

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 5

WARSZAWA, 31 MAJA 1926 R.

Rok III.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Patogeneza i leczenie stanów zapalnych dróg żółciowych*).

Podał

Ludwik JUSTMAN (Warszawa).

(Dokończenie).

Wyjaśniliśmy sobie, że w leczeniu zapaleń dróg żółciowych mamy na celu:

- 1) Wzmożenie odporności wątroby.
- 2) Zwalczanie zakażenia w drogach żółciowych.
- 3) Zwalczanie zastoiny mechanicznej i czynnościowo-roślinnej.
- 4) Zwalczanie nieżytyłów żołądka i dwunastnicy.

Podstawą naszych wysiłków leczniczych jest i pozostanie zawsze stworzenie ogólnych jaknajpożytniejszych dla chorego warunków. Farmakoterapia jest tylko przeważnie niezbędnym dodatkiem, a interwencja chirurgiczna niekiedy niezbędnym, często bardzo pożytecznym — ale zawsze tylko epizodem w leczeniu.

Tak długo, póki chory znajduje się w stanie ostrym, pierwszym przykazaniem jest spokój absolutny i oszczędzanie chorego ustroju i narządu. A że nie mamy żadnego pewnego kryterjum, na zasadzie którego moglibyśmy stwierdzić z pewnością, że stan ostry ustąpił całkowicie, powinniśmy możliwie długo trzymać chorego w łóżku, a i później zalecamy unikanie wszelkich gwałtownych wstrząsów fizycznych i psychicznych. Kobietom zalecam, aby bez względu na samopoczucie spędzały w łóżku co najmniej dwa najbliższe okresy miesiączkowania. Cięża jest zjawiskiem niepożądanym, jednak cierpienie dróg żółciowych nie jest wskazaniem do jej przerywania. Należy uprzytomnić sobie, że sam fakt zajścia w ciążę wywołuje w ustroju zmiany w krwiobiegu, układzie hormonalnym i roślinnym, gospodarce cholesterynowej. Ustrój przystosowuje się do zmian tych po pewnym czasie — i tem tłumaczy się, że szczególnie wyraźnie objawy te występują w

pierwszej połowie ciąży. A więc przerwanie ciąży będzie zawsze spóźnione, o czym świadczą opisane przez Hoffmanna pięć przypadków zastoinowego pęcherzyka po poronieniach w pierwszej połowie ciąży. Natomiast niezbędne bywa niekiedy ograniczenie czasu karmienia.

W okresie ukrytym cierpienia — tak nazywam stan bez dolegliwości, gdyż i w tym stanie badanie szczegółowe wykazuje powiększoną, niekiedy tkliwą wątrobę, urobilinogen w moczu, punkty bolesne i inne objawy — wskazany jest umiarkowany ruch, a nawet nieco gimnastyki oddechowej, co wpływa dodatnio na głębokość oddechu i czynność jelit. Ołbrzymie znaczenie ma spokój duchowy, nie należy go więc zakłócać zbyt szczegółowymi przepisami i zakazami. Aby chory mógł być zdrowym, musi się czuć zdrowym — ta zasada ogólna szczególnie stosuje się do schorzeń dróg żółciowych.

Lokalnie stosuję ciepło w postaci gorących kaptaplazmów z lnianego siemienia, ewentualnie podczas ataku możliwie ciepłych ławatyw. Zamiast lnianego siemienia zastosować można okład z kartofli: 2 — 3 kartofle należy ugotować w łupinach i rozgnieść w woreczku. Dalej — okłady borowinowe Karlsbadzkie, Ciechocińskie, Morszyńskie — *in praxi pauperum* zaleca się przygotowanie ich w ten sposób, że zagotuje się równe części torfu nieprasowanego i soli nieoczyszczonej do stanu gęstego błota. Dobre wyniki daje niekiedy diatermia.

Działanie gorąca nie jest żółciopędne — działa ono raczej analgetycznie. Również analgetycznie, ale znacznie wydatniej działa w ataku stosowanie ławatyw, pijawek lub ciętych baniek w okolicy wątroby. Obecnie, kiedy dzięki proteinoterapii, teorii oddechów trzewiowo-czuciowych, teorii o pasach Heada, pijawki i bańki zatracają charakter „babskiego środka“, powinny one odzyskać całkowite prawa obywatelstwa w medycynie oficjalnej. Wiem, że sprawiały mi mniej zawodu, niż morfina, której nie stosuję wcale ze względu na przykre dla chorego i niepożądane dla cierpienia wymioty, przez obawę morfinizmu i inne właściwości farmakologiczne, o których będę mówił dalej. Jedynym przeciwwskazaniem dla pijawek i baniek jest obawa przed zanie-

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

czyszczeniem pola operacyjnego w tych przypadkach, gdzie zachodzi prawdopodobieństwo konieczności zabiegu w najbliższym czasie.

Djeta w ataku powinna być płynna i ograniczona do minimum. Zresztą, zupełny brak apetytu i często obserwowane uporczywe wymioty czynią wszelkie próby odżywiania iluzorycznymi. Przy silnych atakach wogóle nie podają nic przez usta, stosują natomiast lawatywy kroplowe z 5% roztworu cukru gronowego. Przejście do normalnego dla naszych pacjentów odżywiania musi być bardzo powolne i oględne.

Co do diety w okresie spokoju, większość cech jej zasadniczych jest ogólnie przyjęta. Polegają one na:

1) możliwie częstym podawaniu niewielkich ilości pokarmów. Motywuje się to tem, że pokarmy są najlepszym bodźcem żółciopędnym, a to zgodnie z tem, cośmy mówili poprzednio o wpływie odruchowym obecności pokarmów w dwunastnicy na pęcherzyk i wątrobę. Jednak należy wątpić, czy możemy zasadę fizjologiczną przenieść bez zastrzeżeń na stan patologiczny, skoro wiemy, jak ważnym czynnikiem chorobotwórczym są zaburzenia korelacji nerwowej. Badania Spechta wykazują nam zresztą, że djeta jarska nie ma właściwości żółciopędnych, a mięso, jak zobaczymy nieco dalej, znajduje poważne przeciwwskazania. Następnie w stanach podostrych powinniśmy oględnie narażać chory narząd na podrażnienie — a za takie winniśmy uważać działanie żółciopędne.

Sądzę, że dodatni wpływ częstego podawania niewielkich ilości pokarmów, tłumaczy się nietyle względami na wątrobę i drogi żółciowe, ile na towarzyszące zwykle zapaleniu bezsok i niezbyt żołądka, dwunastnicy i trzustki.

2) Również przy doborze pokarmów powinniśmy mieć narządy te na uwadze. Co do mięsa, wiemy, że chorzy przeważnie źle znoszą nadmiar mięsa. Francuscy autorowie, a u nas, jak mi wiadomo, Zawałki, wypowiadają się za zupełnym zakazem mięsa. Mięso, zdaniem ich, obok żółtek jest głównym źródłem cholesteryny, a więc w hypercholesterynemji, zwykle napotykaney w zastoinie żółciowej, powinno być całkowicie zabronione. Jednak z badań Chaffarda wiemy, że cholesteryna powstaje również w ustroju, że hypercholesterynemja może być poniekąd uważana za skutek zastoiny w pęcherzyku i niedomogi wątrobowej, polegającej na utrudnionej przemianie cholesteryny w kwasy żółciowe. A że wiemy o działaniu żółciopędnem mięsa, z drugiej zaś strony wiadomem jest, że ludzie nerwowo wyczerpani źle znoszą kuchnię jarską, nie powinno mięso być całkowicie skreślone z diety naszych chorych w okresie bez dolegliwości. Ze względu na odrębne kulinarne sposoby przygotowania i brak tłuszczu, należy się ograniczyć jednak do gotowanego mięsa kurcząt i cielęciny w niewielkich ilościach.

To samo dotyczy również i jajek, których żółtka zawierają dużo cholesteryny; należy uważać je jednak za jeden ze sposobów urozmaicenia diety, stosować rzadko, naprz. zamiast mięsa i w niewielkich ilościach.

Co do tłuszczów, większość autorów wypowia-

da się przeciw nim. Zakaz ten ma rację bytu przy zupełnem zamknięciu światła przewodów i braku żółci w jelitach — ale przypadki takie nie powinny podlegać leczeniu wewnętrznemu. W innych przypadkach powinniśmy unikać tłuszczów o wysokiej temperaturze tania, ciężkostrawnych — są to tłuszcze mięsne. Natomiast niema przeciwwskazania do stosowania masła. Naodwrot, konieczność wprowadzenia w niewielkich ilościach pokarmów znacznej ilości ciepłika i uczucie sytości, jakie wywołuje masło narówni z innymi tłuszczami, powinna nas skłonić do stosowania go. Co do oliwy, to jakkolwiek stosunkowo znaczna zawartość cholesteryny przemawia przeciw niej, trudno sobie wytłumaczyć, dlaczego skreślać w djecie to, co się zaleca jako środek terapeutyczny, jak mówi doświadczenie, często skuteczny. Czekolada, kakao i śmietana zawierają cholesterynę i są przeciwwskazane.

Pozostają węglowodany. Jarzyny są wskazane o tyle, o ile są tolerowane przez przewód pokarmowy. Kapusta, groch, fasola niekiedy kalafjor powodują wzdęcia, pozostają więc kartofle, marchew, buraki, szpinak, podane w formie purée. Niestety, nie wszyscy chorzy znoszą je jednakowo. Dotyczy to również pokarmów mącznych, które przeważnie są źle znoszone. Kasze szybko wywołują u chorych przesyty. Z pieczywa chętnie stosują chleb Kneippa i inne grubszego przemiału, a to ze względu na zwykle spostrzegane zaparcie — niestety, niezawsze są one dobrze tolerowane. Bardzo wskazane ze względu na zaparcie są owoce, głównie w postaci kompotów z dużą ilością cukru, szczególnie nadaje się kompot z rabarbaru; znaczne ilości cukru nieznacznie wpływają na jego słodycz, a jednocześnie działają on jako *antiobstipativum*.

Na oddzielne omówienie zasługuje cukier. Wiemy, że zaburzenia w gospodarce glikogenowej są nader ważnym czynnikiem w patogenezie i przebiegu cierpienia. Wiemy, że przedoperacyjne przecukrzanie wątroby wpływa wybitnie dodatnio na przebieg pooperacyjny. Stąd wniosek, że powinniśmy chorych przecukrzać, podając im cukier w herbacie, kompotach, sokach i konfiturach. Niestety, żołądek staje nam znów na przeszkodzie. Z tego względu we wszystkich stanach ostrych i podostrych stosuję lawatywy kroplowe z 5% roztworu glukozy. Rezultaty są nader zachęcające.

Mleko przeważnie bywa źle znoszone. Kefir, jako napój, zawierający alkohol, jest przeciwwskazany. Biały ser pozwala nam uzupełnić ewentualny niedobór białka.

Wszelkie pokarmy zbyt złożone, zawierające nadmiar używek, konserwy, wyroby cukiernicze są przeciwwskazane. Po jedzeniu winien chory leżeć pewien czas na prawym boku, aby ułatwić opróżnienie żołądka.

Dla uzupełnienia obrazu pragnę przypomnieć o dwóch metodach djeto-leczniczych. Są niemi zalecana niegdyś przez autorów francuskich kuracja sokiem z czarnej rzodkwi i stosowanie kapusty kwaszonej. Pierwsza z nich znajduje uzasadnienie w działaniu żółciopędnem olejków eterycznych, a może i w podrażnieniu żołądka celem podniesienia upadającej działalności wydzielniczej. Stosowałem ją dwukrotnie w kamicy żółciowej — raz z niewatpli-

wym efektem dodatnim. O drugiej metodzie z własnego doświadczenia nie powiedzieć nie mogę.

Dopiero przez uregulowanie trybu życia chorego i jego diety stwarzamy warunki, w których farmakoterapia może dać nam pewne wyniki. Zaczę od środków bakterjobójczych. Wystarczy uprzytomnić sobie, ile wysiłków bezowocnych poczyniono w tym kierunku u nosicieli zarazków duru, a nawet usunięcie pęcherzyka okazało się bezcelowem, aby zdać sobie sprawę, jak niewiele możemy obiecywać sobie po środkach dezynfekujących. A zważyć należy, że u nosicieli mamy przeważnie do czynienia z bakteriocholją, a więc nie mamy stanu zapalnego i powiązanego z nim osłabienia odporności tkanek. Ze środków odkażających najdłużej jest stosowany będzwian sodu, antypiryna i salicyl. Jak to stwierdza *Lepehne*, salicyl wogóle nie wydziela się z żółcią, działanie jego odkażające staje się wobec tego problematycznym. *Bittorf* zaleca duże dawki salicylu (do 8 gr. dziennie), *Umbert* — w kombinacji z urotropiną, jako saliforminę.

O urotropinie wiemy, że wydziela się ona z żółcią dobrze zarówno u ludzi zdrowych, jak i chorych. A że ma ona również lekkie działanie żółciopędne, stosowanie jej jest całkowicie uzasadnione. Podaje się ją doustnie, względnie dożylnie. *Klein* zaleca zastrzyk dożylny 10 ccm. 40% roztworu urotropiny co 1 — 2 dni. Wyniki są przeważnie dobre, powstaje jednak cały szereg zastrzeżeń. Pomijając już zastrzeżenia natury ogólnej, chciałbym zwrócić uwagę na następujące względy:

1) Głównym motywem dożylnego stosowania leków jest chęć ominięcia przewodu pokarmowego i wątroby, gdzie środki ulegają zmianom, względnie zostają częściowo lub całkowicie zatrzymane. O ile jednak wątroba i drogi żółciowe są polem działania leku, względy powyższe upadają. Nie mamy więc powodu uważać zastrzyku dożylnego za sposób doskonalszy od podawania doustnego.

2) Jeżeli mimo to zastrzyk dożylny daje nam lepsze wyniki, tłumaczy się to dostatecznie różnicą dawkowania. Dożylnie podajemy jednorazowo 4 gr. doustnie przez dzień 1,5—3 gr. w trzech dawkach.

3) Powstaje pytanie, czy niema przeciwwskazania do podawania doustnie większych dawek. Podawałem 3 razy po 1 gr., a w dwóch ciężkich przypadkach 8 razy po 0,5 gr. W jednym przypadku, powikłanym nieżytem miedniczek nerkowych, wystąpił nieznaczny krwimocz. Nie wiem jednak, czy przyczyną krwimoczności była duża dawka, czy też

4) braki zastosowanego preparatu. Urotropina jest luźnym związkiem amoniaku z aldehydem mrówczanym. O ile nastąpił przedwczesny rozkład, możemy otrzymać nadmiar amoniaku lub aldehydu. Dlatego też stosuję obecnie zawsze oryginalną urotropinę *Scheringa*, jako dającą najwięcej gwarancji co do stałości składu i czystości preparatu, względnie cyotropinę (urotropina, salicyl i kofeina).

Obok urotropiny chciałbym przypomnieć o błękanie metylowym. Jego działanie bakterjobójcze jest znane, wiemy również, że skupia się on w komórkach układu siateczkowo-śródbłonkowego. *Rosenthal* i *Falkenhäusen* stwierdzili, że w schorzeniach wątroby wydziela się on w żółci prędzej,

niż u osobnika zdrowego. Jedynym przeciwwskazaniem do jego stosowania są mdłości i wymioty, jakie wywołuje przy podawaniu doustnem.

Ostatnio *Singer* wprowadził do terapii *Choleval*—połączenie srebra kolloidowego z żółciopędnym kwasem żółciowym. *Choleval* daje mi dobre wyniki, zaleca go również *Frank*. Ostatnio stosowałem również w dwóch przypadkach *Choleflavinę* — preparat tryptaflavinowy. W jednym z przypadków — po zastosowaniu *Choleflaviny* nastąpił szybki spadek temperatury i znaczna poprawa stanu ogólnego. Czy *post* czy *propter hoc*, nie chciałbym decydować.

Wszystkie powyższe środki oprócz działania bakterjobójczego mają działanie żółciopędne. Widzieliśmy, jak wielkie znaczenie dla stanów zapalnych dróg żółciowych mają właściwości żółci i jej zastoina, uzasadnione jest więc dążenie do pobudzenia wydalania żółci. Musimy jednak ustalić różnicę między pojęciem wydzielenia i wydalania żółci. Wydzielenie żółci jest czynnością wątroby, ilość żółci wydzielonej może być zwiększona lub zmniejszona (*Hyper* i *Hypo*cholją), żółć rozcieńczona, stężona, lub zmieniona jakościowo. Żółć wydzielona może być zatrzymana w drogach żółciowych, przeważnie w pęcherzyku — mamy tu upośledzenie wydalania żółci.

Jest rzeczą zrozumiałą, że wydzielenie i wydalanie żółci jest w ścisłym związku ze sobą, jeżeli więc rozróżniamy środki oddziaływające na wydzielenie i wydalanie, to mamy na względzie raczej najwybitniejszy ze sposobów ich działania, a nie efekt ostateczny. Rozróżniamy choleretica, środki, potęgujące wydzielenie, żółciopędne we właściwym znaczeniu tego słowa, i cholagoga, wydalające żółć. Na wydzielenie żółci układ roślinny nie ma wybitnego wpływu. Podług *Eigera* nerw błędny działa słabo pobudzająco, nerw współczulny hamująco. Z hormonów hamują adrenalinę, pituitrynę (*Alpern*) — powstaje tu pytanie, czy wybitnie ciemna żółć, jaką otrzymujemy po zastrzyku pituitryny, nie jest z tem w związku — pobudzająco działają insulina (*Brugsch*), sekretyny (*Bayliss* i *Starling*). Z ciał pokarmowych najsilniej oddziałują białko, głównie w postaci mięsa, najslabiej węglowodany i cukier. Ze środków leczniczych — olejki eteryczne, a więc olejek miętowy, wyciągi roślinne, zawierające olejki eteryczne, dalej kamfora, podofilina, jon siarczanu (SO_4^{4-}) i wreszcie zdobyć lat ostatnich — atofan i kwasy żółciowe. Atofan, wprowadzony do terapii dróg żółciowych przez *Brugscha*, względnie pochodne jego: atofanyl i ikterosan zwiększają ilość wydzielanej żółci, powodują zmniejszenie wątroby, poprawę stanu ogólnego i spadek temperatury. Osobiste moje doświadczenie, coprawda, niewielkie jeszcze, przemawia za dobrem działaniem atofanu. Ze wzmianki *Heniusa* o odejściu kamienia z przewodu wspólnego wywnioskować można, że działanie atofanu nie ogranicza się wyłącznie do cholerezy.

Żółciopędne działanie kwasów żółciowych jest dokładniej zbadane. Wiemy, że na wpływie podanej doustnie żółci na urobilinogen w moczu oparli *Landsberg* i *Falta* swoje próby czynnościowe. Działanie kwasów żółciowych: kwasu cholowego, desoksy,—dehydro i desoksydehydrocholowego prze-

wyższe działanie wszystkich innych leków. Działanie ich polega na rozcieńczeniu żółci, wzmożeniu siły jej prądu i przeciwdziałaniu tworzeniu się osadów, możliwe nawet, że na rozpuszczeniu czopów żółciowych i drobnych kamieni wewnątrzwątrobowych. Według Neubaera oprócz wypłukiwania zarazków posiadają kwasy żółciowe słabe działanie bakterjobójcze. Neuber zaleca szczególnie kwas dehydrocholowy, jako stosunkowo najmniej jadowity; ma on również słabe działanie czyszczące. Kwasy żółciowe wchodzi w skład niezliczonych środków patentowanych w różnych kombinacjach, między innymi z lecytyną i atofanem.

Cholagoga nie oddziałują na wydzielanie żółci przez komórki wątrobowe, a tylko ułatwiają wydalanie wydzielonej już żółci, przyspieszają przejście jej przez drogi żółciowe. Działanie ich porównać można z wypompowywaniem wątroby i dróg żółciowych przez przeponę brzuszną podczas głębokiego oddechu. Oddziałują one na mięśniówkę dróg żółciowych przeważnie drogą nerwową, modyfikując stan pobudliwości układu roślinnego. Głównym objektem ich działania jest pęcherzyk, gdzie najczęściej obserwujemy zastoinę. Przez analogję z zaparciem spastycznym i atonicznym możemy sobie teoretycznie uprzytomnić konieczność środków, działających antagonistycznie, zależnie od tego, czy w poszczególnym przypadku przeważają objawy skurczowe lub atoniczne. Jednak klinika nie nauczyła nas jeszcze rozróżniać tych stanów; możliwe, że nauczymy się tego dzięki cholecystografji. Obecnie przeważnie bywają stosowane środki przeciwkuczowe, a więc atropina (Bergmann), skopolamina, papaweryna. Dobre wyniki dawała mi w wielu przypadkach kamfora z olejkami miętowym, względnie Kadchol per se i z papaweryną (perichol). Działanie kamfory polega na stwierdzonych przez Wieskiego właściwościach tego ciała porażania gładkich włókien mięśniowych. Działanie oliwy polega również na rozwarciu zwieracza. Natomiast wyraźnie przeciwwskazana jest morfina: powoduje ona skurcz zwieracza. Uważam ją za *ultimum refugium*, którego ujemne strony w większości przypadków przeważają nad dodatnimi. O ile się ma na celu działanie analgetyczne, znacznie odpowiedniejszy jest zalecany przez Boasa woda chloralu.

Jako cholagoga musimy uważać również wprowadzenie zgłębnika dwunastniczego i stosowanie środków celem otrzymania żółci B. Spostrzeżenia Kobrynera, dokonane przy zastosowaniu zgłębnika tegoż autora w ten sposób, że usuwa on całkowicie wpływ zwieracza aż do odźwiernika na otrzymywanie zawartości, wskazują nam na to, że zwieracz Oddiego działa rytmicznie. Na rytm ten obecność w dwunastnicy zgłębnika i ciał, przezeń wprowadzonych, ma wpływ niewątpliwy. Lyon uważa podawanie siarczanu magnezji za drenaż dróg żółciowych, Stepp zaleca pepton, Schöndube — pituitrynę, Singer, u nas Róbin otrzymywali dobre wyniki, a nawet odejście kamieni po oliwie. Inni autorowie opisują ataki kamicy po wprowadzeniu zgłębnika, względnie powyższych środków. Obserwacje te potwierdzają wyniki powyższe, świadczą jedynie o nadmiernej wrażliwości indywidualnej u danych osobników.

Trudno sobie wytłumaczyć dokładnie mechanizm tego zjawiska. W stosunku do siarczanu magnezji sądziłem, że mamy do czynienia z jego paralizującym działaniem na mięśnie, znanem nam z doświadczenia w tężcu. Podawałem w dwóch przypadkach siarczan magnezji domięśniowo, jednak zupełnie bez wyników, z czego wnioskuję, że mamy tu do czynienia z działaniem lokalnym. Pewne światło na to zagadnienie rzucają badania Pollitza nad gospodarką wodną ustroju i związkami jej z tami żylnej Piccka — Mauthnera w żyłach wątrobowych. Pollitzer stwierdził, że pepton i siarka oraz hypofiza oddziałują na gospodarkę wodną, a więc, zmieniając stan czynnościowy wątroby, zmieniają właściwości żółci. Byłoby to potwierdzeniem stanowiska Einhorna, który twierdzi, że żółć B nie jest żółcią pęcherzykową. Kwestja ta dotychczas praktycznych wyników nie dała.

Nie bacząc na luki teoretyczne, nie można wątpić o tem, że zabiegi przy pomocy zgłębnika mają duże znaczenie lecznicze. Aby uniknąć nadmiernego podrażnienia, Allard zaleca kombinowanie ich z zastrzykiem papaweryny i atropiny.

Musimy tu powrócić do prac Pala o kinetyce i tonice mięśnia. Otóż wszystkie powyżej wymienione środki oddziałują wyłącznie przeciwkuczowo, nie oddziałują jednak wcale na *hypertonus* — wzmożony stan napięcia. O ile stan ten jest bardzo posunięty, środki przeciwkuczowe stają się nieskutecznymi, a zważywszy na dwufazowość wielu reakcyj ustroju, nawet szkodliwymi. Środków zaś, działających na stan napięcia, nie mamy — nawet narkotyki niezawsze działają, jak przekonywa o tem trwanie stanów skurczowych podczas zabiegów, dokonywanych w narkozie.

Stosowanie wód mineralnych, głównie Karlsbadu, opiera się dotychczas wyłącznie na empirji. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że Karlsbad wpływa na wydzielanie żółci ze wszystkimi dodatnimi i ujemnymi cechami tego wpływu. Do ujemnych zaliczam zaostrzenie cierpienia, a nawet ataki pod wpływem Karlsbadu. Z tego względu nie należy zbyt śpieszyć się po ostrej sprawie z podawaniem Karlsbadu — w jednym przypadku, gdzie nie uwzględniłem dostatecznie tej zasady, chora przypłaciła to ponownym atakiem. Głównym objektem działania Karlsbadu jest jednak towarzyszący zwykle zapaleniom dróg żółciowych nieżyt żołądka i dwunastnicy. Karlsbad przeciwdziała nieżyłowi i rozpuszcza śluz. Ponieważ przeważnie mamy do czynienia z brakiem kwasu solnego w żołądku, należy podawać Karlsbad w bardzo małych dawkach, względnie zastąpić go solanką: Ciechocinek, Kissingen. W innych przypadkach stosujemy wody zasadowe: Szczawnicę, Vichy.

Z innych środków, działających na żołądek i dwunastnicę, przypomnę o kwasie solnym, do pewnego stopnia neutralizującym skutki braku kwasu solnego. Następnie wskazane są środki, pobudzające perystaltykę, a to ze względu na wpływ perystaltyki na opróżnianie dróg żółciowych i na towarzyszące zwykle zapaleniu zaparcie. Do środków tych należy siarczan magnezji, zwykłe środki czyszczące, a więc olej rącznikowy, kalomel, sole: Karlsbadzka, Morszyńska, gorzka i inne, różne zioła, w tej liczbie

i cholekinaza, a szczególnie podofilina. Nadmienię tutaj, że opisywana przez autorów francuskich niedomoga wątrobowa w prawostronnem zaparciu jest bodaj czy nie braniem przyczyny za skutek — raczej niedomoga wątroby jest przyczyną zaparcia.

Jeżeli dodam, że preparaty trzustkowe dodatnio wpływają na obserwowane często powikłania trzustkowe, a podawanie adrenaliny z kokainą dawało mi dobre wyniki przeciw wymiotom podczas napadu, to tem wyczerpię chyba terapię wewnętrzną zapaleń dróg żółciowych.

Jest ona obarczona tyloma zastrzeżeniami, wątpliwościami i znakami zapytania, że nie możemy uważać jej za oręż dostateczny do walki z cierpieniem. Stąd wynika główne, negatywne wskazanie do leczenia chirurgicznego: niemoc internistów. Rozróżniamy tu, jak wszędzie, wskazania absolutne i względne. Do wskazań absolutnych należy ropniak, przewlekłe zamknięcie przewodu wspólnego, jego ciężki stan zapalny, podejrzenie nowotworu, następnie puchlina, przewlekły stan żółtaczkowy, gdy zachodzi obawa żółticy, wreszcie silne stany zapalne z częstymi i ciężkimi atakami. Ale ograniczając się tylko do tych wskazań, narazamy się na słuszne zarzuty chirurgów, że dajemy im materiał beznadziejny, a przypadki, które interwencja chirurgiczna mogłaby uratować, doprowadzamy do stanu beznadziejności. Z tych względów chirurdzy są za wczesnym zabiegiem po oziębieniu, a nawet w ataku. Postępowanie, zdaniem ich, powinno być analogiczne do postępowania w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Jednak przeciw tej analogji musimy się zastrzedz, a to ze względu na:

1) Wyniki pooperacyjne. Zarówno znaczna śmiertelność (4—9%), jak i częstsze nawroty i dolegliwości pooperacyjne nie upoważniają do uważania zabiegów na drogach żółciowych za równorzędne z usunięciem wyrostka.

2) Usuwając wyrostek robaczkowy, usuwamy całkowicie siedlisko choroby, a jednocześnie pozbawiamy organizm narządu całkowicie zbędnego. Wykonywając choledochoduodenostomię, czy inną operację o podobnym typie, usuwamy zastoinę, drenujemy drogi żółciowe. Ale nie powinniśmy ludzić się, że zwalczymy w ten sposób ogniska, położone wyżej, że przezwycięzymy bakterjocholję, że wreszcie oddziałamy na mięśniówkę i układ nerwowy roślinny zawsze w najpomyślniejszym sensie.

3) Usuwając pęcherzyk, usuwamy narząd, którego czynność nie jest dla życia niezbędna, ale mimo to nie daje się negować. Świadczą o tem chociażby zmiany pooperacyjne, wskazujące na dążność ustroju do zastąpienia brakującego pęcherzyka.

Jak widzimy, leczenie chirurgiczne ma również dużo punktów wątpliwych. Jeżeli wątpliwości te mniejszą grają rolę w myśleniu chirurgicznym, to tłumaczy się to tem, że chirurdzy nie ma jeszcze za sobą tak długiego doświadczenia, jak medycyna wewnętrzna. Ale sądzę, że niebawem wątpliwości te ujawnią się z dostateczną dosadnością, i obok stworzonego przez chirurgów pojęcia chirurgicznie nieuleczalnego wrzodu trawiennego zjawi się chirurgicznie nieuleczalne zapalenie dróg żółciowych. Pierwsze objawy w tym kierunku spostrzegamy już: Lęk, chirurg, wypowiada się przeciw usuwaniu pęcherzyka bez wyraźnych wskazań, gdyż widzi on w tym zabiegu szkodliwe zakłócenie harmonijnego współdziałania poszczególnych odcinków dróg żółciowych. W obecnym stanie internści i chirurdzy w sporze o sposoby leczenia mają słuszość tylko o tyle, o ile wytykają sobie wzajemną niemoc. Zwykłym orężem chirurgów w tym sporze jest statystyka — ale póki nie da ona uleczałości 100%, nie ma żadnej wartości, gdyż nie jest w stanie odpowiedzieć przy łóżku chorego, jaki los czeka go przy leczeniu zachowawczem lub operacyjnym. Dlatego też nie będę mówił o wskazaniach względnych, gdyż pokrywają się one jednym wskazaniem absolutnem — szerzenia wśród publiczności uświadomienia o celowości zabiegu w wielu przypadkach i wzywania chirurga do wspólnej obserwacji. Tylko przy łóżku chorego uwzględniając wszystkie indywidualne warunki ustrojowe, lokalne i ogólne, jak również i wskazania natury społecznej, można ustalić z pewnem prawdopodobieństwem najlepszą metodę postępowania. Z drugiej strony obowiązkiem chirurga po zakończeniu epizodu chirurgicznego jest uświadomienie chorego, że zabieg usunął tylko jeden czynnik chorobotwórczy — zastoinę, a reszta należy do medycyny wewnętrznej. O ile uda się spór fakultetów zastąpić harmonijną współpracą, możemy wierzyć, że zgłębnimy wszystkie tajniki, poznamy wszystkie niebezpieczeństwa zapaleń dróg żółciowych i wspólnymi siłami zwyciężymy wroga.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z pracowni neurobiologicznej Tow. Nauk. Warsz.
(Kierownik: E. FLATAU).

Badania doświadczalne nad przepuszczalnością ośrodkowej barjery nerwowej.

Podał

Edward FLATAU (Warszawa).

Sprawa większej lub mniejszej przepuszczalności narządów ochronnych, ustawionych między krwią, a płynem mózgowo-rdzeniowym, należy dzisiaj do spraw aktualnych. Stern i Gautier na-

zwali ów wał ochronny barjerą krwio-mózgową (*barrière hémato-encéphalique*). Nie siląc się obecnie na ustalenie rodzaju tych narządów ochronnych (sploty naczyniaste, opony miękkie, naczynia, glej, wyściółka komór i t. d.), byłoby najprościej dać im nazwę ogólną ośrodkowej barjery nerwowej.

Już oddawna było wiadomo, że barjera owa (w stanie normalnym) nie przepuszcza ze krwi do płynu mózgowo-rdzeniowego wielu substancyj, inne zaś przepuszcza. Cały szereg badaczy, poczynając od braci Cavazzani (1892) aż do pani Ster-

nowej i Gautiera (1921-23), zajmował się tą sprawą. A. i E. Cavvazzani (1892) wstrzykiwali psom i królikom jodek potasowy i żelazocjanek potasowy do otrzewny i do żyły usznej. W płynie mózgowo-rdzeniowym substancyj tych nie stwierdzono (tylko w jednym przypadku KI). Sicard (1901) podawał ludziom wewnątrznie lub pod skórę jodek potasowy i błękit metylowy — płyn mózgowo-rdzeniowy pozostawał odporny. Wraz z Widalem zastrzykiwał podskórnice kultury tyfusu, lecz nie stwierdzał aglutynin w płynie tym. Natomiast badania Zalozieckiego, Weila, Gaertnera¹⁾ wykazały, że w rzeczy samej u chorych na tyfus, u których aglutynacja występuje przy rozcieńczeniu 1:1000, nie udaje się stwierdzić aglutynin w płynie mózgowo-rdzeniowym. Natomiast w tych przypadkach, w których aglutynacja występuje przy 1:6.000 — 10.000, stwierdza się obecność tych ciał w liquor cerebro-spinalis. Starkenstern i Zitterbart¹⁾ stwierdzili u królików uodpornionych zapomocą surowicy 1:10.000 obecność aglutynin w płynie mózgo.-rdzeniowym. Badania Bielinga i Weichbrodta nad przejściem aglutynin do płynu mózgowo-rdzeniowego w porażeniu postępującym wykazały, że, o ile wprowadzić do organizmu prątki odmienca X_{19} , aby wywołać aglutyniny, i jednocześnie zarzek tyfusu powrotnego, to w przypadkach chronicznych aglutyniny nie przechodzą do płynu mózgowo-rdzeniowego. Natomiast, o ile u chorych tych powstaną, pod wpływem zarazków tyfusowych ostre zmiany w naczyniach i oponach mózgowych, — wtedy aglutyniny zjawiają się w płynie. Dla przepuszczalności więc barjery między krwią a płynem mózgowo-rdzeniowym niezbędne jest schorzenie ostre opon i naczyń. Samą obecność białka i globulin (w paral. progr.) nie jest wystarczająca.

Sicard i Raymond badali przejście rębci do płynu mózgowo-rdzeniowego i w rzeczy samej stwierdzili ją w jednym przypadku u robotnika, który przez czas dłuższy był zajęty przy wydobyciu soli rtęciowych. Livoni Bernard (1908) zastrzykiwali psom salicylan sodu i stwierdzali jego obecność w płynie mózgowo-rdzeniowym. Milian (1904) cytuje prace Nicloux (1900) o przepuszczalności alkoholu oraz Achara — Loepera o przechodzeniu soli kuchennej do tego płynu. O przepuszczalności wysoko mówią również Schottmueller i Schumm (u ssaków), jakkolwiek Vorkaestner i Neue pracę tę krytykują. Souques i Aynaud (1907) stwierdzili przepuszczalność dla acetonu. Casting i Crown (1908) oraz Hald (1911) dowiedli przejścia urotropiny do płynu mózgowo-rdzeniowego w postaci aldehydu kwasu mrówkowego. W 1912 r. Rotky badał zachowanie się jodu i uraniny i doszedł do wniosku, że jod nie przechodzi do płynu mózgowo-rdzeniowego, natomiast uranina przenika do niego. Rotky cytuje prace Jakscha, który stwierdził odporność płynu mózgowo-rdzeniowego w stosunku do soli rtęciowych, jodowych i

salicylowych. Kafka (1913) podawał uraninę przez usta i stwierdził słabe i późne jej przechodzenie do płynu mózgowo-rdzeniowego u ludzi normalnych. Pilokarpina nie zwiększała tej przepuszczalności. Lenz (1921) wstrzykiwał śródżylnie tripaflawinę i stwierdzał jej obecność w płynie mózgowo-rdzeniowym w dużym rozcieńczeniu. Bieling i Weichbrodt (1921) stwierdzili to samo w stosunku do eucupinum hydrobromicum (eukupina przechodzi w drobnej ilości). Rieger i Salomon (1923) stwierdzili przejście arsenaminu (zastrzykniętego dożylnie) do płynu mózgo.-rdzeniowego po upływie 1—2 godzin. Badania Cestana, Risera i Labordea (1923) wypadły ujemnie w stosunku do jodku potasu, azotanu sodowego i błękitu metylenowego. Podług Hoffa (1923) salwarsan nie przechodzi do płynu mózgowo-rdzeniowego, nawet po zastrzyknięciu wprost do układu naczyniowego (tętnicy lub żyły). Schoenfeld (1924) wykazał, że zarówno uranina, jak i eskulina szybko przechodzą do tego płynu. Ani Sézary — Barbé — Pomaret, ani też Jeanselme — Delalande — Terris (1924) nie zdołali wykryć bizmutu w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Najobszerniejsze prace ogłosili Stern i Gautier (1921 — 1923). Zastrzykiwali oni cały szereg substancyj bądź podskórnice, bądź dożylnie, bądź śródtrzewiowo. Okazało się, że natr. brom. przechodzi do płynu mózgowo-rdzeniowego, natr. jodatum nie przechodzi, natr. ferrocyanatum — nie przechodzi, natr. sulfocyanatum — przechodzi (wykrywa się zapomocą chlorku żelaza), ac. picricum — przechodzi, natr. picricum — bądź przechodzi, bądź nie, curare i adrenalina — nie przechodzą, natomiast morfina, santonina i atropina — przechodzą. Z barwników eozyina, fluoresceina i uranina nie przechodzą, zaś fiolet metylowy daje wynik sprzeczny.

Własne moje badania nad przepuszczalnością barjery ośrodkowej wykazały, że przechodzi do płynu mózgowo-rdzeniowego rodanek amonu, natomiast nie przechodzi rodanek potasu, następnie, z całego szeregu barwników zdołałem stwierdzić przepuszczalność nieznaczną dla czerwieni obojętnej, czerwieni kongo (?), chryzoidyny, uraniny (?). Prócz tego udało mi się ustalić przepuszczalność chromogenu fuksyny kwaśnej u królika normalnego, natomiast brak przepuszczalności tego barwnika u człowieka normalnego. Poniższa tablica uwiadcza przepuszczalność ośrodkowej barjery nerwowej w stanie normalnym w stosunku do rozmaitych substancyj.

(patrz tablica str. 213)

W powyższym szkicu podaliśmy fakty, ustalające przepuszczalność barjery w stanie normalnym organizmu.

Zachodzi dalsze pytanie: co wpływa na większą lub mniejszą przepuszczalność substancyj z krwiobiegu do płynu mózgowo-rdzeniowego? Przedewszystkiem należy pamiętać o tem, że związek pomiędzy przepuszczalnością błony (membrany) komórkowej, a podrażnieniem stanowi ogólne prawo biologiczne

¹⁾ cyt. p. Bielinga i Weichbrodta.

(H o e b e r). Zarówno w świecie roślinnym, jak i zwierzęcym stwierdza się w stanie normalnym brak przepuszczalności tej błony. Natomiast błona ta staje się przepuszczalną pod wpływem podrażnienia. H o e b e r przytacza doświadczenie T s c h a o t i n a nad jajami jeżowca. Badacz ten pogrążał te jaja w płynie słabo alkalicznym, zabarwionym czerwienią obojętną, która pod wpływem zasad staje się żółtą. Jaja pozostają czerwone. O ile jednak podzia-
łać na jeden punkt jaja promieniami pozafioletowe-

mi, punkt ten staje się żółty. A więc pod wpływem podrażnienia świetlnego dany punkt jaja przepuścił poprzez membranę alkalja. Na czem polega ta zmiana membrany? H o e b e r przypuszcza, że przyczyna polega na tem, że koloidy membrany, z natury swej wrażliwe na jony, stanowią właśnie ów punkt zaczepny dla spraw, związanych z omawianą przepuszczalnością. Koloidy te ulegają pewnym zmianom pod wpływem jonów, działających z zewnątrz.

PRZEPUSZCZALNOŚĆ OŚRODKOWEJ BARJERY NERWOWEJ W STANIE NORMALNYM

(= przejście substancyj z krwiobiegu do płynu mózgowo-rdzeniowego) u ludzi i zwierząt.

Jodek potasu	— (<i>Cavazzani, Sicard, Rotky, Cestan-Riser-Laborde</i>)	Mocznik	+ (<i>P. Monakow</i>)
Jodek sodu	— (<i>Stern-Gautier</i>)	Kwas moczowy	— (<i>P. Monakow</i>)
Bromek sodu	+ (<i>Stern-Gautier, Walter</i>)	Aglutyniny (tyfu sowe)	— (<i>Widal, Sicard</i>) + (<i>Zaloziecki, Weil, Gaertner, Starkenstein-Zitterbart</i>)
Eucupinum hydrobromicum	+ (<i>Bieling-Weichbrodt</i>)	Eozyna	— (<i>Flatau</i>)
Żelazocjanek sodu	— (<i>Stern-Gautier</i>)	Błękit metylowy	— (<i>Sicard, Cestan-Riser-Laborde, Flatau</i>)
Rodanek sodu	+ (<i>Stern-Gautier, Flatau</i>)	Fiolet metylowy	+ (<i>Stern-Gautier</i>) — (<i>Flatau</i>)
Rodanek amonu	+ (<i>Flatau</i>)	Aesculinum	+ (<i>Schönfeld</i>)
Rodanek potasu	— (<i>Flatau</i>)	Czerwień obojętna	+ (<i>Flatau</i>)
Pikrynian sodowy	— (<i>Stern-Gautier</i>)	Ponceau	— (<i>Flatau</i>)
Azotan sodowy	— (<i>Cestan-Riser-Laborde</i>)	Wezuwina	— (<i>Flatau</i>)
Chlorek sodu	+ (<i>Achard-Loeper</i>)	Błękit etylenowy	— (<i>Flatau</i>)
Salicylan sodu	+ (<i>Livon-Bernard</i>) (<i>Rotky</i>)	Zieleń metylowa	— (<i>Flatau</i>)
Kwas pikrynowy	+ (<i>Stern-Gautier</i>)	Indygokarmin	— (<i>Flatau</i>)
Rtęć	+ (<i>Raymond</i>)	Czerwień Kongo	+ (<i>Flatau</i>)
Bizmut	— (<i>Sézary-Barbet-Pomaret, Jeanselme-Delalande-Terris</i>)	Błękit Nilu	— (<i>Flatau</i>)
Arsenamin	+ (<i>Rieger-Salomon</i>)	Fuksyna kwaśna	+ (<i>Flatau</i>)
Salwarsan	— (<i>Hoff</i>)	Tionina	— (<i>Flatau</i>)
Alkohol	+ (<i>Nicloux</i>)	Chryzoidyna	+ (<i>Flatau</i>)
Urotropina	+ (<i>Crowe, Hald, Rotky</i>)	Trypaflawina	+ (<i>Lenz</i>) — (<i>Flatau</i>)
Morfina	+ (<i>Stern-Gautier</i>)	Auramina	— (<i>Flatau</i>)
Atropina	+ (<i>Stern-Gautier</i>)	Fenolsulfoftaleina	— (<i>Flatau</i>)
Santonina	+ (<i>Stern-Gautier</i>)	Błękit pruski koloidalny	— (<i>Flatau</i>)
Curare	— (<i>Stern-Gautier</i>)	Uranina	+ (<i>Rotky, Kafka, Schönfeld</i>) + (<i>Flatau</i>)
Adrenalina	— (<i>Stern-Gautier</i>)		

Oprócz tego prawa ogólnego, należy pamiętać również o prawie specjalnem, dotyczącem przepuszczalności membrany w stosunku do rozmaitych substancji chemicznych. Istnieje tutaj prawo biologiczne, polegające na tem, że ze wszystkich substancji dializujących najłatwiej przenikają poprzez błony substancje lotne, a więc chloroform, aceton, wysoki. W stosunku do soli prawo dializy układa się podług t. zw. szeregów liotropowych, a więc najłatwiej przenikają sole rodankowe, następnie jodowe, później — azotany, chlorki i siarczany (Langé). Z tworów patologicznych najłatwiej przenikają do płynu mózgowo-rdzeniowego aceton i mocznik, natomiast połączenia koloidalne nie przechodzą normalnie do tego płynu. Dopiero, o ile nastąpi zmiana owej membrany, przenikną przez nią nie tylko koloidy, lecz nawet elementy ciałkowate, jakkolwiek i tutaj będzie zachowane prawo szeregów liotropowych (hemoglobine, białko, globulina, fibrynogen, komórki) (Langé).

Na zmianę przepuszczalności ośrodkowej barjery nerwowej starano się wpływać zapomocą rozmaitych sposobów. Stosowano więc przedewszystkiem metodę mechaniczną, a mianowicie drenowanie. Dercum wypuszczał 25 — 40 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego i następnie wstrzykiwał dożylnie salwarsan, który miał przenikać w tych warunkach do płynu. Hoff (1923) przypuszczał nawet, że zapomocą tej metody można doprowadzić arsenik aż do n. wzrokowego. Stern i Gautier nie mogli się jednak przekonać o wpływie tej metody na większą przepuszczalność barjery nerwowej. Również do metod poniekąd mechanicznych można zaliczyć wycinanie nerek (Stern — Gautier). Castaigne przypuszczał, że w ten sposób należy tłumaczyć w uremji przejście błękitu metylenowego do płynu mózgowo-rdzeniowego.

Inną drogę obrali sobie ci badacze, którzy starali się oddziaływać na przepuszczalność membran za pomocą aparatu sympatycznego i parasympatycznego. W dziedzinie tej można wskazać na kilka prac, odnoszących się do ogólnych zagadnień przepuszczalności membran. Natomiast brak jest doświadczeń, któreby w sposób systematyczny starały się prześledzić wpływ środków sympatycznych i parasympatycznych na przepuszczalność ośrodkowej barjery nerwowej.

Ascher, Abelin i Scheinfinkel (1924) przecinali u kota po jednej stronie szyi nerw współczulny i badali ślinę, wydzielającą się z obydwu przewodów gruczołowych. Okazało się, że ilość śliny była jednakowa z obu stron, natomiast ilość chloru była po stronie operowanej o ½ mniejsza, niż po stronie zdrowej. A więc nerw współczulny wywiera wpływ wybitny na przepuszczalność komórek swoich i naczyń w stosunku do chlorków. Jamamoto (1925) przecinał nerw współczulny szyjny po jednej stronie i następnie wstrzykiwał indygo-karmiu do mięśni szyjnych, bądź z jednej, bądź z drugiej strony. Okazało się, że przy zastrzyknięciu do mięśni po stronie przeciętego nerwu barwnik szybciej przechodził do moczu.

Inne jednak doświadczenia przemawiały raczej za zmniejszoną przepuszczalnością. Haliburton i Dixon wywoływali jakby hipersekreję spłotów

naczyniastych za pomocą pilokarpiny. To samo stwierdzili François, Kafka i Schlaepfer. Si card natomiast wpływ ten negował. Jacobi i Magnus nie zauważyli wpływu hamującego atropiny na wydzielanie się płynu mózgowo-rdzeniowego, jak to twierdzili inni badacze. Należy tutaj zaznaczyć, że ta niepewność, która cechuje wpływ środków sympatycznych i autonomicznych, wpływa być może z dwoistego ich powinowactwa, na co wskazuje specjalnie Danielpolu (1925). Badacz ten mówi: „Les substances végétatives sont amphotropes“. Specjalnie co do atropiny D utrzymuje, że dawki małe pobudzają zarówno układ sympatyczny, jak i parasympatyczny (szczególniej jednak parasympatyczny), podczas gdy dawki duże paraliżują obydwie te grupy (również głównie układ parasympatyczny).

Jeżeli chodzi o prace nad wpływem substancji wegetatywnych na przepuszczalność barjery nerwowej, to znana jest praca Kafki z r. 1913, który twierdził, że pilokarpina nie zwiększa przepuszczalności uraniny w stosunku do płynu mózgowo-rdzeniowego. Niektórzy, jak Barbet, używali środków rozszerzających naczynia (azotynu amylogowego) w celu zwiększenia przepuszczalności nerwowej. Stern i Gautier negują wpływ tego środka na ośrodkową barjerę nerwową.

Inni badacze starali się wpływać na tę przepuszczalność nerwową zapomocą rozczynów hipertonicznych. Bruhno i Dietrich (1923) wstrzykiwali chorem dożylnie rozczyń hipertoniczny (10%) soli kuchennej i następnie wlewali salwarsan. Rezultat wypadł ujemnie. Również ujemnie wypadły próby, przedsięwzięte przez Jeanselmea, Delalandea i Terrisa, którzy wstrzykiwali 10% glukozę, następnie zaś preparaty bizmutowe. Bizmutu w płynie mózgowo-rdzeniowym nie wykryto.

W dziedzinie endokrynologii Frazier (1914) starał się wykazać wpływ wyciągu z tarczycy na spłoty naczyniaste. Heilig i Hoff (1924) wskazują na zwiększenie się przepuszczalności nerwowej w stosunku do uraniny w pierwszych trzech dniach menstruacyjnych.

Wreszcie starano się wpływać na zmianę przepuszczalności nerwowej za pomocą bakteryj i toksyn. Salin i Reilly (1913) wywoływali u psów, uodpornionych lasecznikami duru, aseptyczne zapalenie opon (zapomocą cjanku rtęci) i stwierdzili wtedy przejście aglutynin tyfusowym do płynu mózgowo-rdzeniowego. Bieling i Weichbrodt stwierdzili przejście aglutynin odmienia X₁₄ do Liquor cerebro spinalis u chorych na porażenie postępujące, lecz tylko wtedy, o ile udało się wywołać zapomocą recurrens ostre stany zapalne opon i naczyń mózgowych. Ci sami autorzy wywoływali (1925) doświadczalnie zapalenie opon meningokokowe i stwierdzali większą przepuszczalność w stosunku do przeciwciał i arsenobenzolu. Co do toksyn, to Stern i Gautier (1923) badali wpływ na ową przepuszczalność niektórych toksyn, jako to dyfterytycznych, tężcowych i gruźliczych. Jako testów używano żelazocjanku sodu oraz pikratów. Okazało się, że pod wpływem tych toksyn przepuszczalność barjery nerwowej się zmniejsza.

Wpływ toksyny gruźliczej jest przejściowy.

Stwierdza się go nie w pierwszym okresie po zastrzyknięciu, lecz w kilka godzin, kiedy ciepłota znacznie się podnosi (do 39,5°). Po 24 godzinach barjera staje się znowu normalną. A. Marie i Kohen (1923) wstrzykiwali chorym tuberkulinę, aby wpłynąć na przejście bizmutu ze krwi do płynu mózgowo-rdzeniowego. Wreszcie używano również barwników o właściwościach trujących (fioletu metylowego—Veneziani), gazów (tlenku węgla—Shiling-Singalewicz) i neosalwarsanu (Shiling-Singalewicz), aby chwilowo uszkodzić komórki spłotów naczyniastych i wywołać choćby przejściowo zwiększoną przepuszczalność barjery. Rezultat tych doświadczeń nie jest jeszcze ustalony. Tak np. ostatnio Smith-Dudley i Waddell (1924) nie stwierdzili, aby fiolet metylowy zwiększał przepuszczalność w stosunku do arszenaminy.

Na podstawie materiału obecnego nie ulega więc wątpliwości, że istnieje mocna barjera, której zadaniem jest chronić układ nerwowy od czynników zewnętrznych i możliwie nie przepuszczać substancji, krążących we krwi, do płynu mózgowo-rdzeniowego.

W wyraźnym przeciwieństwie do tego faktu znajduje się inny, polegający na tem, że substancje, wprowadzone do płynu, dostają się z łatwością do krwi i do moczu. Wykazał to Lewandowski (1900), który wprowadzał żelazocjanek sodu do płynu mózgowo-rdzeniowego i wykrywał go w moczu już po 15 — 35 minutach; następnie Dandy i Blackfan (1913), którzy wstrzykiwali do komór fenolsulfenofltaleinę i stwierdzali jej obecność w moczu już po upływie 10 — 12 minut. Ostatnio Stern i Gautier wykazali dla całego szeregu środków (żelazocjanek, salicylan sodu, adrenalina i in.), że nie istnieje barjera dla substancji, krążących w płynie mózgowo-rdzeniowym, w stosunku do krwiobiegu.

Następnym zagadnieniem, nad którym dość dużo pracowano, była sprawa przepuszczalności ośrodkowej barjery nerwowej w stanach patologicznych.

Z tablicy, którą poniżej umieszczamy, można się przekonać, że trudno jest ustalić, przy dzisiejszym stanie wiedzy, wzory przepuszczalności, któreby odpowiadały pewnym, ściśle określonym jednostkom chorobowym. Liczba prac odnośnych jest zbyt mała. W zasadzie jednak uważać należy za możliwe, że w przyszłości uda się wzory takie ustalić. I dzisiaj już uderzają w tablicy tej pewne fakty. Mianowicie badania nad przepuszczalnością nitratów (Mestrezat) wykazały, że azotany przechodzą w ilości wybitnie wzmoczonej poprzez barjerę nerwową w stanach zapalnych opon, nie przechodzą zaś w ilości wybitnie wzmoczonej w innych cierpieniach nerwowych, których sporą liczbę autor ten przytacza. Następnie okazało się, że fuksyna kwaśna przechodzi w postaci chromogenu prawie wyłącznie w zapaleniu opon gruźliczym i nagminnym (Flatau). Badania, prowadzone zapomocą metody bromowej Waltera, stwierdziły większą przepuszczalność w niektórych chorobach rdzenia (tabes, myelitis) i mózgu (tumor cerebri). Ilość cukru bywa zmniejszona w zapaleniu opon mózgowych, nato-

miast zwiększona w cierpieniu mózgu (encephalitis lethargica). Większą przepuszczalność jodu zauważono, jak dotąd, wyłącznie w sprawach zapalnych opon mózgowych (rezultat ten nie jest jednak pewny). Natomiast nie udało się nigdy stwierdzić przepuszczalności jodku potasu w schorzeniach istoty nerwowej. Salwarsan nie przechodzi na ogół do płynu mózgowo-rdzeniowego (tylko Hoff stwierdził przepuszczalność tego środka w ropniu mózgu i w zapaleniach opon). Salwarsan dzieli więc pod tym względem los rtęci i bizmutu. Badania nad przepuszczalnością aglutynin, izoaglutynin, hemolizyn, niweczników itd. są, jak dotąd, zbyt rozproszone, aby pozwoliły na wyciąganie wniosków pewnych i na ustalenie likworologicznych testów w stosunku do poszczególnych jednostek chorobowych.

(patrz tablica str. 215)

Badania własne.

W pracy swej o „Chromoneuroskopji“ zwróciłem uwagę na dwie próby, nadające się do badań nad przepuszczalnością ośrodkowej barjery nerwowej. Pierwsza z tych prób, zbliżona do próby Sternowej — Gautiera — Baatarda polega na zastrzykiwaniu dożylnem 1% rodanku amonu, przyczem po upływie pewnego czasu (u królika najlepiej po upływie 30'—35') dokonywa się przekłucia podpotylicznego i płyn mózgowo-rdzeniowy zbiera się do szalki porcelanowej, zawierającej 10% chlorek żelaza. Pod wpływem rodanku tworzy się w szalce osad brunatny. Metodę tę stosowałem wyłącznie u królików. Wlewanie dożylnie pewnej ilości rodanku amonu (powyżej 20 cm³) wywołuje napady, podobne do padaczkowych (drgawki toniczne, kloniczne, tężec tylny oraz maksymalne rozszerzenie źrenic). Metoda ta nadaje się więc do badania problemu padaczkowego. Próbę tę nazwałam rodankową próbą chromoneuroskopową.

Druga próba jest czysto barwnikowa i polega na wprowadzaniu do organizmu roztworu fuksyny kwaśnej (Fuksyna „S“). Na podstawie doświadczeń, zarówno na królikach, jak i na materiale ludzkim, doszedłem do wniosku, że najlepiej jest posługiwać się 5% roztworem kwaśnej fuksyny, przyczem u królików najstosowniejsze są iniekcje dożylnie (5 cm.³), u człowieka — śródmięśniowe (2,0 — 3,0 u dzieci, 5,0 u dorosłych). Jeżeli u królika normalnego dokonać po upływie 30 minut przekłucia podpotylicznego i zebrać płyn mózgowo-rdzeniowy do szalki porcelanowej, to płyn ten okaże się bezbarwny. Jeżeli jednak krople płynu wpuszczać do szalki, zawierającej roztwór kwasu solnego w 95% spirytusie (w stosunku 1:9), to otrzymamy słabe zabarwienie fioletowe. W przeciwstawieniu do tego płyn mózgowo-rdzeniowy człowieka normalnego nie daje tej reakcji barwnej z odczynnikiem. Natomiast otrzymuje się zabarwienie fioletowe, bardziej lub mniej intensywne, w tych cierpieniach nerwowych, w których występuje zwiększona przepuszczalność „ośrodkowej barjery nerwowej“. Okazało się, że próba ta, którą nazwałam fuksynową próbą chromoneuroskopową, wypada dodatnio u czło-

wieka prawie wyłącznie w stanach zapalnych opon mózgowo-rdzeniowych. Może więc ona oddawać usługę diagnostyczną. Co do czasu, który musi upłynąć pomiędzy iniekcją domięśniową fuksyny, a nakłuciem lędźwiowym u człowieka, to najwłaściwiej jest dokonać go w 2 godziny po zastrzyknięciu fuksyny. Próba ta, stosowana dotąd na 200 chorych, nie wywołała nigdy jakichkolwiek zaburzeń somatycznych¹⁾.

Intenzywność próby można określić bądź zapo-
mocą skali kolorymetrycznej (1:50.000—100.000 — 300.000 — 500.000), bądź też oznacza się ją, jako słabą, mocną i bardzo mocną.

W pracy niniejszej pragnąłbym zdać sprawę z doświadczeń własnych, dokonanych w tym kierunku na królikach.

Doświadczenia te rozpadają się na 8 grup, w których starałem się ustalić wpływ na przepuszczalność ośrodkowej barjery nerwowej: 1) środków nasennych, 2) substancji sympatyko-wagotonicznych, 3) hipertonicznych, 4) substancji gruczołowo-wewnątrzwydzielniczych, 5) jonów, 6) hipertermji, 7) gazów. Wreszcie w ósmej grupie doświadczeń wprowadzałem rozmaite substancje nie do krwi, lecz wprost do płynu mózgowo-rdzeniowego i starałem się ustalić ich wpływ na przepuszczalność. Jako wskaźnika tej przepuszczalności używałem własnej próby fuksynowej, następnie próby z rodankiem amonu i tylko w nieznacznej liczbie doświadczeń — próby bromowej W a l t e r a.

Przedewszystkiem należy podnieść wahania indywidualne poszczególnych królików w stosunku do prób powyższych. Dlatego też rezultat doświadczeń bywał częstokroć kontrolowany i sprawdzany. Chodziło mi o ustalenie faktów zgruba. W doświadczeniach tych zwracałem uwagę: 1) na wpływ rozmaitych czynników na przepuszczalność, zarówno chromogenu w próbie fuksynowej, jak i rodanku w próbie z rodankiem amonu i 2) na wpływ tychże czynników na pobudliwość mózgu, wyrażającą się (przy próbie rodankowo-amonowej) w występowaniu drgawek.

Co do techniki samych doświadczeń, to polegała ona na tem, że wszystkim królikom zastrzykiwano na godzinę przed właściwym eksperymentem morfinę. Następnie iniekowano (przeważnie do żyły usznej) dany środek (bądź narkotyk, bądź środek sympatyko lub wagotoniczny itd.), następnie po upływie pewnego okresu czasu wstrzykiwano dożylnie bądź fuksynę kwaśną (5 cm³ 5% roztworu), bądź 1% rodanek amonu (od 20 cm³ wzwyż), bądź bromek sodu (w stosunku 0,05 na 1 kilo wagi). Zwykle po upływie 30 minut dokonywano przekłucia podpotylicznego i krople zbierano, bądź do roztworu kwasu solnego w spirytusie, bądź do 10% chlorku żelaza.

Przy stosowaniu próby bromowej W a l t e r a pobierano surowicę krwi oraz płyn mózgowo-rdzeniowy, bądź po upływie 1, bądź 3 dób, podczas których podawano bromek.

1) E. Flatau. O chromoneuroskopowej próbie fuksynowej i o jej znaczeniu diagnostycznym w cierpieniach układu nerw. Wydawn. jubil. Bechterewa w Leningradzie 1926, oraz Kwartalnik Szpit. Starozak. 1926.

We wszystkich doświadczeniach badano jednocześnie płyn mózgowo-rdzeniowy na obecność pleocytozy i włóknika. W odpowiednich doświadczeniach ustalano rodzaj drgawek i czas w którym one występowały.

Rezultat doświadczeń własnych podany jest sumarycznie, bez przytaczania protokołów poszczególnych doświadczeń¹⁾.

I. Wpływ środków usypiających. Do doświadczeń użyto luminalu, bromu i wodnika chlorału. Luminal (0,2 — 0,3) stosowano w ciągu 1 lub 2 dni. Środek ten nie wywierał wpływu na przepuszczalność ani chromogenu fuksyny, ani rodanku. Obydwie te reakcje, dokonywane w 30 — 60 — 90 minut po zastrzyknięciu podskórnem luminalu, nie różniły się wyraźnie od normy. Ten sam wynik ujemny stwierdzano po zastrzykiwaniu dużych dawek bromu ((3,0 natr. brom.) i chlorału (1,0). Mózg królika, który padł w 5 godzin po zastrzyknięciu chlorału, nie wykazywał zabarwienia ani istoty nerwowej, ani splotów naczyniastych. Co do wpływu tych środków na występowanie drgawek (przy stosowaniu próby z rodankiem amonu), to luminal (0,2) niewątpliwie wstrzymywał drgawki. Bądź nie występowały one zupełnie, bądź też zjawiały się w postaci szczątkowej, nawet po zastrzyknięciu dużej ilości (do 70 cm³.) 1% rodanku amonu. Widać było słabe ruchy w mięśniach pyszczka, niekiedy krótkie, przejściowe drgnięcia ogólne lub lokalne, jednak nie dochodziło do wielkich napadów epileptycznych, tak charakterystycznych dla związków amonowych. (Oppler, Petrof, Hahn — Massen — Nencki — Pawlow, Carlson — Jacobson, Jelenkiewicz i in.). Jeszcze raz podkreślić należy, że, pomimo wybitnego zahamowania napadów epileptycznych, reakcja rodankowa w przypadkach tych nie różniła się od normalnej.

Również brom i chlorał wykazywały wpływ hamujący na powstawanie drgawek, przy użyciu próby z rodankiem amonu.

Ażeby się przekonać porównawczo, czy i inne środki, nie należące do grupy usypiających, okazują wpływ analogiczny na powstrzymanie drgawek, użyłem do doświadczeń 5% siarkanu magnezowego. Po zastrzyknięciu dożylnem tego środka (5,0) oraz zastosowaniu próby z rodankiem amonu (60,0 — 70,0) doszło do bardzo silnego napadu epileptycznego.

II. Wpływ środków sympatyko-wagotonicznych. W licznych doświadczeniach odnośnych starałem się prześledzić głównie działanie atropiny i tylko u nielicznych zwierząt stosowałem adrenalinę, pilokarpinę i ezerinę. Działania ergotaminy i histaminy nie studiowałem. W badaniach nad atropiną zwracałem uwagę na większą lub mniejszą przepuszczalność barjery nerwowej w stosunku do próby fuksynowej i rodanku amonu.

Prócz tego notowałem wpływ tego środka na powstawanie drgawek u zwierząt, które uprzednio otrzymały rodanek amonu.

1) Do doświadczeń używano królików dużych (od 2 do 3 i pół kilo).

Doświadczenia z próbą fuksynową polegały na tem, że królikowi podawano w godzinę po morfinie atropinę (przeważnie dożylnie, prócz tego podskórnie i do żołądka). Injekowano przeważnie 1,0 — 4% roztworu atropiny. W ½ do 1 godziny po atropinie wstrzykiwano dożylnie 5,0 5% fuksyny kwaśnej; przeważnie po upływie 35 minut dokonywano przekucia podpotylicznego i badano płyn mózgowo-rdzeniowy zapomocą odczynnika kwasu solnego ze spirytusem. W niektórych doświadczeniach stosowano wlewanie atropiny prawie codziennie przez 1 do 3 tygodni. W innych znowu podnoszono dawkę atropiny do 4,0, a nawet do 10,0 roztworu 4%. Okazało się, że królik (2 — 3 kilogramy) znosi te olbrzymie dawki (do 0,4 atropiny), o ile pomiędzy poszczególnymi jednogramowymi dawkami robić 2 — 5 — 6 minutowe przerwy. Stwierdziliśmy, że przy stosowaniu dawek atropiny względnie mniejszych (1,0) próba fuksynowa wypadła słabo, lecz wyraźnie. Również przy stosowaniu dawek olbrzymich atropiny (4,0 — 10,0) próba wypadła zawsze dodatnio, jakkolwiek była ona bardzo słaba. (Częstokroć przy pierwszych 4 — 5 kroplach była ujemna i dopiero po 14 — 18 kroplach zjawiało się słabe zabarwienie fioletowe). Braku zabarwienia nie stwierdzono nigdy. Nawet po trzytygodniowym, codziennym wlewaniu atropiny próba fuksynowa wypadła dodatnio. W jednym z doświadczeń zastrzyknięto z początku fuksynę i później dopiero atropinę. I tutaj próba wypadła dodatnio.

W doświadczeniach tych zastosowaliśmy również próbę bromową Waltera, oznaczającą stosunek bromu we krwi do tegoż w płynie mózgowo-rdzeniowym. Walter określił dla człowieka stosunek ten (t. zw. Permeabilitäts Quotient, czyli PQ), jako równający się 2,9 do 3,3. Otóż z królika normalnego liczba ta ulega jeszcze większym wahaniam, aniżeli u człowieka. Okazało się, że o ile królikowej zastrzyknąć dożylnie bromek sodu (w ilości 0,5 na kilo wagi), pobrać surowicę oraz płyn mózgowo-rdzeniowy po upływie 24 godzin, to PQ waha się pomiędzy 1,83 a 2,9. Również przy podawaniu bromu przez 3 dni z rzędu PQ wynosił u jednego królika 1,84, u drugiego zaś 2,28. Te wielkie wahania utrudniają poniekąd możliwość wyciągania wniosków z tej metody w warunkach patologicznych. Pomimo to zastosowaliśmy metodę tę w doświadczeniach z atropiną. Naogół liczby były dość wysokie. U trzech królików, którym zastrzyknięto duże ilości atropiny (6,0 — 4% roztworu) jednorazowo (z przerwami 1 — 2 minutowymi) do żyły, po 2 godzinach podano bromek sodu, zaś po 24 godzinach pobrano surowicę i płyn mózgowo-rdzeniowy, PQ wynosił: 2, 2 — 2, 6 — 2,65. Czwartemu królikowi zastrzykiwano 4% atropinę przez 4 dni z rzędu (po 2,0) i dopiero czwartego dnia podano bromek, zaś po 24 godzinach pobrano krew i płyn: PQ wynosił 3,0.

Na podstawie tych doświadczeń doszliśmy do wniosku, że atropina, podawana nawet w olbrzymiej ilości, nie jest w stanie powstrzymać doszczętnie przejścia chromogenu fuksynowego poprzez barjerę nerwową do płynu mózgowo-rdzeniowego. Nie jest jednak wyłączone, że następuje tutaj niejako zahamowanie reakcji. Fakt ten może posiadać pewne znaczenie w kierunku oceniania wpływu atropiny na występowanie drgawek epileptycznych.

W doświadczeniach analogicznych z atropiną i rodankiem amonu okazało się również, że przy zastrzyknięciu atropiny bądź podskórnie, bądź dożylnie na ½ — 1½ godziny przed injekcją dożylną rodanku amonu nie osiąga się nigdy zniesienia doszczętnego reakcji. Płyn mózgowo-rdzeniowy, zbierany do szalki z chlorkiem żelaza, daje zawsze osad brunatny. Odczyn ten wypada przeważnie bardzo słabo, nie jest więc wyłączony, że i tutaj atropina hamuje reakcję. Ten sam rezultat występuje przy prawie codziennym wstrzykiwaniu atropiny w ciągu 1 — 3 tygodni oraz następczem wprowadzeniu dokrewnem rodanku amonu. Wprowadzenie olbrzymiej ilości atropiny (na jednym posiedzeniu 4,0 — 6,0 — 4% roztworu) nie znosi reakcji zupełnie. W jednym z doświadczeń dokonano injekcyj w kierunku odwrotnym, a mianowicie wprowadzono nasamprzód rodanek amonu i dopiero następczo zastrzyknięto do tej samej żyły atropinę. Okazało się, że i przy odwróconym porządku eksperymentu reakcja rodankowa wystąpiła wyraźnie, a nawet wypadła mocno. Nawiasem mówiąc, reakcja rodankowa płynu mózgowo-rdzeniowego (z chlorkiem żelaza) utrzymuje się bardzo długo, niezależnie od tego, czy zwierzętom danym zastrzyknięto atropinę, lub też tego nie uczyniono. Reakcję dodatnią można stwierdzić nawet w 3 i 4 dni po injekcji rodanku. Przy stosowaniu tej to próby rodankowo-amonowej, która normalnie pozwala nam prześledzić zarówno przepuszczalność barjery (rodanek), jak i występowanie drgawek (amon), interesowało nas pytanie, czy uda się zapomocą atropiny zahamować, lub zgoła wstrzymać te drgawki. Przedewszystkiem należy jeszcze raz podkreślić, że jakkolwiek dawki 1% rodanku amonu, podawane śródżylnie, wywołują u królika napady drgawek, to zauważyć się tutaj dają duże wahania indywidualne. Tak np. u królika kontrolującego (Nr. 116) po zastrzyknięciu dożylnem 35 cm.³ 1% roztworu rodanku amonu wystąpił tylko niepokój. W 5' później injekowano dalej 10 cm.³ rodanku amonu — spostrzeżono krótkie toniczne ruchy wyprostne. Dodano jeszcze 5 cm.³ rodanku amonu, i wtedy zjawily się wybitne drgawki toniczne + kloniczne + tęzec tyłny. U innych królików drgawki występują już przy dawkach mniejszych.

W tych doświadczeniach, w których uprzednio podawano atropinę i dopiero następczo rodanek amonu, rezultat nie był jednolity. W doświadczeniach odnośnych stosowałem dawki bardzo duże (od 4,0 do 10,0 4% atropiny, przeważnie dożylnie z przerwami 2 — 6 minutowymi, po każdym 1,0 atropiny). U niektórych zwierząt drgawki wogóle nie występowały, jakkolwiek wskutek wielkiej ilości zarówno atropiny, jak i rodanku amonu królik padał w ½ do 4 dni po injekcji. Dla przykładu wskażę na królika Nr. 118. Zastrzyknięto mu dożylnie 4,0 atropiny (4%). W 45 minut później — injekcja 35,0 rodanku amonu (1%): brak objawów. W 7' później injekcja 35,0 rodanku amonu:

W tych doświadczeniach, w których uprzednio podawano atropinę i dopiero następczo rodanek amonu, rezultat nie był jednolity. W doświadczeniach odnośnych stosowałem dawki bardzo duże (od 4,0 do 10,0 4% atropiny, przeważnie dożylnie z przerwami 2 — 6 minutowymi, po każdym 1,0 atropiny). U niektórych zwierząt drgawki wogóle nie występowały, jakkolwiek wskutek wielkiej ilości zarówno atropiny, jak i rodanku amonu królik padał w ½ do 4 dni po injekcji. Dla przykładu wskażę na królika Nr. 118. Zastrzyknięto mu dożylnie 4,0 atropiny (4%). W 45 minut później — injekcja 35,0 rodanku amonu (1%): brak objawów. W 7' później injekcja 35,0 rodanku amonu:

brak objawów. Po 13' dalszą iniekcją 35,0 rodanku amonu: brak objawów. A więc pomimo wstrzyknięcia olbrzymiej ilości (105,0) rodanku amonu drgawki nie wystąpiły. Ten rezultat, który w sposób tak naoczny uplastyczył w tym przypadku wpływ atropiny na zahamowanie drgawek, nie był jednak identyczny w innych doświadczeniach. Tak np. u królika Nr. 91 zastrzyknięto z przerwami 10,0 atropiny (4%). W 30 minut później — iniekcja dożylna 35,0 rodanku amonu: brak objawów, po 5' iniekcja dalszych 35,0 rodanku: brak objawów; po 15' wprowadzenie dożylnie 25,0 rodanku: występuje duży niepokój u zwierzęcia, który przechodzi po zastrzyknięciu jeszcze 5,0 rodanku w napad silnych i kilkakrotnych drgawek (królik padł po upływie 5 godzin). W tym więc przypadku atropina zahamowała wprawdzie występowanie drgawek, lecz nie uchroniła od nich zwierzęcia. Drgawki wystąpiły dopiero po iniekcji 100,0 rodanku amonu, lecz rezultat nie był tutaj tak jaskrawy, jak u królika Nr. 118, któremu zastrzyknięto mniejszą ilość atropiny (4,0), a drgawki nie wystąpiły zupełnie. W innych doświadczeniach wpływ atropiny był jeszcze słabszy: pomimo dawki olbrzymiej (10,0 — 4%) drgania zarówno toniczne, jak i kloniczne, wraz z tężcem tylnym i maksymalnym rozszerzeniem źrenic występowały już po zastrzyknięciu dożylnym 35,0 — 55,0 rodanku amonu.

Pomimo tych zastrzeżeń i pomimo wahań indywidualnych, niepodobna oprzeć się wrażeniu, że u niektórych królików atropina hamuje albo nawet wstrzymuje drgawki, po zastrzyknięciu tak olbrzymiej ilości rodanku amonu, która u zwierząt normalnych wywołuje zawsze napad. Za tem przemawiały również te doświadczenia, w których dopiero w 24 lub 48 godzin po iniekcji atropiny wprowadzano dożylnie rodanek amonu. Otóż u tych zwierząt wpływ atropiny już nie był wyraźny: silne napady drgawek występowały już po iniekcji 40,0 — 45,0 rodanku amonu.

Większość dokonanych doświadczeń tej grupy dotyczyła działania atropiny. Natomiast u nielicznych tylko zwierząt studjowałem wpływ innych środków sympatyko-wagotonicznych, jako to adrenaliny, pilokarpiny i ezeryny. Naogół nie spostrzegalem wpływu wyraźnego tych substancji na występowanie bądź próby fuksynowej, bądź rodankowej.

III. Wpływ środków hipertonicznych.

W grupie tej stosowałem środki zwykle używane, a mianowicie 10% glukozę. Środek ten podawano przez kilka dni z rzędu i następnie wprowadzano bądź fuksynę, bądź rodanek amonu. Wynik reakcji nie uchylał się wyraźnie do normy.

IV. Wpływ gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

Stosowano tutaj wyciągi z tarczycy, przysadki i nasady mózgowej. Substancje wprowadzano za pomocą zgłębnika do żołądka, lub też zastrzykiwano pod skórę (epiglandol). Tyreooidynę stosowano podług metody Simchowicza, aż do wyraźnego wypadania włosów. I w tej grupie nie zdołałem

spoznać wpływu wyraźnego na rezultat próby fuksynowej lub rodankowej.

V. Wpływ jonów.

Wprowadzano bądź podskórnie, bądź dożylnie sole potasu, jodu, wapnia i magnezu. Wpływu na reakcję rodankową nie spostrzegałem.

VI. Wpływ hipertermji.

W doświadczeniach tych stosowałem następujące metody:

1) Króliki, którym uprzednio zastrzykiwano dożylnie fuksynę, układano w termostacie, w którym t° doprowadzano do 50—65—99° C. Przy temperaturze zwierzęcia = 42 — 43° C. dokonywano przekłucia podpolitycznego i płyn badano na reakcję fuksynową.

2) Zwierzętom iniekowano **Natr. Nucleicum** (0,5 — 1,5 — 10%) podskórnie w ciągu prawie 2 tygodni. T° zwierzęcia dochodziła do 40°, a nawet do 41,6° C.

3) Królikom zastrzykiwano podskórnie tuberkulinę (1:100.000 — 1:1.000 po 0,5 — 1,0 w ciągu prawie 2 tygodni). T° zwierzęcia wahała się między 38° a 40° C.

We wszystkich tych próbach reakcje fuksynowa i rodankowa wypadały dodatnio. Nadmienić wypada, że u zwierząt, pozostawionych w termostacie aż do dojścia ciepłoty ciała do 42° — 43° C, płyn mózgowo-rdzeniowy wypływał powoli i było go przeważnie mało.

VII. Wpływ gazów.

Doświadczeń dokonywano wyłącznie z tlenkiem węgla. Królika, po zastrzyknięciu fuksyny lub rodanku amonu, układano w skrzyni z CO. Co 1 — 2 minuty wnoszono zwierzę ze skrzyni, pozostawiano na powietrzu przez 5 — 20 sekund i ponownie wprowadzano do skrzyni z CO. Po upływie 10 — 20 minut występowała prostracja ogólna i wtedy dokonywano nakłucia podpotylicznego. Reakcja płynu była słaba, lecz nie różniła się wybitnie od normalnej.

VIII. Wpływ rozmaitych substancji, wprowadzonych do przestrzeni podpajęczynówkowej.

W pierwszych siedmiu grupach doświadczeń miano na myśli ustalenie wpływu rozmaitych środków, wprowadzonych do krwi na przepuszczalność osrodkowej barjery nerwowej. Zachodziło jednak pytanie, czy w tej, tak ważnej dla patologji sprawie, nie udałoby się wpłynąć na barjerę w kierunku odwrotnym, t. j. od strony płynu mózgowo-rdzeniowego. W doświadczeniach tych wprowadzałem u królików do przestrzeni podpajęczynówkowej za pomocą przekłucia podpotylicznego wodę destylowaną, roztwór fizjologiczny soli, powietrze, chlor, arsenowódór, roztwory cukru, surowicę końską, buljon pneumokokowy i roztwory azotanu srebra.

Wodę destylowaną (0,5), płyn fizjologiczny soli (0,5), powietrze (1,0) wprowadzano podpotylicznie do płynu mózgowo-rdzeniowego, następnie wlewano dożylnie (natychmiast lub po upływie ½ godziny) fuksynę i badano reakcję. Wypadała ona słabo, jak u zwierząt normalnych.

Inaczej wpływał chlor. Gaz ten, przyrządzany ad hoc za pomocą oddziaływania kwasu solnego na nadmanganian potasowy. Chlor, wprowadzony w

ilości 0,5—1,0 nie wywoływał u królika żadnych objawów. W 35 minut później wstrzykiwano dożylnie fuksynę i po dalszych 30 minutach badano reakcję chromoneuroskopową płynu mózgowo-rdzeniowego. Była ona wybitnie wzmożona. W 3 dni później reakcja wypadła już słabiej.

Również po wprowadzeniu podpotylicznym arsenowodoru (1,0) otrzymywanego *ex tempore* (cynk — kwas siarkowy — sól arsenowa), reakcja fuksynowa była po 35 minutach wybitna. Dnia następnego reakcja ta (po ponownym wlewniu fuksyny do żyły usznej) była również wzmożona (przy nieznacznej pleocytozie). W trzy dni później reakcja była już słabsza, zaś płyn pleocytozy nie wykazywał.

Z cukrem dokonałem całego szeregu doświadczeń, używając do wlewań podpotylicznych bądź sacharozy, bądź glukozy. Brano roztwory słabe (5%) lub bardzo mocne (100% i 150%). Wlewano podpotylicznie 0,2 tych roztworów, następnie iniekowano do żyły usznej fuksynę i badano płyn mózgowo-rdzeniowy po upływie 1 do 50 dni (przyczem każdorazowo powtarzano iniekację dożylną fuksyny).

Okazało się, że wprowadzenie podpotyliczne słabego (5%) roztworu cukru wpływa nieznacznie i tylko na krótko na płyn mózgowo-rdzeniowy. W 24 godz. po wlewniu 5% roztworu cukru pleocytoza wynosiła 275 — 520 białych ciałek krwi w 1 mm³, zaś próba fuksynowa była nieco mocniejsza, niż zwykle. Już w 3 dni po iniekacji próba fuksynowa wypadła normalnie i pozostawała taką (przy braku pleocytozy) w ciągu 50 dni. W jednym tylko przypadku stwierdzono w 15 dni po iniekacji wybitnie wzmożoną reakcję fuksynową, przy zupełnym braku pleocytozy.

Po iniekacji podpotylicznej mocnych (100%, 150%) roztworów cukru pleocytoza bywała dnia następnego bardzo duża (do 3000, a w jednym przypadku nawet do 25,600 neutrofilów w 1 m. m.³), zaś próba fuksynowa wypadła również nader mocno (+++). Niekiedy reakcja fuksynowa bywała bardzo mocna po upływie 7 dni, zaś w 2 przypadkach nawet po upływie 37 i 42 dni. Pleocytoza malała szybko. U królika Nr. 143 wynosiła ona w 24 godziny po wlewniu podpotylicznym 0,2 — 150% sacharozy 3,000 neutrofilów, zaś w 48 godzin pleocytoza ta spadła do 160, przy utrzymanej, bardzo mocnej reakcji fuksynowej. Naogół jednak i w tych doświadczeniach płyn dość szybko wracał do stanu normalnego.

Po wlewaniu do przestrzeni podpajęczynówkowej azotanu srebra (0,5 roztworu 1:3000) reakcja fuksynowa wypadła bardzo intensywnie.

Surowica końska nie wpływała natychmiast na wzmożenie reakcji; natomiast dnia następnego zarówno reakcja fuksynowa, jak i rodankowa były wybitne.

Bardzo wyraźnie w kierunku wzmożenia reakcji fuksynowej wpływał buljon pneumokokowy. Wprowadzony do przestrzeni podpajęczynówkowej u królika (0,2 roztworu 1:100.000) wywoływał dnia następnego wybitny tętec tylny wraz z parą tylnych kończyn. Płyn mózgowo-rdzeniowy był ropny, reakcja fuksynowa (w godzinę po iniekacji podskórnej) bardzo mocna.

I w tej grupie doświadczeń stosowałem u

trzech królików metodę bromową Waltera. U jednego z królików zastrzyknąłem podpotylicznie 0,5 chloru. Po 24 godzinach podano bromek sodu (dożylnie), zaś po następnych 24 godzinach wzięto do badania krew i płyn mózgowo-rdzeniowy. PQ wynosił 1,5. W drugim doświadczeniu wprowadzono arsenowodór (0,5) podpotylicznie, iniekowano dożylnie brom i określono PQ po 24 godzinach (PQ = 2,76 przy istniejącej pleocytozie w płynie = 700 ciałek w 1 mm.³). Wreszcie trzeciemu królikowi wstrzyknięto podpotylicznie 0,2 buljonu pneumokokowego (1:100.000). U królika tego PQ wynosił na 19 dni przed wlewniem buljonu 2,24. Po wlewniu buljonu, iniekacji bromu i pobraniu płynu mózgowo-rdzeniowego (po 24 godzinach) PQ wynosił 1,77. W doświadczeniach tych przepuszczalność po wprowadzeniu podpajęczynówkowym chloru i buljonu pneumokokowego wybitnie się zwiększyła. Najbardziej przekonujące jest ostatnie doświadczenie, w którym PQ w stanie normalnym wynosił 2,24, zaś po wlewniu buljonu pneumokokowego — 1,77.

Zarówno w pracy dawniejszej o chromoneuroskopji, jak i w obecnej chodziło mi o możliwość ustalenia na drodze doświadczalnej wpływu, wywieranego na przepuszczalność ośrodkowej barjery nerwowej. Starałem się ujawnić ten wpływ, wprowadzając rozmaite substancje, bądź do krwi, t. j. na zewnątrz od tej barjery, bądź też wprost do płynu mózgowo-rdzeniowego, a więc na wewnątrz od barjery. Doświadczenia powyższe wykazują, że jest rzeczą możliwą ustalenie zapomocą powyższej metody łatwiejsze lub trudniejsze przenikanie substancyj poprzez barjerę nerwową do płynu mózgowo-rdzeniowego. Zarówno dla patologji padaczki, jak i rozmaitych innych cierpień nerwowych lub psychicznych ta droga eksperymentu może się okazać pożyteczną.

Piśmiennictwo.

- Asher, Abelin u. Schinfinkel: Abhäng. d. Gewebsform. von der symp. Innerv. Klin. Woch. 1924 Nr. 20. Berger: Zur Innerv. d. pia u. Gehirngef. Arch. f. Psych. 1924 Bd. 70. Bickel: Le liquide céphal. rach. dans la mén. tbc. Schweizer Arch. f. Neur. u. Psych., 1923, T. 12. Bieling u. Weichbrodt: Deutsche med. Woch. 1925; Nr. 14. Archiv. f. Psych. 1926 Bd. 65. Bigwood: L'équilibre physico-chim. du sang dans l'épil. Ann. de med. 1924. T. 15. Bruhno u. Dietrich: Deutsche med. Woch. 1923, Nr. 33. A. u. E. Cavazzini. Ueber die Circul. der Cer. sp. fl. Cbl. f. Physiol. 1892 T. 6. Cestan, Riser, Laborde: Ann. de med. 1923, T. 13; Rev. neurolog. 1924, T. 1. Cestan, Riser, Péres: Physiopath. des ventric. cer. Ann. de med. 1924, T. 15. Dahlström u. Wideröe: Studien über Liquor u. dessen Kommunik. bei Syphil. Erkr. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych. 1921, T. 72. Dandya. Blackfan: An exper. a. clin. study of int. hydrocephaly. Journal of Amer. med. Assoc. 1913, Vol. 61, Nr. 25; 1914, Vol. 63, Nr. 26. Flatau: Chromoneuroskopja. Warsz. Czasopismo Lek. 1925, Nr. 4. Rev. neurol. 1926, Nr. 1. Frazier: The cer. spin fluid as a problem of intracran. surgery. Journ. of Amer. med. assoc., 1924, Vol. 63, 4. Garrelin, Santenoise et Tinel: Va. gosympathique, anaphylaxia et intoxication. Presse Médicale, 1923. Goldmann. Experim. Unters. über die Funktion des plex. chor. u. d. Hirnhäute. Arch. f. klin. Chir. 1913, Bd. 101; Centralbl. f. ges. Neur. 1925, Bd. 42, p. 335. Abhandl. d. preuss. Akad. d. Wiss. 1913. Hauptmann: Der Weg über den Liquor. Centralbl. f. ges.

Neur. u. Psych. 1925, Bd. 41, p. 711. E. Herman i W. Halberóna: Bad. nad obec. izoaglutynin w płynie m. rdz., Medyc. Dośw. 1923, T. IV; Sur les isoaglutinines et la sedim. des glob. rouges dans le liquide céph. rach. C. r. de la Soc. de Biol. 1924, T. 91; p. 959. Heiling u. Hoff: Menstr. u. Liquor — Klin. Woch. 1924, Nr. 45. Höber: Erregung u. Lähmung der physikalisch — chem. Vorgänge. — Klin. Woch. 1925 Nr. 28. Hoff: Exper. Unter. über d. Eindringen des Salv. in C. n. s. — Jahrb. f. Ps. u. Neur. 1923, Bd. 42. Jamamoto: Einfluss d. Symp. Inner? auf Perm. d. Gef. — Biochem. Zeitung, Bd. 145 (Ref. Deutsche Zeitschr. f. Nerv. 1925, Bd. 84, p. 377). Jeanselme, Delalande, Terris: Le bismuth passe-t-il dans le liquide c. rach. Presse Médicale, 1924, Nr. 23. Jervell: Ein Beitrag zur Meningitisdiagnose. Acta med. scandin. 1924, Suppl. T. 7 (Ref. Cbl. f. ges. N. u. Ps. 1925, Bd. 40, p. 188). Kafka: Zur Frage d. Perm. d. Menin. — Medicin. Klinik 1910, 2; Zeitsche. f. ges. N. u. Ps. 1912, Bd. 13. Koelichen: O drogach chłonnych ukł. nerw. Prace z prac. neurobiolog. przy Tow. Nauk Warsz. 1919, T. II; Lange: Lumbalpunktion und Liquordiagnostik. — Krau u. Brugsch. Cpec. Path. u. Ther. inn. Krankh. 1923, Bd. II, Th. III. Lewandowsky: Zur Lehre von der Cer. spin. flüss. — Zeitschr. f. Klin. Med. 1900, Bd. 40. Mackiewicz: O znac. klin. badania płynu móz. rdz. — Warsz. Czasop. Lek. 1924, Nr. 9 — 10. Mader u. Saenger. Experim. Liquor. studien im Säuglingsalter. — Klin. Woch. 1925 Nr. 5. Mestrezat: Le liquide céph. rachidien. 1912. Milian: Le liquide céph. rach. Paros 1904. P. Monakow: Uraemie u. plex. chor. — Schweiz. Arch. f. N. u. Psych. 1923, Bd. 13. Mott: The cer. spin. fluid. — Lancet 1910, 2 July. Meyers: Effect of dyes on the penetr. of arsenic into the central nerv. syst. (Ref. Centralbl. f. ges. Neur. u. Psych. 1925, Bd. 42, p. 162, Orefici: Ueber den Uebergang des Broms u. Jods in die cer. spin. Flüss. Jahrb. f. Kinderheilk. 1902, Bd. 55. Redlich, Pötzl u. Hess: Untersuch. über. d. Verh. des Liqor cer. spin. bei. Epil. Zeitschr. f. ges. N. u. Ps. 1910, Bd. 2. Rieger et Salomon: Circul. de l'arsenic dans le liquide céph. rach. — Ref. Rev. Neur. 1923, Nr. 4, p. 427. Rotky: Unters. über Durchläss. d. Men. f. chem. Stoffe. — Zeitschr. f. klin. Med. 1912, Bd. 75. Salomon, Thompson a. Pfeiffer: Circul. of Phenolsulphonaphtalein in the cer. spin. system. — The Journ. of Amer. med. Assoc. 1922, vol. 79; Annales de Médec. 1923, T. 13. Shilling. Singalewicz: Bad. dośw. nad zachow. się splotu naczyńnio móz. i płynu móz. rdz. pod wpływem zatruc. ostrych. — Medyc. dośw. 1923 t. Schenlfeld: Unters. an Lebenden über Wechselbezieh. zw. Blut u. Liquor. Medicin. Klin. 1924, Nr. 4. Sézary, Barbé, Pomaret: Recherches sur le passage du bismuth dans le liquide céph. rach. — Presse méd. 1924, Nr. 24. Sicard: Liquide céph. rach. — 1902, Paris; Sem. med. 1902, p. 433. Smith, Dudley, Waddell: On the incr. of permeab. of chor. plex. to arsphenamine Amer. Journ. of syphilis 1924 (Ref. Chl. f. N. u. Ps. 1925: Bd. 40, p. 193). Stern, Gautier: Recherches sur le liquide céph. rach. — Arch. internat. de physiol. 1921, vol. 17, 1923, vol. 20, 1922, vol. 17; Schweiz. Arch. f. Neur. u. Ps. 1923, vol. 13. Walter: Uraemie u. Permeabilität der Meningen. — Münch. med. Woch. 1925 nr. 2; Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych. 1925, Bd. 88, H. 3/ Weigfeld: Studien zur Physiol. u. Path. des Liquor cer. spin. 1923. Weil u. Kafka: Ueber die Durchgängigkeit der Men. bei Par. progr. — Wien. Klin. Woch. 1911, Nr. 10. Widal, Sicard, Monod: De la perméab. de la membr. arachn. pie-mère en cas de mén. tbc. — de Biol. 190, 3 Nov. Wiechmann: Ueber die Perm. d. Plex. u. Men. für Traubenzucker. — Zeitschr. f. exper. Med. 1925, Bd. 44. Wuellenweber: Ueber Funkt. des plex. chor. u. Entstehung des hydroc. int. Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych. 1924, Bd. 88. Zylberlast-Zand: O znaczeniu ochronnem opony i splotów naczyn. Le rôle protecteur de la pie-mère et des plex. chor. — Medyc. Dośw. 1924 i Rev. Neurol. 1924.

Z 1-go Oddziału wewnętrznego Szp. Wolskiego w Warszawie.

(Ordynator: Dr. A. LANDAU).

W sprawie leczenia jodem choroby Basedowa *).

Podał

Anastazy LANDAU (Warszawa).

Sz. Panie i Panowie! By dokładnie zdać sobie sprawę z przypadku choroby Basedowa, który zaraz Sz. Państwu zademonstruję, muszę opatrzyć go obszerniejszym komentarzem, w którym wypadnie mi poruszyć w całości kwestję stosunku jodu do gruźlicy tarczowej i jego schorzeń. Sprawa ta w ostatnich latach zyskała znacznie na żywotności, albowiem uległa całkiem nieoczekiwanym przeobrażeniom. Zacznę swoje przemówienie od przytoczenia suchego faktu, jakim jest spostrzeżenie kliniczne, a wytłumaczenie tego faktu Sz. Państwo znajdziecie w komentarzu, który nastąpi po pokazie chorego.

Chory lat 33, z zawodu ślusarz, przybył na oddział 20.XI.1925 r.; zawsze był nerwowy, miał od czasu do czasu niczem niewytłumaczone biegunki, jak również bicie serca, do ostatniego jednak czasu pracował, nie przerywając zajęcia; jedynie w roku 1920 leżał przez dwa miesiące skutkiem tyfusu powrotnego z trzema nawrotami choroby. W lutym r. 1925 miał zajście uliczne i, będąc napadniętym przez dwu osobników, został uderzony w lewy bok z bolesnym wygórowaniem jednego żebra, które trwały około 2-tygodni. Wkrótce po tem zajściu choremu zaczęły silnie dokuczać bicie serca i drżenie całego ciała, wystąpiły znaczne zdenerwowanie ogólne i bezsenność. Lekarz Kasy Chorych, do którego zwrócił się pacjent, stwierdził u niego powiększenie gruczołu tarczowego, skutkiem czego pacjent został skierowany do szpitala Przemienienia Pańskiego, gdzie przeleżał 12 dni, a wkrótce potem do szpitala na Złotej, gdzie przeleżał miesiąc. Pobyt w szpitalu każdorazowo dawał poprawę, która jednak była bardzo krótkotrwałą. Po miesięcznym pobycie w domu pacjent dostał się znów do szpitala Dz. Jezus, gdzie podczas 16-dniowego pobytu dokonano 3-ch naświetlań leczniczych gruczołu tarczowego za pomocą promieni X (w sierpniu 1925). We wrześniu i na początku listopada dokonano jeszcze 2-ch serj naświetlań rentgenowskich, ostatnio już bez wielkiego pożytku. Skargi chorego w parę tygodni po ostatniej serji rentgenowskiej w chwili przybycia na oddział były nast.: osłabienie ogólne, silne bicie serca, nieraz połączone z uczuciem niemiarkowości, obfite poty i pragnienie, nieraz częstomocz, wybitne zdenerwowanie i bezsenność, stolec przeważnie wolny, nieraz do 4 — 5 razy na dobę. Od początku choroby stracił 12 kilo. Inne dane anamnestyczne — bez znaczenia.

Stan obecny. Chory dość wysokiego wzrostu (175,5 cm.), wychudzony, waży wszystkiego 57,7 klg. Ciężkość prawidłowa, nieraz podskok do 37,30. Już z pierwszego wejrzenia widać, iż mamy do czynienia z osobnikiem nerwowym: w pozycji stojącej wyraźnie zaznaczone drżenie ogólne; dużo niepotrzebnych i gwałtownych ruchów, mowa urywana, prawie skandowana. Ze strony narządu oddechowego poza przyspieszonym oddechem (24 — 28 na min.) nic zasługującego na uwagę. Wymiar poprzeczny serca — 12 cm. (Ld — 2, 2 — Ls — 9, 8),: dość mocne uderzenie koniuszkowe serca w 5-ej przestrzeni międzyżebrowej, widoczne i macalne prawie na lewej linii sutko-

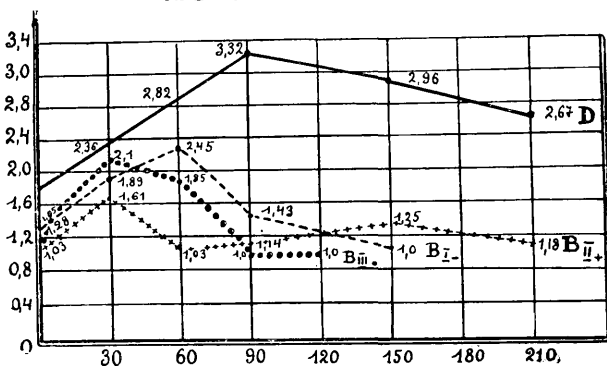
*) Według przemówienia, wygłoszonego w Tow. Lekarskim Warsz. i Sekcji klinicznej Tow. Medycyny Społecznej w lutym 1926 r.

wej. Tętno serca mocne, zwłaszcza skurczowy ton przy koniuszku. Tętno 100 — 132 na 1 min., wybitnie przyspiesza się w pozycji stojącej. Ucisk na gałki oczne w pozycji leżącej zwalnia tętno do 84 na I'. Ciśnienie Riva-Rocci Mx 125, Mn 40. W jamie brzusznej — nic nieprawidłowego. Drobnowłókiennkowe drżenie języka. Mocz: cięży. gat. 1025, bez składników patologicznych. Stoleców 1 — 4 na dobę, bardziej lub mniej sformowanych, bezbolesnych. Szpary oczne szeroko rozwarte, prawa szpara minimalnie szersza, oczy błyszczące, w stanie umiarkowanego wytrzeszczu, wyraźne objawy Gräfe'go, Stelwaga i Moebiusa. Dość szerokie źrenice oddziałują prawidłowo. Wybitne drżenie i lekka pigmentacja zamkniętych powiek. Tarczycza miernie powiększona i spoista, bez macalnych i widocznych guzków, dolny jej brzeg przy potykaniu śliny daje się wymacać, bez macalnych i słyszalnych szmerów (nb. prawdopodobne następstwo poprzednich naświetlań rentgenowskich). Obwód szyi 39 cm.

W ciągu pierwszych paru dni pobytu w szpitalu celem dokonania niezbędnych badań dodatkowych choremu zalecone zostało względnie obojętne leczenie: djeta bezmięсна, zimne nacierania i pęczarz z lodem na serce oraz trochę bromku sodu. Morfologiczne badanie krwi dało, co następuje: Hb — 75%, krążków czerwonych 5,100,000, ciałek białych — 4,800, w tem neutrochłonnych 74%, limfocytów — 21%, monocytów — 4%, eozynochłonnych — 1%, czyli brak limfocytozy, na który tak wielki nacisk kładzie Kocher.

Badanie podstawowej przemiany materji, przeprowadzone w zwykły sposób naczczo w 14 godzin po ostatnim posiłku w pozycji leżącej, wykazało, iż przy współczynniku oddechowym 0,9 wydatki kaloryczne naszego chorego były o + 55,1% wyższe od normalnych (norma dla naszego chorego według wzoru Benedicta i Harris'a wynosi 1530 ciepłostek; z przerwaniem używanego przez naszego chorego tlenu na ciepłostki wynika, iż jego podstawowa przemiana materji wynosi 2364 ciepłostek (patrz tabl. Nr. 2).

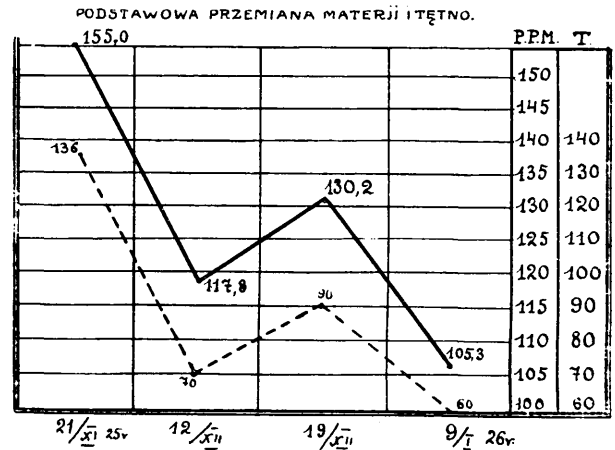
KRZYWA HYPERGLIKEMII.



Wreszcie ustaliliśmy u naszego chorego krzywą hyperglikemii po obciążeniu go rano naczczo 50 grm. cukru gronowego, badając krew na zawartość cukru naczczo i po spożyciu cukru w 250 grm. herbaty co pół godziny w przeciągu 2.30 godzin. Otrzymaliśmy charakterystyczną dla stanów basedowalnych krzywą ze szczytem nieco wyższym (2,43) i późniejszym od normalnego i trochę powolniejszym spadkiem (w 1.30 godziny 1,430/oo — naczczo 1,280/oo — (patrz wykres Nr. 1, B. I.).

Z zestawienia przytoczonych powyżej danych badania podmiotowego i przedmiotowego, jak również pomocniczych badań laboratoryjnych wynika jasno, iż mamy do czynienia z jadowitą postacią wola. Z tego, co później powiem, Sz. Państwo się dowiedzie, iż za przykładem autorów amerykańskich odróżniamy obecnie dwie postaci jadowitego: pierwotną, czyli t. zw. chorobę Basedowa oraz wtórną, czyli t. zw. gruczolak jadowity, który jest tem, co się dawniej nazywało — struma basedowifacatum. Nie będę się zastanawiał w tej chwili nad różniczkowym rozpoznaniem

tych dwu postaci chorobowych, będzie o tem mowa obszerniej poniżej, zaznaczę tylko, iż przypadek nasz zaliczam do rzędu t. zw. pierwotnego Basedowa. Dwa objawy tego ostatniego schorzenia nie są dość jaskrawo zarysowane w naszym przypadku, a mianowicie wzniesienie poziomu metabolizmu podstawowego jest nieco niższe, a następnie brak jest u naszego chorego szmerów naczyńowych w tarczycy. Te dwa szczegóły przypisuję działaniu poprzednio przeprowadzonych naświetlań promieniami X.



(Wykres D na tabl. I dotyczy chorego cukrzycowego i podany został celem porównania z wykresami basedowalnej B.).

Po dokładnym zbadaniu chorego i ustaleniu rozpoznania zaleciliśmy naszemu pacjentowi wbrew regułom Kochera leczenie jodowe, a mianowicie dwa razy dziennie po 10 kropli roztworu Lugola — Jodi puri 0,5 Natrii jodati 1,0, aq. destil 10,0 — w herbacie. Dlaczego tak uczyniliśmy, dowiedzieć się Państwo poniżej. Na leczeniu jodowem chory pozostawał przez dwa tygodnie: 29.XI—12.XII.1925. Waga przez ten czas podniosła się o 5 kilo — do 62,5 K. tętno zmniejszyło się do 84, oddech do 20, pod względem nerwowym chory znacznie się uspokoił, sen stał się lepszym i dłuższym, znikły pragnienie i swędzenie, zmniejszyły się również drżenie i biegunka, stolec się sformował. Obwód szyi z 39 cm, zmniejszył się do 38 cm.; podstawowa przemiana materji: z +55% opadła do +17,8% (przy współczynniku oddechowym 0,94 + norma dla chorego wynosi 1533 ciepłostki, potrzebował zaś—1865). Obciążenie cukrem gronowym naczczo, wykonane jak poprzednio, dało wyniki nieoczekiwane, albowiem w odróżnieniu od pierwszej krzywej B, — typowej basedowalnej — otrzymaliśmy krzywą całkiem normalną (patrz wykres B, II tabl. I).

Tytułem doświadczenia choremu przerwaliśmy podawanie jodu na tydzień. Waga utrzymała się na poprzednim poziomie, a nawet minimalnie podniosła się (63,2 K). Natomiast wszystkie objawy toksyczne ze strony gruczołu tarczycowego uległy wybitnemu nasileniu: chory stał się niespokojny, wróciła poprzednia bezsenność i drżenie, tętno przyspieszyło się do 100 — na 1' i więcej, tak, że chory energicznie domagał się powrotu do kropli, które sprawiły mu poprzednio wydatną ulgę. Badanie podstawowej przemiany materji wykazało, iż poprzednio uzyskana poprawa nie postępowała, przeciwnie, cofnęła się, albowiem poziom metabolizmu w okresie bezjodowym w porównaniu z poprzednim wznosił się z +17,8% do +30,3% (norma wynosi 1576 ciepł., potrzebowanie zaś 2053 c.) Chory wówczas pośpiesznie wypisał się ze szpitala, tak, że nie zdążyliśmy nawet przeprowadzić obciążenia cukrem gronowym w okresie bezjodowym; pacjentowi zaleciliśmy brać bez przerwy roztwór Lugola 2 razy dzi. po 10 kr.

Powtórny okres jodowy trwał 3½ tyg.: 19.XII 1925, 13.I 1926. Przez ten czas stan chorego, który już nie leżał w szpitalu, uległ znacznej poprawie. Chory, który przed przybyciem do szpitala zupełnie nie mógł chodzić, zaczął odbywać znaczne kursy pieszo. Wszystkie dolegliwości podmiotowe znacznie zmalały. Tętno zmniejszyło się do 60 na 1' (po godzin-

nem leżeniu celem określenia metabolizmu), również oddech 16 na 1', obwód szyi z 39 cm. zmalał do 36 cm., waga 64,6 kilo. Podstawowa przemiana materji zamiast normalnej — 1605 ciepł. wynosiła u chorego 1690, czyli, że wzmoczenie basedowalne wynosiło tylko +5,3% (patrz tabl. II), odchylenie od normy, znajdujące się prawie w granicach błędu metodyki. Obarczenie cukrem dało wprawdzie wysoki poziom hyperglikemji, niższy w każdym razie od pierwszego, przebieg jej jednak był normalny, albowiem maximum hyperglikemji (2,1%) otrzymano w ½ godz. po obarczeniu, w godzinę krzywa zaczęła opadać (1,85%), a w 1½ godz. od początku doświadczenia zawartość cukru we krwi była już normalna (1,0%) — patrz wykres B. III, tabl. I). Od 14 I de 31.I była znów przerwa jodowa; chory miał się nam pokazać w szpitalu celem dokonania zwykłej kontroli. Z powodu strajku tramwajowego nie zjawił się on jednak wówczas. Podczas przerwy jodowej wszystkie jego dolegliwości stopniowo się nasilały coraz bardziej, a w końcu tak mu one dokuczyły, iż, nie mogąc otrzymać naszego placet skutkiem braku komunikacji miejskiej, 1.II — po 17-dniowej przerwie na własne ryzyko wrócił do cudownych kropeł 2x10. Widziałem go 4.II u siebie w domu w stanie wzmagającej się popiawy ogólnej i nerwowej. Waga wynosiła 66 kilo, czyli, że ogółem przybytek wagi wynosił 9 kilo, tętno po przyjsciu z ulicy 90 na 1', ciśnienie Mx 145, Mn 65, obwód szyi 36 cm., objawy oczne i drżenie znacznie mniej zaznaczone, sen dobry, stolce 1 — 2 na dobę, sformowane.

Od czasu, jak przez 100 laty lekarz szwajcarski C o i n d e t zastosował po raz pierwszy nalewkę jodową celem leczenia wola, kwestja pożytku lub szkodliwości jodu w schorzeniach gruczołu tarczowego nie przestawała być aktualna. Rozprawy w tej dziedzinie trwają nadal, co dowodzi, iż sprawa ta nie została jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta; całkiem zarzucone, zdawało się, poglądy przywracane są do życia, a najpewniejsze napozór dogmaty, jak np. twierdzenie K o c h e r a o bezwzględnej szkodliwości jodu w chorobie B a s e d o w a zostają obalone. Stosunek jodu do gruczołu tarczowego przybrał realniejsze kształty dopiero przed 30-tu laty, kiedy B a u m a n stwierdził, iż jod jest normalnym składnikiem gruczołu tarczowego. Obecnie wiadomem jest, iż normalna tarczycza zawiera około 6 mlgrm. czystego jodu, który tworzy w niej swoiste, odkryte przez O s t w a l d a połączenie białkowe — jodotyreooglobulinę.

W r. 1914 badacz amerykański K e n d a l l wyosobnił z tego swoistego białka jodowaną krystaliczną substancję — t y r o k s y n ę (kwas trójhydrotrójjodo-oksybeta-indolo-propionowy), która wstrzykiwaną lub podawana doustnie ludziom i zwierzętom, pozbawionym gruczołu tarczowego, usuwać ma wszystkie ujemne następstwa atyreozji. Zdaniem K e n d a l l a, P l u m m e r a, B o o t h b y tyroksyna jest zaczynem — katalizatorem, który utrzymuje na właściwym poziomie procesy oksydacyjne w ustroju, ew. jego podstawową przemianę materji. U ludzi z niezycznym całkowicie gruczołem tarczowym podstawowa przemiana materji opada do połowy, czyli deficyt jej w porównaniu z normą wynosi — 50%. Normalny człowiek zużywa na dobę około 0,5 — 1 mlgrm. tyroksyny, i taka jej ilość jest niezbędna, a zarazem dostateczna dla normalnego biegu procesów oksydacyjnych w ustroju. Zużycie 2-u mlgrm. tyroksyny na dobę powiększa wydatki kaloryczne ustroju ludzkiego o 20 — 30%, a zużycie 3-ch mlgr. na dobę podnosi podstawową

przemianę materji o 50% i wyżej. Otóż zasadniczą czynnością gruczołu tarczowego jest wytwarzanie i dostarczanie tkankom tyroksyny, której ilość we wszystkich tkankach ustroju (prócz gruczołu tarczowego) wynosi według obliczeń K e n d a l l a około 14 mlgr. Gruczoł tarczowy poza tyroksyną wytwarza i gromadzi kolloid, a czynność ta jest dodatkowa w produkcji tyroksyny; w kolloidzie trzymana jest rezerwa jodu, niezbędnego dla syntezy tyroksyny, przyczem nie zawsze w połączeniu białkowym. Normalnym bodźcem dla gruczołu tarczowego jest zużycie i spadek zawartości tyroksyny w tkankach; dostarczając sztucznie ustrojowi 0,5 — 1,0 mlgrm. tyroksyny na dobę, osiągamy z jednej strony normalny zakres procesów spalania w ustroju, z drugiej zaś — stan całkowitego spoczynku gruczołu tarczowego.

Przechodząc do rozważania stanowiska jodu w schorzeniach tarczycy, już na samym wstępie trafiamy na szkopyły, które szczególnie podkreśla K o c h e r, a mianowicie: w gruczole tarczowym raz poraz trudno jest określić granicę, gdzie kończy się zdrowie, a zaczyna się choroba. Jeżeli bardzo trudne jest nieraz odróżnienie stanów normalnych od chorobowych, to nie mniej zawikłane stosunki panują w zakresie ścisłej patologji. Czy przeprowadzić zechcemy klasyfikację anatomiczną różnych postaci wola, t. j. — chorobowego powiększenia tarczycy, czy rozważać będziemy jej skład chemiczny, jej patofizjologję, wreszcie objawy kliniczne — wszędzie spotykamy niedomówienia, a niezdawanie sobie z nich sprawy w klinice nieuchronnie odbić się musi na stawianiu wskazań leczniczych, a tem samym na otrzymywanych wynikach leczniczych.

Osobiście w niezłośliwym powiększeniu tarczycy, t. zw. wola, trzymam się najprostszej klasyfikacji amerykańskiej klinicznej (P l u m m e r) i odróżniam wole jadowite lub zwyczajne: struma toxica et non toxica s. simplex. Co się tyczy wola niejadowitego, to są dwa jego gatunki: struma colloidales et adenomatosa s. nodosa — wole kolloidowe i gruczolakowe lub guzowate. Obie te postaci wola często się kojarzą w różnym stopniu (struma adenomatosa colloidales), tak, że często po zmniejszeniu się zawartości kolloidowej w tarczycy ujawniają się większe lub mniejsze guzki lub stwardnienia, które były niewidoczne i niemacalne przy znaczniejszych ilościach kolloidu. Zazwyczaj młode wole o jednostajnej elastycznej spistości jest czysto kolloidowe; im dłużej ono trwa, i im starszy jest nosiciel wola, tem większe jest prawdopodobieństwo, iż wole niejadowite jest mieszane.

Jaka jest przyczyna powiększania się gruczołu tarczowego i tworzenia się wola niejadowitego? Otóż niemożność tarczycy dostarczania tkankom dostatecznej ilości i we właściwym czasie tyroksyny, tego niezbędnego katalizatora procesów oksydacyjnych w ustroju, jest bodźcem, który tarczycę wyprowadza z równowagi. Ten brak równowagi początkowo ujawnia się w nadmiernym gromadzeniu kolloidu, względnie ubogiego, a nieraz nawet pozbawionego jodu (struma colloidales), a w później-

szych okresach do tego przyłącza się bujanie nabłonka gruczołowego, który tworzy guzki lub guzy, mniej lub więcej otorbione lub zupełnie pozbawione otoczki łącznotkankowej (struma colloides adenomatosa). W wielu razach takie bujanie nabłonka jest procesem nie wtórnym, lecz pierwotnym, lub też występuje ono bardzo wczesnie w wolu koloidowym, jeżeli są po temu sprzyjające warunki miejscowe w tarczycy lub też ogólnokonstytucjonalne. Jednym z czynników, niewątpliwie podważających sprawność tyroksynotwórczą tarczycy, jest brak jodu w ustroju, co w ostatnich latach stwierdził doświadczalnie Marine, podając zwierzętom i ludziom naprzemian pokarm bezjodowy i jodowany; pokarm bezjodowy prowadził w krótkim przeciągu czasu do powstania wola koloidowego, które rychło ginęło wraz z dodaniem do pokarmu jodu.

Sprawa stosowania jodu w wolu niejadowitem od stu lat nie schodzi ze szpał lekarskich i co pewien czas odradza się w coraz to nowej postaci; ostatnio znów powstała koncepcja podawania minimalnych dawek jodu, które mają chronić od przeistaczania się postaci niejadowitych wola — w jadowite. Dla ścisłości zauważyć wypada, iż pomysł powyższy bynajmniej nie należy do nowych, albowiem już przed prawie 50-u laty Kocher w wolu niejadowitem zalecał podawanie minimalnych dawek jodu, bo wynoszących zaledwie pro die 1/3 do 1/2 mgr., w postaci rozcieńzonej nalewki jodowej. Otóż masowe spostrzeganie niejadowitego wola, leczonego minimalnymi dawkami jodu, np. w postaci soli kuchennej jodowanej, wykazało, iż nawet najmniejsza ilość spożywanego jodu nie jest w stanie uchronić przed masowym również przeistaczaniem się wola. W tem tkwi źródło gorącej opozycji przeciwko obowiązkowemu stosowaniu soli kuchennej jodowanej w okolicach z endemicznym wolem. Cóż więc jest przyczyną, iż, stosując jod u ludzi z wolem, pozbawionem objawów toksycznych, u jednych uzyskujemy wyzdrowienie całkowite, jak o tem zresztą powszechnie wiadomo, u innych zaś występują następstwa jaknajgorsze, a mianowicie choroba długa, ciężka, co do swego wyniku niepewna, nieraz śmiertelna. Czy jesteśmy w stanie tym niepomysłnym skutkiem jodu w porę zapobiec, ew. je uprzędzić? Dokładna analiza znanych nam obecnie faktów dowodzi, iż niewłaściwa jest płaszczyzna, w której ostatnio stawiano stosowanie jodu w wolu niejadowitem. O wyniku leczenia jodem stanowi nietyle jego dawka, jakkolwiek i ona nie jest pozbawiona całkiem znaczenia, ile postać anatomiczna wola i czas, w którym jod jest stosowany. Nie mam potrzeby podkreślać, iż w kile, gruźlicy niepełucnej i innych schorzeniach stosujemy olbrzymie ilości jodu w porównaniu z tem, co zalecamy w wolu, a jednak żadnych ujemnych następstw nie widzimy, z jednym tylko zastrzeżeniem — tarczyca u tych osobników musi być zdrowa. A więc zdrowej tarczycy nawet znaczne dawki jodu nie są w stanie wyprowadzić z równowagi. Na tem, między innymi, oparta jest teza Marine'a, iż wole najlepiej jest leczyć zapobiegawczo. Podając małe dawki jodu dzieciom w wieku szkolnym w okolicach z wolem endemicznym, zapobiegamy brako-

wi jodu w ustroju, a więc temu, co jest przyczyną tworzenia się wola.

Jak się zachować należy wobec osobników z istniejącemu już wolem? Tutaj skutki podawania jodu są zależne od postaci chorobowej wola. Wole czysto koloidowe znakomicie oddziaływa na dowóz jodu, którego brak w ustroju sprawia, iż gruczoł tarczycowy na spotrzebowanie i brak tyroksyny w tkankach odpowiada nie wytwarzaniem świeżej tyroksyny, lecz gromadzeniem nadmiaru koloidu w gruczole. Dowóz jodu wyrównywa jego deficyt w tarczycy, która z dostarczonego i wessanego jodu, a zapewne i z zasobu koloidu wytwarza wymaganą przez tkanki tyroksynę; w tych warunkach ilość koloidu ulega wybitnemu zmniejszeniu, wole ginie, a gruczoł tarczycowy odzyskuje swą równowagę czynnościową i anatomiczną. Całkiem inaczej dzieje się, jeżeli mamy do czynienia z wolem gruczolakowym. Gruczolak tarczycowy, który swojemu nosicielowi przypomniawszy obecność wyłącznie zmienionym kształtem szyi lub uciskiem mechanicznym na narządy sąsiednie, pod wpływem najmniejszych nawet dawek jodu może dawać tragiczne niespodzianki: wole nieczynne, niejadowite przeistacza się w postać jadowitą przez nagle rozbudzoną żywotność nabłonka gruczołowego, który zmienia swój kształt sześcienny na walcowaty i ulega gwałtownemu bujaniu.

Jak już zaznaczyłem, przeobrażenie się gruczolaka tarczycowego w postać wybitnie toksyczną może nastąpić pod wpływem najmniejszych nawet dawek jodu; jest to t. zw. Jod-Basedow, opisany po raz pierwszy przez Kochera, a w naszym piśmiennictwie sprawę tę na mocy własnych spostrzeżeń poruszali Goldflam i Puławski.

Podkreślić należy okoliczność, której wielokrotnie byłem sam świadkiem, iż w wolu gruczolakowym objawy toksyczne w następstwie podawania jodu zjawiają się nie bezpośrednio po jego zastosowaniu, lecz dopiero po paru- lub kilkotygodniowym okresie wylęgania, nieraz po paru tygodniach dobrego samopoczucia. Odstawienie jodu po wystąpieniu na scenę objawów toksycznych nie ma już na nie żadnego wpływu: wytracona z równowagi czynność gruczolaka tarczycowego ze wszystkimi jej fatalnymi skutkami idzie dalej własnym trybem. Otóż przeistaczanie się wola gruczolakowego nieczynnego w jadowite jest tą bronią, którą posilają się przeciwnicy przymusowego wprowadzenia jodowanej soli kuchennej w okolicach z wolem endemicznym. Z tego, com powiedział, jasno wynikają zasady stosowania jodu w wolu niejadowitem. Jod można podawać zapobiegawczo bez wszelkich obaw, albowiem niezmienny gruczoł tarczycowy nań nie reaguje, a tą drogą w okolicach z wolem endemicznym zapobiegamy brakowi jodu w ustroju. W przypadkach z istniejącym wolem jod jest pożyteczny i nigdy nie szkodliwy w wolu czysto koloidowym. Możemy go więc zalecać w rozlanem, dość elastycznym wolu, w którym nie dają się wymacać żadne stwardnienia, ani guziki. Doświadczenie poucza, iż, im młodsze jest wole, im młodszy jest wiek jego nosiciela, tem więcej jest prawdopodobieństwa,

iż powiększony gruczoł tarczycowy jest wolem czy-
sto koloidalnym bez domieszek gruczolakowych.
Współistnienie nadmiaru koloidu z gruczolakami
jest jednak rzeczą powszednią. Stąd przy zalecaniu
jodu w wolu należy się, jak już zaznaczyłem, kie-
rować wiekiem wola, o ile go można ustalić, oraz
pacjenta. U dzieci z wolem do lat 10 jod można
stosować śmiało, ostrożniej to należy czynić w wie-
ku od 10 do 20 lat, a w wieku późniejszym czuj-
ność lekarza musi być zdwojona. Kierowanie się
wiekiem chorego wynika stąd, iż klinicznie niezaw-
wsze jesteśmy w stanie trafnie rozpoznać gatunek
wola. O stosowaniu jodu stanowi również czas
trwania wola. U osobników, które zwracają się do
lekarza ze świeżo powstałym wolem, jak u nas, w
okolicy, wolnej od wola endemicznego, w okresie
dojrzwania płciowego lub pierwszej ciąży, z wolem
bez wyraźnie macalnych guzków, — w tego rodza-
ju przypadkach jod jest wskazany i to bez wszel-
kich obaw, bo to są przypadki wola koloidalnego,
które powstało skutkiem bliżej jeszcze niezbadane-
go ubóstwa ustroju w jod i które na jod reagują
wymyślenie.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału dla chorych nerwowych i wewn. szp. na Czystem,
(Ordynator: Dr. BREGMAN).

i z pracowni rentgenologicznej tegoż szpitala.
(Kierownik: Dr. MESZ).

O stosowaniu rozpoznawczem lipjodolu wstępującego (lipjodol ascendant) w sprawach rdzeniowych *).

Podali

L. E. BREGMAN (Warszawa) i N. MESZ (Warszawa).

W rozpoznawaniu spraw uciskowych rdzenia
niezmiernie ważne jest określenie nie tylko górnej
granicy ogniska powodującego ucisk, ale i granicy
dolnej. W tym celu posiłkowano się ułożeniem
chorego w pozycji Trendelenburga. Utrzymanie
chorego w tej pozycji przez czas dłuższy jest
nader przykre, a doświadczenie pokazało, że dla
osiągnięcia dobrego wyniku należy w tej samej po-
zycji dokonać nakłucia lędźwiowego i zastrzyknię-
cia lipjodolu i nie zmieniać położenia aż do ukoń-
czenia badania promieniami Rentgena. Oprócz
tego okazało się, że w tem położeniu górny lipjodol,
t. j. lipjodol, zastrzyknięty przez nakłucie podpoty-
liczne, w wielu razach ścieka ku górze, tak że uwi-
docznienie na jednej kliszy górnej i dolnej gra-
nicy ogniska staje się niemożliwym. Pragnąc temu
zaradzić, Sicaud zaproponował Lafayowi, wynalazcy
lipjodolu, wytworzenie lipjodolu lekkiego,
t. j. takiego, którego ciężar gatunkowy
byłby mniejszy od c. g. płynu mózgowo-
rdzeniowego (1007 — 1008), zawartość

jodu jednak dostateczna, a żeby dać
wyraźny cień na rentgenogramie.

Lipjodol ascendant wykazuje przy cie-
pocie 15° c. g. 1002, zaś przy 37°—c. g. 991, przy
40°—990. Zawartość jodu wynosi 0,11 w 1 cm. sz.
(lipjodol ciężki 0,45 wzg. 0,54).

Technika zastrzyknięcia, podana przez Sicaud
i Leona Bineta i Costę, jest następująca:
1) dokonywa się zwykłego nakłucia lędźwiowego;

2) zastrzykuje się, unikając wycieku płynu
mózgowo-rdzeniowego, lipjodol, uprzednio ogrza-
ny do 37°. Strzykawka winna też być odpowiednio
ogrzana. W celu otrzymania ściślej ciepłoty Lafay
zapowiada konstrukcję specjalnego termostatu elek-
trycznego, który dotychczas jeszcze nie jest ukoń-
czony;

3) po zastrzyknięciu należy igłę pozostawić
w miejscu w ciągu 3 — 5 minut w tym celu, a żeby
lipjodol wznosił się ku górze, a nie mógł wyciekać
przez otwór w oponie twardej;

4) chory w czasie zastrzykiwania siedzi; rentge-
nogram robi się również w pozycji siedzącej. Je-
dnakowoż otrzymać można wynik dodatni i w po-
zycji leżącej (na boku), ale z podniesieniem górnej
części ciała;

5) po pewnym czasie (np. 1 godzina) chory mo-
że się położyć. Lipjodol pomimo to unosi się jeszcze
dalej ku górze, tak daleko, póki nie znajduje prze-
szkody, i nawet skupia się bardziej, tak, że na zdję-
ciach, dokonanych następnego dnia po zabiegu i
później, cień lipjodolu staje się coraz ostrzejszy.

Próby tę zastosowaliśmy w szeregu przypad-
ków rdzeniowych. W pierwszych 2 przypadkach nie
otrzymaliśmy jasnego wyniku, ponieważ lipjodol nie
był dostatecznie ogrzany i klisze były zbyt słabe.
Ta ostatnia okoliczność tłumaczy się trudnościami
technicznymi przy dokonywaniu zdjęcia w pozycji
siedzącej; pierwsze przypadki badaliśmy w kierun-
ku tylnio-przednim (t. j. klisza na przedniej po-
wierzchni ciała), a wtedy odległość kliszy od ogni-
ska jest zbyt wielka. Przy następnych badaniach
pokonałszy te trudności i dokonywaliśmy zdjęć w
kierunku przednio-tylnym, (t. j. klisza nad kręgo-
szłupem), a oprócz tego przedłożyliśmy nieco czas
ekspozycji. W przypadkach tych udało się dokładnie
określić dolną granicę ogniska. Cień lipjodolu
lekkiego niewiele się różnił, zwł. na
kliszach późniejszych, od cienia lip-
jodolu ciężkiego, oznaczającego górną gra-
nicę ogniska (rys. 1).

(patrz rysunek str. 226).

Widzimy zatem, że, zastrzykując lipjodol wstę-
pujący, możemy oznaczyć z łatwością dolną gra-
nicę ogniska uciskającego rdzeń, nie uciekając się
do pozycji Trendelenburga. Oprócz tego wa-
żne jest, że sposób ten daje możliwość wykazania
przeszkody w kanale kręgowym drogą zwykłego na-
klucia lędźwiowego, t. j. zabiegu, który stał się już
dobrym ogółu lekarzy i jest o wiele mniej nie-
bezpieczny, niż nakłucie podpotyliczne. Wprawdzie
przy dobrej technice i to ostatnie jest również za-
biegiem dość prostym i bynajmniej nie niebezpiecz-

* Wygłoszone na posiedzeniu Warszawskiego Tow.
Neurologicznego w dn. 16.I.1926 r.

nym: atoli przy niedostatecznej wprawie może ono spowodować groźne objawy.

Gdy w kanale kręgowym niema ogniska, uciśniętego rdzeń, i droga dla lipjodolu jest wolna, wznosi się on ku górze i przenika do jamy czaszkowej. Z doniesień autorów francuskich wynika, że lipjodol w tych razach nie przynosi żadnej szkody, i że mózg znosi obecność lipjodolu doskonale. To samo wykazał Flatau doświadczalnie na królikach: królik, który od 2 lat miesią w swej czaszce sporą ilość lipjodolu (ciężkiego), nie wykazuje żadnych zaburzeń, a w szczególności żadnych objawów ze strony układu nerwowego. Nasze spostrzeżenia potwierdzają w zupełności nieszkodliwość lipjodolu (lekkiego), który przeniknął do mózgu. U dwóch chorych, przez nas badanych, którzy nie wykazali żadnej przeszkody w przestrzeni podtwardówkowej, stwierdziliśmy obecność lipjodolu wewnątrz czaszki, zarówno na podstawie i na wypukłości mózgu, jak i w komorach mózgowych, których rysunek pięknie na kliszach się uwydatnił (rys. 2 i 3).

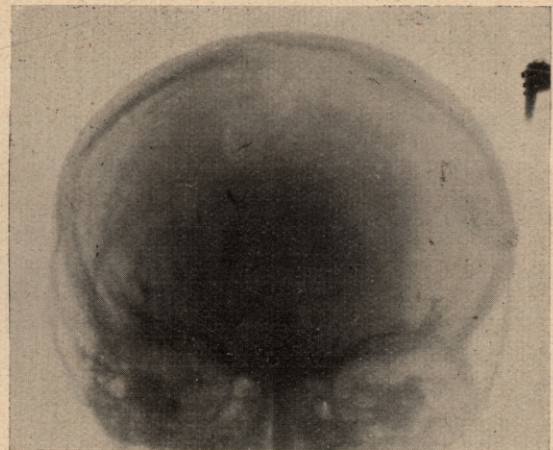
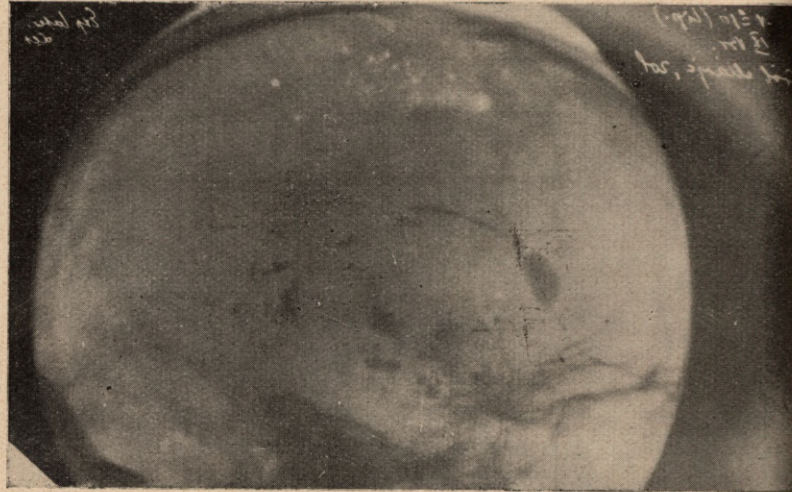
Chorzy ci, ani wnet po zastrzyknięciu, ani też później nie przedstawiali żadnych objawów, któreby można było odnieść do lipjodolu, nie uskarżali się nawet na bóle głowy.



RYS. 1. ZDJĘCIE PRZEDNIO-TYLNE.

Pani O. H. 38 lat. 4 dni po zastrzyku podpotylicznym 1 gr. lipjodolu normalnego i 1 dzień po zastrzyku lędźwiowym 1 gr. lipjodolu lekkiego (ascendant); lipjodol ciężki zatrzymał się na wysokości szpary międzytrzonowej XI — XII kręgów grzbietowych, zaś lipjodol lekki wznosił się do wysokości szpary międzytrzonowej II—I kręgów lędźwiowych, przestrzeń wolna od lipjodolu (guz) = równa się 2 kręgom.

Tak wielka tolerancja mózgu względem lipjodolu nasuwa myśl (wypowiedzianą już przez autorów francuskich) zastosowania go także w sprawach mózgowych, a to w celu wykazania drożności otworów Magendiego, Luschki i Monroego oraz kształtu komór mózgowych, co może mieć doniosłe znaczenie w rozpoznawaniu spraw zapalnych opon mózgowych i nowotworach mózgu. Odnośne badania już rozpoczęliśmy i we właściwym czasie o wynikach doniesiemy.



RYS. 2 i 3. ZDJĘCIA: PRZEDNIO-TYLNE i BOCZNE.

Pani M. K. 20 lat. 35 dni po lędźwiowym zastrzyku 1 gr. lekkiego lipjodolu (ascendant): lipjodol częściowo się znajduje na podstawie czaszki i wzdłuż bród mózgu z obu stron, częściowo w bocznych jamach mózgu i w 3 komorze.

Z praktyki prywatnej.

Kiła mięśnia sercowego pod względem klinicznym *).

Podał

Ignacy KONIECPOLSKI (Częstochowa).

Już Zacharjin w swych wykładach o kile serca twierdzi, iż cierpienie to nawet w podręcz-

*) Wygłoszone na posiedz. Tow. Lek. Częstochowskiego dn. 9.I.1926.

nikach, traktujących szczegółowo o chorobach wewnętrznych, nie jest należycie uwzględnione; znajdujemy tam przeważnie luźne wzmiaki, więcej omawiające stronę patologiczno-anatomiczną, aniżeli symptomatologię różniczkową tego ciężkiego cierpienia. Mimowoli otrzymuje się wrażenie, iż kiła mięśnia sercowego należy do kategorii schorzeń, nader rzadko spotykanych u człowieka, co, zdaniem tego wybitnego autora, nie jest zgodne ze stanem

rzeczywistym. I, rzeczywiście, przyznać musimy, że nawet we współczesnych podręcznikach chorób serca, tak na przykład, w podręczniku Romburga lub też w podręcznikach Brauna, Frankego, nawet w szczegółowym podręczniku chorób serca, Mackenziego, dział ten pod względem opracowania stanowi swego rodzaju wyjątek. Zdając sobie sprawę, iż wczesne rozpoznanie schorzeń mięśnia sercowego na tle kiłowym ma nader ważne znaczenie, że zastosowanie odpowiedniego leczenia wpływa niezwykle korzystnie na przebieg choroby, przyznać musimy, że słowa Zacharjina, wygłoszone w r. 1887 na posiedzeniu Towarzystwa Przyrodniczo - Lekarskiego, są i po dzień dzisiejszy aktualne.

Ze stanowiska klinicznego rozróżniamy kiłę mięśnia sercowego wrodzoną i nabytą; pierwsza postać, t. j. kiła wrodzona, należy do niezwykle rzadkich postaci i spotyka się przeważnie wśród dzieci, w pierwszych latach ich życia.

Podług Romburga porażenie pierwsze kiła mięśnia sercowego była stwierdzona przez Ricorda. Od tego czasu spostrzeżenie Ricorda nie pozostało odosobnione, i obecnie liczba stwierdzonych przypadków kiły mięśnia sercowego jest dość pożądana.

Wśród autorów, omawiających powyższe cierpienie, widzimy Langa, Schwalbego, Curschmanna, Fourniera, Runeberga, Breitmanna i innych. W nabytej kiłowej chorobie ze strony mięśnia sercowego mogą występować już po upływie 2 lat od chwili zakażenia, aczkolwiek duże zmiany w sercu były stwierdzone przez różnych autorów i przed tym czasem. Mackenzie opisuje przypadek kiły mięśnia sercowego u młodego człowieka, u którego objawy ze strony serca wystąpiły w 7 tygodni po zarażeniu się. Fournier zaś w wykładach swoich „Leçons sur la syphilis“ z roku 1873 przytacza historję choroby jednego ze swych pacjentów, u którego kilak serca wystąpił po upływie 55 lat.

Widzimy więc, iż przed następczymi zmianami zakażenia kiłowego żaden wiek chorego nie jest gwarancją, i te lub owe zmiany w sercu mogą wystąpić w każdym wieku. Najczęściej zmiany kiłowe w sercu były stwierdzane pomiędzy 28 a 37 rokiem życia, przyczem u mężczyzn częściej, aniżeli u kobiet.

Pod względem anatomo-patologicznym rozróżniamy 3 postacie kiły serca: postać włóknistą, postać śródmiąższową i postać kilaków serca. Pomijając stronę anatomiczną, chcielibyśmy tylko podkreślić, iż często wspomniane tu formy mogą występować jednocześnie jedna obok drugiej.

Dane statystyczne, zebrane przez Breitmanna, Runeberga, niezbitnie stwierdzają, że luetyczne zapalenie naczyń wieńcowych serca jest nie mniej częste, a bodaj, że daleko częstsze od kiły naczyń mózgowych. Analogiczne twierdzenie znajdujemy i w pracach Krehla, Chiariego i Stolpea. Zdaniem Runeberga, dusznica bolesna w wieku niżej 50 lat bez wybitnej sprawy miażdżycowej w tętnicach i przerostu lewej komory w 90% ma w swem podłożu kiłę naczyń serca.

Z pracy Zacharjina „O kile serca“ widzimy również, jak wielkie znaczenie ma zastosowanie leczenia swoistego. Autor ten zebrał kilkanaście przypadków niedomogi mięśnia sercowego na tle kiłowym, przyczem objawy niedomogi i dychawicy sercowej ustąpiły, po zastosowaniu leczenia swoistego.

Przed paru laty obserwowaliśmy z kol. Stawnickim chorego w wieku lat około 60, u którego stwierdziliśmy, oprócz zmian chorobowych w sercu, pod postacią jego niedomogi, owrzodzenie na kończynach dolnych. Doszukiwaliśmy się powodu tych zmian, albowiem podejrzewaliśmy u tego chorego zakażenie kiłowe; przypuszczenia nasze okazały się uzasadnionymi, gdyż odczyn Wassermann'a wypadł u niego wybitnie dodatnio. Z drugiej zaś strony spotykamy się z inną kategorią chorych, u których, mimo uzasadnionego podejrzenia, ani w wywiadach, ani w badaniach serologicznych nie możemy doszukać się podłoża kiłowego. Mam pod obserwacją chorego p. G., którego również znają niektórzy koledzy i u którego z kol. Rożkowskim kilkakrotnie konsultowałem. Choroba rozpoczęła się u niego prawie nagle, wyraźnymi zaburzeniami w układzie nerwowym serca, utratą przytomności i t. d. Chory miewał częste napady to dusznicy bolesnej, to dychawicy sercowej, tętno bywało zwykle przyspieszone, niekiedy nierówne, łatwo uciskalne, ciśnienie krwi niewzmożone, a z objawów fizykalnych rozszerzenie serca, szczególnie lewej komory, pewne stłumienie na mostku, obraz rentgenologiczny mniej więcej zgadzał się z danymi opukiwania; oprócz tych zmian była widoczna nierówność źrenic. Chory kiłę neguje, badania serologiczne krwi dawały wynik stale ujemny, a jednak, po przeprowadzeniu energicznej kuracji jodowej, napady dychawicy sercowej i dusznicy bolesnej stały się o wiele rzadsze, stan chorego znacznie się poprawił — ostatnio wystąpiło porażenie nerwu twarzewego.

Spostrzeżenia anatomo-patologiczne stwierdziły, iż w większości przypadków kiła serca daje zmiany ogniskowe w mięśniu sercowym, jakby ściśle odgraniczone od pozostałej części mięśnia sercowego, w której też można nie znaleźć jakichkolwiek zmian chorobowych. Ta wybiórcza zdolność kiły usadawiania się w tej lub owej części mięśnia sercowego przyczyniła się do pewnego stopnia do usystematyzowania pewnych objawów, spotykanych w danym cierpieniu. Tak np. stwierdzono, że zmiany kiłowe najczęściej idą w parze z naczyniami chłonnymi serca, że najczęściej jest zaatakowany pęczek Hisa, i tem daje się objaśnić, dlaczego w tem cierpieniu, t. j. w ziarniniakach przymjotowych mięśnia sercowego, spotykamy często zespół objawów Adams-Stokesa, bradykardję lub też i inne objawy. Renvers zebrał 26 przypadków kiły serca, potwierdzonych badaniami sekcyjnymi, wśród tej liczby w trzech przypadkach znaleziono kilaki. Aschoff przedstawił cały szereg przypadków, gdzie klinicznie były objawy przerwania pęczka Hisa, czyli zespół objawów Adams-Stokesa, badanie zaś sekcyjne wykryło na drodze układu przedsionkowo-komorowego bliźnię, ew. kilak. Częściowem uzupełnieniem powyższych badań są badania Stockmana i Robinsona; w przypadku Stockmana, dotyczącym 38 letniego mężczyzny z zespołem objawów Adams-Stokesa, znaleziono kilak w przegrodzie międzykomorowej, zmiany w układzie przedsionkowo-komorowym i na zastawkach aorty. Widzimy więc, iż dominującym objawem w tego rodzaju schorzeniu mięśnia sercowego jest bradykardja. Różni się ona od tej, którą stwierdzamy w innych cierpieniach, jak np. zapaleniu opon mózgowych na tle gruźliczym — meningitis

basilaris, w pachymeningitis haemorrhagica, w ogniskowych sprawach opuszki mózgowej, w chorobie Mackenziego, która zdaniem naszym ma dużo wspólnych cech z t. zw. Asthenia universalis congenita Stillera, i t. d., tem, że w kile serca stwierdzamy tętno wolniejsze, i objaw ten jest stałszy, aniżeli w wyżej wymienionych cierpieniach. W tych zaś przypadkach, kiedy kilak usadowi się w innej części mięśnia sercowego, zdala od spłotów nerwowych, występuje tachykardja, t. zw. reakcyjna tachykardja Breitmanna.

Przy sposobności chciałbym dodać, że kilak mięśnia sercowego bywa najczęstszym powodem pęknięcia serca — ruptura cordis spontanea.

Zespół objawów kily mięśnia sercowego pod względem klinicznym jest tak różnorodny i bogaty, iż ujęcie go w pewien schemat jest rzeczą prawie niemożliwą. W zależności od stopnia rozwoju sprawy chorobowej mięśnia sercowego w obrazie klinicznym występują z mniejszem lub większem nasileniem te lub inne objawy. Wszechstronna analiza każdego z nich, umiejętne segregowanie i dokładne wywiady z jednej strony, z drugiej zaś wyniki badań serologicznych przyczynią się do wyświetlenia podłoża omawianego tu cierpienia i tem samem do zastosowania leczenia swoistego.

Streszczenia zbiorowe.

Z nowych badań nad idjosynkrazją.

Podał

W. HALBERÓWNA (Warszawa).

Zjawisko idjosynkrazji przejawia się w nadmiernej wrażliwości poszczególnych osobników na pewne substancje. Aczkolwiek liczba ciał zdolnych wywołać idjosynkrazję jest bardzo duża, to jednak poszczególne osobniki wrażliwe są na działanie jednej lub zaledwie kilku z tych substancyj. Zaznaczyć zgóry należy, że ciała te nie są z natury rzeczy trujące (np. aspiryna, chinina i t. p.), a niektóre (jak np. ryby, jaja kurze i t. d.), grają nawet dużą rolę w odżywianiu. Widzimy więc, że substancje, które dla ludzi zdrowych nietylko że nie są obojętne, ale nieraz pożyteczne, mogą u osobników nadwrażliwych wywołać ciężkie objawy chorobowe, a nawet śmierć.

Objawy kliniczne idjosynkrazji są różne, zależnie od tego, czy oddziałują płuca pod postacią astmy, czy skóra pod postacią pokrzywki lub pryszczycy, czy wreszcie układ trawienny i t. p.

Ciekawe jednak jest to, że wszystkie substancje uczulające mogą wywołać jednakowe zaburzenia chorobowe, czyli że objawy kliniczne są niezależne od właściwości fizyko-chemicznych antygeny. Trzy zasadnicze cechy charakteryzują więc idjosynkrazję:

- 1) wrażliwość poszczególnych osobników tylko na jedno lub kilka ciał uczulających,
- 2) odmienne działanie tych substancyj na ludzi zdrowych i na nadwrażliwych,
- 3) niezależność objawów chorobowych od cech fizyko-chemicznych ciał uczulających.

To ostatnie spostrzeżenie nasunęło myśl, że mechanizm we wszystkich przypadkach idjosynkrazji jest jednakowy i że polega prawdopodobnie na obecności przeciwciał. Wniosek ten wysnuto właściwie a priori na mocy analogji, albowiem już dawno badacze zauważyli, że istnieje daleko idące podobieństwo między zjawiskiem idjosynkrazji i anafilaksji. Znany był coprawda i inny pogląd, reprezentowany głównie przez badacza amerykańskiego Cocea, który twierdził, że istnieją zasadnicze różnice mię-

dzy idjosynkrazją i anafilaksją. Za jedną z tych zasadniczych różnic uważał Cocea to, że anafilaksja jest jakoby cechą, nabytą w ciągu życia indywidualnego i jest właściwa tylko zwierzętom, natomiast idjosynkrazja jest cechą dziedziczną, wrodzoną i jest właściwa dla gatunku ludzkiego. Badania ostatnich lat twierdzenie to jednak obalili, okazało się bowiem:

- 1) że istnieją zwierzęta np. konie, które już na jednokrotne pozatrzewiowe wprowadzenie obcego białka oddziałują typowym wstrząsem anafilaktycznym (a więc według definicji Cocea i nadczułość wrodzona czyli idjosynkrazja),
- 2) że idjosynkrazja u ludzi bynajmniej niezawisze jest cechą wrodzoną, ale może również być nabytą w ciągu życia indywidualnego.

Na fakty te zwrócili uwagę badacze amerykańscy. Hocker i Park, uodparniając ludzi czynnie przeciwko błonicy mieszkanką jadu z przeciwjadem, stwierdzili, że już 0,001 lub 0,0001 ccm. surowicy króliczej lub końskiej może ujemny poprzednio odczyn skórny zamienić na dodatni. Z badań innych autorów wynika, że po pozatrzewiowym wprowadzeniu obcego białka, np. surowicy końskiej, powstają po pewnym czasie we krwi człowieka nietylko precypityny, ale i przeciwciała anafilaktyczne, które się dają przenieść na świnki i stwierdzić w t. z. anafilaksji biernej. Widzimy więc już dwie możliwe drogi uczulenia ustroju ludzkiego: 1) droga doskórna i 2) pozatrzewiowa.

Najciekawsze jednak w tym względzie są prace, wykonane przez badacza włoskiego Anconę i przez Storm van Leeuwen, badacza holenderskiego. Autorzy ci wykazali, że ludzie bardzo często uczulają się drogą płucną przez inhalację. Ancona stwierdził, że zgniłe zboże, zwłaszcza owies, ma zdolność uczulania ludzi, i że substancją uczulającą jest nie białko roślinne, lecz białko zwierzęce, pochodzące z pasorzytów, które wywołują gnicie zboża. Ancona podkreśla fakt, że wszyscy ludzie, mający z takim zbożem do czynienia, zapadają na astmę. Niema więc zasadniczej granicy między idjosynkratykami i nieidjosynkratykami, że indywidualne różnice są tylko natury ilościowej, wy-

rażające się w tem, że jedni wcześniej, drudzy później zostają uczuleni, ale że te różnice indywidualne zacieraają się przy użyciu mocnego bodźca (wdychanie częste i w dużej ilości pyłu zgniłego zboża).

Storm van Leeuwen potwierdził badania Ancony i wykazał, że pasorzytami, wywołującymi gnicie zboża w Holandji, są kleszcze (Milben). Autor ten, przeprowadzając na wielką skalę badania nad idjosynkrazją, przekonał się, że prawie wszyscy idjosynkratycy w Holandji są nadwrażliwi na pewne substancje, zawarte w powietrzu. Ciała te, nazwane przez autora allergenami albo miazmatami, są to prawdopodobnie produkty rozpadu białka pochodzenia roślinnego lub zwierzęcego. Allergeny czyli miazmaty są to ciała koloidalne, łatwo rozpuszczalne w wodzie i odporne na ogrzewanie, gdyż znoszą temperaturę 120°. Substancje te mają tak silne własności antygenne, że nawet w rozcieńczeniu, gdy już nie dają odczynów na białko, jeszcze są zdolne wywołać u człowieka ciężkie objawy chorobowe. Autor zauważył, że częstość występowania idjosynkrazji nie jest na całym obszarze Holandji jednako- wa, a zależy od klimatu i od gruntu, na którym się dana miejscowość znajduje. Okazało się, mianowicie, że liczba przypadków idjosynkrazji jest w części kraju, położonej na gruncie gliniastym i bagnistym znacznie większa, niż w miejscowościach, położonych na gruncie piaszczystym i w niektórych wsiach dochodzi do $\frac{1}{2}$ a nawet 1% całej ludności.

Już oddawna było lekarzom wiadomo, że astmatycy dobrze się czują w górach. Storm van Leeuwen, chcąc się przekonać, jaki wpływ wywrze zmiana klimatu na chorych, uczulonych allergenami, wyjechał z kilku idjosynkratycznymi do Szwajcarii i zatrzymywał się w miejscowościach, położonych na różnej wysokości, począwszy od 100 do 1800 mtr. ponad poziomem morza. Chorzy ci w miejscowościach niżej położonych, aż do 800 metrów włącznie, czuli się tak samo, jak w Holandji, dopiero począwszy od 1200 mtr., a zwłaszcza na wysokości 1800 mtr. czuli się dobrze, byli zupełnie wolni od napadów astmy i innych objawów idjosynkrazji. Autor zastanowił się wówczas nad przyczyną działania powietrza górskiego i doszedł do wniosku, że możliwe są tu dwie ewentualności: 1) że klimat górski uniemożliwia wogóle występowanie objawów idjosynkrazji, albo 2) że w powietrzu górskim brak pewnych czynników, które są bezpośrednią przyczyną idjosynkrazji. Aby sprawdzić pierwsze przypuszczenie, wykonał autor następującą próbę. Choremu, wrażliwemu na pył zgniłego zboża, dał (wówczas, gdy chory przez kilka dni był wolny od napadów astmy) do wdychania zgniłe- zboże (które zabrał ze sobą z kraju), i już po 3 minutach wystąpiły typowe i bardzo ciężkie objawy astmy. W ten sposób więc pierwsze przypuszczenie upadło, okazało się bowiem, że objawy idjosynkrazji mogą wystąpić nawet na wysokości 1800 m., o ile się znajdzie odpowiedni antygen. Chodziło więc obecnie o sprawdzenie drugiej możliwości, i w tym celu wykonał autor dwojakiego rodzaju próby: 1) zbadał florę bakteryjną powietrza w odwiedzanych przez siebie miejscowościach, wystawiając na działanie powietrza w ciągu $\frac{1}{2}$ godz. płytki z agarem

zwykłym, z pożywką Sabouraud itd., i przekonał się, że pod względem jakości bakteryjnej flora szwajcarska nie różniła się od flory holenderskiej, uwydatniły się tylko różnice ilościowe, co jest zupełnie naturalne, albowiem wiadomo, że w wysokich górach jest znacznie mniej drobnoustrojów, niż na nizinach. Wystąpiły jednak jaskrawe różnice pod względem obecności grzybków, pleśni i drożdży: podczas gdy w Holandji, wszędzie i zawsze, bez względu na badane miejsce można było wykryć *Penicilium glaucum* i drożdże, to w Szwajcarii, zwłaszcza w miejscowościach wysoko położonych (od 1200—1800 m.), pasorzytów tych prawie nigdy wykryć nie można było. 2) Druga próba polegała na tem, że autor, po przesączeniu powietrza zapomocą pewnych przyrządów, osad zebrany rozpuszczał w wodzie i zapomocą wyciągu tego wykonał próby skórne. Okazało się, że, podczas gdy osad z powietrza, zebrany w Holandji lub w miejscowościach nisko położonych w Szwajcarii, dawał u idjosynkratyków silne odczyny skórne i po wdychaniu wywoływał napady astmy, to osad z powietrza w miejscowościach, wysoko położonych, powyżej 1200m., żadnych objawów idjosynkrazji nie wywoływał. Widzimy więc, że obie próby, zarówno badanie flory powietrza, jak i próby skórne i płucne, dały jednakowy wynik, przemawiający za tem, że zawartość powietrza gra decydującą rolę dla sprawy idjosynkrazji. Wynik obu tych prób idzie również w parze ze stanem klinicznym chorych. Storm van Leeuwen pozostawia kwestję otwartą, czy rzeczywiście obecność pewnych pasorzytów w powietrzu jest bezpośrednią przyczyną idjosynkrazji, czy też możliwość istnienia tych pasorzytów jest warunkowana przez te same czynniki, które sprzyjają występowaniu idjosynkrazji. Należy zaznaczyć, że chorzy w czasie swego pobytu w górach bynajmniej nie zostali wyleczeni, ale że natychmiast po powrocie do kraju stan ich zdrowia znowu się pogorszył.

W dalszych swych badaniach posunął się autor o krok naprzód. Obserwując chorych, autor zauważył, że nieraz wystarczy, aby astmatyk przeniósł się z jednej dzielnicy miasta do drugiej, żeby się pozbył swoich dolegliwości. Ciekawe jest pod tym względem miasto Haga, którego jedna część położona jest na gruncie gliniastym, zaś druga na gruncie piaszczystym; otóż, jak autor stwierdził, w pierwszej dzielnicy (na gruncie gliniastym) jest znacznie więcej przypadków idjosynkrazji, niż w dzielnicy drugiej, i że wystarczy, ażeby chory przeniósł się z pierwszej dzielnicy do drugiej, aby stan jego znacznie się poprawił.

W toku dalszych badań autor zauważył, że nie raz przeniesienie się z mieszkania prywatnego do kliniki położonej na tej samej ulicy, już wystarcza, by w przeciągu 24 — 48 godz. stan chorego znacznie się poprawił. Nawet wówczas, gdy chory przez cały dzień oddaje się zwykłym swoim zajęciom, a tylko nocuje w klinice, jest wolny od napadów astmy. To spostrzeżenie nasunęło autorowi przypuszczenie, że istnieją przynajmniej dwojakiego rodzaju allergeny. Jedne, znajdują się w powietrzu i te nazwał allergenami typu A, a drugie, znajdują się prawdopodobnie w mieszkaniach, i te nazwał typem B. Co do istnienia allergenów typu A nie było już wątpliwości, chodziło więc tylko o stwierdzenie drugiego typu aller-

genów, i w tym celu rozpoczął autor badania w mieszkaniach. Już z prac A n c o n y było wiadomo, że w niektórych mieszkaniach znajdują się ciała uczulające i że tę własność posiadają pierze, zawarte w poduszkach. Nie udało się jednak autorowi pasorzytów tych zidentyfikować. A n c o n a stwierdził tylko to, że wyciąg z takiego pierza dawał odczyny skórne i wywoływał astmę u idjosynkratyków. W tym samym kierunku poszły badania S t o r m v a n L e e u w e n a; autor allergenów w poduszkach nie znalazł, natomiast stwierdził, że włos materaców zawiera ciała uczulające, i autorowi udało się z takiego włosa wyodrębnić czystą hodowlę *Aspergillus fumigatus*. Okazało się, że nie wszystkie wyciągi włosa wywoływały idjosynkrazję, jednak po dodaniu do takiego włosa „nieczynnego“ hodowli *aspergillus fumigatus* objawy te natychmiast występowały.

Po stwierdzeniu faktów, że alergeny znajdują się w wolnym powietrzu i w niektórych mieszkaniach, doszedł autor do wniosku, że można astmatyków pozbawić objawów chorobowych nie tylko przez wysyłanie ich w góry, ale że da się to samo osiągnąć w kraju, o ile stworzy im się odpowiednie warunki życia. W tym celu radzi autor urządzić dla idjosynkratyków t. z. „miasmafreie Zimmer“, czyli pokoje wolne od allergenów. Zdaniem autora, urządzenie pokoju dla ludzi nadwrażliwych na alergeny, zawarte w poduszkach lub materacach, a więc typu B, jest bardzo łatwe, należy tylko od czasu do czasu pościel drogą odkażania pozbawić danych pasorzytów. Trudniej jednak, a to głównie ze względu na koszt, jest urządzić pomieszczenie dla osobników nadczułych na alergeny typu A, gdyż tu należy całe powietrze, przenikające zewnątrz sączyć przez odpowiednie przyrządy, aby je w ten sposób uwolnić zupełnie od miazmatów. Projekt ten autor już w czyn wprowadził i otrzymał doskonałe wyniki: chorzy byli zupełnie wolni od objawów i czuli się tak, jak podczas pobytu w górach. Ponieważ jednak taki system chorego nie uleczy, więc autor radzi podczas pobytu w tych pomieszczeniach jednocześnie stosować leczenie, czy to zapomocą tuberkuliny, czy też przez „odczulanie“ (desensybilizację zapomocą allerge-

nów swoistych). W tym kierunku autor poczynił już pewne próby, które polegały na tem, że z allergenów powietrza, a więc typu A, przygotowano wyciągi wodne i zastrzykiwano je chorym podskórnie. Wyniki były jednak niezbyt zachęcające, gdyż chorzy ci po zastrzykach czuli się znacznie gorzej, niż normalnie. Autor przypuszcza jednak, że przy odpowiednio udoskonalonej technice uda się otrzymać wyniki pożyteczne. Ciekawe są objawy, występujące u chorych po zastrzyku wyciągu z allergenów. Należy zaznaczyć, że objawów lokalnych niema zupełnie i że odczyn ogólny, nieraz bardzo silny, występuje nie natychmiast, lecz dopiero po kilkunastu godzinach lub nawet po 2 dniach i trwa bardzo długo, nieraz kilka miesięcy. Wobec tego autor wyraża przypuszczenie, że alergeny te nie są może właściwymi antygenami, ale że obniżają ogólną odporność ustroju i zwiększają wrażliwość danych osobników na właściwe antygeny.

Wszystkie przypadki, o których mówiono dotychczas, były wyrazem idjosynkrazji, nabytej pod wpływem pewnych bodźców w ciągu życia indywidualnego. Należy obecnie choć w kilku słowach wspomnieć o idjosynkrazji wrodzonej, która polega na tem, że objawy chorobowe występują u niektórych osobników już przy pierwszym zetknięciu się z pewnym antygenem. Mechanizm tego procesu jest niezrozumiały. Jednakże zdaniem D o e r r a, chodzi i w tych przypadkach o obecność przeciwciał. Trudno jednak rozstrzygnąć, czy należy przyjąć istnienie wrodzonych przeciwciał dla pewnych antygenów, czy też i w tych przypadkach mamy do czynienia z uczuleniem nabytym, czy to drogą płucną przez inhalację, czy drogą trawienną, naskutek zbyt dużej przepuszczalności ścian jelit.

Bądź co bądź, faktem jest niezbitym, że idjosynkrazja, podobnie jak anafilaksja polega na istnieniu swoistych przeciwciał. Idjosynkrazja jest więc odczynem odpornościowym ustroju; jest to jednak wyraz takiej odporności, która naskutek swych rozmiań — imponuje bezcelowością.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Biologja.

S. HEYER. Wykrywanie hormonów we krwi. (Med. Kl. Nr. 48 1925).

Opisana niedawno przez B o c k a metoda wykrywania hormonów we krwi obudziła wielkie zainteresowanie się nią ze względu na doniosłą wartość rozpoznawczą i leczniczą w cierpieniach gruczołów dokrewnych. Wbrew temu, co twierdzi B o c k o precyzyjności swej metody, H e y e r otrzymał wyniki wyłącznie ujemne, uwzględniając przy pracy wszelkie szczegóły techniczne. Różnice wyników H e y e r kładzie głównie na karb subiektywnej oceny w rozpoznawaniu obrazu, a dobre rezultaty, otrzymane przez B o c k a, tłumaczy autosuggestją, jakiej podlega autor metody.

M. G o l d m a n (senior).

BÉLA STEINER. Związek pomiędzy cukrem we krwi i w tkankach. (Jahrb. f. Kinderh. Tom 60. Zesz 5/6 1925).

Autor określał zawartość cukru we krwi i w płynie tkankowym celem porównania wzajemnego ich stosunku.

U dzieci zdrowych zawartość cukru we krwi jest większa, niż w płynie tkankowym. W schorzeniach przemiany materji zawartość cukru w płynie tkankowym zmienia się w zależności od intensywności procentów utlenienia w tkankach, zawartości glikogenu w wątrobie oraz ogólnego stanu odżywiania. W przebiegu gruźliczego zapalenia opon mózgowych, wbrew przewidywaniu, stwierdzał stale większą ilość cukru w płynie tkankowym, niż normalnie; przypisuje to działaniu na ośrodek, regulujący gospodarkę cukrową w mózgu.

P. B a u m r i t t e r.

M. POPPER i C. POPESCO-INOTESTI. Badania biologiczne krwi żyły wrotnej u człowieka. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 14 — 1925).

Autorzy badali krew żyły wrotnej u chorego z zespołem C r u v e i l h e r - B a u m g a r t e n a, cechującym się przetrwaniem żyły pępkowej, jako skutkiem zaburzenia krążenia wrotnego wewnątrzwątrobowego. Krew wrotna krąży przez drożną żyłę pępkową i staje się wobec swego położenia pod-

skórnego łatwo dostępną do badań. Ze względu na rzadkość podobnego zespołu, pozwalającego na zbadanie krwi wrotnej u człowieka, autorzy uważają za słuszone podanie wyników swych badań, obejmujących wiele zagadnień z dziedziny fizjologii. Autorzy porównywali krew wrotną z krwią żył obwodowych z punktu widzenia części składowych, własności chemicznych i fizyko-chemicznych i stwierdzili, co następuje:

- 1) Krwinki czerwone: liczba ich była w żyłce wrotnej i na obwodzie prawie jednakowa; badanie to nie wykazuje przeto niszczenia krwinek, zachodzącego w śledzionie.
- 2) Krwinki białe: w żyłce wrotnej 4.600, we krwi obwodowej 5.600. Zmniejszenie nieznaczne liczby tych krwinek w żyłce wrotnej może zależeć jedynie od czynności leukolitycznej śledziony. Wzór krwinek białych nie wykazywał znaczniejszej różnicy.
- 3) Hemoglobina: w żyłce wrotnej 77 (Sahli), w żyłce obwodowej 71. Różnicę tę można wytłomaczyć jedynie uwalnianiem hemoglobiny przez śledzionę, bądź przez globulolizę, bądź przez ekstrawazję barwika, bez niszczenia komórkowego. Badanie morfologiczne wykryło we krwi wrotnej dość znaczną liczbę krwinek czerwonych, wykazujących hypochromję.
- 4) Odporność krwinek: we krwi wrotnej $H = 40$, H (zupełna) = 34. Krew obwodowa $H = 32$, H (zupełna) = 24; oznacza to wielkie zmniejszenie odporności krwinek żyły wrotnej, wykazujące ich kruchość, wywołaną przez śledzionę na krwinkach, przeznaczonych na następce zniszczenie prawdopodobnie w komórkach Kupfera.
- 5) Szybkość opadania krwinek, badana naczeczko, okazała się w obu próbach krwi jednakową.
- 6) Ilość bilirubiny okazała się we krwi wrotnej i obwodowej jednakową. Nie można było przeto w tym przypadku wykazać we krwi, pochodzącej ze śledziony, wytwarzania się w nadmiarze barwika żółciowego z uwolnionego barwika krwi.
- 7) Urobilina. Odczyn Obermeyera na urobilinę we krwi, który był lekko dodatni we krwi obwodowej, okazał się znacznie wybitniejszym we krwi wrotnej. Wynik ten można tłumaczyć jako dowód jelitowego powstawania urobiliny, albo też pozwala na przypuszczenie jej ewentualnego pochodzenia śledzionowego.
- 8) Glikemja. Poziom cukru we krwi naczeczko był prawie jednakowy. W $\frac{1}{2}$ godziny po spożyciu 80 gr. glukozy w żyłce wrotnej cukru znaleziono 1,40‰, we krwi obwodowej 1,15‰.
- 9) Azotemja. Azot całkowity, po odbieleniu surowicy, obliczony metodą Kjeldahla, był naczeczko prawie jednakowy w obu próbach (0,40). Po spożyciu zaś 40 gr. mocznika azot ten w żyłce wrotnej podniósł się do 0,69, we krwi zaś obwodowej do 0,56.
- 10) Hemokonje. Liczba hemokonij po spożyciu masła okazała się we krwi żyły wrotnej wyraźnie większa, niż we krwi obwodowej.

J. Typograf.

Fizjologia normalna i patologiczna.

S. MAKINO. Przyczynki do zagadnienia o pozawątrobowym wytwarzaniu się barwików żółciowych. (Zieglers Beitrage z. pathol. Anat. T. 42 str. 808 — 859).

Praca Makino składa się z ośmiu oddzielnych rozdziałów, pozornie ze sobą nie związanych. Ujęcie tych działów w jedną pracę tłumaczy się przewodnią myślą autora, który dąży do rozstrzygnięcia aktualnego dzisiaj zagadnienia, a mianowicie, gdzie i przez jakie części składowe ustroju zostają wytwarzane barwinki żółciowe (Bi)?

Rozdział I-szy obejmuje badania, przeprowadzone na rana temporaria i esculentia. Wnioski, wyprowadzone przez autora, brzmią w sposób następujący:

1. Autor nie spostrzegł nigdy wystąpienia żółtaczki ani u żaby normalnej po zatruciu toluylendwuaminą (T. D. A.) lub fenylhydrazyną (F. H.), ani u żaby po wyluszczeniu wątroby.
2. Podwiązanie przewodu żółciowego wspólnego nie wywołało żółtaczki nawet po upływie 2 — 3 tygodni od czasu podwiązania. W moczu od czasu do czasu występował wyraźny odczyn dwuazowy. Prawdopodobnie

wywołany on był przez domieszki treści jelitowej do moczu.

3. Wyciągi alkoholowe z żaby, pozbawionej wątroby i jelit, dają nieznaczny odczyn dwuazowy pośredni. Nie wiadomo, od czego on zależy.
4. Podwiązanie przewodu żółciowego wspólnego lub usunięcie wątroby u żaby nie prowadzi do żółtaczki wskutek nie tyle ustania wytwarzania barwika żółciowego, ile wskutek właściwości tego barwika.

Rozdział II-gi obejmuje badania nad odczynem dwuazowym van den Bergha. Wnioski autora są następujące:

1. Nie wiemy, od czego zależą odczyny Bi bezpośredni i pośredni.
2. Żółć z pęcherzyka żaby zawsze daje odczyn pośredni; u wszystkich innych zwierząt — zawsze odczyn dwuazowy jest bezpośredni. Od tej właściwości barwika żółci żaby zależy brak żółtaczki (patrz R. I p. 4).
3. Mimo, że geneza odczynu Bi bezpośredniego i pośredniego w osoczu krwi jest nieznana, odczyny te mogą być wykorzystane praktycznie dla różniczkowania żółtaczek.

Rozdział III dotyczy wytwarzania Bi w starych ogniskach krwotocznych i w krwiakach sztucznych u zwierząt. Badania autora doprowadziły go do wniosków następujących:

1. Bi wytwarza się w tkance podskórnej u psów i królików, jeśli zwierzętom tym zastrzykniemy hemoglobinę ich własną lub obcogatunkową.
2. U ludzi w starych ogniskach krwotocznych można wykazać stosunkowo znaczne ilości Bi.
3. Zawartość Bi we krwi żyły śledzionowej była znacznie większa, niż we krwi żyły jarzmowej. Dotyczy to jednego zbadanego przypadku niedokrwistości złośliwej.

Rozdział IV podaje dane z doświadczeń autora na psach z przetoką Ecka zwykłą lub z przetoką Ecka odwrotną nad wytwarzaniem Bi po zastrzyknięciu takim zwierzętom hemoglobiny lub po zatruciu ich T. D. A. lub F. H. Wyniki tych badań autor streszcza w sposób następujący.

1. Wstrzykiwanie krwi lakowej dożylnie lub zastrzykiwanie podskórne T. D. A. lub F. H. psom normalnym i psom z przetoką zwykłą lub odwrotną — wywołuje w stosunkowo krótkim czasie zjawienie się Bi w osoczu krwi. Bi zjawia się mniej więcej w tym samym czasie u wszystkich zwierząt. Zdaniem autora dowodzi to, że Bi wytwarza się poza komórkami wątrobnymi.
2. Zdaniem autora pogląd Retzlaffa, że bilirubinemia względnie żółtaczka zależą od uszkodzenia kom. wątrobowych przez T. D. A. lub F. H., jest niesłuszny. Rozdział V. Autor kontrolował doświadczenia Whipplego i Hoopera oraz Retzlaffa i doszedł do wniosków następujących:

1. Wyłączając wątrobę z krążenia sposobem Whipplego i Hoopera i zastrzykując dożylnie Hb spostrzegali przemianę Hb w Bi. Jednak ani spojówka, ani tk. podskórne nie były podbarwione żółtaczkowo, jak to w swych doświadczeniach spostrzegali tylko co wspomniani autorzy.
2. Podobne wyniki uzyskał przy doświadczeniach kontrolnych, przeprowadzanych sposobem Retzlaffa (wyłączenie wątroby—zastrzyknięcie podskórne F. H.).
3. U psów Hb szybko może przekształcać się na Bi, jednak nie w takiej ilości, by powstała żółtaczka.
4. Po podwiązaniu v. portae i a. hepaticae psy żyją od 5 do 7 godzin.

Rozdział VI. Stosował na psach zabieg Manna i Magatha. Zabieg udaje się z trudem (na 34 psy — tylko 4 dodatnie). Wyniki doświadczeń autora dadzą się streścić w sposób następujący:

1. Po usunięciu wątroby sposobem tych autorów można utrzymać psy przy życiu mniej więcej sześć godzin.
2. U tak zoperowanych psów po upływie pewnego czasu w osoczu zjawia się Bi, niezależnie od tego, czy była zastrzyknięta dożylnie hemoglobina, czy też nie.
3. Przypuszczenie, że u takich psów Bi wytwarza się za pośrednictwem zaczynu pochodzącego z kom. wątrobowych, jest nieprawdopodobne. Jeśliby nawet chodziło o taki zaczyn, to, zdaniem autora, pochodziłby on z układu S—S.

4. Bi nie może być wytworzona ani przez elementy morfotyczne krwi, ani nie powstaje na drodze humoralnej w osoczu. Makino odrzuca całkowicie wytwarzanie Bi na drodze czysto humoralnej bez współudziału komórek.

5. Szybkość wywarzania się Bi u tak operowanych psów jest nieomal taka sama, jak u psów normalnych lub tylko nieznacznie mniejsza.

Rozdział VII. Autor stara się rostrzygnąć dwa pytania: 1^o czy kom. wątrobowe są tylko komórkami, wydalającymi barwik żółciowy gotowy i 2^o czy Bi, wstrzyknięta do krwi, ulega zmianom w tem znaczeniu, że Bi bezpośrednio przechodzi w Bi pośrednią i odwrotnie. Wnioski autora:

1. Stosunkowo znaczne ilości żółci, wstrzyknięte do krwi, zostają z niej wydalone w ciągu 24 godzin. Głównym narządem wydalającym jest wątroba, lecz, wbrew twierdzeniom innych autorów, też samą czynność pełnią nerki, nawet wówczas, gdy we krwi mamy nieznaczne ilości Bi.

2. Wskutek zbyt krótkiego czasu przebywania żółci — żółtaczka nie rozwija się. Żółtaczkowe zabarwienie powstaje dopiero po upływie pewnego czasu.

3. Wątroba pełni tylko czynności wydalnicze. Bi zostaje wytworzona pozawątrobowo.

4. Bi, wstrzyknięta do krwi, w ciągu 24 godzin nie zmienia swego odczynu, niezależnie od tego, czy zastrzyknięta Bi bezpośrednio czy też Bi pośrednią.

5. U psa Bi pośrednią przechodzi do moczu.

6. Jeśli Bi wstrzyknięta do v. portae, to zostanie ona szybciej wydalona z ustroju, niż przy zastrzyknięciu do v. jugularis.

Rozdział VIII. Na zasadzie swych doświadczeń, autor odrzuca teorię krażenia jelitowo-wątrobowego Bi. (Wethermer, Rous, Brown i Mc. Master) oraz neguje wysłanie Bi w przewodzie pokarmowym.

W. Czarnocki.

CHIRAY et PANEL. Fizjologia pęcherzyka żółciowego. (Le Presse Médicale Nr. 43. Mai 1925 r.).

Autorowie omawiają istniejące w nauce poglądy na rolę pęcherzyka żółciowego w ustroju. Opierając się na doświadczeniach własnych, dotyczących pęcherzyka żółciowego psów, *in vitro*, przychodzą do następujących wniosków:

1. Pęcherzyk żółciowy jest zbiornikiem żółci aktywnym, kurczliwym.

2. Posiada on zdolność stężania żółci drogą wysysania wody.

3. Posiada zdolność wchłaniania tłuszczów obojętnych i, być może, cholesteryny.

4. Wydziela śluz w mniejszej lub większej ilości.

Niedostateczna czynność lub zniszczenie pęcherzyka żółciowego pociąga za sobą znaczne zaburzenia, tworząc podkład anatomo-fizjologiczny dla zespołu objawów klinicznych, który z czasem da się wyodrębnić w pewną jednostkę chorobową. Objawy te mogą zniknąć w miarę występowania zastępczego działania dróg żółciowych poza lub wewnątrzwątrobowych.

S. Półtorzycka.

F. RATHERY i DREYFUS — SEE. Wpływ przekłucia łądzwiowego na poliurję, glikozurję i glikemję u chorych cukrowych i u osobników zdrowych. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 17. 1925).

Autorzy badali wpływ przekłucia łądzwiowego na ilość dobową wydzielanego moczu i cukru oraz na zmiany poziomu cukru we krwi. Płynu mózgowordzeniowego wypuszczano 10 cm³. Badania były wykonane zarówno na osobnikach zdrowych, jak i dotkniętych cukrzycą. Badanych podzielono na 3 grupy:

I osobniki bez wielomoczu i bez cukromoczu;

II osobniki z nieznacznym cukromoczem, bez wielomoczu; glikemja nieznacznie wzmożona.

III osobniki z cukromoczem i hyperglikemją:

a) ilość moczu prawidłowa;

b) znaczny wielomocz.

W wynikach doświadczeń okazało się, że:

1) wpływ na diurezę był we wszystkich 3 grupach bardzo nieznaczny, nie przekraczający wahań normalnych;

2) wpływ na glikozurję był w grupie II i III prawie że żaden;

3) wpływ na glikemję: w grupie I i II żaden, w III zaś stwierdzono wybitny spadek poziomu cukru we krwi, trwający około 24 godzin.

Stwierdzonego przez niektórych autorów wpływu przekłucia łądzwiowego na diurezę i glikozurję nie można przeto uważać za stały, gdyż brak go było we wszystkich lub prawie wszystkich spostrzeżeniach autorów. Wahania zaś glikemji występowały jedynie u osobników z dużym wielomoczem i znaczną hyperglikemją. Wiadomo, że u takich chorych wszelkie zaburzenia stanu ogólnego, wszystkie czynniki zakaźne, nerwowe lub nawet psychiczne są w stanie powodować głębokie zaburzenia przemiany materji, mogące wywołać nawet wybuch śpiączki.

Przekłucie łądzwiowe, jako lekki uraz opon, może wywołać w pewnych przypadkach odczyn opon ogólny lub miejscowy. Odczyn ten, mniej lub więcej znaczony, może być u osobników, wrażliwych powodem zmiany równowagi węglowodanowej, bez bezpośredniego udziału ośrodkowego układu nerwowego i bez zmiany mechanizmu działania układów glikoregulującego i regulującego diurezę.

Wpływ przekłucia łądzwiowego na przemianę węglowodanową nie może przeto uchodzić za żaden nowy dowód wpływu układu nerwowego w patologji zespołu diabetycznego.

J. Typograf.

F. FOCK i S. A. HOLBOELL. Badania nad podziałem cukru we krwi między krwinkami czerwonymi a osoczem. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 16 — 1925).

Z badań autorów wynika, że stosunek ilości glukozy, zawartej w krwinkach czerwonych, do jej ilości w osoczu wyraża się naczco zarówno u osobników zdrowych, jak i cukrzyczych tą samą liczbą 0,75.

Po spożyciu węglowodanów wielkość stosunku tego K/O, (krwinki: osocze), podnosi się czasem powyżej 1 u osobników zdrowych oraz cukrzyczych, leczonych insuliną. Autorzy przypuszczają, że zjawisko to zależy od pochłaniania glukozy osocza w tkankach podczas przejścia krwi przez układ naczyń włosowatych.

To samo zjawisko stwierdza się u chorych cukrzyczych nieleczonych, u których cukier ze krwi nie jest wchłaniany przez tkanki; jest ono prawdopodobnie wynikiem wydzielania glukozy osocza w układzie włosowatym nerek.

J. Typograf.

L. SERVANTIE. Wahania ilości kwasu mlecznego we krwi zwierzęcia zdrowego po zastrzykach insuliny. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 9 — 1925).

Autor badał, jakie mogą zachodzić, jako jednoczesne lub współzależne ze spadkiem glikemji, wahania ilości kwasu mlecznego u zwierząt zdrowych pod wpływem zastrzyku insuliny.

Dokładne pomiary nie wykazały ani razu, aby ilość kwasu mlecznego pod wpływem insuliny zwiększała się, lecz stwierdzono zawsze, jako prawdo, albo zmniejszenie się jego ilości, albo pozostanie na tym samym poziomie.

Doświadczenia te obalają przypuszczenie niektórych autorów, jakoby znikanie glukozy pod wpływem insuliny można było tłumaczyć jej zamianą na równoważną ilość kwasu mlecznego.

J. Typograf.

Serologia i Bakteriologia.

ROSE i WALDHARD. Zakażenie i odporność świnięk morskich względem zarazka opryszczkowego. (Zeit f. Hyg. u. Infekt. T. 105, str. 645).

Badania nad opryszczką, które dały tak piękne wyniki, były robione wyłącznie niemal na królikach. Dopiero w ostatnich czasach rozszerzono je na świnki morskie. Pierwsze doświadczenia Gildemeistera i Herzberga zwróciły powszechną uwagę. Okazało się, że materiał opryszczkowy, szczepiony śwince na stopie, daje swoiste porażenia tylnej połowy ciała, czasem śmiertelne, czasem przemijające bez śladu. Praca niniejsza, pochodząca z laboratorjum Doerra, ma za przedmiot wszechstronne zbadanie tego zjawiska i, jak zobaczymy dalej, zawiera wyniki pierwszorzędnej wagi dla sprawy patogenetycznych procesów wogóle, a dla nagminnego zapalenia mózgowia w

szczególności. Szczepienie zarazka opryszczkowego do rogowki wywołuje u świnki typowe zapalenie rogowki i spojówki, przebiegające szybciej, niż u królika i gojące się bez śladu nawet w ciężkich przypadkach. Szczepienie do mózgu wywołuje proces zapalny, ale mniej stale, niż u królika. Mózg morskiej świnki jest daleko mniej wrażliwy, gdyż szczepienie do rogowki ani razu nie pociągnęło za sobą śmiertelnego zapalenia mózgowia. Szczepienie do skóry w częściach uwłosionych daje u morskiej świnki odczyn różnego rodzaju: 1) typowe pęcherzyki opryszczkowe, niekiedy występujące w kilku nawrotach i układem swym przypominające półpasiec; 2) nietypowe nacieki w skórze, których środek ulega zgorzeli. Szczepienie doskórne na podszwy przyjmuje się również, ale znacznie mniej regularnie, niż szczepienie dorogówkowe. Nawet najbardziej zjadliwe szczepy zawodzą mniej więcej w 10-ej części przypadków o tyle, że nie dają zmian makroskopowych.

W następstwie szczepień podszwowych rozwija się w pewnej części przypadków proces chorobowy w lędźwiowej części rdzenia w postaci porażenia zaburzeń czucia i zajęcia ośrodków sympatycznych. Sprawa ma bardzo rozmaity przebieg i natężenie. Porażenia tylnych kończyn występują już niekiedy pomiędzy 5 a 11-tym dniem. Jednocześnie często zdarza się porażenie mięśni odbyticy i pęcherza i uderzająco szybkie chudnięcie zwierzęcia. Zaburzenie czucia są trudne do stwierdzenia, ale niektóre objawy dadzą się wytlomaczyć tylko znieczuleniem (uszkodzenia kończyn i pażurów spowodowane przez to, że zwierzę nie usuwa i nie oszczędza kończyn). To samo dotyczy zajęcia ośrodków współczulnych: niektóre zwierzęta zachowują normalną funkcję zwieracza pęcherza, ale tracą poczucie napełnienia, tak, że pęcherz może nawet pęknąć wskutek nadmiernego rozciągnięcia. Proces często rozszerza się na stronę niezakażoną u zwierząt szczepionych jednostronnie, ale nie ma tendencji do szerzenia się w górę. Porażenia wszystkich 4-ch kończyn autorzy nie widzieli ani razu i tylko kilkakrotnie znajdowali zapalenie mózgowia w następstwie zajęcia rdzenia. Objawy naogół są zmienne. Porażenie tylko wyjątkowo trwa długo i częściej daleko ustępuje z biegiem czasu. Pod względem histologicznym autorzy znaleźli proces zapalny w rdzeniu i w nerwach obwodowych. Zmiany ostre koncentrują się w tkance podścieliskowej w postaci nacieków złożonych z limfocytów i makrofagów obok braku zupełnego leukocytów wielojądrowych. Elementy ektodermalne ulegają zwyrodnieniu i bujaniu. W przypadkach przewlekłych tkanka nerwowa ulega zanikowi i ustępuje miejsca tkance łącznej, obfitującej w naczynia. Zmiany i jedne i drugie koncentrują się w części lędźwiowej rdzenia zwłaszcza w miejscu wejścia włókien czuciowych nerwu kulszowego. W tylnych częściach rdzenia zmiany są wybitnie większe niż w przednich. Zajęte są opony, pęczki tylne i tylne rogi szarej istoty. Uderzające jest, że zmiany histologiczne dotyczą elementów czuciowych, natomiast zaburzenia ruchowe, przede wszystkim rzucające się w oczy w obrazie klinicznym, nie mają żadnego odpowiednika anatomicznego. Zgadza się to z przemijającym charakterem zaburzeń ruchowych. Z wielkiego mnóstwa zwierząt, szczepionych i zbadanych histologicznie, tylko jedno miało porażenia trwałe, i u niego znaleziono też zmiany anatomiczne w przedniej części rdzenia lędźwiowego. Schorzenie nerwów obwodowych nie jest czynnikiem pierwotnym, wywołującym porażenie, gdyż nie występuje ono, dopóki proces chorobowy posuwa się wzdłuż pnia nerwowego, lecz dopiero wtedy, gdy osiągnie rdzenia. U zwierząt zakażonych jednostronnie, porażenie obu stron rozwija się jednocześnie, t. j. dopiero wtedy, kiedy zmiany chorobowe dosięgły rdzenia. Dysproporcja pomiędzy natężeniem objawów ruchowych a odpowiednimi zmianami anatomicznymi wskazuje, że zajęcie tylnych pęczków i tylnych rogów jest to właściwie niemy świadek schorzenia i przeważnie nie wywołuje objawów klinicznych, tem bardziej, że objawy czuciowe są stosunkowo nieznaczne.

Istotnie, u zwierząt, których zakażenie przebiegało bez objawów, autorzy znajdowali w rdzeniu typowe zmiany anatomiczne. Właściwie autorzy nie stwierdzili żadnych różnic anatomicznych pomiędzy zwierzętami, u których wystąpiły porażenia, a takimi, których ruchy były zupełnie normalne. Nie znaleźli również zasadniczej różnicy w tej mierze pomiędzy rozmaitymi szczepami opryszczki. Autorzy podkreślają istnienie bezobjawowego zapalenia rdzenia u świnki

morskiej, które już poprzednio zdarzyło się obserwować innym badaczom na królikach. Zapalenie rdzenia u świnki występuje, zdaniem autorów, w każdym przypadku zakażenia zarazkiem opryszczkowym. Stanowi to najbardziej typową cechę tej kategorii zarazków. Szczepiąc materiał, pobrany ze zwierząt, zabitych w okresie porażenia, autorzy stwierdzali obecność zarazka w mózgu. Natomiast w późniejszych okresach mózg przestaje być zakaźnym. Jest tu uderzające podobieństwo do wyników szczepienia materiału ze zwłok osób zmarłych na nagminne zapalenie mózgowia. I tu i tam zarazek znajduje się w mózgu tylko podczas trwania anatomicznego procesu chorobowego, później natomiast znika zupełnie.

Odporność, nabyta pod wpływem zakażenia zarazkiem opryszczkowym, jest u świnek tylko częściowa. Zakażenie powtórne naogół przyjmuje się, lecz przebiega odmiennie i nie daje objawów następczych w postaci zmian w rdzeniu.

Z. S z y m a n o w s k i.

Lecznictwo.

G. VENZMER. **Preparaty oryginalne czy namiastki.** (Therapie der Gegenwart Nr. 10 — 1925).

Stosunki gospodarcze czasów obecnych wymagają jak najdalej idącej oszczędności we wszystkich dziedzinach życia, a więc i przy zapisywaniu leków. Autor zajmuje się zagadnieniem, czy kosztujące taniej namiastki choćby o dołkownie identycznym składzie chemicznym, co stosunkowo droższy preparat oryginalny, posiadają jednaką z nim wartość leczniczą. Doświadczenie lekarskie wykazuje, że pochodzące z różnych fabryk leki wykazują różne działanie terapeutyczne. Różnice te zależą, według autora, od niejednakowych własności fizycznych preparatów. Nawet stosunkowo proste i, zdawałoby się, łatwe do naśladowania związki chemiczne przedstawiają w wyrobach różnych fabryk, zależnie od niejednakowego sposobu wytwarzania, jednostki „indywidualne“, różniące się w swym działaniu leczniczym. Sposób fabrykacji preparatu oryginalnego przedstawia najczęściej tajemnicę fabryki.

Autor uważa, że pewne leki oryginalne stanowczo nie dadzą się zastąpić przez odpowiednie namiastki. Jako przykład przytacza tak popularne i znane leki, jak Aspiryna i Protargol.

Porównanie Protargolu z jego namiastką *Argentum proteicum* wykazuje znaczne różnice pod względem czystości preparatu, jego trwałości, stopnia dyspersji, spoiwości, rozpuszczalności.

Porównanie oryginalnej Aspiryny z jej namiastką kwasem acetylo-salicylowym wykazuje różnice postaci krystalłów, punktu topnienia, stopnia rozpuszczalności, odmienne zachowanie się w stosunku do soku żołądkowego oraz znaczną różnicę trwałości.

Wszystkie te czynniki okazują wielki wpływ na działanie terapeutyczne leków oraz na ewent. szkodliwe objawy uboczne.

Zarówno więc chemiczne, a szczególnie fizyczne i farmakologiczne badania przemawiają stanowczo za bezwzględnie większą wartościowością pewnych leków oryginalnych w porównaniu z ich namiastkami.

Co zaś do różnicy w cenie, to ostatecznie najtańszym okazuje się bez względu na cenę ten lek, który jest najskuteczniejszy.

J. T y p o g r a f.

HEMPEL. **Iobellina w leczeniu porażenia oddechowego podczas zabiegu chirurgicznego.** (M. Med. W. Nr. 20, 1925).

Iobellina posiada podwójny sposób działania na narządy oddechowe: 1) obezwładnia zakończenia nerwowe nerwu błędnego w płucach, a co zatem idzie, kurcz małych oskrzeli; 2) działa bezpośrednio na ośrodek oddechowy.

W odróżnieniu od innych środków, dotychczas używanych (strychnina, kamfora, kofeina i t. p.), iobellina działa nader szybko: zwyczajny zastrzyk podskórny lub domięśniowy 0,01 już po dwóch minutach poprawia oddech. Dożylnie stosuje się dawkę od 0,003 do 0,01. Dawki powyższe mogą być powtórzone po krótkim czasie bez ujemnego działania ubocznego.

J. P o m p e r.

ORATOR. Zastosowanie insuliny w chirurgji. (Deut. Zt. f. Chir. B. 195 H. 1 — 2.

Wskazanie do stosowania insuliny ma miejsce przede wszystkim u chorych chirurgicznych, cierpiących jednocześnie na skazę cukrzyczą. Chorego na cukrzycę należy przed zabiegiem chirurgicznym doprowadzić z pomocą insuliny do takiego stanu, by w moczu znikł aceton całkowicie, a cukru były tylko ślady. Wykonanie samego zabiegu powinno się odbyć możliwie nie w uspianiu ogólnym; bezpośrednio przed zabiegiem chory otrzymuje wlewianie mieszaniny cukru z insuliną. Ma to na celu możliwe skrócenie czasu głodzenia się chorego i zmniejszenie kwasicy pooperacyjnej.

Stosowanie insuliny w chirurgji może być wskazane u chorych bez skazy cukrzyczej a mianowicie: a) jako środek tuczający u rekonwalescentów po ciężkich operacjach z wypadkiem odżywienia (operacja na żołądku, nerkach i t.d.); b) jako dożylny wlewianie insuliny z glukozą u chorych z rozwijającym się charłactwem, zwłaszcza kiedy karmienie doustne musi być ograniczone (zapalenie otrzewny, skręt jelit, operacje na żołądku). Również może być z pożytkiem stosowana insulina w postaci wlewiania dożylnego wraz z glukozą w kwasicy głodowej, po wstrząsach i po operacjach. Przygotowanie chorych na chorobę Basedowa po operacji udaje się z pomocą insuliny znacznie skrócić, jak również i powrót do zdrowia chorych na chorobę Basedowa po operacji następuje przy stosowaniu insuliny znacznie szybciej, niż zwykle.

Bezskuteczna jest insulina w cierpieniach, nie nadających się do operacji, jak przerzuty nowotworowe, zakażenie ogólne w kwasicy na tle schorzenia trzustki i stanach zatrucia moczowego. Przeciwwskazana jest insulina, a nawet niebezpieczna w stanach silnej miażdżycy naczyń, ze względu na jej wpływ na ciśnienie krwi.

Rubinstein.

F. RABE. Wlewania dwunastnicze. (Deutsche Med. Woch. Nr. 12, 1926).

Zgłębnik dwunastnicy powinien znaleźć szerokie zastosowanie w zabiegach leczniczych. Funk, Jutte stosowali wlewania dwunastnicze w zapal. stawów, dnie, astmie, cukrzycy, zapaleniu nerek i in. Wydaje się to celowe, jeśli zważymy, że np. roztwory hypertoniczne przechodzą b. wolno przez żołądek. Dla roztworów izotonicznych nadawałaby się sonda w przypadkach atonji. Wielokrotne przemywanie jelit poprzez dwunastnicę ma na celu odtruwanie organizmu.

Przy wprowadzaniu sondy dobrze jest podać kilka łyków wody ze sodą dla ułatwienia przejścia oliwki przez odźwiernik. Zwykle czekamy około 15 minut, poczem wlewamy litr płynu Juttego: natr. chor. 9, natr. sulfur. sicc. 9, aq. dest. 1000. Na początku wlewania radzi Jutte podać choremu nieco płynnego pokarmu, by przez zamknięcie odźwiernika zapobiec powrotowi płynu do żołądka.

Jednym z ważnych, lecz mało uwzględnianych wskazań wlewania dwunastniczych jest przeprowadzenie kuracji przeciw robakom, zwłaszcza w przypadkach uporczywej. Wstrzykujemy extr. filicis w postaci emulsji, a po 2 godzinach przeprowadzamy płukanie przez pozostawioną sondę. Płynne wypróżnienie ma miejsce zwykle w ciągu godziny.

W stanach zapalnych wzgl. w owrzodzeniach dwunastnicy, oprócz wlewania zwykłych, stosuje się roztwory preparatów srebra (arg. nitr. 1:20 000 do 1:1 000, protargol ½%), roztwory 1% ichtyolu. Płynny ten w ilości 60 — 100 cm.³ wstrzykujemy, wypuszczając po chwili przez oszczenie otworu sondy.

W cholelithiasis, cholecystitis, ieterus stosowane roztwory peptonu 5 — 10%, siarczau magnezji 25 — 33½%, cukru gronowego 60% powodują wzmożone wydzielanie żółci. W sprawach infekcyjnych, zwłaszcza pochodzenia durowego, opróżnienie dróg żółciowych może wpłynąć na skrócenie sprawy chorobowej (Kahn, Weilbauer). W kamicy spostrzegł Allard odchodzenie kamieni; autor za leca przed wprowadzeniem sondy podać atropinę z papaweryną dla zmniejszenia napięcia mięśnia Oddiego, jednak ostrzega, że zabieg ten może spowodować napad, jak również nie jest obojętny w stosunku do stanu zapalnego (ew. wytworzenie zrostów).

Singer przez sondę wlewał do dwunastnicy oliwę, zaś Ad. Schmidt wprowadzał tlen, który miał korzystnie oddziaływać na stany kataralne.

M. Goldman junior.

L. F. MEYER. O odżywianiu gorączkujących niemowląt i dzieci. (Deutsche med. Woch. Nr. 17, 1926).

M. W 50 przypadkach (bronchitis, bronchopneumonia, pneumonia croup., pyuria, cystitis, otitis, pharyngitis, lymphadenitis i in.) podawał przez 24 godz. 500 do 800 gr. cukru gronowego, poczem dodawał stopniowo pokarmy obfitujące w witaminy. W 52% wpływ tej diety był pewny i trwały, w 24% — przemijający, w 24% — żaden. Autor podkreśla przede wszystkim znaczenie cukru dla gospodarki wodnej organizmu gorączkującego; przypomina charakterystyczne dla gorączki objawy: pragnienie, suchość skóry i błon śluzowych, skąpa ilość moczu. M. przeprowadził szereg badań, wykazujących, że dzieci podczas gorączki oddawały znacznie mniej płynów wprowadzonych, niż w okresie zdrowia. Pribram tłumaczy to silniejszym pęcznieciem kolloidów komórkowych i stąd większym zapotrzebowaniem wody. Podawanie cukru gronowego ma przyspieszać wędrowkę wody z układu krążenia do komórek narządów wewnętrznych.

Zwłaszcza w dłużej trwających sprawach gorączkowych, gdy dziecko staje się blade, niespokojne, ma zaburzenia trawienne, tego rodzaju dieta może oddać duże usługi.

M. Goldman junior.

Choroby zakaźne:

H. HECKSCHER. Nasze leczenie błonicy w latach 1921 — 1925. (D. m. Woch. 1926, Nr. 2).

Ogółem leczono w tym okresie w kopenhaskim szpitalu Blegdam 4819 przypadków błonicy nosa i gardzieli, w tem 10% przypadków ciężkiej błonicy, surowicą leczniczą. W ciężkich przypadkach wprowadzano do 200.000 jednostek, posiadając się surowicą mniej stężoną (400 jedn. w 1 cm.³) do zastrzykiwań domięśniowych i bardziej stężoną (800 jedn. 1 cm.³) dożylnych. W ciągu jednego dnia nie przekraczano u dorosłych 50 cm.³ surowicy dożylnie. Śmiertelność wynosiła 1,2% (57 przyp.) Z tych 51 zmarło skutkiem zaburzeń w krążeniu, w dwóch z dodatkiem choroby surowiczej, cztery na skutek porażenia oddechu w okresie porażenia, jeden na skutek objawów zatrucia ze strony nerek i wątroby, wreszcie jeden skutkiem zapaści po zastrzyknięciu surowicy.

M. G.

NOTHMAN. O szczepieniach toksyną błoniczą z antytoksyną. (Deutsche med. Woch. Nr. 14, 1926).

Złe wyniki czynnego uodparniania tłumaczy autor bądź błędami w przygotowaniu mieszanek toksyn z antytoksynami, bądź nieodpowiednio wybranym do szczepień materiałem. Autor szczepił 210 dzieci w wieku od 10 mies. do 8 lat mieszaną obojętną jadów z przeciwiadami, wstrzykując podskórnie dwukrotnie po 1 cm.³ w odstępie 8-mio dniowym. Naogół odczyn wystąpił u 21 dzieci (10%); z tych — 18 było konstytucjonalnie mniej wartościowych, przeważnie obarczone skazą wysiękową. Nie szczepiono dzieci w przypadkach ostrych, pozatem dzieci z gruźlicą, krzywicą, przewlekłymi cierpieniami dróg oddechowych, wadami serca, dzieci neuropatyczne. Dodatni odczyn tuberkulinowy nie stanowił przeciwwskazania, które wynikało raczej z przyczyn konstytucjonalnych.

M. Goldman junior.

Prof. Robert DEBRÉ (Paryż). Seroprofilaktyka odry i jej zastosowanie praktyczne. (Le Monde Médical 1925, Nr. 677).

Surowica osobnika, który przebył odrę, zastrzyknięta osobnikowi zdrowemu, posiada własność hamowania rozwoju zarazka odry; lecz siła tej własności zmienia się zależnie od chwili, w której zastryk został zrobiony.

O ile surowicę zastrzyknięto wcześniej, t. j. jeszcze przed lub natychmiast po zakażeniu, własność hamująca jest zupełna — odra nie występuje.

O ile surowicę zastrzyknięto później, t. j. w drugiej połowie inkubacji, ma ona własność łagodzenia rozwijającej

się odry, która przybiera charakter osobliwy, i przebieg kliniczny jej jest zupełnie łagodny. W okresie inwazji nieżyty śluzówek nie występują zupełnie lub zaznaczają się b. słabo, ograniczając się do lekkiego nieżyty nosa. Nieżyty spojówek nie występuje nigdy. Plamki Koplika nie występują wcale lub przybierają charakter niezmiernie dyskretny. Gorączka w tym okresie jest niewielka, waha się około 38°. Choroba sama przez się zaznacza się dyskretną wysypką: plamy pojedyncze, oddalone od siebie, wykwyty na śluzówkach b. słabe, katar ledwie zaznacza się. Samopoczucie dzieci zadziwiająco dobre. Wreszcie odczyn skóry na tuberkulinę, w przeciwieństwie do zwykłej odry, jest dodatni.

O ile surowicę zastrzyknięto jeszcze później, w ostatnich chwilach okresu inkubacji lub początkowym inwazji, działanie jej ogranicza się do zahamowania rozwoju osutki odrowej wokoło miejsca zastrzyku, nie wywołując żadnego wpływu na sam przebieg choroby.

W końcu, zastrzykiwanie surowicy w okresie choroby rozwiniętej w pełni nie zaznacza się niczem.

Dostarczycielami surowicy są przedewszystkiem dorośli, można również brać krew od starszych dzieci, t. j. tych, które przekroczyły dziesiąty rok życia. Należy unikać brania krwi od osobników którzy mieli nawrót odry, gdyż to samo już dowodzi, że są oni złymi wytwórcami przeciwciał. Osobniki, od których bierze się surowicę, winny być zdrowe, a szczególnie wolne od kiły, zimnicy i gruźlicy (choć przenoszenie gruźlicy zapomocą zastrzyków surowicy jest bardzo wątpliwe). Najlepiej brać surowicę od rekonwalescentów między 7 a 12 dniem po spadku temperatury.

W praktyce zastrzykujemy surowicę podskórną lub domięśniowo, licząc 1 cm³ na rok życia, ściślej mówiąc ½ cm³ na każde 6 miesięcy życia, minimalnie 3 cm³ przed 3 lata i maksymalnie 15 — 20 cm³ od 15 lat, zależnie od wagi osobnika. Przy zastrzykiwaniu względnie dużych dawek osobnikom b. młodym, aby uniknąć tworzenia się jednego dużego bąbla, należy zastrzykiwać naraz w kilku miejscach.

Henryk Rabinowicz.

KOCHMANN Rudolf. Wyniki praktyczne stosowania surowicy przeciwdrowej Degkwitza. (Deutsche med. Woch. Nr. 14, 1926).

Wyniki, otrzymane przez autora, nie są zadawalające. Na 19 szczepień tylko w 6-ciu przypadkach odra nie wystąpiła, a i w tych autor nie miał pewności, że dzieci odry nie przechodziły. W pozostałych przebieg był normalny. Uwaga Degkwitza o stosowaniu surowicy między 7-ym a 11-ym dniem okresu wylegania jest w praktyce trudne do przeprowadzenia. Zalecane w celu uniknięcia powikłań duże dawki powodują przeważnie silne odczyny anafilaktyczne.

Natomiast dobre wyniki otrzymał autor, stosując surowicę rekonwalescentów odrowych.

M. Goldman junior.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

SENEQUE. Ślinny guz przewodu Stenona jako powikłanie torbieli powietrznej szklarzy. (Pr. Méd. Nr. 69. 1925).

Pneumatocoele przewodu Stenona jest chorobą zawodową, częstą u szklarzy — hutników. Guzowatość zjawia się w chwili wydmuchiwania szkła w okolicy zwązcowo-politycznej, a zwyczajny ucisk na policzek wystarcza do jej zniknięcia.

Ta sprawa chorobowa zazwyczaj łagodna, może mieć cały szereg powikłań, najczęściej w formie wytworzenia się guza ślinnego z powodu obliteracji bliznowatej doustnego otworu przewodu Stenona. Autor opisuje taki własnie przypadek, który został wyleczony po kilku cięciach, opróżniających zawartość guza z następczem naświetleniem rentgenowskim. Gdy leczenie powyższe zawodzi, należy dokonać podwiązania przewodu Stenona w miejscu jego wyjścia ze ślinianki według Morestina, lub też wyrwać *nervus auriculotemporalis* (Leriche).

J. Pomper.

PLAUT. Rozpoznanie różniczkowe między kiłą gardzieli i niektórymi innymi chorobami jamy ustnej o charakterze wrzodząco-błonistym. (Deutsch. m. Woch. Nr. 12, 1926).

Rozpoznanie kiły jamy ustnej powinno być szybkie ze względu na niebezpieczeństwo zakażenia otoczenia oraz przez wzgląd na zaniepokojenie chorych.

1. Dokładne i celowe wywiady dają dużo pożytecznych wskazówek.

W kile jamy ustnej chorzy nie umieją określić początku choroby, niektórzy z nich podają jako przyczynę — zaziębienie i skarżą się na dolegliwości przy polykaniu. Często pacjenci nie wiedzą nic o zmianach w gardle. Nagły początek choroby o bezpogrzawkowym przebiegu i dobrem samopoczuciu chorego przemawia przeciwko kile. Lekarzy, zgłaszających się z powodem jakoby anginy Plaut-Vincenti, należy pytać o przebyte zastrzały (lues).

2. Natychmiastowe rozpoznanie jest niemożliwe, każdy przypadek należy zbadać szczegółowo.

Trzeba umieć różniczkować anginę P. V., błonicę, kiłę II i III okresu, zapalenie jamy ustnej wczesnego okresu białaczki, anginę neurotyczną i płonicze zapalenie gardła.

3. Nietylko trzeciorzędowa kiła, lecz i kiła drugorzędowa może dawać objawy rażąco przypominające anginę P. V.

4. Ponieważ chodzi o okres drugorzędowy i trzeciorzędowy kiły, nie należy śpieszyć się z rozpoznaniem, jak w syfilisie pierwszorzędowym, można zaniechać nakłucia gruczołów chłonnych i czekać na wynik badania krwi (Wassermann).

5. W każdym przypadku P. V. należy badać na laseczniki błonicy i odczyn Wass. Należy robić 2 preparaty: jeden z materiału ze środka owrzodzenia, służący do stwierdzenia ewentualnego współistnienia krętków i wrzodkowców, drugi preparat z brzegu owrzodzenia bada się na obecność krętków bladych (unikać krwi, ropy i części martwiczych).

Krętek bładny posiada przy badaniu w ciemnym polu tak swoiste cechy, że doświadczoné oko wykrywa krętki blade wśród całego szeregu innych krętków. Delikatność kształtu, ruchy wahadłowe dookoła środka, obroty dookoła osi długiej, bezruch przy zatrzymywaniu się — są to cechy typowe krętka bladego. W przeciwieństwie do innych krętków — brak krętkom bladym przykurczeń zwojów od jednego bieguna do drugiego. Po podawaniu Salwarsanu do preparatu zatrzymują krętki blade swoje ruchy dłużej od innych krętków.

Stosowanie miejscowe jodu, pyoktaniny, chlorku cynku i t. p. w celu leczniczym utrudnia badanie na obecność krętków bladych; w takich razach należy zbadać krew na odcz. Wass. i polecić choremu zgłosić się za 3 dni. W międzyczasie zaleca się płukanie z roztworu fizjologicznego soli i rumianku. Dla zabezpieczenia otoczenia chorego należy zwrócić uwagę na zaraźliwość każdego zapalenia gardła, nawet niekilitowego.

Przy szukaniu krętków bladych w ciemnym polu — z konieczności wypada korzystać z osramówek, albo z małych lamp łukowych (brak lamp Nernsta). Immersja 1/7 Zeissa i okular 12. Lusterko wklęsłe podczas szukania; do studjowania krętków bladych — lusterko płaskie.

Berland.

CHALIER, GATÉ i GRANDMAISON. O zapaleniach gardła, wywołanych przez laseczniki Friedländera. (Paris médical, 27 marca 1926).

W literaturze opisanych około 30 przypadków anginy, wywołanych przez lasecznik Friedländera. Nicolle i Hebert podają, że na 2500 badań bakteriologicznych nalotów stwierdzili obecność lasecznika Fr. 15 razy, w tem w 2 przypadkach razem z prątkiem Löfflera. Angina przebiega w postaci przewlekłej, ostrej, podostrej. Po okresie niedomagania z lekkim lub nawet do 38° — 38,5° do chodzącym podniesieniem ciepłoty, występuje zaczerwienienie migdałków, lub też białe albo żółtawe centki na nich, które, zlewając się, tworzą nalot, trudno dający się usunąć, o podłożu krwawicem. Postać przewlekła trwa kilka miesięcy. W postaci ostrej naloty trzymają się tylko 2 — 3 dni, umiejscawiając się na łukach, migdałkach, pod-

niebieniu przy poprzedzającym obrzęku tych miejsc. Choroba trwa 5 — 7 dni.

Autorzy zebrali 6 przypadków tej dość rzadkiej anginy na 410 badanych chorych czyli w 1.5% przypadk. została ona stwierdzona.

Wniosek autorów jest następujący: wspomniana angina spotyka się rzadko; oprócz postaci przewlekłej, uważanej za charakterystyczną dla tej kategorii angin, często spotyka się również postać ostrą. Objawy miejscowe są najróżnorodniejsze. Dla różniczkowania z innymi postaciami angin niezbędne jest badanie bakterjologiczne.

E. Weinkiper.

V. ULLMANN. Etiologia pęcherzowego zapalenia błony bębenkowej. (Mon. f. Ohr. 1926 H.).

Pęcherzowe zapalenie błony bębenkowej wywoływało wielokrotnie ożywione dyskusje w towarzystwach otolaryngologicznych. Większość badaczy przypuszczała tło neurotroficzne na skutek sprawy zapalnej w układzie nerwowym. Rutton przypuszczał, że mamy w pęcherzowym zapaleniu błony bębenkowej do czynienia z cierpieniem, zbliżonym do cierpienia Heinemedia. Dawniejsze badania zawartości pęcherzyków (Neumann, Rutton) pod względem bakterjologicznym wykazały, że zawartość ta jest jałowa.

Powstało jednak słuszne zupełnie przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z zarazkiem przesączalnym. Ullmann zastosował nowsze metody badania, szczepienia zawartości pęcherzyków do mózgu królikom. Okazało się, że szczepione w ten sposób króliki padały po 14 dniach. Badanie drobnodrzewne wykazało rozlaną meningoenkephalitis.

Weieranie zawartości pęcherzyków do uszkodzonej rogówki króliczej dało typowe zapalenie z owrzodzeniami.

Pozostało jeszcze zbadanie, czy zarazek pęcherzowego zapalenia błony bębenkowej jest identyczny ze znanym już zarazkiem opryszczkowatym szczepienia rogówki, wygojonej po przebytej zapaleniu, wywołanem zawartością pęcherzyków z błony bębenkowej, szczepami, opryszczką (otrzymanymi od d-rów Levadiego i Doerra), u wszystkich zwierząt wywołały ponowne zapalenie rogówki. Tem samem dowiedzionem zostało, że zarazek pęcherzowego zapalenia błony bębenkowej nie jest identyczny z zarazkiem opryszczkowatym, ale dowiedzionem też zostało, że pęcherzowe zapalenie błony bębenkowej jest cierpieniem infekcyjnym.

B. K.

C. N. SCHLOFF. O wpływie konstytucji w chorobach uszu u dzieci. (Revue de laryngologie, d'otol. et de rhinologie Nr. 24, 1925 r.).

Autor zbadał i obserwował 42 dzieci z ropnym zapaleniem ucha środkowego w wieku poniżej 15 lat. Określenie stanu konstytucjonalnego było prowadzone według tablicy prof. Masłowa. Z wymienionej liczby przypadków u 9 chorych została dokonana antrotomia lub też operacja radykalna, 33 chorych przychodnich leczono metodą zachowawczą.

Poddając analizie otrzymane dane autor stwierdza, że ropne zapalenie uszu spotyka się nader często u dzieci, dotkniętych anomalją konstytucjonalną, najczęściej limfatyczno-hypoplastyczną i asteniczną, w pierwszym zaś roku życia — skazą wsiękową.

Wśród obserwowanych dzieci okazało się:

Ze stanem konstytucjonalnym limfatyczno-hypoplastycznym	33,4%
astenicznym	28,6%
Ze skazą wsiękową	19%
Z konstytucją neuropatyczną	2,4%
Z konstytucją mieszaną	9,5%
Ze stanem normalnym	7,1%

Autor sklasyfikował w oddzielnej tablicy różne stany śluzówki nosa i dopatruje się w nich odpowiednich przejawów konstytucjonalnych. Według obserwacji prof. Wojaczka stan atroficzny śluzówki nosa spotyka się najczęściej w stanach ogólnych astenicznych.

Jednocześnie we wspomnianej konstytucji najczęściej zdarza się zapalenie uszu. Z pośród 9 szpitalnych chorych, podanych w statystyce, u 6 był stwierdzony stan asteniczny, przycem przebieg pooperacyjny był bardzo powolny, procesy ziarninowania i naskórkowania posuwały się ospale, zaś u kilku chorych pozostały przetoki. Stan limfatyczny

powoduje zmiany o mniejszej złośliwości, niż konstytucja asteniczna.

Przejawy stanu limfatycznego osłabiają się z biegiem lat, podczas gdy konstytucja asteniczna staje się podłożem dla grzylcy.

W przypadkach skazy wsiękowej zapalenie uszu odznacza się tendencją do nawrotów. Również autor podkreśla, że wczesny wyciek z ucha w pierwszych miesiącach życia zdarza się często u dzieci, dotkniętych skazą wsiękową, i jest dla niej dość charakterystyczny.

Ropne zapalenia uszu w skazie wsiękowej posiadają stosunkowo łagodny przebieg, gdyż z biegiem czasu przechodzą same przez się.

Określenie konstytucji posiada duże znaczenie praktyczne, gdyż zapoznanie się z terenem choroby ułatwia nam leczenie i rokowanie.

E. Weinkiper.

H. ALOIN. W sprawie zajęcia nerwu trójdzielnego w pewnych postaciach zapaleń wyrostka sutkowego u dzieci. (Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie Nr. 24, 1925).

Autor zwraca uwagę na pewne postaci zapaleń wyrostka sutkowego o charakterze osteomyelitycznym, rozlanym, w których przebiegu dochodzi do nerwobólmu nerwu trójdzielnego, świadczącego o zajęciu wierzchołka kości skalistej.

Na początku choroba przebiega jako zwykłe zapalenie wyrostka sutkowego. Lecząc ją zwraca naszą uwagę długi okres gojenia się. Dziecko zwykle jest słabe, sprawia wrażenie, jak gdyby nie miało siły skutecznie się bronić. W wywiadach dość często stwierdzamy obarczenie gruźlicze. W kilka dni lub tygodni po zabiegu zjawiają się bóle o typie neuralgicznych, powstające napadowo naprzemian z okresami stosunkowo spokojnymi. Znacniejszej zwykle ciepłoty zwykle się nie obserwuje. Napad przebiega pod postacią bólów migrenowych, zajmujących połowę czaszki z charakterystycznym zajęciem trzeciej gałęzi nerwu trójdzielnego, gdyż w czasie napadu dziecko odczuwa silny ból wzdłuż dolnej szczęki i nie jest w stanie otworzyć ust. Lecząc jest to tylko szczękocisk wrzekomy, gdyż bierne owieranie ust jest możliwe. Gdy napad przeszedł, wszystko wraca do normy, i chory już nie odczuwa bólów w okolicy szczęki dolnej i języka. W czasie napadu stwierdzamy pewną bolesność mięśni karku, co przyczynia się do pewnej sztywności tegoż i może sprawiać wrażenie zajęcia opon. Jednakże brak wysokiej ciepłoty, wymiotów, napadowości bólów wyjaśniają istotną przyrodę schorzenia. Napad trzyma się najwyżej kilka dni.

Autor utrzymuje, że w tych przypadkach mamy do czynienia z zapaleniem szpiku kostnego kości skalistej. W takich razach po przekłuciu błony bębenkowej nie otrzymujemy wcale wycieku lub jest on bardzo skąpy. Zabieg operacyjny również nie przynosi całkowitego wyleczenia, choć sprawia pewną ulgę. Nic dziwnego, że w tych przypadkach rozlanego zajęcia kości reagują narządy sąsiednie, a w pierwszym rzędzie nerw trójdzielny. Z gałązek nerwu trójdzielnego najwcześniejszej bywa zajęty n. mandibularis.

Wynika to z warunków anatomicznych budowy kości skalistej, której część przednia zawiera cały szereg małych komórek, ciągnących się aż do samego wierzchołka. Zwrócił na nie specjalną uwagę prof. Mouroret. Są one zwykle zajęte w czasie cięższych schorzeń ucha środkowego, a to pociąga za sobą schorzenie n. trójdzielnego i w pierwszym rzędzie jego trzeciej gałązki, sprowadzając naszkicowany powyżej obraz chorobowy.

E. Weinkiper.

EEMAN. Rokowanie w operacjach na wyrostku sutkowym u osesków. (Rev. de laryng., d'otol. et de rhinol. 1925 Nr. 24).

Autor powraca do sprawy, poruszonej ostatnio przez Le Mée, Canuyta i Blocha, a dotyczącej przyczyny śmierci osesków po prawidłowo dokonanej operacji na wyrostku sutkowym. Eeman znajdował w tych razach zmiany gruźlicze w kości skalistej, a śmierć następowała skutkiem prosówki płucej.

E. Weinkiper.

O. MAUTHNER. **Różbieżne pionowe ustawienie gałek ocznych po zimnych przestrzykaniach ucha w histerji.** (Mon. f. Ohr. 1925 H. 11).

Przypadki różbieżnego ustawienia gałek ocznych są znane z prac doświadczalnych na zwierzętach: W patologji ludzkiej jest zaledwie kilka przypadków. Pierwszy przypadek obserwował H u n n i n g w r. 1881 i tłumaczy przypadek swój uszkodzeniem szypulek przednich mózdzkowych P ö t z l i S i t t i g przyczyny różbieżnego pionowego ustawienia gałek ocznych dopatrują się w uszkodzeniach jąder n. przed-sionkowego.

M a u t h n e r podaje historję choroby przypadku w którym ustawienie różbieżne pionowe z lekkim odchyleniem bocznem gałek ocznych wystąpiło na skutek badania ciepłikowego. Kliniczne rozpoznanie w tym przypadku brzmiało: histerja. Badanie zostało przeprowadzone podczas napadu histerycznego, kiedy chora była jeszcze zamroczona. Godne jest uwagi to, że W o d a k i F i s c h e r podczas badania ciepłikowego i galwanicznego narządów przed-sionkowych obserwowali niekiedy dwojenie u normalnych ludzi.

B. K.

E. SCHLANDER. **Zanik czynności błędnika; przebiegający bezobjawowo.** (Mon. f. Ohr. 1925, XII H.).

Typowy jest dla schorzeń ucha wewnętrznego mniej lub więcej burzliwie przebiegający zespół objawów, ogólnie znany pod nazwą objawów M e n i è r e a. S c h l a n d e r zwraca w swojej pracy uwagę na rzadko spostrzegane przypadki, w których zanik czynności narządów ucha wewnętrznego odbywa się bez objawów podmiotowych i przedmiotowych. Autor przytacza 11 przypadków, wśród których było 6 przyp. przewlekłych spraw ropnych z perlakami, jeden przyp. raka kości skroniowej i skalistej, dwa przyp. spraw o przebiegu podostym. We wszystkich tych przypadkach doszło do zaniku czynności wszystkich narządów bez jakichkolwiek objawów. Tłumaczenie dla przebiegających bezobjawowo chorobowych spraw błędnikowych S c h. opiera na danych anatomopatologicznych, wziętych z prac Z u n g e g o i H e r t z o g a. Chodzi o to, że stopniowo szerząca się sprawa destrukcyjna lub też zapalna proliferacyjna z ucha środk., zarówno jak jady bakteryjne, przedostające się ze schorzałej błony śluzowej ucha środkowego, powodują stopniowe obumarcie komórek zmysłowych narządów odbiorczych, lub też wywierają swój niszczący wpływ bezpośrednio na nerwy VIII pary na jej rozgałęzienia w uchu wewnętrznym. Stopniowo odbywający się proces niszczący czyni możliwym przystosowanie się układu ośrodkowego do warunków nowych, w jakich odbywa się dopływ podniet odmiennych od narządów obwodowych. Zdolności wyrównawcze ośrodkowego układu n. przed-sionkowego są niemałe, na co wskazuje ustąpienie objawów podmiotowych i przedmiotowych w przypadkach spraw ropnych ucha wewnętrznego o przebiegu ostrym — już po kilku tygodniach. Jest to tembardziej zrozumiałe w przypadkach o przebiegu wybitnie przewlekłym.

B. K.

Choroby przemiany materji.

Friedrich UMBER. **Die Stoffwechselkrankheiten in der Praxis.** (München — Lehmanns Verlag. 1925 — 160 stron).

Nazwisko U m b e r a może już w dostatecznej mierze służyć za bodziec do przeczytania powyższej książki. Jest on jednym z najlepszych znawców chorób przemiany materji. W dziedzinie tej ukazuje się tyle prac — zwłaszcza o cukrzycy i insulinie, iż lekarz praktyk jest wdzięczny U m b e r o w i, że zebrał w swej niewielkiej stosunkowo książce wszystko najważniejsze w tej sprawie i zaopatrzył ją w swe bogate obserwacje. W dziale o otyłości chorobowej, zalecając leczenie tego cierpienia, segreguje wielką liczbę reklamowanych środków leczniczych na niezdatne do użytku i na dobre — wszystkie bowiem były wypróbowane na jego oddziale. Również szczegółowo traktowane są i inne działy tej ciekawej książki.

F r a n k.

E. MAURER i St. DIEZ. **Badania nad występowaniem jodu w organizmie ludzkim i zwierzęcym.** (Muen. Med. Woch. Nr. 1 z 1926 r.).

Bodźką do powyższych badań był wpływ wola i związanych z niem zaburzeń w gospodarce jodowej na rozwój całego organizmu oraz powiększanie się gruczołu tarczowego w okresie miesiączki i w czasie ciąży.

Ilość jodu we krwi, branej z żyły łokciowej, zwiększa się w pierwszym dniu menstruacji z 9,2 γ % (1 γ % = 0,00001 gr. w 100 gr. substancji) w okresie przedmiesiączkowym do 19,3 γ %, w następnych dniach szybko spada.

W czasie ciąży ilość jodu we krwi zwiększa się, zwłaszcza w ostatniej trzeciej części, gdy stwierdza się powiększenie gruczołu tarczowego.

Ilość jodu we krwi pępowinowej wynosi 11,5 γ %, lecz, ponieważ na skąpym materiale ludzkim nie można było przeprowadzać badania według podziału na naczynia doprowadzające i odprowadzające, trudno wyciągać z tego daleko idące wnioski.

Ilość jodu w całym ciele płodów jest nieznaczna, wynosi przeciętnie 6,3 γ %; stwierdzono jednak, że, wbrew rozpowszechnionym poglądom, gruczoł tarczycowy w ostatnich 3 miesiącach życia płodowego nie jest bynajmniej pozabawiony jodu.

Rozległe badania przeprowadzono nad zawartością jodu w młodziwie. Liczby, otrzymane dla pierwszego dnia po porodzie, wahały się w szerokich granicach od 16 — 40 γ %. Otrzymane dla następnych dni liczby są bardziej zgodne i pozwalają ustalić typ krzywej zawartości jodu w młodziwie, która w pierwszych dniach po porodzie stromo, a następnie stopniowo łagodnie opada. W jednym przypadku udało się otrzymać w dostatecznej ilości młodziwo z przedostatniego tygodnia ciąży: Otrzymana liczba była jeszcze wyższa, wynosiła bowiem 56 γ %. Badania na zwierzętach były zgodne z ostatnimi wynikami i upoważniają w każdym razie do wniosku, że jod posiada pewne znaczenie dla okresu przedporodowego.

H e n r y k L a n d a u.

E. GRAWITZ. **Choroba Basedowa a Antytyreoidyna.** (Klinische Wochenschrift Nr. 4, 1926).

Nadprodukcja gruczołu tarczowego jest w powyższym cierpieniu czynnikiem o znaczeniu zasadniczym, atoli nie należy zapoznawać również całego szeregu czynników drugorzędnych, jakkolwiek pośrednich, — tembardziej, że dokładna znajomość fizjologii patologicznej gruczołu tarczowego wiele jeszcze pozostawia do życzenia. Punkt ciężkości obrazu klinicznego leży, zdaniem autora, w nadmiernej wzmózonej przemianie materji podstawowej (G r u n d m s a t z). Wprawdzie autor zastrzega się przed zbyt ogólnianiem powyższego, albowiem niejednokrotnie spotykał przypadki Basedowa o ciężkości bynajmniej nie proporcjonalnej do stopnia zwiększenia przemiany podstawowej.

Tem niemniej, jeżeli u osobnika, dotkniętego chorobą Basedowa, stwierdza się szybki wzrost podstawowej przemiany, należy, zdaniem autora, bezwarunkowo myśleć o pogarszaniu się sprawy. Autor specjalnie zajął się ustaleniem, w jakim stopniu można w omawianem cierpieniu oczekiwać ulgi od antytyreoidyny, ze szczególnem uwzględnieniem zachowania się przy podobnej kuracji krzywej przemiany podstawowej. Za bodziec do tego rodzaju badań posłużyły między innymi niezdecydowane, a raczej ujemne wyniki stosowania w celach terapeutycznych tyreoidyny przez G o l s c h e i d e r a, Z o n d k a i innych.

11 pacjentów z rozwiniętą chorobą Basedowa poddanych zostało obserwacji, przyczem dla oznaczania przemiany podstawowej posługiwano się aparatem K r o g h a; antytyreoidynę podawano do wewnątrz w tabletkach.

Dwuch chorych nie odniosło żadnej poprawy, natomiast u 9 skonstatowano wyraźną poprawę, przyczem niejako zwiastunem poprawy było stopniowe, lecz systematyczne obniżanie się przemiany podstawowej.

Po szczegółowem omówieniu 4 nader typowych przypadków, autor dochodzi do wniosku, że, jakkolwiek brak jeszcze danych do ostatecznego wypowiedzenia się na korzyść lub przeciw zabiegowi operacyjnemu tudzież miarodajnych kryterjów dla zalecania kuracji konserwatywnej, to jednak w tych przypadkach, w których na pierwszy plan wybija się nadmierne posunięta przemiana podstawowa, należy bezwzględnie uciec się choćby tytułem próby do podawania antytyreoidyny.

G. R a c i a ż e k.

J. KOTTMAIER. W sprawie leczenia guzów łagodnych zwięzających jamę klatki piersiowej i wpływu ich na krążenie krwi. (Zentralblatt fuer Herz — und Gefaesskrankheiten 1921 — 21).

Z guzów, rozwijających się w klatce piersiowej, nie posiadających jednak znamion złośliwości, autor wymienia *Thymus hyperplasticus*, *Thymus persistans*, *Struma retrosternalis*, przedewszystkiem jednak zaznacza niekorzystny wpływ na fizjologiczny rozwój płuc i naczyń powiększonych gruczołów chłonnych. Okoliczności tego rodzaju należy brać pod uwagę z natury rzeczy przedewszystkiem u osobników młodych, przyczem, zdaniem autora, prawie nigdy w takich razach nie zawodzi głębokie naświetlanie promieniami Röntgena. Osiąga się tą drogą szybkie zmniejszenie się guzów, co wpływa nader pomyślnie na poprawę krwioobiegu w dużych naczyniach oraz stan ogólny.

G. Raciązek.

H. STRAUSS. Insulina a czynność serca. (Zentralblatt fuer Herz — und Gefaesskrankheiten 1926 Nr. 2).

Autor spostrzegł 45 letniego urzędnika, któremu podawał w ciągu roku bez przerwy duże dawki insuliny, przeciętnie 80 — 100 jednostek dziennie, z powodu ciężkiej cukrzycy. Już w czwartym kwartale kuracji insuliną pacjent spostrzegł nieznaczne obrzęki w okolicy kostek, w dalszym przebiegu rozwinęły się typowe objawy niedomogi mięśnia sercowego z tak znacznymi obrzękami, że trzeba było insulinę zupełnie odstawić z powodu jej niekorzystnego wpływu w kierunku zatrzymywania wody. W stanie znacznie posuniętej niemiarowości akcji serca tudzież silnych obrzęków kończyn dolnych pacjent wypisuje się ze szpitala i w kilka dni później umiera.

Na podstawie niniejszego przypadku autor zastanawia się, czy wobec rozwinięcia się osłabienia mięśnia sercowego u przedtem zupełnie zdrowego osobnika należy wnieść insulinę, która, podawana przez długi stosunkowo czas w wysokich dawkach, miałaby w takim razie wyrzeczony wpływ toksyczny na serce, czy też niedomoga serca wystąpiła w danym przypadku jedynie i wyłącznie na skutek cierpienia pierwotnego, t. j. cukrzycy. Jakkolwiek autor przyznaje, że spowodowane przez insulinę wprawdzie krótkotrwałe stany hypoglikemiczne mogły przyczynić się w sposób niekorzystny do zaburzeń odżywiania serca, to jednak nie czuje się uprawnionym do wyciągania jakichkolwiek wniosków praktycznych li tylko na podstawie powyższego przypadku. Nic, zdaniem autora, nie przemawia przeciwko dalszemu szerokiemu posługiwaniu się insuliną, jakkolwiek w niektórych sprawach, przebiegających z upośledzoną działalnością serca, wskazane jest zachowanie czujności w odpowiednim kierunku.

G. Raciązek.

Choroby kobiet i położnictwo

A. GROSSE. Ciąża pozamaciczna brzuszna donoszona. (Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 7, 1925).

Kobieta 33 lata licząca, za mężem 5 lat, bez przeszłości patologicznej. Regularnie miesiączkuje. Jest pierwszy raz w ciąży. Ostatnia menstruacja w początkach marca 1924 roku. Podczas całej ciąży pacjentka skarży się na silne bóle brzucha, tak, że musi często leżeć w łóżku. Obrzęk nóg i powłok brzusznych. Mocz normalny. Chora otrzymuje dżetę mleczną bez soli. Do 8 miesiąca ciąży żadnych krwawień nie notowano. W 8 miesiącu ciąży D-r D. zauważył w lewym podbrzuszu guz podobny do głowy płodu i ogromny brzuch. Tętno dziecka dobre. Po kilku dniach przestano słyszeć tętno serca płodu. W przewidzianym czasie, t. j. w połowie miesiąca grudnia chora nie rodzi. Dwa tygodnie później krwawi nieco dwa trzy dni bez bólu. Miesiąc później, t. j. około 25 stycznia 1925 roku znowu nieco krwawi. Lekarz domowy, widząc, że ma do czynienia z nienormalnym porodem odsyła chorą do szpitala. Po rentgenografii rozpoznano ciążę brzuszną z płodem martwym. Postanowiono operować. Po otworzeniu brzucha napotyka się torbiel, zrośniętą z powłokami brzuszными, z siecią i kiszki. Po oddzieleniu zrostów, zauważono na ścianie torbieli prawe więzadło obłe. Jajowodu i jajnika prawego nie znaleziono. Po przecięciu torbieli wylał się płyn ciemno brunatny od 4—5 litrów. Dziecko zmacerowane martwe. Z powodu tego, że torbiel ta nie została zbadana drobnowidzowo, patogenza tej ciąży pozama-

cicznej została niewyjaśniona. Z wyglądu worka płodowego widać, że jest to ciąża pozamaciczna jajowodowo-brzuszna. Ściany worka składały się z rozciągniętego prawego jajowodu wraz z więzadłem szerokim.

Chora opuściła klinikę zupełnie zdrowa. Obecnie, t. j. w rok później, regularnie miesiączkuje, jak przed ciążą.

E. Ebin.

Louis BONNET. Rozpoznanie różniczkowe między ciążą pozamaciczną i ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego. (Gyn. et. Obst. T. XII, Nr. 1, 1925).

Podając historję choroby jednej swojej pacjentki autor uważa, że rozpoznanie jest czasem bardzo trudne. Jak wiadomo, w ciąży pozamacicznej bywa tak samo niekiedy podwyższona temperatura, „*défense musculaire*“ i inne objawy zapalenia wyrostka robaczkowego. Długoletnie doświadczenie, tak samo jak i uwzględnienie wszystkich objawów razem, może ułatwić rozpoznanie. Zresztą, rozpoznanie jest w tych przypadkach nie tak ważne. Operacja jest zawsze wskazana. Chodzi tylko o cięcie. Zwykle rozpoznaje się prędzej zapalenie wyrostka robaczkowego i robi się cięcie w prawem podbrzuszu. Można ewentualnie powiększyć to cięcie w razie ciąży pozamacicznej i dokończyć operację. Można też zaszyć cięcie boczne i zrobić drugie we środku i tym sposobem dokończyć operację.

E. Ebin.

HAUTECHAUD. Dwojaczki. Poronienie jednego dziecka w 2-m miesiącu ciąży, a donoszenie i urodzenie drugiego zupełnie dobrze zbudowanego dziecka. (Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 8, 1925).

Kobieta dobrze zbudowana bez przeszłości patologicznej. Za mężem 1 rok. Ostatni perjod 15 grudnia 1925 roku. 7 marca 1924 roku chora zaczęła krwawić. Szyja otwarta, wyczuwa się skrzep krwi. Poprzedniego dnia chora nie doznała żadnego wstrząśnienia i położyła się spać zupełnie zdrowa. Nad ranem poczuła ból w brzuchu i zaczęła krwawić. W kilka godzin później wyszedł skrzep krwi, w którym zauważono jajo płodowe. Gorące irygacje. Chora przestaje krwawić. Wa — ujemny. Białka w moczu niema. 6 tygodni później chora się zgłasza z powodu tego, że niema perjodu, i że brzuch się powiększa. Przy badaniu konstatuje się co następuje: macica powiększona, 3 palce nad spojeniem łonowym, i robi wrażenie 4 miesięcznej ciąży. 2 tygodnie później słychać tony serca płodu. 17 września pacjentka urodziła dziecko zupełnie normalne, ważące 3800 gr.

E. Ebin.

G. SCHIKELE. Rola łożyska w ustroju matki. (Gyn. et Obst. T. XII Nr. 1, 1925).

Przypominając różne koncepcje co do roli, jaka odgrywa łożysko, autor za pomocą ścisłych doświadczeń przekonał się, że łożysko przedewszystkiem gra rolę organu odżywczego dla płodu. Wszystkie inne przypisywane łożysku właściwości, jak działanie na skurcze macicy, na przyływ pokarmu do piersi etc., są skutkiem zmiany metabolizmu kobiety ciężarnej.

E. Ebin.

M CABANES. Podskórne stosowanie tlenu w wymiotach ciężarnych. (Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 9 1925).

Autor wpadł na myśl podskórnego wstrzykiwania tlenu, lecząc w jednej rodzinie troje dzieci na okresowe acetone-miczne wymioty z dobrym wynikiem.

W dwóch przypadkach, gdzie zalecono już przerwanie ciąży z powodu ciągłych wymiotów, po 3 iniekcjach 500 cc. tlenu każda, wymioty ustały. Ciekawe jest to, że iniekcje podskórne tlenu w tych samych dawkach mogą zmniejszyć częstość zwykłych wymiotów na początku ciąży, ale nie usuwają ich zupełnie.

E. Ebin.

ADLERSBERG i GORGES. Czy cukromocz ciężarnych przedstawia cukrzycę zaburzenie przemiany materji? (Deut. Med. Woch. Nr. 16, 1926).

Autorzy podkreślają konieczność zwracania uwagi na t. zw. cukromocz nerkowy, w którym występuje cukier w moczu naczno przy normalnej jego zawartości we krwi lub

cukromocz pokarmowy przy normalnej krzywej cukru we krwi.

Na 14 przypadków kobiet ciężarnych znaleźli autorzy u 8-iu zwiększoną przepuszczalność nerek dla cukru gronowego, w 3-ch zaś zaburzenia o charakterze cukrzycowym. Ponadto stwierdzili, iż jeśli przez kilka dni, poprzedzających badanie, chorym podawano mało węglowodanów, następczy odczyn hiperglekemiczny był znacznie silniejszy i przebiegał równoległe z acetonurją, która występowała już w ciągu 1-go dnia djety bezwęglowodanowej. Tę skłonność do acetonurji uważają

Porgesi Novak za objaw charakterystyczny dla ciąży, różniący ją od cukrzycy, gdzie acetonurja zjawia się, gdy ilość węglowodanów niewiele przekracza ilość wydzielonego z moczem cukru. Autorzy dochodzą do wniosku, że cukromocz ciężarny polega na wzmożonej przepuszczalności nerek dla cukru gronowego, rzadziej na zmniejszonej tolerancji na węglowodany i jest znacznie uzależniony od wpływów djetetycznych.

M. Goldman junior.

Wskazówki praktyczne.

I. Janowski (z Kijowa) znajdował u 97% chorych na dur plamisty wybitne zacierwienie błąków, którego przyczyną nie jest niezyt, lecz przekrwienie natury naczynioruchowej. Kiedy objaw ten występuje, J. nie może ustalić, ale 5 dnia choroby zawsze go już stwierdzał.

(Wien. med. Woch. 1926; Nr. 12).

Bezdech dziecka podczas porodu leczy Poock heksetonem i kardiazolem. Środki te zastrzykuje się matce dożylnie w razie znacznego spadku liczby tętna dziecka: tętno staje się częstsze, dziecko przychodzi na świat w stanie dobrym. Zastrzykiwano również hekseton i kardiazol przez pochwę pod skórę główki dziecka, a w razie położenia pośladkowego w pośladki. Otrzymuje się w ten sposób 10 — 15 minutową poprawę, która wystarcza na dokonanie zabiegu położniczego.

(Ztbl. f. Gyn. 1926, Nr. 12).

Fabryka chemiczna Heydena wyrabia pastylki Chloramin, zalecane przez Kaufmanna przeciwko wpływom pochwowym rzeżączkowym i nierzeżączkowym. Działanie polega na uwalnianiu się tlenu in statu nascendi. Dla zamaskowania zapachu chloru dodaje się składnika pachnącego — przetwórcz z tym dodatkiem nosi nazwę Gynecelolina. Stosuje się 1 — 2 razy dziennie przestrzykiwanie pochwy z 1 — 2 pastylek Ginekloriny na ½ litra ciepłej wody. Gdzie to jest możliwe, wyciera się kanał szyi macicznej 2½ — 5% roztworem ginekloriny zakłada się do pochwy tampony z 1 — 2% roztworu tegoż leku.

(D. m. Woch. 1926; Nr. 8).

Koranina (fabr. Ciba), jako środek, pobudzający czynność serca, znajduje szerokie zastosowanie. H. Hirsch stosuje ją u dzieci przez usta i podskórnie: u osesków 2—3 razy dziennie ½ ctm³ pod skórę lub tyleż razy po 10 kropli wewnętrznie; u starszych dzieci kilka razy dziennie po 2 ctm³ pod skórę lub 2 — 3 razy po 20 kropli przez usta. Oprócz korzystnego działania koraniny na serce, zauważył H. u dzieci dodatni jej wpływ na łaknienie.

(Klin. Woch. 1926, Nr. 19).

Schulz poleca przeciwko pryszczycy oraz paciorkowcowym zapaleniom skóry maść Unny, złożoną z wyciągu z trzustki, tlenku cynku i talku (fabr. Röhm i Haas w Darmsztacie). Najuporczywsze pryszczycy, nie poddające się żadnemu leczeniu, zastrzały i inne ropne spr-

wy skóry mają zadziwiająco szybko ustępować pod działaniem tej maści.

(Klin. Woch. 1926, Nr. 19).

W leczeniu oparzeń 2 i 3 stopnia stosuje Weisenberg gazę trypaflawinową; zwilżoną maścią borną.

(M. m. W. 1926, Nr. 7).

Przewlekłe ropienie uszne leczy Wagner merkuriochromem 5% w 50% alkoholu.

(Atl. med. Journ. 1925, Nr. 28).

Leczenie czyraków zewnętrznego przewodu słuchowego za pomocą siarki według Biera zaleca v. d. Hütten. Daje się pastylki (fabr. W. Schwabe w Lipsku) D₃, z których każda zawiera 1/10 miligrama sulf. jodat., 3 razy dziennie po jednej na ½ godziny przed jedzeniem. W formie allopacyjnej możnaby przepisać receptę następującą: Sol. Sulf. jodat. 0,1 — 100,0. Dwie krople tego roztworu zawierają 1/10 miligrama sulf. jodat.

(M. m. W. 1926, Nr. 7).

Weramon; jako dobry środek przeciwbólowy, poleca Nagel. Pastylka Weramonu zawiera 0,28 piramidonu i 0,12 weronalu. Toksyczność weramonu jest bardzo mała.

(D. m. W. 1926, Nr. 8).

Simaran, przetwórcz Corticis simarubae (fabr. Degener i Kuth), słynącej w okolicach podzwrotnikowych, jako specyfik przeciwko biegunce krwawej, poleca Kionka w biegunkach i krwawieniach kiszkowych, które ma usuwać natychmiastowo. Przetwórcz ten nie zawiera morfiny.

(Fortsch. d. Ther. 1926, H. 1).

Od nieznośnego smaku i zapachu przetworów wapniowych ma być wolny wyrabiany przez monachijską fabrykę farmaceutyczną prosek pod nazwą Calcimint, zawierający, oprócz soli wapnia, wysuszone żółtko od jajka oraz lecytynę — albuminę. Daje się 3 razy dziennie na koniec noża w kawie, herbacie, mleku, kakao lub zupie. Można dojść do tyżeczki od kawy 3 razy dziennie.

(M. m. Woch. 1926, Nr. 2).

Schmeidler przypisuje w powstawaniu trądzika (acne) duże znaczenie zaburzeniom w trawieniu i dlatego kładzie nacisk na ich usunięcie w leczeniu tej choroby. Zaleca przeto — obok odpowiedniej djety roślinnej lub ubogiej w węglowodany — drożdże i fermenty trzustkowe pod postacią fermocylu.

(Fortsch. d. Ther. 1926, Nr. 4).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 11.III.1925 r.

H. Sparrow i J. Celarek. Badania nad płonicą w związku z akcją szczepienną według metody Dicków.

Praca nasza oparta jest na materiale, zebranym podczas akcji szczepiennej, zorganizowanej przez Państwowy Zakład Higjenu. W okresie czasu od września do grudnia 1925 r. zbadano na wrażliwość (odczyn Dicka) 18,789 osób w Warszawie i na prowincji i zaszczepiono ochronnie

szczepionkę przygotowaną w Państwowym Zakładzie Higjenu 10,721 osób. W pracy niniejszej opracowaliśmy materiał dotyczący 10,424 osób, z których 4,861 — 46,7% okazało się wrażliwych. Najwyższy odsetek wrażliwości (dod. od Dicka) wykazują dzieci do lat 5-ciu. Następnie wraz z wiekiem odsetek wrażliwych obniża się i osiąga minimum u dorosłych. Prócz wieku wrażliwość zależy też od czynników społecznych i płci. Dzieci szkół powszechnych są mniej wrażliwe, niż dzieci gimnazjów. Z liczby zbadanych na terenie Warszawy zanotowano 20 przypadków płonicy u dzieci z odczynem dodatnim i 1 z odczynem ujemnym, co świad-

czy o swoistości odczynu. Trzykrotne szczepienia ochronne (3,500 D. S.) uodparniają po 2 miesiącach 58 — 66% dzieci wrażliwych. Podniesienie dawki szczepiennej podnosi efekt uodparniania. Odczyn po szczepieniu (miejscowy i ogólny) — gorączka, czasami wysypka płonicza — przemijają w ciągu kilku dni i nie zostawiają żadnych śladów. Ze strony nerek występuje tylko przemijający białkomocz. Wśród dzieci szczepionych ochronnie zachorowało 22, z których 16 nie zostało jeszcze uodpornione, ponieważ zachorowały podczas szczepienia, wkrótce po szczepieniu lub dostały za małe dawki szczepionki. Z liczby zaszczytów pełną dawką (3,500 D. S.) po 4 tygodniach zanotowano 6 przypadków zachorowań.

Wnioski.

Odczyn Dicka jest odczynem swoistym, wykazującym wrażliwość na płonice (zachorowania wśród Dicko-datnich). Toksyną, otrzymaną z paciorkowców płoniczych, uodparniamy przeciw tej chorobie. (Zmiana znaku odczynu na ujemny).

Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dnia 6.III.1926 r.

Pokazy:

1. Rozenblat i Kass. Pokaz zdjęć rentgenowskich z dziedziny ginekologii. (Praca wydrukowana w „Warsz. Czasop. Lek.“).

Dyskusja:

Wertensztajn wysuwa zastrzeżenia co do przedstawionego stosowania radioskopji w ginekologii. Wprowadzenie lipjodolu nie jest według niego rękojmią obojętnym. To, co prelegenci rozpoznali za pomocą radioskopji, można też rozpoznać za pomocą badania ginekologicznego zwykłego. Kryński. Na zjeździe w Nauheim Heuser demonstrował 660 przypadków stosowania radioskopji w ginekologii, które nie dały żadnych objawów toksycznych. Radioskopja z lipjodolem pozwala też rozpoznawać wczesne okresy ciąży, które nie stanowią przeciwwskazania do stosowania tego badania. K. nie zgadza się z prelegentami, że w radioskopji nie można rozróżnić tyłu od przodozgięcia. Możliwe to jest przy wykonaniu zdjęć bocznych. Aby uniknąć wylewania się płynu z pochwy, K. radzi stosować położenie Trendelenburga. Na podstawie radioskopji można sądzić o drożności, wzgl. niedrożności jajowodów, nie można jednak wnioskować o rodzaju sprawy chorobowej. Rozenblat jeszcze raz podkreśla doniosłość nowego sposobu badania narządów rodnych. W ocenie drożności jajowodów radioskopja daje więcej, niż przedmuchiwanie. R. uważa, że ciąża nawet we wczesnym okresie powinna być przeciwwskazaniem do stosowania radioskopji lipjodolowej.

2. Pomper. Przetaczanie krwi. Pokaz filmu. Postęp serologii, dzięki któremu nauczono się unikać powikłań, zależnych od niezgodności krwi, znacznie rozszerzył stosowanie przetaczania krwi. Zasadniczymi wskazaniami do niego są: 1) krwotok, 2) wstrząs i 3) niedokrwistość. W chirurgji przetaczenie krwi oddaje duże usługi przy przygotowaniu chorego do zabiegu lub w okresie pooperacyjnym. Crile, który na szeroką skalę zaczął stosować przetaczanie krwi, zmniejszył śmiertelność na oddziale chirurgicznym z 12,4% w r. 1919 do 1,2% w r. 1923. W położnictwie stwierdzono doniosłe wyniki przetaczania krwi w krwotokach po porodzie w zakażeniu połogowym oraz w powikłaniach toksycznych ciąży (wymioty i eklampsja). Takie doskonałe wyniki otrzymuje się w krwotokach u noworodków. W medycynie wewnętrznej wskazania do przetaczania krwi są zależne od własności krwi, a więc od właściwości fizycznych, antytoksycznych i antybakteryjnych, od krzepliwości krwi, od swoistego działania opoterapeutycznego. Pod tym względem ci, którzy uciekają się do przetaczania krwi, gdy chory jest konający, nie są w stanie określić jego wartości. Według Poucheta zwlekanie w zastosowaniu przetaczania w przypadkach nagłych jest równie godne pożałowania, jak spóźniona laparotomia w przebiegu przedziurawienia żołądka lub ostrej niedrożności jelit. Na oddziale chirurgicznym Szpitala Przem. Pańsk. w Warszawie (Ordynator: A. Zawadzki) wykonano przetaczanie krwi — 31, z tego 20 aparatem Becarta z cytrynianem sodu oraz 11 za pomocą strzykawki Jubé bezpośrednio z żyły do żyły. P. pokazuje obydwa aparaty i omawia

technikę ich stosowania; następnie demonstruje film kinematograficzny, przedstawiający przetaczanie krwi za pomocą strzykawki Jubé.

Dyskusja:

Kramsztyk podnosi doniosłe znaczenie przetaczania krwi w pedjatrji. Było to tematem programowym ostatniego zjazdu pedjatrów w Karlsbadzie. K. przytacza przypadek melaena neonatorum, w którym zastosował z dr. Rutkowskim przetaczanie krwi. Wstrzyknięto do zatoki strzałkowej 25 cm³ krwi. Noworodek jednak zginął wśród objawów hemolizy, spowodowanej niezgodnością krwi. Szymanowski podkreśla, że w celu uniknięcia groźnych następstw niezgodności krwi badanie dawcy i odbiorcy na przynależność do grup serologicznych jest nieodzownym. Pomper odpowiada, że badania zgodności krwi nigdy nie opuszcza, stosuje jednak metodę badania bezpośredniego według Jembreaux, polegającą na zmieszaniu na szkiełku kropli krwi krwiodawcy z kroplą surowicy krwioodbiorcy; wynik odczytuje makroskopowo. Landau mówi o wskazaniach do przetaczania krwi w medycynie wewnętrznej. Zgodność krwi bada sposobem bezpośrednim, posilając się równorzędnie odczytywaniem makroskopowym i mikroskopowym.

3. Kapłan. Z kazuistyki chorób nerkowych (ukazuje się w „W. Cz. Lek.“).

Dyskusja:

Fryszman podkreśla, że stopień azotemji nie jest ścisłym wskaźnikiem zaburzenia czynności nerek.

Landau również przychyliła się do tego poglądu i wskazuje na konieczność przeprowadzenia innych prób badania czynnościowego nerek. L. podaje w wątpliwość, aby nerka marska mogła przebiegać bez podniesionego ciśnienia, jak to przedstawiał prelegent w jednym z przypadków; zwraca też uwagę, że wystąpienie mocznicy drgawkowej w przypadkach nerki marskiej stanowi rzadkość.

Janowski. W celu ustalania obecności lub nieobecności azocicy w przebiegu zapalenia nerek nie wystarcza bynajmniej określanie mocznika; niezbędne jest w tym celu określanie kwasu moczowego, indykanu, wzgl. wykonanie we krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym odczynu ksantoproteinowego w celu ustalenia obecności indolu, skatolu i innych związków. Obraz bowiem azocicy może zależeć bynajmniej nie od obecności mocznika, lecz od skombinowanego działania wymienionych związków.

Goldfeil podkreśla znaczenie odczynu ksantoproteinowego dla rozpoznania niedomogi nerek; przytacza przypadek przewlekłego zapalenia nerek z objawami klinicznymi mocznicy przy utrzymującym się w górnych granicach normy moczniku i wybitnie intensywnym odczynie ksantoproteinowym.

Kapłan w odpowiedzi, zgadza się z tem, że na podstawie zawartości tylko mocznika we krwi nie można sądzić o stopniu schorzenia nerek. Przypadek nerki marskiej bez podniesionego ciśnienia był potwierdzony na autopsji. Przypadki takie są opisywane przez klinicystów francuskich.

Następnie K. wylicza te próby badania czynnościowego nerek, które, według niego, zasługują na uwzględnienie.

Odczyt:

Floksztrumpf. Leczenie raka radem (ukazuje się w druku).

Posiedzenie z dn. 27.III. 1926 r.

Odczyt:

Landsberg. O insulinie. (Ukazuje się w druku).

Dyskusja:

Fejgin. Z odczytu prelegenta wnioskuje iż jest on zwolennikiem stosowania insuliny „larga manu“, nie licząc się z djetą i dostosowując raczej dawkę insuliny do ilości pokarmów, jaką pacjent spożywać będzie, — przynajmniej jeżeli chodzi o przypadki cięższe i średnio ciężkie. Taki punkt widzenia ma swoich zwolenników i rozpowszechnił się poniekąd jako reakcja po djele głodowej, propagowanej przez Allena F. jest zwolennikiem poglądów tych klinicystów (Epstein, Woodyatt), którzy, występując przeciwko przesadnemu stosowaniu diety niedożywiania, wskazują jednak na dużą celowość ograniczeń djetetycznych, odnoszących się zwłaszcza do białka. Djeta,

odpowiadająca zapotrzebowaniu energetycznemu, z ilością białka $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ gr. na 1 klg. wagi ciała, może utrzymywać chorych w zupełnej sprawności fizycznej, jednocześnie zwiększa tolerancję węglowodorową i przeciwdziała kwasicy. Dieta taka wymaga stosowania mniejszych dawek insuliny, co ma duże znaczenie praktyczne ze względu na kosztowność leczenia insulinowego.

Jelenkiewicz. Po 4 latach stosowania insuliny wszyscy zgadzają się z tem, że największa zdobycz, jaką ona przyniosła, polega na tem, że w insulinie posiadamy potężny środek przeciwkwasicowy, dzięki któremu możemy obecnie ratować i utrzymywać przy życiu najcięższe postaci cukrzycy, spiączkę włączając. Leczenie insulinowe ciężkiej cukrzycy powinno być wspierane przez odpowiednie postępowanie dietetyczne. J. jest przeciwnikiem stosowania dużych dawek insuliny, pokrywających błędy dietetyczne. Zwalczanie acetonemji praktycznie winno opierać się nie tylko na działaniu przeciwkwasicowym insuliny lecz i na możności podawania większych ilości węglowodanów, posiadających dobrze znane działanie przeciwketonowe, czemu przed erą insulinową stała na przeszkodzie obawa hyperglikemji. Tem należy operować w ramach diety możliwie mało kalorycznej, pokrywającej zapotrzebowanie energetyczne, i małowiałkowej, opierającej się ogólnie na zasadzie *Petrena* (Na oddziale Dr. *Janowskiego* o najczęściej nie przekracza się 1 gr. białka na 1 klg. wagi ciała; wyjątek stanowią specjalne wskazania do podawania większej ilości białka i ogólnych ciepłostek przy dużym wychudnięciu chorego). Narazie jeszcze mamy zbyt małe doświadczenie, aby uważać, że nieuwzględnianie diety, możliwe dzięki szafowaniu insuliny, nie pogarsza choroby cukrzyczej.

Kaplan na podstawie spostrzeżeń, poczynionych wspólnie z *Konopnickim*, rozróżnia w leczeniu insuliny ciężkich przypadków cukrzycy 2 grupy: 1) Chorych, u których przy ograniczonej diecie i insulinie następuje trwalsza równowaga i poprawa z ewentualnem podniesieniem tolerancji ogólnokalorycznej; są oni zdolni do pracy; 2) chorych, u których pomimo insuliny i ograniczenia diety równowaga jest chwiejna, i postęp choroby nie daje się zahamować. Chorych 1-ej grupy *K.* proponuje leczyć serjami — okresowo. Dietę należy stosować ograniczoną, jednakże u ludzi młodych, zdolnych do pracy trzeba zrobić pewne ustępstwa.

Insulina przyspiesza gojenie się ran, zwłaszcza u chorych cukrzyczych, nie ma jednakże żadnego wpływu bezpośredniego ani pośredniego na rany w *endarteriitis obliterans*.

Jelenkiewicz.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Sekcja gastrologiczna.

Posiedzenie z dnia 16. XII. 1925 r.

Pokazy:

Witkowski: 3 przypadki niedrożności zupełnej jelit z różnych powodów, operowane w ciągu ostatnich dwóch tygodni (*Pokaz preparatów*): 1) kobieta lat 58, od kilku miesięcy uporczywie zaparcie stolca; W. wezwany w nocy stwierdził ostrą niedrożność jelit. Natychmiastowe cięcie brzuszne środkowe w znieczuleniu lędźwiowem wykazało: guz, wysoko w esicy położony, całkowicie zamykający światło kiszki. Po uwolnieniu esicy guz wyprowadzono na zewnątrz cięciem dodatkowem bocznem po stronie lewej. Założono w ramieniu doprowadzającym esicy przetokę na zewn. i wprowadzono do niej dwa dreny. Cięcie środkowe zaszyto. Po dwóch dniach względnie dobrego stanu ogólnego (kał odchodził obficie sztucznym odhytem) i dobrego samopoczucia nagła zapaść i zgon po kilku godzinach.

2) Mężczyzna lat 35 chory od 11 dni, przedtem zawsze znów. Bóle się rozpoczęły po wypiciu szklanki piwa, brał środki przeczyszczające i lawatywy. Po 7 dniach pogorszenie, ponownie bardzo silne bóle w brzuchu, brak stolca i wiatrów, 4 dni przeleżał w szpitalu w Radomiu, stan chorego pozostawał bez zmiany, na 5 dzień przywieziony na II oddz. chir. szpit. Przem. Pańsk. (kierownik — Dr. Al. *Zawadzki*). W drodze do Warszawy 3 razy wymiotował.

Stwierdzono zapalenie otrzewny rozlane (wolny płyn w jamie brzusznej), wzdęcie brzucha szczególnie po lewej stronie (bębniaca aż do 4 żebra) tętno 120, ciepłota 38°.

Rozpoznanie przedoperacyjne wahało się między wgłobieniem, przedziurawieniem żołądka ew. skrętem.

Cięcie brzuszne środkowe w znieczuleniu lędźwiowem. Stwierdzono zgorzel jelita cienkiego na przestrzeni dłuższej, niż $\frac{1}{2}$ metra, spowodowaną przez zakrzep żyły krezkowej górnej. Dokonano wycięcia rozległego jelita czczego w zdrowej części oraz zespolenia *bout—about*.

Krezka nabrzmiała „ciastowata“, przy przecięciu naczyn widać zakrzepy. W 30 godzin po operacji zapaść i śmierć.

Badanie pośmiertne

Status post laparotomiam factam — *resectio jejuni—thrombosis v. portae, v. mesentericae et v. lienalis; thrombosis v. pancreatica, infiltratio adiposa hepatis et renum, Leptomenigitis fibrosa, pericholecystitis adhaesiva.*

3) Mężczyzna lat 38, dostał rano, nagle, bardzo silnych bólów. Kilkakrotne wlewania głębokie do prostnicy — bez skutku. O 12 g. w nocy chory przybył do szpit. Przem. Pańsk. na Oddz. II chir. (kier. — Al. *Zawadzki*). Ciepłota normalna, tętno 110, stan ogólny ciężki, brzuch wzdęty, bolesny, wymioty. Podczas stosowania lawatywy odchodzą gazy. Rozpoznanie przedoperacyjne: przypuszczalnie przedziurawienie żołądka.

Natychmiastowa operacja w uśpieniu eterowem. Brzuch wypełniony brudnym płynem, skręt esicy około krezki, o 360°, ułożony w postaci dubeltówki. Rozległe wycięcie esicy. Koniec odprowadzający zakapłuchowano i pokryto otrzewną, koniec doprowadzający wszyto do ściany brzusznej, jako rzyć sztuczną. Na 6 dzień po zabiegu występuje obustronne zapalenie płuc, badanie krwi wyk. 1,650/00 azotu, w nocy 6 dnia chory umiera. Szwy trzymają dobrze. Protokół sekcyjny:

Bronchopneumonia confluens lobularis inf. pulmon; bilaterals, Bronchitis muco—purulenta diffus. Adhaesiones pleurae et concretio pleurae sin. Peritonitis purulenta diffusa. Stat. post resectionem flexurae sigmoideae. Anus praeter — naturalis coli descend.

Dyskusja:

Zawadzki. Przypadek pierwszy zmarł wskutek długiego wyczekiwania i zatrucia z powodu przewlekłej niedrożności jelit, nawet odciążenie, t. j. wykonanie rzyć sztucznej, ograniczenie zabiegu do minimum, chorego nie zdołało uratować.

W drugim przypadku chory operowany już miał zapalenie otrzewny przed zabiegiem, zmarł wskutek dalej postępującego zakrzepu.

Przypadek trzeci dowodzi, że przy wielkim skręcie i ucisku naczyń u podstawy zgorzel występuje już po paru godzinach, bardzo szybko występuje zapalenie otrzewny, azo-temja. I w tych przypadkach zakrzep postępujący naprzód, daje bardzo złe rokowanie.

Justman: *Megasigmoideum* jest obrazem chorobowym, w poronnych postaciach bardzo często spostrzeganym, a to głównie dzięki promieniom *Roentgena*, gdyż z klinicznych objawów (zaparcie, naprzemián z biegunką) często nie spostrzegamy żadnych. Powstaje pytanie, czy na zasadzie obrazu rentgenowskiego nie mamy podstaw do ustalenia rokowania, aby ewentualnie tą drogą skierowywać zawczasu do zabiegu odpowiednie przypadki. Wogóle przy objawach niedrożności jelit należy pamiętać o *angina abdominalis*; gdzie podawanie atropiny niekiedy usuwa całkowicie cierpienie.

Rozumie się, że w wątpliwych przypadkach nie należy opóźniać zabiegu celem wyjaśnienia rozpoznania.

Dolkart: W 3 przypadku zastanawia brak za życia objawów zapalenia otrzewny, które stwierdzono na sekcji.

D. przypuszcza, że wstrząs operacyjny niszczy rozmaite odruchy, których zespół daje podmiotowe i przedmiotowe objawy zapalenia otrzewny.

Rubinstein opowiada o 2 przypadkach zapalenia otrzewny po operacji wycięcia esicy (*Megasima*) operowanych na zimno. Jeden z operowanych żył po operacji 10 dni, miał kilkakrotnie stolec. Badanie pośmiertne wykazało jednak zapalenie otrzewny, które za życia nie dawało żadnych objawów. Za przyczynę zapalenia otrzewny, uważa *R.* nie-

trzymanie szwów grubej kiszki z powodów odrębnych warunków unaczynienia.

M. Orzech przytacza następujący przypadek: Na 14 dzień po usunięciu wyrostka robaczkowego wystąpiło znaczne podniesienie ciepłoty (do 40°). Badanie w ciągu tygodnia nie wykazało żadnych objawów ze strony otrzewny. Badanie pośmiertne wykazało sporą ilość gęstej ropy w jamie brzusznej, w innych narządach ognisk zapalnych nie stwierdzono.

Grundzach zwraca uwagę klinicyстів i chirurgów na objawy zapalenia otrzewny.

Pomper (z II Oddz. chir. szp. Przem. Pańsk.) po kazuje preparat pęcherzyka żółciowego, pochodzący od chorej, którą cierpi od 11 lat na ataki bólów w brzuchu. Wówczas stwierdzono ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i chorą operowano.

Po operacji w niedługim czasie powróciły bóle i wystąpiła żółtaczką, trwająca kilka tygodni. Obecnie pac. zachorowała nagle 3 dni temu: w godzinę po obiedzie silne wymioty żółciowe, bóle.

Stan ten trwał z małymi przerwami 3 dni.

Ponieważ stan chorej nie poprawiał się, przystąpiono po zbadaniu ilościowym mocznika we krwi (wynik dodatni) do zabiegu (Zawadzki). Stwierdzono ropne zapalenie, kamieć żółciową oraz rozległe zrosty pęch. żółc. z wątroby, jelitem grubym, dwunastnicę i żołądkiem. Pęcherzyk o zgrubiałej ścianie ze znacznym uchyłkiem, robiący wrażenie dwudzielnego.

Dyskusja:

Zawadzki zwraca uwagę na badanie krwi: przy bardzo burzliwych objawach otrzymaliśmy brak leukocytozy. Jest to objaw braku obrony ze strony chorego i to wraz z innymi objawami skłoniło Z. do natychmiastowego zabiegu.

Grundzach zapytuje, dlaczego w tym przypadku nie stosowano leczenia przeciwzapalnego, aby potem na zimno operować pęcherzyk.

Zabierali następnie głos: Zawadzki, Pomper.

Kryński B. pokazuje zdjęcie rentgenowskie przypadku znacznego opadnięcia wątroby u chłopca 9 letniego, skutkiem ucisku silnie powiększonej, rozdętej okrężnicy, która umieszcza się pod prawą połową przepony (interpositio coli transversi, i wywierając stopniowo ucisk na wątrobę spowodowała jej przemieszczenie (luxatio hepatis).

Powiększona, rozdęta okrężnica należy w danym przypadku do częściowych objawów choroby Hirschsprung'a.

Dyskusja:

Grundzach zwraca uwagę na opuszczenie wątroby, która robi obrót naokoło osi poprzecznej i sięga nieraz do dołu brzuszno-prawego swoją powierzchnią górną.

Dyskusja nad odczytem:

Justmana, wygłoszonym na poprzednim posiedzeniu p. t. **Patogeneza i leczenie zapaleń dróg żółciowych.**

Wejnert:

1) Nie tylko ciąży, lecz i okres poporodowy, w szczególności karmienia, jest momentem wysoce dla cierpienia ujemnym.

2) Należy mocniej podkreślić wpływ wrażeń psychicznych.

3) Morfina jest potężnym i godnym zastosowania środkiem.

4) Preparaty salicylowe nie są gorsze od urotropiny.

5) Wskazania dietetyczne i operacyjne należy nieco szerzej uwzględnić; w zakończeniu podkreśla W trafne określenie wpływu wód mineralnych.

Witkowski zwraca uwagę na okres napadu, w którym jesteście wezwani. W okresach końcowych napadu wystarcza uspokojenie chorego lub obojętny jakiś środek.

Frank ostrzega przed częstym stosowaniem morfiny w napadach kamicy żółciowej, gdyż chorzy przyzwyczajają się zbyt prędko do morfiny — więc lepiej takiego chorego operować niż narażać go na morfinomanję. Dalej wskazuje na nadzwyczajne wyniki stosowania cholevalu w sprawach zapalnych dróg żółciowych.

Nawiązując do uwagi kol. Wejnerta, o momentach psychicznych, wpływających na pogorszenie się cierpienia Frank wskazuje, że bardzo ważne jest przeprowadzenie kuracji karlsbadzkiej po za domem, jeżeli już nie w samym Karlsbadzie.

Ulgę choremu podczas napadu przynosi pozycja na prawym boku.

Kryński B. zwraca uwagę na skurcz zwieracza Kaetscha, występujący w większości przypadków schorzenia pęcherzyka żółciowego. Skurcz ten prowadzi do zupełnego zamknięcia światła poprzecznicy i zatrzymywania treści przez szereg godzin. Jednocześnie występują ataki silnego bólu. W pewnej chwili, pod okiem rentgenologa, skurcz puszcza, i pokarm błyskawicznie przelewa się do pozostałej części okrężnicy. W tej chwili ustają bóle. Przypuszczać więc należy, że zastosowana enema uwolniła skurcz zwieracza Kaetscha i tym spowodowała tak szybką poprawę. Ze środków leczniczych fizykalnych, zaleca diatermję.

Pomper. Zbyt późno chorzy poddają się operacji, co odgrywa swoją rolę w pogorszeniu statystyki pooperacyjnej na pęcherzyku i drogach żółciowych. Tu wchodzi w grę pojęcie o wczesności zabiegu, pojęcie dotychczas jeszcze nie ujednolajnione u chirurgów. Gdy jedni pod tym pojęciem rozumieją młodszy wiek pacjentów, inni mają na myśli operowanie spraw zapalnych pęcherzyka lub dróg żółciowych w okresie jaknajwcześniejszym, by mieć do czynienia z mniejszymi zmianami anatomiczno-patologicznymi w tych organach.

Charakterystyczna jest pod tym względem ogłoszona w r. 1923 na kongresie chirurgów niemieckich statystyka Holza i Enderlena na 56 chirurgów z 12147 przypadkami, oraz statystyka braci Mayo z 16980 przypadkami z 2,6% śmiertelności. Przyczem u chorych w wieku od 50—60 lat śmiertelność (9%) jest znacznie wyższa, niż u chorych poniżej lat 40 (2%).

Obecnie, z chwilą udoskonalenia techniki chirurgicznej i znacznego zmniejszenia ryzyka operacyjnego, niepotrzebną stratą cennego czasu jest zwlekanie z zabiegiem u chorych, narażonych na późniejsze ciężkie powikłania i stale odurzanych morfiną.

A. Zawadzki. Z punktu widzenia lekarza w stosunku do chorego, mimowolnie nasuwają się nam trzy pytania: 1) Jak zapobiegać tworzeniu się kamicy? 2) Jak leczyć już istniejącą kamieć? 3) W razie usunięcia kamicy, jak zapobiec nawrotom?

Dzisiejsze nasze wiadomości w tym kierunku nie są w stanie ustrzec człowieka przed tworzeniem się kamicy, dalej nawet cały szereg najsurowszych przepisów nie daje żadnej gwarancji unieszkodliwienia istniejącej kamicy, tj. uczynienia jej zupełnie niedokuczliwą, a staje się ona groźną w chwili, gdy najmniej tego się spodziewamy.

Medycyna wewnętrzna podaje nam chirurgom przeciw zabiegom — następujące tezy: 1) Brak objawów istniejącej kamicy, przypadkowo znajdowanej na stole sekcijnym. 2) Bardzo długie okresy u cierpiących na kamieć, w czasie których chorzy czują się doskonale, zapominają o niej. Pierwszy dowód jest dla mnie raczej samooskarżeniem, bo świadczy o naszych bardzo ubogich sposobach stwierdzania kamicy, a jednocześnie dowodzi, że nie umieliśmy podpatrzeć, dlaczego u tych chorych kamica była dla chorego i dla oka lekarza utajona. Zresztą żaden z nas kamicy takiej, na którą chorzy się nie uskarża nie leczy, bo chorzy się do nas nie zwraca, lub, co gorzej, gdy zwróci się, jest leczony na katar żołądka, albo podlega wycięciu wyrostka robaczkowego, bez rewizji pęcherzyka żółciowego, bo i tak bywa.

Drugi dowód jest również niezbyt ważki: po pierwsze umarli milczą, więc nie powiedzcie o sobie nie mogą; a jeżeli mówili przed śmiercią, to my nie umieliśmy się wstrzymać w ich narzekania, badania nasze prowadziliśmy w innym kierunku; ta broń wewnętrznej medycyny skierowana przeciw leczeniu chirurgicznemu winna być poniechana przez wewnętrzną medycynę, bo daje nam lekarzom przeświadczenie o naszej niemocy.

Wspólne omawianie sprawy daje nam cenne wskazówki; lekarz wewnętrzny widzi zazwyczaj chorego w innym okresie choroby i w innym stanie, niż chirurg.

Jeżeli doszliśmy do wniosku, że wyleczyć kamicy środkami wewnętrznymi nie sposób, że kamienie mogą być wydalone jedynie na drodze zrostów i przedziurawień do żołądka lub dwunastnicy, to musimy odpowiedzieć sobie na pa-

re pytanie: 1) Kiedy oddawać chorego w ręce chirurga. 2) Czy oddawać go dopiero dla ratowania życia lub dla ratowania jego egzystencji, t. j. chroniąc go przed morfinomanją lub przymusowym bezrobociem. 3) Czy w końcu szukając dokładniej przyczyn jego dolegliwości, dać mu możliwość pozbycia się ich prawie bez żadnego ryzyka, a mając go w swej dalszej opiece, w granicach naszej możliwości ochronić go przed dalszą nieprawidłową czynnością komórek wątrobowych. Nie potrzebuje wspominać o tem, że kamica samą przez się może dać powód do niedomogi wątroby i nerek, do schorzeń trzustki.

Ciężkie przeważnie, operowane przeze mnie przypadki w liczbie około 240 przekonały mnie, że czy z winy lekarza (rzadziej), czy z winy p. Niemojewskiego (cholekinaza), czy z winy samego chorego i jego obawy przed zabiegiem, dola chirurga w naszych tutaj warunkach naprawdą jest ciężka — ożywiony najlepszymi chęciami ratowania chorych, spotyka się z kwasicą przedoperacyjną, z długo leczoną niby kamica, a w rzeczywistości rakiem pęcherzyka, a nawet przerzutami, z licznymi zrostami, a jak wśród moich przypadków prawie w 1/3 przypadków z powikłaniem kamicy przewodów żółciowych, bardzo często z organizmem wyczerpanym bólami, żółtaczką trzustki, ropnicą lub zgorzelą pęcherzyka żółciowego, a nawet przedziurawieniem jego ostrem lub dawnem. Nic dziwnego, że materiał operacyjny taki, o jakim mówiłem, nie daje 100% wyzdrowień.

Sądzę, że w imię dobra chorego jest jedyną drogą do poprawienia tej statystyki i spopularyzowania zabiegu: wczesny zabieg co do czasu i okresu choroby, wczesny co do wieku chorego.

Z punktu widzenia czysto chirurgicznego, opierając się na moim materiale, muszę powiedzieć, że w wyleczeniu chorego z kamicy za pomocą lekarstw nie wierzę.

Konieczna jest współpraca chirurga z internistami.

Nie należy trzymać się uparczywie ani medycyny wewnętrznej, ani chirurgicznej, jeno tej medycyny, która najlepiej uleczy chorego.

Justman — w odpowiedzi zaznacza, że pantopon zupełnie nie powinien być stosowany. Zwykła dawka pantoponu (0,2) zawiera prócz innych alkaloidów 0,01 morfiny, a więc faktycznie patopon nie zmniejsza, a raczej zwiększa niebezpieczeństwo morfinizmu. Co do morfiny — nie ulega wątpliwości, że istnieją przypadki, gdzie bańki cięte, pi Jawki, lawatywy i t. p. zawodzą, i morfina staje się niezbędną — ale bywają również przypadki, gdzie po morfinie wypada stosować powyższe zabiegi.

Co do lawatywy — nie sądzi, aby ich niezawodnie pomyslnie działanie tłumaczyć można było sugestją. Wiemy że w ataku obserwujemy wzmożoną perystaltykę i skurcze całego przewodu pokarmowego od wpustu do odbytu. Z badań rentgenowskich wiemy, że lawatywa poraża jelita grube, powodując stan atonii — należy przypuszczać, że porażenie to odruchowo przenosi się wyżej. W tych warunkach lawatywa działa na wzór atropiny, bodaj czy nie przewyższając jej w sile działania.

Co do cholekinazy — jest to mieszanka ziół czyszczących. Jako środek lekkoczyszczący dobrze działa w kamicy.

Co do wskazań chirurgicznych — to zasadnicza różnica między współczesnym chirurgiem a internistą polega na różnych punktach wyjścia dla ich rozważań dajagnostycznych. Chirurg opiera się dotychczas wyłącznie na antomji patologicznej; dla internisty przestała ona być jedynym kryterjum i ustępuje coraz więcej miejsca badaniu czynnościowemu i ujmowaniu zagadnienia z punktu widzenia konstytucjonalizmu i wegetatywnego. Interniści nie mają kryterjum, aby orzec, czy dana sprawa chorobowa w dalszym przebiegu nie będzie groźna dla życia, ale brak kryterjum nie jest jeszcze wskazaniem do zabiegu. Z drugiej zaś strony nie mamy żadnych podstaw do przedoperacyjnego ustalenia wyniku operacji w danym przypadku, ani nie mamy prawa twierdzić, że przypadki z niepomyślnym zejściem pooperacyjnym nie mogłyby żyć, a nawet poprawić się przy leczeniu konserwatywnym. Jedynie wspólne dla wszystkich kryterja — to azotemia i ewentualnie ustalenie formuлки Arnetha-Schillinga we krwi.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu grudniowym Towarzystwa Lekarskiego w Budapeszcie Pàkordy przedstawiał przypadek małopłytkowości (*thrombopenia essentialis*) wyleczony po usunięciu śledziony. Dotyczył on 30-letniej kobiety, u której krwawienia wystąpiły dość gwałtownie w 7 lat po usunięciu, z powodu nowotworu, jednego jajnika. Przed splenektomją badanie krwi wykazało brak płytek, czas krwawienia wynosił 40'. Zaraz po operacji krwawienia ustąpiły i we krwi zjawily się płytki. W 1½ roku po operacji stan zdrowia b. dobry, morfologia krwi normalna, liczba płytek 300.000, czas krwawienia 4,5'. P. przypuszcza, że w przedstawionym przypadku zaburzenia w wydzielaniu jajników odgrywały rolę czynnika przyczynowego małopłytkowości.

Na posiedzeniu styczniowym Towarzystwa akuszerów i ginekologów w Berlinie Loewe z Dorpatu omawiał farmakologję hormonu jajnikowego. Podał nowy biologiczny sposób ilościowego oznaczenia hormonu, opierając się na badaniu rui u gryzoniów; L. wprowadza t. zw. jednostkę mysia. Posiłkując się tą metodyką, znajdował we krwi kobiet, w zależności od stopnia ich rozwoju płciowego, od 0 (okres przekwitania) do 50 — 150 jednostek mysich na całkowitą ilość krwi. Stwierdzał przechodzenie hormonu jajnikowego do moczu dojrzałych płciowo kobiet w ilości około 1 jednostki na 1 L. Badanie nowszych preparatów jajnikowych, znajdujących się w sprzedaży, wykazało, że zawierają one śmiesznie małą ilość hormonu. L. badał również działanie hormonu przy podawaniu doustnym i stwierdził, że, aby otrzymać u myszy taki odczyn, jaki daje wstrzyknięcie 1 jedn. mysiej, należy doustnie podać 20 jedn. Na podstawie tych badań L. doszedł do wniosku, że wszystkie dotychczasowe preparaty jajnikowe nie mogą mieć żadnego działania leczniczego, jednorazowa dawka lecznicza powinna zawierać dużą liczbę jednostek mysich i jeszcze wielokrotnie przy podawaniu doustnym. Możliwe to będzie, o ile preparaty będą miareczkowane wspomnianym sposobem biologicznym.

Na posiedzeniu styczniowym Towarzystwa Rentgenologicznego w Wiedniu Murer przedstawiał nową metodę nasświetlania nowotworów, polegającą na zastrzykiwaniu tuż przed nasświetlaniem hipertonicznych (35%) roztworów cukru gronowego. M. doniósł o kilku w ten sposób leczonych przypadkach. Wyniki były bardzo pomyslnie; znaczne zmniejszenie się guzów spostrzegano nawet w przypadkach raka.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Hamburgu Schottmüller omawiał etiologję zapalenia wsierdzia, przedstawiając przebieg kliniczny rozmaitych postaci pochodzenia niestawowego. Ostre zapalenie wsierdzia, spowodowane przez gronkowca białego i złocistego, przebiega gwałtownie, z wysoką gorączką, z wybroczynami i ropniami w skórze, kończąc się śmiercią po 1 — 2 tygodniach. Zapalenie łańcuszkowcowe ma przebieg podobny, lecz bez zmian w skórze. Zapalenie wsierdzia, wywołane przez pneumokoki, daje gorączkę przerywaną, rzadko przerzuty do skóry, często do stawów i prawie zawsze kończy się zapaleniem opon mózgowych. Paciorkowiec gnilny odgrywa rolę tylko w zakażeniach połogowych, wywołane przezeń zapalenie wsierdzia umiejscawia się na zastawce trójdzielnej, daje przerzuty do płuc, płwocinę cuchnącą i prowadzi do śmierci w ciągu niewiele tygodni. Fardziej podostro przebiegają zapalenia wsierdzia na tle gonokoków, meningokoków i *micrococcus cat.* Dają gorączkę przerywaną, obrzęknięcia stawów, różyczkę skórną (meningokoki), rokowanie jest pomyslniejsze, niż w zapaleniach ostrych. Zapalenie wsierdzia powolne w lwiej części przypadków wywołane jest przez paciorkowiec zieleniejący.

J. nie zgadza się z poglądem, że *endocarditis lenta* jest wyrazem określonego oddziaływania wzajemnego między ustrojem i zarazkiem; odrzuca identyfikowanie *streptoc. vir* i *streptoc. pyog.*, opierając się na teorii mutacji.

Na posiedzeniu grudniowym Towarzystwa medycyny wewnętrznej i pedjatrii we Wiedniu Redlich mówił o wpływie nakłuc łądźwiowych na ciężkie zatrucia, specjalnie zaś zatrucia weronalem. Z pośród 13 przypadków ciężkiego zatrucia weronalem w 4 — nakłucie łądźwiowe miało

wpływ pomyślny. W 9 przypadkach R. stwierdził obecność weronału w płynie mózgowo-rdzeniowym. Przechodzenie substancji trującej do płynu mózgowo-rdzeniowego wykazał również w zatruciach luminalem, sublimatem i lizolem, na podstawie tego uważa, że nakłucie łądźwiowe winno być obowiązkującym zabiegiem ratunkowym we wszelkich zatruciach.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Greifswaldzie W a g n e r doniósł o 2 przypadkach ciężkiej migreny, w których w czasie napadu wytworzył się **zakrzep w art. centralis retinae**; powodując ślepotę. W. objaśnia to, jako następstwo skurczów naczyniowych, które objęły wraz z naczyniami mózgu i naczynia siatkówki.

Na posiedzeniu listopadowym Towarzystwa Lekarskiego we Fryburgu M e r t z mówił o **zwiększeniu się zączyń w surowicy po naświetlaniu światłem i prom. Roentgena**. M. oznaczał ilościowo zączyń w surowicy, chcąc w ten

sposób mieć miarę zwiększonego rozpadu komórek po zadziałaniu czynników świetlnych. Posiłkował się metodą P f e i f e r a określania wskaźnika peptolitycznego na podstawie trawienia dwupeptydu — glicyltryptofanu przez peptidazę. Znajdował przemijające zwiększenie się, często nawet znaczne, miana peptidazy w 1 — 2 godz. po naświetlaniu sztucznym słońcem, nieco mniejsze po zwykłych kąpielach słonecznych. Duże też zmiany z zawartości zączyń powodowało naświetlanie promieniami Rentgena, były one w zależności od pola naświetlania, dawki i filtru. Natomiast lampa Sollux żadnego zwiększenia, się ilości zączyń nie powodowała. Powyższe badania świadczą, że promienie słońca, kwarcówki i Roentgena należą, podobnie jak i protointerapia do czynników leczniczych, działających drogą pobudzania protoplazmy komórek ustrojowych.

L. J.

Zjazdy.

VII Zjazd Międzynarodowy Chirurgów w Rzymie.

(7 — 10 kwietnia 1926 r.).

W r. 1902 powstała w Belgii myśl założenia Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego, celem bliższego wzajemnego poznania się chirurgów całego świata, wymiany myśli i przedstawienia wyników prac doświadczalnych i klinicznych oraz udoskonalenia technicznych tej tak ważnej gałęzi medycyny. Do Towarzystwa zaproszeni zostali najwybitniejsi chirurdzy wszystkich krajów, profesorowie, docenci i kierownicy oddziałów szpitalnych. W r. 1905 odbył się uroczyste w Brukseli I-szy Międzynarodowy Zjazd Chirurgów, następne dwa w latach 1908 i 1911 również w Brukseli. Na 3-cim Zjeździe zdecydowano, aby dalsze odbywały się kolejno co trzy lata w rozmaitych krajach. A więc IV ty Zjazd odbył się w Nowym Yorku w r. 1914. Nastąpiła wojna i zupełne prawie zerwanie międzynarodowego kontaktu uczonych, z wyjątkiem tylko spraw, ściśle związanych z medycyną i chirurgią wojenną, rozpatrywanych na zebrań Aljantów. — Pierwszy po wojnie, a V-y z kolei Zjazd odbył się w Paryżu; na zjeździe tym na propozycję Belgów i Francuzów postanowiono wykreślić z Towarzystwa członków niemieckich i austriackich w związku z podpisaniem przez nich znanego manifestu, w którym solidaryzują się z postępowaniem armji swojej w Belgji i północnej Francji. Również na VI-ym Zjeździe w r. 1923 nie było chirurgów niemieckich i austriackich. Na Zjeździe tym, który się odbył w Londynie, rządy polski i włoski przesłały oficjalne zaproszenie na następny Zjazd. Nasi delegaci kurtuazyjnie uświadczali pierwszeństwa Włochom. Za to w Rzymie Włosi, rewanżując się, gorąco popierali tym razem kandydaturę Polski, i w ten sposób następny VIII Zjazd odbędzie się w r. 1929 w Warszawie.

Na Zjeździe londyńskim obrano tematy dla przyszłego zjazdu przez balotowanie. Jest to sposób doskonały, który dokładnie uzwierniadła zainteresowanie wszystkich członków Towarzystwa Chirurgicznego, nie tylko zarządu, jak to ma miejsce w innych Towarzystwach. Każdy bowiem ma prawo podania kilku tematów, które uwidacznia się na dużej tablicy. Z pośród wszystkich podanych tematów, kolejno ponumerowanych, na ogólnym zebraniu członkowie Towarzystwa wybierają po 3 numery. Większość głosów rozstrzyga o wyborze tematów na następny Zjazd.

W ten sposób wybrano w Londynie w r. 1925 następujące tematy:

- 1) Leczenie raka macicy,
 - 2) Leczenie nowotworów mózgu,
 - 3) Późne wyniki operacyjnego leczenia padaczki
- J a c k s o n a.
- 4) Chirurgja śledziony,
 - 5) Leczenie ropni wątroby.

Zjazd obecny rozpoczął się właściwie już dn. 31-go marca w Medjolanie.

Włosi bowiem przy pomocy biura podróży C o o c k a zorganizowali wspólną wycieczkę Członków Zjazdu poprzez miasta uniwersyteckie północno-wschodnich Włoch. W każdym z tych miast koledzy włoscy przygotowywali duży materiał operacyjny, względnie pokazywali oddziały szpitalne, urządzenia nowoczesne, ulepszenia techniczne, jednym słowem wszystko, co mogłoby chirurgów zainteresować.

To, cośmy widzieli, jest doprawdy imponujące i wielu musiało przyznać, że Włosi zrobili w ostatnich latach olbrzymie postępy w chirurgji i szpitalnictwie i nie ustępują pod tym względem innym narodom zachodnio-europejskim.

W wycieczce tej poprzez szpitale włoskie brało udział około 150 chirurgów z całego świata; w podróży następowało bliższe wzajemne poznawanie się, a niejednokrotnie nawet zadzierzgnięcie węzłów przyjaźni pomiędzy ludźmi rozmaitych narodowości.

W Medjolanie oglądaliśmy olbrzymi szpital chirurgiczny „Il primo Ospedale chirurgico“, ufundowany przez Włoski Czerwony Krzyż. Szpital ten posiada szereg pięknych pawilonów, między innymi jeden zupełnie nowoczesny „padiglione Zonda“, który jest zbudowany na wzór kliniki P a u c h e t a w Paryżu. — Sala operacyjna cała oszklona, widzowie siedzą na wysokości 1/2 piętra nad stołem operacyjnym i poprzez oszklony sufit przyglądają się operacji. — Operujący przy pomocy telefonu komunikuje widzom szczegóły wykonanych zabiegów. Oświetlenie doskonałe. Kierownikiem tej kliniki jest prof. Baldo R o s s i, znakomity chirurg, zupełnie współczesny, o świetnej technice. Posiada kilka instrumentów własnego pomysłu. Wykonał parę brzusznych operacji, następnie asystent jego pokazał nam pomysłowy aparat gipsowy, stosowany w złamaniu szyjki uda, umożliwiający choremu opieranie się na złamanej kośćce, która jest pod stałym wyciągiem, i chodzenie. Widzieliśmy nawet kilka ładnych wyników tego leczenia. Pracujący w tymże szpitalu prof. B a g o z z i pokazał swoją modyfikację operacji przepuklin pachwinowych.

Następnym etapem podróży była Wenecja, która posiada niesłychanie ciekawy szpital, mieszczący się w starym klasztorze o bardzo długich korytarzach, kilku małych ogródkach, otoczonych ślicznymi krzgakami; szpital ma kilka wspaniałych sal o sufitach renesansowych i bajeczną starą bibliotekę z pięknymi freskami ściennymi. Jedną z dużych sal szpitalnych zniszczyły podczas wojny dwie bomby austriackie, rzucone z aeroplanu. Do szpitala zwozi się chorych na gondolach po kanale, który przepływa z jednej strony pod samymi murami szpitalnymi. Do wejścia głównego można się dostać „suchą nogą“ od placu „St. Giovanni et Paolo“. Kierownikiem oddziału chirurgicznego tego szpitala jest prezes obecnego, VII-go Zjazdu, prof. G i o r d a n o. Jest to technik, pracujący niesłychanie szybko, choć trochę niedokładnie. Ta szybkość zastępuje niezbyt skrupulatnie przestrzegana aseptykę, bo wyniki naogół są dobre. Mogłem sprawdzić niektóre bezpośrednie wyniki operacyjne, wracając po 12 tu dniach przez Wenecję. Asystent jego, prof. D e l i t a l a, ślicznie zrobił plastyczną operację uruchomienia stawu kolanowego przy pomocy piata z powięzi szerokiej. Nowy staw wyrzeźbił po mistrzowsku. Przedstawił dwie

chore, operowane tym sposobem przed sześcioma i dziesięć, ma miesiacami z doskonałym wynikiem. Prócz tej wykonał jeszcze plastyczną operację stopy porażonej końsko—szpotawej sposobem odmiennym od zwykłego: przeciągnięciem ścięgien rozginających poprzez otwór, utworzony w kości piszczelowej i skrzyżowaniem ich ponad kością.

W starym uniwersytecie w Padwie kieruje kliniką chirurgiczną jeden ze zdolniejszych chirurgów włoskich, prof. Donati. Przygotował on dla nas znaczny materiał operacyjny. Jest to chirurg pierwszorzędny, choć niezbyt błyskotliwy, robi dużo w znieczuleniu miejscowym, laparotomie przeważnie w znieczuleniu Kappisa (*N. splanchicus*). Wykonał dwie cholecystektomie, jedną splenektomję, nefrektomję i jedną laminektomję. Laminektomję robił w ten sposób, że oddzielił mięśnie (ciężce podłużne) tylko po jednej stronie wyrostków ościstych (lewej) i, nie oddzielając ich po stronie prawej, odbił szerokim dłutem wyrostki ościste u podstawy i odciągnął je razem ze skórą i mięśniami w stronę prawą. Sposób ten, zdaniem moim, nie jest dogodny, gdyż utrudnił dostęp do pola operacyjnego i wywołał znaczne, trudne do opanowania krwawienie.

Z Padwy pojechaliśmy do Bolonii, gdzie istnieje najstarsza wszechnica na świecie. Pokazywano nam w Bolonii pierwszą salę wykładową anatomji, liczącą kilkaset lat, gdyż dopiero (zdaje się) w wieku XVI-ym zezwolono na wykładanie anatomji i sekowanie trupów.

Kierownikiem kliniki chirurg. Bolońskiej jest prof. Nigrisoli, ale właściwą sławą tego uniwersytetu jest znakomity chirurg kostny, prof. Putti. Pokazano nam cudośnie urządzone, olbrzymie, wspaniałe instytut ortopedji, tak zwany „Istituto Rizzoli“, którego kierownikiem jest właśnie prof. Putti. Niestety, nie widzieliśmy go operującego, ale pokazał nam mnóstwo chorych z nałożonemi najrozmaitszemi, pomysłowemi opatrunkami, aparatami, wyciągami i t. d. Również pokazał nam chorych po plastykach stawowych, szwach kostnych i t. p. Wogóle instytut ten wiera wrażenie imponujące. Instytut Rizzoli posiada również cudowną bibliotekę, która pod względem artystycznym, jako pomieszczenie, ma niewiele sobie równych. O wartości jej zbiorów trudno mi wypowiedzieć swoje zdanie, mogliby to uczynić fachowcy. W Bolonii widzieliśmy również w prywatnym zakładzie operującego znanego chirurga Schiassi. Pokazał nam doskonały ręczny trepan mózgowy „Codivilli“ i swój sposób leczenia żylaków podudzia. Wobec braku czasu nie obejrzelśmy szpitali w Bolonii tak, jak na to zasługiwały.

We Florencji, wobec święta Wielkiejnocy i chęci obejrzenia tego pięknego miasta, mieliśmy dzień wolny od prac chirurgicznych.

Dnia 6-go kwietnia przybyliśmy do Rzymu. Tego dnia zbierał się tylko komitet Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego, a oficjalne otwarcie miało się odbyć następnego dnia uroczystość na Kapitolu.

7-go kwietnia Mussolini, „Il duce“, powitał Zjazd w imieniu rządu włoskiego pięknym przemówieniem. Po południu odbyło się pierwsze posiedzenie naukowe. Tematem tego posiedzenia było leczenie radem raków macicy. Głównymi referentami byli Regaud (Paryż), Beuttner (Geneva), Pestalozza (Rzym) i Fordsike (Londyn). W dyskusji zabierało głos około 20-tu chirurgów z całego świata. Najważniejszy i najciekawszy referat wygłosił znakomity uczonec francuski Prof. Regaud z Paryża. Jego pogląd na tę sprawę da się pokrótce streścić w następujących tezach: Technika stosowania radu w przypadkach raka macicy należy do rzeczy niesłychanie skomplikowanych i trudnych i tylko wybitny specjalista może liczyć na dobry wynik — „łatwiej jest wykonać całkowite wyłuszczenie macicy sposobem Wertheima, niż umiejętnie stosować Curioterapię“ — to są słowa Regaud. Składa się na to wiele prac laboratoryjnych i doświadczeń klinicznych. Zdaniem Regaud: a) Raki szyi macicznej są rozmaite pod względem swojej wrażliwości na promienie radu. b) Zakażenie miejscowe zwłaszcza obecność paciorkowców, zmniejsza skuteczność działania radu, a więc należy je przedtem usunąć. c) Najskuteczniejsze są promienie gamma, a więc tylko te winny być użyte. d) Komórki rakowe uodparniają się względem promieni radu przez długotrwale nasświetlanie z odległości, natomiast tkanki otaczające ulegają zgorzeli z powodu uczulenia na te promie-

nie. Wobec tego pierwszeństwo ma jednorazowe dłuższe leczenie, e) Czas nasświetlania raków szyjki winien się wahać między 5—20 dniami, przy krótszym jest działanie uboczne zbyt silne, przy dłuższym rozwija się radoodporność komórek. f) Badanie drobnowidzowe wyciętego skrawka ma znaczenie ze względu na rozpoznanie, a zwłaszcza na określenie gatunku komórek rakowych, wymagających rozmaitej techniki nasświetlań, g) Rad należy stosować wewnątrzprzewodowo, a na brzuch rad lub promienie Roentgena. Regaud dzieli chore na 4 grupy w zależności od rozwoju procesu chorobowego. Pierwsza grupa może być wyleczona z dobrym wynikiem zarówno drogą operacyjną, jak nasświetlaniem. Druga winna być leczona radem od dołu, względnie po nasświetlaniu operowaną. Trzecia grupa winna być nasświetlana prom. Roentgena przez powłoki brzuszne, a później radem od strony pochwy. Czwarta grupa może być nasświetlana prom. Roentgena, w cięższych zaś przypadkach zupełnie nie nadaje się do leczenia (ciężkie zakażenie, zapalenie otrzewny, przerzuty jelitowe itp.). Co do wyników, to Regaud mówi o wyleczeniu dopiero po 5-ciu latach. Ogólna procentowość wyleczenia 15 — 20%. Przypadki, nie nadające się już do operacji (grupa I i II-ga — 30 — 40%) i przypadki cięższe grupy I-iej od 40—60% zupełnego wyleczenia.

Te wyniki leczenia radem raka szyi macicznej, potwierdzone przez wielu innych znakomitych chirurgów, są doprawdy imponujące, jak dla nas, gdzie Curioterapija jest jeszcze w powijakach, wprost rewelacyjne. Co zaś do raka trzonu macicy, to, zdaniem wszystkich chirurgów, winien on być operowany, a nie nasświetlany.

Drugim tematem Zjazdu było leczenie nowotworów mózgu. Jednakże z pośród 6-ciu głównych referentów zjawili się na Zjazd osobiście tylko trzech: Brun z Lucerny, Lozano z Saragossy i Adson z Rochester. Ten ostatni przemawiał zresztą na inny temat, mianowicie: o operacyjnym leczeniu neuralgji nerwu trójdzielnego. Natomiast najwybitniejsi specjaliści w tej dziedzinie, jak de Martel z Paryża i Percy Sargent z Londynu przesłali tylko swe prace. Bastianelli z Rzymu nie przemawiał z powodu towarzyszenia rannemu Mussolinie.

W ten sposób drugi dzień Zjazdu miał przebieg dosyć błady. Mimo to na zasadzie przemówień referentów głównych, kilkunastu mówców w dyskusji i nadesłanych prac można dojść do następujących wniosków: 1) Jak dotychczas leczenie operacyjne, pomimo swojej wysokiej śmiertelności, jest jeszcze najlepszym postępowaniem w przypadkach nowotworów mózgu. 2) Dzięki postępowi neurologji, roentgenografji, wentrykulografji (Dandy) i zastrzykiwaniu barwników — określenie umiejscowienia nowotworów znacznie się wydoskonaliło, co dzięki wcześniejszemu zabiegowi znakomicie polepsza wyniki operacyjne. 3) Dzięki badaniom Cushinga i Baileya dzieliśmy glejaki w zależności od ich złośliwości na rozmaite grupy i łatwiej możemy ustalić rokowanie w każdym przypadku. 4) Nasświetlanie promieniami Roentgena winno się ograniczać tylko do przypadków, nie nadających się ze względu na umiejscowienie lub rozwój choroby do zabiegu operacyjnego. 5) Przed nasświetlaniem należy bezwzględnie wykonać trepanację dekompresyjną, gdyż pod wpływem promieni X następuje nieraz obrzęk tkanki mózgowej, powodujący zmianę ciśnienia wewnątrzczaszkowego i ciężkie zaburzenia, a nieraz i nagłą śmierć pacjenta.

Co do techniki operacyjnej nowotworów mózgu, różniące się w znacznym stopniu od techniki ogólnochirurgicznej, to na tem polu zrobiono duży postęp, dzięki któremu śmiertelność operacyjna stale się zmniejsza. De Martel podaje, że na początku swojej działalności operacyjnej w dziedzinie nowotworów mózgu, t. j. w r. 1908-ym, miał śmiertelność olbrzymią, dochodzącą do 90 — 100%. Śmiertelność ta powoli się zmniejszała, dochodzi obecnie do 20%, a z czasem będzie jeszcze niższa. Osiąga on to dzięki następującemu postępowaniu: a) nadzwyczaj skrupulatna hemostaza (szczegółowo przez niego opisane rozmaite jej sposoby); b) użycie elektrycznego trepana, który nie wywołując silnych wstrząsów, znacznie skraca czas operacyjny; c) możliwe użycie znieczulenia miejscowego: d) przy operowaniu nowotworów w tylnej jamie czaszkowej — siedząca pozycja chorego; e) otwarcie opony twardej dopiero po zmniejszeniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego (na-

klucie komór, nakłucie łądźwiowe, dożylny zastrzyk płynu hipertonicznego, lawatywa z siarczanu magnezji); f) niezmiernie delikatne i powolne usuwanie nowotworu mózgu ze szczególnem baczeniem na powstrzymanie krwawienia.

Brun z Lucerny podał technikę swoją nieco odmienią, polegającą na przecięciu w jednym miejscu skóry, o kostny i kości i powolnem posuwaniu się w ten sposób krok za krokiem, obok dokładnego opanowywania krwawienia. Co do danych statystycznych, to są one bardzo różniczne u rozmaitych chirurgów. Śmiertelność waha się od 20 — 80%, wyleczenie zupełne od 15 — 25%.

Piękny referat o padaczce Jacksona (trzeci temat Zjazdowy) wygłosił znakomity chirurg francuski Leriche (Strasburg). Leriche przeprowadził bardzo szczegółowe badania anatomiczne i drobnowidzowe u 30-tu chorych o barczonych tem cierpieniem; doszedł do wniosku, że zmiany kostne czaszki i opony twardej nie mają dla tego cierpienia żadnego znaczenia. Jedynie blizna w samej korze mózgowej pod wpływem nagłych zmian lub ukrwieniu wewnątrzczaszkowym (wzmożenie lub zmniejszenie ciśnienia) wywołuje atak epileptyczny. U osobników, cierpiących na chorobę Jacksona, udawało się Leriche doświadczać wywołać atak przez wzmożenie lub obniżenie ciśnienia płynu wewnątrzczaszkowego. Leczenie operacyjne daje prawie zawsze poprawę, ale nie długotrwałą. Wynik jest prawie niezależny od rodzaju operacji. Leriche radzi usuwać operacyjnie bliznę w tkance mózgowej przez wycięcie klina. Na miejscu tem powstaje młoda tkanka glejowata, która przeobraża się z czasem w nową bliznę. Otóż, zanim to nastąpi, należy, zdaniem Leriche, tkankę tę, składającą się z młodych komórek, a więc wrażliwą na promienie Roentgena, naświetlać. W ten sposób może uda się osiągnąć rezultaty trwalsze. Prócz tego nieraz następuje poprawa przez podawanie dożylnie wody destylowanej lub przez usta roczynów hipertonicznych.

Przedpołudniowe posiedzenie ostatniego dnia Zjazdu poświęcone było chirurgii śledziony. Przygotowano kilka poważnych referatów na ten temat: Cortes Llado — Sevilla, Patel — Lyon, Leotta — Bari, Papayonanou — Ghezreh i Henschen — St. Gallen. Najbardziej szczegółowy, z niemiecką pedantycznością, pod względem teoretycznym świetnie ujęty był odczyt chirurga szwajcarskiego Henschena. Nawet w skrócie trudnoby mi było ze względu na brak miejsca tu go powtórzyć.

Naogół wskazania operacyjne podają prawie wszyscy chirurgowie te same. Jako prawie jedyna operacja (z wyjątkiem nacięcia w ropniu lub przyszyca w bąblowcu) jest stosowana całkowita splenektomia, wszelkie inne częściowe zabiegi zarzucono.

Wskazania: 1) urazy, 2) śledziona wędrująca, 3) sa-

moistna gruźlica śledziony, wzgl. granuloma; 4) nowotwory; 5) tętniaki; 6) z pośród splenomegalij: a) Choroba Gauchera. b) Malaria w przypadkach, kiedy śledziona wywołuje mechanicznie przez swój rozmiar rozmaite zaburzenia. c) Choroba Bantiego w początkowych okresach. d) Rza: dziej: kiła śledziony, dziecienna niedokrwiłość śledzionowa, zakrzep żyły śledzionowej i marskość wątroby połączona ze splenomegalją i splenomegalja w przewlekłym zapaleniu wsierdza. Choroby krwi: a) Icterus haemolyticus. b) Pura pura haemorrhagica. c) Thrombopenia.

Wyniki operacyjne naogół dobre, cięcia rozmaite. W przypadkach zwykłych operacja jest łatwa, przy istnieniu wzrostów może przedstawiać olbrzymie trudności. W dyskusji na ten temat zabierał głos między innymi Al. Zawadzki, podając swoją statystykę splenektomij urazowych. U chorych swoich Zawadzki przeprowadzał dokładne systematyczne badanie obrazu krwi w ciągu okresu pooperacyjnego.

Wreszcie ostatnie popołudnie poświęcono 5-mu tematowi zjazdowemu: leczeniu ropni wątroby. Choroba ta ma znacznie olbrzymie na Południu i Wschodzie, gdzie jest wiele ropni pochodzenia ameboidowego. Nas ininteresują właśnie ropnie wątroby, wywołane przez drobnoustoje ropotwórcze, są one najczęściej wtórne, w związku ze sprawami chorobowymi w jamie brzusznej (Appendicitis; Cholecystis i t.d.). Pojedyncze winny być leczone chirurgicznie, o ile przez nakłucie próbnego potrafimy je odnaleźć, natomiast ropnie liczne są pod względem rokowania najczęściej beznadziejne — nie należy ich więc ruszać.

Referaty odpowiednie wygłosili Dominici (Sassari) i Petridis (Aleksandria).

Na zebraniu ogólnem członków Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego — którego przebieg nie był pozbawiony pewnej pikanterji ze względu na dyskusję o przyjęciu z powrotem do Towarzystwa członków niemieckich i austriackich — wybrano przez głosowanie tematy na następny Zjazd. Zjazd ten, jak już wspomniałem, odbędzie się w Warszawie w lipcu r. 1929. Na prezesa Zjazdu obrano prof. Hartmanna z Paryża, na sekretarza dra Aleksandra Zawadzkiego.

Ogłoszenie z ramienia prezydium o miejscu przyszłego Zjazdu było przyjęte gorącą i sympatyczną manifestacją na rzecz Polski.

Jako tematy na przyszły Zjazd obrano:

- Przyczyna i mechanizm zatoru pooperacyjnego.
- Wyniki rezekcji żołądka we wrzodzie żołądka i dwunastnicy.
- Leczenie choroby Basedowa.

Paweł Goldstein (Warszawa).

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Kasy Chorych w stosunku do służby zdrowia komunalnej i rządowej oraz do lecznictwa ogólnego*).

Podał
Jakób SĘCZYC

Po sześćdziesięciu latach działalności ustawy z dnia 19.V 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, czyli krótko mówiąc, o Kasach Chorych, godzi się rozważyć, jaki wpływ wywarły dotychczas rzeczony Kasy na całość spraw sanitarnych Kraju, zwłaszcza, że skutki tej działalności przejawiają się w różnych kierunkach w sposób z dnia na dzień dobitniejszy.

W myśl art. 3 powołanej ustawy podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek choroby wszystkie osoby, zatrudnione na podstawie stosunku roboczego lub służbowego, z wyjątkiem urzędników państwowych, powołanych przez

*) Wygłoszone na posiedz. plenarnem Polsk. Tow. Med. Społecznej w kwietniu 1926 r.

nominację oraz — a to tylko fakultatywnie — dyrektorów zakładów przemysłowych, o ile ich zarobek przekracza pewną sumę (art. 4).

Do Kas Chorych dobrowolnie mają prawo przystąpić w charakterze członków osoby, niepodlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu, jeżeli nie przekroczyły 45-go roku życia, mieszkają stale w Okręgu Kasy i jeżeli ich całkowity dochód roczny nie przywysza pewnej sumy (w 1920 r. kwoty 30,000 mkp.).

Świadczenia Kasy Chorych w zakresie lecznictwa obejmują:

- dla członków (art. 23):
 - udzielanie pomocy lekarskiej, lekarstw, środków opatrunkowych, pomocniczych środków leczniczych, oraz — w miarę zezwolenia Zarządu — przyrządów ortopedycznych, w ciągu najwyższej 26 tygodni, względnie, o ile Kasa istnieje dłużej, niż trzy lata — w ciągu 39 tygodni.
 - leczenie i utrzymywanie w szpitalu, względnie w zakładzie dla położnic według najniższej taryfy opłat (art. 28 i 30).
 - pielęgnowanie chorego w domu przez specjalnie przeznaczony do tego personel, przyczem rodzającym potrąca

się na ten cel najwyżej połowę zasiłku połogowego (nadobowiązkowe świadczenia).

2) dla członków rodzin osób ubezpieczonych:

- bezpłatna pomoc lekarska w rozmiarze artykułu 23 w ciągu najwyżej 13 tygodni.
- pomoc położnicza w granicach artykułu 30-go, i
- leczenie i utrzymywanie w szpitalu najdłużej przez 13 tygodni.

O ile chodzi o lecznictwo kasowe, biorąc pod uwagę z jednej strony szerokość granic, jakie ustawa zakreśliła dla obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek choroby, a z drugiej strony uprawnienie rodzin osób ubezpieczonych do korzystania z świadczeń kasowych, stwierdzić należy, że opiece Kas Chorych poruczona jest przeważająca część ludności w Państwie, gdyż terenem ich działalności są uświadomieni kulturalnie mieszkańcy miast i ośrodków przemysłowych, podczas gdy ludność wiejska bardzo mało ucieka się do pomocy lekarskiej.

Wynika to z zestawienia następujących, przykładowo wymienionych, danych za II-gi kwartał 1924 r., a więc:

Miasto	Liczba człon. rodzin	Liczba człon. rodzin	Razem licz. uprawn. do świadczeń	Liczba mieszk. kańców	Przeło licz. uprawn. w stos. do liczby mieszk. wynosiła:
Warszawa	179.243	227.343	406.586	936.046	43.46%
Kraków	41.719	62.578	104.297	181.700	57.90%
Lwów	46.270	94.416	142.686	219.388	52.15%
Poznań	58.652	33.090	91.742	169.793	54.00%
Łódź	160.632	176.700	337.335	452.079	74.21%

Troska o pozostałą część ludności danych miast rozdziela się na gminy, Rząd, lub osoby prywatne.

Wobec takiego układu stosunków, Kasy Chorych posiadają decydujący wpływ na politykę lecznictwa, zaś w szczególności szpitalnictwa na całym obszarze Rzeczypospolitej, a wpływ ten wzmacnia się stale, w miarę rozbudowy sieci instytucji Kas Chorych.

Zważywszy, że gminy leczą i utrzymują w szpitalach ubogich mieszkańców bezpłatnie, podczas gdy zaludniające pozatem szpitale gminne warstwy zarobkujące społeczeństwa, przeważnie zdolne do ponoszenia kosztów szpitalnych, w ogromnej swej większości należą do Kas Chorych, winienby wpływ Kas na szpitalnictwo iść w kierunku ulżenia gminom obowiązku utrzymywania szpitali powszechnych, a to albo drogą opłacania taks w wysokości, umożliwiającej rzeczonym zakładom leczniczym ich normalny byt i rozwój, albo drogą budowania i prowadzenia zakładów własnych.

W rzeczywistości Kasy Chorych działają w wysokiej mierze destrukcyjnie na szpitalnictwo krajowe, zwracając gminom, w myśl art. 43 ustawy z dnia 19.V.1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, jedynie połowę rzeczywistych kosztów utrzymania i leczenia.

Chcąc straty, stąd powstające, choć w części powetować, samorządy podnoszą taksy szpitalne niepomiarowo, utrudniając tem mniej zamożnym, nienależącym do Kasy Chorych osobom korzystanie ze szpitali powszechnych, które ostatecznie tracą charakter zakładów użyteczności publicznej.

Ten stan rzeczy nietylko podrywa byt szpitali powszechnych i przeciwdziała wymaganiom publicznej opieki sanitarnej, ma on również bardzo poważne uboczne następstwa szkodliwe, uniemożliwiając należyte funkcjonowanie klinik uniwersyteckich przez pozabawienie ich materiału naukowego, jak to wynika z odezwy Magistratu m. st. Warszawy z dn. 17.XI.1922 roku L. 25400/V, skierowanej do b. Ministerstwa Zdrowia Publicznego na skutek wystąpienia władzy uniwersyteckiej w Warszawie.

Stosowanie artykułu 43 ustawy z dnia 19.V.1920 r. do opłat szpitalnych spowodowało masowe protesty ze strony samorządów miejskich i Sejmików powiatowych.

Krytyczne położenie szpitali w wielu okolicach zaostroża

się stale skutkiem wzrastającego zapotrzebowania łóżek dla członków Kas Chorych i wynikającej stąd konieczności rozbudowy danych zakładów.

Na ogólną liczbę 195 Kas Chorych posiadają one szpitale własnych bardzo niewiele, a to:

w Warszawie: w Centrali Kasy, szpital chirurgiczno-ginekologiczny na 75 łóżek.

W Zagłębiu Dąbrowskiem przejęto od przemysłowców szpitale:

Miasto	Właściciel	Liczba łóżek
w Sosnowcu	T-wa Sosnowieckiego	na 80 łóżek
"	" Hr. Renard	" 120 "
w Czeladzi	" Saturn (zakazny)	" 65 "
" Grodzcu	" Grodziec	" 40 "
" Dąbrowie	" Huta Bankowa	" 50 "
"	" Fr. Włoskiego	" 50 "
" Niemcach	" Warszawskiego	" 40 "
R a z e m		na 445 łóżek.

W powiecie Drohobyckim:

W Borystawiu — szpital kasowy na 20 łóżek.

W powiecie Inowrocławskim:

w Gniewie — szpital na 35 łóżek.

Wymienione szpitale, oczywiście, nie wystarczają dla potrzeb lecznictwa danych Kas, które, zwłaszcza wobec brzmienia powołanego wyżej art. 43-go ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, chętnie swoich obłożnie chorych umieszczają w szpitalach gminnych, jak to wynika z następujących, przykładowo-przytoczonych danych:

W roku 1924, przy bardzo dotkliwym braku łóżek szpitalnych, skierowały Kasy do szpitali:

Miasto	Liczba osób	na liczbę łóżek	Wynik
w Warszawie	16.753 osób		5.775.
" Krakowie	2.058 "	" "	1.575.
we Lwowie	2.646 "	" "	1.322.
w Drohobyczu	5.837 "	" "	170.
" Białymstoku	1.017 "	" "	640.

Biorąc pod uwagę tylko niektóre większe miasta i licząc na 1.000 osób, uprawnionych do świadczeń kasowych, conajmniej 4 do 5 łóżek, wobec tego, że chodzi tu głównie o robotników, zajętych w przemyśle, którzy częściej zapadają na zdrowiu, niż inne warstwy ludności, zapotrzebowanie łóżek szpitalnych dla danych Kas przedstawia się, jak następuje:

M i a s t o	Liczba osób npr. do świad.	Potrzebna licz. łóżek dla chor. kasowych:	Ogólne istniejąca licz. łóżek w szpitalach powszechnych.
Warszawa około	400.000	1.600 — 2.000	5.775
Kraków "	100.000	400 — 500	1.575
Lwów "	140.000	600 — 700	1.322
Poznań "	90.000	360 — 400	1.286
Łódź "	350.000	1.300 — 1.600	1.326
Sosnowiec "	300.000	1.100 — 1.400	licz. łóżek kas. 445
Białystok "	28.000	120 — 140	licz. łóż. w szp.p. 640
Drohobycz "	50.000	200 — 250	" " " 170
Częstochowa "	66.000	250 — 300	" " " 329

Koszty budowy dotyczących szpitali wynosiłyby:

Miasto	Koszt	do	Wartość
Warszawa	16.000.000	do	20.000.000 zł.
Drohobycz	2.000.000	"	2.500.000 "
Częstochowa	2.500.000	"	3.000.000 "
Kraków	4.000.000	"	5.000.000 "
Lwów	6.000.000	"	7.000.000 "
Poznań	3.600.000	"	4.000.000 "
Łódź	13.000.000	"	16.000.000 "
Sosnowiec	11.000.000	"	14.000.000 "
Białystok	1.200.000	"	1.400.000 "

Liczby powyższe wskazują, w jakiej mierze Kasy Chorych powinnyby wyręczać samorządy gminne w akcji budownictwa szpitalnego. Również i w innych miastach, w których liczba osób, uprawnionych do świadczeń, jest dostatecznie wielka (powyżej 6.000), Kasa winnaby przystąpić do budowy własnego szpitala.

Ze wymagania, stawiane powyżej, nie są przesadzane, należy wskazać na Spółkę Bracką w Tarnowskich Górach na Górnym Śląsku. Kasa ta, według spisu, przeprowadzonego w listopadzie 1922 r., na około 400.000 osób, uprawnionych do korzystania ze świadczeń, posiadała 14 lecznic własnych, liczących 5.400 łóżek; w tej liczbie około 400 łóżek dla chorych gruźliczych (w specjalnym zakładzie w Wodzisławiu, a dla kobiet w Orzeszu), pozatem letnisko w Jastrzębiu-Zdrój (150 łóżek) i centralne laboratorium dentystyczne w Królewskiej Hucie.

Kasa Bracka usiłowała kierować wszystkich obłożnie chorych do szpitali; wychodząc z założenia, że, jakkolwiek system ten jest połączony z wyższymi kosztami, aniżeli leczenie chorego w jego mieszkaniu, gwarantuje on jednak lepsze wyniki terapeutyczne w postaci szybszego ustalenia choroby, szybszego i gruntowniejszego wyleczenia, zmniejszenia liczby wtórnych zastabnięć, uniemożliwienie symulacji i praktyk oszukańczych, a co za tem wszystkim idzie — zmniejszenie kwoty zasiłków.

Lecznictwo kasowe w miastach wielkich i średnich oraz w osiedlach przemysłowych wszystkich województw, z wyjątkiem Województwa Poznańskiego, przeważnie ześrodkowane jest w ambulatoriach, czyli, przychodniach w Województwie Poznańskim lekarze przyjmują wyłącznie w swoich gabinetach prywatnych.

W Warszawie utworzono w siedzibie Zarządu Kasy Chorych ambulatorjum centralne, należyście wyekwipowane narzędziami i przybory oraz urządzenia lecznicze, pozostawiając szereg przychodni fabrycznych w ich dotychczasowych lokalach, o ile dane zakłady przemysłowe tego zażądały.

To ześrodkowanie prawie całego lecznictwa Kasy w jednym gmachu okazało się pomysłem niefortunnym wobec tego, że lokal ambulatorjum centralnego ani co do rozmiarów pomieszczeń, ani co do ich rozkładu nie odpowiada celowi.

Łączenie się mas chorych w ciągu całych dni w ciągłych korytarzach, służących za poczekalnię, nietylko przedstawiało poważne niebezpieczeństwo szerzenia chorób zakaźnych wśród czekających, ale utrudniało dostanie się chorego do gabinetu lekarskiego, zwłaszcza, że i liczba lekarzy była niedostateczna.

W tych warunkach zdarzało się często, że chory dopiero po 2-ch dniach lub jeszcze później otrzymywał poradę lekarską, o ile tylokrotnie przechodzenie i wyczekiwanie nie sprzykrzyło mu się.

Podobnie działo się w Sosnowcu oraz Krakowie i we Lwowie, a to skutkiem niedostosowania urządzeń leczniczych Kasy Sosnowieckiej, Krakowskiej i Lwowskiej do ogromnego rozszerzenia granic dla obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby.

Liczba członków wynosiła w Krakowie w 1913 r. przeciętnie 18.980, a w 1924 r. około 42.500, we Lwowie w 1913 r. przeciętnie 18.678, a w 1924 r. około 46.270. Przyrost zobowiązań Kasy w zakresie lecznictwa uwypukli się jeszcze dobitniej, o ile będą uwzględnione również rodziny członków, uprawnione do świadczeń.

W ciągu ostatnich lat Kasa Chorych w Warszawie otworzyła szereg nowych przychodni, przystępując do wybudowania wzorowych ambulatorjów i czyni poważne wysiłki celem ulepszenia i uzupełnienia wszelkich swoich urządzeń leczniczych.

To samo da się stwierdzić co do Kas Chorych w Krakowie i we Lwowie.

W zakresie zapobiegania przewlekłym chorobom zakaźnym działalność Kas Chorych dotychczas nie była wydatna.

W Warszawie działalność ta dopiero w drugiej połowie 1924 roku ujawniła znaczniejsze ożywienie.

Prawie żadna Kasa Chorych, oprócz drohobyckiej, która w Borysławiu urządziła przychodnię przeciwgruźliczą, nie prowadzi takiej instytucji ani przychodni lub poradni przeciwwenerycznej, przeciwjagliczej, poradni dla ma-

tek i osesków, kolonij letnich, stacyj leśnych dla osób, a szczególnie dla dzieci, zagrożonych gruźlicą lub dotkniętych początkowymi jej okresami itp. Zmiana na szerszą skalę w tym względzie jest zapoczątkowana.

Liczba sanatorjów, będących w posiadaniu Kas, jest znikoma.

Związek Kas Chorych w Krakowie nabył sanatorium dla gruźliczych w Bystrej na Śląsku, pozatem Kasa Chorych w Drohobyczu nabyła zniszczone przez działania wojenne sanatorium w Worochcie.

Kasa Chorych we Lwowie wzięła w dzierżawę zdrojowisko w Szkle i przyjęła na własność sanatorium, założone tamże przez Kasę robotników budowlanych.

Zresztą, niektóre Kasy, szczególnie w wielkich miastach, weszły w układy z Towarzystwem Przeciwgruźliczem celem korzystania dla swoich członków z akcji zapobiegawczej, prowadzonej przez rzeczono Towarzystwo.

Z powyższych danych wynika, że w zakresie lecznictwa Kasy ogromne pole zapobiegania chorobom leży nieomal całkowicie odłożone.

Biorąc pod uwagę śmiertelność ogólną w Polsce, wynoszącą około 220/00, należałoby określić liczbę zgonów na gruźlicę (w przybliżeniu każdy 6-ty zgon) na 3 do 40/00, a liczbę chorych na 200/00.

Na tej podstawie, obliczając zapotrzebowanie łóżek szpitalnych w specjalnych zakładach leczniczych dla chorych, dotkniętych gruźlicą, dochodzi się do następujących wyników:

M i a s t o	Licz. osób uprawn. do świadcz.	Z tego przybl. licz. gruź.	Przy 5-let. trwaniu choroby przypada na rok końc. chor.	Przy 3 mies. pobycie w szpit. zapotrzebowanie łóżek wynosi
Warszawaokoło	400.000 (x200/00)	8.000 (:5)	1.600 (:4)	400 do 500
Kraków	100.000	2.000	400 (:4)	100 — 150
Lwów	145.000	2.900	560	140 — 200
Poznań	92.000	1.800	360	90 — 120
Łódź	340.000	6.800	1.360	340 — 400
Sosnowiec	275.000	5.500	1.100	275 — 300
Białystok	28.000	560	120	30 — 40
Drohobycz	50.000	1.000	200	50 — 60
Częstochowa	66.000	1.300	260	65 — 70

Razem przeto tylko w wymienionych wyżej miastach dla samych kasowych chorych gruźliczych zapotrzebowanie łóżek wynosi 1.490 do 1.840. Tymczasem ogólna liczba łóżek sanatoryjnych dla chorych gruźliczych wynosi na Polskę zaledwie 1358.

Koszty budowy dotyczących sanatorjów wynosiłyby:

Warszawa	4.000.000	do	5.000.000	zł.
Kraków	1.000.000	do	1.500.000	"
Lwów	1.400.000	"	2.000.000	"
Poznań	900.000	"	1.200.000	"
Łódź	3.400.000	"	4.000.000	"
Sosnowiec	2.700.000	"	3.000.000	"
Białystok	300.000	"	400.000	"
Drohobycz	600.000			
Częstochowa	700.000			

Dla osób, nie mogących korzystać z leczenia sanatoryjnego przez wzgląd na stosunki gospodarcze lub osobiste, albo dla braku w sanatorium łóżek wolnych, tworzone są w Niemczech leśne stacje odpoczynkowe (Walderholungsstätten). Chodzi tu głównie o chorych, niemających w domu zdrowego powietrza, słońca i należytego odżywiania.

Rzeczono stacje, jako surogat sanatorjów, urządzają Niemcy tanim kosztem w laskach, najbliższej miastu położonych, tak, że chorzy do nich bardzo łatwo tramwajem, omnibusem, ewentualnie pieszo dostać się mogą.

Stacja leśna udziela choremu za bardzo dostępną opłatą doskonałego pożywienia. Przytem chory przepędza cały dzień w lesie, na własnym lub od stacji wypożyczonym leżaku, a w razie słońca leży na werandzie krytej.

Osoby gruźlicze, zmuszone dzielić z innymi członkami rodziny wspólne łóżko, mogą w stacji leśnej przepędzać noc na wolnym powietrzu, lub — w razie słońca — na werandzie.

Nadzór nad stacją leśną wykonywa lekarz, dojeżdżający w odpowiednich odstępach czasu, a kierownictwo siostra (pielęgniarka), stale w stacji przebywająca.

Stosownie do określonego powyżej celu, leśna stacja odpoczynkowa wymaga budynku taniego, ewentualnie barakowego, obejmującego: szatnię, w której złożone są również leżaki, jadalnię i werandę dla chorych, biuro kierownicze, kuchnię, spiżarnię, magazyn, umywalnię, pokoiki dla siostr i mieszkania dla służby oraz ustępy.

Koszty takiej budowy wynoszą około 100.000 zł.

Zapotrzebowanie na stacje leśne dla wymienionych wyżej miast, licząc jedną stację dla co najwyżej 150 — 200 chorych, przy zmianie chorych co 2 — 3 miesiące, przedstawia się, jak następuje:

M i a s t o	Licz. chorych równocześnie leczonych.	Licz. baraków z uwzględnieniem pici i dzieci	Koszt baraku	R a z e m
Warszawa	1.000	6	100.000 zł.	600.000 zł.
Kraków	350	2	100.000 "	200.000 "
Lwów	400	3	100.000 "	300.000 "
Poznań	300	2	100.000 "	200.000 "
Łódź	1.000	6	100.000 "	600.000 "
Sosnowiec	800	5	100.000 "	500.000 "
Białystok	80	1	100.000 "	100.000 "
Drohobycz	150	1	100.000 "	100.000 "
Częstochowa	160	1	100.000 "	100.000 "

Liczby powyższe dają miarę odpowiedniego zapotrzebowania dla całego kraju, biorąc pod uwagę wszystkie większe miasta. Mniejsze mogłyby tworzyć spółdzielnie letniskowe.

Takich stacyj Polska nie posiada wcale.

Zagranicą (w Niemczech) zarządy Kas Chorych dawno przed wojną światową starały się wspólnie z zarządami gmin wiejskich, niebędących siedzibą lekarzy, tworzyć stacje opieki sanitarnej, wykonywanej przez należycie ku temu przygotowane pielęgniarki.

Pielęgniarka winna:

- zwracać w danym razie uwagę ubezpieczonych lub innych osób na konieczność zasięgnięcia porady lekarskiej;
- we wszystkich przypadkach, budzących podejrzenie gruźlicy u osoby ubezpieczonej, zawiadomić zarząd Kasy o konieczności wdrożenia badania i ewentualnie leczenia chorego, — i
- w razie opróżnienia mieszkania, zajętego przez osobę, dotkniętą gruźlicą, wszcząć kroki celem przeprowadzenia dezynfekcji.

Pielęgniarka odwiedza chorych i uświadamia ich współmieszkańców w dziedzinie higieny i zapobiegania zakażeniom.

Stacje te stały pod nadzorem lekarza powiatowego.

Spółka Bracka na Górnym Śląsku utworzyła na swoim obszarze 38 okręgów pielęgniarstkich, powierzając prowadzenie ich siostram — pielęgniarcom. Siostry te, poza czynnościami, wymienionymi powyżej, pośredniczyły w dostarczaniu mleka i innych środków odżywczych chorym. Za dokonanie dezynfekcji Kasa część kosztów zwracała gminom.

Oczywiście, że w pozostałych dzielnicach Polski, mając na względzie przerażająco niski poziom higieny ludności wiejskiej wielu okolic, rzeczone stacje opieki sanitarnej stanowią potrzebę palącą. Odpowiadają one poniekąd instytucji dozorców sanitarnych, bez których walka z chorobami za-

każnemi, wobec niemożności uciekania się w tej walce do współdziałania policji państwowej, staje się bezskuteczna.

Niemniej cenne byłoby tworzenie poradni przeciwnerecznych, przeciwjagliczych, poradni dla matek i osesków itp. instytucji dla ludności ubezpieczonej w Kasach Chorych, lub finansowe uczestnictwo Kas Chorych w odpowiednich akcjach społecznych, względnie gminnych.

Na pokrycie wszelkich statutowych świadczeń oraz wydatków administracyjnych pobierają zarządy Kas Chorych w Polsce składkę, wynoszącą przy założeniu Kasy 6½% zarobku pracownika (art. 46 ustawy z dnia 19.V.1920 roku). Z tego płaci pracownik 2/5, a pracodawca 3/5.

Koszty leczenia bezrobotnych pokrywane są z ustanowionego dla nich funduszu. Połowę zasiłków dla rodzających i karmiących ponosi Skarb Państwa.

W Niemczech składka wynosi 4½% przeciętnego zarobku dziennego, z czego pracodawca uiszcza 1/3, a pracownik 2/3. Za niedziele i dni świąteczne Kasa nie wypłaca zasiłków pieniężnych. Natomiast należy do ustawowo przepisanych świadczeń udzielanie niektórych niezbędnych środków odżywczych, jako to: mleka, masła, jaj, mięsa i t. d., o ile one przepisane zostały przez lekarza.

W Anglii pracodawca uiszcza tygodniowo za pracownika 10 d. (pence) — 1.21 zł., a za pracownicę 9 d. — 1.09 zł. Pracownik uiszcza 5 d. — 0.62 zł., a pracownica 4 d. — 0.50 zł.

W Austrii wpłaca się tygodniowo 5/10 zarobku dziennego, z czego pracodawca ponosi 1/3, a pracownik 2/3.

Projekt francuski, obejmujący ubezpieczenie na wypadek choroby, nieszczęśliwego wypadku i niezdolności do pracy z powodu inwalidztwa lub starości, przewiduje jedną wspólną składkę w wysokości 10% zarobku, z czego pracownik i pracodawca mają wpłacać po połowie, czyli po 5% od zarobku.

W Niemczech pracownicy, chcący na wypadek choroby otrzymywać zasiłki pieniężne także za niedziele i święta, wpłacają składki dodatkowe.

Pozatem w Niemczech i Austrii na cele specjalnych akcji społecznych (walka z gruźlicą itd.), tworzone są odrębne fundusze przy udziale finansowym Kasy, zależnie od wysokości posiadanego funduszu zapasowego.

Niektóre z zagranicznych zarządów Kas rozszerzają swoją działalność i na inne dziedziny pomocy społecznej, tworząc przytulki dla kobiet ciężarnych, stacje odpoczynkowe dla niedokrewnych (Austria), lub uczestnicząc w akcji budowy domków robotniczych (miasta hanzeatyckie) i t. d.

Przez to, oczywiście, podnosi się wysokość składki, która np. na Śląsku Górnym, gdzie obowiązuje niemiecka ustawa ubezpieczeniowa, wynosi w fabryce chorzowskiej 7½%, a w Kasie Brackiej 10% zarobku.

Pracodawcy dobrowolnie uczestniczą w tej podwyżce.

W ten sposób Kasy Chorych w niektórych krajach przejmują wiele zadań, które u nas spadają na barki samorządów gminnych lub Rządu.

Według danych Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej dochody Kas Chorych ze składek członkowskich wynosiły w r. 1924 ogółem 75.000.000 zł., a według przewodnika po wystawie Kas Chorych złotych 105.662.758.60.

Z tego wydatkowano:

W/g przewodnika po wystawie Kas Chorych:

Z tego wydatkowano:

na lecznictwo około	50%	48,36%
" zasiłki "	30%	23,78%
" administrację "	10%	10,60%
" fundusz "		
zapasowy "	10%	10,00%
inne		7,86%

Liczba członków wynosiła 1.653.316, na świadczenia dla jednego członka wydatkowano około 36.28 zł.

W roku 1913 wydatkowała Kasa Chorych w Krakowie na świadczenia dla jednego członka 7.44 kor. austr. przy przeciętnej płacy zarobkowej 2 k. dziennie, a Kasa Chorych we Lwowie 18.98 k.

Dane bilansu za rok 1924 przedstawiają tylko wyniki przybliżeniowe i nie mogą służyć za podstawę do ścisłej analizy położenia finansowego Kas z punktu widzenia

ewentualnego rozszerzenia ich działalności w zakresie lecznictwa.

Badając sprawozdania przykładowo wziętych pod uwagę niektórych większych Kas Chorych, dochodzi się do następujących wyników:

M i a s t o	D o c h o d y
Warszawa	18.738.295. Zł.
Kraków	3.035.130 "
Lwów	2.927.889 "
Sosnowiec	7.595.623 "
Drohobycz	2.274.708 "
Częstochowa	2.237.348 "

Rozkładając wydatki stosownie do poszczególnych celów, otrzymamy następujące liczby:

Miasto	Leczn. zł.	Zasiłki zł.	Adm. zł.	Inwest. zł.	Inne cele zł.	Razem zł.
Warszawa	7059980	3450699	2303370	297402	2745252	15856701
Kraków	761803	897149	299744	42870	67273	2068841
Lwów	765239	973727	258077	229392	55304	2281739
Sosnowiec	4537065	1676074	731126	183714	112588	7240570
Drohobycz	740594	665653	239498	15203	21731	1682681
Częstochowa	1194093	505318	266942	112115	54963	2133334

Stosunek dochodów do wydatków przedstawia się, jak następuje:

Miasto zł.	Dochody zł.	Wydatki zł.	Bilansowa nadwyżka zł.	W %/o dochodów zł.
Warszawa	18738295	15856701	2881591	15.32
Kraków	3035130	2058841	966289	31.84
Lwów	2927889	2281739	646150	22.00
Sosnowiec	7895623	7240570	355052	4.68
Drohobycz	2274708	1682681	592027	26.11
Częstochowa	2237348	2133334	104014	5.00

W tych wynikach wpada w oko wysoki odsetek nadwyżki bilansowej, która w Kasie Chorych na miasto Kraków dosięga 31.84% dochodów, a w 1924 r. wynosił:

W Kasie Chorych:

w Krakowie	na	92.202.791.978	mkp. dochodu	69.860%
" Lwowie	"	86.890.094.700	"	45.990%
" Warszawie	"	809.716.133.980	"	60.120%

Kasy Chorych, rozporządzając tak wydatkami dochodami i nadwyżkami bilansowymi, przy celowej organizacji i prowadzeniu oszczędnym w działaniach nieistotnych, mogły, bez wątpienia, na polu lecznictwa i zapobiegania chorobom rozwinąć akcję, zakrojoną na daleko szerszą skalę, niż dotychczas, lub uczestniczyć z wybitnym udziałem w takich akcjach prowadzonych przez samorządy gminne i instytucje społeczne.

Co do znaczenia lecznictwa Kas Chorych dla walki z chorobowością nasuwają się następujące uwagi:

Liczba porad, udzielanych w poszczególnych Kasach Chorych, wynosi przeciętnie, biorąc przykładowo:

w Warszawie	około 6.500	dziennie na 406.586	uprawnionych do świad
" Krakowie	" 700	" 104.297	" "
" Lwowie	" 1.000	" 142.686	" "
" Łodzi	" 6.000	" 337.335	" "
" Sosnowcu	" 5.000	" 204.408	" "

Masowe leczenie, dokonywane w takim rozmiarze, stanowi zakrojony na szeroką skalę przegląd chorych, następująca możliwość poznawania zachodzących na danym obszarze i w danym okresie przejawów chorobowości, a to nie tylko w dziedzinie chorób zakaźnych ostrych i chronicznych, ale i innych zjawisk patologicznych, niszczących organizm społeczeństwa, a wskazujących na nieprawidłowe warunki bytowania.

Posiadając znajomość wspomnianych danych mogłyby organy państwowej służby zdrowia w odpowiedniej chwili wdrożyć właściwe środki celem zwalczania chorobowości i chronić skutecznie zdrowie publiczne.

Obecnie ustosunkowanie uprawnień Ministerstw, interesowanych w sprawach zdrowia mas pracujących i ich rodzin, przekazując wykonywanie lecznictwa w Kasach Chorych Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, a nadzór nad lecznictwem Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia), jako najwyższej władzy sanitarnej Państwa, rozdziela czynności, które z natury rzeczy ściśle z sobą są związane, i utrudnia oraz opóźnia niepomnie wkroczenie władz sanitarnych celem zwalczania choroby.

Porównyując tę walkę z działaniami wojennymi, stoimy wobec sytuacji, w której wódz, powołany do ich prowadzenia, nie wie ani o miejscu zjawienia się nieprzyjaciela, ani o jego sile. Wiadomości te posiada czynnik inny. Oczywiście, że w takich warunkach walka z nieprzyjacielem nie może rokować wyników pomyślnych. Walka z konieczności przedłuża się, powodując tem większe nakłady finansowe i liczniesz ofiary w ludziach.

Narazie nie da się zaprzeczyć, że w dziedzinie lecznictwa kasowego nie ujawnia się żaden czynnik fachowy, nadający działalności Kasy Chorych pewien kierunek, nie ujawnia się koordynacja lecznictwa kasowego z lecznictwem powszechnym, wliczając w to i zaopatrywanie ludności w lekarstwa, czyli aptekarstwo publiczne.

Co do aptek, przygotowuje się sytuacja, która dla społeczeństwa nieubezpieczonego kryje poważne trudności z punktu widzenia otrzymywania lekarstw.

Kasy Chorych bowiem posiadają w myśl art. 44 ustawy o ubezpieczeniu na wypadek choroby prawo zakładania aptek dla potrzeb własnych i korzystają z tego prawa, zwłaszcza w ostatnich latach, w szerokiej mierze, nie licząc się przytem z potrzebami ogółu.

W miastach większych otwieranie aptek kasowych nie jest dla społeczeństwa połączone z następstwami ujemnymi. Zaś w miastach mniejszych apteki publiczne na skutek uruchomienia apteki kasowej łatwo popadają w stan krytyczny i ulegają zamknięciu.

W takich razach ludność nieubezpieczona miejscowa i okoliczna pozbawiona bywa możliwości nabywania lekarstw na miejscu.

Nie ulega wątpliwości, że ściśła, sprawna koordynacja lecznictwa Kas Chorych z publiczną służbą zdrowia w warunkach aktualnych nie da się wprowadzić, a tem mniej utrzymać.

Ustawa z dnia 19.V.1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby przewiduje wprawdzie instytucję delegatów Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) do Urzędów Ubezpieczeń, celem wykonywania nadzoru nad lecznictwem w Kasach Chorych, jednakże czynnik ten, pełniąc rzeczony nadzór drogą Urzędów Ubezpieczeń, ma zadanie bardzo utrudnione, o ile nie uniemożliwione, i nie jest w stanie wpływać skutecznie w kierunku uzyskania tej koordynacji.

Bez wątpienia racjonalnie postąpiła Anglja przekazując sprawy ubezpieczeń społecznych Ministerstwu Zdrowia Publicznego.

Nietylko że tam lecznictwo działa sprawniej, bez targów między Zarządami Kas a personelem lekarskim, ale Ministerstwo Zdrowia stara się z powodzeniem skoordynować działalność leczniczą i zapobiegawczą Kas Chorych z zadaniami innych dziedzin służby zdrowia.

Tak mianowicie uzgodniło ono i wdrożyło współpracę narazie między lekarzami Kas Chorych i lekarzami, prowadzącymi walkę z gruźlicą.

Przeciw koncepcji przekazania ubezpieczeń społecznych Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) wysuwane jest twierdzenie, że — o ile chodzi o Kasy chorych — lecznictwo nie jest jedynym ważnym, względnie najważniejszym zadaniem tej instytucji, gdyż równie ważna, a może nawet ważniejsza jest sprawa zasiłków pieniężnych i polityczna sprawa ubezpieczeń społecznych.

Należy tu wskazać na sprawozdanie Zarządu Kas Chorych dla miast hanzeatyckich za okres czasu od 1891 do 1911 roku.

Sprawozdawca oświadcza, że początkowo cel ubezpieczenia na wypadek choroby polegał na udzielaniu zasiłków pieniężnych ubezpieczonym. Później jednak zaczął Zarząd rozwijać działalność leczniczą i, mimo przeciwstawiające się trudności, nie dał się sprowadzić z obranej drogi w przeko-

naniu, że zdrowie i zdolność zarobkowania stanowi dla robotnika najwyższy skarb życia, ważniejszy od wszelkiego zasiłku.

W Anglii zasiłki pieniężne udzielane są dopiero po wpłaceniu przez członka 26 składek tygodniowych, czyli po 26 tygodniach należenia do Kasy Chorych. W ciągu wymienionego czasu członek otrzymuje tylko pomoc lekarską.

W czasie inflacji w Polsce i Austrii świadczenia Kas Chorych wyrażały się przeważająco w udzielaniu pomocy lekarskiej, i ta przewaga utrzymuje się zależnie od stopnia rozwoju lecznictwa danej Kasy.

W roku 1923 wydatkowano na zasiłki w Warszawie 17,60%, a na lecznictwo 50,68% wydatków ogólnych; w Krakowie na zasiłki 21,30%, a na lecznictwo 56,68%; we Lwowie na zasiłki 19,50%, a na lecznictwo 60,50%.

Co do roku 1924 podaje Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, jak powyżej wspomniano, że na lecznictwo wydatkowano około 50%, a na zasiłki tylko 30%.

Pozatem nie należy przeoczyć faktu, że lekarz udziela pomocy również rodzinom ubezpieczonych, które wszak nie otrzymują zasiłków pieniężnych.

Działalność lecznicza jest przeto nietylko ważniejsza, ale także szersza, aniżeli finansowa.

Zresztą, obowiązków lekarza kasowego nie wyczerpuje lecznictwo. Decyduje on bowiem, czy dana choroba czyni robotnika niezdolnym do pracy, a co za tem idzie, czy mu należy wypłacić zasiłek; lekarz również decyduje, czy niezdolność do pracy ustała, a przeto czy i kiedy należy wstrzymać wypłatę zasiłku.

Pozostałe czynności Kasy Chorych są natury buchalteryjno-manipulacyjnej i sprowadzają się do wykonywania decyzji lekarza.

Mimo tę bezsprzeczną wyższość zadań lekarza w obrębie organizacji Kas Chorych nad czynnościami buchalteryjno-manipulacyjnymi, przedstawiciele tych ostatnich posiadają decydujący wpływ na całokształt stosunków i rozbudowy pomienionej instytucji, powodując przytem częstokroć niepomniernie wysokie wydatki na administrację Kasy w porównaniu z wydatkami na lecznictwo.

Liczne i głośnie są utyskiwania lekarzy kasowych, że w spełnianiu swoich ciężkich obowiązków, zwłaszcza o ile chodzi o zapisywanie leków luksusowych, o wnioski w sprawie leczenia uzdrowiskowego i zdrojowiskowego, o określenie niezdolności do pracy i t. p., odczuwają brak przewidzianej ustawowo ochrony prawnej, z której korzystają urzędnicy kasowi.

Biorąc pod uwagę wydatki, związane wyłącznie z prowadzeniem Kasy, a to przykładowo Kasy na m. st. Warszawę, Kraków, Lwów, Sosnowiec, Drohobycz i Częstochowę; wynosiły w r. 1924 koszty lecznictwa w przybliżeniu 14.840.842 zł., a koszty administracyjne 3.534.923 zł.

W stosunku do ogólnych wydatków w sumie 29.328.201 zł. wynoszą koszty lecznictwa 50%, a koszty administracji 12,39%.

Cyfrы te jednak nie mogą służyć za przedmiot porównania z punktu widzenia oceny wydatków administracyjnych Kasy.

Oczywiście, że wydatki rzeczowe, związane z prowadzeniem szpitali, ambulatorjów chemicznych, bakterjologicznych, dentystycznych, rentgenologicznych itp. oraz aptek, muszą wynosić bez porównania więcej, aniżeli kosztuje prowadzenie biura Kasy.

Różnica ta będzie na przyszłość niezawodnie wzrastała przy malejącym stosunku procentowym kosztów administracji w miarę rozwoju lecznictwa kasowego, gdyż o kosztach administracji decydują głównie wydatki osobowe.

Przeto porównanie winno być przeprowadzone między kosztami osobowymi personelu administracyjnego z takimiż wydatkami w zakresie lecznictwa.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę wydatki Kasy Chorych na m. Kraków za okres od 1.I do 30.IX.1924 r., wydatki osobowe w dziedzinie lecznictwa, wliczając w to personel pomocniczy, służbę i akuszerki oraz personel farmaceutyczny wraz z obsługą, a wyłączając kontrolerów, jako nienależących do personelu leczniczego, pochłonięły 14,66% wydatków ogólnych, zaś wydatki na personel administracyjny 13,91%, a wraz z kontrolerami tyle, co personel leczniczy, jeżeli nie więcej.

W Austrii „Allgemeine Arbeiter-Kranken und Unterstützungs-Kasse“ koszty administracji wynosiły w stosunku do wydatków ogólnych w 1923 r. 7,8%, w 1913 r. 8,3%, a w 1912 r. 7,8%.

Oczywiście, że przekazanie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia spraw ubezpieczenia na wypadek choroby przesunęłoby punkt ciężkości we wszystkich zamierzeniach i poczynaniach Kas na stronę fachowo-leczniczą i zapewniłoby ścisłą łączność z oficjalnymi instytucjami lekarskimi, których zwierzchnie kierownictwo leży w ręku Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia) oraz z innymi instytucjami naukowo-lekarskimi i pozwoliłoby nadać rozwojowi lecznictwa Kasy Chorych pewną planowość, zgodnie z ogólnym planem sanitarnym Kraju i wszystkich czynników rządowych, samorządowych oraz społecznych, plan ten wykonywających.

Jako szczególnie ważna wysuwa się w związku z regulowaniem lecznictwa Kas Chorych kwestja uniknięcia skutków ujemnych dla lecznictwa ogólnego, a dla stanu lekarskiego w szczególności.

Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, rozbudowując instytucję Kas Chorych bez liczenia się z warunkami bytu stanu lekarskiego, jako stojącego pod opieką Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia), zagraża poważnie podstawom egzystencji rzeczonoego stanu.

Atoli załamanie się bytu stanu lekarskiego nie jest li tylko sprawą zawodową lekarzy. Posiada ono znaczenie sprawy ogólnopństwowej, gdyż lekarz kasowy ma określony zakres czynności, ograniczony do praktyki ściśle leczniczej i orzecznictwa co do niezdolności do pracy będących w jego leczeniu członków Kasy. Czynności te nie wyczerpują ani w przybliżeniu zadań, ciążących na Państwie w dziedzinie zdrowia publicznego.

Należy liczyć się z potrzebami pomocy lekarskiej dla ludności nieubezpieczonej i mieć na oku ewentualność wojny i epidemji oraz liczne inne konieczności państwowe, należy mianowicie rozważyć, że mobilizacja lekarzy w wypadkach epidemji nie jest bynajmniej obowiązkiem platonicznym, gdyż w czasie epidemji tyfusu plamistego w roku 1920/21 postradało życie przeszło 400 lekarzy.

Jest to podatek, jakiego Państwo w czasie pokoju nie wymaga od żadnego zawodu.

Reasumując powyższe wywody, stwierdzamy, że dotychczasowy system prowadzenia Kas Chorych pociąga za sobą zgubne skutki dla szpitalnictwa publicznego oraz dla aptek publicznych, głównie w miastach mniejszych, a dla stanu lekarskiego wogóle.

Skutki te nie ujawniły się jeszcze w formie zbyt ostrej, a to z powodu niedostatecznej sprawności lecznictwa kasowego. Spotęgują się one jednak w sposób nieobliczalny, o ile działalność lecznicza i zapobiegawcza Kas, z chwilą poprawy stosunków gospodrczych Kraju, nabierze rozmachu i w rozwoju swoim będzie nadal szła odrębnymi drogami, zamiast ażeby szukała możliwie ścisłej współpracy z państwową administracją sanitarną.

Nie może leżeć w interesie Państwa system, który sprawia, że urzędzenia lecznicze jednej instytucji publicznej, w danym wypadku Kas Chorych, mającej obsługiwać 50% ludności miejskiej i ośrodków przemysłowych, podkopują istnienie analogicznych publicznych urzędzeń, przeznaczonych dla drugich 50%, względnie dla ogółu społeczeństwa.

Wówczas bowiem szkody, wyrządzone zdrowotności publicznej rzeczonym systemem, mogą zrównoważyć przynieszone jej przez daną instytucję korzyści lub je nawet przewyższyć.

Specjalnie na polu zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania, mającego dla Kas Chorych, poza celem społecznym, również wybitne znaczenie ze względów oszczędnościowych, mogą Kasy oddać nader cenne usługi zdrowotności publicznej, o ile ich działalność wejdzie w orbitę planu ogólnopństwowego. Albowiem Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, wykonywając w dziedzinie walki z chorobami zakaźnymi władzę państwową w stosunku do osób, dotkniętych taką chorobą lub zagrożonych nią, jedynie jest powołana do zapewnienia skuteczności rzeczonoj walki.

Atoli jednolita działalność Kas Chorych z władzami sanitarnymi, jakkolwiek ze wszechmiar pożądana i rokująca najlepsze wyniki dla wszystkich zainteresowanych czynni-

ków, w szczególności dla ubezpieczonych i ogółu społeczeństwa, nie jest do pomyślenia, o ile nadzór państwowy nad instytucją Kas w dalszym ciągu w sposób dotychczasowy pozostanie podzielony między Ministrem Pracy i Opieki Społecznej i Ministrem Spraw Wewnętrznych.

Ustawa z dnia 19.V — 1920 r. o obowiązkiem ubezpieczeniu na wypadek choroby przekazuje wprawdzie Ministrowi Spraw Wewnętrznych nadzór nad Kasami Chorych w zakresie zasadniczej ustawy sanitarnej (art. 97), jednakże Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej, obok nadzoru w dziedzinie ubezpieczenia (art. 98), również kierownictwo ogólne.

W następstwie tego ostatniego postanowienia wpływ Ministra Spraw Wewnętrznych na działalność Kas Chorych sprowadza się w praktyce do minimum, mimo że zastrzeżona mu dziedzina nadzoru obejmuje najistotniejsze zadania Kas Chorych, bo walkę z chorobowością.

Opierając się na powyższych argumentach, podyktowanych li tylko względami na dobro publiczne, oraz w interesie uproszczenia administracji państwowej w zakresie kierownictwa zwierzchniego sprawami Kas Chorych i nadzoru nad nimi, dochodzimy do wniosku, że Kasy Chorych winny być poddane ogólnopństwowemu zwierzchnictwu fachowemu, jak w Anglii, gdzie opieka sanitarно-лecznicza nad ubezpieczonymi, zarówno jak nad nieubezpieczonymi jest kierowana przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego.

O ewolucji lecznictwa w Busku*).

Podał

Dr. med. Witold KRZEMIŃSKI (Warszawa)

b. Starszy Asystent kliniki neurologicznej Uniw. Warszawsk.

Jak wiadomo, w szerokich sferach społeczeństwa b. Kongresówki i Kresów wschodnich utarło się przekonanie, że w Busku leczą chorych przeważnie na przymiot. Do niedawna omal że nie identyfikowano kuracji kąpielowej w Busku z kuracją swoistą. Dla zrozumiałych powodów wiele osób, szczególnie panie, dotąd unikają Buska, a w towarzystwie nie zawsze wypada mówić o tem zdrojowisku.

Mianowany przez Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia na stanowisko kierownika Zakładu Przyrodoleczniczego przy Zakładzie Zdrojowym w Busku na sezon 1924 roku — już wkrótce po mem przybyciu na miejsce stwierdziłem fakt, że leczących się na przymiot w Busku było stosunkowo bardzo niewiele.

Zaskoczony tym faktem, szukałem rozwiązania tej zagadki w archiwach zakładowych. Miałem do dyspozycji częściowe zestawienie lekarskie za rok 1921, z którego dowiedziałem się, że na 1869 chorych zdrojowych zarejestrowano 92 przypadki przymiotu — czyli 5%.

Mając na celu przyczynienie się do rozwiązania tak ważnej dla przyszłości tego zdrojowiska sprawy, zwróciłem szczególną uwagę na chorych przymiotowych w Busku, starałem się możliwie wszechstronnie ich obserwować. Wszystkich, kto tylko przechodził kiłę, a nie posiadał miarodajnych wyników badania krwi, odsyłałem do pracowni przy kolonii leczniczej dziecięcej, która nieraz skierowywała wyniki wątpliwe do kontroli do innych pracowni po za Buskiem.

Chciałem wykazać możliwie wysoką odsetkę chorych na przymiot, zapisywałem więc do rubryki *lues latens* wszystkie przypadki wątpliwe z ujemnym odczynem *Wassermana*, jako też przypadki, w których u chorego z przebyłą kiłą stwierdzałem brak zmian przedmiotowych w układzie nerwowym i narządach wewnętrznych. Pomimo to, nawet przy takim postawieniu sprawy, w końcu sezonu okazało się, że na 640 leczonych przeze mnie chorych — przymiotowych było 115, czyli 18%.

* Rzeczą wygłoszoną na posiedzeniu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie dn. 24 kwietnia 1926 roku i w skróceniu w kolonii leczniczej dziecięcej imienia Rektora D-ra med. Brudzińskiego w Busku dn. 3.I. 1926.

T A B L I C A I

Przypadków 640, w tem mężczyzn 394, kobiet 246.

Polyarthritus chronica	152	Tabes	33
" deformans	34	Lues amyotrophica	1
Rheumatismus artic. chr.	10	Malum suboccipitale syphilitic.	1
Idem + vitium cordis	32	Radiculitis luetica	1
Diathesis urica	61	Meningo—myelitis luetica	8
Cholelithiasis	7	Lues cerebri	17
Diabetes (diabète gras francu- zów):	3	" III	5
Obolsitas	6	" hereditaria	3
Scrophulosis	6	" latens	46
Conjunctivitis scrophulosa	6	Lymphadenitis	5
Angioneurosis	18	Coxitis tuberculosa	8
Neurasthenia	37	Gonitis	4
Epilepsia	2	T. b. c. articulationis cubiti	3
Morbus Basedowii	2	Periostitis tuberculosa	7
M. Raynaud—sclerodermia	1	Gonitis traumatica	4
Ischias (neuritis n. ishiadici)	2	Omarthritis	2
Neuralgia ischiadica	20	Status post fracturam tibiae	3
Radiculitis lumbo-sacralis	13	" post amputationem uteri	1
Polyneuritis	1	Contractura Dupuitrain	1
Sclerosis disseminata	5	Varices	6
" lateralis amyotrophica	1	Laesio cordis organica	11
Laesio cerebri organica	9	Dyspepsia	12
Paraplegia spastica inferior	3	Claudicatio intermittens	7
Spondylitis Bechtereyii	1	Asthma bronchiale	1
Morbus Parkinsoni	1	T. b. c. pulmon.	8
" Littli	1	Eczema scroti	3
" Recklinghausen	1	Psoriasis	4

Zawdzięczając uprzejmości Dyrekcji Zakładu Zdrojowego, otrzymałem odpisy urzędowych sprawozdań lekarskich, t. j. materiały, którymi umożliwił mi opracowanie ogólnego zestawienia lekarskiego za rok 1924.

Zestawienie to obejmuje z ogólnej liczby zarejestrowanych przez Zarząd Zdrojowy 4431 gości kąpielowych — 4171 przypadków. W tem: 603 dzieci kolonji leczniczej dziecięcej, 227 chorych szpitala wojskowego, 349 chorych szpitala św. Mikołaja, 245 członków kas chorych m. Warszawy, Sosnowca i Łodzi, wreszcie przypadków 2747, podanych w sprawozdaniach 10 lekarzy zdrojowych z ich praktyki prywatnej.

Materiał powyższy daje się podzielić na 10 zasadniczych grup chorych, leczonych w sezonach 1924 roku w Busku:

- 1) Skazy reumatyczne — 1291 przypadków, czyli 30,9% ogólnej ilości chorych.
- 2) Skaza dnawa — 954 (22,8%).
- 3) Skaza skrofaliczna — 453 (10,8%).
- 4) Choroby nerwowe, natury nie przymiotowej — 374 (8,9%)..
- 5) Sprawy chorobowe pochodzenia syfilitycznego — 386 (9,3%).
- 6) Gruźlica stawów i kości — 249 (5,9%)
- 7) Choroby poszczególnych narządów wewnętrznych — 102 (2,4%).
- 8) Choroby skóry — 99 (2,4%).
- 9) Sprawy chirurgiczne, pourazowe stawów i kości — 60 (1,4%).
- 10) Choroby narządów rodnych u kobiet — 30 (0,8%).

(Patrz tablica II str. 253.)

Po powrocie do Warszawy szukałem dalszych wyjaśnień co do ewolucji lecznictwa w Busku w czytelnich lekarskich. — Materiał, którym obecnie rozporządzam, przedstawia się, jak następuje:

Jak wiadomo, jeszcze za króla Stanisława Augusta zajmowano się w Busku warzeniem soli, ponieważ jednak dobywanie tej soli było zbyt kosztowne, a miała ona smak gorzkawy, po 7 latach przedsiębiorstwo zlikwidowano. Nie uszła jednak uwagi miejscowej ludności okoliczność, że owce i psy chętnie pijały słoną źródlaną wodę, która miała leczyć ich kaszel i świerzbę. Niebawem i ludzie też zaczęli leczyć swe dolegliwości wodą mineralną, a ordynujący wówczas w Busku magister medycyny Winterfeld — zachęcony temi doświadczeniami — zaczął zalecać kurację zdrojową i swoim pacjentom.

T A B L I C A II

ZESTAWIENIE LEKARSKIE ROK 1924.		Kolonja dziecięca	Szpital wojtkowy	Szpital Sw. Mikołaja	Kasy Chorych	Dr. — ski	Dr. — ski	Dr. — ski	Dr. — ski	Dr. — cki	Dr. — ski	Dr. — stejn	Dr. — c	Dr. — n	Dr. — ski	W roku 1924 zarejestrowano chorych 4431. zestawienie lekarskie obejmuje przypadków 4171.
						Kra	Krz	P	T	P	L	R	P	B	B	
1.	Polyarthritis chronica	—	93	84	95	9	57	25	—	72	—	31	3	—	14	483
2.	" deformans	3	12	12	15	6	19	—	1	—	16	3	—	57	14	158
3.	Arthritis (diathesis urica)	—	15	6	9	68	52	1	3	38	70	266	44	251	49	872
4.	Cholelithiasis	—	—	—	4	—	3	—	—	—	5	7	—	—	2	21
5.	Obolesitas	—	1	—	—	10	6	—	—	2	—	6	3	10	13	51
6.	Diabetes	—	—	—	—	—	3	—	—	2	—	—	—	3	2	10
7.	Rheumatismus artic. chr.	35	19	88	15	132	27	27	2	—	80	—	46	78	101	650
8.	Rachitis	27	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	32
9.	Scrophulosis	119	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	10	—	133
10.	Conjunctivitis serophulosa	11	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	17
11.	Lymphadenitis serophulosa	187	—	8	1	21	10	2	1	3	14	10	8	—	6	271
12.	Laesiones cordis organic.	—	—	18	9	—	9	—	—	1	3	3	2	9	3	57
13.	Neurosis ventriculi	—	—	—	—	—	12	—	1	—	—	1	—	—	1	15
14.	Tuberculosis pulmonum	14	—	3	—	—	9	1	—	—	—	2	—	—	1	30
15.	a) Neurasthenia	—	—	6	2	—	53	2	—	—	—	—	25	27	27	142
16.	b) Laesion. nerv. periph.	—	12	26	19	—	17	7	—	—	—	31	—	4	—	116
17.	c) " centr. non luet.	—	14	16	9	—	18	5	—	—	—	14	4	17	19	116
18.	d) " " luetie	—	12	7	29	30	32	—	—	—	6	—	—	30	—	146
19.	Lues III	—	—	10	2	—	3	—	—	—	—	—	20	—	74	109
20.	" hereditaria	10	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	13
21.	" latens	—	8	—	10	—	13	12	—	21	—	31	—	—	—	118
22.	T. b. c. artic. et ossium	130	7	34	17	3	5	3	1	4	10	3	—	29	3	249
23.	Laesion. artic. et oss. non t. b. c.	—	25	16	6	—	4	3	—	2	—	—	4	—	—	60
24.	Dermatologia	29	1	2	1	11	6	3	1	2	11	8	2	8	14	99
25.	Gynekologia	—	3	11	1	2	—	3	—	5	—	4	1	—	3	33
26.	Varices	—	1	2	—	4	6	—	—	2	—	—	6	3	11	35
27.	Varia	38	4	—	—	—	—	5	1	2	12	20	11	25	17	135
		603	227	349	245	296	395	103	11	156	231	440	179	561	375	4171

Rozgłos o właściwościach leczniczych wód Buskich docierał do coraz dalszych zakątków kraju; zaczęło się zjeżdżać do Buska coraz więcej chorych; mieszkali oni w miasteczku, kąpali się w wodzie mineralnej, którą sprowadzano od źródła i ogrzewano w kociołkach. — Już w r. 1828 na liście kuracjuszków zanotowano 202 nazwiska, a w r. 1832 Werner ogłosił wyniki rozbiórki chemicznej wody mineralnej.

W ewolucji Buska, jako zdrojowiska, znamienny jest rok 1836, kiedy oddany został do użytku publicznego wspólny w stylu rzymskim zbudowany gmach kąpielowy, otoczony kilkunastomorgowym parkiem, i szpital dla niezamożnych chorych imienia św. Mikołaja.

Wówczas ordynowali w Busku: Dr. Adolf Berends (1833 — 1839) i Dr. Oczapowski z Warszawy (1833 — 1838). Z monografii Dr. Oczapowskiego „wiadomości o użyciu wód Buskich“ z r. 1838 dowiadujemy się, że leczono tam „połowę chorych na skrofuly, 25% byli to reumatycy, reszta chorych na różne dolegliwości skórne; rany, hemoroidy, zatkania trzewiów brzusznych i sparaliżowania“.

Wiele cennych szczegółów z życia Zdrojowiska ogłosił w pracach swoich Dr. Karol Grygowiec (1838 — 1855). Autor ten wydał w r. 1849 monografię „Opis Buska wraz z zakładem kąpielowym“ oraz ogłosił szereg sprawozdań o Busku w Tygodniku Lekarskim (1851 — 1855).

Podczas ordynacji Dr. Grygowiec zjeżdżało się do Buska przeszło 300 rodzin, przeważnie z Kongresówki i Kresów Wschodnich, wydawano dziennie 400 kąpiel, wysyłano do Warszawy do 8000 butelek wody mineralnej do picia. W sprawozdaniu za rok 1852 na str. 131 jest wzmianka, że pewien inżynier górnik już wówczas obliczał wydajność źródeł Buskich na 1096 kąpeli dziennie.

Leczył Dr. Grygowiec w Busku przeważnie dzieci chore na żołądki, pozatem przypadki natury artretycznej, reumatycznej, zatkania trzewi, sparaliżowania, próchnice, gruźlicę kości, kołtuny. Wśród chorych najwięcej było dzieci.

W każdym sprawozdaniu Dr. Grygowiec omawia najwięcej skazę skrofuliczną u dzieci: „bo też w cierpieniach skrofulicznych niema, ponad Buską wodę, skuteczniejszych środków“. Piszę Dr. Grygowiec: „jak i zawsze i w

tym roku cierpienia skrofuliczne najgłówniej stanowią liczbę chorych, a pomiędzy nimi najwięcej było dzieci“ (Tygodnik Lekarski r. 1851 Nr. 10, r. 1852 Nr. 12, 13).

W roku 1855 umiera Dr. Grygowiec. W 1856 — 1858 ordynują w Busku: Dr. Kosteckii i Dr. Skrzyński. Prac jednak w druku nie ogłaszali.

W roku 1858 zamieszkał w Busku Dr. Józef Dymnicki. Okres jego działalności obejmuje przeszło 40 lat (1858 — 1900). W pierwszym roku w Busku miał on 433 chorych: w tem 210 na żołądki, 47 — choroby skóry, 28 — sprawy pozapalne, 30 — gościec, dna, 14 — syfilis kości, stawów i narządów wewnętrznych, 12 — nerwo wo chorych, 6 — sprawy nowotworowe.

Tutaj spotykamy się po raz pierwszy w piśmiennictwie o Busku z przymiotem, jako jednostką kliniczną, rejestrowaną w sprawozdaniu tego Zdrojowiska.

Inowacja ta nie przeszła bez wrażeń w Warszawie; świadczy o tem fakt, że Dr. Oczapowski na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 21. VI. 1859 r. odczytał swoje uwagi o sprawozdaniu Dr. Dymnickiego oraz zaznaczył, że „wątpi, czy choroby syfilityczne korzystnie w Busku leczone być mogły“ (Tygodnik Lekarski r. 1859 Nr. 29 str. 255).

Urażony temi uwagami, Dr. Dymnicki w następnym sprawozdaniu broni swoich pozycji, powołuje się na szereg francuskich i niemieckich autorów, a szczególnie na sprawozdanie Dr. Wetzlera z Akwizgranu, który twierdził, że w chorobie syfilitycznej zastarzałej wybornie działają kąpiele siarczane przy zadawaniu jodku potasu wewnątrz.

Dr. Dymnicki już na progu swojej kariery zawodowej w Busku był dokładnie zaznajomiony z życiem tego Zdrojowiska, z jego przeszłością, zdawał on sobie należycie sprawę z tego, jakie kategorie chorych w tem zdrojowisku leczono, wreszcie jakie poglądy na leczenie w Busku były ustalone przez jego poprzedników. Wymownie o tem świadczy wydana przez Dra Dymnickiego w 1860 r. książka o Busku. Żołądki, gościec i dna sam Dr. Dymnicki uważał za zasadnicze, podstawowe grupy chorób, nadające

się do leczenia w Busku, wynika to z jego własnych słów: „Tysiące z tej choroby uleczonych świadczą o cudownym skutku wód naszych“ — tyle o zoiżach. „Ludzie tłumnie zbierali się tutaj i, odzyskawszy zdrowie, stawili zdroj, jako cudowny i niezrównany w tych chorobach“, takiego zdania był autor co do kuracji chorych na gościec i dnę (str. 120).

Nieobcy był też Drowi Dymnickiemu pogląd jego poprzedników na leczenie przymiotu w Busku, gdyż w Klinice za rok 1869 na str. 296 czytamy: Przed rozpoczęciem mojej praktyki zdrojowej w Busku utrzymywano, że chorzy syfilityczni w żaden sposób ze zdroju Buskiego korzystać nie mogą, gdyż wody siarczane, wypłoszywszy rtęć z ustroju, chorobę dawną z wszelką pewnością powrócą“. Ta okoliczność jednak nie powstrzymała Dra Dymnickiego od umieszczenia w swej książce przymiotu wśród wskazań lekarskich, co prawda, z zastrzeżeniem, że: „nie wszystkie odmiany mogą być leczone w Busku z dobrym skutkiem. Tu należą tylko uparte zbroczenia trzeciorzędnej choroby...“ (Busko i jego zdroje str. 153 rok 1860).

Zachęcony widocznymi wynikami kuracji zdrojowej syfilityków w Akwizgranie Dr. Dymnicki w roku 1861 (Tygodnik Lekarski Nr. Nr. 45, 46, 47) w aktukule: „Czy zdroj Buski mógłby być użyty do leczenia choroby rżęciowej i syfilitycznej“ już zaczyna zachęcać lekarzy, by za przykładem Akwizgranu, kierowali do Buska syfilitycznych chorych. W następnych swych sprawozdaniach, ogłaszanych rok rocznie, — z godnym podziwu uporem i energią stara się autor w odpowiednim dla siebie kierunku przekonać lekarzy i społeczeństwo.

Gdy się przegląda owe sprawozdania, napotykaemy coraz to nowe zachęcające bodźce do kierowania syfilityków do Buska. Naprzykład: „Syfyllis leczy się u zdroju Buskiego tak pewnie, jak żadna inna choroba. Jeżeli Szanowni Koledzy chęci moje łaskawie ocenić zechcą, nie omieszkać wkrótce ogłosić warunki, pod jakimi chorzy do tego zakładu przyjmowaniby być mogli“ (Tygodnik Lekarski r. 1867 str. 32).

„Sława zdroju Buskiego w chorobie syfilitycznej — nie miałem przypadku, by z syfyllisu po wyleczeniu się kto do Buska wrócił“ (Klinika 1869 str. 289, 318). „Było tych chorych 100; uleczyło się 75, polepszenie nastąpiło u 24, bez ulgi wyjechał tylko 1“ (Klinika rok 1870).

„Liczba syfilityków wzrasta szybko w zdroju naszym. Wzrost daje najlepsze świadectwo zdrojowi pod względem jego skuteczności, a lekarzowi dostarcza coraz bardziej przedmiotów do tak drogiego doświadczenia“ (Klinika 1871 str. 229).

Podobne traktowanie sprawy wywołuje odpowiedni odruch w prasie. Dr. Głogowski z Lublina, powołuje się na sprawozdanie Dra Dymnickiego z roku 1868, pisze mu: „kuracja swoista, warunki, dyskrecja, a wcale nie wody Buskie“ — „6 tygodni po powrocie z Buska przyszedł do mnie chory z angina syfilityczną, ze strupami na głowie i roseolą na piersiach. Niepodobna określić, kiedy ta choroba jest wyleczoną“ (Klinika 1870 str. 85).

Jeszcze bardziej ostro krytykuje sprawozdanie Dra Dymnickiego Dr. Nowodworski, zaczyna on swój artykuł słowami Tyrtuljana: „Credo, quia impossibile est“ nieco później mu pisze: „Sprawozdawca w 28 twierdzeniu o leczeniu syfyllisu powiada“ (Klinika 1869 str. 249), „że żadna powaga lekarska nie jest w stanie orzec, czy można uznać za ulezonego syfilityka, kiedy nawet znikły wszelkie na nim objawy tej choroby — jak sprawozdawca każe uważać te przypadki, które sam za zupełnie uleczone podaje?“. Kończy Dr. Nowodworski twierdzeniem, że ogłoszone przez Dymnickiego sprawozdania są: „pokazne, ale niedokładne“.

Tak niedwuznacznej treści uwagi kolegów nie zrażają Dra Dymnickiego. Podawane w następnych sprawozdaniach odsetki wyleczonych w Busku syfilityków są dla tych chorych coraz bardziej zachęcające, a same sprawozdania coraz bardziej rzucające się w oczy i obszerne. W niektórych z nich już nie wspomina się wcale po za przymiotem o innych grupach chorobowych, leczonych w Busku. Tak niektóre sprawozdania z lat siedemdziesiątych zatytułowane są jako: „Przypadki choroby przymiotowej leczone w Busku“ r. 1878 naprzykład w 6 numerach mowa tylko o przymiocie — wyniki kuracji następujące: „z 313 przypadków — 235 w Busku wyleczonych, — 75 doznało polepszenia, — bez ulgi wyjechało 3“.

Sprawozdanie z r. 1879: „o chorobach leczonych w zdrojowisku w Busku z wyłącznym uwzględnieniem przymiotu“. Autor na str. 314 podaje tabelkę ogólną leczonych chorych, — a następnie pisze: „Liczba chorych przymiotowych wynosi blisko połowę ogólnej liczby moich chorych, uderzy każdego swą wysokością; dlatego pominałszy inne działy chorób, których mi zwięzłość, sprawozdaniu temu przynależna, pod rozważę wziąć nie pozwala, zajmę się tutaj tylko szczegółowo przymiotem...“. Omawia autor 41 odmian przymiotu. Wyniki kuracji następujące — z 318 chorych: uleczyło się 225, doznało polepszenia 105, pozostało bez ulgi 17, w 3 przypadkach skutek z leczenia niewiadomy, 1 zmarł bez leczenia właściwego“ (Sprawozdanie to rozciągnięte w 8 Nr. Nr. Medycyny r. 1880 Nr. 22 — 29).

Wobec tak zachęcającej reklamy, podawanej corocznie w pismach lekarskich, co do pomyślnych wyników kuracji syfilityków w Busku, odpowiednio narasta liczba tych chorych w zdrojowisku — w r. 1858 jest ich 14 (3,3%), w r. 1870 — 100 (13,6%), w r. 1880 — 480 (40%), od tego czasu przymiot obejmuje najliczniejszą grupę wśród przyjeżdżających do Buska chorych. A o jakich odmianach przymiotu w ogłoszonych sprawozdaniach się nie mówi! Wszystko jest możliwe w tym względzie — kilkadziesiąt odmian przymiotu, od wrzodu twardego poczynając, do para-syfyllisu włącznie. Legjony syfilityków w owych czasach przewinęło się przez Busko i to w najbardziej zaraźliwym dla otoczenia okresie tego schorzenia.

(Dok. nast.).

Sprawy zawodowe

Z powodu otwarcia Państwowej Szkoły Higjenu.

20 kwietnia r. b. dokonane zostało oficjalne otwarcie Państwowej Szkoły Higjenu w Warszawie. Dzięki energii kierownika Państwowego Zakładu Higjenu, D-ra Ludwika Rajchmanna, doszło do skutku dzieło wielkiej doniosłości. Polska uzyskała uczelnię, mającą przygotowywać przyszły personel państwowej i samorządowej służby zdrowia, poczynając od lekarzy i kończąc na pielęgniarkach i dezynfektorach. W ciągu ostatnich kilku lat większość krajów Europy i Ameryki przyszła do prze-

konania, że działalność sanitarna wymaga specjalnego przygotowania. Wydziały lekarskie naszych uniwersytetów zajmują się przeważnie sprawą zwalczania choroby, jako zjawiska indywidualnego, przygotowują swych uczniów do leczenia chorych ludzi. Ubocznie tylko i na drugim planie traktowa-

na jest sprawa medycyny zapobiegawczej, i to także przeważnie w stosunku do jednostki. Tymczasem sprawa ochrony i utrzymania na jaknajwyższym poziomie zdrowia całej ludności nie jest zadaniem samych tylko lekarzy. Chemia i technologia, statystyka i socjologia, wreszcie w niemałej mierze wychowanie fizyczne młodzieży — wszystko to znajduje w trosce o zdrowie powszechne swoje

odbicie, wszystkie te napozór tak rozbieżne dziedziny pracy i ducha ludzkiego uczestniczą w dziele ochrony zdrowia. Coraz bardziej gruntuje się przeświadczenie, że fachowcy w tych poszczególnych działach muszą odebrać specjalne wykształcenie, przygotowujące ich do pracy nad ochroną zdrowia publicznego. Wyłaniają się nowe nieznane dotąd zagadnienia teoretyczne, nowe problemy praktyczne. Ześrodkowanie w jednej uczelni przygotowania fachowych higienistów wiąże ich, jako specjalistów, z życiem, przysposobi ich do celowego współdziałania w dziele zdrowia powszechnego. Nas, jako lekarzy, interesuje ta sprawa podwójnie. Z jednej strony z radością witamy współpracę fachowców z innych działów. Z drugiej strony budzą się w nas refleksje na temat dydaktyki lekarskiej wogóle. Wyodrębnienie higieny, jako specjalności, z ogólnego wykształcenia lekarskiego jest to zjawisko w zasadzie analogiczne do powstawania wszelkich specjalności wogóle. Mniejsza o to, że z motywów wyszczynionych powyżej będzie się to dokonywało w specjalnych do tego przeznaczonych uczelniach. Nas interesuje przede wszystkim przyczyna tego zjawiska, a raczej cel, do którego zmierza. Chodzi o jaknajściślejsze zespolenie przygotowania fachowego z przyszłymi zadaniami, o jaknajbliższy kontakt z życiem. I w tej chwili przychodzi refleksja, jak z życiem. I w tej chwili przychodzi refleksja, jak wogóle, czy uniwersytety nasze uczą dobrze i celowo, czy jest tam co do poprawienia. Pytanie to stoi od dłuższego czasu na porządku dziennym dyskusji wśród profesorów całego świata, chociaż może nie zupełnie z tego samego punktu widzenia. Najdoświadczniejsi wychowawcy młodych pokoleń lekarskich nie od dziś łamią sobie głowy nad tem, jak zmieścić w ramach pięcioletniej pracy ogrom materiału naukowego, rosnący w poszczególnych działach z zawrotną nieraz szybkością, jak przygotować młodego medyka do działania praktycznego. Wszyscy się na to godzą, że niepodobna ani zbytnio przedłużać studjów, ani przeciążać nadmiarem wiedzy. Pojemność umysłu ludzkiego jest ograniczona i nie może być wystawiana na próby, którym podołać nie jest w stanie. Niestety, dyskutują na ten temat fachowcy — profesorowie, zazdrośnie strzegący całości każdy swojej dziedziny. Nikt nie chce niczego oddać, niczego się wyrzec. Spotykamy się nazbyt często z najbardziej fantastycznymi pomysłami dzielenia nauk lekarskich na ważne, najważniejsze lub zgoła drugorzędne. Zwłaszcza poszczególne dziedziny wykonawstwa lekarskiego umieszczane są często na szarym końcu tej listy. Tymczasem to jest właśnie stanowisko najbardziej nieżyłowe. Rzecz ma się wręcz przeciwnie. Najważniejszy dla każdego lekarza jest ten dział pracy, któremu się oddaje, któremu swe życie poświęca. Tak długo, póki reforma studjów lekarskich nie stanie na tem stanowisku, tak długo będzie źle, tak długo wszystko się będzie obracało wyłącznie dokoła pakowności mózgu ludzkiego. Nauczanie medycyny musi iść temi samymi drogami, co nauczanie innych dziedzin działalności ludzkiej. Nowe działy, nowe kategorie zagadnień, powstające na pograniczach fachów dawnych, muszą i w medycynie znaleźć uwzględnienie. Wszak w naszych oczach, za naszego życia

wyrośla chemja fizyczna na pograniczu fizyki i chemji i stała się dyscypliną tak potężną, że wymaga całego człowieka. Wszak medycyna wyodrębniła się z całokształtu nauk początkowo spekulacyjno-filozoficznych, a potem przyrodniczych w myśl tej samej zasady. Wszędzie dzieje się to samo. Nauki zasadnicze i podstawowe schodzą w cień, zatrzymujemy z nich tylko fundamenty i rusztowanie, na którym wyrasta gmach nowy. Na ich miejsce przychodzą nowe działy, coraz bardziej rozrastające się i potężniejące.

Największą trudność w dydaktyce lekarskiej stanowi jej dwoisty charakter. Z jednej strony przygotowuje ona badacza, z drugiej — technika — wykonawcę. Ta dwoistość ma mało stron dobrych, ale zato wiele złych. Z jednej strony zasób wiedzy, który student wchłania w ciągu 5 lat nauki, nie wystarcza, żeby go przygotować do samodzielnej pracy badawczej. Przeciętny przyrodnik — zarówno biolog, jak chemik — uczy się krócej, a zyskuje przygotowanie bez porównania głębsze, przede wszystkim zaś nie jest tak przeciążony rozbieżnymi materjami. Fizjologia, patologia, anatomja patologiczna i mikrobiologia nie mogą być wyłącznie na łasce szkolnego wychowania lekarskiego. Rozwój ich dalszy wymaga innego, niż dotąd traktowania, wymaga wyodrębnienia dydaktycznego z całości. Jeżeli teraz z drugiej strony przyjrzymy się, jak się sprawa dydaktyki przedstawia z punktu widzenia przyszłego wykonawstwa lekarskiego, to znajdziemy, że przeciętny student jest bezwarunkowo przeładowany bynajmniej nie wiedzą, lecz wadomościami teoretycznymi ze szkodą przygotowania praktycznego. To też co prędzej stara się otrząsnąć z balastu. Po upływie lat 10 lekarz, który się niczego nie douczał, staje się troglodytą w dziedzinie teorii, a jednak może być doskonałym praktykiem. Uczono go wszak djagnostyki, t. j. sztuki rozwiązywania zagadek na podstawie jaknajmniejszej liczby danych, uczono go wykonawstwa w najrozmaitszych dziedzinach. To się tak szybko nie zmienia, to mu pozostaje, tembardziej, że codzien to robi. W tym względzie musi nastąpić zmiana systemu nauczania. Więcej teorii dla przyszłych badaczy, więcej praktyki dla przyszłych lekarzy.

Wiem, że te uwagi wywołają sprzeciw, że spotkać mnie może zarzut obniżania poziomu wiedzy lekarskiej, zamiany medycyny w rzemiosło i t. d. Odpowiem na to, że życie jest mocniejsze od najbardziej zakorzenionych nałogów myślowych, że tak długo będzie wołało o swoje prawa, aż się dzisiejsze szkolnictwo do niego nagnie i przystosuje. Musimy się wyrzec pretensji, ażeby każdy medyk mógł na wrywki wyliczyć wszystkie przyczepy wszystkich mięśni ciała ludzkiego, ażeby umiał odróżnić z zamkniętymi oczami kostki prawego napiętką od lewego. Jeżeli się sumiennie uderzyć w piersi, to znajdzie się takie same fakty w każdej dziedzinie teorii lekarskiej. Nie mam pretensji do nakreślenia programu. Wymaga to o wiele dokładniejszej analizy i przekracza kompetencję pojedynczego człowieka. Pragnęłam tylko zaznaczyć jedną z linii wytycznych, a mianowicie konieczność odróżniania już na ławie uniwersyteckiej przy-

słych teoretyków od praktyków i większego zastosowania, niż dotąd, całokształtu wychowania uniwersyteckiego do wymagań przyszłego wykonawstwa.

S z y m a n o w s k i (Warszawa).

PROTOKÓŁ

Posiedzenia sprawozdawczego Naczelnej Izby Lekarskiej
za rok 1925.

Obecni: Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Gantz, Garlicka, Guranowski, Przyborowski, Radziwiłłowicz, Śmiechowski (Warszawa), Szremieński (2 gł.), Wrześniowski, Wróblewski (Kraków), Papee (3 gł.), Nowicki, Opiński (Lwów), Drożdż, Wiszniewski, (Lublin), Tomaszewski (Łódź).

Po powitaniu zebranych przez Przewodniczącego Dr. Bączkiewicza, Sekr. Izby Naczelnej dr. Bełkowski odczytał sprawozdanie z działalności Izby Naczelnej za rok 1925.

W sprawie sprawozdania zabrał głos Dr. Radziwiłłowicz i poddał krytyce działalność Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej odnośnie do punktów następujących:

1) Projekt nowelizacji ustawy o Izbach lekarskich odnośnie do artykułu dotyczącego przysięgi dla sędziów Izby Lekarskich, wniesiony przez Zarząd N. I. L., zdaniem Dr. Radziwiłłowicza nie był odbiciem poglądów poprzedniego posiedzenia Izby Naczelnej, a wprost odwrotnie był sprzeczny z poglądami wypowiedzianymi na tem posiedzeniu.

2) Zarząd N. I. L. miał obowiązek nie tylko przyjęcia do wiadomości sprawozdania Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia za rok 1923, ale również miał obowiązek rozpatrzenia tego sprawozdania i wyciągnięcia z tego sprawozdania odpowiednich wniosków.

3) Zebrania Izby Naczelnej raz w roku są niedostateczne, zdaniem D-ra Radziwiłłowicza na posiedzeniu poprzednim Izby Naczelnej postanowiono, ażeby zebrania te odbywały się częściej. Zarząd N. I. L., nie zwołując więc tych posiedzeń, nie spełnił ciężących na nim obowiązków.

Z powodu krytyki Dr. Radziwiłłowicza wywiązała się żywa dyskusja, w której zabierali głos Strzemiński, Gantz, Wiszniewski, Drożdż, Papee, Bączkiewicz i Bełkowski.

Wyjaśniono, że sprawa przysięgi została powierzona do rozpatrzenia Zarządowi, Zarząd więc miał prawo na podstawie pełnomocnictwa wystąpić z projektem nowelizacji w tej sprawie. Projekt nowelizacji Zarządu N. I. L. poddano jeszcze raz pod obrady Izby na posiedzeniu sprawozdawczym i postanowiono sprawę tę rozstrzygnąć na podstawie opinii poszczególnych izb, do których Zarząd N. I. L. ma obowiązek zwrócić się w tej sprawie. Zanim to nastąpi, projekt nowelizacji ustawy o Izbach Lekarskich w sprawie przysięgi postanowiono wycofać z Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Co się tyczy dwóch pozostałych punktów krytyki Dr. Radziwiłłowicza, to w dyskusji wyjaśniono, że Zarząd N. I. L. zrobił wszystko, co było w jego możliwości, ażeby przywrócić działalność Państwowej Rady Zdrowia, w której byłaby możliwa dyskusja nad sprawozdaniem działalności Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i w której inicjatywa Izby Naczelnej mogłaby się skutecznie zaznaczyć.

W okresie sprawozdawczym palących spraw, któreby zmuszały do zwoływania nadzwyczajnego posiedzenia Izby Naczelnej, nie było. Nadto fundusze Izby Naczelnej zmuszają Zarząd do oszczędności.

W związku ze sprawozdaniem sekretarza przyjęto wniosek Przewodniczącego, ażeby jeszcze raz w imieniu Izby Naczelnej wystąpić do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z memorjałem w sprawie wykorzystania istniejących szpitali psychiatrycznych na Pomorzu i Górnym Śląsku dla leczenia psychicznie chorych.

Po wyczerpaniu dyskusji w sprawie sprawozdania rocznego sprawozdanie przyjęto i postanowiono ustępującemu sekretarzowi Dr. Bełkowskiemu wyrazić podziękowanie.

Skarbnik Dr. Bogucki przedstawił sprawozdanie

kasowe, a w imieniu komisji rewizyjnej Dr. Wiszniewski odczytał sprawozdanie komisji rewizyjnej.

Na tle sprawozdania kasowego wywiązała się dyskusja w sprawie zwrotu kosztów sądowych przez osoby zasądzone. Sprawę tę na wniosek Przewodniczącego przekazano Zjazdowi Sądów Lekarskich. Uchwalono nadto pozostałą z roku ubiegłego sumę pieniężną przeznaczyć na maszynę do pisania, skompletowanie Dziennika Ustaw i niezbędne meble.

Ustępującemu Skarbnikowi Dr. Boguckiemu postanowiono wyrazić podziękowanie.

Wreszcie przyjęto sprawozdanie Prezydium Sądu N. I. L. odczytane przez Dr. Śmiechowskiego.

Przewodniczącemu N. I. L., Dr. Bączkiewiczowi postanowiono wyrazić podziękowanie.

Na tem zakończono posiedzenie sprawozdawcze Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1925.

(—) Dr. N. Metelski. (—) Dr. Bączkiewicz.

Sprawozdanie Prezydium Sądu N. I. L.

z działalności Sądu N. I. L. roku 1925.

Podstawę do prawomocnego działania Sądu N. I. L. dał dopiero Regulamin Sądu N. I. L., ogłoszony przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych 18 maja 1925 r. Dzień ten dzieli rok 1925 dla Sądu N. I. L. na dwa okresy: przygotowania i wykonywania właściwych zadań Sądu.

Po wypracowaniu regulaminu w roku 1924 Prezydium Sądu zajęło się w roku 1925 przedewszystkiem zorganizowaniem kancelarji, zaprowadzeniem ksiąg, przygotowaniem druków, przygotowaniem pomieszczenia dla posiedzeń Sądu, które odpowiadałoby powadze zadania.

Dzięki życzliwej inicjatywie i poparciu członka Sądu N. I. L. D-ra Wincentego Boguckiego, Magistrat m. Warszawy zgodził się udzielić siedziby VI Wydziału Zdrowia przy ul. Zgoda 10 na posiedzenia Sądu za zwrotem połowy kosztów oświetlenia lokalu i za opłatą woźnego po siedm złotych za wieczór.

Oprócz powyższych przygotowań Prezydium Sądu wygotowało normy wpisowego, określając je na złotych pięćdziesiąt, ustaliło koszty posiedzeń, biorąc pod uwagę zwrot kosztów podróży sędziów, ich djety, wydatki na pocztę, na gońca, lokal, woźnego, urzędniczkę, materiały piśmienne.

Uprzedzając ogłoszenie regulaminu, Prezydium wygotowało wzory schematyczne dla składania wniosków przez rzeczników prawa, sędziów, sprawozdawców; wzory protokółów posiedzeń wstępnych i rozpraw głównych; podzieliło Sąd na trzy wydziały, z których pierwszemu przewodniczył Dr. Kozerski, drugiemu Dr. Kołłątaj-Szednicki, a trzeciemu Dr. Śmiechowski.

Prezydium ułożyło księgę kolejności, według której sprawy wpływające były kierowane kolejno do wydziałów i według której Przewodniczący Sądu wyznaczał sędziów do obowiązków rzecznika prawa, sędziego sprawozdawcy, obrońcy z urzędu.

W celu ułatwienia wnoszenia wpisowego dla Sądu N. I. L. Prezydium otworzyło Conto Sądu N. I. L. w P. K. O. 11040.

Od listopada roku 1923 napływały sprawy do Sądu. Izby pilniły o rozstrzygnięcie spraw i nadsyłanie przedstawienia o rozporządzeniu, jakie wprowadza do życia izb przewlekający się okres bezkarności wobec zasądzonych, którzy wnieśli odwołania się do Sądu N. I. L. Zasądzeni ze swej strony naglili o wyznaczenie terminu ich sprawom. Tymczasem Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zwlekało z ogłoszeniem regulaminu. Jeden z zasądzonych przez Sąd Izby, nie mogąc doczekać się osądzenia sprawy zrzekł się odwołania się.

Wobec tego Prezydium Sądu N. I. L. rozesłało wyjaśnienie do Zarządów Izby i do zasądzonych, którzy złożyli podania odwoławcze, przyczyny nieuruchomienia Sądu.

Tymczasem Prezydium przygotowało sprawy na zasadzie ustawy.

18 maja 1925 r. nastąpiło ogłoszenie regulaminu.

20 maja Prezydium rozesłało regulamin i ustawę wszystkim członkom Sądu N. I. L. i Zarządowi izb. Przewodniczący wydziałów porozdawali akta rzecznikom prawa i sędziom sprawozdawcom. Lipiec i sierpień regulamin wyznacza ferje Sądu.

Wobec tego, że na cztery ostatnie miesiące okresu urzędowania wypadło trzydzieści spraw do osądzenia, Prezydjum postanowiło powołać do roboty zarówno sędziów, jak i sędziów zastępców, na kórych robota została rozłożona równomiernie.

Od 5.XI. 1923 r. do 31.XII 1925 roku wpłynęło spraw 30, a mianowicie z Izby Warszawsko-Białostockiej 16, z Poznania 6, z Łódzkiej 4, z Lwowskiej 2, z Krakowskiej 1, z Lubelskiej 1. Z tych Sąd załatwił w roku 1925 21. pozostało do załatwienia w roku 1926 z I Wydziału 1 sprawa, z II Wydziału 6 spraw, z III Wydziału 2 sprawy, z tych Sąd w pełnym składzie osądził jedną sprawę, a drugą ma osądzić w roku bieżącym. Reszta spraw była sądzona w Małym Składzie.

Sąd korzystając wielokrotnie z porad w sprawach zasadniczych prawnych z wskazówek radcy prawnego N. I. L. mecenasą Zygmunta Rymowicza.

Zmiany w składzie osobowym Sądu w roku 1925 były następujące: zamiast D-rów Stanisława Gurbskiego, Antoniego Kędzierskiego i Kazimierza Szmakfefera, którzy pozostali w Sądzie Izby Warszawsko-Białostockiej, weszli D-rzy: Stanisław Hagmajer, Stanisław Zembrzuski i Kazimierz Wisłocki. Na miejsce D-ra Jana Mazurkiewicza wszedł Dr. Mieczysław Michałowicz, a na jego miejsce Dr. Kazimierz Zieliński. Złożyli urząd i zostali zwolnieni przez Zarząd N. I. L. sędziowie: Wacław Gawroński z powodu choroby, Władysław Jakowicki z powodu wyjazdu do Wilna, Kazimierz Wisłocki z powodu wieku i Dr. Tadeusz Jasiński z powodu choroby.

15.VII. 1925 roku z inicjatywy Sądu Izby Łódzkiej odbyła się narada Przewodniczących i pisarzy Sądów Izby Lekarskich pod przewodnictwem Członka Zarządu N. I. L. D-ra Śmiechowskiego w sprawie ujednostajnienia regulaminów Sądów Izby Lekarskich. Przedstawiciele izb obiecali nadesłać do Prezydjum Sądu regulaminy izb, co wykonała jedynie Izba Lubelska.

Prezydjum otrzymało: głosy izb lekarskich w sprawie Rady dyscyplinarnej, materiały do kodeksu etyki lekarskiej od Izby Lwowskiej i lubelskiej, pisma adwokatów, protestujące przeciwko niedopuszczeniu ich do Sądu N. I. L. Interwencje w tej sprawie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Prezydjum złożyło Zarządowi N. I. L. rozkład dochodów i wydatków na rok 1926 i obliczenie dochodów i wydatków Sądu N. I. L. za rok 1924 i 1925.

Ponieważ według regulaminu wszystkie sprawy, jakie wpłynęły do 31.XII.1925 roku, ma załatwić skład Sądu, wybrany na czas do 31.XII. 1925 roku, wydatki na Sąd N. I. L. obecnie kończący swoje urzędowanie będą zakończone dopiero po załatwieniu przezeń ostatniej jego sprawy.

Sprawozdanie to zostało przyjęte przez Prezydjum Sądu N. I. L. dnia 24.II. 1926 r. i wręczone Członkowi Zarządu N. I. L. D-rowsi Antoniemu Śmiechowskiemu dla odczytania na posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej.

Warszawa, 24.II. 1926.

Sekretarz Czl. Zarządu:

Przewodniczący:

(—) Dr. N. Metelski

(—) Dr. Bączkiewicz

Korespondencja.

Uprzejmie proszę Sz. Redakcję o łaskawe umieszczenie w najbliższym numerze „Czasopisma“ następującego sprostowania:

W artykule kol. L. Minca, umieszczonym w Nr. 3 War. Cz. Lekarskiego z roku 1926, autor, wspominając o pracy, poświęconej wartości rozpoznawczej wypuku górnego

przedniego kołca kości biodrowych, mylnie przypisuje mi jej autorstwo. Praca ta była wykonana na moim oddziale, ale nie przeze mnie, lecz przez kol. Wilhelma Szewicza.

Z poważaniem

Z. Monsiński.

Wiadomości bieżące.

— Członek naszej redakcji, prezes Polskiego Tow. Med. Społ., kol. Kazimierz Dłuski, po wypadku samochodowym, któremu uległ przed kilku tygodniami, powrócił do zdrowia i wkrótce rozpocznie nanowo swoją rozległą działalność społeczną i lekarską. Życzymy czcigodnemu Koledze długich jeszcze lat owocnej pracy.

— Ostatni zeszyt Pamiętnika Tow. Lek. Wileńskiego, zawiera następującą listę członków honorowych Tow., wybranych na jego posiedzeniu jubileuszowym:

Z Warszawy: Dłuski, Flatau, Gluziński, Krzyształowicz, Michalski, Noiszewski, Nusbaum, Puławski, Radziwiłowicz, Br. Sawicki, Szwajcer; z Krakowa: Blasberg, Browicz, Godlewski, Kostanecki, Klecki, Majewski, Orłowski, Rosner, Talko-Hryncewicz, ze Lwowa: Sieradzki, Szymonowicz, Zieliński; z Poznania: Łazarewicz, Gantkowski; z Białegostoku: Pines; z Płocka: Maciesza; z Częstochowy: Rożkowski, z Wilna: Antonowicz, Bujalski, Czarkowski, Dembowski, Gierszun, Januszkiewicz, Minkiewicz, Michniewicz, Parczewski, Szabad, Węclawski, Wirszubski, Zahorski.

— Dowiadujemy się, że termin VI Zjazdu Psychjatrów polskich w Krakowie został odłożony do dni 27, 28 i 29 czerwca rb.

— XXIII Zjazd Chirurgów polskich odbędzie się w Warszawie w dn. 8, 9 i 10 lipca rb. Jako tematy programowe obrano: 1) leczenie chirurgiczne wola i choroby Basedowa, 2) ostre zapalenie kości. Uprasza się o możliwie wczesne nadsyłanie tematów odczytowych z dołączeniem krótkiego ich

streszczenia. Termin ostateczny nadsyłania prac — 10 czerwca r. b. Korespondencję należy kierować pod adresem sekretarza Zjazdu Lewensterna, Warszawa, Wspólno 62.

— Zjazd IV Higienistów Polskich i V Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich w Wilnie. W dniu 13 i 14 czerwca 1926 roku. Miejsce posiedzeń Zjazdu Aula Kolumnowa Uniwersytetu Stefana Batorego (Ś-to Jańska 26). Biuro Zjazdu mieści się tamże.

Pierwszy dzień Zjazdu

Dnia 13 czerwca 1926 r.

Porządek dzienny:

Godz. 10 Msza św. w kościele św. Jana.

Godz. 11. Uroczyste otwarcie Zjazdu w auli kolumnowej Uniwersytetu Stefana Batorego.

1. Zagajenie Zjazdu przez Przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego p. Wice-Prezydenta miasta Wilna J. Łokucyńskiego.
2. Wybór Prezydjum Zjazdu.
3. Przemówienie Przewodniczącego Zjazdu.
4. Powitanie Zjazdu przez przedstawicieli Rządu, Uniwersytetu USB, miasta, instytucji rządowych, społecznych, naukowych i t. d.
5. Odczyt prof. Dr. Gantkowskiego „Zadania samorządów w walce z alkoholizmem“.
6. Dr. Budzyńska-Tylicka. Zadanie samorządów w walce z pijaństwem (koreferat).

Posiedzenie popoł. od godz. 16 do 19.

Sekcja I.

1. Dr. Polak. „Gospodarka sanitarna samorządów, organizacja, plan działalności, budżety“. 2) Dr. Szymański. „Polska Ustawa przeciwalkoholowa i samorzady“. 3) Dr. Szymański. „Samorzady wobec walki z alkoholizmem przez szkoły“. 4) Dr. Kozłowski. „Stan sanitarny Wileńszczyzny“. 5) Dr. Narkiewicz. „Stan sanitarny Wilna“.

Sekcja II.

1) Prof. Dr. K. Karaffa-Korbitt. „Higjena pracy“. 2) Prof. Dr. Gądzikiewicz. „Sztuczne rozpylanie pyłu kamiennego w kopalniach węgla na Górnym Śląsku“. 3) Docent Dr. G. Szulc. „Kalorymetria fizjologiczna w zastosowaniu do potrzeb organizacji pracy“. 4) Dr. Sawczyński. „Rola lekarza wojskowego w wychowaniu żołnierza — obywatela polskiego“.

Od godziny 21. Raut wydany przez miasto w sali miejskiej, ul. Ostrobramska 5.

Drugidzień Zjazdu

14 czerwca 1926 r.

Od g. 7 do 10 rano zwiedzanie miasta pod kierownictwem prof. Ferdynanda Ruszczyca (zbiórka w dziedzińcu Skargi w Uniwersytecie).

Posiedzenie od godz. 10 do 14.

1. Dr. M. Kacprzak. „Sprawa szkolenia personelu Służby zdrowia“.
2. Prof. Dr. Władyczko i Dr. Brokowski. W sprawie organizacji służby zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Prof. Dr. O. Bujwid. „W sprawie chlorowania wody według metody Bunau-Varilla“.

Zwiedzenie stacji wodociągów miejskich. Przerwa obiadowa.

Posiedzenie od godz. 16 i pół do 19.

Sekcja I.

1) Dr. Miklaszewski. „Rola szpitala w walce z gruźlicą“. 2) Dr. Borowski. „Stan walki z gruźlicą w Wilnie i Wileńszczyźnie“. 3) Prof. Władyczko. „W sprawie opieki nad psychicznie chorymi na Wileńszczyźnie“. 4) Dr. Gutentag. „Walka z jaglicą w szkołach powszechnych w Łodzi“. 5) Dr. Babecki. „Zagadnienie duru plamistego w Polsce“.

Sekcja II.

1) Inż. Rudolf. „Planowanie miast a zdrowotność“. 2) Dr. Safarewicz. „O nowych prądach w sprawie oczyszczania ścieków“. 3) J. Kiewlicz. „Określenie barwników w produktach spożywczych metodą spektroskopijną“.

Posiedzenie wspólne o godz. 20.

Uchwalenie wniosków, zgłoszonych podczas prac Zjazdu przez poszczególne referatów. Wybór Komitetu Wykonawczego. Zamknięcie Zjazdu.

Trzeci dzień zjazdu 15 czerwca 1926 r.

Wycieczki do Druskienik, Werek, Troki i inne. Informacje w Biurze.

— Otrzymałmy pismo następujące:

Uprzejmie proszę o łaskawe zamieszczenie poniższej wzmianki dla poinformowania osób zainteresowanych, których prawdopodobnie jest dużo.

Dnia 13 i 14 czerwca r. b. ma się odbyć w Wilnie zjazd połączony IV Zjazdu Higienistów Polskich i V Zjazdu Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich.

Komitet organizacyjny Zjazdu wyłonił specjalną sekcję mieszkaniową, która ma się zająć rozlokowaniem zamieszko-nych członków Zjazdu. Sekcja wynalazła już odpowiednie lokale w dużym gmachu, gdzie będzie po kilka lub kilkanaście łóżek w jednym pokoju, lokale 1 i 2 łóżkowe w mieszkaniach prywatnych lekarzy wileńskich oraz pokoje w lepszych hotelach z upustem 50% od cen zwykłych.

Osoby wybierające się na zjazd zechcą zczasu zamówić sobie lokal, zwracając się pod adresem: Wilno. Wojewódzki Wydział Zdrowia.

Łączę wyrazy poważania

Naczelnik Wydziału Zdrowia Publicznego

Łazarowicz.

— Istniejąca od lat 17 przy Warsz. Tow. Lekarskiem Sekcja Gastrologów przekształcona została na Polskie Tow. Gastrologiczne. Towarzystwo to ma na celu zgrupowanie lekarzy gastrologów oraz internistów, chirurgów i rentgenologów, interesujących się chorobami przewodu pokarmowego, a to dla możliwie wszechstronnego naukowo i praktycznego oświetlenia wszelkich zagadnień, dotyczących przewodu pokarmowego i przemiany materji.

Inauguracyjne posiedzenie Towarzystwa odbyło się w dniu 28 kwietnia r. b. w sali Warsz. Tow. Lek. przy udziale przeszło stu osób ze świata lekarskiego. Porządek dzienny został wypełniony szeregiem przemówień i odczytów. Zagajając posiedzenie, Prezes Dr. Ignacy Grundzach dał obraz rozwoju Gastrologji w Polsce, następnie Prof. Antoni Głuziński w pięknym przemówieniu witał nowopowstałe Towarzystwo i składał życzenia pomyślnego rozwoju imieniem Warsz. Tow. Lek. i własnym, poczem wice-Prezes Dr. Bronisław Wajnert odczytał następane depeze powitalne. Część ściśle naukową posiedzenia wypełniły odczyty Prof. Czubalskiego (Fizj. warunki czynności wydzielniczej żołądka) i B. Kryńskiego (Rentgenologia przewodu pokarmowego). Posiedzenie zakończyło przemówienie D-ra Al. Zawadzkiego o stosunku chirurgji do Gastrologji.

— Otrzymałmy pismo następujące:

Szanowny Panie Redaktorze! Zarząd Zrzeszenia Lekarzy Rz. P. ma zaszczyt prosić Sz. Pana Redaktora o łaskawe zamieszczenie na łamach Pańskiego poczytnego pisma następującego komunikatu:

W związku z incydentem, jaki miał miejsce między Zarządem Zakładu „Pomoc Ubogim Matkom“ i lekarzem naczelnym tegoż Zakładu, D-rem J. Kolińskim, Zarząd Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej ma zaszczyt podać do wiadomości, co następuje:

Zarząd Zrzeszenia Lekarzy Rz. P., jako instytucji, mającej na celu nie tylko obronę spraw zawodowych kolegów lekarzy, lecz będącej nie w mniejszym stopniu rzecznikiem interesów chorych, wymagających opieki społecznej i lekarskiej, stoi na stanowisku, że we wszelkiego rodzaju zatargach, jakie powstawać mogą w instytucjach o charakterze filantropijno-społecznym między zarządami a pracującymi w tych instytucjach lekarzami, jedynie miarodajną może być opinia fachowych organizacji lekarskich, która winna być czynnikiem decydującym przy likwidowaniu tych zatargów“.

Zarząd Zrzeszenia zgóry dziękuje Sz. P. Redaktorowi za łaskawe umieszczenie komunikatu i pisze się z poważaniem

Zarząd Zrzeszenia Lekarzy Rz. P.

— Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej zawiadamia, iż Prezydium Sądu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej na posiedzeniu w dniu 13 stycznia 1926 r. ukończyło się w sposób następujący:

Przewodniczący Sądu I. L. W. B. Dr. Stanisław Gurbki.

Zastępcy Przewodniczącego: Dr. Ettinger Witold, Dr. Nelken Jan, Dr. Szmakfefer Kazimierz, Klamrzyński Piotr.

Pisarz Sądu: Dr. Chodakowski Gustaw.

Zastępca Pisarza: Dr. Kapuściński Stanisław.

Pisarz Izby:

Dr. M. Jastrzębski.

— Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej niniejszym zawiadamia, iż z dniem 18 maja r. b. Kancelarja Izby zostaje przeniesiona z ul. Niecałej 7, na ul. Królewską 6 m. 6.

Pisarz Izby:

Dr. M. Jastrzębski.

— PRZEPISY o ogłoszeniach lekarskich, obowiązujące na obszarze Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, zatwierdzone przez Radę Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej w dniu 18 kwietnia 1926 r.:

I.

Na podstawie art. 26 Ustawy z d. 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich (Dzien. Ustaw Nr. 105 p. 763 str. 2042 z d. 29 grudnia 1921 r.) Zarząd Izby Lek. War. Białostockiej wydaje następujące przepisy o ogłoszeniach lekarskich.

II.

Dopuszczalne są jedynie ogłoszenia lekarzy, wynikające z potrzeby informacji. Ogłoszenia o cechach reklamy i narzucania się publiczności są niedopuszczalne.

§ 1. Ogłoszenie może zawierać wyłącznie nazwisko i imię lekarza, stopień naukowy, specjalność bez wymienienia szczegółów i metod leczenia, adres, godziny przyjęć, numer telefonu oraz wyrazy: „rozpoczął praktykę“, „wznowił przyjęcia chorych“, „przeprowadził się“, „wyjechał“, „powrócił“.

Liczba ogłoszeń nie może przekraczać ogółem (36) trzydzieści sześć w ciągu roku.

§ 2. Za cechy reklamy uważa się ogłoszenie przed tekstem, na pierwszej stronie pisma, dużymi literami (tłustymi czcionkami), w ramkach, chwódkach i t. p.

§ 3. Za treść ogłoszeń w zawodowych pismach lekarskich odpowiada redakcja.

§ 4. Ogłaszanie podziękowań dla lekarzy jest reklamą, za którą lekarz staje się odpowiedzialnym, o ile jej nie przeciwdziałal.

§ 5. Tabliczki, wywieszane od ulicy oraz w bramie domu, winny treścią swą odpowiadać wymaganiom, wyluszczone w § 1. Umieszczanie tego rodzaju tabliczek z jakimkolwiek ogłoszeniami poza obrębem domu, w którym lekarz ordynuje, oraz w miejscach i lokalach publicznych jest wzbronione.

Wolno, w razie zmiany mieszkania, umieścić na domu, w którym lekarz ordynował, tabliczkę, wskazującą nowy jego adres, na przeciąg jednego roku.

§ 6. Wszelkie inne nieprzewidziane powyżej sposoby ogłoszenia się lekarzy są wzbronione.

III.

Przepisy niniejsze obowiązują wszystkich członków Izby Lek. W. B. z dniem ich ogłoszenia w urzędowym organie Izby Lek. W. B. (w Polskiej Gazecie Lekarskiej), a wszelkie przekroczenia tych przepisów, jako uchybienia godności stanu lekarskiego, skierowywane będą do Sądu Izby Lek. W. B. do dyscyplinarnego dochodzenia albo skierowywane do dalszej kompetencji Państwowych Władz Administr. po myśli a) art. 7. Rozporządzenia Minist. Zdr. Publ. z d. 2 sierpnia 1919 r., t. j. winni przekroczenia przepisów, zawartych w powołanym rozporządzeniu, będą pociągani do odpowiedzialności w myśl art. 138 Kod. Karnego i ulegają karze aresztu lub grzywny; b) art. 7 Dekretu z d. 7 lutego 1919 r. (Dz. Pr. Nr. 14, poz. 186) tudzież c) art. 1 Rozporządzenia Min. Zdr. Publ. z d. 2 sierpnia 1919 r. (Dz. Ust. 74 poz. 432) oraz d) art. 5 i 6 tegoż Rozporz. z dn. 2.VIII 1919 r.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.
m. st. Warszawa, kwiecień 1926 r.

— Wydział Wykonawczy Okręgu Łódzkiego zawiadamia, iż wobec upływu terminu wymówienia pracy wszystkim lekarzom Kasy Chorych m. Łodzi z dniem 1-go maja b. r. i wobec niedojścia do porozumienia pomiędzy Zarządem Związku Lekarzy a Zarządem Kasy Chorych w sprawie sposobu obsadzenia stanowisk lekarskich w Kasie Chorych od dnia 1 maja, z dniem 1 maja wszyscy lekarze kasowi zaprzestali pracy w Kasie Chorych m. Łodzi.

Wobec tego ostrzega się wszystkich Kolegów przed wchodzeniem w jakikolwiekby kontakt z Zarządem Kasy Chorych m. Łodzi bez uprzedniego porozumienia się z Zarządem Związku Lekarzy P. P. Obwodu Łódzkiego. (Adres Związku: Łódź, ul. Ewangelicka 9, tel. 33-50).

Przewodniczący:

(—) Dr. M i k l a s z e w s k i.

Sekretarz:

(—) Dr. K r y s z e k.

— Zarząd Związku Lekarzy Państwa Polskiego Oddział w Radomiu podaje do wiadomości ogółu kolegów, że członek Związku Dr. Stanisław K e l l e s - K r a u z, pomimo zobowiązania się pod słowem honoru do przestrzegania solidarności koleżeńskiej, naruszył tę solidarność i pracuje w Kasie Chorych podczas stanu bezkontraktowego.

Prezes:

(—) Dr. I. K o s s a k.

Sekretarz:

Dr. N. S z e n d e r o w i c z.

— Oddział Radomski Związku Lek. Państwa Polskiego prosi nas o zamieszczenie następującego komunikatu:

Podczas targu miejscowego Oddziału Związku Lekarskiego Państwa Polskiego z Zarządem Kasy Chorych w Radomiu i stanu bezkontraktowego objęli posady w tej kasie pp. doktorzy Marjan K o s c i u s z k o i Jakób P u r e t z mimo to, że ubezpieczeni nie byli pozbawieni pomocy lekarskiej, gdyż miejscowi lekarze udzielali porad w gabinetach i na mieście za minimalne honorarja. Wymienionych wyżej pp. doktorów nie powstrzymały od objęcia posad ostrzeżenia ze strony Związku Lekarzy w czasopiśmie lekarskich.

Po przybyciu do Radomia wyżej wymienieni zostali wezwani przez Zarząd Związku Lekarzy i uświadomieni co do moralnych powodów targu z Zarządem Kasy Chorych, to jednak nie wpłynęło na cofnięcie się ich z zajętych stanowisk.

Wobec powyższego miejscowy Oddział Związku postanowił: bojkotować zarówno pod względem towarzyskim, jak i koleżeńskim wymienionych panów i ogłaszać stale ich nazwiska, jako działających świadomie na szkodę miejscowego zespołu lekarskiego, jak również na szkodę ubezpieczonych, bo z chwilą ich przyjazdu i zainstalowania się w Kasie Zarząd tejże Kasy zawiesił wolny wybór lekarza dla ubezpieczonych.

Prezes: Dr. I. K o s s a k.

Sekretarz: Dr. N. S z e n d e r o w i c z.

— Z inicjatywy Związku Przeciwegruźliczego w porozumieniu z Wydziałem Lekarskim Uniwers. Warszawsk. odbędzie się 10-dniowy Kurs Teoretyczny i Praktyczny Odmy Sztucznej (*Pneumothorax artificialis*).

Przyjętych będzie na Kurs 10 lekarzy, bez żadnej opłaty za udział w Kursie.

Wykłady teoretyczne dostępne będą dla wszystkich lekarzy.

Subwencje udzielane nie będą. Natomiast Zarząd Związku zarezerwował dla słuchaczy Kursu mieszkanie i utrzymanie w Bursie Państwowej Szkoły Higieny (Puławska 91, Amelin) za opłatą dzienną 5 zł. 50 groszy.

Kurs ten rozpocznie się dnia 21 czerwca r. b. o godz. 10 rano w Sali Wykładowej II Kliniki Lekarskiej Uniwers. Warsz. (Szpital Dz. Jezus, Nowogrodzka 59), Dyrektor Prof. Dr. G l u z i ń s k i.

Pierwszeństwo w przyjęciu na Kurs będą mieli lekarze prowincjonalni (nie z miast uniwersyteckich) zwłaszcza rozporządzający oddziałami szpitalnymi, wydelegowani przez T-wa Przeciwegruźlicze, Generalną Dyрекcję Służby Zdrowia lub Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej.

Podania należy składać pisemnie lub osobiście w biurze Związku Przeciwegruźliczego (Państwowa Szkoła Higieny, Chocimska 24 — Kujawska 2) do dnia 14 czerwca r. b.

Przy podaniach należy dołączyć:

1. Krótkie curriculum vitae.
2. Lekarze, wydelegowani lub poleceni przez wyżej wymienione instytucje, winni złożyć zaświadczenie od tej instytucji.
3. Zawiadomienie czy kandydat życzy sobie mieszkać w Bursie.

O przyjęciu na Kurs decyduje Komisja Organizacyjna na posiedzeniu dn. 14 czerwca r. b., poczem natychmiast wszystkim kandydatom będą rozesłane zawiadomienia.

Prezes:

(—) Dr. W r o c z y ń s k i.

— OKÓLNIK. Do PP. Wojewodów, P. Komisarza Rządu na m. st. Warszawę, Państwowego Zakładu Higieny w/m, Zrzeszenia Samorządów Powiatowych, ul. Leszczyńska Nr. 6 w/m.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) zawiadamia, że w myśl ustawy z dnia 25 lutego 1926 r. (Dz. Ust. Nr. 28 poz. 167) o zmianie art. 7 Zasadniczej Ustawy Sanitarnej z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz. P. P. P. Nr. 63. poz. 371) i zmianie art. 4 Ustawy oprzymusowem szczepieniu przeciwko ospie z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz. P. P. P. Nr. 63. poz. 372) wydatki zaszczepieniaochronne doroczne przeciwko ospie z dniem ogłoszenia ustawy, t. j. z dniem 27 marca r. b. obciążają powia-

towe związki komunalne z możliwością przerwania tych kosztów na dotyczące gminy miejskie i wiejskie, oraz wydzielone z nich gminy wiejskie.

Wszystkie inne artykuły ustawy z dnia 19.VII.1919 r. (Dz. P. P. Nr. 63. poz. 372) pozostaje w mocy.

Rozporządzenie wykonawcze Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do powołanej Ustawy; uzupełniające rozporządzenie wykonawcze b. Ministerstwa Zdrowia Publicznego, wydane dnia 15.III.1922 r. (Dz. Ust. Nr. 32. poz. 261 ex 1922), pozostanie ogłoszone dodatkowo.

Należy zatem powiadomić odnośne organa sanitarne o potrzebie zastosowania się do powołanej Ustawy i do bezwzględnego rozpoczęcia akcji szczepień chronnych przeciwko ospie w r. b. Wzorując się na taktyce lat ubiegłych, należałoby przede wszystkim sporządzić zestawienie liczbowe projektowanych w r. b. szczepień przeciwko ospie, przesyłając je do Państwowego Zakładu Higjenu, aby umożliwić Zakładowi przygotowanie na czas oznaczony odpowiedniej ilości krowianki. Zaznacza się, że Państwowy Zakład Higjenu przygotowuje krowiankę ospową w rurkach po 1, 5 i 10 szczepień każda, oraz we flakonach po 50, 100 i 200 porcji.

W zapotrzebowaniach na krowiankę zaleca się Sejmikom powiatowym oznaczać liczbę potrzebnych rurek i flakonów, przyczem należy brać pod uwagę, że Zakład rurek po 1, 5 i 10 porcji udzielić może maximum 5% ogólnego zapotrzebowania, koszt zaś krowianki w rurkach jest znacznie większy, aniżeli we flakonach. Należy również uważać na to, aby nie zamawiać większej ilości krowianki, aniżeli zachodzi rzeczywista potrzeba.

Równocześnie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) zawiadamia, że, uznając celowość pośrednictwa Zrzeszenia Samorządów Powiatowych pomiędzy Państwowym Zakładem Higjenu i Samorządami w sprawie zakupu krowianki, zgodziło się na sprzedaż krowianki ospowej Zrzeszeniu na warunkach ulgowych. Zamówienia zatem na krowiankę ospową zaleca się przysyłać wprost do Państwowego Zakładu Higjenu w Warszawie lub też do Zrzeszenia Samorządów (Warszawa, ul. Leszczyńska Nr. 6. Skróć telegraficzny „Sampow“). Odpisy tych zamówień jak i w latach ubiegłych uprasza się przysyłać do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Najlepiej zamówienia przysyłać w ten sposób by Zakład Higjenu lub też Zrzeszenie Samorządów mogły otrzymać je na 14 — 20 dni przed terminem projektowanego rozpoczęcia szczepień, podając w zapotrzebowaniu ustaloną datę rozpoczęcia szczepienia.

Wreszcie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia) zawiadamia, że doroczne liczbowe wykazy szczepień ochronnych należy, jak i w roku ubiegłym, przedkładać według wzoru, uproszczonego w myśl okólnika tutejszego L. Z. 773 ex 1924, oraz w czasokresie, podanym w Rozporządzeniu b. Ministerstwa Zdrowia Publicznego Nr. HSP. 32404/1741 ex 1922 z dnia 18 października 1922 roku.

Opłacanie należności za krowiankę, otrzymaną bezpośrednio z Państwowego Zakładu Higjenu w Warszawie, należy regulować w Państwowym Zakładzie Higjenu na następujących warunkach:

1) Sejmiki otrzymują krowiankę z Zakładu z 25% rabatem od cen cennikowych Zakładu przy zamówieniach do 100 zł., zaś przy zamówieniach ponad 1000 zł. od 25 — 30% w stosunku do wysokości sumy.

2) Zakład wysyła krowiankę tylko za gotówkę, względnie za zaliczeniem pocztowym.

3) Do cen cennika dochodzą osobno koszty przesyłki i opakowania zewnętrznego.

4) Ceny cennikowe krowianki ospowej Państwowego Zakładu Higjenu są następujące:

1 fiolek. à	1 szczep.	2.00 zł.
1 „ „ à	5 „ „	3.00 zł.
1 „ „ à	10 „ „	4.00 zł.
1 „ „ à	50 „ „	6.00 zł.
1 „ „ à	100 „ „	12.00 zł.
1 „ „ à	200 „ „	24.00 zł.

Za Ministra:

(—) W r o c z y Ń s k i.

Generalny Dyrektor Służby Zdrowia.

Zmarli: Edward Wortman — w Warszawie.

— Wacław Dobrowolski, lekarz naczelny Polskiego Czerwonego Krzyża w Warszawie.

— Ignacy Sochacki, lekarz naczelny, Pogotowia Ratunkowego w Warszawie.

— Franz Ziehl, znany z metody barwienia laseczników gruźlicy — w Lubece.

— Prof. Karol Ruge, znany ginekolog — w Berlinie.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 4, w dziale „Wskazówki praktyczne“ w wierszu 2 szpalty lewej, zamiast starców, powinno być: ssawców.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

— Stefan Bagiński. Badania doświadczalne nad ciałami tłuszczowatymi w nadnerczach ssaków. Odbitka z „Med. Dośw. i Społ.“ T. IV. Zesz. 1 — 2.

— Polski Czerwony Krzyż. Sprawozdanie Zarządu Oddziału Łódzkiego za 1925 r.

— Organizacja Służby Zdrowia i Stan Sanitarny m. st. Warszawy w r. 1924. Na podstawie sprawozdań Wyd. Zdr. Publ. opracował dr. med. Wincenty Bogucki. Warszawa 1926.

— I Miejska Stacja Higjenu Zapobiegawczej w Warszawie. Warszawa 1926 r.

— Działalność Warsz. Tow. Przeciwgruźliczego w r. 1925. Warszawa 1926.

— IV Zjazd Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich w Krakowie — 18 i 19 maja 1925 r. Sprawozdanie. Warszawa 1926.

TRĘŚĆ: L. JUSTMAN. Patogeneza i leczenie stanów zapalnych dróg żółciowych (Dok.)—E. FLATAU. Badania doświadczalne nad przepuszczalnością ośrodkowej barjery nerwowej.—A. LANDAU. W sprawie leczenia jodem choroby Basedowa.—L. E. BREGMAN i N. MESZ. O stosowaniu rozpoznawczym lipiodolu wstępującego (lipiodol ascendant) w sprawach rdzeniowych.—I. KONIECPOLSKI. Kiła mięśnia sercowego pod względem klinicznym. W. HALBEROWNA. Z nowych badań nad idjosynkrazją (Streszcz. zbior.) Streszczenia pojedyncze i oceny książek.—Wskazówki praktyczne.—Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.—Zjazdy.—J. SECZYC. Kasy Chorych w stosunku do służby zdrowia komunalnej i rządowej oraz do lecznictwa ogólnego.—W. KRZEMIŃSKI. O ewolucji lecznictwa w Busku.—SZYMANOWSKI. O powodu otwarcia Państwowej Szkoły Higjenu.—Protokół posiedzenia sprawozdawczego Naczelnej Izby Lekarskiej za r. 1925.—Korespondencja—Wiadomości bieżące.—Sprostowanie. Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. JUSTMAN. Pathogénèse et thérapie des états inflammatoires des voies biliaires.—E. FLATAU. Etude expérimentale de la perméabilité de la barrière protectrice du système nerveux central.—A. LANDAU. Sur le traitement de la maladie de Basedow par l'iode.—L. E. BREGMAN et N. MESZ. Sur l'application diagnostique de l'ipiodol ascendant dans les lésions médullaires.—I. KONIECPOLSKI. La syphilis du myocarde au point de vue clinique.—W. HALBER. Études contemporaines de l'idiosyncrasie (res. gén.).—J. SECZYC. „Les caisses des malades“ par rapport au service de la santé de la commune et de l'état et générale.—W. KRZEMIŃSKI. Le progrès des traitements à Busk.—SZYMANOWSKI. A propos de l'inauguration de l'École de l'Hygiène de l'État.