista należy tylko do lekarza powiatowego. Stąd wprowadzenie w życie nawet tych rozporządzeń, które zostały wydane przez Min. Pracy i Op. Społecznej w porozumieniu z Generalną Dyrekcją, napotyka bardzo poważne trudności; na przykład nadzór nad mamkami, sprawowany przez Ministerstwo Pracy, jest uzgodniony z Generalną Dyrekcją, rezultaty tej współpracy są jednak dotąd nikłe. Lekarz powiatowy ma badać mamki i od obowiązku tego nie uchyla się, lecz istnieją stałe tarcia co do sprawowania samego nadzoru i stosowania przymusu administracyjnego: czy ma się nimi zajmować lekarz, czy referent do spraw społecznych.

Działalność więc Ministerstwa Pracy w dziedzinie zdrowia ogranicza się przeważnie do centrum, a i tu do roboty więcej papierowej, w lepszym razie organizacyjnej, i finansowego wspierania różnych poczynań innych ministerstw w tej dziedzinie, pośredniczenia między Ministerstwem Skarbu i poszczególnymi instytucjami w rozdzielaniu funduszy. Poczynania te są skądinąd bardzo godne uznania; nie zmienia to jednak rzeczywistego stanu rzeczy, a mianowicie, że praca istotna prowadzona jest przez inne ministerstwa, często przez Generalną Dyrekcję. Ministerstwo Pracy kieruje tą akcją lub ją podtrzymuje dzięki ruchliwości swoich pracowników i znacznym, jak na nasze warunki, zasobom finansowym.

Do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej należy również kierownictwo działalnością Kas Chorych, z których świadczeń ma prawo korzystać obecnie około 4 milionów ludności. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia ma tylko teoretycznie nadzór nad lecznictwem Kas Chorych. W rzeczywistości nadzór ten jest niezmiernie trudny do przeprowadzenia choćby dlatego, że jedno ministerstwo nie jest nigdy władzą dla drugiego, w warunkach zaś, które się u nas wytworzyły, nie można mówić nawet, że Generalna Dyrekcja odgrywa rolę eksperta w stosunku do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej. Współpraca ogranicza się głównie do posiedzeń Głównego Urzędu Bezpieczeń, gdzie delegat Generalnej Dyrekcji ma prawo stawiać wnioski w granicach zasadniczej ustawy sanitarnej. Kilka lat praktyki jaknajdobitniej stwierdziło, że ten podział nie jest z korzyścią dla ubezpieczonych, jest częstokroć z krzywdą dla pozostałej części ludności, wywołuje niepotrzebnie tarcia i nieporozumienia, pociąga za sobą niepotrzebne wydatki, uniemożliwia intensywniejszą pracę w kierunku ogólnego uzdrowotnienia kraju. Ubezpieczeni korzystaliby więcej, gdyby punkt ciężkości w działalności Kas Chorych przesunął się w kierunku fachowo-leczniczym, gdyby kładziono większy nacisk na medycynę zapobiegawczą, niż to miało miejsce dotąd, gdyby lekarze w tej sprawie mieli większy głos, gdyż nawet tam, gdzie chodzi o zapomogę, potrzebę jej, wypływającą z choroby, stwierdzić musi lekarz.

Ogół ludności nieubezpieczonej, szczególnie w miastach, gdzie ubezpieczeni tworzą połowę ludności, lub w ośrodkach przemysłowych, gdzie jest ich jeszcze więcej, cierpi z powodu przejścia przez Kasy Chorych pod szczególną opiekę pewnej tylko części ludności.

O ile sytuacja pozostanie dalej bez zmiany, nieubezpieczona ludność może w przyszłości pod względem opieki lekarskiej być w gorszych warunkach, niż przed powstaniem Kas Chorych. Gminy nasze nigdy nie posiadały dość środków, by rozciągnąć należyłą opiekę nad całą ludnością potrzebującą. Po wyłączeniu zaś w odrębną grupę ludności, pracującej w przemyśle, handlu i biurowości, sytuacja gmin pod tym względem okazała się znacznie gorszą, gdyż, pozostała na ich opiece ludność, wymaga tylko świadczeń, nie za to nie dając. Z tego wypływa, że tworzenie nowych instytucji sanitarno-lekarskich dla ludności nieubezpieczonej jest ponad siły gmin miejskich. Bezpośrednim wynikiem tego jest, że Kasy Chorych wpływają destrukcyjnie na szpitalnictwo, gdyż płacąc tylko połowę rzeczywistych kosztów za utrzymanie swoich chorych, są ciężarem dla gmin, które nie mogą rozwijać swego szpitalnictwa tak ubogiego pod względem łózek dla ludności niezamożnej. Pośrednio Kasy Chorych wpływają ujemnie na utrzymanie aptek w małych miasteczkach i odbijają się fatalnie na świecie lekarskim, co również nie jest bez znaczenia. Wreszcie stałe nieporozumienia, jakie wynikają z powodu tego podziału, brak skoordynowanej działalności Kas Chorych z władzami państwowymi i samorządowymi powoduje częste bezcelowe lub nadmierne wydatki, o czym dzisiaj należałoby myśleć na każdym kroku.

Zjednoczenie całkowitego nadzoru nad Kasami Chorych w jednym ministerstwie, w którym znajdują się wszystkie sprawy sanitarno-lekarskie, umożliwiłoby rozwój działalności w kierunku podniesienia stanu zdrowotnego kraju, ułatwiłoby planową akcję administracji sanitarnej, okazałoby wielkie usługi zdrowotności publicznej w dziedzinie zwalczania chorób zakaźnych, szczególnie chronicznych, zmniejszyłoby może kontrolę, lecz zwiększyłoby prace konstrukcyjne.

Członkowie Kas Chorych nie są w życiu izolowani od ogółu obywateli, i nie można prowadzić akcji higienicznej celowo tylko wśród tej wybranej grupy. Tu musi być nietylko koordynacja, lecz i ściśle współdziałanie, a to jest możliwe przy zesrodkowaniu całej roboty w jednym ręku, ręką najbardziej do tego przeznaczonem, bo przygotowanem fachowo.

Wreszcie do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej należy higiena zawodowa, ale nie całkowicie. Iście salomonowym sądem podzielono tę dziedzinę na dwie części i to, co się zwie higieną przemysłową, oddano Ministerstwu Pracy, a nadzór nad stanem sanitarnym zakładów, zwalczanie chorób zawodowych przekazano Generalnej Dyrekcji. Ale żadne przepisy nie określiły wyraźniej, gdzie się kończy kompetencja jednej władzy, a zaczyna drugiej, stąd Ministerstwo Pracy dowodzi, że higiena zawodowa opiera się nietylko na zapobieganiu chorobom, ale i na ich zwalczaniu, a Generalna Dyrekcja dowodzi, że nie można leczyć, nie uczyć, jak należy zapobiegać, nie zwalczając warunków, które wpływają na powstawanie chorób zawodowych. Na tej walce o kompetencję najmniej zyskuje ten trzeci, o którego idzie spór, i higiena zawodowa stoi dotąd na martwym punkcie, na którym stała. Konkretnie cała higiena zawodowa przedstawia się w ten sposób, że w Ministerstwie Pracy przy głównym inspektorze jest referent do higieny zawodowej, lekarz specjalista. Ma on do pomocy na całą Rzeczpospolitą czterech asystentów lekarskich, z których trzech mieszka stale w Warszawie. Co się dzieje na prowincji, o tem w Ministerstwie Pracy wiadomo o tyle, o ile inspektorowie pracy nielekarze, fachowo z tą sprawą jaknajmniej obeznani, umiają się zorientować. Trudno jest od inżynierów i inspektorów pracy wymagać, aby należycie uwzględniali warunki higieniczne. Do nich należy przede wszystkim nadzór nad zabezpieczeniem od wypadków i przestrzeganiem przepisów, dotyczących ochrony pracy. Wpłynąć na poprawę warunków higienicznych może tylko lekarz powiatowy, Ministerstwu Pracy nie podległy.

W higienie szkolnej rzeczywistej, podobnie jak w opiece nad matką i dzieckiem, panuje u nas wielowładztwo u góry, mało pracy twórczej u dołu. I tutaj Generalnej Dyrekcji pozostawiono tylko nadzór nad stanem sanitarnym budynków szkolnych, co, praktycznie biorąc, sprowadza się, jak i w innych wypad-

kach prawie wyłącznie do czystości, higiena szkolna zaś w rzeczywistości słowa tego znaczeniu należy do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Można by dyskutować nad tem, do jakiego ministerstwa powinien należeć ten dział higieny, możnaby przytoczyć poważne argumenty za utrzymaniem higieny szkolnej w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, trudno jednak zgodzić się z systemem, który w jednym ministerstwie pozostawia zarząd, w drugim wykonawstwo, jak to jest obecnie. Cała działalność Ministerstwa W. R. i O. P. w sprawie higieny szkolnej ogranicza się do utrzymania centrali i kierownictwa kuratorów, które zbierają dane statystyczne, sprawują nadzór i wydają okólniki, nie posiadają jednak organów, które te rozporządzenia mogłyby wcielić w życie. W tym kierunku Ministerstwo W. R. i O. P. nawet nie zdążyło, co widzimy z preliminarza budżetowego na rok 1926, gdzie z 500,000 złotych, przeznaczonych na higienę, zaledwie 7,000 idzie na propagandę higieny, reszta zaś na popieranie sportu i rozwoju fizycznego.

Sytuacja wytworzyła się taka, że wyjąwszy niektóre miasta, które posiadają własnych lekarzy szkolnych, cały kraj pod względem opieki nad zdrowiem działy szkolnej uzależniony jest całkowicie od lekarzy powiatowych Gen. Dir. Główny inspektor szkolny Min. Ośw. tyle tylko wie o stanie sanitarnym szkół powszechnych, ile go poinformują lekarze powiatowi, a jeśli chce on cokolwiek zrobić w tej dziedzinie higieny szkolnej, może to uczynić tylko za ich pośrednictwem, gdyż organów własnych nie posiada. Rozporządzenie, wydane przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja) i przez Ministerstwo W. R. i O. P. przewiduje, że jak budynki szkolne tak i wszystkie dzieci winny być zbadane przynajmniej raz na rok, i sprawozdanie z tych oględzin ma być przesłane do władz centralnych za pośrednictwem inspektora szkolnego. A więc władza sanitarna II instancji nie wie, co robią lekarze powiatowi w tym dziale higieny, nie dochodzi to również do wiadomości III instancji, t. j. Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Czy jest wobec tego możność należytej kontroli?

Ministerstwo Sprawiedliwości, pod którego opieką stale znajduje się około 30,000 osób, pozbawionych wolności, jest również bezpośrednio zainteresowane w sprawach zdrowotnych. Stan zdrowotny więźniów nie jest bez wpływu na stan sanitarny kraju, więzienia bardzo często są ogniskami chorób zakaźnych, szczególnie chorób, związanych z brudem, wszawicą, i chorób jelitowych. Od niepamiętnych czasów synonimem duru plamistego jest dur więzienny. Gdyby nawet można było każdą epidemję, powstałą w więzieniu, stłumić na miejscu, nie uda się odłączyć stanu sanitarnego w więzieniach od stanu sanitarnego kraju wogóle, choćby dlatego, że większość więźniów jest pozbawiona wolności tylko na pewien okres czasu, po którego upływie powracają oni do swego środowiska, często cierpiący na choroby chroniczne a przedewszystkiem na gruźlicę.

Potwierdzając słuszność tego poglądu, Rada Ministrów już w gabinecie Nowaka uchwaliła przekazać sprawy zdrowotne więzienia Ministerstwu Zdrowia, jako najwyższej instancji sanitarno-lekarskiej, na której opiece znajduje się zdrowie całego kraju. Uchwała nie weszła w życie, choć nigdy nie była cofnięta.

Leczenie pracowników kolejowych i stan sanitarny na kolejach należały uprzednio do Ministerstwa Kolei. Uchwałą Rady Ministrów z dnia 9 listopada 1922 roku podzielono cały ten dział na lecznictwo i ratownictwo, które pozostały w kolejnictwie, i sprawy sanitarne, które przekazano Ministerstwu Zdrowia, jako organowi nadzorczemu, gdy tymczasem wykonawstwo całkowicie pozostało nadal w Ministerstwie Kolei. I tu znowu spotykamy lekarzy powiatowych jako nadzorców nad przestrzeganiem czystości. Bo do czego, praktycznie rzecz biorąc, sprowadza się nadzór nad warunkami sanitarnymi w poczekalniach na dworcach i wszelkich innych urządzeniach i instytucjach kolejowych? Podobno współpraca dostarcza niewiele nieporozumień, czy jednak rezultaty dają zupełnie pomyślne, czy sprawy sanitarne dadzą się ściśle odgraniczyć od lecznictwa, czy nie lepsze byłyby wyniki, gdyby jedno i drugie znajdowało się w tem samym ręku?

Brak koordynacji i wielorakość instytucji zarządzających widoczne są nawet w sprawie mniejszej wagi, jaką jest leczenie urzędników państwowych. Według rozporządzenia

Rady Ministrów ma to należeć do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, lecz Generalna Dyrekcja zajmuje się leczeniem tylko urzędników etatowych i prowizorycznych. Urzędnicy kontraktowi winni korzystać z pomocy K. Ch. Kolejarzy mają zapewnić własną pomoc lekarską, prócz urzędników centrali Ministerstwa Kolei. Ministerstwo Kolei zobowiązało się do stworzenia swojej Kasy Chorych dla wszystkich pracowników, dotąd jednak jej nie stworzyło, i system pomocy lekarskiej w każdym z trzech zaborów jest inny, samodzielny. Urzędnicy Banku Polskiego mają własną pomoc lekarską, tak samo własną organizację lekarską posiada Państwowa Kasa Oszczędności. Policja państwowa również ma swoich lekarzy. W Ministerstwie Skarbu i w Ministerstwie Pracy niema wprawdzie oddzielnych organizacji są jednak specjalnie przydzieleni lekarze, opłacani przez Generalną Dyrekcję. Tak więc ogólna zasada, że leczenie urzędników państwowych należy do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, pozostała tylko zasadą, w życie nigdy naprawdę nie wprowadzoną. W kraju jest nie jedna, lecz kilka organizacji, każda posiada swego głównego lekarza, swój zarząd. Czy to czasem nie jest przyczyną ich mnogości?

Największym jednak dziwologiem naszej administracji sanitarnej jest sprawa turystyki. Sprawa ta z powodów zupełnie niezrozumiałych dla czysto logiki przekazana została Ministerstwu Robót Publicznych, dokąd włączone jest i grobownictwo wojenne.

Powiadają, że za stworzeniem i utrzymaniem referatu sportu i turystyki w Ministerstwie Robót Publicznych przemawia następujące rozumowanie: nadzór nad drogami należy do Ministerstwa Robót Publicznych, turyści chodzą po drogach, zupełnie więc jest naturalne, że nad nimi, szczególnie wtedy, kiedy podróżują, musi rozciągać opiekę toż samo ministerstwo. Jeszcze jeden niewielki wysiłek myślowy, a lekka i ciężka atletyka znajdą się w towarzystwie turystyki w tym samym referacie.

Co do grobownictwa wojennego, to historia jego jest nieco więcej złożona. Należało ono najpierw do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, następnie (1. I — 1922 r.) przeszło do Ministerstwa Robót Publicznych. Początkowo Ministerstwo Robót Publicznych przyjmowało na siebie tę sprawę, jako nieprzyjemny ciężar, kiedy się jednak wytworzył samowystarczalny aparat z całą drabiną hierarchiczną wyższych i niższych urzędników w liczbie kilkudziesięciu, — niektóre okregowe oddziały do spraw grobownictwa wojennego mają liczniejszy personel, niż wojewódzkie wydziały zdrowia, w których niekiedy cały sztab składa się z 4 osób, — nie było już siły, któraby mogła wyrwać grobownictwo wojenne z tak ufortyfikowanego stanowiska. Na wszelkie zakusy ze strony Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w kwestji przejścia tego działu następuje odpowiedź, że utrzymanie w porządku cmentarzy i przewożenie zwłok są to sprawy czysto techniczne. Tak, ale cmentarze zwykłe należą do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia), dla czego więc i tej sprawy, skoro jest ona tylko techniczna, nie przekazać Ministerstwu Robót Publicznych. Wprawdzie wskutek dążeń do redukcji i zalenia, jakie od paru lat istnieją, w teorji i na wniosek Komisarza Oszczędnościowego było rozporządzenie Rady Ministrów w roku ubiegłym o przekazaniu grobownictwa wojennego Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, że to jednak prawdopodobnie musiałoby spowodować prawdziwą redukcję, rozporządzenie to pozostaje po dziś dzień martwą literą.

Zupełnie naturalnie może powstać pytanie, co właściwie pozostało w Generalnej Dyrekcji po wszystkich podziałach i rozbiorach. Jeżeli uwzględnimy, że 4 miljonów ludności korzysta ze świadczeń Kas Chorych, że około miliona obywateli jest leczonych przez lekarzy kolejowych, że około 20% ogółu ludności należy do dzieci i młodzieży szkolnej, znajdujących się pod opieką Ministerstwa Pracy i Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, że wszystkie matki ciężarne i wszystkie karmiące, jak również kalecy i inwalidzi należą do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, że wojsko razem z rodzinami tworzy również około pół miliona, że więźniowie, policja, Korpus Ochrony Pogranicza i cały szereg mniejszych organizacji są wyłączeni z pod opieki Generalnej Dyrekcji, widzimy, że, teoretycznie rzecz biorąc, w tej największej instytucji sanitarno-lekarskiej pozostało stosunkowo niewiele, znacznie mniej, niż połowa ludności. Wszędzie Generalnej Dyrekcji pozostawiono

tylko wgląd w sprawy sanitarne, to jest, pospolicie mówiąc, nadzór nad czystością. Patrząc jednak na sprawę z praktycznego punktu widzenia, musimy przyznać, że, wyłączając większe miasta, w rzeczywistości, pomimo podziałów, wszystko prawie nadal jest wykonywane przez pracowników Generalnej Dyrekcji, to jest przez lekarzy powiatowych. Podział odbywał się tylko u góry, zwiększał administrację, liczba zaś prawdziwych wykonawców, dzięki którym sprawy posuwają się naprzód, ma tylko stałe dążności ku zmniejszaniu się.

Na to zjawisko zwrócono uwagę już parę lat temu, i, na wniosek Ministerstwa Zdrowia, Rada Ministrów uchwaliła przywócenie, zgodnie z zasadniczą ustawą sanitarną, kompetencji Ministerstwa Zdrowia Publicznego w zasadzie, „ustalenie zaś szczegółów przejścia przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego od Ministerstwa Kolei Żelaznych, Sprawiedliwości, Pracy i Opieki Społecznej, Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego nastąpi w drodze porozumienia między temi ministerstwami” — mówi uchwała. Życie okazało się jednak silniejsze od logiki, interesy osobiste przeważały dobro publiczne. Ministrowie na wspólnym posiedzeniu tak uchwalili, ministrowie we własnych gabinetach inaczej musieli, jeśli nie rozumować, to działać. Uchwała pozostała pięknym dowodem najlepszych, lecz bezowocnych dążeń. Nie większy skutek miały późniejsze rezolucje sejmu i senatu z roku 1924 i 1925. Ta ostatnia brzmi: „Sejm wzywa Rząd, ażeby w sposób definitywny uregulował sprawę organizacji władz centralnych w tym kierunku, by agendy sanitarne, spełniane obecnie przez różne resorty, zostały skupione w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, a to w celu uniknięcia (zarę kompetencyjnych i osiągnięcia jednolitości i koordynacji oraz większej sprawności w wykonaniu zadań, zmierzających do podniesienia zdrowotności publicznej”.

Podział kompetencji Ministerstwa Zdrowia Publicznego czy też zastępującej go Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia między szereg ministerstw mógł mieć na celu dwie rzeczy: a) dobro sprawy, to jest wydatniejsza działalność poszczególnych działów higieny i medycyny po przeniesieniu ich z Ministerstwa Zdrowia do poszczególnych ministerstw, z temi działami bliżej obznajmionych i ściśle administracyjnie związanych, b) zredukowanie wydatków przez zniesienie nie nazwy ministerstwa, lecz przez zmniejszenie zakresu jego działalności lub uproszczenie administracji.

Co do pierwszego punktu, wątpliwości nie istnieją nigdzie, ani wśród fachowców, ani wśród laików, nie ludzą się co do tego nawet najgorętsi zwolennicy utrzymania podziału, kierownicy nowoutworzonych wydziałów sanitarno-lekarskich w różnych ministerstwach. Przez to, że referat został przeniesiony z Ministerstwa Zdrowia do Min. Pracy lub Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, referenci i ich pomocnicy nie stali się większymi specjalistami, niż byli poprzednio, wydajności pracy nie zwiększyli, samej pracy ani nie rozszerzyli, ani nie pogłębili. Nie można powoływać się na to, że więziennictwo, koleje, szkolnictwo, opieka nad matką i dzieckiem mają specyficzne wymagania pod względem działalności sanitarno-lekarskiej i że dlatego winny być zastawione same sobie, co zwiększa ich sprawność. W najlepszym razie wreszcie mogłoby się to odbić dodatnio na stronie administracyjnej, a nie fachowej coraz więcej zaniedbywanej, na co się nie kładzie należytego nacisku. Faktycznie dla przygotowania fachowców niewiele się robi, nie słyszymy o kursach dla lekarzy szkolnych, choć jest ich około 600, nie urządzane są kursy dla lekarzy więziennych, lekarzy, zajmujących się wychowaniem fizycznym, a wiemy dobrze, że zdobywanie wiedzy tylko drogą doświadczenia jest zawsze bardzo kosztowne i długie. Usunięcie jakiegś działalności z pod kontroli fachowej i przekazanie jej pod opiekę niefachową może się na samej działalności odbić tylko ujemnie, a trudno zaprzeczyć, że w sprawach sanitarno-lekarskich Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia jest większym autorytetem, niż Ministerstwo Pracy lub Ministerstwo Oświecenia.

Niewiele mniej wątpliwości nasuwa pytanie, czy i o ile zmniejszono wydatki, przynosząc referaty z Ministerstwa Zdrowia do innych ministerstw. Najpierw teoretycznie jest nie do pomyślenia, by ten sam referat, wykonywany tę samą pracą, kosztował mniej w Ministerstwie Pracy, niż w Ministerstwie Zdrowia. Odwrotnie, z całą pewnością można powiedzieć, że, jako dział zupełnie cbcy dawnemu ministerstwu, musi kosztować więcej, nawet nie rozszerzając się, a rozsze-

zać się musi, bo inaczej nie dałby dowodów, że ta samodzielność była mu konieczna. Praktyka aż nazbyt potwierdza słuszność tego twierdzenia: wszystkie, nawet najskromniejsze referaty M n. Zdr. po przeniesieniu się do innych ministerstw pod względem liczby personelu zwiększyły się kilkakrotnie. Referat opieki nad matką i dzieckiem przed przeniesieniem miał jednego lekarza, obecnie po przeniesieniu stał się wydziałem i ma trzech, referat higieny szkolnej również wzrósł znacznie po przeniesieniu. Zwiększyło więc to odpowiednio i wydatki, nie zwiększając pracy w takim samym stosunku i nie uproszczając administracji. Praca pozytywna nie wzrosła odpowiednio do wydatków personelu (administracyjnego), gdyż żaden z nowoutworzonych działów nie był w stanie utworzyć swego własnego aparatu wykonawczego. Jak to kilkakrotnie zaznaczyliśmy, na prowincji wszelka praca sanitarna prowadzona jest przez lekarzy powiatowych, zależnych wprost od Generalnej Dyrekcji. Czyż nie prościej byłoby, gdyby Generalna Dyrekcja sama wydawała rozporządzenia swojej pierwszej instancji, obecnie zawałonej bezcelową korespondencją, wypełnianiem ankiet, formularzy, kwestionariuszów, na punkcie których departamenty różnych ministerstw przesycają się nawzajem, gdyż ma to służyć za dowód ich pracowitości i żywotności.

Utworzenie nowej administracji u góry nie zwiększyło w sumie wydajności poszczególnych działów, lecz pomnożyło pracę kancelaryjną, okólniki, rozporządzenia, posiedzenia międzyministerjalne, uzgadniające rozbieżne działania różnych ministerstw. Obywatel, dla którego dobra wszystko to zostało utworzone, jaknajmniej z tego korzystał.

Odbiły się ten stan rzeczy jaknajfatalniej i na wydatkach. Budżety na cele zdrowotne, rozrzucone po różnych ministerstwach, stale rosną, i wszelkie dążenia oszczędnościowe nie osiągają celu. Najpierw na ten sam cel każde ministerstwo otrzymuje kredyty oddzielnie. Generalna Dyrekcja i Ministerstwo Pracy, Ministerstwo W. R. i O. P., mają w Ministerstwie Skarbu różnych referentów, więc jeden referent dobrze nie wie, co drugi aprbouje lub czemu odmawia. W rządzie każdy minister swego budżetu broni, bo to jego budżet, w sejmie zaś każde ministerstwo ma swoich zwolenników i swoje poparcie polityczne. Ponadto nie tylko każdy Dyrektor Departamentu i każdy Naczelnik Wydziału, lecz nawet każdy referent, naprawdę troszczący się o rozwój swego działu, ma znajomych, jak w Rządzie, tak i w Sejmie, do nich więc udaje się po poparcie, dzięki im otrzymuje kredyty na wydatki, o których istotnej potrzebie niewiele osób zdaje sobie dokładnie sprawę. Im drobniejszy podział, im więcej instytucyj i organizacyj, tem większe parcie od dołu, rozleglejsze stosunki, więcej dróg, by otrzymać kredyty.

Te same rzeczy, choć na mniejszą skalę, dzieją się i w małych instytucjach. Weźmy przykład najprostszyc. Zakład opieki nad dziećmi X zwraca się o zapomogę materialną do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej i otrzymuje ją według uznania odpowiedniego wydziału. Przedsiębiorczy kierownik zakładu nie zadawała się jednak tą zapomogą i, nie nie wspominając o tem, że już coś otrzymał w Ministerstwie Pracy, zwraca się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia o subwencję, która również w miarę możliwości jest asygnowana. Sama instytucja na tem może i zyskuje, cierpi jednak dobro sprawy, gdyż wskutek takiego stanu rzeczy nie te instytucje rozwijają się, które najbardziej zasługują na poparcie, lecz te, które mają najenergiczniejszych kierowników, posiadających najrozleglejsze stosunki.

Gdyby można było porównać wydatki Ministerstwa Zdrowia, kiedy ono obejmowało jeszcze całokształt spraw zdrowotnych, z wydatkami obecnymi na zdrowie we wszystkich ministerstwach, sumując poszczególne pozycje na cele zdrowotne, ten wzrost wydatków równoległe z podziałem agend niewątpliwie byłoby bardzo jaskrawy. Niestety, poza całym szeregiem innych przeszkód, wahania walutowe w ubiegłych latach nie pozwalają na ściśle liczbowe porównanie za dłuższy okres czasu. Można w pewnej mierze porównać tylko wydatki od czasów wprowadzenia złotego, to jest od chwili, kiedy Ministerstwo Zdrowia było już częściowo podzielone. Tu jednak napotykamy bardzo poważne trudności w układaniu budżetu, w którym różne punkty są tak umiejętnie sformułowane, że tylko wtajemniczeni wiedzą dokładnie, co one właściwie oznaczają, i gdzie szukać wydatków na dany cel.

Trudno dziś dokładnie ustalić, ile Polska wydaje na

cele zdrowotne. Według wszelkich danych jednak, jeśli uwzględnimy, że w wydatkach osobowych pozycja na opiekę społeczną, na różne inwestycje mieszczą się wydatki na sprawy czysto zdrowotne lub ze zdrowiem bardzo ściśle związane, świadczenia nasze na zdrowie publiczne okazały się znaczne, prawdopodobnie stosunkowo nie mniejsze, niż w większości Państw o wiele zamożniejszych, niż Polska.

Często bardzo przytacza się budżet Generalnej Dyrekcji, by wskazać, jak mało wydajemy na zdrowie. Budżet Generalnej Dyrekcji jest rzeczywiście bardzo niewielki (0,45% ogólnego budżetu Państwa w roku 1926 według preliminarza), tworzy on jednak tylko małą część wydatków, jakie społeczeństwo nasze przeznaczają na sprawy zdrowotne. Kasy Chorych, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, Ministerstwo Kolei, Ministerstwo Sprawiedliwości, Samorządy wydają olbrzymie sumy na leczenie i sprawy sanitarne.

Nietylko stale zwiększa się liczba instytucji, zajmujących się sprawami zdrowotnymi, lecz i budżety poszczególnych instytucji stale wzrastają. Słyszycy się ciągle o drakońskich zarządzeniach skarbowych, pełno jest narzekania, że coraz trudniej otrzymać od rządu pieniądze na sprawy niezbędniejsze, nie cierpiące zwłoki, porównanie jednak poszczególnych pozycji w ustawie skarbowej na rok 1924, 1925 i w preliminarzu na rok budżetowy 1926 mówi co innego. Wszystkie prawie pozycje, jak ściśle sanitarne, tak i zakonserwowane, wzrosły przez ten przeciąg czasu, niektóre parokrotnie. Nasz budżet sanitarny, chrzczony coraz to inną nazwą, rośnie bez przerwy, z czego należałoby się bardzo cieszyć, gdyby te pieniądze były celowo wydawane. Niestety, większość wydatków idzie na rozwój administracji, nie na zwiększenie liczby rzeczywistych pracowników, na wzrost liczbyni rządzących, a nie pracujących. Gdyby tak te stale wzrastające środki zużyto na odpowiednie wykształcenie i zwiększenie personelu sanitarnego pierwszej instancji, gdyby dodano siły pomocnicze lekarzom powiatowym, nasz sanitarjat stałby znacznie wyżej, niż obecnie.

Naturalnie, z góry można przewidywać, że zwolennicy obecnego systemu będą wskazywali na Państwa Zachodnie, jako na wzór, który winniśmy naśladować, dowodząc, że tam podział spraw zdrowotnych między różne ministerstwa jest niemniejszy, niż u nas, a jednak stan sanitarny Państw tych jest godny pozazdroszczenia. Ameryka i Anglja, kraje o rajsprawniejszej służbie sanitarnej, mogą służyć za najlepszy przykład takiego stanu. Słusznie, należy jednak dodać, że w Anglii system ten rozwinął się historycznie i stał się nielogicznym stopniowo, my zaś zaczynamy od nielogiczności. Anglicy szczytą się, że pomimo braku logiki w budowie maszyny państwowej ich system administracyjny działa wspaniale, my, niestety, musimy sobie otwarcie powiedzieć, że rządząc się nawet najbardziej logicznym aparatem, często otrzymujemy rezultaty nieszczególne. I logiczny aparat niezawsze działa sprawnie — przy każdym systemie w grę wchodzi jeszcze czynnik ludzki, który jest decydujący. Musimy

sobie powiedzieć, że u nas ten czynnik nie jest jeszcze dostatecznie przygotowany i wyrobiony, i dlatego my nie możemy zaczynać od chaosu. Nas na to nie stać ani materialnie, ani moralnie. Wreszcie nie od rzeczy będzie dodać, że obecnie wszędzie, nie wyjącając wspomnianych wyżej Anglii i Ameryki, istnieją bardzo silne dążenia do scentralizowania agend sanitarnych i prawie wszędzie pod tym względem osiągnięto już dość daleko posunięte rezultaty.

Nie jest zadaniem niniejszego artykułu rozpatrywanie wad w działalności sanitarnej poszczególnych ministerstw, wskazywanie na to, gdzie powinny być scentralizowane wszystkie agendy sanitarne, do jakiego ministerstwa powinny być włączone, ani też poruszanie sprawy wskrzeszenia Ministerstwa Zdrowia. Nie mam zamiaru nawet przesądzać kwestji, jak daleko centralizacja powinna być posunięta, zamiarem moim było jedynie wskazać, do jakiego stopnia działalność nasza sanitarna porozrzucana jest po wszystkich ministerstwach, podkreślić wielką stratę sił i środków, jakie ten stan powoduje, wykazać, jak cierpi dobro publiczne wskutek nieskoordynowania działalności i braku fachowego kierownictwa na polu sanitarnym.

Nie cierpiącą zwłoki i konieczną jest rzeczą by faktyczne kierownictwo sprawami zdrowotnymi należało do lekarzy, by różne agendy sanitarne były tak scalone, aby przynajmniej większość spraw sanitarno-lekarskich należała do jednego ministerstwa.

Czas zerwać z polityką, w teorii zwaną redukcją, w rzeczywistości będącą rozbudową poszczególnych działów administracji sanitarnej u góry. Pozostawienie do pracy na miejscu jednego lekarza powiatowego, rządzonego przez kilka ministerstw, tylko zwiększa chaos i nieprodukcyjnie mnoży wydatki.

Najwyższa instytucja sanitarno-lekarska powinna otrzymać takie środki, by mogła pokryć wszystkie niezbędne wydatki, nie zwracając się o zapomogę do innych ministerstw, bo to nie prowadzi do oszczędności. W rękach lekarzy higienistów, jakimi winni być lekarze powiatowi, czy też samorządowi, winna być skoncentrowana cała działalność na polu zdrowia publicznego, nie zaś nadzór nad czystością i utrzymaniem porządku w lokalach szkolnych, kolejowych, zakładach fabrycznych, na rynkach i podwórzach i t. p., bo to nie jest higiena w rzeczywistym słowa tego znaczeniu, a przynajmniej nie jest to najważniejszą częścią higieny.

## Korespondencja.

Rzym, 14 kwietnia 1926 r.

Pozostawiając specjalnemu sprawozdawcy szczegółowe omówienie wyników tylko co zakończzonego tu VII Zjazdu Międzynarodowego Chirurgów, chcę podzielić się z czytelnikami „Warsz. Czasop. Lekarsk.” ogólnymi wrażeniami, wniesionymi z tego ważnego zebrania członków Międzynarodowego Stowarzyszenia Chirurgów, którego prezesem jest prof. Williams, a sekretarzem generalnym Dr. Mayer — obydwaj z Brukseli.

Przed Zjazdem urzędowo były w kilku miastach włoskich pokazy operacji w klinikach i szpitalach: w Medjolanie operował prof. Baldo Rossi, w Wenecji prof. Giordano i Delitala, we Florencji prof. Gatti, w Padwie — znany prof. Donati.

Przewodniczącym Zjazdu był prof. Giordano z Wenecji, sekretarzem i duszą kongresu rzymskiego był prof. Dominici z Sassari.

Oficjalne tematy były następujące: 1) Curieterapia ra-

ków macicy. 2) Ropnie wątroby. 3) Leczenie guzów mózgu i 4) Chirurgia śledziony. Każdy z tych tematów miał po kilku referentów.

O stronie towarzyskiej Kongresu Rzymskiego da się powiedzieć, że od pierwszej chwili panowała atmosfera nader miła, przyjacielska. Jest to zasługa głównego organizatora i sekretarza Kongresu, prof. Dominici, który był stale na posterunku i starał się każdemu dogodzić. Wzorowa była organizacja wycieczek, poczty, hoteli, przyjęć.

Otwarcie oficjalne Kongresu odbyło się b. uroczysto w pięknej sali Kapitolu przy udziale wielu wybitnych osobistości rzymskich z pośród przedstawicieli rządu, nauki i armji.

Pierwszy powitał Zjazd burmistrz Rzymu, senator Cremonesi, poczem przemówił Prezes Rady Ministrów Mussolini: serdecznie powitał chirurgów z całego świata, podnosił zasługi chirurgji w czasie pokoju, a zwłaszcza na wojnie, co zresztą sam mógł ocenić, będąc rannym,

jako żołnierz, na polu walki; przemawiali jeszcze prof. Giordano i dr. Mayer. (Bezpośrednio po tej uroczystości dokonany został na placu Kapitolijnskim przez starą irlandkę Gibson zamach na Mussoliniego, bez poważnych następstw. W odpowiedzi Gabrjelowi d'Annunzio na powinszowanie telegraficzne Mussolini żartował, że nicby mu się nie stało, bo miał zapewnioną pomoc 400 najwybitniejszych chirurgów).

Urozmaiceń było sporo. A więc pfor. Giordano, prezes kongresu, wydał bal. Koledzy włośi urządzili wycieczkę autami do podmiejskiej miejscowości górskiej Tivoli, gdzie w słynnej willi d'Este, ongi własności domu cesarskiego austriackiego, podejmowali nas herbatą i koncertem: — ciż koledzy — włośi zaprosili nas na wielki bank'et pożegnalny, na którym było obecnych około 500 uczestników, i na którym wygłoszone zcstały mowy pożegnalne (I przemówienie miał prof. Giordano z Wenecji, II prof. Hartman z Paryża, III dr. Al. Zawadzki z Warszawy, jako sekretarz następnego Kongresu, który ma się odbyć za 3 lata w Warszawie, poczem przemawiali przedstawiciele St. Zjedn., Anglii, Hiszpanji, Szwajc., Czechosłow. i t. d.).

Następny tedy Kongres Międzynar. Chir. odbędzie się w Warszawie. Tutaj muszę nadmienić, że kandydatura Warszawy została przyjęta z wielkim entuzjazmem i okrzykami: „Viva Polonia“, „Vive la Pologne“. Jest to w niemalej części zasługą kol. Aleksandra Zawadz-

kiego, który przywiózł oficjalne zaproszenie Rządu Polskiego, ale pozatem umiał zaskarbić sobie zaufanie Komitetu Naczelnego Stow. Chirurgów, który w jego ręce oddał całą organizację przyszłego Zjazdu w Warszawie.

Uczestników z Polski było około 20. Grupa polska przedstawiła się posłowi polskiemu w Rzymie, p. St. Kozickiemu, który zaprosił nas na wspólne śniadanie do pałacu Borghese.

Tak więc Kongres Rzymski był udany. Jedna tylko rzecz, która umniejszała jego znaczenie, to wielojęzyczność, uniemożliwiająca zresztą na wszystkich konferencjach międzynarodowych zadzierzgnięcie bliższych węzłów osobistych, o ile kto nie posiada grutownie głównych języków europejskich. Wielu lekarzy, należących do narodowości t. zw. niegłównych, z tego właśnie powodu nie może brać udziału w dyskusji naukowej i tak wykorzystać Zjazdu, jak to czynią francuzi, włośi i t. d. A wszakże dyskusja wszechstronna — to główny cel takiego Zjazdu. Co jeszcze najciekawsze, to że wszyscy prawie uczestnicy tych kongresów, nawet francuzi, włośi i t. d., odczuwają ten brak zasadniczo jednego wspólnego języka i uważają, że ta sprawa musi w najbliższej przyszłości znaleźć rozwiązanie, czy to przez uznanie za obowiązujący dla wszystkich jednego z żyjących języków europejskich, czy też języka neutralnego, pomocniczego, sztucznego.

Dr. W. Róbin (Warszawa).

## Wiadomości bieżące.

— Dnia 20 kwietnia r. b. odbył się akt otwarcia Państwowej Szkoły Higjenu wobec reprezentantów Rządu, członków korpusu dyplomatycznego, przedstawicieli miasta i władz sanitarnych oraz licznego grona gości: zgaranicznych, z pośród których wymieniamy: prof. Leona Bernarda z Paryża, D-ra Andrew Balfoura z Londynu, Beriera i Milana, przedstawicieli fundacji Rockefellera, prof. Jorge z Lizbony, dr. Takaki z Tokio, Dr. Freya i Grotjahn z Berlina, prof. Stampara z Białogrodu i inn. Posiedzenie otworzył premyer Skrzyński przemówieniem, wygłoszonym w języku francuskim, następnie Generalny Dyrektor Służby Zdrowia Dr. Wroczyński skreślił historję powstania Państwowego Zakładu i Szkoły Higjenu, poczem dyrektor Zakładu Higjenu Dr. Rajchman zobrazował cele i zadania oraz organizację Zakładu i Szkoły Higjenu. Ostatnim mówcą był prof. Leon Bernard, sekretarz Komitetu Higjenu Ligi Narodów, który w gorących słowach złożył hołd inicjatorom i twórcom Państw. Zakł. i Szkoły Higjenu — kol. Chodźce i Rajchmanowi. W końcu goście zwiedzili gmach szkoły i ośrodek zdrowia w Amelinie.

Z okazji otwarcia Szkoły Higjenu odbył się Zjazd Kierowników Państw. Zakł. Higjenu z następującym programem:

22.IV.1926 r. 10 g. rano. 1. J. Celarek i H. Sparrow. Szczepienia ochronne przeciwploniczą metodą Dicków w Polsce. 2. F. Eisenberg. Zagadnienia etjologii ploniczy a szczepienia ochronne. 3. F. Przesmycki. Etjologia ploniczy w świetle badań najnowszych. 22.IV.1926 r. 3 g. 30 min. po poł. 1. Dyskusja w sprawie ploniczy. 2. M. Kacprzak. Zagadnienia statystyki sanitarnej.

23.IV.1926 r. 10 g. rano. 1. R. Weigle B. Fejgin. O istocie zarazka duru plamistego. Referaty zbiorowe. 2. M. Kacprzak. Statystyka duru plamistego w Polsce. 3. Dyskusja w sprawie duru plamistego. 23.IV.1926 r. 3 g. 30 min po poł. 1. H. Palester. O dezynfekcji cjanowo-dorowej. Dyskusja. 2. Z. Rudolf. Zagadnienia inżynierji sanitarnej na wsi. Dyskusja.

— Listę nowomianowanych członków honorowych Tow. Lek. Wileńskiego uzupełniamy nazwiskami kolegów Edwar da Flataua i prof. Henryka Nusbauma. Całkowitą listę nowych członków honorowych Tow. Lek. Wileńskiego podamy po jej otrzymaniu od Zarządu Towarzystwa.

— W Nr. 93. „Gazety Warsz. Porannej“ z dnia 3.IV

r. b. znajdujemy w tekście następujący „artykułik“: „Chirurg dr. Bardt, operując owrzodzenie ropne, przypadkowo zranił się w rękę, przyczem jad ropny wywołał ogólne zakażenie krwi. Wezwany dr. Wierucki usunął niebezpieczeństwo“. Pod „artykułem“ znajduje się numer, co dowodzi, że jest on właściwie płatną reklamą. Czyby Zarząd Izby Lekarskiej Warsz. Białostockiej nie zechciał wejrzeć w te sprawy „nowych sposobów leczenia“, „załatwienia rachunków po wyleczeniu“, „niezawodnego leczenia rzeżączki i syfilisu“ (podobno nawet z gwarancją dwuletnią!)? Nie jesteśmy przeciwnikami przyzwoitych ogłoszeń lekarskich, ale rozpasanie reklamiariskie powinno stanowczo być ukrócone.

— I Zjazd Anatomo-Zoologiczny 22 — 25 maja r. b. w Warszawie.

Komitet Organizacyjny I Zjazdu Anatomc-Zoologicznego przypomina, że termin zgłaszania referatów został ustalony na dzień I maja.

Uczestnicy Zjazdu będą korzystali z ulg kolejowych. Komitet Organizacyjny zarezerwował szereg tanich i bezpłatnych pokojów dla przyjezdnych.

Zgłoszenia o kwatery są przyjmowane do dn'a 1 maja. (Dr. Chylewski, Warszawa, ul. Chałubińskiego 5).

Komitet prosi o zgłaszanie większej liczby pokazów.

Sekretarz Przewodniczący:  
Dr. Józef Grzybowski. Prof. dr. Edw. Loth.

— Pod nazwą „Paryskich dni lekarskich“ (Journées Médicales de Paris) organizuje się w Paryżu pięciodniowy kurs dokształcający (15, 16, 17, 17 i 19 lipca r. b.), mający na celu zaznajomienie lekarzy praktyków z najnowszymi metodami rozpoznawczymi i leczniczymi. Sekretarjat czynny będzie w Grand-Palais od 14 lipca. Ze Zjazdem złączona będzie wystawa książek, narzędzi i specyfików lekarskich oraz wód mineralnych. Karta uczestnictwa dla lekarzy kosztuje 50 franków, dla żon i dzieci 20 fr., którą to sumę wraz z wyraźnym adresem i wymienieniem osób, mających towarzyszyć uczestnikowi kursu (żona, dzieci) należy przesłać na ręce sekretarza, d-ra Dujarrie de la Rivière, 18, rue de Verneuil, Paris (7e).

— VI Zjazd psychiatrów Polskich.  
Dnia 23, 24 i 25 maja b. r. odbędzie się w Krakowie VI Zjazd Psychiatrów Polskich.

Pierwszy dzień Zjazdu poświęcony będzie zagadnieniom dziedziczności.

Referaty główne: Prof. Dr. Edmund Załęski (Kra-



ków): Zagadnienie dziedzicznego wpływu warunków zewnętrznych w hodowli roślin. Prof. Dr. Leopold Adametz (Wiedeń — Kraków): O normalnym i patologicznym charakterze zjawisk mutacyjnych. Prof. Dr. Jan Czekanowski (Lwów): Dziedziczność u człowieka w świetle badań antropologicznych. Prof. Dr. Emil Godlewski junior (Kraków): Problemat dziedziczenia cech nabytych — choroba jako cecha nabyta. Doc. Dr. Juljusz Morawski (Kobierzyn): Badania nad dziedzicznością w patologii ludzkiej. Prof. Dr. Stefan Borowicki (Poznań): Aktualne zagadnienia psychiatryczne związane z dziedzicznością.

Odczyty uzupełniające dotychczas nadesłane: Dr. Mieczysława Brunnowa (Warszawa): Pokaz tablic genealogicznych z Kliniki psychiatrycznej Uniw. Warsz. Dr. J. Gawroński (Dziekanka): Z zagadnień dziedziczności. Dr. Bolesław Siwiński (Kochanówka): Porażenie postępujące a dziedziczność.

Drugi dzień Zjazdu przeznaczony jest na omówienie schizofrenji.

Referaty główne: Dr. Władysław Stryjeński (Kobierzyn): Współczesne poglądy na schizofrenję. Dr. Gustaw Bychowski (Warszawa): Schizofrenja w świetle psychoanalizy. Prof. Dr. Jan Mazurkiewicz (Warszawa): Abiotroficzny pogląd na schizofrenję. Dr. Władysław Sterling (Warszawa): Związek schizofrenji z wydzielaniem wewnętrznym.

Odczyty uzupełniające dotychczas nadesłane: Dr. Jan Nelken (Warszawa): Schizofrenja a przestępczość. Dr. Władysław Matecki i Henryk Spidbaum (Warszawa): Koncepcje Kretschmerowskie konstytucji psychofizycznej w świetle własnych badań (na schizofrenikach). Dr. Aleksander Piotrowski (Dziekanka): W sprawie schizofrenji. Dr. Oskar Bielański (Dziekanka): Schizofrenja. Dr. Władysław Medyński (Kraków): Konstytucja i wewnętrzne wydzielanie w schizofrenji. — Twórczość artystyczna w schizofrenji.

Trzeci dzień Zjazdu obejmuje sprawę opieki nad psychicznie chorymi w Polsce.

Rereferaty główne: Dr. Józef Bednarz (Tworki): Stan opieki nad chorymi psychicznie w państwie polskiem w chwili obecnej — materiały do wypracowania planu organizacji tej opieki w przyszłości. Dr. Aleksander Piotrowski (Dziekanka): O stanie opieki nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim. Dr. Roman Zagórski (Kulparów): O opiece nad psychicznie chorymi w Małopolsce.

Odczyty uzupełniające: Dr. Witold Łuniewski (Tworki): Niedomówienia ustawodawstwa hamujące sprawę opieki nad psychicznie chorymi w Polsce. Dr. Adolf Falkowski (Wilno): Pierwiastki wychowawcze w leczeniu psychicznie chorych. Dr. Antoni Iwanowski (Kulparów): Opieka nad psychicznie chorymi.

Poza tematami głównymi zgłoszono następujące odczyty: Dr. Józef Handelsman i Dr. Wanda Bobrowska (Tworki): Znaczenie rozpoznawcze badania uwagi w chorobach psychicznych. Dr. Bolesław Siwiński i Dr. Mertz (Kochanówka): Wyniki leczenia porażenia postępującego zapoconą zimnicą.

Do referatów głównych można zgłaszać jeszcze odczyty uzupełniające najdalej do 20 kwietnia b. r.

Na wygłoszenie referatu głównego przeznaczają się 30 minut, odczytu uzupełniającego 10 minut; czas przemawiania w dyskusji ogranicza się do 5 minut.

Komitet prosi wszystkich referentów o nadesłanie krótkich streszczeń referatów najdalej do 20 kwietnia b. r. Streszczenia te będą wydrukowane i rozesłane uczestnikom przed zjazdem.

Wkładka dla uczestników zjazdu wynosi 20 złotych.

Zapotrzebowanie mieszkania zgłaszać należy do Komitetu zjazdu najdalej do 10 maja r. b. Zamawiający mieszkania zechcą nadsłać zaliczkę w kwocie 10 złotych.

Komitet Organizacyjny VI Zjazdu Psychiatryków Polskich: Prof. Dr. Jan Piltz, prezes, Doc. Dr. Juljusz Morawski, wiceprezes, Doc. Dr. Marcin Zieliński, sekr. generalny zjazdu, Dr. Władysław Sochacki, skarbnik, Dr. Aurelja Sikorska, sekr. Komitetu Organ.

Adres Komitetu Organizacyjnego VI Zjazdu Psychiatryków Polskich: Klinika neurologiczno-psychiatryczna Uniw. Jagiell. Kraków, ul. Kopernika 48.

--- VII Zjazd Niemieckiego Towarzystwa Urologicznego odbędzie się w Wiedniu (Frankgasse 8) pomiędzy 30 września a 2 października r. b. Główne tematy Zjazdu stanowią: 1) Bezmoz, jego patologia, farmakologia i leczenie; 2) Nowotwory złośliwe pęcherza moczowego, ich patologia i leczenie.

— Zarząd Związku Lekarzy Państwa Polskiego, Oddział w Radomiu zawiadamia ogół lekarski, iż z dniem 20 kwietnia r. b. w miejscowej Kasie Chorych powstał stan bezkontraktowy.

Ostrzega się Kolegów przed obejmowaniem posad w tejże Kasie.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego  
Oddział w Radomiu.

Prezes: J. Kossak.

Sekretarz: Dr. N. Szenderowicz.

— Wobec wykazanej przez praktykę życiową niedostateczności jednorazowego ogłaszania w piśmie zawodowych nazwisk lekarzy „łamistrąjków“, upraszamy niniejszem o stałe wydrukowanie w każdym z numerów pisma Sz. Panów następującego komunikatu Wydziału Wykonawczego Okręgu Łódzkiego Związku Lekarzy P. P.:

Podczas zatargu w Radomsku przystąpili do pracy w Radomskowskiej Kasie Chorych, pomimo ostrzeżeń ze strony Związku Radomskiego i Wydziału Wykonawczego Okręgu Łódzkiego Związku Lek. P. P., następujący lekarze:

Dr. Tenenbaum Gustaw, Dr. Segal Mojżesz, Dr. Siennicki Wacław, Dr. Rehan Zygmunt.

Piętnujemy i piętnować będziemy lekarzy tych, jako szkodników sprawy lekarskiej.

Wydział Wykonawczy Okręgu Łódzkiego  
Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Przewodniczący: (—) Dr. Miłkaszewski.

Sekretarz: (—) Dr. Kryszek.

— Docent Uniw. Żureckiego M. Minkowski, członek naszej redakcji, otrzymał tytuł profesora.

— Wyszedł z druku zeszyt 1 Tomu IV Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej w pięknej szacie zewnętrznej. Na treść jego składa się 8 poważnych prac klinicznych i laboratoryjnych, jeden zyciorys i przegląd nowych książek ładny, wyraźny druk, doskonały papier i starannie wykonane ilustracje stawiają Polskie Arch. Med. Wewn. na poziomie europejskim tego rodzaju wydawnictw.

— Dnia 28 kwietnia r. b. odbyło się w sali Tow. Lek. Warsz. posiedzenie inauguracyjne Polskiego Tow. Gastrologicznego pod przewodnictwem kol. Grundzacha. Wiceprezesem Towarzystwa jest kol. Wajnert, Sekretarzem kol. Niewiadomski.

— W wyniku wyborów dokonanych w poszczególnych Izbach Lekarskich na nową trzyletnią kadencję (1926 — 1928) do składu Naczelnej Izby Lekarskiej powołani zostali delegaci od Izby Warszawsko-Białostockiej D-rzy: Jan Bączkiewicz, Zofja Garlicka, Antoni Krzyczkowski, Tytus Makowski, Norbert Metelski, Adam Przyborowski, Wilhelm Róbin, Ignacy Sochacki, Antoni Śmiechowski, Zofja Wojnowna, od Izby Krakowskiej D-rzy: Stanisław Jankowski, Stefan Strzemiński, Wincenty Wróblewski, Władysław Wrześniowski, od Izby Lwowskiej D-rzy: Marjan Franke, Witold Nowicki, Jan Papee, Eugenjusz Waygiel, Aron Wolf, Władysław Czernecki, od Izby Poznańsko-Pomorskiej D-rzy: Stanisław Jerzykowski, Bolesław Wieleński, Otton Steinborn, Zygmunt Dymiński, od Izby Łódzkiej D-rzy: Antoni Tomaszewski, Feliks Skusiewicz, od Izby Lubelskiej D-rzy: Wacław Drożdż, Eugenjusz Wiszniewski.

W dniu 28 lutego zebrała się nowoobrana Naczelna Izba Lekarska i dokonała wyborów do władz, i zarządu i sądu. Zarząd powołano w następującym składzie: Przewodniczący Dr. Jan Bączkiewicz (Warszawa), 4-ch wiceprezów D-rzy: Antoni Śmiechowski (Warszawa), Stanisław Jerzykowski (Poznań), Jan Papee (Lwów), Stefan Strzemiński (Kraków), sekretarz Dr. Norbert Metelski (Warszawa), skarbnik Dr. Tytus Makowski (Warszawa) członkowie Zarządu D-rzy: Antoni Krzyczkowski i Wacław Drożdż.

Sąd na podstawie wyborów Naczelnej Izby Lekarskiej i po dokonaniu w dniu 21 marca wyborów do Prezydium ustalił się w składzie następującym:

Przewodniczący Dr. Adolf Kozerski, zastępcy Przewodniczącego D-rzy: Antoni Śmiechowski i Aleksander Gruszczyński, pisarz Dr. Władysław Janczewski, zastępca pisarza Dr. Stanisław Gębarski.

Sędziowie: D-rzy Jan Bełkowski, Jan Chmielewski, Jan Kołhataj-Średnicki, Franciszek Kowalski, Mikołaj Starkiewicz, Ryszard Szerypo, Antoni Turski, Zofja Wojnówna, Stanisław Zembrzusi, Aleksander Żurakowski.

Sędziowie zastępcy: D-rzy Szczęsny Bronowski, Tomasz Byszewski, Zygmunt Chrzanowski, Stanisław Hagmajer, Kazimierz Jasielewicz, Michał Jędrzejowski, Tadeusz Korzon, Waclaw Kowalski, Waclaw Łapiński, Bronisław Łuszczycy, Ludomir Nowacki, Teodor Podczaski, Walenty Rudziński, Edmund Schayer, Jerzy Żelistański.

Sędziowie delegaci od Izby Warszawsko-Białostockiej D-rzy: Marjan Ryłko, Eugenjusz Osiniński, Bolesław Jakimiak i Norbert Metelski.

Od Izby Krakowskiej drzy: Stanisław Jankowski, Władysław Wrześniowski, Jan Olbrycht i Kazimierz Suchodolski.

Od Izby Lwowskiej drzy: Jan Papee, Marjan Franke, Zdzisław Kotiers i Michał Salpeter.

Od Izby Poznańsko-Pomorskiej drzy: Adam Karwowski, Emil Świnarski, Romuald Matuszewski i Czesław Wiecki.

Od Izby Łódzkiej drzy: Henryk Trenkner, Julian Grabowski, Ignacy Watten i Edmund Krakowski.

Od Izby Lubelskiej drzy: Jan Modrzejewski, Eugenjusz Wiszniewski, Waclaw Drożdż i Adolf Jacewski.

Do Komisji Rewizyjnej Naczelnej Izby Lekarskiej weszli drzy: Bogucki Wincenty, Gruszczyński Aleksander, Róbin Wilhelm, Sochacki Ignacy i Wiszniewski Eugenjusz.

— Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej podaje do wiadomości, że przy Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej (N'ecała 7) powstało biuro pośrednictwa pracy dla członków Izby. Odpowiednie kwestjonariusze zarówno dla lekarzy, jak i dla osób i instytucji mających posady lekarskie do dyspozycji otrzymać można w Kancelarii Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

Naczelnik Izby: A. Przyborowski.

Pisarz Izby: J. Mazurek.

— Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej zawiadamia Kolegów, aby, opuszczając teren innych Izb i zgłaszając się do Izby tutejszej, przedstawiali o b o w i ą z k o w o kartę wymeldowania się z tej Izby, którą opuścili.

Naczelnik Izby: A. Przyborowski.

Pisarz Izby: J. Mazurek.

— W ubiegłych miesiącach w prasie lekarskiej zaczęły

ukazywać się artykuły polemiczne, pisane przez lekarzy i zwrócone przeciwko innym lekarzom, w stylu nieprzebiegającym w wyrażeniach, zaś w treści szarpiącym cześć i dobre imię. Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej uważa, że wprowadzanie podobnego stylu polemicznego, dotychczas spotykanego jedynie w prasie brukowej, nie licuje z godnością stanu lekarskiego. Podobne artykuły przynoszą jedynie szkodę natury moralnej, wzywa się więc kolegów-lekarzy do zachowania umiaru w wyrażeniach i treści, zaznaczając, że w przeciwnym razie będzie zmuszony sprawy powyższe kierować do Sądu Izby.

Pisarz Izby: Dr. M. Jastrzębski.

**Zmarli:** Prof. Józef Kyrle wybitny dermatolog i redaktor „Wiener Klinische Wochenschrift“ — w Wiedniu. — Zo e g e v o n M a n t e u f f e l, prof. chirurgji — w Dorpacie.

— Fryderyk D i m m e r, prof. oftalmologii — w Wiedniu.

— Prof. E x n e r — znakomity fizjolog — w Wiedniu.

— Prof. G a d — znany fizjolog — w Berlinie.

— Prof. I z r a e l J a m e s — wybitny chirurg — w Berlinie.

— Prof. J o n n e s c u, dyrektor kliniki chirurg. i Instytutu chirurgji eksperym. w Bukareszcie.

— Zygmunt W u l f s o n, okulista — w Warszawie.

**Sprostowanie.** W Nr. 3 na str. 138 szpalta lewa w wierszu 41 od dołu powinno być: Posiedzenie z dn. 9.I.1926 r.

#### NADEŚLANO DO REDAKCJI.

— Jan N e l k e n. Udawanie zaburzeń psychicznych a służba wojskowa.

— Jan N e l k e n. Zagadnienie opieki nad psychicznie chorymi przestępcami. Odbitka z Przegl. Więziennictwa Polskiego Nr. 4.1926.

— Z. S c h w a r z, H. W a c h l e l i J. F l a s z e n. O działaniu leczniczym podskórnych zastrzykiwań roztworu radu w chorobach wewnętrznych. Odbitka z Polskiej Gazyety Lekarskiej, Nr. 12.1926.

— M. G r z y w o - D ą b r o w s k a. Psychologia prostytutek.

— W. G r z y w o - D ą b r o w s k i. Uszkodzenie ciała w projekcie Kodeksu Karnego Komisji Kodyfikacyjnej. Odbitka z Lekarza Polskiego, Nr. 4.1926.

— Stanisław W ą s o w i c z. Szybkość opadania krwinek a wskaźnik refraktometryczny surowicy krwi w gruźlicy płuc. Odbitka z czasop. „Gruźlica“. Nr. 3.

#### OD ADMINISTRACJI

„Warszawskie Czasopismo Lekarskie“ wychodzić będzie w r 1926, jak dotychczas, ostatniego dnia każdego miesiąca

Warunki prenumeraty:

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

Nowoprzybywający prenumeratorzy otrzymują rocznik z r 1925 za cenę 10 zł.

TREŚĆ: L. JUSTMAN. Patogeneza i leczenie stanów zapalnych dróg żółciowych.—G. PORTMANN. Tonsillektomia całkowita.—K. DŁUSKI. Przyczynę do nauki o odmie sztucznej (Dok.)—B. JOCHWEDS. Gospodarka wodna a układ siateczkowo-śródbłonkowy.—S. FRANK. O wżniernikowaniu żołądka.—S. TENENBAUM. O często zapomnianym objawie początkowych okresów gruźlicy płuc.—A. W. KAPŁAN. Wzmożenie samoistnego ciśnienia tętniczego a choroba Brighta.—M. GANTZ. Dotychczasowe wyniki stosowania sanokryzyny Möllgaard a w gruźlicy (Streszcz. zbior.).—M. FEJGIN. Żelatyna jako pomocniczy czynnik odżywczy (Streszcz. zbior.).—G. RACIAZEK. Z nowego piśmiennictwa o rozpoznawaniu choroby Basedowa (Streszcz. zbior.).—Streszczenia pojedyncze i oceny książek.—Wskazówki praktyczne.—Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.—Zjazdy.—L. ZAMENHOF. Zdrojowiska a kryzys ekonomiczny.—K. MARCINOWSKI. Organizacja służby zdrowia w Polsce po zniesieniu Ministerstwa Zdrowia Publicznego.—Korespondencja.—Wiadomości bieżące.—Nadesłano do Redakcji.—Sprostowanie.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. JUSTMAN. Pathogenèse et thérapie des états inflammatoires des voies biliaires.—G. PORTMANN. L'amygdalectomie totale.—K. DŁUSKI. Contribution à l'étude du pneumothorax.—B. JOCHWEDS. Ménage hydrique et le système réticulo-endothéliale.—S. FRANK. La gastroscopie.—S. TENENBAUM. Sur le symptôme méconnu du début de la tuberculose pulmonaire.—A. W. KAPŁAN. L'hypertension artérielle essentielle et la maladie de Bright.—M. GANTZ. Les résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose par la sanochrisine de Möllgaard.—M. FEJGIN. La gélatine comme l'élément alimentaire.—G. RACIAZEK. La littérature nouvelle sur le diagnostic de la maladie de Basedow.—L. ZAMENHOF. Les eaux minérales et la crise économique.—K. MARCINOWSKI. L'organisation du service sanitaire en Pologne après la liquidation du Ministère de la Santé Publique.