

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 6

WARSZAWA, 30 CZERWCA 1926 R.

Rok III.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Przetaczanie krwi.

Podał

Dr. med. Jerzy RUTKOWSKI (Warszawa).

Myśl o tem, ażeby krew utraconą wskutek krwotoku zastąpić inną, chorym dać zdrową a nawet starcom wlać krwi młodej, myśl ta kiełkowała napewno dawniej, niż odnaleziono jej ślady w pismach starożytnych.

Z pism tych dowiadujemy się, że egipcjanie stosowali przetaczanie krwi jako ostatnią deskę ratunku w ciężkich chorobach, przedewszystkiem u większych znakomitości. W starożytnem piśmie hebrajskiem mamy podaną wiadomość o tem, że Naam, dowódca armji Ben-Adada, króla Syrji, dotknięty trądem, zwrócił się o pomoc do lekarzy, którzy, aby go uzdrowić, zaofiarowali mu krew, wypuszczoną ze swich żył, (podaje to Ben Israel Manassé — rabin z Amsterdamu).

Wzmianki o przetaczaniu krwi znajdujemy w wielu pismach z czasów starożytnych (Tunaquila—Księga Mądrości, księga święta kapłanów Apollina, dzieła Plinjusza i Celsa, Metamorfozy Owidjusza). W wiekach średnich, w czasach kiedy poświęcenie ludzkie odgrywało tak wielką rolę, niejednokrotnie, choć potajemnie, próbowano ratować życie, przetaczając krew, zwłaszcza młodą.

Dosyć dokładne i godne wiary posiadamy wiadomości o zastosowaniu przetaczania krwi w r. 1492 u papieża Innocentego VIII-go (cytowane według Emile Weil i Paul Isch-Wall—La transfusion du sang). Villari w książce p. t.: Życie Heronima Savonaroli pisze: „Siły papieża Innocentego szybko malały, był on pogrążony w śpiączce, chwilami zdawało się, że już ducha wyzionął. Wszystkie możliwe środki dla uratowania gasnącego życia były przedsięwzięte. Pewien lekarz żyd, ażeby uratować papieżowi życie, zaproponował przetoczenie krwi osoby młodej. Zrobiono wymianę starej krwi papieża na krew młodzieńczą. Trzy razy powtarzano doświadczenie, gubiąc życie trzech młodzieńców, którzy je stracili zapewne wskutek zatoru powietrznego. Nie

osiągnięto pomyślnego wyniku, papież zmarł dnia 25 kwietnia 1492 roku“.

Współczesny temu autor *Infessura* podaje dosłownie, co następuje: „Tres pueri decem annorum, e venis quorum judeus quidam medicus, qui Papam sanum reddere promiserat, sanguinem extraxit, incontinenti mortui sunt. Dixerat namque illis judeus se velle sanare pontificem, dummodo habere posset certam quantitatem sanguinis humani, et quidem juvenis, quem propterea extrahi jussit a tribus pueris post phlebotomiam orami ducatum, pro quolibet donavit, et pauco post mortui sunt Iudaeus quidam fugit, et Papa sanatus non fuit“.

Doskonały opis przetaczania krwi sposobem bezpośrednim z tętnicy do tętnicy znajdujemy u *Libaviusa* (appendix necessaria syntagmatis ascanorum chymicorum an. 1615).

Libavius jednak poto opisuje przetaczanie krwi, by je potępić i wyśmiać.

Druga połowa XVII-go wieku przynosi mnóstwo doświadczeń na zwierzętach w tej dziedzinie; próbowano umyślnie wykrwawionym zwierzętom przywrócić życie, przetaczając im świeżą krew zwierząt tego samego lub innego gatunku (*Potter* — 1638, *Boyle i Lower* — 1666). *Jean Denis* w r. 1667 w Paryżu po raz pierwszy przetoczył krew baranią człowiekowi. Historyczne to wydarzenie opisuje *Denis* w następujący sposób (cytowane według *P. Emile Weil i Paul Isch-Wall*): „Pierwsze (przetoczenie krwi) było dokonane u 16-letniego młodzieńca, który był w stanie ciężkim, pogrążony w śpiączce po 20-krotnem upuszczeniu krwi, dokonanym z powodu trwającej przez dwa miesiące febrji. Po wypuszczeniu trzech uncyj krwi młodzieniec otrzymał 11 uncyj krwi tętnicznej jagnięcia. Chory stracił trzy lub cztery krople krwi z nosa, poczem uspokoił się, wrócił mu sen pokrzepiający, nabrał sił, przytył, codzień czuł się lepiej, wreszcie wyzdrowiał zupełnie“. Doświadczenie swoje wkrótce *Denis* powtórzył również z dobrym wynikiem. Szczerście jednak się odwróciło, operacja tak ponętą stała się przyczyną śmierci następnego pacjenta *Denisa*. Takież niepowodzenia spotkały naśladowców *De-*

nisa. W końcu w r. 1670 parlament paryski zabronił pod karą cieleśną przetaczania krwi (Journal des Audiances de Parlement, tome III, livre X chapitre XV). W ciągu całego XVIII-go stulecia idea transfuzji krwi zamarła z tem, ażeby na początku XIX-go wieku odżyć na nowo i pobudzić do licznych doświadczeń, które dały doskonałe wyniki (Milner Edwards, Prévost, Dumas, Dieffenbach, Bischoff, Oré, Hayem). Wówczas na drodze ścisłej obserwacji zdobyto cały szereg faktów i sposobów, które zapewniły metodzie skuteczność i zupełne bezpieczeństwo. Amerykaninowi Jerzemu Crile z Klewelandu zawdzięczamy pomysł łączenia bezpośredniego naczyń krwionośnych krwiodawcy i krwiobiorcy, obecnie jednak już zbyt czyny, zapobiegający krzepnięciu krwi. W tymże celu Curris i David (1911) zaproponowali swoje strzykawki, powleczone od wewnątrz parafiną. Hustin z Brukselli (1914) rozstrzyga wreszcie pomyślnie sprawę zatrzymania krzepnięcia krwi, wprowadzając cytrynian sodu (une nouvelle méthode de transfusion — Bulletin de la Société des Sciences médicales et naturelles de Bruxelles).

Wykrycie różnych rodzajów krwi w obrębie jednego i tego samego gatunku rzuca nowe światło na szereg dawnych niepowodzeń przetaczania. Wojna światowa i czasy najnowsze wzbogacają nasze doświadczenie na tyle, że idea bezpiecznego przetaczania krwi czystej, z niczem nie zmieszanej przy pomocy now wynalezionych aparatów (Tzanck, Jubé) został wreszcie osiągnięty.

Przetaczanie krwi zwierzęcej człowiekowi, wobec niebezpieczeństw aglutynacji i hemolizy, porzucono raz na zawsze. Objawy tych groźnych powikłań, albo występują szybko już w czasie operacji przetaczania, albo każą dłużej na siebie czekać.

W pierwszym przypadku mamy do czynienia z zatorami pozlepianemi wskutek aglutynacji krwinkami; występuje wówczas nagły kaszel, niekiedy z krwią, bladeść, bóle głowy, oko cy krzyża i uerek, szum w uszach, utrata świadomości. W drugim przypadku, jako następstwa hemolizy mogą wystąpić dreszcze, podniesienie temperatury, wymioty, poty, krwimocz, zapaść i śmierć. Z podobnemi powikłaniami możemy się spotkać również przy przetaczaniu człowiekowi krwi ludzkiej, a mianowicie w razie nieodpowiedniego wyboru krwiodawcy.

Oddawna zrobiono spostrzeżenie, że niektóre gatunki krwi ludzkiej nie godzą się ze sobą, po zmieszaniu ich występuje najpierw zlepianie się (aglutynacja) krwinek ze sobą, a następnie rozpuszczanie (hemoliza) przez obce surowice. A zatem surowice tych niegodzących się ze sobą gatunków krwi posiadają zlepniki (nazwane w tym przypadku i z o a g l u t y n i n a m i, ponieważ zlepiają krwinki, choć różnych osobników, ale należących do tego samego gatunku) i i z o h e m o l i z y n y, skierowane przeciwko nie swoim czerwonym ciałkom krwi (J. Rutkowski — o izoaglutyninach we krwi: Warsz. Czasop. Lek. Nr. 3, 1925).

Dawniej obecność izoaglutynin we krwi człowieka wiązano ze stanami patologicznymi. Dopiero wiedeński badacz Landsteiner (1901) pierw-

szy niezbitcie dowiódł, że izoaglutyniny istnieją u człowieka fizjologicznie, t. j. w stanie normalnym. Na zasadzie swoich badań, mieszając krwinki jednych ludzi z surowicą krwi innych, Landsteiner wykrył istnienie trzech odrębnych grup krwi ludzkiej, późniejsi badacze (Decastello, Stürli, Jansky, Moss) wykryli jeszcze czwartą grupę, występującą najrzadziej. Jeżeli przyjmiemy, zgodnie z badaczem niemieckim Dungenem i polskim Ludwikiem Hirszfoldem ze w obrębie gatunku człowiek istnieją dwie różne cechy biologiczne czerwonych ciałek krwi, nazwijmy je A i B, które u poszczególnych ludzi mogą istnieć z osobna, razem lub też może ich nie być wcale, wówczas w zależności od tego otrzymamy cztery grupy krwi: krew A, krew B, krew AB i krew O. Według prawa Landsteinera surowica zawsze zawiera izoaglutyniny, skierowane przeciwko cesze, której nie posiada w krwinkach własnych, czyli, że surowica krwi danej grupy będzie zawsze zlepiała krwinki grupy obcej, nigdy swoje własne (z wyjątkiem pewnych stanów chorobowych), lub krwinki, należące do tej samej grupy.

Grupy Janskyego	I	II	III	IV
Grupy Mossa	IV	II	III	I
Krwinki grupy	O	A	B	AB
Surowica posiada	anti A anti B	anti B	anti A	izoaglutynin nie zawiera

Ze schematu widzimy, że krew grupy O ma krwinki, pozbawione wszelkich cech, nie zlepia ich żadna surowica, nadaje się ona do przetoczenia każdemu. Krew tę zwiemy wobec tego altruistyczną. Krew grupy AB ma krwinki równocześnie o dwóch cechach, nie zlepia ich tylko surowica, pozbawiona wogóle izoaglutynin, krew ta nadaje się do przetoczenia osobnikom tylko swojej grupy (AB), jest to krew — egoistyczna. Krew grupy A nadaje się do przetoczenia osobnikom z grupy A i AB, krew grupy B — osobnikom B i AB.

Osobnikom O przetaczamy krew tylko O, osobnikom A — krew A i O, osobnikom B — krew B i O, osobnikom AB — każdą (A, B, AB i O).

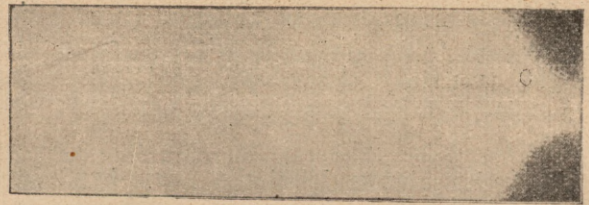
W Europie środkowej wśród ludności najczęściej spotykamy krew grupy O (ok. 46%), potem A (ok. 40%), następnie B (ok. 10%), najrzadziej AB (ok. 4%). Określenie grupy krwi nie jest trudne, należy tylko mieć pod ręką wzorcowe surowice grupy A (zawiera izoaglutyniny anti B) i grupy B (zawiera izoaglutyniny anti A). Mamy tutaj do wyboru parę sposobów. Do jednego z nich, bardziej ścisłego, ale też i bardziej kłopotliwego, potrzebne są jeszcze 5% roztwór cytrynianu sodu w wodzie przekroplonej, zmieszanej z roztworem 0,85% NaCl w stosunku 1:9 i roztwór fizjologiczny soli kuchennej. Bierzemy 2 — 3 krople krwi do badania z palca po ukłuciu, najlepiej igłą Francka, i mieszamy w małej probówce z roztworem cytrynianu sodu j. w. następnie, dokładnie zmieszawszy, bierzemy stąd pipetą po 2 krople do dwóch osobnych małych

próbówek i do jednej z nich, również za pomocą pipety, dodajemy równą ilość (2) kropeł surowicy, zawierającej anti B, do drugiej zaś surowicy z anti A, dbając o dobre zmieszanie. Pipetę pasteurowską ustawicznie przepłukujemy w czasie roboty roztworem fizjologicznym soli kuchennej. Wynik badania odczytujemy najlepiej po upływie 20—30 min. Aglutynację stwierdzamy, jeżeli powstanie osad, który przy skłóceniu będzie podobny do ceglatego piasku. Przy braku aglutynacji mieszanina po skłóceniu robi się jednorodną. Jeżeli nastąpi aglutynacja w próbówce, do której dodano surowicy anti B, wówczas badana krew należy do grupy B. Jeżeli nastąpi aglutynacja w próbówce do której dodano surowicy anti A, badana krew jest grupy A. Jeżeli aglutynacja wystąpi w obydwu próbkach, badana krew należy do grupy AB. Wreszcie, jeżeli aglutynacja nie nastąpi w żadnej próbówce, badana krew należy do grupy O.

Wyżej opisany sposób ma tę wadę, że jest dosyć złożony. Surowice, trzymane w buteleczkach w większych ilościach, ulegają łatwo zanieczyszczeniu drobnoustrojami i przez to mogą utracić swoje własności specyficzne, co jest przyczyną błędnych określeń grup; również do tego samego może doprowadzić używanie surowic bez ścisłego określenia ich miana (P. Moritsch i H. Neumüller—Ein praktischer Behelf zur Aufbewahrung der Testsera für die Blutgruppenbestimmung nach Moss—Wien. Klin. Wochstr., Nr. 28, 1924). W celu usunięcia powyższych niedogodności I Klinika Chirurgiczna w Wiedniu prof. Eiselsberga posiłkuje się surowicami wzorcowymi o określonym mianie (nie niższym, niż 1:8), wziętymi aseptycznie i włanymi zapomocą strzykawki do małych wyjąłowanych rurek szklanych długości ok. 7 cm., których końce potem zostają zatopione. Cały komplet, służący do badania na grupy krwi, wytwarza pod mianem „Haemotest“ państwowy zakład seroterapeutyczny w Wiedniu pod kontrolą kliniki prof. Eiselsberga (przedstawicielstwo na Polskę: T-wo „Serologja“, Warszawa, ul. N.-Świat 7, tel. 197-96). Komplet „Haemotestu“ składa się z dwóch szkiełek przed-

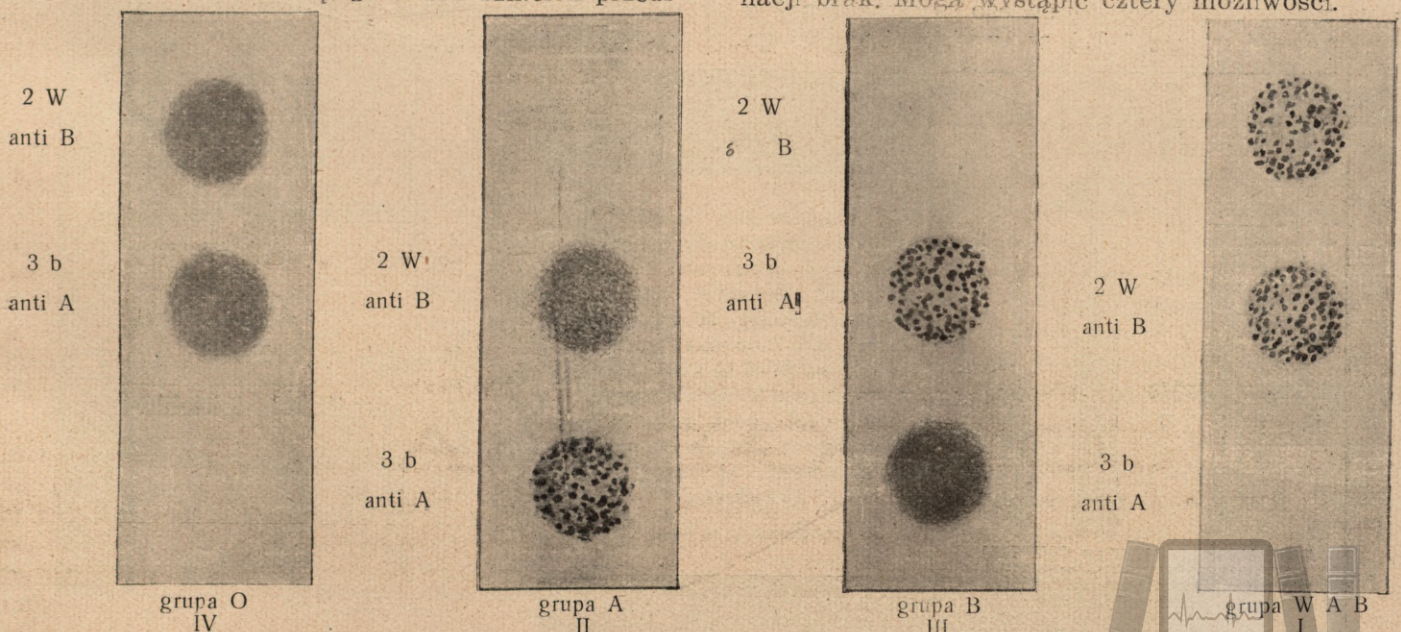
miotowych jednego ze znakami 2w u góry i 3b u dołu, drugiego ze zmatowionymi różkami, 5 (lub 25) rurkami jasnymi z surowicą i 5 (lub 25) rurkami ciemnymi z surowicą, (po 5—komplet lekarski, po 25 większy komplet szpitalny), pilnika i igły do ułucia. Przebieg badania będzie następujący:

Szkiełko czyste i suche ze znakami 2 w i 3 b kładziemy na białym tle. Wyjmujemy z pudełka 1 rurkę jasną („2 weiss“), zawierającą surowicę grupy A (2-ej według Mossa) z izoaglutyninami anti B odpowiadujemy obydwoma końcami i pół zawartości wylewamy na przygotowane szkiełko pod znakiem „2 w“, następnie bierzemy 1 rurkę ciemną („3 braun“), zawierającą surowicę grupy B (3-ej według Mossa) z izoaglutyninami anti A — wylewamy z niej połowę zawartości pod znakiem „3 b“. Po umyciu skóry eterem kłujemy igłą badanego w koniuszerek ucha lub opuszkę palca, nabieramy, dotykając krwawiącego miejsca, po kropli krwi na zmatowione różki drugiego czystego i suchego szkiełka przedmiotowego. Otrzymaną w ten sposób krew przenosimy z jednego różka do kropli surowicy pod „2 w“ na szkiełku, z drugiego zaś pod „3 b“. W czasie tej manipulacji wystrzegamy się dotknięcia jednym i tym samym różkiem z krwią dwóch różnych surowic, szkiełko przedmiotowe z umieszczonymi na niem surowicami ze zmieszana krwią—lekko kołyszemy.



Szkiełko ze zmatowionymi różkami do pobierania krwi.

Najdalej po 5 minutach odczytujemy wynik badania. Tam, gdzie utworzył się osad ceglasty na tle jasnej surowicy — nastąpiła aglutynacja, tam, gdzie kropla mieszaniny pozostała jednorodna — aglutynacji brak. Mogą wystąpić cztery możliwości.



Mając te cztery możliwości: przed oczami, od czytujemy wynik badania. Po określeniu grupy krwiobiorcy przystępujemy do zbadania krwi kandydata na krwiodawcę (zużywamy pozostałe zawartości rurek z surowicami—jasnej i ciemnej). Szkiełka po skończonym badaniu należy dokładnie wymyć zimną wodą i osuszyć, pudełeczko z surowicami przechowywać w ciemnym i chłodnym miejscu. Jakość surowic „Haemotest“ została sprawdzona w Państwowym Zakładzie Badania Surowic w Warszawie i uznana za dobrą.

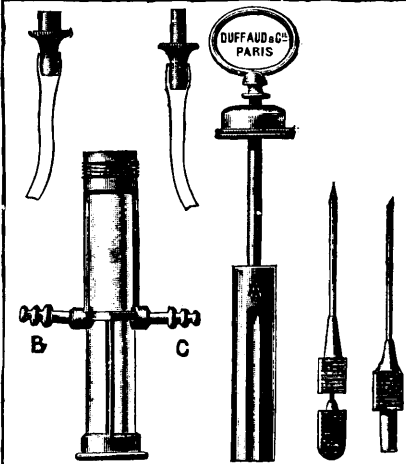
W każdym przypadku przetaczania krwi obowiązkiem naszym jest wybrać krwiodawcę zupełnie zdrowego (kiła, gruźlica, zimnica) i dobrać odpowiednio jego krew do krwi krwiobiorcy. Jeżeli nie mamy pod ręką odpowiednich surowic wzorcowych — robimy t. zw. próbę biologiczną, która polega na tem, że przed przetoczeniem odpowiednio dużej ilości krwi wlewamy choremu tytułem próby dożylnie 10 — 20 ctm³ krwi kandydata na krwiodawcę. Jeżeli w ciągu krótkiego czasu nie wystąpią żadne powikłania — uważamy krew za odpowiednią i przystępujemy do przetaczania. W przypadkach bardzo nagłych przetaczamy krew bez uprzednich badań na grupy, wówczas ryzyko powikłań śmiertelnych wynosi około 3% (Jeanbrau).

Byłoby bardzo pożądanem, ażeby każdy wiedział, do jakiej grupy należy jego krew i miał o tem zaświadczenie miarodajnego zakładu (nap. Państw. Zakł. Higjeny, Oddz. Bad. Surowic). W razie potrzeby nagłej transfuzji (krwotok), ani jedna droga chwila nie byłaby stracona na badania przedwstępne.

Nietylko nieuwzględnianie grup krwi dawa przy przetaczaniu groźne powikłania. Nieznajomość sposobów zapobiegania krzepnięciu krwi w czasie mozolnej nieraz i długiej operacji transfuzji, zwłaszcza przy braku odpowiedniej wprawy, była przyczyną niemniej ciężkich następstw dla chorego. Wprowadzenie cytrynianu sodu, jako środka zapobiegawczego krzepnięciu krwi, usunęło powyższe niebezpieczeństwo. Rozczyn cytrynianu sodu, dodany w niewielkiej ilości do świeżo wypuszczonej z żyły krwi (4 gr. na 1 L.) w zupełności zapobiega

krzepnięciu krwi, nie zmieniając jakoby jej własności fizjologicznych (Hedon, Jeanbrau).

Nie będę opisywał sposobu przetaczania krwi, zmieszanej z cytrynianem sodu, którego używałem dawniej i opisałem w Nr. 3 „Warsz. Czasop. Lek.“ z roku 1925, a przejdę do tego sposobu, którego używam obecnie od m. w. pół roku, mianowicie przetaczania krwi czystej, z niczem nie zmieszanej, za pomocą strzykawki L. Jubé. Dzięki zastosowaniu tej strzykawki operacja przetaczania krwi została nadzwyczaj uproszczona, chory otrzymuje niczem nie zmienioną pełno-wartościową czystą krew, unika powikłań w postaci dreszczy tak częstych przy transfuzji krwi, zmieszanej z cytrynianem sodu. Strzykawka dr. Jubé jest pompą ssąco—tłoczącą bez kłapek o objętości 5 cm.³ (najnowszy model). Cylinder strzykawki szklany, w metalowej oprawie, posiada na środku swej długiej osi po bokach naprzeciwko siebie dwie nasadki metalowe, jedną pod kątem prostym do nabierania krwi, drugą pod kątem ostrym do wypychania krwi. Długi tłok metalowy opatrzony jest po jednej stronie rowkiem. Strzykawka może tylko wówczas działać, gdy rowek tłoka znajduje się naprzeciw jednego z bocznych otworów w cylindrze strzykawki. Obracając tłok o 180° dookoła jego długiej osi, może raz po raz napełniać i opróżniać wnętrze strzykawki. Do nakłucia żyły krwiodawcy służy igła (2 rozmiary — mniejszy i większy), do nakłucia żyły krwiobiorcy — trójgraniec z zatyczką (2 rozmiary). Igła i trójgraniec łączą się ze strzykawką za pomocą odpowiednich wstawek metalowych i krótkich (ok. 15 cm.) rurek gumowych. Użycie płynnej parafiny do powleczenia nią wnętrza całego układu nie jest konieczne. Osobiście nigdy jej nie używałem (największa ilość przetoczonej krwi bez przeszkód — 700 cm³). Strzykawka dr. Jubé ma tę zaletę, że jest doskonale gładka wewnątrz, przekroje światła całego układu (igły, rurki, nasady) zwężają się i rozszerzają stopniowo, zapobiegając przy posuwaniu się wewnątrz krwi tworzeniu wirów i większych tarć. Strzykawkę wypróbowałem kilkanaście razy, zawsze bez zawodu, dlatego mogę ją gorąco polecić. (W Warszawie nabyć ją można, ul. Wilcza 38 — p. Koczubej, przedstawiciel firmy Duffaud).



SERINGUE DE LOUIS JUBÉ
B^{TE} FRANCE ET ÉTRANGER
POUR LA TRANSFUSION DU SANG PUR
SANS CITRATE DE SODIUM

Ce schéma fait ressortir la grande simplicité de construction et de fonctionnement de l'appareil. Il suffit d'opposer alternativement la rigole du piston **A** à l'une puis l'autre des tubulures **B** et **C** pour réaliser l'aspiration et le refoulement. Ce mouvement peut se répéter indéfiniment jusqu'à ce que la dose voulue de sang soit transfusée.

Notices sur demande en toutes langues

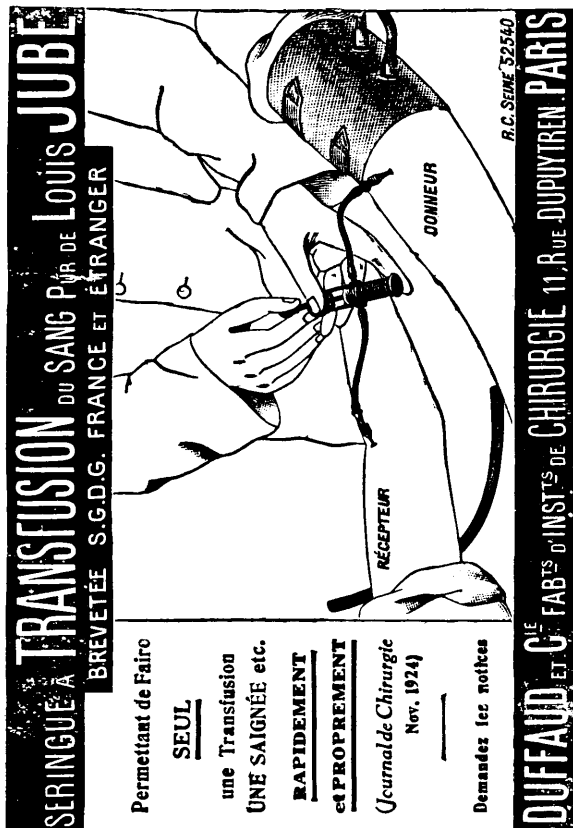
TOUT L'APPAREILLAGE EST CONTENU DANS UNE BOÎTE MÉTAL DE 15X8X3

DUFFAUD ET C^{IE} FAB^{RI}CS D'INST^{RS} DE CHIRURGIE 11, RUE DUPUYTREN, PARIS
R.C. SEINE 52540

Strzykawka Louis Jubé

- A — tłok z rowkiem
- B — nasadka dla krwiobiorcy
- C — nasadka dla krwiodawcy

Przetaczanie strzykawką J u b é robię w następujący sposób. Odpowiednio dobrani do siebie (badania uprzednie grup krwi) krwiodawca i krwio biorca leżą na dwóch równoległych stołach z głowami, zwróconymi w tę samą stronę. Operacja zostaje wykonana ściśle aseptycznie. Wszystkie części aparatu wygotowane w wodzie zwykłej lub z sodą, z wyjątkiem cylindra strzykawki, który pogrążamy na 15 — 30 minut w eterze. Cały aparat wysuszony i zmontowany z wyjątkiem trójgrańca, który leży osobno. Przygotowujemy żyły krwio biorcy i krwiodawcy (odkażenie skóry eterem bez jodiny, założenie powyżej łokci opasek gumowych). Wkładamy trójgraniec do żyły krwio biorcy w kierunku dośrodkowym, przekonywujemy się, czy jesteśmy w świetle żyły, wyjmując na chwilę zatyczkę, wkładamy ją z powrotem, zdejmujemy opaskę elastyczną z ramienia krwio biorcy. Nakładamy igłą połączoną z całym aparatem (tłok wsunięty, rowek zwrócony w stronę igły) żyłę krwiodawcy w kierunku dośrodkowym, po udatnem wkłuciu igły nabieramy krwi do strzykawki, tłok przekręcamy o 180° (rowek naprzeciwko nasadki dla krwio biorcy), krew wypychamy powoli ze strzykawki, z chwilą, gdy pokazała się przez swobodnie wiszącą rurkę, przeznaczoną dla krwio biorcy, szybko wyjmujemy zatyczkę z trójgrańca, tkwiącego w żyłę krwio biorcy, łączymy trójgraniec za pomocą metalowej wstawki na wiszącej swobodnie rurce gumowej ze strzykawką, wypychamy z niej do końca krew już do żyły krwio biorcy, przekręcamy tłok o 180°, naciągamy krew do strzykawki z żyły krwiodawcy, obracamy tłok znów o 180° i wypychamy jej zawartość do żyły krwio biorcy i t. d., aż do pożądanej ilości, licząc przeteczone już zawartości strzykawki.



Gdyby nie udało nam się zrobić nakłucia którejkolwiek żyły, wówczas obnażamy ją w znieczuleniu miejscowem.

Rozpatrzmy teraz pokrótce, jakie mogą zajść powikłania podczas przetaczania krwi. Do tego, co już mówiłem o powikłaniach w postaci aglutynacji i hemolizy, dodam parę słów wyjaśnienia w sprawie dobierania odpowiednich grup. Dotychczas, dobierając grupy krwi do przetaczania, troszczyliśmy się tylko o to, ażeby krwinki krwiodawcy nie zostały uszkodzone przez surowicę krwi krwio biorcy, a nie myśleliśmy o tem, że wstrzyknięta surowica krwi krwiodawcy może aglutynować krwinki krwio biorcy.

Naogół ewentualność taka niema praktycznego znaczenia, ponieważ znikoma ilość surowicy krwi przetoczonej w porównaniu z masą ogólną krwi krwio biorcy szybko się w niej rozcieńcza, izaaglutyniny jej zostają unieszkodliwione. Ma to jednak znaczenie w dwóch wypadkach: po 1-e, kiedy krwio biorca jest silnie wykrwiony, po 2-e, kiedy miano aglutynacyjne surowicy krwi krwiodawcy jest bardzo wysokie. Wówczas, w obu tych wypadkach, może dojść do bardzo groźnych powikłań. Przy nieszczelności aparatu (rurce gumowych) może nastąpić zator powietrzny. Przy zbyt szybkim przetaczaniu krwi (prędzsem niż pół l. w ciągu pół godziny) grozi ostre rozszerzenie prawego serca. Stosowanie 5 cm. strzykawki J u b é wyłącza możliwość tego ostatecznego powikłania, ponieważ chory otrzymuje krew bardzo małemi porcjami. Ilość krwi przetaczanej waha się zależnie od wskazań u dorosłego od 50 do 500 cm³, średnio wynosi 200 cm³.

Pierwszem wskazaniem do transfuzji będzie ostra niedokrwistość wskutek krwotoku. Zadawano sobie pytanie, czy w tych przypadkach rozczynny t. zw. fizjologiczne mogą zastąpić krew. Już w r. 1885 prof. Schramm badał działanie wlewań dożylnych roztworu soli u wykrwionych zwierząt i przyszedł do wniosku, że działanie to jest przemijające, że w tych przypadkach uratować życie może tylko szybkie przetoczenie krwi (S. Laskowicki — O przetaczaniu krwi — Pol. przegl. chir. T. V, z. 1, 1926 rok). Wyniki podobnych doświadczeń wykonanych w r. 1918 przez Charles Richeta, Brodina i Saint-Gironsa, są następujące. Jeżeli wykrwienie było znaczne (70% ogólnej ilości krwi), i śmierć niechybnie groziła, to sztuczna surowica (sól, cukier, guma i t. d.) wyjątkowo tylko może utrzymać zwierzę przy życiu; często zdarza się poprawa przejściowa, jednak po 24 godzinach lub nieco później następuje zapaść, krwawa biegunka i śmierć. W tych samych warunkach, o ile zrobimy przetoczenie krwi czystej lub z cytrynianem sodu, zwierzę zawsze udaje się utrzymać przy życiu.

Dalszymi wskazaniem do przetaczania krwi, że wliczę je bardzo pobieżnie, będą: wstrząs, krwawiczka, stany przed i pooperacyjne. Działanie transfuzji polega na wzmożeniu krzepliwości krwi, pomnożeniu nosicieli tlenu, ilości czynników, ciał odpornościowych. Cały szereg cierpień z zakresu medycyny wewnętrznej daje wskazania do przet-

czeń krwi; na ocenę ostateczną wyników jest jeszcze zawcześnie.

Zasługują na uwagę próby upustu krwi w najrozmaitszych zatruciach (egzo- i endogennych) i zastąpienia jej przez krew zdrową. Tą drogą osiągnięto powodzenie w niektórych przypadkach w zatruciu tlenkiem węgla, benzolem, nitrobenzolem, w eklampsji, wymiotach nieustannych u brzemiennych, kwasicy i t. d. Niepowodzenia należy przypisać zbyt małym upustom krwi lub beznadziejności poszczególnych przypadków (P a u c h e t — XXXII zjazd Chir. Franc.). Robertsonowi z Toronto (Kanada) udało się w ten sposób uratować podczas wojny (1916 r.) życie dwóm żołnierzom francuskim, ciężko zatrutym tlenkiem węgla (CO). To zachęciło go do zrobienia szeregu doświadczeń na zwierzętach, stworzenia nowej metody leczenia zatruc i zastosowania jej u dzieci (Arch. of Surgery lipiec, 1924 r.). Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że małe upusty nie są skuteczne, zatrute zwierzę należy wykrwawić „na białą”. Metodę swoją wykrwawień „na białą” z następczem przetoczeniem krwi Robertson stosował u dzieci poniżej 3 — 4 lat, przyczem posługiwał się następującą metodą. Strzykawką 100 cm.³, zawierającą po 10 cm.³ 3.5% świeżego natr. citric, napełniał krwią z żyły krwiodawcy (v. med. basilica), krew tę w ilości conajmniej równej ilości krwi, jaką posiada krwiobiorca, licząc po 35 cm.³ na ½ kg. wagi, umieszczał w zbiorniku, stojącym na łaźni wodnej (t° 37,7).

Upust krwi u chorego dziecka robił przez sinus longitud. super, lub v. femoralis (pośrednio przez v. saphena int.) aż do zniknięcia tętna (u małych dzieci — 60 do 160 cm.³ krwi), i wówczas rozpoczynał przetaczanie uprzednio przygotowanej krwi. W razie zapaści Robertsan stosował 0,3 do 0,6 sol adrenal. 1/1000 dożylnie. Tłko w razie zaburzeń w krążeniu przed operacją (sinica) R. przetaczał krwi mniej, niż wypuścił, naogół postępował odwrotnie (100 — 150 cm.³). Wyniki były bardzo dobre.

1) 14 przypadków toksemji wskutek rozległego poparzenia — 7 wyzdrowień (bez przetoczenia krwi — 100% śmierci).

2) W różny noworodków śmiertelność spadała ze 100% na 50%, u małych dzieci z 50% do 13%.

3) W ostrych zatruciach pokarmowych udało się zredukować śmiertelność do 25%:

na 8 przypadków beznadziejnych (konających) — 4 uratowano, w 6 przypadkach, leczonych środkami zwykłymi (wewn.) — 1 wyzdrowienie. Osiągnięto również wyzdrowienie w złośliwej płonicy, w dwóch przypadkach ciężkiego zatrucia rezorcyną.

W posocznicy — wyniki były gorsze.

W szpitalu dla dzieci w Toronto (Kanada) do lutego 1922 roku wykonano 160 przetoczeń krwi z uprzedniem wykrwawieniem „na białą” sposobem Robertsona, do marca 1924 r. — 501 przetoczeniem z coraz lepszymi wynikami.

W końcu zadajmy sobie pytanie, jak się odbija na zdrowiu krwiodawcy jedno - lub wielokrotny upust krwi? Czy, często ratując bliźniego od niechybnej śmierci, krwiodawca nie przyplaca swojego poświęcenia zdrowiem? W Ameryce przetaczanie krwi jest bardzo rozpowszechnione. Każdy zakład leczniczy ma w swoim rozporządzeniu dowolną liczbę zdrowych, będących pod ustawicznym nadzorem lekarskim, o wiadomej grupie krwi, zawodowych krwiodawców, gotowych dać krew na każde zawołanie. Ludzie ci łączą się w związki zawodowe, broniąc skutecznie swoich interesów. Przeprowadzono nad nimi dokładne i liczne już badania, z których okazało się, że fach krwiodawczy nie wpływa ujemnie na zdrowie. Większość z pośród zawodowych krwiodawców po szeregu upustów krwi przybrała nawet na wadze i czuła się doskonale (Ch e i n i s s e).

W moim pobieżnym wykładzie starałem się pokazać, jak skutecznie udało się zwalczyć przeszkody, stojące na drodze do zrobienia z przetoczenia krwi operacji bezpiecznej, prostej i dostępnej dla każdego, ktoby chciał się jej nauczyć. Pozw. wskazaniemi, których słuszność bije już obecnie w oczy (ostra niedokrwistość, wstrząs, krwιάczka, zatrucia) otwierają się dla przetaczania krwi nowe dziedziny, w których piękną tę metodę należałoby wypróbować, pozostawiając ocenę przyszłości. Nie chciałbym jednak by entuzjazm u nowych zwolenników transfuzji krwi zapanował nad krytycyzmem, gdyż wówczas prędko przyjdzie rozczarowanie i zapanuje zniechęcenie szkodliwe dla wytworzenia nowych wskazań do tego mistycznego zabiegu.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału dla chorych nerwowych w Szpitalu na Czystem.

(Ordynator: Dr. E. FLATAU).

Zmiany odżywcze kości po uszkodzeniu nerwów obwodowych.

Podał

Władysław STERLING. (Warszawa).

Zmianom w nerwach obwodowych (obrażeniom, przecięciom, przerwaniom ciągłości nerwu)

towarzyszą, jak to widoczne jest z olbrzymiego materiału kazuistycznego ostatniej wojny — prócz zaburzeń w dziedzinie ruchowej i czuciowej również i liczne zaburzenia o d z y w c z e. Najrzadsze i najmniej zbadane z tych zaburzeń — są zmiany odżywcze w kościach.

W pracy mej „Zmiany kości w cierpieniach ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego”¹⁾

¹⁾ „Die trophischen, vegetativen Erkrankungen und Entwicklungshemmungen des Knochensystems“. Zeitr. für die ges. Neur. und Psych. T. 9 i następne. Część II.

odróżniam następujące kategorie zmian kostnych po obrażeniach nerwów obwodowych:

1. Zwykły zanik kostny (przypadki Goldscheidera, Hirschfelda, Bluma, Martyego, Claudea i Veitera).

2. Zmiany przypominające przewlekły gościec stawowy (przypadki Rosea, Claudea i Chauveta, Léjonnea i Chartiera, Léjonnea : Déscompsa, Berenta, Piltza):

3. Przypadki przypominające t. zw. „mal perforant du pied“ (przypadki Sattlera, Riedela).

4. Spóźnione i nadmierne wytwarzanie tej kostniny z tendencją do dokładnego gojenia się po przecięciu nerwu (Ollier, Kusmin, Muscattelli i Damascelli).

5. Macrocheiria i macropodia (Hirschfeld).

Przypadek, którego opis tutaj podaję, wykazuje zmiany odżywcze kości, do których analogji nie mogłem odnaleźć w piśmiennictwie.

Przypadek ten dotyczy 36 letniego mężczyzny, który przed 21 laty podczas wojny rosyjsko-japońskiej otrzymał postrzał w okolicę lewego uda w ten sposób, że kula trafiła w okolice krętarza wielkiego, przyczem obrażeniu uległ pęcherz moczowy — tak, że według słów chorego mocz wypływał z miejsca wejścia kuli. Bezpośrednio po urazie, ruchy w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym były zachowane. W miesiąc po urazie dokonano choremu w Moskwie operacji wyjęcia kuli, zaś bezpośrednio po tej operacji wystąpiło porażenie prawej stopy i palców prawej stopy. Dopiero przed 3 laty wytworzyły się według opowiadania chorego zmiany odżywcze w obrębie prawej stopy i palców prawej stopy, owrzodzenia na pięcie i na podstawowych palczkach oraz obrzmienie skóry i tkanki podskórnej.

Objektywnie stwierdza się obecnie na lewym udzie poniżej krętarza wielkiego dużą bliznę po ranie postrzałowej. Cała lewa strona oraz okolica lewego stawu skokowego jest powiększona, zgrubiała, obrzękła. Skóra jest mamurkowato-siną, zimną i nieustannie pokryta obfitym potem. U podstawy pierwszego i drugiego paliczka widać głębokie owrzodzenie. Prócz tego widoczne są znaczne defekty ostatniego paliczka dużego palca oraz mniejsze defekty ostatniego paliczka 4 i 5-go palca. Wybitny zanik masy mięśniowej lewego uda i podudzia. Znaczne osłabienie siły ruchów w lewym stawie biodrowym i kolanowym; ruchy stopy ku dołowi są zachowane, ku górze zupełnie zniesione. Umiarkowane przykurczenie w zgięciu oraz subluksacja w lewym stawie kolanowym.

Odruchy kolanowe obustronnie żywe. Odruch z ścięgna Achillesa z prawej strony żywy, z lewej=0. Brak objawu Babinski'ego. Prawie zupełna analghezja na lewej stopie z wyjątkiem wewnętrznej powierzchni (zajęta jest okolica nervi peronei superficialis et profundi). Osłabienie czucia ciepłkowego w tych samych granicach. Wybitne zaburzenia zmysłu mięśniowego we wszystkich palcach lewej stopy. Zniesienie pobudliwości faradycznej i galwanicznej w lewym n. peroneus, m. tibialis anticus, m. extensor digitorum communis oraz odczyn

zwyrodnienia w lewym m. soleus. Zdjęcie rentgenowskie (kol. Judt) wykazało znaczne defekty ostatniego paliczka dużego palca, prócz tego mniejsze defekty ostatniego paliczka 4 i 5-go palca lewej stopy (patrz fotografia). Kości palczków wykazują znaczne wyświetlenie i odwapnienie. Linja demarkacyjna defektów kostnych odcina się granicą ostrą — a końce kości są jakby oszlifowane.

Mieliśmy tedy w przypadku niniejszym do czynienia z urazem uszkodzeniem lewego nerwu kulszowego, które powstało zresztą nie podczas wojny wskutek przestrzelenia kończyny przez kulę, gdyż według słów chorego bezpośrednio po postrzale ruchy w stawie biodrowym, kolanowym i skokowym były zachowane, lecz dopiero w Moskwie po operacji wyjęcia kuli, poczem bezpośrednio wystąpiło porażenie prawej stopy i palców. Z zajęcia pęcherza moczowego wynika, że obrażenie nerwu kulszowego musiało mieć miejsce w miednicy — i to właśnie objaśnia ów dziwny fakt, na który już Oppenheim zwrócił uwagę, że objawy chorobowe wyrażone są tu najsilniej w obrębie nerwu strzałkowego. Wiadomo bowiem, że włókna nerwu strzałkowego grupują się w nerw oddzielny już w miednicy (Schwalbe, Aeby, Bardenheer), może tu wchodzić w grę również i specjalna wrażliwość i mała odporność włókien przeznaczonych dla nerwu strzałkowego.

Ciężkie objawy porażeniowe w obrębie nerwu strzałkowego z głębokimi zmianami w oddziaływaniu elektrycznym (zniesienie pobudliwości faradycznej i galwanicznej w lewym N. peroneus, M. tibialis i M. extensor digitorum profundus), prócz tego odczyn zwyrodnienia w lewym M. soleus w połączeniu z zaburzeniami czucia (przeważnie w obrębie N. peronei superficialis et profundi), które to objawy po trwaniu dwuletnim nie wykazywały żadnej tendencji do regresji, wskazują na zupełne przerwanie ciągłości nerwu. Przypuszczenie to jednakże przyjęte musi być ze znaczną ostrożnością, gdyż z doświadczeń wojny obecnej wynika z zupełną jasnością, że najwybitniejsze zaburzenia odżywcze powodowane być mogą właśnie przez częściowe obrażenia nerwów (Riedel, Oppenheim). Zmiany odżywcze w przypadku moim koncentrowały się w lewej stopie i w okolicy lewego stawu skokowego. W skórze wykazywały one prócz znacznego zgrubienia zwykle zaburzenia czynności naczynioruchowej (sinice, obniżenie ciepłoty, wzmożone nocenie się). Nie stwierdzono głębszych zmian w paznogiach ani zmian w uwłosieniu (hypertrichosis). Na pierwszy plan wysuwały się tutaj zmiany odżywcze kości.

Zmiany te kostne wykazywały cechy następujące: 1. pewien stopień makropodji oraz 2. zmiany, przypominające chorobę Raynaua. Przytaczam tutaj z piśmiennictwa niektóre opisy zdjęć rentgenowskich w chorobie Raynaua.

Tak więc w przypadku Lippmanna-Fürnrohra wszystkie kości pierwszych palczków wykazywały zanik. Pierwszy paliczek palca wskazującego uległ w większej części zanikowi; mniej wy-

rażony jest zanik ten na pozostałych palcach. Również i palce środkowe biorą udział w zaniku, wydają się one skrócone. Zanik widoczny jest również i w drugim palcu: zwłaszcza paliczek pierwszy jest znacznie szczuplejszy i wybitnie zanikły.

Beck spostrzegł 2 przypadki choroby Raynanda, w których zdjęcie roentgenowskie wykazało zaniki górnych odcinków końcowych paliczków; paliczki końcowe były trójgraniaste i przypominały szpony. Analogiczne zmiany w chorobie Reynanda opisuje Wolff i Albers-Schönberg.

Ja sam miałem sposobność spostrzegać przypadek choroby Raynanda, dotyczący 19-letniego młodzieńca, u którego zdjęcie roentgenowskie wykazało w kościach śródstopia wybitne wyswietlenie i odwapnienie. Prócz tego stwierdzono znaczne defekty dużego palca i mniejsze defekty na pozostałych palcach obu stóp. Linja demarkacyjna defektów kostnych przebiegała w postaci linii ostrej a zakończenie kości było jakby oszlifowane.

Widzimy więc, że analogia zmian kostnych w chorobie Raynanda i w opisanym przypadku uszkodzenia nerwu kulszowego jest znaczna: i tu i tam znaczny zanik dystalnych odcinków kości, zwężenie i skrócenie poszczególnych odcinków, czasem znaczne defekty poszczególnych paliczków i ostra linja demarkacyjna defektów kostnych. Analogia ta nasuwa przypuszczenie, że być może i w chorobie Raynanda wchodzi w grę czysto mechaniczne zmiany w nerwach obwodowych. Bądź co bądź przypadek nasz dowodzi, że istnieje zespół kliniczny Raynanda natury obwodowej uszkodzeniu nerwów obwodowych, jak tego dla zespołu erytromelalgicznego dowiodły spostrzeżenia Cassirera i Borowieckiego (erytromelalgia peripherica).

Z 1-go Oddziału wewnętrznego Szp. Wolskiego w Warszawie.
(Ordynator: Dr. A. LANDAU).

W sprawie leczenia jodem choroby Basedowa *).

Podał

Anastazy LANDAU (Warszawa).

(Dokończenie)

Przechodzę obecnie do omówienia jadowitych postaci wola. Jak wiadomo, normalnym bodźcem do wytwarzania przez tarczycę tyroksyny i włączania jej w układ krążenia jest wyczerpywanie się w tkankach tego zączynu; utrzymuje on na właściwym poziomie procesy oksydacyjne w ustroju, o czym w klinice świadczy podstawowa przemiana materji. W warunkach normalnych między produkcją i spotrzebowaniem tyroksyny zachodzi ścisła równoległość, której utrata jest charakterystyczną

cechą wola jadowitego. Źródło nadmiernej, ew. spaczonyj produkcji tyroksyny i nadmiernego jej zasobu w tkankach tkwi, rzecz prosta, w samej tarczycy; ale gdzie znajduje się *primum movens* tego zaburzenia, w gruczole tarczowym, w układzie nerwowym, ew. roślinnym, w grasicy, czy też jeszcze gdzieindziej, — na to pytanie nie możemy dać ścisłej odpowiedzi. Jedno wszakże jest pewne, a mianowicie: w parze z toksyczną czynnością gruczolu tarczowego idą swoiste w nim zmiany histologiczne — zmieniony kształt i bujanie nabłonka gruczolow. oraz zanik kolloidu (*struma hypertrophica et hyperplastica*). W klinice wola jadowitego na samym już wstępie trafiamy na niezgodność poglądów, która posiada pierwszorzędnę znaczenie z punktu widzenia leczniczego. Jeden z największych znawców europejskich patologji: klinicznej gruczolu tarczowego — Kocher wszystkie objawy toksyczne, spowodowane wolem jadowitem, sprowadza do jednego mianownika — choroby Basedowa, uważając ją za wynik nasilonęj czynności gruczolu tarczowego (*hyperthyreoidismus*), przyczem jakość oraz własności fizjologiczne produktu wola Basedowalnego niczem mają się nie różnić od wytworu zdrowego. Wręcz odmienne stanowisko zajmują badacze amerykańscy z zakładów Mayo-Wilson, Kendall, Plummer, Boothby, Pemberton i inni, którzy w wolu jadowitem z punktu widzenia klinicznego, anatomii fizjopatologicznego oraz chemicznego odróżniają dwie całkiem odrębne postaci: 1) *exophthalmic goiter*, czyli właściwą chorobę Basedowa oraz 2) *toxic adenoma* — jadowity gruczolak. Obie te postaci chorobowe posiadają jedną wspólną cechę — wzmoczenie procesów oksydacyjnych w ustroju z wyższym od normalnego poziomem podstawowej przemiany materji; jest on we właściwej chorobie Basedowa zazwyczaj ustawiony nieco wyżej, aniżeli w gruczolaku jadowitym. Pomimo tej wspólnej cechy oraz innych rysów podobieństwa obie postaci wola jadowitego wykazują pewne odrębności, na podstawie których, jak to wynika z tysiącznych spostrzeżeń autorów amerykańskich, bystry badacz kliniczny jest w stanie je różniczkować w przeważnej większości przypadków. Nie mogę wchodzić tu we wszystkie szczegóły, podkreślę tylko objawy najważniejsze:

1. Choroba Basedowa wybucha u ludzi z poprzednio zdrowym gruczolem tarczowym; jest to pierwotny *hyper*, ew. *dysthyreoidismus*; gruczolak jadowity jest schorzeniem wtórnem, następczem, powstałym z przeistoczenia się toksycznego gruczolaka niejadowitego (*struma basedowifcata*);

2. ujawnianie się objawów toksycznych w chorobie Basedowa jest szybkie i burzliwe, cały obraz chorobowy rozwija się w przeciągu paru tygodni, nieraz kilku dni, zaś w gruczolaku jadowitym zespół toksyczny zbiera się wolno i niepostrzeżenie, nieraz mijają długie miesiące, zanim pacjent zda sobie sprawę z wolno nadciągającej chmury chorobowej;

3. wiek chorych, nagabywanych przez chorobę Basedowa, jest zazwyczaj młodszy, aniżeli w gruczolaku jadowitym;

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

4. objawy oczne, a zwłaszcza wytrzeszcz, częstokroć są nieobecne w gruczolaku jadowitym lub też zaznaczone b. dyskretnie, gdy w chorobie Basedowa a zdradzają one chorobę już z jednego wejścia;

5. choroba Basedowa i gruczolak jadowity różnią się znacznie przebiegiem pooperacyjnym po wycięciu częściowym wola, oddziaływaniem na jod i naparstnicę;

6. w chorobie Basedowa gruczoł tarczowy jest jednolicie powiększony, umiarkowanie spoisty, bez macalnych guzków lub guzów;

7. gruczolak jadowity jest co do swej patogeny zależny wyłącznie od nadmiernie pobudzonej czynności gruczołu tarczowego, jest to, zdaniem autorów amerykańskich, stan czystego hipertyreoidyzmu, gdy choroba Basedowa jest skojarzeniem hyper- i dystyreoidyzmu, przyczem Kendall i Plummer i Boothby po raz pierwszy ściśle określają zakres pojęcia spazycznej czynności tarczyczej (dystyreoidismus), a mianowicie tyroksyna w chorobie Basedowa ma być mniej jodowana, uboższa w jod, niż to ma miejsce z normalną tyroksyną.

Z tego, com powiedział, wynika, iż gruczolak jadowity daje klinicznie obraz jedynie nasilonej czynności gruczołu tarczowego. Przeistoczenie się gruczolaka zwykłego w toksyczny często odbywa się samorzutnie, jak to wynika ze spostrzeżeń amerykańskich, w 13 do 18 lat po jego powstaniu; jakie szczególne przyczyny powodują owo przeistoczenie się samorzutne, dotąd dokładnie nie wiemy. Jedynym ze znanych czynników zewnątrzustrojowych, które tego rodzaju niepożądaną metamorfozę wywołać mogą znacznie wcześniej — jest wprowadzenie do ustroju jodu. Może on być podawany świadomie celem usłowań leczniczych wola gruczolakowego; tutaj dawka nie zawsze odgrywa rolę, znam bowiem przypadek, gdzie po parotygodniowym zażywaniu jednej kropli Jodonu dziennie (= 2 mlgr. czystego jodu) u osoby sześćdziesięcokilkolletniej z wolem nietoksycznym wystąpiły nadzwyczajnie burzliwe objawy wola jadowitego z objawami nerwowymi (wielki niepokój, bezsenność), sercowymi (stała i niczem niepohamowana niemiarowość zupełna) i żołądkowymi w postaci nieustępujących wymiotów i biegunki. Stan podobny zmagania się między życiem a śmiercią trwał u pacjentki długie tygodnie. W innych znów przypadkach jod zostaje wprowadzony przez nieświadomość dla pobocznych wskazań leczniczych, jak np. celem gojenia ran, w operacjach ginekologicznych, pendzlowanie skóry różnemi przetworami jodu i t. p. Ostatnio np. spostrzegałem trzydziestoparoletnią pacjentkę, której skutkiem bólów pod prawą łopatką, zależnych od utajonej kamicy żółciowej, a mylnie rozpoznanych, jako zapalenie opłucny, lekarz zalecił codzienne wcieranie w bok jodwazogenu; po parotygodniowym wcieraniu u pacjentki, która zawsze miała „sporą szyję“, wystąpiły bardzo burzliwe objawy jadowitego gruczolaka tarczowego. Podobnych spostrzeżeń mógłbym przytoczyć kilkanaście.

Obecność przeto wola gruczolakowego jest bezwzględnie przeciwwskazaniem do stosowania jodu we wszelkich postaciach i wszystko jedno w

jakiej dawce, bo z tej strony grozi choremu wielkie niebezpieczeństwo. Pod tym względem zdania Kochera i autorów amerykańskich są całkiem zgodne, ale jeżeli przejdziemy do rozpatrywania drugiej postaci jadowitego wola — właściwej choroby Basedowa, to tutaj napotykamy już znaczną rozbieżność zdań. Kocher jest zdecydowanym unitarystą, utożsamia chorobę Basedowa z gruczolakiem jadowitym, uważa jod we wszystkich przypadkach wola toksycznego za bezwzględnie przeciwwskazany, strasząc widmem t. w. Jod-Basedowa. Otóż przed dwoma laty Plummer i Boothby, opierając się na przypuszczeniu Kendalla co do niedostatecznego zjedowania tyroksyny w chorobie Basedowa oraz na klinicznej konieczności podziału wola toksycznego na dwie odrębne jednostki chorobowe: chorobę Basedowa i gruczolak jadowity, wbrew kategorycznym ostrzeżeniom Kochera wystąpili z propozycją stosowania jodu w chorobie Basedowa. Już dawniej znane były sporadyczne przypadki choroby Basedowa, które po jodzie poprawiały się. Niezwykle ciekawe i cenne jest spostrzeżenie Troussseau, który w następujący sposób w swych wykładach klinicznych o niem opowiada: „w październiku r. 1863 zasięgała mej rady młoda pani, którą spostrzegłem od dłuższego czasu i u której rozpoznawałem podostrą chorobę Basedowa z dość znacznym wolem. Liczba tętna w chwili badania wynosiła 140 — 150; pacjentce zaleciłem leżenie w łóżku, hydroterapię i miałem zamiar oprócz tego zalecić nalewkę naparstnicową. Przepisując receptę, pomyślałem na chwilę o przeciwwskazaniach, jakie w danym przypadku dotyczą jodu, i przez pomyłkę zamiast nalewki naparstnicowej przepisałem w tej samej dawce 15 — 20 kropeł na dobę nalewkę jodową. Po 2-u tygodniach ponownie widziałem pacjentkę, stwierdziłem u niej znaczną poprawę ogólną i co do serca (liczba tętna wynosiła podówczas 90 na 1'), a zarazem swą fatalną pomyłkę. Zaleciłem prowadzenie nadal tej samej kuracji z tą tylko różnicą, iż zamiast nalewki jodowej przepisałem naparstnicę. Po następnych dwu tygodniach stan pacjentki znacznie się pogorszył (liczba tętna wzrosła do 150 na 1'), tak, że zmuszony byłem znów wrócić do jodiny“. Kocherowi również znane były pojedyncze przypadki, w których chorzy na Basedowa odnieśli pożytek z przyjmowania przetworów jodowych, ale umysł jego tak był nastawiony na Jod-Basedowa, tak znajdował się on pod wrażeniem toksycznego przeobrażenia się wola zależnie od jodu, iż środek ten uważał on za bezwzględne noli me tangere w stanach zaburzonej i nasilonej czynności gruczołu tarczowego. W piśmiennictwie niemieckiem w r. 1921 Neisser oraz Loewy i Zondek przytaczają nieliczne przypadki choroby Basedowa, które poprawiły się po zastosowaniu minimalnych dawek jodu. Autorowie ci poprawę, jaką osiągnęli, wiążą z wysokością dawki, a nie z postacią wola. Jakkolwiek Plummer swe studia nad stosowaniem jodu w chorobie Basedowa zapoczątkował dopiero w r. 1922, jednak wielka liczba spostrzeżeń, jakich dostarczyły mu zakłady Mayo, oraz ścisłość badania klinicznego nakazują jemu przypisać zasługę nowej metody leczenia tej choroby. Osobi-

ście jeszcze przed 12 laty obserwowałem młodą osobę, przyjeżdżną z prowincji, chorą na *Basedowa*, która po bezskutecznym dłuższym leczeniu w Warszawie, osiągnęła znaczną poprawę po jodynie, zaleconej na prowincji przez lekarza domowego. Wówczas przed 12 laty, kiedy wszechwładnie panowały u nas dogmaty *Kochera*, leczenie jodem osoby, chorej na chorobę *Basedowa*, uważane było za wielki faux pas terapeutyczny, byłem bardzo zdziwiony poprawą, o jakiej chora opowiadała, nie rozumiałem jej i nie bardzo jej dowierzałem. Stosunki te dziś są bardziej jasne. Poza wymienionym na wstępie przypadkiem *Basedowa*, który znakomicie poprawił się na jodzie, w przeciągu ostatniego roku spostrzegałem inne jeszcze trzy podobne przypadki, z których jeden — w szpitalu, dwa pozostałe dotyczą praktyki prywatnej. Przypadki powyższe nie mogły być jeszcze badane na zachowanie się podstawowej przemiany materji i dlatego wspominam o nich tylko mimochodem.

Stosowanie jodu w chorobie *Basedowa* u autorów amerykańskich wynikało z potrzeb chirurgicznych. W zakładzie *Mayo* corocznie dokonywanych jest przeszło lub prawie tysiąc operacji wola jadowitego. Otóż co rok kilkanaście osób chorych na *Basedowa* umiera przed operacją skutkiem nasilenia objawów toksycznych (*crises*), pochodzenia bądź żołądkowo-jelitowego lub wreszcie sercowego. Kilkanaście osób umierało co roku skutkiem nasilenia pooperacyjnego objawów toksycznych; wreszcie u wielu chorych z *Basedowem* przed operacją radykalną (wycięcie wola) należało dokonywać w odstępach paromiesięcznych wielokrotnych zabiegów przygotowawczych, a mianowicie podwiązywania jednej lub wielu tętnic tarczycowych lub też wstrzykiwania wody gorącej. W znacznym odsetku przypadków strumektomja z uwagi na stan ogólny chorych musiała być dokonywana nie jednocześnie, lecz dwuczasowo. Zniecierpliwieni wieloma operacjami, chorzy nie zgłaszali się częstokroć do operacji radykalnej i przez to nie osiągnęli wyleczenia do szczętnego. Te ujemne strony dotychczasowego doszczętnego leczenia choroby *Basedowa* skłoniły lekarzy amerykańskich do szukania na nie środka zaradczego; twierdzą oni, iż znaleźli go w jodzie. Metodę stosowania jodu w chorobie *Basedowa* *Plummer* i *Boothby* opracowali empirycznie drogą spostrzegania setek przypadków. Lek ten stosowany jest przez nich w postaci płynu *Lugola* (0,5 *Jodi puri*, 1,0 *Natrii jodati*, 10,0 *Aquae dest.*) Najmniejsza dawka w lekkich przypadkach wynosi 2 razy dz. po 10 kropel (10 krop. zawiera 78 mlgr. czystego jodu). Zwykła dawka jodu wynosi 3 r. po 10 kr., zaś u chorych w t. zw. stanie przełomów tarczyczych, w okresach gwałtownego nasilenia objawów toksycznych (*crises*) dawka dzienna może być podniesiona do 60, a nawet 100 kropel dziennie (np. 3 r. po 30 kr.) przyczem w razie wymiotów jod należy stosować nie doustnie, lecz doprostnicowo, w ławatywach. Duża dawka jodu stosowana jest u chorych, dopóki nie ustąpią groźne objawy nasilonej toksemji; skutek ten zwykle osiąga się w przeciągu najwyżej 7 — 10 dni, nieraz znacznie wcześniej. Potem wraca się do stosowania zwykłych dawek jodu, 3 r. dz. po 10 kropel.

Dodatknie działanie podawania jodu chorym na *Basedowa* niedługo daje na siebie czekać: stan pobudzenia nerwowego zmniejsza się, chory staje się spokojniejszy, sen i apetyt poprawia się, giną wymioty i biegunka, w ciągu paru dni do tygodnia, liczba tętna i poziom podstawowej przemiany materji opadają o 30 — 40%, w parze z tem siły się poprawiają, waga idzie w górę. Im groźniejsze były objawy toksyczne, im burzliwsze były objawy pobudzenia nerwowego i żołądkowo-jelitowe, tem wybitniejsza jest poprawa po jodzie. Jako ilustrację działania jodu w toksycznym nasileniu *Basedowalnym* pozwolę sobie przytoczyć jedno spostrzeżenie *Plummera* i *Boothby*:

14-letnia dziewczynka przybywa na oddział w stanie półprzytomnej senności po kilku dniach bezwzględnej głodu skutkiem bezustannych wymiotów nie tylko pokarmów, lecz nawet wody. Uderzenia serca były tak gwałtowne, iż całe ciało unosiło się przy każdym jego skurczu. 30 kropel *Lugola* wprowadzono natychmiast doustnie, połowa tej ilości została zwymiotowana. 30 kropel wprowadzono do prostnicy i te uległy prawie całkowicie zatrzymaniu. W kilka godzin potem wprowadzono znów doustnie 30 kropel, z których mała cząstka została znów zwrócona. Następnego dnia pacjentka zjadła skromne śniadanie, które przeważnie zostało zatrzymane. W ciągu tego dnia pacjentka dostała ogółem 30 kropel, a następnych dni po 10 kropel dziennie, 3-go dn. pacjentka zaczęła już jeść chętnie, a począwszy od 5-go d. żywienie chorej zawierało już pełną liczbę ciepłostek. Tyreoidektomja była dokonana 11-go dnia ze względnie umiarkowanym odczynem i z najlepszym wynikiem, 4-go już dnia po operacji liczba tętna spadła ze 140 na 85, a podstawowa przemiana materji z + 150 wróciła do normy.

W podobnych przypadkach działanie jodu jest wprost nie do uwierzenia i przypomina w zupełności cudowny wpływ insuliny na śpiączkę cukrzyczą.

Jak głęboko sięga działanie lecznicze jodu w chorobie *Basedowa*?

Plummer, *Boothby*, *Pemberton* i inni uważają, iż doszczętnem leczeniem choroby *Basedowa* jest tylko operacyjne, — częściowa strumektomja, a zaś leczenie jodowe jest niejako wstępem, a właściwie częścią leczenia operacyjnego. Stosując jod chorym na *Basedowa* w przeciągu 7 — 10 dni przed operacją i mniej więcej w przeciągu dwu tygodni po operacji, osiągamy trojaki skutek: łagodzimy ciężkie objawy toksyczne przed operacją, zapobiegamy nasileniom toksycznym pooperacyjnym i skracamy znakomicie przebieg pooperacyjny; poza tem wszystkim jod w *Basedowie*, leczonym operacyjnie, ma jeszcze jedną nieocenioną zaletę, a mianowicie — redukuje zabieg operacyjny do jednej, jednocześnie wykonanej operacji — strumektomji i czyni zbędnymi dawne przygotowawcze operacje podwiązywania tętnic, zastrzykiwania gorącej wody oraz rozkładanie strumektomji na dwa tempa.

W ostatnich tygodniach zaczynają się odzywać głosy i innych lekarzy amerykańskich, którzy na ogół potwierdzają spostrzeżenia, dokonane z jodem w zakładach *Mayo* (*Lahay*, *King*, *Richardson*, *Graham*, *Crile* — *Journ. of amer. med. assoc.* 1925, 12.XII oraz *Clute* — ten sam dziennik 1926, 9.I). *Lahay* podaje, iż na 116 przypadków *Basedowa*, leczonych jodem, mógł dokonać je-

dnoczasowej strumektomji w 100 przyp., ale zarazem podkreśla, iż przy najłżejszych wątpliwościach co do wytrzymałości chorego należy pomimo stosowania jodu dokonywać operacji dwuczrasowo; Crile pisze, iż przy podawaniu jodu 441 operacyj B a s e d o w a nie dały ani jednego zejścia śmiertelnego. Wszyscy jednoznacznie potwierdzają, iż wszelkie dawne przygotowawcze operacje stały się przy stosowaniu jodu zbędnymi. L a h e y i C l u t e zaznaczają, iż, pomimo niezwykle dobroczynnego wpływu jodu u większości chorych z B a s e d o w e m, zdarzają się jednak pojedyncze przypadki odporne na ten lek. C l u t e (z kliniki L a h e y) w artykule swym wspomina o studjach chemicznych i histologicznych C a t e l l a nad działaniem jodu w chorobie B a s e d o w a: zawartość jodu w tarczycy B a s e d o w a lnej, która zwykle jest nikła lub żadna, pod wpływem podawanego roztworu L u g o l a wzmagają się, a w parze z tem idą zmiany wsteczne wola jadowitego: nabłonek gruczolowy ulega spłaszczeniu, giną wyrosłe brodawkowe bujające nabłonka, cewki gruczolowe zaczynają się wypełniać masą koloidalną.

Musimy sobie zadać pytanie, niezwykle interesujące internistę, czy, stosując jod, nie jesteśmy w stanie uzyskać wyleczenia doszczętnego B a s e d o w a bez operacji? Jak długo w takich przypadkach można jod stosować? Autorowie amerykańscy obserwowali kilkuset chorych, którzy dla tych lub innych względów brali jod w wyżej wymienionych dawkach w przeciągu długich miesięcy, a nawet roku. Żadnych złych następstw nie widzieli oni; poprawa, uzyskana na początku, dalej nie postępowała i jod, stale przyjmowany, trzymał w karchach objawy nerwowe, sercowe, żołądkowo-jelitowe i podstawową przemianę materji, tak, że chorzy znajdowali się we względnie dobrym stanie. Nieraz się zdarza, iż pomimo nieprzerwanego zażywania jodu, następuje chwilowe nasilenie objawów toksycznych, podstawowa przemiana materji daje skok wwyż — wówczas przez powiększenie dawki jodu na pewien czas można to obostrzenie opanować i poziom metabolizmu obniżyć, ale działanie to nie należy do pewnych. Jeżeli przerwać podawanie jodu, podstawowa przemiana materji gwałtownie wznosi się do góry, z czem stale idzie w parze gwałtowne pogorszenie wszystkich innych objawów B a s e d o w a lnych: na scenę występuje t. zw. przełom B a s e d o w a lny, sytuacja stać się może krytyczną. Wznowienie w porę jodu zapobiega podobnym nasileniom; z tego również wynika, iż leku nie wolno przerywać na krótko przed, podczas i zaraz po operacji. Przypadki lekkiego B a s e d o w a, który przeciw odznacza się tendencją do samorzutnego wyleczenia, pod wpływem jodu łagodnieją jeszcze bardziej i tutaj, po odstawieniu jodu, zażywanego w ciągu paru miesięcy, metabolizm podstawowy pozostaje na poziomie normalnym, jak również nie wracają inne objawy B a s e d o w a lne. O tego rodzaju chorych można właściwie powiedzieć, iż tu nastąpiło wyleczenie, które jednak niezawsze jest trwałe i doszczętne.

Jak już wyżej zazaczyłem, wole gruczolakowe jest bezwzględnie przeciwwskazaniem do stosowania jodu, albowiem wole nieczynne i nietoksyczne

przeistacza się pod jego wpływem w jadowite. Jeżeli w typowych przypadkach odróżnić można gruczolak jadowity od choroby B a s e d o w a, to zdarzyć się mogą przypadki, w których zróżniczkowanie obu postaci wola jadowitego nie da się z całą ścisłością przeprowadzić, albowiem natrafiamy tu na nieprzezwyciężone przeszkody. Z drugiej strony, ponieważ pozbawianie jodu chorego z B a s e d o w e m naraża go na ciężką krzywdę, częstokroć nawet na niebezpieczeństwo życia, autorowie amerykańscy zadali w typowych przypadkach odróżnić można gruczolak jadowitym podawać jod? Największa herezja, z punktu widzenia dogmatyki K o c h e r o w s k i e j! Pod tym względem zebrali autorowie amerykańscy spore doświadczenie, z którego wysnuwają następujący wniosek: jod, podawany w tych warunkach, w nieznacznym odsetku przypadków sprowadza nieznaczną poprawę, u innych zaś chorych wywołuje niewątpliwe pogorszenie, zwłaszcza, jeżeli zażywanie jodu było obfitsze i dłuższe. Zresztą, tego rodzaju nasilenie się choroby w wolu jadowitem zachodzi również samorzutnie, bez wszelkiego udziału jodu, tak, że nie jest wyłączone, iż postępujący bieg cierpienia w tych przypadkach nie jest już ściśle z jodem związany; być może, przyczynił się on w pewnym stopniu do pogorszenia stanu chorego, rzecz ta wymaga jednak dalszego badania. W przypadkach jednak z wątpliwym rozpoznaniem, gdzie choroba B a s e d o w a nie daje się ściśle odróżnić od jadowitego gruczolaka, rozsądniej jest dawać choremu jod (3 razy dziennie po 10 kropeł roztworu L u g o l a dziennie) w przeciągu tygodnia przed operacją, a następnie w przeciągu paru — kilku dni po operacji, albowiem ta ilość jodu w żadnym razie nie sprawi większej krzywdy choremu z gruczolakiem jadowitym, natomiast w przypadku B a s e d o w a lek ten jest bezwzględnie pewną bronią w walce z toksycznym przełomem pooperacyjnym, bronią, która uchronić może chorego od niechybnej śmierci. Jednak z całym naciskiem podkreślić należy zastrzeżenie: w gruczolaku jadowitym jod można zalecić choremu już po powzięciu ostatecznej decyzji operacyjnej, na paru dni przed położeniem chorego na stół operacyjny; w innych okolicznościach gruczolak jadowity jest bezwzględnie przeciwwskazaniem do stosowania jodu.

Teraz Sz. Państwo zrozumiecie, dlaczego w przypadku demonstrowanym, a opisanym na wstępie, po rozpoznaniu choroby B a s e d o w a zaleciłem 2×10 kropeł roztworu L u g o l a dziennie, dzięki czemu uzyskaliśmy u chorego olbrzymią poprawę z przybytkiem 9 kilo wagi ze znacznym zwolnieniem tętna i powrotem do normy podstawowej przemiany materji. Amerykańscy autorowie twierdzą, iż jod naogół nie daje doszczętnego i trwałego wyleczenia w chorobie B a s e d o w a. Czy jednak skombinowane leczenie R ö n t g e n e m i jodem nie będzie w stanie zastąpić zabiegu operacyjnego? Rzucam w tej chwili tylko myśl; niedaleka przyszłość na to pytanie odpowie.



Z Oddz. Ocznego Szpital. Starozakonnych w Warszawie.

(Ordynator: Dr. L. ENDELMAN).

O sposobach, ułatwiających badanie dna oka.

Podał

Adam ZAMENHOF (Warszawa).

Badanie dna oka zdobywa sobie coraz większe prawo obywatelstwa w medycynie ogólnej i coraz to częściej spotykamy lekarzy nie-okulistów, którzy umieją z wziernikiem ocznym dać sobie radę i rozpoznać zasadnicze zmiany na tarczy nerwu wzrokowego.

Jak często jednak, posiadając nawet najlepsze podręczniki i atlasy oftalmoskopji, lekarz, nie uprawiający tych badań codziennie, zniechęcony zostaje trudnościami technicznymi, jakie napotyka, chcąc zbadać dno oka z wąską źrenicą, albo w przypadkach, gdy środki przejrzyste oka są nieco mgliste lub odbijają dużo światła, jak to ma zwykle miejsce u ludzi starszych, z soczewką szarawą, chociaż jeszcze nie zmętniała. A przecież właśnie u osobników starszych nie należy zbyt nieogłędnie stosować środków rozszerzających źrenicę, aby nie wywołać napadu jaskry utajonej ze wszystkimi jej smutnymi następstwami.

Umiejętność swobodnego oglądania dna oka nabywa się przede wszystkim przez długie ćwiczenia, sądzę jednak, że niektóre rozważania teoretyczne mogą w znacznej mierze przyśpieszyć i ułatwić nabycie wprawy — i jeżeli w tem miejscu o tem chce mówić, to dlatego, że w podręcznikach oftalmoskopji rozważaniom tym zazwyczaj zbyt mało miejsca się udziela.

Gdy chcemy zbadać dno oka w obrazie odwróconym, napotykamy na cały szereg odbłasków, a mianowicie:

1) Już sam otwór oftalmoskopu, gdy nie jest dobrze wycerniony i wymatowany, a lusterko jest grube, daje nam odbłaski rozlane, które mgłą przesłaniają część naszego pola widzenia. Im mniejszy otwór, tem mniej pozostaje miejsca wolnego od tego odbłasku. Otwór zaś za wielki odbija się ujemnie na oświetleniu oka badanego. Jednak z dwojga złego wybrałbym to ostatnie, wbrew utartym wzorom, według których otwór ma zaledwie 3 mm. średnicy. Otwór 5 mm. jest, zdaniem mojem, znacznie wygodniejszy i nie wpływa ujemnie na oświetlenie dna, przynajmniej w obrazie odwróconym, jak to zresztą dalsze moje wywody uzasadnią. W każdym razie radę posługiwać się tylko dobrymi oftalmoskopami z możliwie cienkim lusterkiem. Niezłe są też lusterka całe, w których zamiast otworu w szkle pozostawione jest tylko w środku miejsce niepodlane, przezroczyste. Należy tylko pamiętać o tem, że szkło w tem miejscu powinno być absolutnie czyste.

2) Lupa, którą się posługujemy przy badaniu w obrazie odwróconym, daje nam dwa silne odbłaski i kilka słabszych. Dwa pierwsze są to obrazy lusterka oświetlonego, odbite od przedniej i tylnej powierzchni lupy. Są one tem większe, im większe jest lusterko, wynika więc stąd, że lepiej jest posługiwać się wziernikami niezbyt wielkimi. Inne od-

blaski, jakie daje nam lupa, są to dwa obrazy naszej twarzy, ubrania i rąk, z których jeden jest prosty odbity od przedniej powierzchni, a drugi odwrócony, odbity od powierzchni tylnej lupy. Jaskrawość tych odbłasków będzie oczywiście zależną od koloru naszego ubrania i najwięcej będą one widoczne, gdy jesteśmy ubrani w biały płaszcz szpitalny, a szczególnie, gdy jeszcze i na głowie będziemy mieli biały czepek. Dobrze więc jest oftalmoskopować w ciemnym ubraniu, a jeszcze lepiej byłoby przysłonić głowę i twarz czarną maską.

Najlepszym jednak sposobem uniknięcia tych odbłasków jest pochylenie lupy górną częścią w stronę pacjenta. Wówczas obraz prosty opuszcza się, a obraz odwrócony unosi się i pozostaje w środku lupy przestrzeń wolna od odbłasków. Zbyt wielkie jednak pochylenie lupy źle wpływa na ostrość obrazu dna.

3) Po przewyciężeniu tych przeszkód, zależnych od wziernika i lupy, napotykamy teraz odbłask najwięcej zawadzający i najjaskrawszy — jest to odbłask przedniej powierzchni rogówki. Lusterko oświetlone odbija się w rogówce, jak w zwierciadle wypukłym. Jest to obraz silnie zmniejszony, i jako taki niewiele nam przeszkadza, gdy badamy dno oka w obrazie prostym. Ale przy badaniu w obrazie odwróconym widzimy go przez lupę, i w tym właśnie momencie, kiedy oko znajduje się w ognisku lupy, (to jest kiedy tęczęwka znika z pola naszego widzenia, a obraz źrenicy zajmuje całą powierzchnię lupy) — odbłask rogówkowy przedstawia się nam w takim powiększeniu, że pokrywa też całe pole widzenia i, jako silniejszy, zupełnie może zamaskować obraz dna, które właśnie przy tem ustawieniu lupy powinniśmy najlepiej widzieć. Jak się to dzieje, że jednak przy pewnej wprawie potrafimy pomimo to ujrzeć dno oka? Jest to właściwie największy szkopuł oftalmoskopji, który najwięcej zawodu sprawia niedoświadczonym badaczom, a nawet i doświadczonemu okuliście nieraz obezwładnia, zwłaszcza, gdy źrenica jest wąska, a zatem cała tym odbłaskiem pokryta.

Jednak przy średniej źrenicy potrafimy uniknąć tego odbłasku, a czynimy to, przy pewnej wprawie, poniekąd bezwiednie, tak, jak dziecko uczy się chodzić, lub jak cyklista — utrzymać równowagę na rowerze.

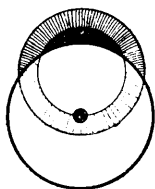
Ażeby ułatwić badanie dna oka tym, którzy nie uprawiają tego, że tak powiem, zawodowo, postarajmy się rozpatrzyć, jakie czynniki mogą decydować przy tej walce pomiędzy obrazem dna ocznego, a powiększonym odbłaskiem rogówkowym.

Przedstawiamy sobie schematycznie bieg promieni przy takim ustawieniu lupy, kiedy oko badającego wraz z wziernikiem i oko badane znajdują się w ogniskach sprzężonych. Wówczas na powierzchni oka badanego otrzymuje się obraz odwrócony wziernika, mniejszy od tego wziernika, ale znacznie większy od źrenicy badanej. Każdy punkt wziernika ma swój odpowiednik w jego obrazie odwróconym i te promienie np., które wychodzą z miejsca, gdzie się znajduje otwór środkowy, zbiórą się w tem miejscu, gdzie mamy obraz tego otworu. Odwrotnie, tylko te promienie wychodzące z oka, które

przechodzą przez miejsce, gdzie się znajduje obraz otworu wziernika, mogą przejść przez rzeczywisty otwór we wzierniku do oka badającego. Widzimy więc, że obraz otworu możemy utożsamić z obrazem źrenicy badającego. Jest to jakby druga źrenica, którą nazwiemy, dla odróżnienia od rzeczywistej, źrenicą obserwacyjną.

Wielkość źrenicy obserwacyjnej zależna jest od tego, czy jest ona zogniskowana, czy nie. Tak więc, jeżeli przedmiot badany, dajmy na to, arkusz papieru, umieścimy przed ogniskiem lupy, krąg odpowiadający tej źrenicy będzie większy, a co za tem idzie, i pole widzenia będzie większe, powiększenie zaś przedmiotu mniejsze. Tak samo, im dalej przedmiot badany będzie się znajdował za ogniskiem, tem większe będzie pole widzenia, a zatem im dalej lupa będzie od oka, tem większa część siatkówki będziemy widzieli. Ponieważ jednak siatkówka ta znajduje się za przesłoną w postaci tęczówki, musimy ustawić lupę tak, by tęczówka nie stawała na przeszkodzie tym promieniom, które mają osiągnąć naszego oka. Będzie to możliwem tylko wtedy, gdy tęczówka nie będzie się znajdowała w polu naszego widzenia — czyli wtedy, gdy wiązka promieni, idących od lupy, będzie węższa od źrenicy badanej w miejscu, gdzie przez nią przechodzi — co nastąpi w momencie, gdy źrenica się znajdzie mniej więcej w miejscu skrzyżowania tych promieni, inaczej mówiąc, w ognisku lupy. Gdy źrenica jest wąska, powinna się znaleźć ściśle w ognisku lupy, ale wtedy i odbłask rogówkowy, który, jako obraz prosty pozorny, umiejscawiamy niedaleko za źrenicą, bo prawie na tylnym biegunie soczewki, zakryje nam całe pole widzenia.

Jeżeli źrenica jest dość szeroka, możemy uniknąć odbłasku w ten sposób, że oglądamy oko nie przez środek rogówki, który odbija światło w tym samym kierunku w jakim ono pada, to jest w kierunku lusterka, ale przez część przysrodkową. W tym celu przesuwamy lupę nieco w bok, wskutek czego obraz otworu, czyli źrenica obserwacyjna, ustawia się nie na biegunie przednim rogówki, gdzie widzimy odbłask, lecz obok niego, a to tak daleko, jak tylko na to pozwala szerokość źrenicy badanej. Przy mniej szerokiej źrenicy brzeg tęczówki znajdzie się w obrębie źrenicy obserwacyjnej i przesłoni nam nieco pole widzenia, natomiast, przy bardzo wąskiej źrenicy sposób ten zawodzi, gdyż przy najmniejszym przesunięciu źrenicy obserw. wychodzimy poza obręb źrenicy badanego (Rys.1). Możemy niekiedy dopomóc sobie tem, że użyjemy słabego źródła światła, mniej zwięzającego źrenicę, ale wówczas dno może się okazać tak mało oświetlonem, że nie będziemy mogli rozejrzeć się w szczegółach. Tak więc badanie dna oka zapomocą zwykłego oftalmoskopu często okazuje się niemożliwem, przynajmniej gdy chodzi o tylny biegun, którego oświetlenie w dodatku jeszcze powoduje zwiężenie źrenicy. Zresztą przy badaniu tarczy nerwu wzrokowego oko ustawia się nieco skośnie, przyczem źrenica przesuwa się względem odbłasku rogówkowego i częściowo od niego się uwalnia.



4) Inne odbłaski, prawidłowe, jak te, które daje tylna powierzchnia rogówki oraz przednia i tylna powierzchnia soczewki, są naogół mniej rażące i nie wchodzą w rachubę, gdy porównujemy je z odbłaskiem przedniej powierzchni soczewki. Zresztą, gdy zdołamy uniknąć tego ostatniego, znikają automatycznie.

5) Oprócz tych odbłasków prawidłowych, wywołanych przez odbicie światła od powierzchni lustrowanych, mogą jeszcze wchodzić w grę odbłaski rozlane, spowodowane zmętnieniem tych warstw, przez które promienie mają przebiegać.

Zmętnienia rozlane rogówki i soczewki, zmętnienia cieczy wodnistej lub ciała szklistego, znacznie utrudniają badanie, gdyż zachowują się jako ciała nawpółprzezroczyste. Nie należy zapominać, że zanieczyszczenie lupy może być również przyczyną zamglenia rozlanego obrazu oftalmoskopowego. Ale nawet i w oku normalnem te odbłaski rozlane mogą ujemnie wpływać na wyrazistość obrazu wziernikowego, przykrywając go jakby lekką mgłą, gdyż rogówka i soczewka, zwłaszcza u ludzi starszych, posiadają dość wybitne własności fluoryzujące i, szczególnie przy świetle białem, a więc bogatem w promienie krótkofaliste, przybierają wygląd zlepkamatu. To zamglenie niekiedy zupełnie zmienia barwę dna, nadając mu odcień nieco mleczny, co maskuje subtelne zmiany w wyglądzie tarczy lub małe ogniska zapalne w naczyniówce.

Widzimy zatem, że zwykły wziernik nie wystarcza, gdy chodzi o badanie dna oka przy bardzo wąskiej lub mętnej źrenicy.

Sposoby, pozwalające uniknąć odbłasków, można podzielić na 4 kategorie.

1) Sposób *immersyjny* polega na tem, że bada się oko pod wodą lub pod t. zw. szkiełkiem kontaktowem. To ostatnie ma jedną powierzchnię płaską, druga zaś posiada wklęsłość, odpowiadającą mniej więcej wypukłości rogówki. Szkło takie nakładamy na oko i po wypełnieniu ewentualnie pozostającej przestrzeni płynem fizjologicznym, rogówka stanowi jakby jedną całość ze szkiełkiem, a zamiast powierzchni kulistej mamy do czynienia z powierzchnią płaską szkła, na której łatwo jest odbłasków uniknąć.

2) Sposób *polaracyjny* polega na tem, że ustawiamy przed okiem kombinację pryzmatów, dzięki którym promienie odbite od powierzchni środków łamiących oka ulegają depolaryzacji i nie dochodzą do oka badającego.

3) Sposób *geometryczny* dzieli źrenicę na dwie części, z których jedna przeznaczona jest dla promieni wchodzących czyli oświetlających, a druga dla promieni wychodzących, czyli dających nam obraz dna.

4) Wreszcie w sposobie *katoptrycznym* promienie padające na rogówkę, odbijają się w bok i, jak to częściowo staramy się osiągnąć przy zwykłym oftalmoskopowaniu, odbłaski od powierzchni wypukłych nie trafiają z powrotem do oka badającego.

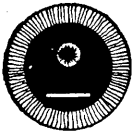
Z tych czterech zasadniczych sposobów pierwsze dwa nie znalazły szerszego zastosowania, gdyż jeden z nich jest zbyt skomplikowany, a w drugim tracimy zbyt wiele światła.

Natomiast sposób geometryczny został zastosowany we wzierniku Thornera, przyczem przez umieszczenie przesłony na drodze wiązki promieni oświetlających, połowa źrenicy pozostaje w cieniu, (Rys. 2) co bynajmniej nie przeszkadza, by cała siatkówka, dostępna naszemu widzeniu, była oświetlona, podobnie jak kształt lub szerokość źrenicy nie wpływa zasadniczo na pole widzenia.



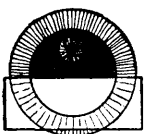
Tuż przed okiem badającego umieszczona jest druga przesłona, pozwalająca nam widzieć tylko część nieoświetloną źrenicy i w ten sposób uniknąć odbłasków od powierzchni rogówki i soczewki. Obraz zaś dna ocznego widzimy nadzwyczaj czysto i wyraźnie, gdyż nie zamacają go żadne odbłaski nawet rozlane, jak to bywa, gdy części przezroczyste oka, znajdujące się po drodze promieni, są oświetlone.

Gullstrand oświetla źrenicę lampą szcelinową, ogniskując na obwodzie wąską linię świetlną (Rys. 3). W punkcie węzłowym oka światło rozprasa się na znacznej przestrzeni siatkówki, oświetlając całe pole widzenia. I tu oglądamy dno przez ciemną część źrenicy, a odpowiednia przesłona zasłania nam wszelkie odbłaski od części oświetlonych powierzchni łamiących oka. Zapomocą lunety ze zmieniającymi się okularami możemy widzieć dno oka w powiększeniu od 5 do 40-krotnem, a po zastosowaniu specjalnej lunety binokularnej i przy dość szerokiej źrenicy, nawet stereoskopowo.



Oftalmoskop Thornera może być również zastosowany do widzenia dwuocznego. Oba te przyrządy, jakkolwiek dające wspaniałe obrazy dna ocznego, nie mogą jednakże być szeroko stosowane w praktyce bieżącej, są bowiem bardzo skomplikowane, ciężkie, wymagają cierpliwości ze strony badanego, a wreszcie są bardzo kosztowne.

Sposób katoptryczny zastosował Wolff w swoim ręcznym oftalmoskopie elektrycznym. Wiązka promieni, idących od małej lampki elektrycznej, znajdująca się w ręczce oftalmoskopu, odbija się pod kątem prostym od lusterka, umieszczonego tuż obok źrenicy oka badającego i przebiega równoległe do linii, łączącej środek źrenicy badającej i badanej, nieco poniżej tej linii. Przy badaniu w obrazie odwróconym, ogniskując lupę, otrzymujemy w źrenicy badanej obraz odwrócony naszej źrenicy i źródła światła, przyczem obraz lampki znajdzie się powyżej środka źrenicy badanej, a światło, padając skośnie na powierzchnię rogówki, odbije się w górę (Rys. 4).



Rzecz oczywista, że oba obrazy powinny się znajdować w obrębie źrenicy. Gdy jest ona szeroka, nie przedstawia to żadnej trudności i możemy badać przez sam środek źrenicy, oświetlając jej część obwodową, jak oftalmoskopem Gullstranda. Gdyby jednak światło znalazło się w środku, a źrenica obserwacyjna na dole — wówczas trudniej byłoby uniknąć odbłasku — dlatego też należy kierować światło zawsze możliwie jaknajwyżej, przesuwając

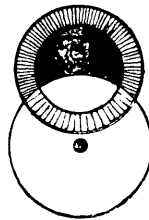
wając lupę tak daleko w górę, jak tylko na to pozwala obraz dna ocznego. Badanie przez środek źrenicy ma jeszcze i tę dobrą stronę, że daje obraz najwyraźniejszy, wolny od aberacji sferycznej. Gdy źrenica jest nieco wąska, mamy mniej swobody ruchów i musimy się zadowolnić tem, że i światło i źrenica obserwacyjna znajdują się na obwodzie źrenicy badanej. Obwód ten zresztą w tym przypadku będzie się znajdował w przyśrodkowej części rogówki.

Gdy źrenica jest bardzo wąska, należy bardzo dokładnie zogniskować światło, tak, aby całe się zmieściło w jej obrębie. Przyczyni się do tego z jednej strony odpowiednia odległość lupy od oka, a oprócz tego możemy wyciągnąć nieco wewnętrzny drążek rączki oftalmoskopu, przez co otrzymujemy pasmo światła węższe, ale jaskrawsze. Ten sposób zawsze może być stosowany, gdy chcemy mocniej dno oświetlić, chociaż zmniejsza znacznie pole oświetlenia.

Obecnie z pośród wzierników elektrycznych najczęściej jest używany oftalmoskop Simona, wzorowany zresztą na oftalmoskopie Wolffa. Jest to przyrząd idealny do badania, jak w obrazie prostym tak i w odwróconym. W tym ostatnim przypadku należy jednak koniecznie ustawić lampkę tak, by światło rzucone na ekran miało kształt pasma poziomego, a nie pionowego, jak zwykle podają w związanych do tego oftalmoskopu sposobach użycia. Można twierdzić bez przesady, że niema tak wąskiej źrenicy, która mogłaby przeszkodzić zbadaniu dna ocznego zapomocą ręcznego wziernika elektrycznego.

Gdy zaś mamy do czynienia ze źrenicą mętną, to i tu również oftalmoskop elektryczny jest niezastąpiony, gdyż łącząc zalety sposobów katoptrycznego i geometrycznego, pozwala nam badać dno przez części oka nieoświetlone, a zatem nie odbijające światła.

Zresztą przy szerokiej źrenicy możemy zastosować zasadę katoptryczno-geometryczną nawet zapomocą zwykłego oftalmoskopu. Wystarczy mianowicie patrzeć ponad lusterkiem, by otrzymać obraz dna ocznego nadzwyczaj czysty i wyraźny. Oświetlamy w ten sposób tylko część źrenicy i unikamy nie tylko odbłasku rogówkowego, ale i wszystkich rozlanych. (Rys. 5). Na tej zasadzie zbudowany jest oftalmoskop Gołowna, mający zamiast otworu środkowego wycięcia łukowate na obwodzie lusterka. Jeszcze prostszy jest mój wziernik, który składa się zwyczajnie z lusterka prostokątnego o powierzchni 1,5 × 3 cm., oprawionego w tekturę*). W sposobie rzućcia światła imituje zgruba oftalmoskop Gullstranda, i, jak w tym ostatnim, odległość lusterka od naszej źrenicy (w płaszczyźnie czołowej) może być zmieniana, zależnie od szerokości źrenicy oka badanego. Im szersza jest źrenica, tem niżej od naszego oka trzymamy lusterko i tem pewniej unikamy odbłasków. Oftalmoskop taki



*) opisany w Kwartalniku Klinicznym Szpitala Starozakonných, zes. I. 1926 r.

oświetla znaczną powierzchnię siatkówki, zwłaszcza, gdy badamy zdaleka, a źródło światła znajduje się blisko naszego oka i z konieczności z boku, w czym nie jesteśmy zresztą skrupowani, gdyż brak otworu pozwala nam trzymać lusterko tak skośnie, jak tego boczne światło wymaga. Ta niezależność od umiejscowienia światła ma wielkie znaczenie, gdy badamy np. chorego leżącego. Dzięki wielkiemu polu oświetlenia wziernik ten bardzo dobrze może służyć do przeszukania całego dna oka. Źródłem światła może być każda lampa, nawet niezamiatowana, najlepiej jednak nadaje się silna żarówka mleczna, przy której otrzymujemy białe światło, nie dające się tak dobrze zastosować przy zwykłym wzierniku z powodu rażących odblasków od brzegów otworu i fluorescencji soczewki, wywołanej przez promienie krótkofaliste. Tu oglądamy przez nieoświetloną część soczewki i dzięki czystości obrazu możemy łatwiej zorjentować się w nieznacznych zmianach

w zabarwieniu tarczy i pozostałej części dna, co ma szczególne znaczenie przy rozpoznawaniu zmian zapalnych lub zanikowych nerwu wzrokowego i naczyńówki. Możemy też trzymać go nieco dalej od naszego oka, a nawet umieścić na czarnej tarczy z otworem o średnicy 1 cm. i, zasłoniwszy w ten sposób naszą twarz i ręce, uniknąć odblasków, wywołanych przez nie na lupie.

Jest to więc najprostszy typ wziernika ocznego bez odblasków (jeżeli pominąć dwa małe odblaski od lusterka na lupie, które zresztą najmniej przeszkadzają), a posługiwać się nim mogą z łatwością nawet badacze mniej wprawni, przyczem kto inny może trzymać i nastawić lupę tak, aby oświetlić tylko górną połowę źrenicy, nie troszcząc się o odblask rogówkowy, który tak wielu kolegów zniechęca do systematycznego uprawiania wziernikowania.

Streszczenia zbiorowe.

Badania Morgenrotha nad zmiennością pneumokoków.

Podąła

R. AMZELÓWNA (Warszawa).

Badania nad zmiennością w obrębie grupy streptokoków i pneumokoków doprowadziły Morgenrotha i jego współpracowników do wniosku, że nie można przeprowadzić ścisłej granicy między temi drobnoustrojami, lecz należy uważać je za jedną fluktuującą grupę. Już badania wcześniejsze przemawiały za tem, że zarówno pneumokoki, jak i paciorkowce są różnymi formami tego samego zarazka. Twierdzenie to nie opierało się jednak na pewnych stałych badaniach doświadczalnych, lecz na sporadycznych obserwacjach.

Przystępując do badań nad zmiennością, należałoby ustalić pewne cechy, charakteryzujące każdą z wyżej wymienionych grup.

Za cechy typowe dla pneumokoków uważane są: 1^o ich wielka zjadliwość dla myszy, 2^o rozpuszczalność w żółci, 3^o wielka wrażliwość na znikome nawet dawki optochiny *in vitro*.

Streptokoki charakteryzuje ich wrażliwość na rivanol oraz do pewnego stopnia, ich własności hemolityczne. Zjadliwość paciorkowców dla myszy prawie nigdy nie dorównywa zjadliwości pneumokoków. Istnieją jednak szczepy, które z trudem udałoby się zaliczyć do jednej lub drugiej grupy. Znane są spontanicznie powstałe atypowe formy pneumokoków, które np. przy zachowaniu swej zjadliwości: zatraciły cechę tak charakterystyczną, jak rozpuszczalność w żółci.

O kierunku, w którym idzie zmienność w obrębie grupy pneumokoków, mamy pierwszą wzmiankę już w roku 1892. Kruse i Pansini wyrażają przypuszczenie, że pneumokoki i paciorkowce stanowią jedną grupę. Obserwacje innych autorów zdawały się to potwierdzać.

Buenger i Ryttenbergs podają, że w jednym i tym samym przypadku chorobowym przy kilkakrotnych badaniach krwi otrzymywali typowe pneumokoki lub też szczepy nietypowe, zbliżone raczej do paciorkowców.

Clough w przypadkach zapalenia płuc, zapalenia opon mózgowych oraz z jamy ustnej osób zdrowych wyodrębnił szczepy rozpuszczalne w żółci, lecz zbliżające się raczej do paciorkowca brakiem zjadliwości dla myszy i niezdolnością rozszczepiania insuliny. Serologicznie były to jednak pneumokoki, zlepiły się bowiem pod działaniem swoistych surowic aglutynacyjnych wszystkich trzech typów.

Tuncliffe ze krwi, z mózgu, płynu z opłucnej człowieka, zmarłego na nieżyłowe zapalenie płuc, hoduje ziarniaki, stanowiące formy przejściowe między pneumo- i streptokokiem.

Bull, zastrzykując psu dożylnie pneumokoki, na dziewiąty dzień po zakażeniu wyodrębnił ze krwi z serca niezjadliwe ziarniaki, układające się w łańcuszki.

Neufeld, zakażając myszy szczepem pneumokoka, przechowywanego w stanie zasuszonego, otrzymuje szczep, zachowujący się, jak typowy paciorkowiec. Po pewnym czasie nastąpił w tym wypadku powrót do formy wyjściowej.

Kinian, karmiąc myszy pneumokokami, w jednym przypadku obok morfologicznie typowej otrzymuje formę, przypominającą gronkowce. Szczep ten był mało zjadliwy, nie rozpuszczał się w żółci, nie zlepił się pod wpływem surowic swoistych.

Rosenow, hodując hemolityczne paciorkowce w symbiozie z *Bacillus subtilis* przeprowadza je przez formę *Streptococcus viridans* w pneumokoka.

Wreszcie kwestję jedności pneumokoka i paciorkowca starają się rozstrzygnąć w całym szeregu niezwykle ciekawych doświadczeń Morgenroth i jego współpracownicy Schnitzer, Berger i Jakub. Do właściwych badań nad zmiennością doprowadziły Morgenrotha prace

nad wrażliwością pneumokoka na optochinę. Obok odporności swoistej na optochinę odróżnia *Morganroth* odporność rzekomą, zachodzącą wówczas, gdy wraz ze zmniejszeniem się wrażliwości na optochinę występują głęboko sięgające zmiany innych własności biologicznych, przede wszystkim zmniejszenie zjadliwości. Metodyka badań nad zmiennością pneumokoków była taka sama, jak i w pracach nad paciorkowcami z rivanolem. Nie działano na pneumokoki samą optochiną, lecz optochiną, związaną z substancjami adsorbującymi o budowie komórkowej, jak np. suche drożdże. W trakcie pracy okazało się (w przeciwieństwie do prac z rivanolem), że takie same działanie jak i drożdże wywiera węgiel zwierzęcy. Pierwsza serja doświadczeń przeprowadzona była z 10% zawiesiną suchych drożdży, zawierającą optochinę w roztworze 1:10000. Po 30 min. stania w cieplarni zawieszinę wirowano, poczem osad dodawano w rozmaitych ilościach do pożywki, na której hodowano zazwyczaj pneumokoki (buljon z surowicą). Równoległe do 2-ej serji takiej samej pożywki dodawał zwykłego roztworu wodnego optochiny. Na oba rodzaje pożywek wysiewano po 1 kropli 1/10 hodowli pneumokoka. Po 18 godzinach cieplarki zauważono wzrost już w probówkach, do których dodane były drożdże z optochiną w stosunku 1:2, 1:4 w próbkach zaś, w których był roztwór optochiny bez drożdży, było zahamowanie wzrostu nawet w rozcieńczeniu 1:400.000. Drobnoustroje, które wyrosły na pożywce z dodatkiem drożdży i optochiny, różniły się zasadniczo od szczepu wyjściowego. Wysiane na buljon nie mąciły go, lecz dawały kłaczkowaty osad. Na agarze z krwią dawały drobne, wypukłe, zielonkawe kolonie. W preparacie układały się w długie łańcuszki. W żółci nie rozpuszczały się, myszy nie zabijały. Autorzy nazwali odmianę tę modyfikacją B, identyczną z paciorkowcem zieleniejącym (*strep. viridans*). Doświadczenia analogiczne wykonane były na 5 innych szczepach pneumokoków, dając, prawie zawsze, jednakowe wyniki.

Następne próby przerabiane były w sposób nieco odmienny, chodziło bowiem o zbadanie działania samej zawiesiny drożdży. Dodawano więc do pożywki tylko zawiesziny drożdży, poczem wysiewano pneumokoki. Następnie robiono przesiew z pożywki z drożdżami na agar z krwią. Z agaru jedną kolonię przeszczepiano na pożywkę płynną, wolną od drożdży. Po 24 godzinach badano zjadliwość hodowli, jej stosunek do żółci i optochiny. Szczep otrzymany rozpuszczał się w żółci, był zjadliwy dla myszy, w czem nie różnił się zupełnie od szczepu wyjściowego. W stosunku do optochiny zachodziły jednak duże zmiany. Wzrost szczepu kontrolnego zahamowany był w pożywce, zawierającej optochinę w rozcieńczeniu 1:512 tys., podczas gdy szczep, który przeszedł przez pożywkę z drożdżami, rósł już w pożywce z optochiną w rozcieńczeniu 1:32 tys. Z optochiny wysiewano ów szczep odporny na buljon. Szczep, w ten sposób otrzymany, posiadał wszelkie cechy wspomnianej już modyfikacji B czyli paciorkowca zieleniejącego. Szczep drożdżowy, pozornie nie różniący się od pneumokoka, lecz posiadający zdolność odszczepiania pod wpływem optochi-

ny modyfikacji B, nazwali autorzy modyfikacją A. Modyfikację A otrzymać można z pneumokoka nie tylko pod wpływem drożdży, lecz i przez dodanie do pożywki węgla zwierzęcego. Zmiana pneumokoka nie ogranicza się do przejścia w paciorkowca zieleniejącego. Zastrzykując myszy niezjadliwą modyfikacją B. po 5 dniach po zabiciu zwierzęcia wychodowali autorzy z nerki oraz jamy brzusznej drobnoustroje nazwane przez nich modyfikacją C. Wysiane na agar z krwią, dają one wyraźną hemolizę. Rivanol zabija je *in vitro* w rozcieńczeniu 1:100.000 A zatem, modyfikacja C jest niczem innym, jak paciorkowcem hemolizującym. Reasumując więc wyniki badań *Morganrotha* i jego szkoły, możemy powiedzieć, że pneumokok przez modyfikację A przechodzi w modyfikację B (*strep. viridans*), następnie zaś w modyfikację C (*strep. haemolyticus*). Dalsze badania wykazały, że czas działania drożdży oraz temperatura nie wpływają na powstawanie modyfikacji A. Powstaje ona w cieplarni i w chłodni po 24 lub po 2½ godz. Ogółem zrobili autorzy 29 prób z 15 różnymi szczepami. 22 razy, to jest w 75%, przeprowadzali szczep wyjściowy przez modyfikację A w B czyli, paciorkowca zieleniejącego. Z tych 22 zmodyfikowanych szczepów 7 przeszło w modyfikację C, czyli paciorkowca hemolizującego, trzykrotnie stadjum B nie występowała i modyfikacja A przeszła bezpośrednio w C. Modyfikacja A zatrzymuje dość długo zdolność odszczepiania pod wpływem optochiny modyfikacji B. Tak np. typ A jednego z badanych szczepów, przez 4 tygodnie kolejno przeszczepiany z agaru na buljon i odwrotnie, siedmiokrotnie badany w ciągu tego czasu z optochiną, daje zawsze modyfikację B. Autorzy zaobserwowali trzykrotnie spontaniczne przejście modyfikacji A w B, lecz tak powstałe formy wracają do typu wyjściowego.

Jaki jest mechanizm powstawania modyfikacji A w warunkach doświadczalnych, jest niewyjaśnione. Autorzy wysuwają przypuszczenie, że pod wpływem substancyj silnie adsorbujących, jak węgiel, drożdże, zachodzą zmiany w procesach fizjologicznych prawdopodobnie w fermentacji, oddychaniu komórkowym. Podobne zmiany, jak *in vitro* otrzymywał *Berger* i *Jakub* *in vivo* przez krótkotrwałe pasażę przez myszy. Postępowali oni w sposób nader prosty. Zastrzykiwali kilku myszom do otrzewnej hodowlę typowego pneumokoka. Myszy były w rozmaitych odstępach czasu zabijane. Posiewy krwi z nerki robione były na agarze z krwią. Lecz dopiero po przeniesieniu, na pożywkę płynną następowało właściwe różniczkowanie otrzymanych drobnoustrojów przez badanie na żółci, optochinie i zwierzętach. Badania te oprócz pneumokoków ujawniają istnienie modyfikacji A i B. Im bardziej zbliża się dawka zastrzyknięta myszy do minimalnej dawki śmiertelnej, tem szybciej występuje w organizmie myszy modyfikacja B. Przy dziesięciokrotnej dawce śmiertelnej modyfikacja B występuje w organizmie myszy już po godzinie. U myszy tej samej serji po 2 — 3 godzinach nie znaleziono już zupełnie pneumokoków. Autorzy przypuszczają, że w nieprzerwanym procesie chorobowym modyfikacja B powracać musi do zjadliwego typu pneu-

mokoka, inaczej bowiem nie możnaby sobie wytłumaczyć przyczyny śmierci myszy, zakażonej pneumokokiem. Przy zakażeniu myszy spontanicznie powstała modyfikacja A zauważono wzmożone tempo powstawania modyfikacji B i zjawienie się modyfikacji C. Wskazuje to, że powtórne nabywanie zjadliwości w organizmie myszy przebiegać może w dwóch kierunkach: 1^o powrotu do pneumokoka, 2^o powstania bardziej zjadliwego paciorkowca hemolizującego.

W myśl więc prac Morgenrotha i jego szkoły, powiedzieć można, że wyrazem pokrewieństwa pneumo- i streptokoków jest występujące

stale, w rozmaitych warunkach, przechodzenie pneumokoka przez formę przejściową A w paciorkowca zieleniejącego (B), oraz dalej w paciorkowca hemolizującego (C). Modyfikacje powyższe zauważyli autorzy w płwocinie ludzi w rozmaitych okresach zapalenia płuc. Prace więc powyższe mają wielkie znaczenie nie tylko ze względu na systematykę pneumokoków, paciorkowców oraz dżagnostykę bakteriologiczną, lecz rzucają nowe światło na patogenność niektórych zakażeń.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Choroby dróg moczowych.

H. SCHIROKAUER. Nowy sposób miejscowego leczenia zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych. (Ther. der Gegenw. H. 4, 1926).

Autor proponuje miejscowe stosowanie urotropiny miast doustnego, wzgl. śródzynnego w zapaleniu pęcherza moczowego lub miedniczek nerkowych. Urotropina, stosowana miejscowo, działa znacznie lepiej od zwykle używanego azotanu srebra. S. stosował ten sposób leczenia ze skutkiem bardzo dodatnim w przeciągu 2 lat u 37 chorych, u których inne sposoby leczenia zawiodły. Stosuje się 10% roztwór urotropiny z atophanylem (Schering) lub cylotropinę (Schering), w rozcieńczeniu 1:2 do 1:4 pod postacią wlewań i wprowadza się 5—10—20 ccm. płynu. Po drugiej, trzeciej instylacji wprowadza się czysty roztwór urotropiny. Zabieg ten wykonywa się co 2 dni po uprzedniej cystoskopii, wzgl. wzniernikowaniu moczowodów. W większości przypadków osiągnięto zupełne wyleczenie, wzgl. znaczną poprawę. Autor objaśnia dodatnie miejscowe działanie urotropiny w sposób następujący. Jak wiadomo, działanie bakterjobjęcze urotropiny w zapaleniach dróg moczowych przypisuje się odszczepiającemu się formaldehydowi, który się daje wykryć w moczu zapomocą próby Jorissena (0,1% floroglucyna i 30% roztwór NaOH) przez czerwone zabarwienie. Urotropina daje się wykryć w moczu w 10—15 minut po doustnym podaniu leku. Takie były poglądy większości autorów. Lecz niektórzy badacze dowodzili, że nawet po długotrwałym podawaniu przez usta urotropiny nie udaje się w świeżym moczu wykryć formaldehydu, aczkolwiek próba Jorissena jest bardzo czuła. Ostatnio Trendelenburg dowiódł, że rozszczepienie się urotropiny na formaldehyd i amoniak zależy od kwasności roztworu, t. j. że zwiększona ilość H — jonów sprzyja temu rozpadowi. W alkalicznym roztworze odczyn Jorissena wypada ujemnie. We krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym po doustnym podaniu urotropiny nie udaje się wykryć formaldehydu. Co się tyczy moczu, to jak widzieliśmy, dane są rozbieżne. Autor sam w 75% przypadków po doustnym, wzgl. śródzynnym podawaniu cylotropiny nie wykrył w moczu formaldehydu. **B. typhi abdom i coli giną w roztworze formaldehydu 1:6000 do 1:10000.** Celem otrzymania takiego roztworu formaldehydu w moczu niezbędnym jest, by 1 gr. urotropiny pozostawał przez 6 godzin w 100 ccm. moczu; przy doustnym podawaniu leku, biorąc pod uwagę rozszczepianie się urotropiny w żołądku, jelitach, żółci, we krwi, płynie mózgowo-rdzeniowym jest to praktycznie niemożliwe. Przy śródzynnym podaniu 2 gr. urotropiny jest prawdopodobne osiągnięcie takiego stężenia formaldehydu. Dlatego autor stosuje miejscowo urotropinę, celem otrzymania skoncentrowanego roztworu formaldehydu. Próba Jorissena w moczu po wleciu urotropiny wypadła dodatnio nawet w 2—3 godziny po zabiegu. S. wnioskuje, że sama urotropina, a nie formaldehyd wywiera działanie bakterjobjęcze i przeciwważne w zapaleniu dróg moczowych.

J. Gelbfisz.

Z. v. BOKAY. Leczenie zapalenia miedniczek nerkowych i pęcherza u dzieci za pomocą autowakcyny, (Jahrb. f. Kinderhik. 110 zes. 1—2, 1925).

Autor zaleca stosowanie autoszczepionki w zapaleniach pęcherza i miedniczek u dzieci. Pomyślnie wyniki lecznicze przypisuje autor wysokiej wartościowości szczepionki (dochodzi do kilku miliardów bakteryj). Odczyn ogólny ustroju w postaci wysokiej ciepłoty jest pożądanym. Poprawa występuje po upływie około dziesięciu dni.

P. Baumritter.

F. KOCH. Spostrzeżenia kliniczne, dotyczące zapalenia nerek po przebytej płonicy. (Zeitschr. f. Kl. Mediz. 16. XI 1925).

W większości przypadków jeszcze w okresie wysypki szkarlatynowej w moczu stwierdza się obecność składników patologicznych. Są one wyrazem ogniskowej sprawy, toczącej się w nerkach, i na tej podstawie nie można stawiać rokowania co do ewentualnej komplikacji w postaci kłębuszkowego zapalenia nerek, występującego zwykle między 12 a 22-m dniami od chwili zjawiania się wysypki. Również w okresie rekonwalescencji często stwierdza się powijające podniesienie się ciśnienia, jako skutek lub objaw towarzyszący toczącym się w organizmie procesom immunizacyjnym.

Natomiast utrzymujące się wysokie ciśnienie każe poważnie liczyć się z wystąpieniem kłębuszkowego zapalenia nerek, gdyż zawsze je poprzedza i jest jedynym pewnym objawem.

J. L.

KOLLERT. Zagadnienie lipidowego zwyrodnienia nerek. (Klin. Wochenschr. Nr. 11, 1926).

Po omówieniu rozbieżności zdań, panującej po dzień dzisiejszy w interpretacji pojęć o klinicznej grupie tak zwanych nerczyc (Nephrosis), autor poddaje kolejnej analizie głównie i niejako przodujące w obrazie klinicznym nerczycy objawy:

Białko mocz jest objawem stałym i nieodłącznym. Ilość białka w moczu dosięga w okresie obrzęków najwyższych, zazwyczaj spostrzeganych liczb (600/100—Volhard); w przypadkach takich stwierdza się naogół podobne ilości białka w moczu oraz w osoczu krwi. Po ustąpieniu obrzęków zmniejsza się również wybitnie ilość białka.

Następnym nierniej stałym objawem są **obrzęki**. Stopień ich stoi w ścisłej zależności od przyjmowania płynów oraz soli. Autor podkreśla z naciskiem, że z charakteru obrzęków tudzież ich umiejscowienia lub rozległości niezawsze można wnioskować o ich przyczynie, a mniej domyślać się zapalnej lub degeneracyjnej sprawy w nerkach albo zastójny na tle sercowym. Płyn obrzękowy w przypadkach nefrozy jest zazwyczaj ubogi w białko, podczas gdy płyn nefrytyczny zawiera wysoki % białka.

Obecność wateczków w osadzie znajduje się w jeszcze niezupełnie wyświetlonym związku z przebiegiem klinicznym, wzgl. z ciężkością schorzenia, liczba ich waha się nieraz z dnia na dzień, przyczem nader ich obfita liczba jednego dnia może być poprzedzona zupełnym ich brakiem w dniu poprzednim.

Ciekawy i godny zaznaczenia jest fakt, że w przypadkach z dominującym niejako charakterem nefrotycznym, a więc między innymi ze znacznym białkomoczem i t. d., konstatujemy niemal stale hypercholesterynemię, którą jest wobec tego nawet uważana za znamiennej cechę każdej nefrozy lipidowej.

Podczas gdy w warunkach prawidłowych ilość cholesteryny waha się pomiędzy 0,13 a 0,18%, Epstein znalazł u chorych na nefrozę 1,23% a Grigaut nawet 1,50%, przyczem ilości cholesteryny, t. j. raczej stopień cholesterynemji pozostawały w stosunku prostym do stopnia białkomoczu. Epstein i Lande podnosili między innymi charakterystyczny związek, jaki panuje pomiędzy hypercholesterynemią a zahamowaną w takich razach podstawową przemianą materji.

W opisie nefrozy autor poświęca nieco miejsca również opisowi zmian, jakim podlegają ciała białkowe krwi. A więc zwiększenie ilości fibrynogenu, przesunięcie wskaźnika globulinowo-albuminowego na korzyść pierwszego, wreszcie zmniejszenie ilości białka całkowitego, jako prawdopodobne następstwo długotrwałych i wyczerpujących utrat białka z moczem.

Dałej, jako bardzo ciekawy i niezupełnie jeszcze wyświełony co do swej genezy objaw, omawia autor retencję soli, mogącą w pewnych warunkach prowadzić aż do jej podwojenia w organizmie, w porównaniu z ilością prawidłową.

Po omówieniu niejako zasadniczych pojęć obecnych u nefrozie, autor przystępuje do analizy poszczególnych jej cech klinicznych, przyczem usiłuje wyjaśnić okoliczność tak stosunkowo rzadkiego spotykania jej czystych postaci, natomiast konstatawaną w większości przypadków domieszek, charakterystycznych dla spraw zapalnych (*nephritis*) lub dla zwyrodnień woskowatych.

Rozglądając się w najrozmaitszych koncepcjach o charakterze klasyfikacyjnym, autor skłania się ku odgraniczeniu zespołów nefrotycznych, nadając im następujące piętno kliniczne i patogenetyczne: nefroza nie jest nigdy produktem samodzielnego i wyłącznego procesu chorobowego, rozwijającego się w obrębie kanalików nerkowych, lecz stanowi do pewnego stopnia wypadkową zmian ogólnych, spowodowanych przez zaburzoną przemianę materji, oraz schorzenia; bezpośrednio dotykającego kanalików. Kombinacja tych dwóch czynników składa się na powstanie nefrozy.

Z metod leczniczych jest autor zwolennikiem kuracji Epstein'a, polegającej na obfitem żywnieniu białkiem, z zastrzeżeniem atoli braku jakiegokolwiek sprawy zapalnej w nerce (*nephritis*), zdolnej do wywołania zespołów azotemicznych na skutek retencji ciał azotowych. Pozatem zastępuje na polecenie ograniczenie płynów oraz soli. (Strauss, Widala).

G. Raciązek.

HOHLBAUM. Cierpienia nerek przebiegające pod postacią zapalenia wyrostka robaczkowego. (Deutsche med. Woch. Nr. 16, 1926).

Na 16 przyp., operowanych z powodu cierpienia nerek i moczowodów, 8 przybyło z rozpoznaniem zapalenia wyrostka. Chorzy tacy po operacji wracają zwykle z powodu „zrostów“, gdy autor znajdował przeważnie kamieć nerkową, moczowodów, ponadto wodonożce, zapalenie miedniczek, nerkę wędrującą, gruźlicę nerki.

Przyczyną tego jest fakt, podkreślony przez Israella, że nawet przy normalnym położeniu nerki napad kolki wystąpić może w miejscu skrzyżowania moczowodu z linią półkolistą miedniczy, t. j. w pobliżu punktu MacBurneya.

Bolesność jąder, promieniowanie bólów w kierunku uda, bolesność przy oddawaniu moczu, krew w moczu niekoniecznie muszą być objawami kamicy. H. opisuje przypadek zapalenia wyrostka, przebiegający wyłącznie z bolesnością przy oddawaniu moczu. Lokalizacja bólów może zależeć od położenia wyrostka, może być wynikiem przekrwienia dolnego odcinka moczowodu, wzgl. toksycznego zapalenia nerek (Anschütz). Ponadto ani temperatura, ani stopień bólów, bolesność w okolicy dołu Douglasa, objaw Roosinga, obraz krwi, wynik badania moczu nie pozwalają na definitywne rozstrzygnięcie, musimy więc zawsze przy rozpoznawaniu zapal. wyrostka pamiętać o możliwości cierpienia nerek.

M. Goldman junior.

A. JAROCKI. Dechloracja nefrytyków za pomocą doustnego podawania węglanu bismutu. (Paris Médical. 1925, Nr. 50).

Do najważniejszych czynności nerek należy wydalanie soli kuchennej i produktów przemiany azotowej, reprezentowanych po największej części przez mocznik. Czy można pomóc niedomagającym nerkom, wywołując to wydalanie przez przewod pokarmowy? Byłoby to możliwe wtenczas, gdyby te produkty, dostawszy się drogą osmozy do przewodu pokarmowego, zostały tu zamienione na nierozpuszczalne. Co do NaCl, zdaniem autora, sprawa jest prawie rozstrzygnięta. Wystarczy podawać chorym wielkie dawki węglanu bismutu (do 50 gr. dziennie), aby odciągnąć z organizmu znaczne ilości chloru: węglan bismutu w zetknięciu z kwasem solnym żołądka daje oksychlorek (oxychlorure) nierozpuszczalny w wodzie. W ten sposób wydalanie chlorku sodowego zostaje zapewnione.

Jak wykazały doświadczenia Gluzińskiego i Pańczyżyna, stolec ludzki zawiera normalnie minimalne ilości NaCl (kilka centygramów lub miligramów dziennie); natomiast u chorych, poddanych leczeniu bismutem, ilość ta może wzrastać tysiąckrotnie, osiągając 1,5 gr. Wraz z wydalaniem NaCl, odpowiednio zmniejszają się obrzęki, bez jednoczesnego zwiększenia pracy nerek, jak to bywa przy modnym obecnie leczeniu zapalenia nerek.

Aby sprzyjać wydalaniu chlorków, ważnem jest pobudzać wydzielanie kwasu solnego. W tym celu dodajemy węglan bismutu do mleka, które, wedle Pawłowa, ma wielki wpływ na sekrecję żołądkową.

Jak wykazały doświadczenia, dokonane w klinice autora, węglan bismutu, podawany w dawkach dużych i częstych, pominąwszy wywołane zapalenie, jest środkiem zupełnie niewinnym.

Co do mocznika, to prof. J. sądzi, że pochodne ksantohydrołu (diphenopyranolu), używanego w histologii przy studjowaniu czynności wydzielniczej nerek, a w klinice do wykrywania mocznika, mogłyby w zetknięciu z nim wytworzyć ciało nierozpuszczalne w przewodzie pokarmowym. Nad częścią chemiczną tej sprawy pracuje obecnie prof. Czizibabin w Moskwie.

Henryk Rabinowicz.

ChOROBY SKÓRY, WENERYCZNE I PŁCIOWE.

J. SABRAZES. Łatwe i szybkie barwienie krętka kiły. (C. R. de l'Acad. des Sciences T. 182, Nr. 13, 29 mars 1926).

A. stwierdza na wstępie, że krętek bład Schaudin'a, nie barwiący się błękitem metylenu, barwi się fuksyną karbolową Ziehla, zwłaszcza podegrzaną. Oto sposób barwienia: po obmyciu brzegów szankra twardego gotowaną wodą i po powierzchniowym jego podrażnieniu, surowiczą wydzielinę, zlekką różową, rozsmarowuje się zapomocą pipetki cienką warstwą na szkielek przedmiotowy, doskonale odtłuszczonem. Suszy się przez poruszanie szkielek w powietrzu. Przeprowadza się 3 razy nad płomieniem lampki wolną powierzchnię szkielek. Na powierzchnię z rozsmarowaniem dodaje się kilka dużych kropel nierozcieńczonej fuksyny karbolowej Ziehla. Nagrzewa się nad palnikiem Bunsena do lekkiego parowania; poczem usunięcie szkielek i powtórne nagrzewanie do parowania; powtórzyć to 3 krotnie. Unikać zagotowania się i osiadania substancji barwiącej. Pogrzyżć szkielek do wody, gdzie nadmiar barwnika usuwa się bez zbytejnego poruszania. Suszenie w powietrzu. Olejek cedrowy i szkielek pokrywkowe. Zaleta metody polega, zdaniem A., na tej szybkości: w ciągu 2 minut krętek bład barwi się na kolor wybitnie czerwony; nie ulegając przytem wyraźnym uszkodzeniom.

E. Czarnicki.

W. KOLLE i EVERS. Badania doświadczalne nad kiłą przebiegającą bez objawów. (D. m. W. Nr. 14; 1926).

Autorzy zastrzykiwali królikom bismut i następnie zarażali je kiłą; objawy wrzodu pierwotnego lub obrzmienie gruczołów nie występowały przez czas krążenia bismutu w organizmie. Po usunięciu bismutu powstawały typowe objawy szankra twardego. Bismut zapobiegał powstawaniu objawów kiły, nie działając na same krętki. Doświadczalnie więc otrzymano kiłę bez objawów. Jednakże krętki, nie zatrzymywały się w miejscu zakażenia, lecz rozchodziły się po całym

organizmie: kawałek jakiegokolwiek narządu zwierzęcia, nie dającego żadnych objawów kiły, lecz nią zakażonego podczas krążenia bismutu, zastrzyknięty innemu zwierzęciu, wywoływał typowe objawy wrzodu pierwotnego.

Zakaziwszy 100 królików kiłą, otrzymali objawy cierpienia u 90 zwierząt. Pozostałe nie wykazywały objawów kiły, lecz były nią zakażone: wyciąg z gruczołów podkolanowych tych 10 króli, zastrzyknięty zdrowym, wywoływał typowe objawy kiły. Analogicznie i u człowieka spostrzegać możemy w okresach późniejszych objawy kiły, bez jakichkolwiek danych anamnestycznych co do przebytego zakażenia.

M. Goldman junior.

AURUSSEAU. Nowotwory złośliwe wnętrza brzuszno- (J. de Chir. Nr. 1, t. XXVII).

Żeby wyjaśnić częstotliwość nowotworów złośliwych wnętrza brzuszno, należy brać pod uwagę liczbę względną nowotworów w stosunku do częstotliwości wnętrza brzuszno wogóle oraz porównać ją z liczbą nowotworów wnętrza pachwinowego i liczbą nowotworów jądra, umiejscowionego w mosznie. Otóż dane statystyczne wyjaśniają, że rak wnętrza jest jednakowo częsty bez względu na umiejscowienie (czy w kanale pachwinowym czy w brzuchu) i jest tylko 9 razy rzadszy od raków jądra, umiejscowionego normalnie, gdy wogóle na 1 wnętrze wypada 1000 jąder umiejscowionych w mosznie.

Praca autora oparta jest na dotychczas ogłoszonych przypadkach nowotworów wnętrza, co wynosi wraz z 2 przypadkami własnymi—76 przypadków.

Na zasadzie dokładnego rozbioru tych przypadków autor omawia szczegółowo patogenezę, anatomję patologiczną, rozpoznanie oraz leczenie tych względnie nieczęstych postaci raków. Autor przypomina, że w każdym przypadku guza biodrowo-medycznego u mężczyzny należy systematycznie badać mosznę, czy niema wnętrza. Co się tyczy leczenia, to wobec częstotliwości względnej nowotworów wnętrza, należy już zapobiegawczo leczyć to wnętrze czy zapomocą kastracji, czy orchidopeksji.

J. Pomper.

M. THOREK. O metodach operacyjnych przeszczepiania jąder. (The Urolog. a. cutan. rev. 1925).

Autor, po omówieniu szczegółowem wskazań do przeszczepiania jąder, opisuje operacje przeszczepiania w ich rozwoju historycznym (operacja Stanly'a, Stewarta, Woronoffa i t.d.). Po omówieniu krytycznym poszczególnej metod operacyjnych, autor zaznacza, iż wynik pomyślny operacji jest zależny od: 1) skrupulatnej aseptyki, 2) dokładnej hemostazy, 3) dobrego ukrwienia środowiska, do którego wszczepiamy skrawki jąder. W zakończeniu autor przytacza własne metody operacyjne przeszczepiania:

- 1) do luźnej tkanki przedotrzewnowej, którą obnaża cięciem jak do operacji przepukliny pachwinowej,
- 2) pod *fascia retroperitonealis*, cięciem Guyona, torując sobie drogę poprzez torebkę tłuszczową okołonerkową.

Zarówno jedna, jak i druga metoda autora, posiadają tę zaletę, iż przeszczepione skrawki jąder są w tem miejscu najmniej wystawione na działanie czynnika mechanicznego (skurcze mięśni), — szkodliwego w przebiegu implantacji.

S. Grubstein.

Choroby kości i stawów.

WITTEK. O leczeniu złamań wewnątrzstawowych. (Deut. Zt. f. Chir. B. 195, H. 1 — 2).

Autor podkreśla ważne znaczenie doraźnego ustawienia odłamków w złamaniach stawowych dla późniejszej czynności stawu. Takie postępowanie jest bardzo ważne, zwłaszcza w złamaniach kostkowych. Błędem jest zdaniem autora, czekać 5 — 6 dni na zmniejszenie się obrzęku, jak to nieraz zalecają (Lang'e), wiadomo bowiem, jak trudna jest repozycja w złamaniach kostkowych już po 3 dniach. Przy ustawieniu natychmiastowem daje się osiągnąć odrazu normalne stosunki anatomiczne, czego nie osiąga się po wadliwym zroście nawet przy późniejszych bardzo mozolnych zabiegach. W razie niedokonanego ustawienia, lub ustawienia późnego kość skokową stoi w pozycji odprowadzenia i skorygowana może być tylko krwawo.

W stawie kolanowym odłamania jednego lub obu kłykcy autor leczy zachowawczo, nakładając wyciąg przy zgiętej w stawie kolanowym kończynie, ewentualne zaś rozerwanie aparatu więzadłowego zeszywa później.

Złamania rzepki zeszywa bez zwłoki, rozerwany aparat więzadłowy zeszywa metodą Ferdinand-Schulze.

Na odłamany kłykiec uda nakłada szew kostny lub umocowuje go gwoździem.

W złamaniach szyi uda ustawia kończynę w pozycji maksymalnego rozgięcia, rotacji do wewnątrz i odwiedzenia, nakłada opatrunek gipsowy, utrzymuje go w ciągu 3 mies. Do 6 — 8 mies. nie obciąża kończyny. Rokowanie co do wzrostu kostnego nie jest jednak pewne. Metoda Whitmana, zdaniem autora, również daje czasem staw rzekomy, lecz nie tak często, jak przy dawniej stosowanym wyciągu.

Złamania w stawie łokciowym: u dzieci autor stosuje metodę krwawą tylko w przypadkach, kiedy odłamki są odwrócone; u osób starszych w złamaniach wieloodłamowych nakłada szew kostny.

Rubinstein.

D. DESGOUTTES i A. RICARD (Lyon). W sprawie postępowania leczniczego w złamaniach górnej nasady piszczeli. (Journal de chirurgie. Tome XXVI. Nr. 5, Novembre 1925. Page 481).

Wbrew rozpowszechnionemu pogładowi, iż w złamaniach górnej nasady piszczeli należy bezwzględnie uciekać się do osteosyntezy, łącząc odłamki kostne w jedną całość przy pomocy śrub metalowych, autorzy dochodzą do nieco odmiennych wniosków, opierając się na 4 obserwowanych przez siebie przypadkach podobnych złamań. Złamania te, cechujące się obfitością odłamków, wymagają licznych śrub; gąbczasta jednak struktura nasady piszczeli nie daje wkręconym w nią śrubom dostatecznie trwałego oparcia. Poza to ciało obce, jakie stanowią śruby, grozi zeszczywnieniem stawu kolanowego.

Jeśli chodzi o zachowanie czynności stawu, to bezwzględnie mają słuszną stronniczość osteosyntezy, dowodzący że tylko w ten sposób udaje się opanować zniekształcenie powierzchni stawowej piszczeli, występujące przy złamaniach. Dotyczy to jednak tylko przypadków, gdzie uszkodzeniu uległ kłykiec wewnętrzny piszczeli; złamanie bowiem zewnętrzne nie ma wielkiego wpływu na sprawność ruchów w stawie kolanowym, gdyż w mechanice tego stawu udo opiera się swym kłykiem zewnętrznym na kłykiem wewnętrznym piszczeli.

Przypadki, opisane przez autorów, mimo bardzo ciężkiego uszkodzenia górnej nasady piszczeli, jednak bez zniekształcenia prawie powierzchni stawowej kłykcia wewnętrznego, były leczone wyłącznie przez odpowiednie zestawienie złamanej kończyny i opatrunek gipsowy. Wyniki takiego leczenia były pomyślne i zachęcające.

D. Wyszogrod.

LAMBOTTE. W sprawie ostatnich wyników szwu kostnego. (Bull. de la Soc. de chir. Nr. 14. 1925).

Materiał statystyczny dotyczy wyników szwu kostnego w wypadkach nieszczęśliwych, dostarczonych autorowi przez Bruks. Tow. Ubezpiec.

Wyniki są następujące.

Złamania uda: 7 przypadków. 3 wyleczenia zupełne, 3 wyleczenia z ograniczeniem czynnościowem 3%, 7% i 8%. Jedno wyleczenie z ograniczeniem czynnościowem 50%.

Złamanie rzepki: 3 przypadki, wszystkie ze 100% wyleczeniem.

Złamania dwóch kości goleni: 20 przypadków, z tego 12 wyleczeń zupełnych, 7 z ograniczeniem czynnościowem nie przewyższającym 10%.

Złamania obojczyka: 9 przypadków, w tem 7 wyleczeń zupełnych, jedno ograniczenie czynnościowe 3% i jedno 15%.

Złamania łokcia: 8 przypadków, wszystkie z zupełnym wyleczeniem.

Złamania przedramienia: 8 przypadków, z tego 5 wyleczeń zupełnych, 2 z ograniczeniem czynnościowem 3% i 4%.

Jak widać z powyższego materiału, wyniki leczenia złamań kości za pomocą szwu kostnego są bardzo zachęcające. I Lambotte, którego doświadczenie przewyższa obecnie 1000 przypadków szwu kostnego, twierdzi, że osteo-

synteza powinna być szeroko stosowana we wszystkich złamaniach kości z przemieszczeniem odcinków. Lecz, jak każda dziedzina chirurgii, wymaga specjalizacji, gdyż dobrze wykonana osteosynteza oddaje nieocenione usługi ran-ny, podczas gdy źle zrobiona prowadzi często do ciężkiej katastrofy.

Nadmienić należy, że wszystkie swe szwy kostne L. wykonał z materiałem „zatopionym“, który jest przez organizm dobrze znoszony pod warunkiem, że jest dostatecznie jałowy i absolutnie przymocowany do kości.

J. Pomper.

HUET. Wartość porównawcza metod zachowawczych i kaleczących w leczeniu pierwotnych nowotworów kości. (J. de Chir. Nr. 1, t. XXVII).

Materiał statystyczny autora dotyczy 30 przypadków nowotworów pierwotnych kości, leczonych na oddziale Leczenia w Paryżu, w tem 21 nowotworów złośliwych. Wszelkie badania wyników pooperacyjnych bezpośrednich oraz dalszych uprawnia autora do twierdzenia, że należy zupełnie zarzucić wszelkie leczenie zachowawcze w nowotworach złośliwych, ponieważ nie daje ono żadnych wyników wartościowych. Jedynie leczenie kaleczące należy chorym proponować, a w razie odmowy lepiej skierowywać chorych do leczenia naświetlaniami, niż wykonywać zabiegi zachowawcze, a bezcelowe.

Przeciwnie, w przypadkach nowotworów łagodnych metody zachowawcze, wykonane wystarczająco, dają wyniki korzystne.

J. Pomper.

Choroby nerwowe i psychiczne.

Paul SCHILDER. Zarys psychiatrii na podstawie psychoanalizy. (Międzynar. Wydawn. Psychoan. 1925).

Dzieło jednego z przodujących przedstawicieli młodej psychiatrii ma duże znaczenie, jako pierwsza próba syntetycznego przedstawienia psychiatrii w świetle psychoanalizy, innymi słowy, jako zebranie tego, co dzisiejsza psychiatria zawdzięcza psychoanalizie. Jeśli zważymy, że sam twórca psychoanalizy, oddalony siłą nieprzyjaznych warunków od kliniki, rozporządzał przeważnie tylko materiałem nerwicowym, i że z klinik europejskich przez długie lata jedynie zuryjska z Bleulerem na czele, tę nową metodę badania uwzględniała, to, zdawałoby się, nie możemy zbyt wiele oczekiwać od tej psychoanalizy psychiatrii, która; poza szkołą zuryjską, jest dziełem ostatniego dziesięciolecia. Tymczasem każdego musi tu spotkać miłe rozczarowanie. Okazuje się, że mimo wszystko mamy dziś już prawo mówić o psychoanalizy psychiatrii, że jest ona nietylko programem, ale ma już pewne podstawy i spory zasób niewątpliwych zdobyczy. Dla znawcy piśmiennictwa psychoanalizy praca Schildera a wiele nowego nie zawiera. Większość jego własnych, rozległych i doniosłych badań została już poprzednio ogłoszona w poszczególnych pracach. Podstawowe prace Freuda, które, mimo wspomnianych wyżej warunków, stanowią olbrzymie słupy graniczne w dziejach psychiatrii, i dotyczą schizofrenji, paranoi, psychozy manjakkalno-depresyjnej, szczególnie melancholji, znajdują tu swoje dalsze rozwinięcie, specjalnie, jeśli chodzi o schizofrenję i manję. Własne badania autora dotyczą prócz tego stanów padaczkowych, otępieniowych organicznych (w pierwszym rzędzie porażenie postępujące), amencji oraz spraw, stojących na pograniczu psychiatrii, jak afazja i agnozja. Wykrycie znanych psychoanalizy mechanizmów w tych ostatnich ma duże znaczenie metodologiczne. Powinno przekonać tych wszystkich neurologów, którzy, wciąż jeszcze trzymając się wyłącznie anatomicznego sposobu myślenia, usiłują negować znaczenie zdobytych i metody psychoanalizy dla patologji mózgu, a w najlepszym razie ograniczają je do spraw seksualnych.

Toteż właśnie osoba autora, znanego także i z prac neurologicznych, jest szczególnie odpowiednia, jeśli chodzi o podniesienie i obronę poglądu, że kierunek psychoanalizy nie wyłącza wcale badań schematycznych, że przeciwnie, dopełniają się one wzajemnie w sposób konieczny (patrz rozdziały poświęcone schizofrenji).

G. B y c h o w s k i.

Helena DEUTSCH. Psychoanaliza kobiecych funkcji płciowych. (Międzynar. Wydawn. psychoanalit. 1925).

Dzięki psychoanalizie wpływ czynników psychicznych na kształtowanie się objawów somatycznych staje się przedmiotem coraz żywszego zainteresowania naukowego. Z pomiędzy poszczególnych działów wiedzy lekarskiej Ginekologia szczególnie szeroko uwzględnia działy zachodzące tutaj ważne związki i wzajemne wpływy, żądanie stałej współpracy pomiędzy ginekologiem a neuropatologiem, specjalnie zaś psychopatologiem rozlega się wyraźnie w piśmiennictwie europejskiem. Znamienna jest także znaczna objętość i znaczenie działów psychopatologicznych w wielkim podręczniku Halbarra i Seitz'a. Dziełko znanej psychoanalizy, rodaczki naszej, dr. Deutchowej, w krótkim i jasnym ujęciu porusza całe bogactwo zagadnień, związanych z psychologią i psychopatologią zasadniczych wydarzeń i procesów w sferze seksualnej kobiety. W rozdziale pierwszym autorka omawia wielkie znaczenie t. zw. kompleksu męskości i jego rolę w kształtowaniu się charakteru i nerwicy. Psychologia okresu dojrzewania, jego marzenia i fantazje, znaczenie psychologiczne pierwszej menstruacji znajdują oświetlenie w następnych rozdziałach. Dla patologji wypływają ważne wnioski, dotyczące psychogenezy niektórych typowych dolegliwości menstruacyjnych. Z kolei D. omawia znaczenie psychiczne defloracji i te reakcje psychiczne, jakie ten „uraz“ wywołuje. Psychologia aktu płciowego, mechanizmy psychiczne, przyczyniające się do bezpłodności albo wywołujące nieczułość płciową — oto dalsze etapy tej pracy. Poczem następuje omówienie psychologii ciąży i porodu, skąd znów ważne dane, dotyczące zaburzeń patologicznych tych stanów, ze szczególną jasnością omawia autorka tak doniosłe dla psychiki kobiecej sprawy ciąży i porodu, które przecież częstokroć wywołują olbrzymie zmiany w całym uosobieniu kobiety. Psychologia okresu klimakterycznego, wskazówki, dotyczące niektórych zaburzeń z nim związanych, stanowią zakończenie tej doniosłej i interesującej pracy. Wartości jej nie uszczuplają niektóre usterki, związane z dążeniem do zbyt śmiałej syntezy, pewne twierdzenia, które nie wydają się dostatecznie uzasadnione, może dlatego, że autorka przedstawia tylko wyniki swych długoletnich psychoanaliz, nie podając samego materiału.

G. B y c h o w s k i.

Ch. ACHARD. Zona et Herpès. (Paryż 1925)

Autor daje dokładny opis kliniczny półpaśca oraz opryszczki. Podkreśla silnie szczegół tak bardzo różniący oba te cierpienia, jakim jest brak nawrotów w półpaścu oraz specjalną skłonność do nawrotów — w opryszczce.

Wśród objawów nerwowych, powodowanych przez półpaśec, istnieją również znieczulenia skóry i porażenia mięśniowe, przyczem terytorja zaburzeń odpowiadają nie nerwom obwodowym, lecz raczej odcinkom rdzennym, podobnie jak to ma miejsce w jamistości rdzenia.

Zmiany anatomiczne nie są dostatecznie ustalone. Znajdowano je w skórze, w włóknach nerwowych, w węzłach rdzeniowych i w korzeniach tylnych. Autor sądzi, że proces może rozprzestrzenić się również i na tkankę rdzenia.

Co się tyczy przyczyn półpaśca, to A. wymienia cały ich szereg, między innymi uraz jako jeden z ważniejszych czynników. Teoria zakaźna półpaśca datuje się od czasów Erba (1883).

Również obszernie uwzględnienie znalazła opryszczka. Podkreślono szczegół, różniący etiologję obu cierpień: podczas gdy opryszczka dotykać ma zwłaszcza osobniki młode, półpaśec zdarza się przeważnie u osób starszych.

Zarazek opryszczki należy do rzędu niewidzialnych i rozprzestrzenia się drogą nerwową. A. wypowiada przypuszczenie, iż punktem wejścia jest skóra lub śluzówka, że stąd zarazek wędruje wzdłuż nerwów obwodowych do układu nerwowego ośrodkowego, że objawom skórnym sprzyja owo zaatakowanie włókien nerwowych, gdyż nie są one w stanie regulować odżywiania skóry.

Doświadczenia amerykańskich uczonych również potwierdzają wielkie znaczenie układu nerwowego i podrażnień obwodowych na powstawanie opryszczki: szczepili oni królikowi do rogowki treść pęcherzyka opryszczki, poczem drażnili skórę na jakimś odcinku przez smarowanie smółką, pęcherzyki zjawiały się na terytorjum, objętem przez nerw okolicy drażnionej. Dalej, zastanawiając się nad tem, czy za-

razek opryszczki jest identyczny z zarazkiem półpaśca, A. nie daje decydującej odpowiedzi.

Naogół praca daje wyczerpujące wiadomości kliniczne z dziedziny obu wymienionych cierpień, zaś znacznie mniej uwzględniła zagadnienie teoretyczno-bakterjologiczne.

N. Z a n d o w a.

X. POLISSADOWA. O rozwoju unerwienia w przeszczepionej skórze. (Zentralblatt f. Chirurgie Nr. 39, 1925).

Polissadowa badała proces odradzania się nerwów u 20-tu chorych, którym wykonano operacje plastyczne. Były to przeważnie operacje wytwórcze sztucznych nosów sposobem włoskim, a więc z płatów szypułkowych, wziętych z ramienia lub palców. — W pierwszych dniach po operacji czucie zanika w całym płacie z wyjątkiem miejsc, leżących tuż przy szypule, po przecięciu tej ostatniej (po 2 — 3 tygodniach) cały płat jest znieczulony. Dopiero po miesiącu zjawiają się pierwsze czucia bólowe na obwodzie przeszczepionego płata, posuwając się ku środkowi o $\frac{1}{2}$ — 1 ctm. w ciągu jednego miesiąca. Czucie bólowe i dotykowe zjawia się wcześniej, niż czucie ciepła i zimna, a z dwu ostatnich wcześniej czucie zimna.

Tym objawom klinicznym odpowiadają w zupełności badania drobnowidzowe, wykonane na 55-ciu skrawkach z przeszczepionych płatów, barwionych nowym sposobem Goliego. 20 skrawków pochodzenia świeżego (od 12-tu dni do 1 miesiąca) dało wynik ujemny, t. j. wykazało zupełny brak jakichkolwiek włókien nerwowych. Z 35-ciu skrawków, wziętych u osobników, u których klinicznie już spostrzegano zjawienie się czucia w rozmaitym stopniu, otrzymano w 24 wynik dodatni, a w 11-tu ujemny, przyczem większe bogactwo cdrodzonych włókien nerwowych odpowiadało bardziej rozwiniętemu i różnorodnemu odczuciu klinicznemu.

Pomimo jeszcze nie zakończonych badań P. dochodzi narazie do następujących wniosków:

- 1) W przeszczepionych płatach skóry rozmaite rodzaje czucia odradzają się niejednocześnie;
- 2) Czucie w przeszczepionych płatach zjawia się przede wszystkim na obwodzie, t. j. w miejscu, gdzie płat ten styka się bezpośrednio z otaczającą normalną tkanką, i kroczy powoli ku środkowi, czyli że odradzanie się włókien nerwowych jest zależne od dośrodkowej części przeciętego neuronu;
- 3) Rozmaite rodzaje czucia zdają się być związane z rozmaitymi włókienkami nerwowymi, które odradzają się niejednakowo prędko.

P. G.

Kurt GOLDSTEIN. O równoznacznym uwarunkowaniu objawów w chorobach organicznych i psychicznych, w szczególności o mechanizmie funkcjonalnym natręctw. (Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie 57, 4 grudnia 1924).

Objawy chorób nerwowych organicznych nie stanowią w zasadzie nowych zjawisk, lecz są jedynie wydobyciem na jaw albo wzmoczeniem istniejących i normalnie, ale ukrytych sposobów reagowania układu nerwowego. Przytem dzieje się zazwyczaj tak, że choroba odsłania pierwotniejsze jego czynności, prowadząc niejako do rozpadu tego złożonego układu, jakim jest każda funkcja nerwowa. Ponieważ choroba organiczna i psychiczna dotyczą tejsamej organizacji psychofizycznej, nie więc dziwnego, że objawy, które w myśl uwag powyższych są wyrazem rozpadu i izolacji czynności, wykazują w jednym i drugim przypadku daleko idące analogie.

Z tego punktu widzenia analizuje autor objawy w przypadku schorzenia organicznego mózgowia, o lokalizacji pierwotnie mózdkowej prawostronnej, w następstwie i striarnej.

U chorego występują rzekomodowolne (pseudospontaniczne) ruchy w prawej kończynie górnej, podczas których psychika jego jest zmieniona, niedostępna dla jakichkolwiek podnieć zewnętrznych. Ale i poza owymi ruchami zachowanie się pacjenta przedstawia wybitne osobliwości. Kiedy jest czemkolwiek zajęty, chociażby zwykłą rozmową, nie zauważa niezbyt silnych podnieć zmysłowych nie pozostających w związku z chwilowym zajęciem. Kiedy wówczas głośniejszemu zagadnieniu, doznaje strachu, jakgdyby się nagle budził, stoi bezradny.

Pacjent nie przerywa żadnej czynności spontanicznie, lecz kontuuje ją albo do chwili przerwy zzewnątrz, albo też aż do fizycznego zmęczenia. Całe zachowanie się chorego

ma w sobie coś automatycznego, steoreotypowego, „nieżywego“.

Wszystko co, poddane zzewnątrz; zostaje wplecione przez pacjenta w jego aktualną czynność (czy to pracę czy rozmowę), poddaje on w sposób wyraźnie przymusowy przeróbce tak długo, aż będzie to przystosowane do panującego u niego w danej chwili nastawienia. Przykład: kiedy pokazuje się choremu strzałę, skierowaną w lewo, to usiłuje on każdy podany mu następnie przedmiot ustawić w tym samym kierunku, bez względu na jego charakter, czy położenie przestrzenne. Tendencja ta jest tak silna, iż, jeśli przedmiot jest nieruchomy, pacjent obraca się sam dopóty, dopóki nie uda mu się osiągnąć tego kierunku przedmiotu w stosunku do siebie, na jaki właśnie jest nastawiony. Autor przyjmuje u swego chorego „nienormalnie utrudnioną pobudliwość aparatu nastawiania“.

W związku z tem pozostaje także wspomniana powyżej tendencja do ciągłego kontynuowania rozpoczętej czynności. Nie można objawu tego uważać za persewację, gdyż chory czynności takie, jak np. pisanie listu, kontuuje w sposób rozsądny.

W ten sposób zachowanie się chorego przypomina wyraźnie chorych z natręctwami, w obu przypadkach mamy do czynienia z tendencją do pozostawiania w raz przyjętem nastawieniu. Różnica polega na bardziej elementarnym, znacznie gwałtowniejszym charakterze tendencji do nieprzerwywania oraz na braku tej objektivności, którą u chorych z natręctwami spotykamy i którą wyjaśniają badania psychoanalityczne.

Spostrzeżenia nad dziećmi oraz nad normalnymi dorosłymi w stanie zmęczenia albo „odwrócenia“ uwagi wskazują na istnienie głęboko zakorzenionej tendencji do powtarzania. Jak wiadomo, Freud mówi nawet o przymusie powtarzania (Wiederholungszwang). Jak widać, choroba, czy to organiczna czy też psychiczna (nerwica natręctwa), wzmacnia tę tendencję, a jednocześnie osłabia znaczenie wyższych funkcji i zadań osobowości. Pomimo analogii zasadniczych mechanizmów, istnieje pomiędzy psychiką chorego na natręctwa psychiczne a pacjenta z natręctwami organicznymi głęboka różnica, odpowiadająca zasadniczej różnicy pomiędzy przyczynami obu schorzeń.

Na przykładzie schizofrenji wskazuje wreszcie autor na znaczenie prymitywnej tendencji do symetrii w ruchach i w kształtowaniu otoczenia. Izolacja procesów psychicznych przez nienormalne przerwy ruchowe, które G. stwierdził u niektórych chorych organicznie, jakoteż w pewnych specjalnych warunkach u zdrowych, zdaje się odgrywać wielką rolę i w kształtowaniu się pewnych objawów psychicznych w schizofrenji.

Gustaw B y c h o w s k i.

R. HENNEBERG. Wartość odruchów dla rozpoznania (Medizinische Klinik. T. XXI, Nr. 38, str. 1409—1413.1925).

W treściwym artykule autor w sposób bardzo żywy i dobitny omawia te odruchy, które posiadają znaczenie dla dajnostyki neurologicznej i ogólnej; tak więc po kolei zastanawia się nad odruchami kolanowym i Achillesa, stopowym wraz z jego różnymi fizjologicznymi i patologicznymi odmianami (w pierwszym rzędzie oczywiście odruchem Babinskiego), dalej nad odruchami Oppenheima, Mendla-Bechterewa, Rossolimo, odruchami górnych kończyn (którym autor słusznie przypisuje względnie małą wartość diagnostyczną) brzuszniemi, żrenicznymi, niektórymi ustnymi i t. d.; na podstawie rozległego doświadczenia klinicznego H. do każdego odruchu daje cenne wskazówki pod względem metodyki, rozpoznania różniczkowego i t. d., tak, że nie tylko lekarz praktyczny, ale i neurolog przegląd ten z korzyścią może przeczytać. Natomiast nie wydaje nam się słusznym pogląd autora, że dajnostyczna ocena odruchów możliwa jest i bez dalej sięgających wiadomości z zakresu ich fizjologii; może tak być chyba tylko w pewnych prostszych i typowych przypadkach, ale w bardziej skomplikowanych warunkach (jak np. po traumatycznych urazach osrodkowego układu nerwowego, w nowotworach, procesach infekcyjnych i t. d.) zaburzenia odruchowe mogą wszak być analizowane i pod względem rozpoznawczym i prognostycznym wykorzystywane tylko w związku z ogólnym obrazem klinicznym oraz ogólnymi danymi fizjologicznymi i biologicznymi.

M. M i n k o w s k i (Zurych).

R. UNTERSTEINER. Przyczynnik serologiczny do leczenia zimnicy bezwładu postępującego. (D. Zeitschr. f. Nervenheilk. T. 85, zeszyt. 5 — 6. 1925).

Autor przeprowadził w 22 przypadkach P. p. badanie surowicy krwi (odczyn Wassermana, odczyn z gumą masyczną) oraz płynu mózgoworzeniowego (odcz. Was., Faza I, odcz. Langego, pleocyt.) przed zaszczepieniem zimnicy, bezpośrednio po przerwaniu napadów, wreszcie w 2, 3 i w 12 — 15 miesięcy po przebyciu zimnicy.

Wszyscy ci chorzy wykazywali przed szczepieniem zimnicy mniej więcej jednakowy obraz kliniczny (otępienie, zaburzenia żrenic i mowy), jak również identyczny wynik wszystkich wyżej wymienionych odczynów. (odcz. Was. z krwi i M — — + + + +, odcz. Was. z płynu m. rdzen. + + + +, Faza I + + + +, odcz. Langego + + + +, 20—40 limfocytów w 1 mm³) i znajdowali się mniej więcej w tym samym okresie choroby, licząc od czasu wystąpienia pierwszych zaburzeń psychicznych.

Bezpośrednio po przebyciu zimnicy nie nastąpiła żadna zmiana pod względem serologicznym, w 2 — 3 miesiące później odcz. N. A p e l t a stał się słabszym (+ +) w 54,5% przyp., limfocytoza zmniejszyła się. Odcz. Wassermana, jak również odczyny koloidalne nie uległy zmianie. W 12—13 miesięcy po przebyciu zimnicy odcz. Was. z krwi wypadł ujemnie w 50%, z płynu m. rdzeniowego w 59% przyp.; odcz. N.—A p e l t a osłabł w 59%, zamienił się w ujemny w 22,73% przypadków. Odcz. Langego w 18% przyp. stał się ujemny. Liczba limfocytów w 54% przyp. spadła do normy.

Wynik badań serologicznych niezawsze odpowiadał stanowi klinicznemu chorych. Autor stwierdzał niekiedy poprawę pod względem serologicznym u chorych, których obraz kliniczny wcale się nie zmienił, lub którzy wykazywali nawet pogorszenie, i, odwrotnie, reakcję serolog. nie ulegały zmianie w przypadkach, w których poprawa pod względem klinicznym była wyraźna. Na ogół ta ostatnia występowała wcześniej od poprawy pod względem serolog.

Z wyniku badań serologicznych, przeprowadzonych zarówno przed, jak i po leczeniu, nie można zatem wyciągać żadnych wniosków co do dalszego przebiegu choroby, na co i inni autorzy zwracają uwagę (R e c s e, P e t e r, N o n n e i inni).

B a u — P r u s a k o w a.

G. STEINER. W sprawie patogenyzy porażenia postępującego. (A. f. P. i N. T. 74, zeszyt 2/4. 1925).

Na zasadzie licznych doświadczeń, dokonywanych z krętkiem afrykańskiego duru powrotnego oraz z krętkiem błędym, autor dochodzi do wniosku, że krętki blade najdłużej utrzymują się w mózgu ludzkim, nawet jeszcze wtedy, gdy ani we krwi, ani w innym narządzie znaleźć ich już niepodobna. Sądzi stąd autor, że mózg w stosunku do krętka błędego posiada najmniej w organizmie ludzkim siłę odpornościowych, i że wytwarzanie przeciwciał jest w tym organie najmniejsze. W przeciwstawieniu do tego skóra wykazuje bardzo dużą odporność, i bogactwo przeciwciał, wytwarzanych przez nią, jest bardzo znaczne. Ten antagonizm między mózgiem a skórą wskazuje na to, że wielka ilość przeciwciał ze skóry nie przedostaje się drogą krwi do mózgu; gdyby bowiem taki wyrównawczy prąd ciał odpornościowych istniał, to wzmógłby on odporność mózgu i zniszczyłby krętki blade lub też, co najmniej, uniemożliwiłby dalsze ich rozmnażanie.

Krętki blade w korze mózgowej znajdują się poza komórkami nerwowymi. Przemawałoby to albo za pewną właściwością krętków nieprzenikania do komórek, albo też za bogactwem ciał odpornościowych w komórkach nerwowych. W ostatnim przypadku przypuszczać należałoby, że ciała odpornościowe są wychwytywane przez komórki nerwowe; nie przeskadzałyby to jednak istnieniu i rozmnażaniu się krętków w miejscach obok leżących, a posiadających małą odporność.

Naczynia mózgowe są również wolne od krętków błędnych, prawdopodobnie na skutek dużej ilości przeciwciał, krążących we krwi. Ściana naczyń jest tą zaporą graniczną, która nie pozwala przeniknąć substancjom odpornościowym do tkanki mózgowej.

Jak długo krętki przebywać mogą w stanie utajonym i od czego zależne jest nagłe ich rozmnożenie się i wybuch porażenia postępującego, tego stwierdzić niepodobna. Być może, że nagły dalszy spadek bardzo niskiej już zresztą odporności mózgu jest tym bodźcem, który wywołuje rozmnożenie się krętków. Autor uważa, że czynnik konstytucyjny (mniejsza wrodzona odporność mózgu) nie odgrywa większej roli w powstawaniu porażenia postępującego, natomiast wspólnie z W i l l m a n s e m sądzi, że współczesna terapia specyficzna obok zmniejszenia liczby ciężkich powikłań skórnych i kostnych, zwiększyła liczbę przypadków porażenia postępującego i wiądnienia. Powodem tego jest fakt, że terapia współczesna, szczególnie salwarsan, osłabia siłę zakażenia kiłowego; zmniejsza to reakcję organizmu na jad kiłowy i pozwala na niewytwarzanie większej ilości przeciwciał. Krętki blade, których salwarsan nie jest w stanie zniszczyć lub wyrugować z mózgu, dzięki temu ogólnemu obniżeniu odporności organizmu utrzymują się w najslabszym pod względem siły odpornościowej organie, by w pewnej chwili wykazać swą żywotność i dać impuls do wybuchu schorzenia metaluetycznego.

J. B r a u n

Radjologia.

BAETZNER. Pęcherzyk żółciowy w obrazie rentgenologicznym. (Med. Klin. Nr. 1, 1926 r.).

W 56 przypadkach, skontrolowanych operacyjnie, otrzymano zupełnie zadawalające wyniki przy wypełnianiu pęcherzyka żółciowego treścią kontrastową. Najlepszą metodą jest dożylnie wlewanie tetrajodfenoltaleiny. Objawy toksyczne, aczkolwiek rzadko, były stwierdzone, i, w celu unikania ich, przed wlewaniem podawano kamforę z papaweryną i atropiną.

Wnioski rozpoznawcze są następujące:

otrzymanie intensywnego cienia pęcherzyka pozwala z dużym prawdopodobieństwem wykluczyć chorobę pęcherzyka;

słaby cień może być spowodowany niezupełną drożnością przewodu żółciowego pęcherzykowego na tle zapalnym, lub też częściowym wypełnieniem pęcherzyka kamieniami; należy również mieć na względzie błędy techniczne — w tym celu robi się kolejno szereg zdjęć, a otrzymany na nich jednakowy stopień nasilenia cienia pęcherzyka pozwala wykluczyć możliwość błędu;

nieotrzymanie cienia pęcherzyka, w większości przypadków przemawia za niedrożnością przewodu pęcherzykowego, zdarzało się to jednak również przy zdrowych pęcherzykach — prawdopodobnie wskutek stanów skurczowych zwieraczy, lub niewydolności wydzielniczej wątroby.

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

GRAHAM, COLE, MOORE i COPHER. Cholecysto-grafia i doustne zastosowanie Tetrajodphenolphthaleinnatrium. (J. of Amer. med. Ass. 1925: 85.13).

Celem uniknięcia zastrzyku dożylnego autorowie podawali środek kontrastowy doustnie w keratynizowanych pi-gułkach, licząc przeciętnie 0,07 gr. na kg. wagi. Przeważnie podawano 5 porcji po 1 gr. przy kolacji. Do pierwszego zdjęcia po 12 i 17 godz. powstrzymanie się od wszelkiego pokarmu (nawet płynu). Następne zdjęcia po 21 i 36 godz. W międzyczasie 1 szklanka mleka lub kawy.

W niektórych przypadkach, skutkiem nierozpuszczenia się pigulek, wyniki ujemne. Na 112 przypadków tylko w 5% nudności i wymioty. Żadnych objawów toksycznych. Przy wynikach wątpliwych stosuje się zastrzyk dożylny, który właściwie nie zawodzi nigdy i daje wyraźniejsze obrazy. Na 467 cholecystografij otrzymali autorowie 95% dodatnich wyników operacyjnych. Na kilka tysięcy przypadków ani jednego przypadku z zejściem śmiertelnym. Na ostatnie 100 przypadków zastrzyku dożylnego, przeprowadzonych ambulatoryjnie, wszystkiego w 13% lekkie objawy uboczne i w 2% wymioty z bólami w krzyżu. Ostrożność wskazana w chorobach sercowych. Obrazy bardzo kontrastowe otrzymuje się też przy zastosowaniu fenoltetrajodftaleiny (jedenasty kolejno odnaleziony środek kontrastowy).

B. K.

BIANCHINI A. Uchyłki pęcherza moczowego. (Radiol. V. 5 listopad 1925).

Wypełnienie pęcherza moczowego tlenem nie daje wyraźnych obrazów, gdyż przeszkadza w większości wypadków projekcja jelita grubego. Autor używa 20% bromku sodu. Po wypełnieniu pęcherza moczowego prześwietla w różnych kierunkach i płaszczyznach, poczem w jednej z nich dokonywa zdjęcia. Na ekranie uwydatnia się opróżnianie pęcherza i powiększenie uchyłki i naodwrot pod wpływem ucisku mięśni brzusznych.

B. K.

DIOCLÉS L. Nowoczesne metody badania rentgenologicznego w rozpoznawaniu gruźlicy płucnej. (Presse méd. 1925. 61).

Autor omawia dodatnie strony stereorentgenografji i telestereorentgenografji. Najdrobniejsze ogniska gruźlicze, jamy, rozszerzenia oskrzeli dzięki plastyczności obrazu oddzielają się od cienia naczyń lub innych przypadkowych cieni i umożliwiają ściśle rozpoznanie.

Metoda ta wymaga specjalnego wyszkolenia technicznego i instrumentarjum, które też przez autora zostaje opisane.

B. K.

LEROUX i BOUCHET. Nieszczęśliwe przypadki przy zastosowaniu zastrzyków dotchawiczych. (Presse med. 1925. 90).

Ze względu na spostrzeganą przy tego rodzaju zastrzykach zgorzel ropowiczą szyi wskazane jest stosowanie u dorosłych klasycznego sposobu zastrzyków laryngologicznych, pozostawiając ten rodzaj zastrzyków tylko dla dzieci.

B. K.

KERLEY. Nowotwory płuc i oskrzeli. Brit. J. of Radiol. XXX, Nr. 302).

Śród nowotworów płucnych pierwsze miejsce zajmują raki, rzadziej przerzuty, a najrzadziej mięsaki. Semiotyka kliniczna zależna od umiejscowienia guza i jego stosunku do otoczenia. Rozpoznanie kliniczne różniczkowe między poszczególnymi postaciami nowotworów napotyka niepokonane trudności, rentgenologicznie zaś już Otten odróżnił 3 postacie: nowotwory płatowe, wnękowe i przerzutowe. Rozpoznanie różniczkowe między rakiem, mięsakiem i łagodnym guzem płucnym nawet rentgenologicznie nie zawsze daje się przeprowadzić. Najczęściej spotykamy się z płatowym rakiem oskrzelowym. Różniczuje on się z przewlekłym zapaleniem płuc i promieniową płucną. Występujące prawie zawsze równocześnie wybitne zacielenie gór-

nego płata spowodowane jest przewlekłą sprawą naciecznicową w okolicy nowotworu. Spotykane niekiedy powikłanie gruźlicą uniemożliwia rozpoznanie różniczkowe.

Jako objaw towarzyszący widzimy często wysiękowe krowotoczne zapalenie opłucny z wysokim ustawieniem przepony. Zamknięcie przekroju oskrzela prowadzi do niedodmy z marskością, przemieszczeniem na wewnątrz płata.

Typ nieco rzadszy nowotworu — to rak wnękowy, różniczkowy z guzami śródpiersia i gruźlicą wnękową. Postać guzowata raka oskrzelowego łatwiejsza do rozpoznania, musi być jednak różniczkowana z kilakową postacią kily płucnej.

Jako postać przerzutową spotykamy izolowane duże guzki lub też rozsiane na dużej przestrzeni drobne.

Rozsianie się raka drogą krwi uniemożliwia różniczkowanie jego od gruźlicy prosówkowej, staje się jednak rozpoznanie to bardzo łatwe, o ile rozsianie to idzie drogą chłonną.

B. K.

Balneologia.

Z dziejów dawnego i współczesnego Nałęczowa. Pod redakcją Zdzisława KRZUCHOWSKIEGO i Mieczysława ROGALSKIEGO. 1925. Nakładem Sp. Akc. „Zakładu Leczniczego Nałęczów“.

Bardzo starannie pod względem literackim i redakcyjnym i prawie wytwornie pod względem typograficznym wydano niniejszą monografię Nałęczowa. Mamy tu zebrane wszystko, co interesować może lekarza i pacjenta, więc zarówno opis Zakładu Leczniczego, wskazania terapeutyczne, historję dotychczasowych zabiegów około organizacji i rozbudowy, przegląd życia społecznego w Nałęczowie, jak wreszcie zajmującą niezmiernie część literacką, na którą złożyły się pióra wcale niepoślednie literatów. Część trzecia obejmuje informacje i statystykę.

Z istotnem uznaniem powitać należy pracę literacko-informacyjną, podjętą w czasach ostatnich przez siły kompetentne dla zobrazowania naszych uzdrowisk. Po Krynicy i Otwocku przyszła kolej na Nałęczów. Nie trzeba ustawać w tej pracy. Należą nam się opisy dokładne, wyczerpujące, prawdziwe pozostałych miejscowości leczniczych polskich. Może z czasem, na tym materiale oparta, powstanie Balneologia polska.

M. F.

Zapiski lecznicze.

O stosowaniu leczniczem wyciągu z rosiczki.

Podał

Dr. Czesław BERGER (Gwoździec).

Od kilku lat wszedł w praktykę zagranicą środek przeciwko miażdżycy naczyń krwionośnych p.n. Syrop Mladejowskiego. (Sclerolsirop). Jest to wyciąg z rosiczki (*Drosera rotundifolia L. et longifolia H.*) w połączeniu z solami krzemu. Środek ten zapewne z powodu stosunkowo wysokiej ceny u nas nie znalazł rozpowszechnienia. Daje się on jednak doskonale zastąpić przez ulepek, wyrabiany przez warszawską aptekę Gessnera i zawierający wyciąg z rosiczki i krzemian sodu, a więc te same składniki, co i Sclerolsirop. Ulepek ten stosowałem u chorych, dotkniętych niezłym dróg oddechowych, oraz w miażdżycy tętnic. U osób star-

szych, u których oba te schorzenia idą w parze, stwierdziłem wpływ dodatni leku na jedno i na drugie: wykrztuszanie staje się łatwiejsze, kaszel szybko ustępuje, ciśnienie krwi obniża się, dwukrotnie zauważyłem nawet, że głuche przedtem tony serca stały się wyraźniejsze. Wpływ jednak na drogi oddechowe jest wybitniejszy, niż na stan naczyń.

Co się tyczy dawkowania, to podawałem w ciągu mniej więcej 2-tygodni codziennie po 4 — 5 łyżeczek od kawy (dzieciom 3 łyżeczki dziennie). t. j. w sumie około 3-ch flaszek, polecając leczenie zakończyć zażywaniem kołaczyków o tym samym składzie 3 razy dziennie po 1 — 2 sztuk. Nigdy nie widziałem jakiegokolwiek działania ujemnego, a chorzy zarówno starsi, jak i dzieci, znosili lek bardzo dobrze i brali go chętnie.

Wskazówki praktyczne.

— **Küstner** stosuje obficie alkohol w gorączce po-
łogowej z doskonałym skutkiem: gorączka mija bardzo szyb-
ko. Alkohol daje się częściowo przez usta, częściowo przez
odbytnicę. Koniak z jajkiem dobrze jest znoszony przez bło-
ną śluzową odbytnicy.

(Ztbl. f. Gyn. 1926, Nr. 19).

— **G. Schwarz** zaleca drenowanie w przebiegu poro-
nienia, połączonego z gorączką. Przez rozszerzony kanał
szyi macicznej wprowadza się do macicy suchy lub zmoczony
w alkoholu wąski pasek gazy. Pasek taki zmienia się 5 — 6
razy dziennie. Odejście resztek łożyska następuje zwykle po
drugiej lub trzeciej zmianie paska. Krwawienia ustają pra-
wie zawsze po wprowadzeniu szerszego paska gazy.

(Ztbl. f. Gyn. 1926, Nr. 19).

— **Lortat-Jacob** ostrzega przed stosowaniem
środków przeczyszczających, szczególnie w małych, czę-
stych dawkach, w pokrzywce, gdyż sprzyjają one wchłania-
nianiu substancji toksycznych. Lepsze są przepłukiwania
roztworem fizjologicznym soli kuchennej u małych dzieci,
węgiel drzewny u starszych dzieci i dorosłych w ilości jednej
łyżeczki 3 — 4 razy dziennie w przeciągu 10 dni. U doro-
słych stosować można także lauwatywy z roztworu fizjologicz-
nego soli kuchennej.

(Méd. Paris. 1925, listopad).

— **Novasuroł** jest, według **Bayora**, potężnym śro-
dkiem odtłuszczającym. Warunkiem niezbędnym jest dobry
stan nerek i brak idiosynkrazji względem novasurołu. Z te-
go względu niezbędne jest zastrzyknięcie próbne 1,0 novasu-
rołu. Leczenie polega na zastrzykiwaniu domięśniowym
środką w ilości 1,0 raz na tydzień, obok tego dużo ruchu,
niezbyt wiele snu, lekka djeta głodowa, uboga w sól i wodę

oraz pastylki pluriglandolu. W razie niedostatecznego działa-
nia można dawkę novasurołu podnieść do 2,0.

(W. Kl. W. 1926, Nr. 12).

— W razie niemożności znalezienia żyły lub wytwarza-
nia się nacieków dookoła żyły zaleca **Adler** wstrzykiwania
do ciał jamistych muszeli nosowych. Wstrzykuje się do prze-
dniej części dolnej muszli po uprzednim jej znieczuleniu
tamponikiem z 10% — 12% wodną tutokainą, przyłożonym
do muszli na przeciąg 15 minut.

(W. Kl. W. 1926, Nr. 15).

— **L. Fraenkel** używa katgut formalinowego:
katgut pod wpływem 4% formaliny jest materiałem asepsy-
tycznym i dobrze się wchłaniającym.

(Ztbl. f. Chir. 1926, Nr. 17).

Hypertonję esencjalną leczy **Mayer** adaliną, wy-
chodząc z przyjętej ogólnie zasady, że cierpienie to polega
na kurczu naczyń, wywołanym nadwrażliwością układu ro-
ślinnego. Stąd wskazanie do użycia środków kojących. **Mayer**
zaleca trzytygodniową kurację adaliną w dawkach po
0,25 dwa do czterech razy dziennie.

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

Przeciwko mlekotokowi (**galactorrhoea**) zaleca
Lämmerhirt **Mastisol**. Po nakarmieniu dziecka smaruje
się grubo brodawkę piersi mastisolem, a przed następnym
karmieniem zmywa się go eterem lub benzyną. **Mastisol**
zatyka pory brodawki i uniemożliwia wytrysk mleka.

(Ther. der Gegenw. 1924, Nr. 12).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21.X.1925.

Obecnych członków 27, gości 6.

Lyskawiński demonstruje i omawia przypadek
diabetes insipidus u 12-letniego chłopca po przebytem na-
gminnym zapaleniu mózgu. (Rzecz ukaże się w Pedjatrji
Polskiej). W dyskusji

Erlichówna zapytuje o ewentualny związek da-
nego cierpienia z dysfunkcją przysadki mózgowej, **Barański**
skłania zaś o wynik **Volhardowskiej** próby wodnej w danym
przypadku.

Lyskawiński wyłącza związek danego cierpie-
nia z zaburzeniami w czynności przysadki mózgowej na pod-
stawie ujemnych wyników badania okulistycznego i rent-
genologicznego oraz podkreśla na podstawie prób wodnych
rczbieżność, jaka zachodziła między dostarczoną a wydzie-
loną ilością wody. Ciężar właściwy moczu w tych przy-
padkach wykazywał wahania bez określonego typu.

Barański i **Popowski** wygłaszają odczyty p.
t.: „Przyczynę do badań nad gospodarką wodną u normal-
nego niemowlęcia“ i „wpływ podawanego per os żelaza na
gospodarkę wodną u dzieci“. (Będą ogłoszone w druku).

W dyskusji **Gromski** zapytuje, czy przy badaniach
uwzględniano rolę skóry.

Szenajch nawiązuje do własnych badań na króli-
kach: sucha djeta powodowała zagęszczenie krwi, diureza
zaś pozostawała bez zmian. Dalej przypomina pracę **Schick**
ka, który u noworodków za pomocą 17% roztworu cukru
wstrzykiwał spadek wagi.

Hirsfeldowa zapytuje o przyczynę retencji chlor-
ków podczas próby wodnej w przypadkach po zadziałaniu że-
laza.

Michałowicz mówi o trudnościach doświadczeń,
wynikających z nadwyzwyczajnej czułości dziecka w stosunku
do wody, białka, węglowodanów, tłuszczów i soli.

Barański i **Popowski** w odpowiedzi podają,
że rolę skóry w gospodarce wodnej w badaniach uwzględniano
przez określanie **perspiratio insensibilis**, wyniki zaś **Schick**
ka w jego badaniach na noworodkach tłomczą sobie specja-
l-
nemi właściwościami ustroju noworodka. Dla retencji chlor-
ków po żelazie wytlomaczenia nie znajdują.

Posiedzenie Kliniczne z dnia 4.XI.1925 r.

Obecnych członków 38, gości 15.

Dobrowolski Zdzisław przedstawia ośmioletnią
dziewczynkę po usunięciu ciała obcego z krtani. Przedstawi-
ona pacjentka 3 tygodnie temu dostała napadu duszności i
krupowego kaszlu. Przywieziono ją do szpitala przy ul. Ko-
pernika i tu wykryto rżenie i nieznaczną chrypkę. W szpi-
talu duszność u dziewczynki znacznie się zmniejszyła. Dowie-
ro 4 dnia pobytu w szpitalu znowu wystąpiła znaczna dusz-
ność wdechowa. Przy laryngoskopji zauważono ciało obce,
gładkie, szarawe, wklonowane pomiędzy struny prawdziwe.
Przy pomocy kolegów **Rodysa** i **Piotrowskiego** wy-
konał tracheotomię i usunął ciało obce. Okazało się, że jest
to napęczniała połówka ziarnka dyni. Brak wybitnej duszno-
ści przez kilka dni pobytu w szpitalu tłomaczy sobie tem,
że ciało obce znajdowało się przy ścianie tchawicy, następ-
nie zaś silny atak kaszlu wklonował je pomiędzy struny,
powodując napad znacznej duszności (Streszczenie własne).

W dyskusji **Piotrowski** podaje, że przypadek po-
czątkowo symulował ostre zapalenie krtani.

Bączkiewicz stwierdza, że wszystkie podobne
przypadki mają wyraźny początek w postaci nagle występu-
jącej duszności; przytacza dalej kilka obserwowanych przez
siebie przypadków tego cierpienia.

Zembruski L. pyta, czy nie można było w da-
nym przypadku usunąć ciała obcego endolaryngalnie.

Sachs jest zdania, że anamneza i przebieg tego
cierpienia niezawsze są jasne, podaje jako dowód przypadek,
obserwowany w klinice **Pirqueta**.

Busseli **Stankiewicz** wygłaszają odczyt p.

t.: **O śródskórnym szczepieniu ospy.** (drukowane w tomie VI Pedjatrji Polskiej).

W dyskusji Piotrowski uważa śródskórne szczepienie ospy za bardzo wygodne ze względów kosmetycznych, jednak powątpiewa, czy ustrój zyskuje w ten sposób odporność przeciwospową.

Kamler zapytuje, czy odczyny kontrolne były robione tą samą krowianką, którą szczepiono śródskórnie.

Według Trenknera idea śródskórnego szczepienia ospy jest słuszna. Pyta, czy prelegenci nie zauważyli zagłębienia na miejscu szczepienia w związku z bliznowaceniem tkanki. Dziwi go słaby odczyn ogólny. Zapytuje o dokładny przebieg ciepłoty przy szczepieniu śródskórnym. Silne odczyny miejscowe, otrzymane kilkakrotnie przez prelegentów, uzależniona raczej od właściwości krowianki, niż od techniki lub od stopnia rozcieńczenia wakuiny.

Roszkowski zapytuje o wiek stosowanych krowianek. Podany przez prelegentów sposób nie nadaje się do szczepień masowych.

Według Bączkiewicza wartość metody mogłaby być należycie oceniona jedynie przy zetknięciu się szczepionych z ospą prawdziwą i niezapadaniu na nią. Brak silniejszego odczynu ogólnego traktuje jako słabą stronę podanej metody.

Sachs przypomina, że podskórne szczepienie ospy niezawsze uodparnia.

Stankiewicz w odpowiedzi zaznacza, że prelegentom chodziło nie tyle o względy kosmetyczne, ile o możliwość szczepienia ospy u dzieci zotzowatych oraz dotkniętych skazą wysiękową lub gruźlicą; kontrolne odczyny były wykonywane tą samą krowianką, tylko gotowaną. Zagłębienia w skórze prelegenci nie obserwowali. Silniejszy odczyn ogólny przy szczepieniu naskórnym Stankiewicz tłumaczy dodatkowym zakażeniem miejsca szczepienia. Długotrwałość nabytej odporności według Knöpfelmachera, Leinera i innych przekracza 4 lata. W końcu doradza, aby rozpoczęto stosowanie dla szczepień ochronnych wakuiny rozcieńczonej.

Zylberlast-Zandowa wygłasza odczyt p. t. **Wodogłowie i cierpienia zbliżone.** (ogłoszone w „Warsz. Czas. Lek.“).

Posiedzenie kliniczne z dnia 18.XI.1925.

Obecnych członków 19 i gości 17.

Kramsztyk Stefan przedstawia przypadek **agenesis cerebelli**

W dyskusji Łyskawiński zapytuje o wynik badania krwi na odczyn Wassermann'a.

Kramsztyk poprawy wytłumaczyć sobie nie może. Odczyn Wassermann'a we krwi ujemny.

Barański i Erlichówna wygłaszają odczyt p. t.: **Badania nad cholesteryną w niedokrwistości.** (Rzecz będzie ogłoszona drukiem).

W dyskusji Erlichówna omawia dwa przypadki niedokrwistości w skazie krwotocznej oraz stosunek cholesteryny do wielobarwności czerwonych krwinek.

Mikułowski wygłasza odczyt p. t.: **Rozpoznanie gruźlicy gruczołów tchawiczo-skrzelowych u dzieci w związku z zagadnieniem leczenia klimatycznego.** (Rzecz ukaże się w druku w „Pedjatrji Polskiej“).

W dyskusji Erlichówna kwestjonuje rozpoznanie anemji u gruźlików. Bładość skóry nie stoi w związku z anemją. Początkowa gruźlica przebiega bez małokrwistości, rozpadała ze znaczną, o ile nie jest zamaskowaną przez zagęszczenie krwi. Objaw Koraniego powstaje często w zależności od stosunku mięśni do kręgosłupa.

Szenajch rozpoznawał dawniej gruźlicę bardzo łatwo, obecnie uważa rozpoznanie tego cierpienia za jedno z najtrudniejszych. Dalej podkreśla wartość odczynu Pirquet'a i sądzi, że odczyn ten robi się jeszcze zbyt rzadko. Badanie roentgenologiczne ma wartość przy dużych zmianach. Objaw gorączki według Szenajcha ma mniejsze znaczenie wobec niemożności częstokroć ustalenia indywidualnej normy i zależności gorączki od szeregu innych czynników. Bezpośrednio przed mierzaniem ciepłoty dziecko powinno leżeć przynajmniej 1½ godziny.

Popowski zaznacza, że prątki Kocha, stwier-

dzone bądź w płwocinie bądź w kale, są niezbitym dowodem sprawy gruźliczej, jednak badania w tym kierunku mają znaczenie tylko dla okresu ogniska pierwotnego oraz pierwszego i drugiego roku życia. Według niego gruźlicę rozpoznaje się stanowczo zbyt często.

Gantz sądzi, że wszystkie przytoczone przez prelegenta objawy są bez znaczenia. Cytowane przypadki nie mówią o wartościowych powiększonych objawów. Nawet temperatura niezawsze dowodzi gruźlicy gruczołów okołoskrzelowych. Wartość badania rentgenologicznego jest znacznie mniejsza, niż naogół się o tem sądzi. Z odczynów tuberkulinowych zaleca jedynie odczyn Mantoux. Podkreśla dalej występowanie w gruźlicy gorączki po zmęczeniu.

Wierzbowska sądzi, że objawy te mają wartość jedynie dla okresu niemowlęcego.

Łyskawiński uzależnia wartość wyszczególnionych objawów od wieku dziecka. Jeśli chodzi o przytłumienie w przestrzeni międzyłopatkowej kręgosłupa, to należy zawsze wykluczyć wpływ skoljozy przez podniesienie rąk.

Mikułowski podkreśla ścisły związek, zachodzący u dzieci między rozwojem gruźlicy gruczołów i początkowej gruźlicy samego mięszu płucnego. Stąd rozpoznanie kliniczne gruźlicy gruczołów staje się mimowoli rozpoznaniem początkowej gruźlicy płuc u dziecka. Poszczególne objawy kliniczne adenopatji nie mają znaczenia. Prócz badania radiologicznego, bakteriologicznego czy serologicznego ważne jest śledzenie za źródłem zakażenia w wywiadach

Posiedzenie kliniczne z dnia 16.XII 1925 r.

Łyskawiński i Połtorzycka omawiają przypadek **aortitis septica cum aneurysmate aortae u dwunastoletniej dziewczynki** ze zmianami w szczycie prawego płuca (tbc nodosa; partim fibrosa), zakończony zejściem śmiertelnym nagłym z powodu pęknięcia tętniaka. Omówienie uzupełniono pokazem odnośnych preparatów anatomicznych (streszczenie własne).

W dyskusji Mikułowski sprzeciwia się łączeniu w związek przyczynowy **endocarditis lenta** z przebyta odrą lub inną chorobą, wskazując na konieczność uznania w danym przypadku za wrota pierwotnego zakażenia migdałków, z których pośmiertnie podobnie jak ze śledziony wyhodowano paciorkowce. Ta okoliczność jak również fakt znalezienia za życia we krwi chorej paciorkowca każe M. rozpoznać tu **endocarditis lenta**.

Szenajch zapytuje, dlaczego niema zmian na zastawkach i czy są opisane podobne przypadki.

Erlichówna przytacza podobne przypadki z Krausa i Brugscha, nazwane ze względu na umiejscowienie **endaortitis lenta**.

Hirszfildowa mówi o różniczkowaniu łańcuszków na podstawie ich powinowactwa do poszczególnych narządów.

Połtorzycka podkreśla rzadkość przypadku wobec braku zmian na zastawkach, sądzi, że stwierdzone podostre zapalenie nerek jest dowodem dłużej trwającej sprawy.

Łyskawiński przedstawia przypadek **białaczki szpikowej o przebiegu przewlekłym u dwunastoletniej dziewczynki** (będzie drukowane w Pedjatrji Polskiej).

W dyskusji Erlichówna podkreśla, że przypadek po zbadaniu preparatu krwi nie przedstawia żadnych wątpliwości dajagnozy.

Erlichówna wygłasza odczyt p. t.: **„Znaczenie rozpoznawcze objawu karkowo-mydriatycznego Flatau w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci“.**

W dyskusji Zandowa uważa, że objaw Flatau'a posiada wartość ale nie bezwzględna. Przytacza przykład z objawem ujemnym.

Szenajch sądzi, że jest to jeden z najwcześniejszych objawów oponowych, i dalej podkreśla wartość jego u niemowląt. U starszych dzieci objaw ten jest równoważny z objawem Brudzińskiego.

Sachs podaje, że Kernig często spotyka się u zupełnie zdrowych niemowląt.

Hirszfildowa zapytuje o zachowanie się objawu Flatau'a w stanach meningizmu.

Erlichówna stwierdza, że w stanach meningi-

zmu objaw Flataua jest zawsze ujemny. Podkreśla dalej, że dla wyniku badania jest ważna technika wywoływania tego objawu.

Gromski omawia sprawę odżywiania niemowlęcia na pierwszym międzynarodowym zjeździe opieki nad dzieckiem w Genewie (rzecz będzie drukowana w Pedjatrji Polskiej).

Sekretarz: R. Barański.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dn. 10.IV.1926 r.

Pokazy:

1. Zandowa i Węgierekowa. **Przypadek stwardnienia rozsianego o niezwyklej przebiegu.**

20-letni młodzieniec zgłosił się 12.I. r. b. ze skargą, iż w końcu listopada dostał napadu drgawek z utratą przytomności. Pozatem co kilka tygodni miewa przykre wrażenia świetlne (mroczki przed oczyma) poczem zjawia się silny ból głowy. Przy badaniu stwierdzić można było bardzo słaby stopień niedowładu prawostronnego zwłaszcza w obrębie twarzy. Odruchy ścięgniste po stronie prawej były nieznacznie wzmożone, brzuszno pr. — brak. Odruch podszwowy — normalny. Dno oczne wykazywało zaróżwienie tarcz i silne rozszerzenie naczyń na tarczach. Vis. pr. 6/15. Astygmatyzm 4,0 D., po zastosowaniu szkieł vis 6/10. Odczyn Wassermana ujemny. Po 16 dniach niedowład prawostronny i zaróżwienie tarcz ustąpiło, pozostał jedynie charakter kloniczny prawego odruchu kolanowego i pojawił się oczopląs gałek ocznych. Również osłabł odruch brzuszno lewy. Badanie uszu (Dr. Karbowski) wykazało wzmogłą pobudliwość nerwu przedsionkowego na odczyn cieplikowy. W kwietniu prawidłowe dotąd pole widzenia zaczęło wykazywać zwężenie na wszystkie barwy. Na oku prawym w obrębie plamki żółtej pole Mariottea powiększyło się. Obecnie u chorego stwierdza się: zniesienie odruchów brzusznych z wyjątkiem prawego górnego, obecność objawów Rossolimo i Mendel-Bechterewa po stronie prawej, czasem niewyraźne występowanie objawu Rabińskiego po tejże stronie. Bóle głowy, mroczki i towarzyszące im przez pewien czas niedowidzenie połowicze (bez zmian przedmiotowych na dnie oka) ustąpiły. Natomiast dokuczały parestezje w całym ciele. W przedstawionym przypadku stwardnienia rozsianego na szczególną uwagę zasługuje obecność ognisk mózgowych rzadko notowanych (Taylor, Sander, Philippe-Jones i in.). Jeszcze większą rzadkość w przebiegu sclerosi multiplex stanowią napady drgawkowe. Wilson na ogólną liczbę kilkuset przypadków widział napady padaczkowe w 7 przyp. Niedowład połowiczny, występujący po napadzie drgawowym, spostrzegali Strümpell, Bikeles, Dejerine-Thomas i in. Nie notowano nigdy występowania drgawek w późnym okresie stwardnienia rozsianego. Zmiany na dnie oczu w postaci neuritis optica są względnie rzadko spostrzegano. Bruns i Stocling podają, iż objaw ten może na lata całe wyprzedzać wybuch właściwy choroby. O przemijającym niedowidzeniu połowiczem wspomina Oppenheim, jako o niezmiernie rzadkim objawie stwardnienia rozsianego. U przedstawionego chorego napady takie łączyły się zawsze z napadami mroczków i bólów głowy. Fakt ten, zestawiony z istnieniem niewątpliwem innych ognisk mózgowych, każe przypuszczać, iż niedowidzenie zależy tu od ogniska w obrębie płata potylicznego.

Dyskusja:

Szwarc uważa, że wynik badania oczu nie zupełnie jasno przemawia za neuritis optica, t. j. jednym z tych podstawowych objawów, na których opiera się rozpoznanie stwardnienia rozsianego.

Flatau. W rozpoznawaniu stwardnienia rozsianego przestano wzorować się ściśle na klasycznym obrazie opisanym przez Charcot. Doświadczenie bowiem pouczyło, że znacznie częściej zdarzają się przypadki nietypowe, odbiegające od tych, jakie opisał Charcot. Występowanie drgawek w przebiegu stwardnienia rozsianego należy do

rzadkości. F. przytacza przypadek, w którym dokonano operacji z powodu mylnego rozpoznania padaczki Jacksona. W rozpoznawaniu sclerosi multiplex na uwagę zasługują takie objawy, jak silne bóle głowy, występujące po nakłuciu łądźwiowem i trwające kilka dni a nawet tygodni, i biologiczna próba łądźwiowa Guillaína.

Zandowa odpowiada, że zmiany oczne nie są niezbędne dla rozpoznania stwardnienia rozsianego, że w danym przypadku jednak było zaczerwienienie tarcz wzrokowych, ostatnio zaś wystąpiło zwężenie pola widzenia oraz scotoma relatiu.

2. Held. **Przypadek zgorzeli płuc wyleczony zapo-
mocą sztucznej odmy piersłowej.**

W przeciągu ostatnich lat kilku, jest to już 2-gi tego rodzaju przypadek, spostrzegany na oddziale. Dotyczył on 39-letni mężczyzny, który zachorował nagle w połowie stycznia r. b. Sprawa zgorzelinowa umiejscowiła się w prawym górnym płacie. Chory po 6-ciu tyg. bezskutecznego leczenia środkami balsamicznymi i wzięwaniami odkażającymi w stanie b. ciężkim, z wahaniami cjeploty do 390; wybitnie wyniszczony został przyjęty na oddział dr. Landaua. Chory po 2-iej O: szt: przestał natychmiast gorączkować, ilość flegmy z 3 szklanek na dobę zmniejszyła się do 1/4 — 1/8 szklanki na dobę, a po 3-iej (ogółem wpuszczono 2150 cm.³ N) — nastąpiło zupełne wyleczenie. Wypisał się ze szpitala przybrawszy na wadze 10 kg.

Odma sztuczna może znaleźć zastosowanie tylko w zgorzeli górnopłatowej, dolnopłatowe zgorzele, jak to wynika z własnych spostrzeżeń w krótkim b. czasie prowadzą do zrostowego zapalenia opłucnej i przez to uniemożliwiają założenie odmy. Dla uniknięcia ropnego zapalenia opłucnej nakłucie przy założeniu pierwszej odmy należy robić w znacznej odległości od ogniska zgorzelinowego oraz wpuszczać do opłucnej tylko tyle gazu, ile trzeba by ciśnienie wewnątrzopłucnowe sprowadzić do 0.

Dyskusja:

Janowski uważa, że pogląd, jakoby zgorzel płucna dawała złe rokowanie jest bardzo przesadzony. To też uciekanie się do takich zabiegów, jak odma płucna, bywa zwykle zbędnym. Na podstawie własnego doświadczenia J. stwierdza, że najcięższe postaci zgorzeli płucnej leczą się pomyślnie zapomocą inhalacji terpentyny i roztworu karbolu.

Simon. Rokowanie w zgorzeli płucnej nie zawsze jest pomyślne. W czasie wojny spostrzegł w szpitalu w Westfalji epidemję włóknikowego zapalenia płuc, wikłającego się często zgorzeliną. Pomimo należytej pomocy lekarskiej wszystkie przypadki zgorzeli kończyły się śmiercią.

Knappe zgadza się z Janowskim, że rokowanie, jakie zwykliśmy stawiać w zgorzeli płucnej, jest zbyt pesymistyczne. Jako przykład, przytacza przypadek gangreny płuc u 60-letniego wynędzniałego osobnika, w którym wbrew własnym przewidywaniam nastąpiło wyleczenie przy stosowaniu zwykłego leczenia.

Held w odpowiedzi przytacza wysokie statystyki śmiertelności w zgorzeli płuc, podawane przez licznych autorów (Körty, Harvier, Sauerbruch, Brugsch, Frachkel).

Posiedzenie z dn. 24.IV.1926 r.

Odczyty programowe:

H. Higier. **Kłya i alkoholizm dziedziczny.** H. omawia wpływ wojny wszechświatowej, licznych epidemij podczas wojny, alkoholizmu i kłya na znaczne powiększenie się liczby dzieci nienormalnych, neuropatów i psychopatów, etycznie niedorozwiniętych lub intelektualnie niedociągniętych, przestępných, nieuspołecznionych i przeciwspołecznych. Omawia zasadnicze błędy, panujące w nauce o kile dziedzicznej. Dysharmonja między pojęciem wrodzoności i dziedziczności. Przymiot dziedziczny nie istnieje, jest tylko wrodzony. Małowartościowość praw Collego, Prophety Diday-Kassowitza w dziedzinie przymiotu wrodzonego. Oznaki kłya pewne prawdopodobne i wątpliwe, dotyczące rozmaitych narządów.

Alkoholizm nabyty i dziedziczny. Signes grands et petits autorów francuskich. Wpływ jodu bezpośredni, wpływ neurotropowy. Wrodzone tło psychopatyczne i wpływ otó-

czenia. Badanie u dzieci neuro- i psychopatycznych inteligencji i pamięci, uwagi i kojarzeń, afektów i emocyj, sefery moralnej i etycznej zapomocą testów. Segregowanie do szkoły normalnej, szkoły specjalnej, szpitala, oddziału obserwacyjnego, szkoły dla upośledzonych, do zakładu poprawczego, kolonii robotniczej. Wybór późniejszego zawodu.

2. Z. Rosenblumówna. **O dzieciach anormalnych ze stanowiska klinicznego i leczniczego.** (Ukaże się w druku).

Jelenkiewicz.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej.

Posiedzenie kliniczne z dn. 10.XI 25 r.

Przewodniczący: Prezes W. Róbin.
Sekretarz: J. Merenlender.

A. Pokazy chorych:

1) J. Szejnberg. **Przypadek zajścia w ciążę po kilkakrotnym usunięciu włókniaków macicy.**

Pacjentka S., lat 25, zwróciła się po raz pierwszy o poradę w 1922 roku z powodu długotrwałych i nieprawidłowych perjodów. Stwierdzono wówczas włókniakową macicę i chorą poddano operacji konserwatywnej wyłuszczenia włókniaków. Po operacji chora zaczęła krwawić i w czerwcu 1922 r. dostała silnego krwotoku. Usunięto polipa i dokonano skrobienia. Po tym zabiegu chora nadal krwawiła w przeciągu roku, a w październiku 1923 roku znów dostała silnego krwotoku. Wykonano skrobienie. Wyskrobiny (badanie histologiczne) zmian patologicznych nie wykazały. Po tym zabiegu chora nie przestawała krwawić i w październiku 1924 roku znów dostała krwotoku. Stwierdzono rodzący się włókniak, który został usunięty. Po tej 4-ej operacji chora przestała krwawić, miała normalne perjody do kwietnia b. r. Obecnie jest w 6-ym miesiącu ciąży.

Statystyka Wintera, opierająca się na 614 przypadkach konserwatywnego usunięcia włókniaków, wykazuje 7 przypadków ciąży. Winter i Dohrn zebrali w piśmiennictwie 30 przypadków zajścia w ciążę po myomektomii konserwatywnej.

Referent w końcu omawia etiologję oraz możliwości zajścia w ciążę przy obecności włókniaków.

Rozprawa.

Goldberg Oskar uważa, że wyłuszczenie włókniaków niezawsze ułatwia zajście w ciążę, w danym przypadku dopomogły prawdopodobnie kilkakrotne skrobienia.

Hirszbajn — zaznacza, że w skuteczności zabiegu odgrywa rolę wiek pacjentki.

2) J. Rosenberg — **Przyp. epidermolysis bullosa hereditaria.**

Po omówieniu etiologii, kliniki i postaci powyższego cierpienia, referent przedstawia chorego S. B., lat 26. Rodzice chorego — zdrowi, z sześciorga rodzeństwa jedna siostra (starsza), jak również jej synek (5 letni) są dotknięci tem samym cierpieniem. Rozpoczęło się ono u chorego w dzieciństwie i trwa do tej pory, pogarsza się latem.

Pod wpływem ucisku lub tarcia występują przeważnie na kończynach pęcherze, które w ciągu kilku dni się goją. Obecnie widać na obu stopach i na podudziach po stronie zginaczy już to całe, już to pęknięte lub gojące się pęcherze. Takież zmiany na niektórych palcach rąk. W środkowej części przedniowewnętrznej strony lewej goleni skóra jest nieco ciemno zabarwiona, cienka, błyszcząca, zanikowa. Paznokcie u stóp są w stanie zaniku. W moczu, w narządach wewnętrznych, w układzie nerwowym zmian niema.

Morfologiczne badanie krwi wykazało nieznaczny limfocytozę (33%), pozatem wzór prawidłowy. W assermannu we krwi ujemny. Pirquet — słabo dodatni. Badanie układu roślinnego wykazało wagotonję (Poncz), Rokowanie cierpienia *quo ad vitam* jest dobre, mniej pewne co do wyzdrowienia. Co się tyczy patogenety, to najslusniejsze, zdaje się, jest zapatrywanie Brocqua, według którego jest to trofoneroza, która znów podług Goleya znajduje się w zależności od niedomogi układu roślinnego.

Rozprawa.

Poncz — uzupełnia danymi, tyżącemi się powyższego przypadku, a uzyskanymi przy badaniu farmakologicznem układu roślinnego, i omawia stosunek niektórych dermatoz do zaburzeń w układzie parasympatycznym.

Milejkowski — podkreśla, że wagotonicy nie zawsze reagują wysiękiem (jak w danym przypadku). Dowodem są chorzy na łuszczycę, którzy bardzo często są wagotonikami.

Szwarc — zapytuje czy w tem cierpieniu bywa zajęta spojówka.

3. J. Rosenberg — **Przyp. Granulosis rubra nasi (Jadassohn).**

17 letnia pacjentka jest już od dzieciństwa dotknięta cierpieniem skóry nosa. Skóra poniżej kostnej części jest czerwona i usiana małymi czerwonymi grudkami. Czerwonosc znika pod uciskiem palca. Skóra na dotyk jest delikatna, chłodna i nieraz widoczne są jakby krople rosy (Hyperhydrosis).

B. Odczyt.

St. Klein — **O czynności śledziony.**

Referat wyszczególnia 15 czynności śledziony, z tych część nie ulega wątpliwości, część jest bardzo prawdopodobna i wymaga dalszych badań. Najważniejszą jest czynność spożytkowania zużytych krwinek, przygotowania ich dla czynności żółciotwórczej wątroby i zatrzymanie na zapas pozostałego żelaza. Według K. żółć w śledzionie nie wytwarza się, dużą rolę gra śledziona jako regulator czynności erytropoetycznej i leukopoetycznej szpiku kostnego. W sprawie krzepliwości krwi śledziona, zdaniem K., gra bardzo małą rolę. Adrenalina nie może służyć do celów poznawania czynności śledziony. Jeden tylko fakt nie ulega wątpliwości, że od adrenaliny śledziona się kurczy. Po splenektomji adrenalina daje zawsze limfocytozę, której pochodzenie nie daje się narazie dokładnie określić. Rola układu nerwowego zdaniem K. jest w tem zjawisku bardzo wątpliwa. Śledziona gra dużą rolę, jako rezerwar krwi dla wątroby i całego ustroju, co referent już dawniej stwierdził, badania zaś Bankrofa pogląd ten potwierdziły. K. dwukrotnie widział po skurczu adrenalinowym śledziony znaczne zwiększenie objętości wątroby; widocznie w niej zatrzymuje się cała krew, idąca ze śledziony. Jaki to ma cel, trudno powiedzieć, być może, że gra tu rolę tama wątrobową Picka. Choć według niego, adrenalina wywołuje otwarcie tamy. Zdaniem referenta, powiększenie wątroby powstaje prawdopodobnie fizjologicznie jednocześnie ze skurczem śledziony. W ten sposób wątroba otrzymuje większą ilość materiału, potrzebnego jej do perjodycznej; bardzo intensywnej czynności. Badania eksperymentalne tu są niezbędne.

W rozprawie zabierali głos: Poncz, Pupko, Stabholz, Lipszyc, Pekelis, Winer, Gelbaum.

Posiedzenie kliniczne z dn. 24XI.1925 r.

Przewodniczący: L. Endelman.
Sekretarz: J. Merenlender.

A. Pokazy chorych:

1) M. Cygielstrejchowa. **Przypadek py-lethrombosis.**

23 letnia chora przybyła na oddział Dr. Lewina w stanie bardzo ciężkim, z ciepłotą podgorączkową. Z wywiadów dowiedziano się, że tuż po przebytych porodzie chora zaczęła gorączkować (39°—40°), a po 3 tygodniach wytworzyły się płyny w jamach surowicznych. Badanie wykazało: ciepłota 37°, tętno przyspieszone o słabem napięciu, tony serca głucho, płyny (przesiek) w jamach surowicznych, wątroba i śledziona znacznie powiększone. Po wyłączeniu wszystkich swoich schorzeń wątroby i śledziony, można było powyższy przypadek z największym prawdopodobieństwem traktować, jako częściowe zaczopowanie żyły wrotnej (pylethrombosis). Po zastosowaniu środków moczopędnych (nowasurol i salyrgan — dożylnie) i hemoterapii, chora po 2-eh miesiącach znacznie się poprawiła; a płyny przesiekowe znikły.

2) H. Rabinowicz. **Przypadek guza płuca o nietypowym przebiegu.**

Choroba tyczy się 30 letniego mężczyzny i rozpoczęła się 3 miesiące temu w postaci zapalenia oskrzeli. Po miesiącu tępe bóle w łopacie, przybierające wkrótce charakter stały i ogarniające całą połowę klatki piersiowej. Pierwsze prześwietlenie roentgenowskie wykazuje **pleuritis interlobaris**. Wskutek pogorszenia stanu chorego (nasilenie bólów, duszność, znaczne schudnięcie i osłabienie) dokonano prześwietlenia powtórnego, które wykazało w części środkowej płuca lewego guz wielkości pięści, uciskający naczynia duże, przemieszczenie tchawicy, znaczne rozszerzenie oskrzela lewego, oraz powiększenie gruczołów węzłowych, szczególnie po stronie prawej. Leczenie naświetlaniem prom. Roentgena i wstrzykiwaniami solarsonu było dotąd bez wyniku dodatniego.

W rozprawie zabrał głos Lewin.

B. Odczyt.

B. Karbowski. Rola narządów przedsiolkowych w układach statokinetycznym i statycznym.

Prelegent we wstępie nurzył sprawę wzajemnego stosunku między zmysłem statycznym a zmysłem przestępnym z jednej strony, zaś zmysłem kierunku z drugiej strony. Po scharakteryzowaniu grupy statokinetycznych odczynów prelegent przytoczył nowsze poglądy w sprawie odczynów statokinetycznych, występujących na skutek ruchu postępującego. Z kolei podane zostały opisy poszczególnych odczynów statycznych — położenia — ruchów kompensacyjnych gałek ocznych i ustawienia z uwzględnieniem metod, zastosowanych przez Magnusa de Kleina dla ujawnienia tych odczynów. Rola narządów kamyczkowych została ujęta z punktu widzenia całokształtu zjawisk, wchodzących w grę przy ustawieniu ciała. Na zakończenie prelegent uwzględnił znaczenie wyników doświadczeń Magnusa de Kleina dla kliniki i patologii ludzkiej.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na 38-ym zjeździe niemieckiego towarzystwa internistów I-ym tematem głównym było: **współczesne leczenie kiły układu nerwowego**. Spielmeier referował: **Badania teoretyczne nad kiłą układu nerwowego, mające na celu rozwiązanie zagadnień leczniczych**. Nazwa metalues staje się nieodpowiednią z chwilą, gdy bezsprzecznie wykazano obecność krętka bladego w układzie nerwowym w przypadkach wiądnienia rdzenia i porażenia postępującego. Jednak cierpienia te ze względu na szereg osobliwości klinicznych, anatomicznych i patogenetycznych stanowią odrębną grupę w szeregu innych schorzeń kiłowych układu nerwowego.

W obu cierpieniach stwierdzono możliwość samostanowienia uspokojenia się sprawy chorobowej nawet pod względem anatomicznym. Obraz histologiczny w kilku tego rodzaju przypadkach porażenia postępującego podobny jest do tego, jaki spotyka się w przypadkach pomyślnie leczonych zapomocą zimnicy. Istoty leczenia nieswoistego (szczepienie

zimnicy i t. p.) na podstawie badań anatomicznych objaśnić nie można. Nie znajdowano nasilenia się zapalenia ani też fagocytozy. Zapalenie opon mózgowych, występujące po szczepieniu duru powrotnego, należy uważać, jako zakażenie recurrensem a nie, jako, zastosowanie się sprawy kiłowej. W zagadnieniu patogenetycznym wiądnienia i porażenia dużą rolę odgrywa rodzaj zarazka. Stwierdzono różnicę w poszczególnych szczepach krętka i specjalne powinowactwo do układu nerwowego, występujące, jako neurotropizm wczesny a nie zjawiający się dopiero po pewnym czasie. Przeistaczanie się krętków pod wpływem leczenia swoistego w gatunki neurotropowe nie jest dowiedzione, jednak dalsze ścisłe badania w tym kierunku są konieczne.

Wagner-Jauregg referowali: **współczesne leczenie kiły układu nerwowego**. Ogólnie uznaje się niedostateczność leczenia swoistego wiądnienia i porażenia postępującego, stosowanego nawet heroicznie (dokręgowo i w dużych dawkach). O leczeniu nieswoistym porażenia postępującego drogą szczepienia zimnicy referenci wyrażają się, że działa ono tak pomyślnie zwłaszcza w okresach początkowych, iż można zasadniczo uważać zagadnienie wyleczenia tego cierpienia za rozwiązane. Spostrzeżenia porównawcze wypadły, że lepsze jeszcze wyniki można osiągnąć, dołączając do kuracji zimniczej (stosowano 10 — 12 napałów gorączkowych) leczenie salwarsanem (3 — 5 gr.), w grę również tu wchodzi Hg, Bi lub jod. Poprawa odczynów surowicy i płynu mózgowo-rdzeniowego postępuje wolniej niż znikanie objawów chorobowych.

Na posiedzeniu akademii lekarskiej w Paryżu Laredau podał wyniki próby Botelho w 200 przypadkach sprawdzonych w instytucie leczenia radem. W 111 przypadkach raka próba była dodatnia, w 39 — ujemna. Z przypadków nie dotkniętych rakiem 33 dały próbę ujemną, 17 — dodatnią.

Na posiedzeniu majowym towarzystwa lekarskiego szpitali w Paryżu Mattei przedstawiał dobre wyniki stosowania chloralu w nadciśnieniu tętniczym (1 — 2 gr. pro die).

Harvier i Schedrovitsky donosili o działaniu adonis w zastrzykach dożylnych. Dawka ta wywołała szybką i obfitą diurezę w przypadkach obrzęków na tle niedomogi sercowej.

Marcel Labbé mówił o leczeniu jodem choroby Basedowa; opierając się na 12 własnych spostrzeżeniach. W większości przypadków poprawa była znakomita, w niektórych można było mówić prawie o wyleczeniu. Amerykanie nie obserwowali tak dobrych wyników, gdyż leczenie stosowali krótko w przypadkach przeznaczonych do operacji. Wskazanie do leczenia jodem stanowi wole prawdziwe (goitre exophthalmique vrai). Jod jest niebezpieczny w przypadkach wola obrzękowego rozlanego (goitre exophthalmique diffus) i wola toksycznego.

L. J.

Odcinek

Zygmunt Freud.

(Z powodu 70-ej rocznicy urodzin).

Podał

Maurycy BORNSTAJN (Warszawa).

Jubileusze ludzi wybitnych mają po za swoją stroną formalną, okolicznościową i, że tak powiem subiektywną, jeszcze i inną — obiektywną, posiadającą wartość dla nauki samej, dla dziedziny, którą reprezentują jubilaci. Jubileusze, z tego punktu widzenia brane, to nie tylko wiwaty i tcastry, — to oraz i chwile zadumy, skupienia, pozwalające zatrzymać się przez chwilę w codziennym biegu naszym; spojrzeć po za siebie i sięgnąć pamięcią wstecz, oświetlając, niby reflektorem przebytą drogę, na której występują wtedy wyraźniej w szarzyźnie dnia codzien-

nego zamglone drogowskazy, zatknięte na tej drodze przez wielkich twórców.

Do takich należy niewątpliwie Zygmunt Freud, który d. 6 maja r. b. ukończył lat 70.

Połowę życia swego, wypełnionego, czynem twórczym, złożył na ołtarzu dyspliny naukowej, która, jako nowa, poniekąd rewolucyjna, nie przez wszystkich jeszcze jest uznawana w całej pełni, ale stopniowo zdobywa sobie coraz większe prawo obywatelstwa, coraz liczniejsze zastępy zwolenników pośród uczonych całego świata na obu jego półkulach.

Dla zapoznania czytelników "Czasopisma" w pobieżnym z konieczności artykule z teorią Freuda, która nosi nazwę psychanalizy, zacznę zrazu od prezentacji ogólnej. Jest to dziś gmach nauki specjalnej, samodzielnej niejako, dźwignięty od fundamentów aż po szczyty mocą twórczą jednego człowieka, a nieustannie rozbudowywany i rozszerzany przez całe rzesze jego uczniów; gmach — powiedzmy odrazu — zbudowany na trwałych podstawach

empirji lekarskiej, wbrew opinji przeciwników, opinji, wypływającej z niedostatecznej znajomości rzeczy, którzy uważają go za jakiś gmach napowietrzny, pełen tworów fantastycznych.

"Psychoanaliza", jak dla skrócenia zwana jest teoria Freuda, to wielki ruch naukowy, posiadający swoje dwa czasopisma specjalne i ogromną, rosnącą z dnia na dzień liczbę dzieł, ześrodkowanych w olbrzymim międzynarodowym towarzystwie nakładowem z centralą w Wiedniu, miejscu urodzenia, zamieszkania i działalności twórcy.

Dla lepszego zrozumienia istoty i wartości tej teorii, musimy sięgnąć trochę wstecz.

... Wiek XIX-y dobiegał końca. Był to czas rozkwitu przyrodoznawstwa i wszelkich nauk, z niem związanych, na niem opartych. Człowiek, dzięki teorii Darwina, odarty z purpury królewskiej, strącony z piedestału swego, zdezonizowany, okazał się tylko jednym, wprawdzie najwyższym, ostatniem ogniwem w ogromnym łańcuchu stworzeń żywych. Nie mogło to pozostać bez wpływu na kierunek i rozwój nauk lekarskich oraz psychologii. Badania ścisłe nad mózgiem sprzyjały znakomicie temu, ażeby psychologię oprzeć na podstawach fizjologii mózgu. W r. 1861 odkrywa Broca w lewej półkuli mózgowej ośrodek mowy ruchowej; w kilka lat później Wernicke obwieszcza światu naukowemu, że w tejże półkuli, w innym zespole komórek nerwowych mieści się ośrodek mowy czuciowej, rozumienie mowy, dalej Fritsch i Hitzig odkrywają ośrodki ruchu kończyn i mięśni twarzy. Obok ośrodków dla rozmaitych funkcji specjalnych starano się wyodrębnić pewne dziedziny kory mózgowej, których zadanie stanowi wiązanie i przetwarzanie materiału, dostarczonego przez zmysły wzroku, dotyku, smaku i t. d., i nazwano je ośrodkami asocjacyjnymi (kojarzeniowymi). W ten sposób stworzono biologiczno-fizjologiczne podstawy dla psychologii — i dawna angielska psychologia asocjacyjna, oparta na pojęciach, zaczerpniętych z mechaniki i fizyki — odżyła w nowej fizjologicznej szacie. Powstała psychologia z swą teoretyczną koncepcją stosunku ciała do duszy, mózgu do spraw psychicznych — z t. zw. paralelizmem psychofizycznym.

Nie możemy się tu wdawać w obszerniejszą krytykę tego pojęcia, musimy tylko zaznaczyć, że hipoteza paralelizmu była i jest tylko przydatną, heurystyczną koncepcją pomocniczą; t. zw. hipotezą pracy, ale nie wyjaśnia istoty spraw psychicznych, zaciemnia raczej tę prawdę, dziś już powszechnie niemal uznaną, że sprawy psychiczne są czemś od cielesnych, mimo całą zależność, zasadniczo odmiennem.

Oto pośród tej powszechnej tendencji podporządkowania spraw psychicznych sprawom czysto fizjologicznym powstały ogniska myśli, które bezwiednie, nieświadomie, kuć zaczęły oręż przeciw tej "bezwzględności" psychofizjologicznej. Były to prace nad sugestją i hipnotyzmem, prowadzone z wielkim zapałem w pierwszym rzędzie przez Francuzów: Bineta, Bernheima z Nancy, Liébaute i Charcota. Prace ich, doświadczenia, eksperymenty in vivo, dowiodły, że można komuś coś nakazać we śnie hipnotycznym — i będzie to wykonane nie tylko natychmiast, ale i po krótszym lub dłuższym przeciągu czasu z całą dokładnością i ściśle w terminie nakazanym, chociaż od tego terminu, człowiek, poddający się tej sugestji, nic o tem nie wie, nie zdaje sobie sprawy, nie jest świadom tego, że nakaz podobny istnieje w nim i że ma być dokonany.

Sugestia hipnotyczna i pohypnotyczna okazały się faktami niezaprzeczanymi. Fakty te nie dały się podporządkować pod suchy formalizm psychologii fizjologicznej. Pozostawało coś niewyjaśnionego. Badania nad sugestją i hipnozą rozpoczęły się coraz bardziej po świecie całym.

Lekarz wiedeński, internista, Józef Breuer, lecząc histerję przy pomocy hipnozy, poczynił spostrzeżenie, że kiedy hysterzyki we śnie hipnotycznym opowiadały wydarzenia, które uczyniło na nich silne wrażenie, kiedy zwłaszcza od reagowały to w zruszenie, które temu wydarzeniu towarzyszyło, to objaw lub szereg objawów, jak wstręt do jedzenia, hysteryczny kaszel, porażenie, niemota — znikają bezpowrotnie. Zainteresował się temi spostrzeżeniami przybyły wówczas do Wiednia od wielkiego Charcota, długoletni uczeń jego, młody lekarz, Zygmunt Freud wraz z Bre-

uerem kontynuował doświadczenia, których rezultatem był skromny, ale jakże rewelacyjny, artykuł w Nr. 1. Neurologisches Zentralblatt r. 1893, p. n. "Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene".

W dwa lata później ukazuje się już dzieło całe obu autorów p. n. "Studien ueber Hysterie", gdzie zgromadzony jest cały materiał faktyczny, na którym oparli oni swoje trzy. Polegają one głównie na tem, że objawy hysteryczne są wynikiem, ekscyzturą, konwersją (nowy termin) wydarzeń, silnie zabarwionych afektywnie, zapomnianych, nieświadomych, i że odkrycie tych wzruszeń, powtórne ich przeżycie, wprowadzenie ich do świadomości sprawia, że objaw jakiś, który był tylko tych wzruszeń wyrazem — znika. Metodę leczenia nazwali katartryczną (od greckiego grama katharis, oczyszczenie). Sami autorowie przyznają, że wykryta została w ten sposób tylko geneza samych objawów, że powstawanie nerwicy, jako całości kształtu, nie jest jeszcze przez to dostatecznie wyjaśnione. Prowadząc dalej samodzielnie badania chorych na psychonerwicę w raz wytkniętym kierunku, doszedł Freud już sam do szeregu wniosków, które stanowiły podwalinę właściwą tego, co nazywamy dziś psychoanalizą. Spostrzegł mianowicie, że nie wszystko, co chorzy wypowiadają w śnie hipnotycznym, przychodzi im z jednakową łatwością, że pewne rzeczy wypowiadają z trudem, po pewnym dłuższym lub krótszym wahaniu, jakby przewyciężając jakiś opór, jakby się broniąc przeciwko temu, co ma być odreagowane. Freud wyprowadził stąd prosty wniosek, że to coś, co było stłumione, trzymane było w obrębie nieświadomego przez jakąś siłę, którą należy przewyciężyć, ażeby to stłumienie zniweczyć i to "coś" do świadomości wprowadzić. Inaczej stłumienie tego nie da się usunąć, a nieświadome w dalszym ciągu pozostanie nieświadomem, od świadomości zupełnie odseparowanym. Podczas kiedy przed nim sądzono, że nieświadome to jest coś, to jest zapomniane przez nas, niezauważone, ale każdej sposobnej chwili może samo przez się być uświadomione, — Freud, wykrył, że te myśli i uczucia, które w ten sposób mogą być uświadomione, są niejako podświadome (vorbewusst) i nie posiadają żadnych specyficznych cech, które odróżniałyby je od świadomych; natomiast właściwe nieświadome (das Unbewusste) to jest wszystko to, co w zwykłych warunkach nie może być uświadomione, albowiem powstało przez siłę tłumienia, którą przedtem należy usunąć.

To pojęcie nieświadomego, oparte na dynamicie psychicznej; stanowi właśnie oryginalną koncepcję Freuda i legło u podłoża całej jego nauki. W związku z tą koncepcją przyszedł Freud właśnie do przekonania, że metoda katartryczna, połączona z hipnozą, nie wystarcza, nie daje dostatecznego wglądu w to zmaganie się chorego z sobą samym przy wydobyciu rozmaitych zapadłych gdzieś zdawna wzruszeń, że utrudnia usuwanie tej siły oporu, że przeto należałoby zmodyfikować metodę o tyle, żeby hipnozę zupełnie zarzucić, a pozwolić choremu mówić swobodnie, na jawie. To poróżniło już Freuda z Breuerem. Dopelnio miary rozgorzyczenia Breuera i spowodowało zupełne odwrócenie się od Freuda drugie spostrzeżenie, które zrobił ten ostatni podczas wspólnych badań, a którego nie chciał uznać Breuer. Okazało się mianowicie, że dzięki tej metodzie badania na jawie, metodzie psychoanalitycznej, można było cofać się od objawu aktualnego do wcześniejszych etapów życia osobnika, które już zawierały w sobie zalążki tego objawu, jego źródła, i że etapy te sięgają bardzo wczesnego dzieciństwa, a dotyczą przeważnie sfery seksualnej. Okazało się — a późniejsze badania i dzisiejszy stan rzeczy potwierdzają to w zupełności, — że popęd seksualny nie powstaje w okresie t. zw. dojrzewania płciowego, ale istnieje od samego urodzenia, wykazuje jednakże przed dojrzałością płciową cechy specyficzne; które znikają częściowo lub doszczętnie niemal w okresie dojrzałości. To odkrycie obok dynamicznego pojęcia "nieświadomego", o czem mówiliśmy poprzednio, — stanowi drugą kapitalną etap w rozwoju nauki psychoanalitycznej. Dziecko ma swój popęd płciowy nieświadomy, nie związany jeszcze z narządami płciowymi; ale rozlany niejako po całym ciele, umiejscowiony w rozmaitych jej obrębach, zwłaszcza w ustach, odbytnicy, skórze i t. d. i stopniowo dopiero, w miarę rozwoju, uczulenie tych obrę-

bów ciała pod względem seksualnym zanika, a narząd płciowy obejmuje zwierchnictwo, podporządkowując sobie owe dawne umiejscowienia, których podrażnienie dawało dziecku rozkosz płciową. Normalny rozwój seksualny dziecka polega właśnie na dostatecznym stłumieniu tych popędów, związanych z poszczególnymi obrębami ciała i podporządkowaniu ich pogładowi związanemu z narządami rozrodczymi (genitalia). Zależnie od tego, czy i o ile ów genitalny popęd przezwycięży tamte dziecięce nieświadome nastawienia, potrafi je sobie podporządkować — dziecko pozostaje *ceteris paribus* psychicznie zdrowe. Podkreślam *ceteris paribus* dlatego ażeby uwydatnić, że Freud, kładąc bardzo ważny nacisk na indywidualny rozwój seksualności dziecięcej, nie zapomina jednak i innych przyczyn w powstawaniu psychonerwicy i psychoz, jak wrodzone lub odziedziczone usposobienie z jednej strony i aktualne jakieś przeżycie, wywołujące psychonerwicę — z drugiej. A kładzie ten nacisk dlatego, że przed nim nikt nie zwracał uwagi na to pośredniczące, a jednak tak niesłychanie ważne ogniwo: przypisywano wszystko bądź t. zw. wyrodnieniu, a więc dziedziczności, bądź też wstrząsom psychicznym aktualnym. U Freuda, wbrew oklepanym zarzutom panseksualizmu, jakie się zwykło słyszeć, widzimy t. zw. przez niego szeregi przyczynowy uzupełniający się wzajemem, który stanowi dopiero razem wzięty — źródło psychonerwicy.

W nauce o rozwoju seksualności (*libido*, jak ją nazywa Freud) poza wskazanym już powyżej terenem tej seksualności, na specjalną uwagę zasługuje obiekt popędu seksualnego u dzieci.

Jedną z naczelnych zasad psychoanalizy jest to empirycznie stwierdzone i ostatecznie niezmiennie potwierdzone spostrzeżenie, że w najwcześniejszym okresie życia (mniej więcej do 3 roku) *libido* dziecka ma jako obiekt swój własne ciało, jest a u t o e r o t y c z n a, zaś począwszy od tego okresu przenosić się zaczyna na objekty zewnętrzne, pośród których na pierwszym miejscu postawić należy rodziców i rodzeństwo.

Chłopiec, jako pierwszy obiekt miłości obiera matkę i żywi często nieprzyjemne uczucie dla ojca, jako rywala; dziewczynka — odwrotnie. Często brat starszy lub siostra zastępują ojca lub matkę. Wszystko to odbywa się jakby we mgle nieświadomej, ale istnieje niewątpliwie u wszystkich ludzi i musi być dokładnie przez proces tłumienia unieszkodliwione, ażeby *libido* od tych więzów rodzinnych, kazirodczych oswobodzone, mogła swobodnie przenosić się w okresie dojrzałości płciowej na objekty płci odmiennej. To ustosunkowanie się dziecka do rodziców nosi nazwę "kompleksu Edypa"; słynna, nieśmiertelna tragedia Sofoklesa "Król Edyp", gdzie, jak wiadomo, Edyp zabija w potyczce ojca, nie wiedząc o tem, że to ojciec, i żeni się z matką swoją Klitemestrą — opartą jest właśnie na tym, wszechludzkim konflikcie psychicznym — i stąd nazwa tego nieświadomego procesu, rozgrywającego się w duszy każdego dziecka. Normalny przebieg tego konfliktu polega na tem, że chłopiec np. potrafi w dostatecznej mierze stłumić w sobie skłonności seksualne ku matce i zdrożne, często zbrodnicze impulsy w stosunku do ojca, dla matki pozostawia uczucia tkliwości i serdecznego przywiązania, a ojca bierze sobie za wzór, z nim się utożsamia psychicznie, identyfikuje się z nim w tym sensie, że stwarza w sobie ideał męskości na wzór ojczyściego, stwarza w sobie wyższą instancję psychiczną t. zw. według Freuda „nad-ja“ (Ueber-ich) męskie: słowem staje się pełnowartościowym mężczyzną. W przypadkach patologicznych, a więc takich, które nazywamy psychonerwicami lub psychozami, kompleks Edypa nie został stłumiony w sposób wyżej wskazany: chłopiec nie potrafi w sobie stworzyć owego męskiego „nad-ja“, owej wyższej instancji duchowej na wzór męski, identyfikuje się nie z ojcem, ale z matką, staje się psychicznie kobietą, niezdatnym do miłości dla płci drugiej, stwarza w sobie w ten sposób utajone tendencje homoseksualne, dostaje tej lub innej psychonerwicy, albo też jeżeli się to dzieje w sposób niezbyt wydatny, posiada w charakterze swoim cały szereg cech t. zw. kobiecych, a więc przede wszystkim bierność, brak stanowczości, suggestywność i t. d.

Z tego, co udało nam się w krótkim zarysie dotąd powiedzieć, jasnym się staje, na czem polega leczenie psy-

chonerwicy przy pomocy metody psychonalizycznej. Chory w długim szeregu seansów, kojarząc myśli całkiem swobodnie, nie odrzucając żadnej, chociażby mu się wydawała najgłupszą, dochodzi, cofając się wciąż wstecz w przeszłość swoje najdawniejsze, do tych momentów, które stanowią wyraz owych zamglonych, w nieświadomości przeczytych okresów płciowości dziecięcej, niedostatecznie naówczas stłumionych, a więc posiadających wciąż jeszcze swoją dynamikę, przeciwstawiającą się normalnemu popędowi płciowemu, normalnemu ustosunkowaniu się do życia. Wprowadzenie tych procesów nieświadomych do świadomości, uzgodnienie ich z całokształtem ludzkiego „ja“ — stanowi zasadę i cel leczenia psychoanalizycznego. Jest to metoda lecznicza niezwykle trudna, wymagająca ogromnej cierpliwości, rzetelności i oddania się zarówno ze strony lekarza, jak i pacjenta. Zadzierzga się między nimi specyficzna nić, wytwarza się stosunek, noszący na sobie cechy rozmaitych uczuć sympatii i antypatii, które są niczem innym, jak odzwierciedleniem uczuć, przeżywanym przez chorego podczas psychoanalizy, po raz wtóry w życiu, a dotyczących osób najbliższych z jego otoczenia.

Wykrywanie tych utajonych fał uczuciowych, chwytanie ich *in flagranti*, uświadamianie ich choremu stanowi najważniejsze i zarazem najtrudniejsze zadanie psychoanalizy. Kto nie przeżywał tego osobiście, nie może zdać sobie sprawy z zawiloci tej t. zw. „sytuacji psychoanalizycznej“, jaka się podczas kuracji wytwarza, — i dlatego wszelkie uwagi krytyczne na temat psychoanalizy, jej podstaw teoretycznych i jej skutków praktycznych, uwagi, nie oparte na osobistym doświadczeniu, nie posiadają absolutnie żadnej wartości. Jako metoda lecznicza dla psychonerwicy jest psychoanaliza dzisiaj przez wszystkich, którzy rzetelnie się nią zajmują, uznana, jako najgłębsza i najradzykalniejsza. Oczywiście, że, jak wszelkie metody lecznicze, nie może być uważana za panaceum i nie zawsze doprowadza do rezultatów pomyślnych. Il y a un chapitre à faire là dessus — dlaczego się tak dzieje: nie możemy tego tutaj szczegółowo rozpatrywać.

Role pomocniczą, ale niezmiernie ważną w psychoanalizie odgrywają obok kojarzeń pacjenta jego marzenia sennego, które są przez lekarza rozpatrywane, analizowane i tłumaczone.

Teoria marzeń sennych, stworzona przez Freuda (w r. 1905 wyszło pierwsze wydanie jego słynnej książki: "Die Traumdeutung") stanowi jeden z wielkich czynów twórczych tego wielkiego uczonego. Marzenie senne — według tej teorii — nie jest, jak to sądzono dawniej, przepowiednią, groźbą, nakazem, ale jest wyrazem i realizacją naszych utajonych, nienasyconych pragnień popędowych, wyrazem, często zniekształconym, groteskowym, śmiesznym, maską, z pod której dopiero wydobyć trzeba istotne znaczenie marzenia sennego. Śnimy wszyscy, śnimy co noc, ale nie zawsze pamiętamy, a dzieje się tak dlatego, że nasze „ja“, zwrócone ku życiu powszedniemu, przystosowane do niego, nie lubi, nie chce zaglądać do głębi psychiki, gdzie kłębią się pozostałości naszej przeszłości indywidualnej, naszych przeżyć popędowych dziecięcych: nie chcemy o tem wiedzieć, bo nam to przeszkadza. Marzenie senne — to twór psychiczny naszego nieświadomego, które co noc usiłuje domagać się swoich praw, puka do zapartych wierzgi naszej świadomości. A nasze „ja“ nieświadome broni się przeciw wtargnięciu tego intruza, który gotów zamącić nasz spokój, i wystawia przeciwko niemu broń w postaci t. zw. cenzury psychicznej, która daje nam tylko zniekształcony konterfekt, karykaturę, co się „tam w głębi“ dzieje. Psychonerwica występuje wtedy, kiedy świadome „ja“ nie może dać sobie rady z naporem popędów nieświadomych; tam zaś, gdzie napór, ten jest słabszy, zachowujemy zdrowie psychiczne, wystarcza nam „wyzywać się“, dawać folę naszemu „nieświadomemu“ — w marzeniu sennym. Jest ono „nerwicą dnia powszedniego“, nerwicą człowieka zdrowego, przeżywaną w ciszy nocnej.

Z tego krótkiego zarysu teorii marzeń sennych widać, że psychoanaliza, nauka o „nieświadomym“, jest nie tylko teorią powstawania psychonerwicy i psychoz, nie tylko metodą leczniczą, ale dotyczy człowieka w ogóle, wyjaśnia strukturę jego psychiki, rzuca tak potężne światło w jej najgłębsze tajniki — że urasta do poziomu wszechobemującego światopoglądu psychologicznego. Nic też dziwnego, że psychoanaliza znalazła zastosowanie nie tylko w medycynie, ale w innych

dziedzinach wiedzy ludzkiej. Historia kultury, historia religii, sztuka, literatura — rozpatrywane pod znakiem teorii psychoanalitycznej, odkryły dla siebie nowe światy, dotąd zupełnie nieznanne, pogłębiły się w sposób tak niezwykły, rozszerzyły do tego stopnia zakres swych badań i celów, że niema dziś na świecie badacza w którejkolwiek z tych dziedzin, któryby, choćby najdalej stojąc od psychoanalizy, nie był zmuszony zapoznać się z jej podstawami teoretycznymi...

Jeżeli na chwilę uprzytomnimy sobie, że wszystko to, co tutaj w pobieżnym artykule zdołaliśmy zaledwie zaznaczyć, jest dziełem jednego człowieka, to nie możemy nie schylić w pokorze czoła przed jego genjuszem, który bezspornie stanąć winien w jednym szeregu z największymi genjuszami, jakie ludzkość dotąd wydała.

MEDYCyna Społeczna

O ewolucji lecznictwa w Busku.

Podał

Dr. med. Witold KRZEMIŃSKI (Warszawa)
b. Starszy Asystent Kliniki neurologicznej Uniw. Warszawsk.

(Dokończenie).

Od r. 1870 współpracuje z Dymnickim na niwie Buskiej Dr. J. Majkowski (1879 — 1905). Przybył on w okresie czasu, gdy większą część leczących się stanowili chorzy przymiotowi, a opinia wśród lekarzy i społeczeństwa co do Buska odpowiednio była ustalona. W latach 1879 — 1883 Dr. Majkowski ogłaszał swe sprawozdania w Gazecie Lekarskiej, w latach 1884 — 1905 w Medycynie.

Sprawozdania te dla zrozumiałych powodów co do formy ułożone były zgodnie ze schematami Dra Dymnickiego, w każdym sprawozdaniu najobszerniej omawiany był przymiot, jako dominująca jednostka kliniczna wśród gości kąpielowych tego zdrojowiska. W każdym poszczególnym sprawozdaniu znajdujemy w odpowiedniej rubryce wysoki procent „wyleczonych syfilityków“.

Tu w nawiasie należy przypomnieć, że gdy w okresie rozkwitu kuracji swoisto — zdrojowej syfilitycy stanowili prawie połowę przyjeżdżających do Buska gości kąpielowych, tuż obok w Solcu, w zdrojowisku o identycznej prawie budowie składników mineralnych — a więc i o identycznych wskazaniach lekarskich, liczba syfilityków wynosiła zaledwie 11% ogólnej liczby leczących się.

W D-rze Majkowskim znalazł Dr. Dymnicki gorliwego współpracownika, który dzieło jego żywym słowem i w druku popierał. To też w r. 1891, gdy w odczytanie swoim o leczeniu syfilisu Dr. Elsenberg zdradzał pewne wątpliwości co do skuteczności kuracji syfilityków w zdrojowiskach siarczanych, Dr. Majkowski z Drem Dymnickim razem zgodnie wystąpili na posiedzeniach i w pismach w obronie kuracji swoisto — zdrojowej w Busku. Rozwinęła się ostra dyskusja i polemika w prasie, którą do dziś jeszcze pamiętają niektórzy starsi koledzy w Warszawie, a której ślady znajdujemy w odpowiednich numerach Gazety Lekarskiej i Medycyny (1891 — 1893).

Szkoła Dr. Dymnickiego tak dalece przejęła się tą sprawą, że Dr. Grabowski, który już wówczas ordynował w Busku (1887 — 1920) podjął się doświadczalnej pracy na sobie i kotach pod kierunkiem docenta Dra Beka w pracowni profesora Gluźńskiego, mając na celu rozwiązanie zadania, czy wytwarzający się pod wpływem kuracji swoisto-zdrojowej siarek rtęci ulega przez ustrój wchłonięciu (Medycyna 1894 Nr. 22). Gdy praca ta dała odpowiednie dla badających wyniki, zdawałoby się, że kuracja swoisto-zdrojowa przymiotu w Busku, oparta na naukowych podstawach, powinna była stać się pewnikiem do obalenia.

Że Dr. Dymnicki był promotorem proklamowania kuracji swoisto-zdrojowej w Busku, wymownie o tem świadczy jego najbliższy współpracownik Dr. Majkowski w swojej książce o Busku: „widocznym jest, że powiększenie liczby chorych zawiązuje w tym okresie Busko głównie napływowi chorych przymiotowych. Należy tu wyjaśnić; jak i za czym wpływem to stało się, że choroba dotąd w Busku prawie nieleczona pierwsze zajmuje miejsce. Tem chętniej to czynimy, że daje to nam sposobność wykazać zasług lekarza, który pracę całego niemal życia po-

święcił dla Buska. Przeszło 40-letnią działalność Dra Dymnickiego zaznaczyła się, i to jest prawie wyłącznie jego zasługą, przekonanie lekarzy i publiczności, że u wód Buskich może być z wielką korzyścią leczona choroba przymiotowa“. „Myśl użytkownia źródła Buskich przy leczeniu przymiotu popierał i rozwijał Dr. Dymnicki w następnych swych sprawozdaniach bardzo gorliwie i z zapalem wkraczającym niekiedy w przesadę“.

W r. 1894 z ramienia rządu rosyjskiego kierownictwo zakładem zdrojowym obejmuje Dr. Isajew.

Od tego czasu i Dr. Dymnicki i Dr. Majkowski ogłaszają sprawozdania tylko ze swej praktyki prywatnej. Dr. Dymnicki w Medycynie do roku 1900 wyłącznie, Dr. Majkowski w temże piśmie do r. 1905.

Ostatnią pracą Dra Majkowskiego jest jego monografia o Busku, wydana w r. 1905.

W tej książce autor przedstawia procentowy stosunek leczonych w tym zakresie czasu grup chorobowych w następujących cyfrach:

- 1) Przymiot — 42%.
- 2) Gościec, dna i inne cierpienia stawów — 25%.
- 3) Żoły, choroba angielska — 14%.
- 4) Choroby układu nerwowego — 7½%.
- 5) Choroby skóry — 5%.
- 6) Wyсіki i sprawy pozapalne różnych organów trzewnych — 5%.
- 7) Przekrwienia i zastoiny jamy brzusznej, hemoroidy — 1%.
- 8) Chroniczne zatrucia metalami — 0,4%.

W r. 1905 Dr. Majkowski opuszcza Busko, jego książka zamyka piśmiennictwo polskie o tem zdrojowisku.

Pozostali Dr. Grabowski i Dr. Sulimierski przestrzegają nadal tradycji, przekazanych przez swoich poprzedników — nie ogłaszali jednak w pismach swoich sprawozdań lekarskich. Przynajmniej nie spotykałem ich w dostępnym mi piśmiennictwie.

Celem dokładniejszego ujęcia sprawy ewolucji lecznictwa w Busku, zestawilem w tablicy III szereg sprawozdań lekarskich, o których była mowa powyżej.

Już na pierwszy rzut oka zarysowują się w tem ogólnem zestawieniu 3 okresy ewolucji lecznictwa w Busku, jakoteż 3 zasadnicze grupy spraw chorobowych, w tem zdrojowisku leczonych

Okres pierwszy obejmuje działalność Dr. Czaporowskiego i Dr. Grygowicza do r. 1858, kiedy kierowano do Buska szczególnie wiele dzieci (50%) chorych na żoły.

Okres drugi od roku 1858 — do wojny światowej, gdy przez szereg lat Dr. Dymnicki przyspasabiał Busko do leczenia przymiotu i odpowiednią reklamą w prasie lekarskiej zachęcał do kierowania chorych przymiotowych do tego zdrojowiska. W tym okresie liczba syfilityków w zdrojowisku stopniowo wzrasta, w końcu ubiegłego stulecia ci chorzy stanowią prawie połowę leczących się gości kąpielowych; dla zrozumiałych powodów odpowiednio w tych czasach maleje liczba dzieci chorych na żoły, jest ich już zaledwie 14% w r. 1905.

Okres trzeci — od wojny światowej do naszych dni. Od roku 1905 zaprzestano pisać zachęcające sprawozdania o leczeniu chorych przymiotowych w Busku, w społeczeństwie zaczyna się zacierać błędne uprzedzenie do tego zdrojowiska. Liczba chorych przymiotowych maleje, jest ich w r. 1924 zaledwie 9%; natomiast przytłaczająca większość

stanowią choroby na skazy reumatyczne i dnę (53,8%). Poza tem w miarę rzadziej kolonji leczniczej dziecięcej w Busku ponownie zaczyna wzrastać wśród leczących się procent chorych na skazy skrfuliczne dzieci (10,8%).

Wody Buskie, jak wiadomo, odnosimy do grup wód siarczanych słono-wapniowych, sól gorzką i jod zawierających.

Mamy w kraju przeszło 60 zdrojowisk siarczanych, wśród nich niektóre zyskały sobie powszechne uznanie (Lubień, Niemirów, Szkoło, Zdrój Edwarda w Truskawcu i t. d.); są to źródła przeważnie siarczano-wapniowe, zawierają one w sobie bardzo niski odsetek chlorków (Edwarda w Truskawcu 0,16 na litr), lub wcale nie zawierają chlorku sodu. Nie mniej obfitują ziemie polskie w kąpieliska solankowe (Ciechocinek, Goczałkowice, Druskieniki, Inowrocław i t. d.) — nie zawierają one jednak siarkowodoru.

Busko i Solec są to jedyne w kraju zdrojowiska, wśród dotąd znanych, które kojarzą w sobie hipertoniczny rozczyn chlorku sodu z gazem siarkowodorowym.

Gdy się przegląda tablicę porównawczą wód siarczanych, widocznym jest, że wśród przytoczonych w niej, najbardziej znanych i uczęszczanych zdrojowisk siarczanych Europy Busko i Solec pod względem bogactwa składników mineralnych właściwie konkurentów nie mają. Jedyną ujemną stroną wód Buskich jest ich niska temperatura. Tę ich ujemną stronę pokrywa po części instalacja w Zakładzie Zdrojowym kranów Koertinga, za pomocą których ogrzewa się parą wodę mineralną bezpośrednio w rurach; system ten uniemożliwia ucieczkę siarkowodoru i wolnego kwasu węglowego; unika się przytem zbędnego rozcieńczenia wody mineralnej zwyczajną wodą gorącą w łaźniakach.

Badania geologiczne Czarnockiego w r. 1925 na górze w Kolonji Leczniczej Dziecięcej w Busku wykazały, że wydajność źródeł Buskich jest wielka. Rozbiór chemiczny tych wód, dokonany przez Docenta Politechniki Warszawskiej T. Kirkora w grudniu 1925 r., poucza nas, że zdroje Buskie zawierają więcej siarkowodoru i składników stałych, niż to dotąd mniemano a mianowicie: źródło Michalskiego ma zawierać składników stałych 14,3 gramów w litrze i siarkowodoru 32,5 milligramów w litrze wody mineralnej; źródło Nr. II — 13,9 składników stałych i 42,8 siarkowodoru.

Rozbiór chemiczny wody ze źródła w Kolonji dziecięcej w Busku, wykonany na zlecenie Dra Starkiewicza a przez Docenta Kirkora, wykazał, że ta woda mineralna zawiera 15 gramów części stałych w litrze, w tem chlorku sodu 11,15 gramów, siarczany obliczonych w postaci CaSO_4 i MgSO_4 około 3,50 grama, pozatem woda zawiera wolnego siarkowodoru 59,6 miligramów w litrze. Ogólnie biorąc woda ta posiada własności wód mineralnych Buska z tem, że zawiera w roztworze nieco więcej soli mineralnych oraz znacznie więcej wolnego siarkowodoru.

W Buskim Zakładzie Zdrojowym zasługują na szczególne uznanie urządzenia łaźniak do kąpeli mułowych. Przy każdej poszczególniej łaźniac widzimy 2 oddzielne kabiny przeznaczone do rozbiegania się i wypoczynku. Urządzenie to, chociaż bardziej kosztowne, zapewnia każdemu choremu wskazany mu wypoczynek wnet po kąpeli, bez zahamowania przytem normalnego ruchu chorych w Zakładzie w godzinach jego eksploatacji. Urządzenie tych łaźniak ma jeszcze tą dodatnią stroną, że mineralizowany, ogrzany odpowiednio muł wlewa się bezpośrednio z rury do wanny w obecności chorego, a po skończonym zabiegu spływając z chorego wylewa się przez odpowiedni otwór w wannie precz z łaźniaki. Takie urządzenie wyłącza wszelkie możliwe pretensje ze strony chorych, podejrzliwych o to, że dla ekonomji czasu kąpie się po kilku chorych w tymże mule.

Lecznictwo w Busku ułatwia i dopełnia, chociaż niewielki, lecz wzorowo urządzony Zakład Przyrodolecznicy. Zakład ten zaopatrzony jest od r. 1904 w urządzenia wodolecznicze, elektryczne oraz w przyrządy do leczenia metodą Fraenkla, w r. 1908 uruchomiono tam mechanoterapię na aparatach Zandera; w r. 1924 wprowadzono naświetlanie chorych lampą kwarcową; od r. 1925 Zakład rozporządza też prądami wysokiego napięcia.

Zgodnie z przepisami współczesnej balneoterapii, do zdrojowisk siarczanych kierujemy, jak wiadomo, chorych z przewlekłym gościcem, ze skazą moczową, przewlekłymi sprawami pozapalnymi jamy brzusznej, narządów rodnych

u kobiet, kończyn i około pni nerwowych; z chorób narządu oddechowego wysyłamy do wzięcia siarczanych przypadki nieżytyłów górnych dróg oddechowych. Z chorób skórnych leczone bywają łuszczyca, trądzik i czyrączność. Stosowane przy kuracji zdrojowej kąpiele w odpowiednio mineralizowanym mule przyspieszają wessanie produktów zapalnych, a więc wysięków stawowych, obrzęków okostnowych, okołomaciczych i okołojajnikowych, zgrubień jelita ślepego i tak dalej. Kąpiele mułowe stosujemy także w obrzękach dnawych, gościcu, w zgrubieniach kostnych po złamaniach (Sabatowski). Odpowiednie urządzenia pomocnicze w Zakładach przyrodoleczniczych ułatwiają leczenie tych chorych i zapewniają lepsze wyniki kuracji zdrojowej.

Nietrudno przewidzieć, że z chwilą przeprowadzenia projektowanej linii kolejowej, która ma przebiegać przez Busko, powinna się ożywić frekwencja gości kąpielowych w tem zdrojowisku. Wobec tego najwyższy czas już obecnie zastanowić się nad tem, jak odpowiednio należy technicznie zaopatrzyć i przygotować to miejsce kąpielowe, aby mogło ono zająć właściwe stanowisko wśród pierwszorzędných zdrojowisk w kraju.

Jak to wynika z tablicy III, w r. 1924 zarejestrowano przez lekarzy zdrojowych w Busku 4171 chorych, a w tem:

- 1) 53,8% chorych na gościec przewlekły i dnę;
- 2) 10,8% chorych na skazy skrfuliczne (zoży);
- 3) 8,2% chorych na sprawy pozapalne, pourazowe stawów, kości i narządów trzewnych;
- 4) 9% chorych na choroby nerwowe pochodzenia niesyfilitycznego;
- 5) 9% chorych przymiotowych (w tem 3,3% stanowią chory na syfilis układu nerwowego);
- 6) 3% na choroby przewlekłe skóry;
- 7) 0,8 chorych ginekologicznych.

Syfilitycy do niedawna stanowili w Busku najliczniejszą grupę chorych, nadającą swoisty charakter temu zdrojowisku. Zgodnie z tradycją, jak uczy nas historia medycyny, garnęli się tacy chory do zdrojowisk siarczanych od wieków. Jeszcze Wojciech Oczo w pracy „Cieplice“ (1578) podaje, że, aczkolwiek nie wierzył, aby siarka miała przymiot wyleczać, a jednak radził im, by, kąpiąc się, uważali na siebie: „pomaga, niech się kąpie, nie pomaga, to niech się gdzieindziej uda“.

Kurację swoisto-zdrojową szczególnie zalecano na Zachodzie w drugiej połowie ubiegłego stulecia. Najprawdopodobniej dlatego też i buscy lekarze, nie posiadając wówczas odpowiednich środków leczniczych, ani też współczesnych metod rozpoznawczych dla ujęcia w ramy ściśle naukowe leczenia przymiotu — kąpali w siarce swych chorych celem rozpoznania; kąpali się chory przed ożenkiem, by wypróbować sobie, czy są już wyleczeni; kąpali się chory, jednocześnie pili jod i wcierali sobie szaruchę, bo takie było postępowanie zagranicą.

Epokowe odkrycie krętka bladego dn. 3.III.1905 przez Schaudinna i Hoffmana; prace doświadczalne Miecznikowa i Levaditiego, przystosowanie prac Bordet-Gengou przez Wassermann'a dla celów medycyny klinicznej, wreszcie zastosowanie arsenu i w ostatnich latach preparatów bismutowych w lecznictwie przymiotu, tej wagi zdobycze współczesnej nauki o chorobie swoistej nie mogły pozostać bez wpływu na bieg myśli lekarskiej i w sprawie praktycznego lecznictwa przymiotu, jakoteż i na wskazania do kierowania odnośnych chorych do zdrojowisk siarczanych.

Dane statystyczne nietylko Buska, ale zdrojowisk siarczanych wogóle pouczają, że liczba leczących się tam syfilityków potężnie zmalała, szczególnie w ostatnich latach. Świadczy o tem poniekąd fakt następujący: w styczniu r. 1925 wysłałem szereg listów do bardziej znanych i uczęszczanych zdrojowisk siarczanych, prosząc o informacje statystyczne co do leczonych w zdrojowisku grup chorobowych ze szczególnem uwzględnieniem chorób syfilitycznych.

Zadanych informacji nadesłały mi dyrekcje następujących zakładów zdrojowych: Piszczany, Trenczyn, Akwizgran, Nenndorf, Aix-les-bains, Luchon, Uriage, Amélie-les-Bains, Argeles-Gazost, St-Amand-les-eaux, Barbotan-les-Thermes, Evians-les-Bains, Barèges, Al-

levard, Brides—les—bains, Challes—les—eaux, Cautteret, Hamman — D'Irha etc.

Dokumenty te pozwałam sobie Szanownym Kolegom do przejrzania przedstawić, a kilka odpowiedzi z poszczególnych bardziej znanych zdrojowisk w tłumaczeniu odczytać:

1) Aix—les—Bains, dn. 28.I.1925 r. Leczymy: „Gościec, dna 73%, choroby nerwowe pochodzenia syfilitycznego 2%, przymiot 2%, inne schorzenia chirurgiczne etc. 9%. Jest to zestawienie jednego z najważniejszych lekarzy zakładu, który bada swoich chorych najbardziej skrupulatnie i u którego leczy się największy odsetek gości kąpielowych. Prosi on o zaznaczenie, że najpewniej znajdzie się wielu chorych przymiotowych, którzy weszli do owych 14% grupy chorych nerwowych, jako też syfilityków, którzy leczyli się tu pod pozorami gościa. Przed wojną odsetek chorych przymiotowych był nieco większy 5 — 8% mniej więcej. Chorzy tej kategorii mają tę wielką dogodność (avantage) przyjeżdżając do Aix—les—Bains, że gubią się w ogólnej masie gości kąpielowych, których cyfra dochodzi od 45 — 50 tysięcy“. (— Podpis dyrektora zakładu.

2) Luchon, 25.I.1925 r.: „Statystyka, o którą Panu chodzi, nigdy nie była robiona. Mogę Panu jednak dać parę wskazówek. Od czasu, gdy lecznictwo przymiotu weszło na tory aktualne, Panu znane, liczba chorych tej grupy zmalała w Luchon. Natomiast przysyłają nam wiele dziedziennie pośrednio i bezpośrednio obarczonych dzieci“. (Dr. Molinéry).

3) Piszczany, dn. 16.II.1925 r.: „Luetycy tworzą tak znikomy procent, że giną w ogólnej liczbie kuracjuszków“.

Bad—Nenndorf, 14.II.1925 r.: „Większość naszych kuracjuszków 75% stanowią chorzy na gościec i dnę; pozatem choroby skórne, wiał rdzenia, rwa kulszowa, hemoroidy, przewlekły nieżyt oskrzeli“ (w nadesłanej odpowiedzi o przymiocie nie wspomina się wcale).

5) Bad—Aachen. Nadesłano kilka drukowanych obwieszczeń i prospekt. Wskazania: Choroby narządu ruchowego. Gościec. Dna. Choroby układu nerwowego. Choroby skóry. Choroby narządów wewnętrznych. Przewlekły nieżyt dróg oddechowych. (W nadesłanym prospekcie, z którego powyższe wskazania przytaczam, o leczeniu przymiotu wzmianki niema). Na reklamowym druczku z Aachen Burtscheid wydrukowano dużemi literami „Syphilisbehandlung ausgeschlossen“

Czyżby to wszystko miało oznaczać, że do zdrojowisk siarczanych przestali jeździć syfilitycy? lub też, że tamtejsi lekarze już nie stosują kuracji swoistej w zdrojach siarczanych? Przypuszczam, że wcale tak nie jest. Oznacza to tylko, że przymiot już nie jest podstawową grupą chorobową, nadającą swoisty ton tym zdrojowiskom. Jestem tego pewny nawet, że syfilitycy (komu to będzie potrzebne) obecnie tem chętniej udawać się będą do tych zdrojowisk, licząc na to, że zatrą się w ogólnej masie właściwych chorych danego miejsca kąpielowego; ta okoliczność tembardziej ich psychologii dogadza, gdyż przeczuleniu, woła się leczyć tam, gdzie dyskrekcja jest zapewniona, możliwe unikają natomiast miejsc kąpielowych, w których pobyt mógłby zdradzić ich tajemnicę feralną w oczach krewnych, znajomych, a nieraz nawet i najbliższych przyjaciół. — A zresztą, wiemy przecież, że kiła należy do grupy tych spraw chorobowych, którym towarzyszy szczególnie bogaty polimorfizm objawów klinicznych, a której ziarniak zapalny nie szczędzi żadnego narządu w ustroju. — Ta okoliczność szczególnie pozwala nam przypuszczać, że we wszystkich uzdrowiskach i miejscach kąpielowych, niezależnie od tego, jakie schorzenia są tam przeważnie leczone, zawsze wykryć można będzie wśród kuracjuszków pewien większy lub mniejszy odsetek chorych syfilitycznych jeszcze przez długi szereg lat, chyba że nauka w instytucji Pasteura lub innej odpowiedniej pracowni biologicznej skieruje myśl ludzką na jakąś dotąd nieznaną surowicę lub szczepionkę, która radykalnie wyzwoli ludzkość od tej strasznej choroby.

W r. 1924 zarejestrowano przez lekarzy zdrojowych w Busku 9% chorych przymiotowych. Jest to fakt doniosłej wagi, który stwierdza, że uprzedzenie do tego zdrojowiska zaczyna się zacierać w szerszych warstwach społeczeństwa. Jest to fakt doniosłej wagi i dlatego, gdyż ostrzega nas, że

bieg życia zdrojowiska podąża automatycznie w odmiennym kierunku.

Jak Akwisgrani Nenndorf u Niemców stały się ich reumatyzmami, tak i nasze Busko stać się może pierwszym zdrojowiskiem dla chorych na skazy reumatyczne, skrofuliczne i dnawą, o ile potrafimy w czas właściwie zaopatrzyć je technicznie i odpowiednio przysposobić do leczenia tego rodzaju gości kąpielowych. Jest to tem bardziej możliwe, że już w r. 1924 liczba tych chorych wynosiła 64,6% ogólnej liczby gości kąpielowych, a wody Buskie jeszcze w zaraniu swego istnienia pozyskały sobie sławę środka przeciwartretycznego. Często się słyszy od chorych z tej grupy, leczących się w Busku, fakt, znany zresztą lekarzom ordynującym w tem zdrojowisku, że kilka sezonów kąpielowych, spędzonych w zdrojowiskach solankowych nie pomogło im tyle, co kilkutygodniowa właściwie kuracja kąpielowa w Busku!

Tak rażąca różnicę w skutkach kuracji kładą na karb składnika siarczanego wód tego zdrojowiska, które kojarzą w sobie hipertoniczny roztwór chlorku sodu z gazem siarkowodorowym.

Wszak wiemy, że siarka należy do tych zasadniczych pierwiastków ciała ludzkiego, bez której nie może być zbudowaną drobina proteinowa. Jak wiadomo, wszystkie narządy ustroju w większej lub mniejszej mierze zawierają siarkę: (wysuszony) mózg 0,57%, serce 0,79%, mięśnie 1,028%, kazeina mleka ludzkiego 1,11%, keratyna tkanki nerwowej 2,24% (Küne), keratyna włosów 5% (Van Loo) it.d.; w ciałach białkowych ustroju spotykamy siarkę w postaci: cystyny (połączenie kwasów aminowych z cysteiną); owa cystyna przetwarza się w wątrobie w taurynę, która zawiera 25,6% siarki, a ta ostatnia w postaci kwasu taurocholowego stanowi, jak wiadomo; jedną z zasadniczych części składowych żółci.

Moerner i Schneideberg wykryli siarkę w tkance chrząstkowej w postaci kwasu chondroitynowo-siarkowego, uważają ten związek chemiczny za niezbędną substancję dla sprawnej czynności stawów. Wahania bilansu siarkowego w ustroju wywierają odpowiedni wpływ na ogólną przemianę materji. Jeszcze w r. 1898 Bondarenko, lekarz naczelny szpitala wojskowego w Busku, wykazał w swej rozprawie doktorskiej, że picie wody mineralnej Buskiej ze źródła Michalskiego ma podnosić o 3,99% przemianę materji u zdrowych ludzi. Rudziński z Wilna przypomina — siarka jest jednym z ważniejszych czynników pobudzających ustrój ku usilnej przemianie wśródkomórkowej. — U reumatyków jest szczególnie zahamowana przemiana materji w stawach; siarka przyspiesza i ożywia tę przemianę, utlenia takie produkty w stawach, które u reumatyków bardzo powoli lub zupełnie się nie utleniają. Tenże autor podaje, że doświadczalnie dowiedziono, że i zawieszina siarkowa wprowadzona do ustroju przy zetknięciu się z białkiem, szybko wchłania wódor i przeistacza się w siarkowodór, który łatwo rozpuszcza się w sokach ustroju i szybko wchłania się do krwi, gdzie częściowo utlenia się w siarkany, częściowo wydziela się w stanie niezmiennym przez płuca i skórę.

Ponieważ, jak już wspominałem wyżej, siarka ma zdradzać pewne powinowactwo swoiste do chrząstek stawowych — Francuzi od r. 1914, Niemcy od r. 1921 zaczęli stosować zawieszinę siarki w leczeniu gościa przewlekłego. W Polsce zastępuje na uwagę praca w tym kierunku Rudzińskiego z kliniki profesora Januszkiewicza w Wilnie. Autor stosował tego rodzaju chorem zastrzyki zawiesziny siarki w postaci Collobiase de Soufre Dausse lub Sulfogenolu Heydena. Wyniki miały dość zachęcające. W r. 1924 w Busku stosowałem chorem na gościec przewlekły zastrzyki wśródmięsn. Sulfiodolu Robin lub Sulfurionu Couturieux, a syfilitykom z zaburzeniami stawowemi stosowałem infekcje zawiesziny siarki w postaci Sulfarène Dr. Molinéry (kombinacja zawiesziny siarki z solami wodoru i rtęci). Stosowałem kurację zawiesziną siarki w Busku u 43 chorych, skutki kuracji miałem w kilkunastu przypadkach bardzo zachęcające. Ujemną stroną leczenia siarki jest odczyn miejscowy, rzadziej ogólny — chorzy znoszą te dolegliwości lekko, szczególnie o ile byli do tego przygotowani. Nie rozstrzygam, czy mam zawdzięczać wyniki kuracji wyłącznie zawieszinie sarki, wprowadzonej z lekarstwem, czy też i wpływom kuracji zdrojowej, gdyż po za zastrzykami; stoso-

wanemi przeważnie 2 razy tygodn., chorzy kąpali się w wodzie mineralnej i stosowali do wewnątrz 200 — 300 gramów wody siarczanej ze źródła Michalskiego Nr. 1 Bis.

Przyпускаjąc jednak, że w skutkach kuracji cz. 1 poprawy zawdzięczać należy i zawiesinie siarki, gdyż stosowanie tej kuracji w Warszawie i w roku 1925 w Krynicy dawało mi też, chociaż mniej wyraźnie, a jednak zachęcające wyniki.

Powyższy dobytek współczesnej nauki poniekąd uzasadnia nasz empiryzm w kierowaniu do zdrojowisk siarczano-solankowych chorych na skazy reumatyczne, jako też rzuca pewien snop światła na rozwiązanie zadania, dlaczego chorzy tej grupy oddawna intuicyjnie garną się do zdrojowisk siarczanych i stanowią obecnie większość kuracjuszków nietylko w Busku, lecz i w innych zdrojowiskach tego typu.

W pierwszym okresie ewolucji Buska, jako zdrojowiska, 50% leczących się kuracjuszków stanowią chore na skazy skrofaliczne dzieci. Za czasów D-ra Dymnickiego, dla zrozumiałych powodów, liczba tych chorych stopniowo malała. Obecnie daje się zauważyć znaczny przyrost w tej grupie szczególnie w Kolonji Leczniczej Dziecięcej pod Buskiem.

Ramy tego odczytu nie pozwalają mi omówić ewolucji lecznictwa wszystkich grup chorobowych, w tym zdrojowisku leczonych.

Nie mogę jednak nie zwrócić uwagi Szanownych Panów Kolegów Lekarzy Ginekologów, że lecznictwo chorób kobiecych w Busku zostało całkiem zaniedbane aczkolwiek w pierwszym okresie rozwoju tego zdrojowiska były one w Busku z powodzeniem leczone. Zdawałoby się, że kąpiele siarczano-solankowe, a szczególnie okłady i kąpiele w odpowiednio mineralizowanym w chlorki i siarkę mule nadawałyby się do leczenia tego rodzaju spraw chorobowych, a odpowiednio stosowane przytem zabiegi przyrodolecznicze (diatermia) mogłyby przyczynić się do bardziej skutecznego lecznictwa chorych tej grupy. — W r. 1924 zarejestrowano w Busku chorych na narządy rodne kcbiet zaledwie 0,8%.

Parę słów jeszcze w sprawie kierowania do Buska chorych nerwowych. Wszelkie przewlekłe sprawy chorobowe układu nerwowego obwodowego natury czy to zapalnej, toksycznej (zatrucie metalami) lub urazowej ze wszechmiar nadają się do leczenia w tym zdrojowisku (*Neuritis, Polyneuritis*). Do tej grupy zaliczam też pewne schorzenia kręgow, stawów międzykręgowych i narządów trzewnych, szczególnie w miednicy małej umiejscowionych. Aczkolwiek zdawałoby się, że owe sprawy chorobowe nic wspólnego z neurologią nie mają, a jednak w swoim przebiegu wywierają one nieraz wpływ na przewodnictwo nerwów obwodowych lub ich korzeni, a więc komplikować się mogą odpowiednim zespołem objawów nerwowych. Naprzykład: złogi artretyczne na wyrostkach kręgowych, zaciskając szczyliny i otwory międzykręgowe, drażnią nieraz i uciskają przebiegające przez nie korzenie nerwowe. Zrosty, obrzmienia, nacieczenia okołorurkowe, okołojajnikowe, narastający ucisk na korzenie i nerwy płodu przy nieodpowiednich jego pozycjach w ostatnich tygodniach ciąży etc. wszelkie tego rodzaju sprawy wywierają mogą niemniej szkodliwy wpływ na przewodnictwo przebiegających w pobliżu korzeni, pni lub włókien nerwowych.

Ból jest odczynem odpowiednich włókien nerwowych na podrażnienie. — O ile sprawa chorobowa tylko drażni korzenie lub przebiegające tuż w pobliżu włókna nerwowe, składnik nerwowy w obrazie klinicznym ujawni się bólami natury korzeniowej lub obwodowej bez uchwytnych narazie zmian przedmiotowych w układzie nerwowym. O ile sprawa chorobowa nie zostanie zlikwidowana na progu swego istnienia oraz wywierać zacznie coraz większy ucisk na przylegające włókna i pnie nerwowe, obraz kliniczny komplikować zacznie szereg odpowiednich narastających objawów przedmiotowych ze strony czucia, odruchów, mięśni itp., alarmując nas, że sprawa ta ma charakter postępujący, a prowadząc stopniowo do przerwy przewodnictwa nerwowego, klinicznie doprowadzić może do ciężkich ubytków czynności, do ciężkich stanów porażennych włącznie (*neuritis e compressione, radiculitis e compressione*). Towarzyszący schorzeniu odpowiedni w każdym poszczególnym przypadku zespół neurologiczny nietylko informuje nas pośrednio co do przebiegu zasadniczej sprawy chorobowej, ułatwia on nam nieraz ściśle jej topograficzne umiejscowienie. W przypadkach przewlekłych kuracja zdrojowa obliczona na wchłanianie się

produktów patologicznych, lecząc zasadniczą sprawę chorobową, pośrednio wpływa nieraz i na zlikwidowanie zaburzeń nerwowych.

Czy należy kierować do Buska chorych na zaburzenia układu nerwowego ośrodkowego, a szczególnie chorych na tak zwane zaburzenia układowe, do których, jak wiadomo, i wiad rdzenia należy—o tem wątpię. A to dlatego, gdyż nie wyobrażam sobie, aby woda mineralna wskrzesić mogła nieistniejące już komórki lub szlaki nerwowe, inaczej mówiąc, uleczyć schorzenie, którego objawy kliniczne uważam za wyrocznie orzekające, że nastąpiła już lub następuje częściowa śmierć w ustroju pewnej grupy jego neuronów. Weźmy dla przykładu chorobę Charcota „la sclérose laterale amyotrophique”. Towarzyszące stale tej strasznej chorobie bezwzględnie postępujące zaniki mięśni i objawy skurczowe są właściwie niczem innym, jak tylko ujawniającą się nawewnątrz odbitką kliniczną sprawy chorobowej, przebiegającej w rdzeniu kręgowym i opuszce, a której anatomicznym wyrazem jest zanik ściśle określonych grup komórek ruchowych w rogach przednich rdzenia oraz stan postępującego zwyrodnienia szlaków piramidowych. — Żłudne polepszenie stanu ogólnego u tego rodzaju chorych kładą na karb usunięcia z ogólnego obrazu chorobowego składnika czynnościowego, który stale w większej lub mniejszej mierze towarzyszy ewolucji przewlekłych stanów chorobowych natury organicznej. Częściowe polepszenie w niektórych przypadkach należy położyć też i na karb czasowego efektu zabiegów przyrodoleczniczych (elektroterapia, mechanoterapia) najczęściej stosowanych tego rodzaju chorym jednocześnie z kuracją zdrojową.

Streszczając powyższe, pozwalam sobie podać do dyskusji Szanownym Kolegom następujące wnioski:

1) Busko tylko przypadkowi zawdzięcza to niewłaściwe miejsce, jakie przez szereg lat zajmowało wśród zdrojowisk w Kraju.

Syfilis narzucony został sztucznie Buskowi przez D-ra Dymnickiego szeregiem jego tendencyjnych sprawozdań, ogłaszanych rok rocznie przez 40 lat w Tygodniku Lekarskim, Klinice i Medycynie od r. 1859 do 1909 włącznie.

2) Busko i Solca są to identyczne zdrojowiska, które czerpią wodę mineralną z tegoż samego podziemnego zbiornika.

3) Wody te zaliczamy do grupy wód mineralnych, siarczano-solankowych, sole wapnia, sól gorzka i jod zawierających.

4) Kojarząc w sobie hipertoniczny roztwór chlorku sodu (1,15%) z wysoką odsetką wolnego siarkowodoru (59,6 miligramów w litrze wody) — wody mineralne Buska i Solca nie mają wcale konkurentów wśród znanych dotąd zdrojowisk w Kraju.

5) Wynik ankiety, jaką przeprowadziłem listownie z 40 przeszło zdrojami siarczanymi Zachodu, upoważnia mnie do stwierdzenia, że i wśród tych zdrojowisk skład zdroju Buskiego i Solca zajmuje wyjątkowe miejsce, posiadając obok obfitości wolnego siarkowodoru wysoką odsetką składników stałych, a mianowicie 15,110 grama w litrze wody mineralnej; gdy tej miary zdrojowisko co Uriage zawiera 10,54; Akwisgran — 4,48; Piaticorsk — 4,38; Kemmern — 2,57; Trenzyn — 2,45; Nenndorf — 2,08; Piszczany — 1,37; a Aix-les-Bains i Luchon zawierają składników stałych nawet poniżej jednego grama w litrze wody mineralnej. Wśród wyżej podanych zdrojowisk Zachodu jedynym poważnym istotnie konkurentem co do składu wody mineralnej jest francuska cieplica (27,30C) Uriage; która; zawierając 10,54 składników stałych; kojarczy w sobie izotoniczny roztwór chlorku sodu (0;606%) z 11,5 wolnego siarkowodoru.

6) Opierając się na materiały, zebrany w bibliotece Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, stwierdzam, że wydajność źródeł Buskich w okresie czasu od r. 1853 do wojny światowej stale przewyższała zapotrzebowanie i wynosiła przeszło tysiąc kąpiele mineralnych na dobę. (Podług Grygowicza w r. 1853 obliczono wydajność na 1093 kąpiele na dobę, podług Majkowskiego w r. 1905 — 1490 kąpiele. Obaj autorzy w swoich sprawozdaniach podkreślają z naciskiem tę okoliczność, że nikt chyba nie odważy się posądzić Buska o brak wody mineralnej). Przypuszczenia poprzednich autorów stwierdziły w całej pełni badania geologiczne na terenie Buska w r. 1924 i 1925, prowadzone

Tablica Nr. III ruchu chorych w B U S K U (1838—1924)

	Rok.	Ogólna liczba chorych.	Ilość wydanych kąpiel.	Gościec, dna.	Zoły.	Sprawy pozapalne, pourazowe, stawów, kości i narządów trzewnych.	Choroby nerwowe.	Przymiot.	Choroby skóry.			
Dr. Oczopowski (1833—1838)	1838	—	—	25%	50%	—	—	0.	—	Dr. Oczopowski (Wiadomości o użyciu wód [Buskich 1838])		
Dr. K. Grygowicz (1838—1855)	1850	300 rodzin	400	Zoły, gościec, dna, — najwięcej dzieci			—	0.	—	Dr. Grygowicz (BUSKO w 1850 r. Tygodnik Lekarski r. 1851)		
Dr. J. Dymnicki (1858—1900)	1858	433	—	71	210	28	12	14	47	Dr. Dymnicki (Tygodnik Lekarski r. 1859 [str. 161, 172])		
				16,4%	48,5%	6,5%	2,7%	3,2%	10,8%			
" " "	1860	415	9547	77	207	34	14	21	48	" " (Tyg. Lek. r. 1861 str. 117, 126, 135)		
" " "	1861	398	10612	96	226	59	23	12	64	" " (" " r. 1862 str. 179, 188, 201, 206)		
" " "	1862	690	20842	115	315	91	24	27	101	" " (" " r. 1863 str. 143)		
" " "	1863	186	3514	19	85	36	8	6	18	" " (" " r. 1865 str. 107, 117, 123)		
" " "	1864	351	7891	53	152	54	16	18	37	Tyg. Lek. r. 1866 str. 121, 139, 146, 155.		
" " "	1865	512	13614	82	211	65	38	32	66	" " r. 1867, str. 114, 123, 132, 140, 146, 155, 161, 171		
" " "	1866	627	17140	129	224	93	51	38	83	" " r. 1868, s. 113, 121, 129, 139, 147. [179, 187, 195.		
" " "	1867	539	15784	116	206	73	41	25	67	Klinika r. 1869 str. 289, 318.		
" " "	1868	624	19292	134	252	68	37	60	69	" r. 1870 str. 198, 202, 246, 264, 273, 289, 305, 324,		
" " "	1869	635	19263	127	256	56	51	75	64	" r. 1871 str. 181, 198, 212, 229, 248, 263, 273, 296,		
" " "	1870	730	22048	173	276	64	50	100	65	" [369, 325, 346, 360]		
				23,7%	37,8%	8,7%	6,8%	13,7%	8,7%			
" " "	1872	751	22322	—	—	—	—	117	—	Klinika: r. 1873 NN. 15—25 (Mowa w tym sprawozdaniu tylko o przymiocie. Przypad. 117 w tem wyleczono 95.		
" " "	1873	706	20541	174	233	54	50	130	62	Medycyna: r. 1874.		
" " "	1878	1096	29455	—	—	—	—	313	—	Medycyna: r. 1879 NN. 27—32 (Mowa tylko o przymiocie Przypad. 313, z nich wyleczonych 235, polepszenie		
Dr. Majkowski (1879—1905)	1881	1316	35596	269	245	49	79	434	59	Medycyna: r. 1882 (u 75, bez ulgi 3)		
	1885	1354	40488	292	214	67	116	550	76	" r. 1886 str. 277, 289		
				21,5%	15,8%	4,9%	8,5%	40,6%	5,6%			
" " "	1890	1887	48627	508	332	91	172	700	67	Medycyna: r. 1891 str. 199, 209, 225. •		
" " "	1893	1863	50386	497	291	90	153	725	80	" r. 1894 str. 255.		
Dr. Majkowski	1905	?	?	?	?	25%	14%	6%	7,5%	42%	5%	Książka o BUSKU. Wyd. r. 1905.
Dr. S. Starkiewicz	1921	3943	92742	857	261	150	248	92	88	Zestawienie częściowe obejmuje 1869 przyp. z praktyki lekarza Zakładowego i 2 wolno praktykujących)		
				46%	14%	8%	13%	5%	5%			
Dr. W. Krzeziński	1924	4431	99634	2245	453	342	374	386	99	Zestawienie z r. 1924 obejmuje przypadków 4171.		
				53,8%	10,8%	8,2%	9%	9%	3%			

PIŚMIENNICTWO

przez p. J. Czarnockiego, członka Instytutu Geologicznego w Warszawie. Badania te pouczają nas, że pokład piaskowcowy wodonośny wód mineralnych Buskich jest bardzo obszerny; podąża on w kierunku Solca, a zapas tych wód jest wprost praktycznie nieograniczony, czyli, że wydajność wywierconego w r. 1925 przez p. Czarnockiego na zlecenie D-ra Starkiewicza na Górcie w obrębie Kolonii Dziecięcej do głębokości 161 metra tylko jednego źródła wynosi przeszło 800 kąpiel na dobę.

Wobec powyższego uważam za fatalne i godzące w interesy Skarbu Państwa nieporozumienie, iż oficjalny wskaźnik wydajności wszystkich dziewięciu państwowych źródeł Buskich podany do wiadomości lekarzy zdrojowych w okólniku Dyrekcji Zakładu z dn'a 3.VI.1924 r., wynosiłby miał tylko 550 kąpiel na dobę! Tego rodzaju sprawa powinna być przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, poddana rewizji odpowiednich fachowców, składających się przede wszystkim z pp. inżynierów-techników i geologów.

7) Sztuczne podnoszenie wydajności kąpiel mineralnych w Zakładzie Zdrojowym podczas eksploatacji jego w sezonach letnich drogą magazynowania wody mineralnej w specjalnie budowanych zbiornikach, czyli ujmowanie żywej wody mineralnej w nieodpowiednie dla niej sztuczne zewnętrzne środowiska, uważam za zbędny półśrodek nieodpuszczalny z punktu widzenia technicznego, chemicznego i lekarskiego. — to dlatego, że już Majkowski, omawiając sprawę składu wody mineralnej Buskiej ze źródła Rotunda w sprawozdaniach swoich i książce o Busku, zwracał na to uwagę, że: „woda z tego źródła najmniej zawiera siarkowodoru, gdyż źródło to ujęte jest w zbiornik; a przy takim ujęciu sztucznym wody mineralnej mędniej ona, a to z powodu, że jej wolne i półwiązane mędniki gazowe siarkowodor i kwas węglowy, przechodząc z pod wysokiego ciśnienia, pod jakim się w ziemi i rurach znajdują, pod zwyczajne niskie ciśnienie i wpływ otwartego powietrza, ulatniają się, ulegają rozkładowi i wskutek tego osadzają

sarkę w postaci t. zw. mleką siarkowego (*lac sulfuris*), a roztwory dwuwęglanów wapnia i magnezu przechodzą w osadzające się węglany". Pomijam już to, że żywa woda mineralna, ujęta w sztuczne środowisko, nieodpowiednio mineralizuje się w niem, jako też z pewnością traci część swych zdolności radjoczynnych.

8) O ile bowiem Niemcy nazywają Akwizgran swoim reumabadem, o tyle my będziemy mogli nazwać Busko, odpowiednio technicznie ujęte i rozbudowane, reumabadem nie tylko Polski lecz i Europy — tembardziej iż analizy chemiczne wykazują dla Akwizgranu: 4,4 składn. stałych, 2,4 chlorku sodu i 16 milligramów siarkowodoru, gdy wody mineralne Buska zawierają 16,11 składników stałych, 11,5 chlorku sodu w litrze wody i 59,5 milligrama wolnego siarkowodoru.

9) Do leczenia w Busku i Solcu nadają się następujące grupy chorobowe:

- 1) choroby przemiany materji:
 - a) skazy reumatyczne (gościec przewlekły);
 - b) „, skrofaliczne (zołzy);
 - c) „, dnawa (artretyzm);
- 2) sprawy zapalne przewlekłe:
 - a) gruźlica chirurgiczna;
 - b) pozostałości po przebytej kile (w okresie nieprzełożymym dla otoczenia).
- 3) sprawy chirurgiczne pourazowe stawów i kości;
- 4) choroby przewlekłe narządów rodnych u kobiet;
- 5) choroby przewlekłe układu nerwowego obwodowego: (*neuralgia, rachialgia, neuritis, radiculitis, polyneuritis (toxica, infectiosa, traumatica, e compressione)*);
- 6) Niektóre przewlekłe choroby skóry: (*furunculosis: aene, psoriasis*).
- 7) Przewlekłe zatrucia metalami.

(Patrz tabl. str. 295)

Ewolucja lecznictwa w Busku jeszcze raz przypomina nam starą życiową prawdę, że bieg życia nie da się ująć w ciasne ramki jego obserwatorów; gdyż cóż z tego, że udało się Dr. Dymnickiemu, jak to mu zresztą przyznaje Dr. Majkowski, wysiłkiem energii i pracy niemal całego życia wyrobić odpowiednią opinię o Busku wśród lekarzy i szerszego ogółu społeczeństwa. Zachodzi jednak pytanie, czy nawet w owym okresie życia tego zdrojowiska przygarnięto więcej syfilityków do Buska, czy też większość tych przeczulonych, szukających dyskrecji podczas kuracji chorych nieodpowiednią reklamą odrażono od Buska. Co z całą pewnością przypuszczać należy — to fakt, że tysiące chorych za zaburzenia ginekologiczne kobiet, chorych właściwych zdrojowi temu reumatyków i dnawych, wreszcie rzdniców chorej na zołzy dziatwy odstraszano przez szereg lat od Buska upiorem, jakim jest przymiot w pojęciach szerszego ogółu społeczeństwa. Cyfry bezstronnie świadczą o tem, że gdy zamilkły tendencyjne sprawozdania w prasie lekarskiej, Busko już w kilkanaście lat zaledwie wyzwała się prawie od przytłaczającego jego normalny rozwój hamulca i powtórnie wkracza samo na właściwe mu tory. Chorzy na skazy reumatyczne, skrofaliczne i dnawą już obecnie stanowią przytłaczającą większość wśród kuracjusów. Jak ułoży się lecznictwo tych grup chorobowych w Busku, najbliższa przyszłość pokaże.

Jedno, co stwierdzić możemy z całą pewnością, to to, że grupa chorych na skazy skrofaliczne dzieci ma w Kolonii Dziecięcej imienia rektora Dra Med. Brudzińskiego zabezpieczoną placówkę, zapewnioną opiekę i właściwą kurację. Działwa zaczyna zlatywać się do tej Kolonii z całej Polski. W r. 1924 byłem świadkiem, jak latem wśród rozpiętych namiotów na górze wre młode życie, jak w ulu. Dyrektor Dr. Starkiewicz otacza tą dziatwę szczególnie troskliwą, ojcowską opieką, bacznie jednocześnie czuwając nad rozbudową swego dzieła. W r. 1924 — 603 dzieci, a wśród nich serja uratowanych od charłactwa, a kilkoro nawet od śmierci powróciło pod rodzinne strzechy. Jasną przyszłość rokować można tej młodej kolonii, w której miłem zaszczyt przebywać, a która z każdym rokiem cieszy

się coraz większą sympatją i poparciem społeczeństwa. Duch ś. p. Dra Grygowicza, tego opiekuna i przyjaciela dzieci Buskich, czuwa nad tą kolonją. Tem większa cześć p. Dr. Starkiewiczowi, że wyczuł tę prawdę życiową i potrafił pokierować nawę Buską na właściwe tory.

Dziś społeczeństwo już wie, że Busko wcale nie jest antysyfilitycznym zdrojowiskiem, wiemy, że posiada niezgłębiony skarb w źródłach swoich, które, odpowiednio ujęte i rozbudowane, stać się mogą chlubą naszego kraju. Społeczeństwo polskie zawdzięcza to w bardzo znacznej mierze niestrudzonej energii i pracy pana Dra Szymona Starkiewicza, który, narażając się na szereg niesłusnych nieraz uwag i zarzutów, jednak przetrwał i potrafił doprowadzić swoje dzieło i marzenia do końca. To też przypuszczam, że wyrażę zgodną myśl tu zebranych Szanownych Kolegów, gdy pozwolę sobie obecnemu wśród nas Panu Doktorowi powiedzieć:

Że pamięć o Nim żyć będzie w sercach społeczeństwa, gdyż przez życie idzie P. Dr. Starkiewicz z całym zaparciem siebie, by ratować jego małych obywateli, wskrzesza tak doniosłej wagi a zaniedbaną dotąd placówkę dla Skarbu Państwa i chorych.

A ta Kolonja Lecznicza Dziecięca, którą imieniem ś. p. pierwszego rektora naszej — *Almae Matris Varsoviensis* P. Dr. S. Starkiewicz — nazywa, to dzieło rąk Jego, ten pomnik! nie potrafię tego ująć w ramy odpowiednich wyrazów. Wymownie wyczuwam myśl swoją w słowach poety:

*„Exegisti monumentum aere perennius
Regalique situ Pyramidum altius,
Quod non imber aedax non Aquillo impotens
Possint diruere aut innumerabilis
Annorum series et fuga temporum...”*

Pielęgniarstwo społeczne.

Podał

J. LUBCZYŃSKI (Warszawa).

Rozwój współczesnej służby pielęgniarskiej w Polsce jest dopiero w stadium organizacji. W okresie powojennym powstają na ziemiach polskich zawodowe szkoły pielęgniarstwa w Warszawie, Krakowie i Poznaniu. Szkoły mają dwuletni kurs nau czania, który obejmuje:

a) Nauki pomocnicze — anatomję, fizjologję, histologję, embriologję, biologję i t. p.

b) Pielęgniarstwo w zastosowaniu do czterech głównych działów klinicznych — Chorób wewnętrznych i zakaźnych, Chorób dziecięcych, Położnictwa i Chirurgji.

Higjena Publiczna bardzo mało albo wcale nie jest uwzględniona.

W ramach powyższych można pomieścić program o dostatecznym zakresie zarówno dla szkolenia pielęgniarek klinicznych (szpitale, ambulatorja), jak i dla szkolenia pielęgniarek, odwiedzających chorych w domach prywatnych. Na ziemiach naszych jednak potężnieje z dniem każdym prąd w kierunku medycyny zapobiegawczej, i zachodzi konieczność szkolenia personelu pielęgniarskiego, uzdolnionego do pracy na polu Higjeny Społecznej.

W krajach, gdzie pielęgniarstwo społeczne już stoi na wysokim poziomie rozwoju (Anglja, Stany Zjednoczone Północnej Ameryki), istnieje rozbieżność w poglądach na program szkolenia pielęgniarek społecznych. Przedewszystkiem zachodzi pytanie, czy pielęgniarka społeczna winna posiadać to samo przygotowanie kliniczne, które posiada pielęgniarka, przeznaczona do pracy w szpitalach i

ambulatorjach? Bez wątpienia, orjentowanie się w zagadnieniach kliniki ułatwi pielęgniarce społecznej działalność, jednak kosztem znacznego przedłużenia jej studjów przygotowawczych. Jeśli dla wyszkolenia pielęgniarki społecznej przygotowanie kliniczne jest zbyt ciężkie, wtedy programy nauczenia pielęgniarek klinicznych i pielęgniarek społecznych będą odmienne. W szkołach tego typu program pierwszego roku studjów dla obu grup jest wspólny (nauki pomocnicze), zaś w drugim roku studjów następuje podział. Zostają opracowane specjalne programy, jeden dla pielęgniarek klinicznych, drugi dla pielęgniarek społecznych.

Innym zagadnieniem, co do którego poglądy nie są uzgodnione, jest pytanie, czy należy kształcić typ pielęgniarki społecznej, uzdolnionej do pracy we wszystkich działach Higjeny Społecznej (choroby zakaźne, walka z gruźlicą, walka z chorobami wenerycznymi, higjena macierzyństwa, higjena dziecka, higjena szkolna, walka z alkoholizmem i t. p.), czy też specjalizować pielęgniarki społeczne do każdego poszczególnego działu. Rozwiązanie tej sprawy jest zależne od wielu różnych czynników. Teren przyszej działalności pielęgniarki społecznej, charakter ludności, warunki społeczne, względy oszczędnościowe, zdaje się, winny decydować o zastosowaniu tego lub innego rodzaju służby pielęgniarskiej.

Szkic niniejszy ma na celu przedstawienie w ogólnym zarysie obowiązków i zakresu działalności pielęgniarki społecznej o typie ogólnym.

ORGANIZACJA I ZAKRES DZIAŁALNOŚCI.

Pielęgniarka społeczna jest instruktorką w sprawach higjeny społecznej oraz doradczynią w sprawach zdrowia i choroby poszczególnych osób i rodzin. Terenem działalności pielęgniarki społecznej jest obwód miejski lub powiat. Pielęgniarka społeczna pracuje pod kierunkiem i w porozumieniu z lekarzem publicznej służby zdrowia. Zakres działalności pielęgniarki społecznej obejmuje:

1. Choroby zakaźne, włączając
 - a) gruźlicę,
 - b) choroby weneryczne.
 - c) jaglicę.
2. Higjenę macierzyństwa.
3. Higjenę dziecka.
4. Higjenę szkolną.
6. Higjenę przemysłową.
5. Nadzór nad położniami.
7. Higjenę umysłową.
8. Akcję wychowawczą na polu Zdrowia Publicznego.
9. Akcję sprawozdawczą.

I. CHOROBY ZAKAŻNE.

Praca pielęgniarki społecznej w walce z chorobami zakaźnymi jest prowadzona zawsze pod kierunkiem lekarza publicznej służby zdrowia i polega na wyszukiwaniu źródeł infekcji i śledzeniu dróg, którymi się infekcja szerzy.

Dla odszukania źródła infekcji pielęgniarka społeczna zbiera pełne i dokładne dane, dotyczące chorych zakaźnych. Pielęgniarka społeczna klasyfikuje chorych według daty zachorowania oraz według miejscowości, gdzie choroba się zjawia, by wy-

kazać nietylko chronologiczny stosunek jednego przypadku do drugiego, lecz by przedstawić geograficzne rozmieszczenie choroby. Pielęgniarka społeczna prowadzi krzywe zachorowań i zgonów, co pozwala naocznie i szybko orjentować się co do stanu i przebiegu choroby zakaźnej.

Pielęgniarka społeczna wyszukuje podejrzane albo nierozpoznane przypadki chorób zakaźnych, odwiedza i dozoruje przypadki, pozostające w kwarantannie, nadzoruje, a w razie potrzeby, izoluje osoby, pozostające w kontakcie z chorym, dozoruje prowadzenie dezynfekcji, prowadzenie dezynsekcji oraz usuwanie wydzielin i wydaliny, pobiera próbki kultur w przypadkach, kiedy tego zachodzi potrzeba, bądź to od nosicieli zarazków lub od chorych przy zwalnianiu ich z kwarantanny, zaopatruje chorych w razie potrzeby w niezbędne naczynia i utensylja oraz rozdaje publikacje w sprawie zapobiegania szerzeniu się chorób zakaźnych.

Należy pamiętać, że pielęgniarka społeczna nie jest powołana do badania fizykalnego chorych i do rozpoznawania przypadków chorobowych.

Gruźlica. Pielęgniarka społeczna śledzi w swym obwodzie wszystko to, co dotyczy gruźlicy jako choroby społecznej, a więc chorobowość, umieralność, śmiertelność, powodowane gruźlicą, istniejące organizacje dla pomocy chorym gruźliczym, akcję przeciwgruźliczą prowadzoną lub proponowaną. Pielęgniarka społeczna współpracuje we wszelkich poczynaniach, mających na celu usunięcie warunków, sprzyjających szerzeniu się gruźlicy. Pielęgniarka społeczna:

a) wyszukuje drogą wywiadu z chorymi gruźliczymi, lub też z osobami, będącymi w kontakcie z chorymi, niezarejestrowane lub pozostające bez dozoru przypadki gruźlicy;

b) troszczy się, by osoby, podejrzane o gruźlicę lub narażone na kontakt z gruźliczymi chorymi, były badane przez lekarza. Badanie lekarskie, jeśli to jest możliwe, winno się odbywać w poradniach lub klinikach;

c) troszczy się, by plwocina osób, podejrzanych o gruźlicę, była zbadana mikroskopowo;

d) stale ma w ewidencji i obserwacji nietylko zarejestrowane przypadki gruźlicy wraz z rodzinami, lecz wszystkie podejrzane przypadki aż do czasu, kiedy są rozpoznane, jako wyleczone;

e) zarządza właściwą opieką nad chorymi w instytucjach, w domach prywatnych i poucza chorego oraz jego otoczenie o niezbędnych higienicznych i zapobiegawczych przepisach przeciw szerzeniu się infekcji;

d) śledzi przypadki gruźlicy, zwolnione ze szpitala.

Choroby weneryczne. Przy zwalczaniu chorób wenerycznych pielęgniarka społeczna:

a) współpracuje w akcji propagandowej i wychowawczej, mającej na celu zapobieganie szerzeniu się chorób wenerycznych;

b) odwiedza organizacje społeczne w swym obwodzie, by się dowiedzieć, czy odczyty o chorobach wenerycznych byłyby pożądane;

c) sama urządza konferencje i pogadanki z kobietami, dziewczętami oraz poucza je o higjencie płciowej;

d) pielęgniarka społeczna w żadnym razie nie jest powołana do badania i rozpoznawania chorób wenerycznych. Jeśli okoliczności upoważniają do podejrzenia, że istnieje infekcja weneryczna, pielęgniarka społeczna doradza choremu(iej) udanie się do lekarza po radę, lub odwiedzenie poradni przeciwwenerycznej;

e) działając w myśl instrukcji lekarza publicznej służby zdrowia, pielęgniarka społeczna doradza matkom, które rodzą dzieci martwe, zbadanie krwi na odczyn Wassermann'a i, jeśli odczyn wypadnie dodatni, kieruje chorą do leczenia;

f) w poradni pielęgniarka społeczna asystuje lekarzowi przy badaniu chorych, w szczególności jest obecną przy badaniu kobiet.

Jaglica. W walce z jaglicą pielęgniarka społeczna:

a) wyszukuje drogą wywiadu domowego w rodzinach swego obwodu pozostające bez opieki lekarskiej przypadki jaglicy;

b) troszczy się, by osoby chore lub podejrzane o jaglicę pozostawały pod opieką poradni lub klinik ocznych;

c) poucza chorego oraz jego otoczenie o zachowaniu niezbędnych higienicznych i zapobiegawczych przepisów celem niedopuszczania do szerzenia się choroby;

d) zaznajamia się z warunkami higieniczno-sanitarnymi, zamkniętych zakładów opiekuńczych swego obwodu i informuje lekarza publicznej służby zdrowia o brakach zakładów pod względem higieniczno sanitarnym, a w szczególności o przypadkach zachorowań ocznych.

II. HIGJENA MACIERZYŃSTWA.

Pielęgniarka społeczna udziela instrukcji matkom pojedynczo lub w grupach z zakresu:

- a) fizjologii ciąży;
- b) higieny ciąży, dietetyki, odzieży i t. p.;
- c) dolegliwości i nienormalności ciąży;
- d) przygotowania do porodu;
- e) potrzeb i odzieży oczekiwanego dziecka;
- f) pieczy nad położnicą i niemowlęciem;
- g) karmienia piersią;
- h) kąpieli niemowlęcia.

Pielęgniarka społeczna miewa pogadanki z kobietami w ciąży na stacjach opieki, w domach prywatnych raz na miesiąc aż do 5 miesiąca ciąży, a co 2 tygodnie później. Pielęgniarka społeczna troszczy się, by kobiety ciężarne były badane przez lekarza specjalistę w przychodniach dla ciężarnych. Dla normalnych porodów pielęgniarka stara się o pomoc położnej do porodu. Kobiety, które będą miały poród trudny lub nienormalny, pielęgniarka społeczna umieszcza w zakładzie dla położnic.

III. HIGJENA DZIECKA.

Pielęgniarka społeczna ma pieczę nad higieną matek i noworodków ze specjalnem skierowaniem uwagi na infekcję oczu. Pielęgniarka społeczna dba, by nowonarodzone dziecko było zarejestrowane w urzędzie właściwym. Pielęgniarka społeczna stale śledzi zdrowie niemowląt i ich rodziców ze spe-

cialnem uwzględnieniem karmienia i odżywiania dzieci, wykrywania wad rozwojowych lub choroby. Pielęgniarka społeczna:

a) poucza matki o higienie i żywieniu niemowląt, demonstrując praktycznie metody żywienia;

b) zapewnia perjodyczne badanie dzieci;

c) śledzi, by instrukcje, wydane przez lekarza, były wykonywane w praktyce;

d) upewnia się, czy matka otrzymała od właściwego urzędu świadectwo o urodzeniu dziecka.

W domach prywatnych pielęgniarka społeczna udziela instrukcyj, dotyczących higieny osobistej, higieny domowej, ze specjalnem uwzględnieniem karmienia piersią, a gdzie tego zachodzi potrzeba, karmienia sztucznego, troszcząc się, by dzieciom zapewnić warunki dla normalnego rozwoju i wzrostu. Pielęgniarka społeczna stara się o należytą pomoc szpitalną lub ambulatoryjną dla tych matek i dzieci, które tego potrzebują.

Pielęgniarka społeczna zbiera dane, dotyczące dzieci ślepych, głuchych, ułomnych, syfilitycznych, epileptycznych, upośledzonych umysłowo, chorych, nielegalnych, występnych i wszelkich innych nienormalnych dzieci, oraz stara się o zapewnienie dla nich opieki. Na stacjach opieki pielęgniarka pracuje, jako pomocnica lekarza stacyjnego, przygotowując dzieci do badania, ważąc i mierząc je, wyjaśniając instrukcje, udzielone przez lekarza, oraz demonstrując metody ich zastosowania.

IV. HIGJENA SZKOLNA.

Główniejsze obowiązki pielęgniarki społecznej, jako higienistki szkolnej, są:

a) współpraca z lekarzem szkolnym nad wykrywaniem i poprawą wad rozwojowych i fizycznych u dzieci;

b) donieszenie władzom szkolnym i lekarzowi publicznej służby zdrowia o wszystkich przypadkach istniejących lub podejrzanych o chorobę zakaźną oraz

c) pomaganie lekarzowi szkolnemu przy dokonywaniu szczepień ochronnych.

Działalność pielęgniarki społecznej przy zwalczaniu chorób zakaźnych w szkołach polega na wyłączeniu ze szkół dzieci, podejrzanych o chorobę zakaźną, i zawiadomianiu lekarza publicznej służby zdrowia i rodziców dziecka o powodach wyłączenia, niepozwalanie uczęszczania do szkoły dzieciom po chorobie oraz tym, które były nieobecne w szkole przez czas dłuższy. W czasie epidemji podlegają obserwacji te domy, z których infekcja wyszła, albo, w których przebywają chorzy lub osoby podejrzane o kontakt z chorymi.

Pielęgniarka społeczna wypełnia zlecenia lekarza szkolnego lub lekarza domowego przy odwiedzaniu domów uczniów, odprowadza dzieci do ambulatorjów, szpitali i t. p., gdzie właściwa pomoc może być udzielona, w nagłych wypadkach w szkole udziela pierwszej pomocy, zaznajamia się z warunkami sanitarnymi budynków szkolnych i terenów przylegających, donosi władzom szkolnym i sanitarnym o wszystkich brakach w oświetleniu, ogrzewaniu, wentylacji gmachów, gdzie przebywają uczniowie, współpracuje z lekarzami, dentystami, wła-

dziami szkolnymi i organizacjami społecznymi w sprawie ochrony zdrowia dzieci szkolnych w szkole i poza szkołą oraz poucza nauczycieli, rodziców i uczniów o zasadach higieny.

V. NADZÓR NAD POŁOŻNEMI.

Pielęgniarka społeczna na zlecenie lekarza publicznej służby zdrowia odwiedza wszystkie położne, uprawnione do praktyki, celem nadzoru nad wykonywaniem przepisów i rozporządzeń władz sanitarnych. Przy odwiedzinach pielęgniarka społeczna zwraca uwagę na mieszkanie i jego urządzenie, na sprawozdania z przyjętych porodów według książeczki, posiadanej przez położną, i specjalnie bada, czy położna posiada dostateczną ilość protargolu.

Na zlecenie lekarza publicznej służby zdrowia pielęgniarka społeczna odwiedza matki noworodków, przyjmowanych przez położne, dla stwierdzenia stanu ich zdrowia, a w szczególności stanu ich spojówek ocznych.

Pielęgniarka stara się wpłynąć na położne, by uczęszczały na kursa doształcające lub przeszkolenia.

Pielęgniarka społeczna współdziała w ujawnianiu położnych, nie mających prawa praktyki albo niezarejestrowanych u miejscowych władz sanitarnych.

Pielęgniarka społeczna poleca położnym odsyłanie matek z niemowlętami do stacyj opieki nad dziećmi, jeśli te istnieją w danym obwodzie.

Pielęgniarka społeczna również:

a) donosi lekarzowi publicznej służby zdrowia o naruszeniach ustaw i rozporządzeń, dotyczących położnych i wykonywania praktyki;

b) donosi lekarzowi publicznej służby zdrowia o zmianie miejsca zamieszkania, usunięcia się od praktyki, śmierci lub innych ważnych zmianach, dotyczących uprawnionej do praktyki położnej;

c) czuwa nad wykonywaniem przez położne rozporządzenia o rejestrowaniu dzieci, martwo urodzonych, narodzin lub śmierci;

d) porównywa listę nowonarodzonych dzieci, zarejestrowanych przez rodziców, lekarza lub położną, z wyciągiem o narodzinach z ksiąg stanu cywilnego, by stwierdzić braki lub błędy w rejestrowaniu.

Jeżeli pielęgniarka społeczna dowie się o narodzeniu dziecka, jej obowiązkiem jest dowiedzieć się, czy dziecko zostało zarejestrowane. Jeżeli ani lekarz, ani położna, obecni przy porodzie, nie zarejestrowali narodzin, obowiązkiem pielęgniarki społecznej jest wpłynąć na rodziców, by tej formalności stało się zadość.

VI. HIGJENA PRZEMYSŁOWA.

Pielęgniarka społeczna, jako instruktorka w sprawach higieny:

a) stara się mieć nadzór nad zdrowiem i higieną osób, zatrudnionych w zakładach przemysłowych swego obwodu;

b) odwiedza domy osób, pracujących w prze-

myśle, mając w pieczy higienę poszczególnych członków rodziny, a więc matek w ciąży, niemowląt, dzieci szkolnych, zapobiega szerzeniu się gruźlicy w rodzinie, zwalcza pjaństwo i t. p.

VII. HIGJENA UMYSŁOWA.

Praca pielęgniarki społecznej w tym dziale polega na:

a) wyszukiwaniu umysłowo chorych i oddawaniu ich pod opiekę lekarską;

b) odwiedzaniu umysłowo chorych i informowaniu się, czy zalecenia lekarza są stosowane w praktyce;

c) współpracy z klinikami dla chorób umysłowych;

d) odwiedzaniu chorych, wypisanych ze szpitala.

VIII. AKCJA WYCHOWAWCZA.

Pielęgniarka społeczna może dokonać wiele pracy wychowawczą w swym obwodzie. Pielęgniarka społeczna poucza, doradza i demonstrowuje w czasie wizyty domowej praktyczne stosowanie zasad higieny, korzysta z prasy lokalnej, z wykładów, kursów doształcających, wystaw dla przedstawienia i propagandy higieny w najprostszej i najwięcej pojętej formie. Pielęgniarka społeczna rozdaje odezwy i publikacje, dotyczące chorób zakaźnych i innych działów Higjeny Społecznej, drukowane przez centralne lub lokalne władze sanitarne. Pielęgniarka społeczna interesuje się artykułami, raportami, mapami, filmami i innym materiałem w sprawie lokalnych warunków zdrowotnych, przygotowanym bądź przez władze państwowe lub samorządowe, bądź też przez organizacje społeczne z funduszków państwowych lub prywatnych.

IX. AKCJA SPRAWOZDAWCZA.

Działalność pielęgniarki społecznej winna być ujmowana w periodyczne sprawozdania. Sprawozdania są prowadzone, aby:

a) umożliwić sobie, prowadzącej pracę, zorjentowanie się, czy praca jest prowadzona z wynikiem pomyślnym;

b) pozostawić stałą ewidencję dokonanej pracy, aby nowy pracownik, przystępujący do rozpoczętej pracy, mógł ją dalej prowadzić.

Społeczna służba pielęgniarska wymaga specjalnych uzdolnień i kwalifikacyj od kandydatek. Ujmujące cechy zewnętrzne, łagodność, pogoda umysłu, zdolności organizacyjne, zamiłowanie do pracy społecznej, umiejętność przemawiania publicznie, znajomość budżetowania są cechami wysoce pożądanymi. Do innych niemniej ważnych kwalifikacyj należy zaliczyć: zdrowy rozsądek, inteligencję, entuzjazm, inicjatywę, energję, wytrwałość, porządek i punktualność oraz umiejętność przystosowania się.

MEMORJAŁ.

Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie projektu noweli do ustawy z dnia 19 maja 1920 roku o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272).

Naczelna Izba Lekarska po zasięgnięciu opinii wszystkich Izb Lekarskich w Państwie w sprawie projektu ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272) przedstawia następujący memoriał.

Naczelna Izba Lekarska już w memoriale z dnia 6-go października 1924 r. L. 356/24 z powodu ówczesnego projektu noweli do ustawy o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby przedstawiła szereg powodów, dla których ustawa z dnia 15.V. 1920 r. w jej wykonaniu nie spotkała się z powszechnym zadowoleniem. Zdaniem Naczelnej Izby Lekarskiej powody po temu były następujące: 1) Połączenie ubezpieczenia od bezrobocia na skutek choroby (niezdolności do pracy) z uprzystępnieniem lecznictwa, 2) ingerowanie w zakresie lecznictwa urzędników kasowych nie fachowców, natomiast pomijanie lekarzy, do których rola kierownicza w zakresie lecznictwa z natury rzeczy należeć powinna i płynące stąd пониżenie stanu lekarskiego, 3) przymus ubezpieczenia, stosowany zarówno do instytucji, jak i tych warstw ludności, które były przedtem lepiej zaopatrzone w pomoc w chorobie, 4) konieczność powierzenia swego zdrowia lekarzowi wskazanemu, a nie z wolnego wyboru, 5) przymus należenia do Kas warstw ludności dostatecznie materialnie zabezpieczonej przy jednoczesnej niemożności dostarczenia im świadczeń odpowiadających wysokości ściąganych z nich opłat (brak odpowiednio urządzonych szpitali, sanatorjów) — oto najgłówniejsze powody, dla których dążenia stanęły w niezgodzie z potrzebami życia.

Niezależnie od tego Naczelna Izba Lekarska już wówczas wskazywała na konieczność głębszego nadzoru nad sprawami lecznictwa ze strony tego organu administracji państwowej, któremu specjalnie troska o zdrowie publiczne została powierzona, jako jedynie kompetentnemu w tych sprawach. Wtedy art. 42 nie miałby takiego zastosowania, że czynności przez pomocniczy personel lekarski mogą być wykonywane i bez zezwolenia lekarza, i bez jego wiedzy, jeżeli nie może on być wezwany. W praktyce doprowadziło to np. w Łodzi do tego, że Zarząd Kasy w czasie stanu bezkontraktowego chciał oddać w ręce felczerów i akuserek całe lecznictwo. Ustęp ten przez nowelizację powinien być stanowczo usunięty, gdyż jest bezwarunkowo dla ubezpieczonych szkodliwy. Słuszną i najodpowiedniejszą rzeczą byłoby, aby ściśle nadzór nad lecznictwem w Kasach Chorych objęło Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia), a nadzór nad ubezpieczeniem od bezrobocia z powodu choroby Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. Instytucją bowiem Kas Chorych, która może objąć blisko 80% ludności, a więc lecznictwo prawie całej ludności państwa, powinna dążyć nie tylko do niesienia pomocy indywidualnej, ale zarazem zgodnie z postępem nauki lekarskiej do współdziałania w rozwoju zadań higieny zapobiegawczej. Tak tylko bowiem pojęte zadanie lecznictwa może odpowiadać obowiązkowi i interesom Państwa, interesom chorych i wiedzy lekarskiej. Skoordinowanie tych dwu zadań byłoby najłatwiejsze, gdyby w zakresie lecznictwa miało głos tylko Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Z tych to motywów wychodząc, niezależnie od delegatów Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, Naczelna Izba Lekarska proponowała i proponuje, aby przy Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia utworzony był specjalny organ w postaci Rady do spraw lecznictwa Kas Chorych, do której mogłyby apelować zarówno Zarządy Kas Chorych jak i Naczelni Lekarze w razie wynikłych nieporozumień w sprawach lecznictwa. Zadaniem takiej Rady byłoby: a) rozpatrywanie rocznych sprawozdań z działalności Kas w zakresie lecznictwa i urządzeń leczniczych, b) rozpatrywanie i zatwierdzanie planów i projektów inwestycyjnych w Kasach Chorych pod względem celowości i urządzeń sanitarnych, c) rozpatrywanie projektów na otwarcie apteki Kas Chorych i na zakres ich działalności, d) rozpatrywanie wynikających sporów w zakresie lecznictwa między władzami Kas Chorych. Do składu tego rodzaju Rady wchodziłoby: Generalny Dyrektor Służby Zdrowia lub jego zastępca, jako przewodniczący, Dyrektor departamentu higie-

ny, Inspektor Służby Zdrowia, radca prawny Generalnej Dyrekcji, przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej, przedstawiciel administracji Kas Chorych, Nacelnik wydziału farmaceutycznego Ministerjum.

Regulamin Rady opracowany przez nią zatwierdza Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministrem Pracy i Opieki Społecznej. Wszak tak zbudowany organ nie pociągnie za sobą specjalnych wydatków państwowych.

W związku z należytem postawieniem lecznictwa w Kasach chorych, a to zarówno w stosunku do ubezpieczonych jak i lekarzy, niemałej wagi jest stanowisko Lekarza Naczelnego w Kasie. Wprawdzie art. 73 projektu noweli zaznacza, że narówni z Dyrektorem jest mianowany przez Zarząd i Lekarz Naczelny, winno być jednak zaznaczone, że Zarząd mianuje Lekarza Naczelnego z pośród kandydatów przedstawionych przez miejscową zawodową organizację lekarską, że zakres lecznictwa do niego wyłącznie należy, że w tym dziale jest on odpowiedzialny tylko przed zarządem, zależnym zaś od zarządu wyłącznie w zakresie budżetu lecznictwa. Lecznictwem nie może kierować Zarząd, jako niekompetentny. W razie wynikłych sporów w zakresie lecznictwa Lekarz Naczelny jak i Zarząd Kasy zwracają się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, jako fachowego organu nadzorczego.

Proponowaną w noweli Radę przy Naczelnym Lekarzu uważać należy za zamierzenie celowe i odpowiednie, tylko jej skład i zadania powinny być ustawowo ustalone.

Jeżeli teraz wziąć pod uwagę stanowisko lekarza ordynującego w Kasach Chorych, to tu nasuwają się decyzje następujące: Przedewszystkiem w załatwieniu aktu leczenia powinien być uwzględniony w myśl art. 42 p. II wolny wybór lekarza i zachowanie tajemnicy lekarskiej, którego art. 77 nie gwarantuje, bo urzędnicy nie są na zasadzie przysięgi zawodowej do tego obowiązani.

Wszystkie dokumenty, które mają służyć do wypłaty zasiłków nie powinny zawierać rozpoznania choroby, zaś wszelkie dokumenty, które zawierają rozpoznania lekarskie (karty choroby, orzeczenia komisji i inne) winny być w załatwianiu wyłącznie lekarzy, a nie tak jak obecnie w załatwianiu administracji. Lekarz ordynujący wydaje zaświadczenie o niezdolności do pracy w wypadkach dla niego niewątpliwych, przy najmniejszej zaś wątpliwości przekazuje sprawę komisji lekarskiej.

Dla dobra chorych, racjonalnego lecznictwa i prawidłowej gospodarki należałoby ustawowo procentowo oznaczyć wydatki na lecznictwo, zapomogi, administrację i fundusz rezerwowy. Aby uniknąć nadmiernego wyzyskiwania Kasy przez ubezpieczonych, jeżeli już nie sam ubezpieczony, to jego rodzina powinna ponosić 10% kosztów na lekarstwa.

W poprzednim projekcie nowelizacji uwzględniona była wysokość zarobku, ponad którą upadał obowiązek ubezpieczenia. W obecnym projekcie sprawa ta zupełnie została pominięta, jednak zarówno na interesy Kas Chorych jak i na interesy stanu lekarskiego ustalenie pewnej granicy jest niezbędne. Zadaniem Kas Chorych jest zorganizować pomoc lekarską dla warstw ekonomicznie słabszych, któreby same sobie nie podolały zapewnić odpowiedniej pomocy; natomiast Kasy włączając w zakres swego działania warstwy zamożniejsze, które same sobie mogą zorganizować pomoc lekarską, zaciągają względem nich zobowiązania, którym w obecnym stanie rzeczy nie zawsze mogą zadość uczynić (brak odpowiednich szpitali, wyjazdy do wód mineralnych, do sanatorjów), co znów jest źródłem niezadowolenia z drugiej znów strony zamożni zajmują w Kasach miejsca, któreby się należały słusznie ludności mniej zamożnej. Dla stanu zaś lekarskiego brak tej górnej granicy jest źródłem prawie zupełnego upadku wolnej praktyki lekarskiej; gdyby bowiem kasy chorych przy obecnym ich ustroju objęły 80% ludności, to gdzie znajdzie się pole do wolnej praktyki? Jasne więc jest, że tego rodzaju warunki prowadzić będą do pauperyzacji lekarzy, będących poza kasami chorych, a z drugiej zaś strony wytwarzają i wytworzą typ lekarza urzędnika. Tylko wolny wybór lekarza, wolna praktyka lekarska, związane z tym szlachetne współzawodnictwo prowadzić mogą do należytego poziomu zawodowego i naukowego stanu lekarskiego, co nie jest obojętne ani dla interesów społeczeństwa, ani dla Państwa. Wszak nie tylko ubezpieczeni w Kasach chorych, ale i inne warstwy społeczeństwa (choćby nawet i najbiedniejsze, które są poza

nawiasem działań a kas chorych) a przede wszystkim służba zdrowia publicznego oraz wojskowość potrzebują odpowiednich zastępów wyrobionych i wykwalifikowanych lekarzy. Przy obecnym systemie, jeżeli kasy chorych bez ustalenia górnej granicy objęłyby leczeniem prawie całą ludność, (80%) to jasną jest rzeczą, że poza Kasami Chorych, lekarz wolno praktykujący nie będzie miał możliwości egzystencji. Czy w podobnych warunkach zarabkowania za lat kilka wydziały lekarskie znajdą odpowiednią liczbę adeptów medycyny, pytanie to co najmniej należy uważać za otwarte. Z drugiej znów strony przyjęty w większych kasach system ambulatoryjny udzielania pomocy lekarskiej oparty na zasadach fabrycznych przy płacach lekarzy ryczałtowych musi manierować lekarzy w kierunku spełnienia ich zadań w sposób urzędniczy, nie dając warunków współzawodnictwa i pobudki do samokształcenia się wobec nawału zajęć. Z powyższych powodów wszystkie Izby Lekarskie wypowiedziały się za ustaleniem górnej granicy dochodu, ponad który ustawy obowiązek należenia do kas chorych upada. Granica ta nie powinna przewyższać 375 zł. miesięcznego dochodu.

Ponieważ już sama ustawa wyłącza z pod swojej opieki pewne kategorie pracowników, przeto jasną jest rzeczą, że w myśl konstytucji (art. 108) mają oni prawo do organizowania się w celu tworzenia swoich odrębnych Kas. Idea liberalizmu i opieki społecznej powinna zwalniać od przymusu należenia i inne grupy zorganizowane już w innych kasach, byleby tylko warunki ubezpieczenia nie były gorsze od tych jakie są w Kasach Chorych. Postęp i rozwój urzędów społecznych polega na dokładnym obserwowaniu życia, odczuciu potrzeb i dobrej inicjatywie; tłumić więc te ostatnie dążności organizacyjne nie jest właściwe z punktu widzenia zdrowej gospodarki i pracy społecznej. Troska o zdrowie ogółu i organizacja leczenia powinna należeć do Państwa, ale troska o zdrowie indywidualne jest atrybutem jednostki i to powinno być uwzględnione w organizacji pomocy społecznej. Jeżeli grupy jednostek w celu zapewnienia sobie opieki i pomocy w chorobie zechcą się łączyć i tworzyć oddzielne instytucje na lepszych zasadach oparte, dla czego Państwo, ewentualnie prawo, miało hamować takie dążenia, które tylko mogą być źródłem postępu. Czy należało zmieniać wzorową organizację pomocy lekarskiej w Zagłębiu Dąbrowskiem; czy z chwilą wprowadzenia kas chorych na Śląsku ulecby także miały temuż losowi istniejące tam kasy brackie, które mają poza sobą szeregi lat pracy i doświadczenia (z górą sto)?

Ustawy nowouchwalne lub nowelizowane nie powinny być w sprzeczności z już istniejącymi, a zwłaszcza z konstytucją. Tymczasem nowelizacja rozpatrywana proponuje artykuły wręcz sprzeczne z ustawami zasadniczymi. W art. 43 V proponowany przymus leczenia kasowych chorych w razie stanów bezkontraktowych przez wszystkich lekarzy zamieszkałych w danym okręgu jest sprzeczny z art. 96 i 101 konstytucji, a z góry narzucone w takich wypadkach honoraria w wysokości połowy taksy ustalonej przez Urząd Wojewódzki są sprzeczne z postanowieniem art. 21 22 ustawy o praktyce z dn. 2. XII. 1921 r. poz. 762. Art. 9

też ustawy, na który powołuje się art. 95 noweli, stosuje się do partaczy, nie do lekarzy i nie może być zastosowany, proponowane zaś w punkcie III kary na lekarzy chcą uczynić z nich istoty pozbawione obrony praw zasadniczych mogą mieć w razie braku zgody na osobę przewodniczącego, wyznaczonego z urzędu przewodniczącego przez Urząd Ubezpieczeń, lecz przez najwyższą instancję sądową w danej miejscowości. Urzędy ubezpieczeń nie mogą być uważane za niezainteresowane w sprawach sporu.

Komisje pojednawcze przewidziane w art. 84 nie obywatela i to właśnie przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, które jest powołane do strzeżenia art. 102 konstytucji.

Pojęcie 2 komisji arbitrażowych jest nowością; arbitraż może być tylko jeden i to bezapelacyjny. Skład arbitrażu proponowany przez nowelę winien być uzupełniony przez przewodniczącego także mianowanego przez najwyższą instancję sądową, wtedy nie będzie obawy o równość głosów i dyrektor urzędu ubezpieczeń nie będzie miał głosu decydującego, nie będąc przewodniczącym. Skład komisji arbitrażowej powinien być tak ustalony, ażeby 2 strony będące w kontrowersji miały równą liczbę swych przedstawicieli z niezainteresowanym przewodniczącym, jak to wyżej przedstawiono.

Art. 97 ustawy oddaje nadzór nad działalnością ubezpieczeniową Ministerstwu Pracy i Opieki Społecznej, a w granicach zasadniczej ustawy sanitarnej Ministerstwu Spraw Wewnętrznych.

Niezbędna jest jeszcze i kontrola państwowa w sprawach gospodarki finansowej. Państwo nie może uważać za czołową gospodarkę finansową instytucji, która ściągą od znacznej części społeczeństwa w drodze przymusu olbrzymie kwoty i która jednocześnie ma obowiązek dawania innej, a jeszcze większej większości społeczeństwa świadczeń doniosłej wagi. Opieka nad pracownikiem i jego rodziną w wypadkach choroby w naszym systemie państwowym nie jest dobroczynnością, zależną od woli osób i instytucji prywatnych, ani też nie jest pozostawioną inicjatywie przedsiębiorstw ciągnących z tego zyski; jest ona obowiązkiem, który reguluje Państwo. Każda opłata przymusowa ma w istocie swej charakter podatku, a więc ten sam organ, który kontroluje wydatkowanie sum podatków, powinien w ten sam sposób badać wydatkowanie wpływów z opłat przymusowych na cele opieki społecznej. Wymaga tego wprost logika życia. Dlatego byłoby słuszne, aby najwyższa Izba Kontroli Państwa i jej oddziały miały zagwarantowane w ustawie prawo kontroli nie tylko w tych wypadkach, gdy Kasy Chorych trzymują zasiłki z funduszy państwowych, ale i wogóle. Chodzi tu bowiem o kontrolę fachową, która może dodatnio wpływać na gospodarność i celowość w wydatkach.

Sekretarz:

Przewodniczący:

(—) Dr. Metelski.

(—) Dr. Bączkiewicz.

Sprawy zawodowe

PROTOKÓŁ

Pierwszego (organizacyjnego) posiedzenia drugiej Naczelnej Izby Lekarskiej kadencji 1926 — 1928 roku, z dn. 28 lutego 1926 r.

Obecni: przedstawiciele: Bączkiewicz, Garlicka, Makowski, Metelski, Przyborowski, Róbin, Śmiechowski, Wojnówna (Izba Warsz.-Białost.). Drożdż, Wiszniewski (Izba Lubelska). Dymiński, Jerzykowski, Steinborn, Wieleński (Izba Poznańsko — Pomorska). Jankowski, Strzemieński, Wróblewski, Wrześniowski (Izba Krakowska). Franke, Nowicki, Papee, Waygiel, Wolf (Izba Lwowska). Tomaszewski (Izba Łódzka); razem 24 członków. Przewodniczący stwierdza prawomocność zebrania zgodnie z atrybutem 7 regulaminu.

Przewodniczący ustępującego Zarządu Dr. Bączkiewicz otwiera i zagaja posiedzenie poczem oznajmia, że na zasadzie zawiadomień, nadesłanych przez poszczególne

Izby skład Naczelnej Izby Lekarskiej przedstawia się następująco. Przedstawicielami Izby Warszawsko-Białostockiej są: D-rzy: Bączkiewicz Jan, Garlicka Zofja, Krzyczkowski Antoni, Makowski Tytus, Metelski Norbert, Przyborowski Adam, Róbin Wilhelm, Sochacki Ignacy, Śmiechowski Antoni, Wojnówna Zofja. Zastępcami: Gurbski Stanisław, Jasielewicz Kazimierz, Kołtataj-Szrednicki Jan, Lewin Gerson, Orłowski Edward, Stawiński Zdzisław, Szumlański Witold, Szymanowski Zygmunt, Trenker Henryk, Żeliszewski Jerzy. Przedstawicielami Izby Lubelskiej są: Drożdż Wacław, Wiszniewski Eugenjusz. Zastępcami: Miłaszewski Franciszek, Brykner Władysław. Przedstawicielami Izby Krakowskiej są: Jankowski Stanisław, Strzemieński Stefan, Wróblewski Winceny, Wrześniowski Władysław. Zastępcami: Grzybowski Grzegorz, Batawia Ludwik, Czapliski Zdzisław, Zakrzewski Wacław. Przedstawicielami Izby Lwowskiej są: Franke Marjan, Nowicki Witold, Papee Jan, Waygiel Euge-

njusz, Wolf Aron, Czernecki Władysław. Zastępcami: Kubiśtał Stanisław, Leńko Zenon, Ramer Salomon, Świtalski Mieczysław, Szymański Henryk. Przedstawicielami Izby Łódzkiej są: Tomaszewski Antoni, Skusiewicz Feliks. Zastępcami: Michalski Józef, Margolis Aleksander. Przedstawicielami Izby Poznańsko-Pomorskiej są: Jerzykowski Stanisław, Wieleński Bolesław, Stejnborn Otton, Dymiński Zygmunt. Zastępcami: Gantkowski Paweł, Wilczewski Kazimierz, Szulc Tadeusz, Maj Kazimierz. Razem Izba Naczelna liczy 28 członków.

Przewodniczący odczytuje list D-ra Skusiewicza z Łodzi, którym przekazuje swój mandat kol. Tomaszewskiemu i wyraża opinię, że projektowana przez Naczelną Izbę Lekarską 6-cio złotowa składka na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej jest zbyt wygórowana. Poza tem usprawiedliwili nieobecność Dr. Sochacki, który jest chory, i Dr. Krzyczkowski, który przekazał swój głos d-rówi Śmiechowskiemu, na co Izba wyraziła zgodę. Następnie przystąpiono do wyboru Zarządu. Po obliczeniu głosów przez Komisję skrutacyjną okazało się, że na członków Zarządu zostali wybrani: Bączkiewicz, Krzyczkowski, Strzemiński, Papee, Metelski, Drożdż, Śmiechowski, Makowski, Jerzykowski; na zastępców zaś: Wrześniowski, Żelistański, Zembrzusi, Bein, Waygiel, Michalski, Wojtkiewicz, Garlicka, Wojnowna.

Po ogłoszeniu wyniku wyborów nowoobрани Zarząd przeprowadza wybory prezydium, przyczem powołano na przewodniczącego Bączkiewicza, na wiceprezesów: Jerzykowskiego, Papego, Strzemińskiego, Śmiechowskiego, sekretarza Metelskiego i skarbnika Makowskiego.

Przewodniczący w serdecznych słowach dziękuje za wybór i wyraża ufność, że wszyscy członkowie Izby podzielią się ciężarem pracy, skierowanej ku dobru społeczeństwa i stanu lekarskiego.

W dalszym ciągu wszystkimi głosami zostali wybrani na członków komisji rewizyjnej: Wiszniewski Eugenjusz, Gruszczyński Aleksander, Bogucki Wincenty, Róbin Wilhelm, Sochacki Ignacy.

W wyborach Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej głosowało 22 członków wynik wyborów następujący: Sędziowie: Bełkowski Jan, Chmielewski Jan, Gębarski Stanisław, Gruszczyński Aleksander, Janczewski Władysław, Kołtataj Szrednicki Jan, Kowalski Franciszek, Kozerski Adolf, Śmiechowski Antoni, Starkiewicz Mikołaj, Szerypo Ryszard, Turski Antoni, Wojnowna Zofja, Zembrzusi Stanisław, Żurkowski Aleksander; delegowani od Izby Warszawsko-Białostockiej: Ryłko Marjan, Osiński Eugenjusz; od Izby Lwowskiej: Papee Jan, Franke Marjan; od Izby Krakowskiej: Wrześniowski Władysław, Jankowski Stanisław; od Izby Poznańsko-Pomorskiej: Karwowski Adam, Świnarski Emil; od Izby Łódzkiej: Trenkner Henryk, Grabowski Julian; od Izby Lubelskiej: Modrzewski Jan, Wiszniewski Eugenjusz. Zastępcami są: Bronowski Szczęsny, Byszewski Tomasz, Chrzanowski Zygmunt, Hagmajer Stanisław, Jasielewicz Kazimierz, Jędrzejewski Michał, Korzon Tadeusz, Kowalski Waclaw, Łapiński Waclaw, Luczycki Bronisław, Nowacki Ludomir, Podczaski Teodor, Rudziński Walenty, Szayer Edmund, Żelistański Jerzy; delegowani od Izby Warszawsko-Białostockiej: Metelski Norbert, Jakimiak Bolesław; od Izby Lwowskiej: Kotiers Zdzisław, Salpeter Michał; od Izby Krakowskiej: Olbrzycht Jan, Suchodolski Kazimierz; od Izby Poznańsko-Pomorskiej: Matuszewski Romuald, Wiecki Czesław; od Izby Łódzkiej: Watten Ignacy, Krakowski Edmund, od Izby Lubelskiej: Drożdż Waclaw, Jacewski Adolf.

Dr. Sterling-Okuniewski referuje na podstawie uchwał ostatniego „Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich” sprawę utworzenia biura propagandy nauki polskiej. Chodziłoby mianowicie o wydawanie przez Naczelną Izbę Lekarską rocznika ze streszczeniami w obcych językach prac naukowych lekarskich polskich i rozsyłanie go do różnych krajów. Koszta wydawnictwa takiego rocznika w 1000 egzemplarzach wyniosłyby około 7000 zł. Na wniosek D-ra Nowickiego, który aczkolwiek uznaje wielką doniosłość takiego wydawnictwa, jednak sądzi, że koszta byłyby znacznie większe, niż preliminowane przez referenta, że sprawa ta nie należy bezpośrednio do zadań Izby i załatwienie jej przekroczyłoby możliwość finansową członków Izby, że raczej powinna się nią zająć Kasa Mianowskiego, jako na-

leżącą bezpośrednio do zakresu jej działalności, uchwalono udzielić wszelkiego moralnego poparcia temu projektowi, nie angażując się na razie materialnie.

Przy rozważaniu preliminarza budżetowego na rok 1926 po wyjaśnieniu niektórych pozycji, zważywszy, że lwią część rozchodów stanowią wydatki na sąd, zastanawiano się nad tem, że należałoby zmniejszyć koszta procedury sądowej za pomocą kumulowania rozbioru spraw sądowych w jednym dniu i wzmódz wpływy przez zwiększenie grzywnien. Sprawę tę jednak zdecydowano przekazać sądowi. Pozatem z uwagi na wzmagającą się pauperyzację stanu lekarskiego postanowiono zredukować fundusz budowlany z 10000 zł. do 100 zł. W takim razie wysokość składek, przypadająca na jednego delegata Izby Naczelnej wyniosłaby 760 złotych.

Naczelna Izba potwierdza pełnomocnictwa dane przez poprzednią Izbę Naczelną Zarządowi do działania i występowania w jej imieniu we wszystkich sprawach kierowniczych, reprezentacyjnych, organizacyjnych, opiniodawczych i wykonawczych — leżących w zakresie jej działalności oraz do udzielania pełnomocnictw w jej imieniu aż do następnego zebrania Izby.

Potwierdzono uchwałę poprzedniej Izby Lekarskiej, że wobec znacznych kosztów połączonych z przyjazdem z prowincji, członkowie Izby Naczelnej z prowincji mogą otrzymać na piśmie mandaty od tych członków Izby Naczelnej, którzy nie mogą przybyć na zebranie, i przy głosowaniu rozporządzają tyłu głosami, ile mandatów otrzymali.

Dr. Mutermilch wygłasza referat w sprawie ubezpieczeń. Główne wytyczne, kótreimi radzi się kierować przy zakładaniu Kas pogrzebowych czyli właściwie, kas ubezpieczeń na wypadek śmierci są: przymus ubezpieczenia dla wszystkich kolegów z wyjątkiem najmłodszych, pobieranie wpisowego, które ma wynosić tyle złotych, ile ubezpieczony ma lat, sumą ubezpieczenia ma wynosić od 5000—10000 zł., składki zaś od 2—6 zł., konieczność posiadania funduszu zapasowego, możliwość zmiany statutu na wypadek wojny lub innych katastrof. Należy dążyć do tego, aby wszystkie izby miały kasy z ujednostajnionemi statutami, co byłoby dogodne przy przenoszeniu się z jednej Izby do innej. Tak zwana kasa wsparć powinna istnieć tylko przy Naczelnej Izbie Lekarskiej. Co się tyczy kas emerytalnych, to te mogą funkcjonować tylko przy możliwie wielkiej ilości członków. Kasa emerytalna powinna obejmować wszystkich lekarzy, ewentualnie wespół z innemi zawodami. Następnie jest rzeczą niezbędną, aby emerytura przysługiwała lekarzowi dopiero po 40 latach należenia do kasy; prawo do emerytury powinno przysługiwać lekarzowi po dojdziecu do pewnego wieku np. lat 60. W dyskusji mówcy wyjaśniają ustrój kas pogrzebowych w poszczególnych Izbach. Dr. Jerzykowski sądzi, że składki powinny być podnoszone tylko do 60 roku życia, poczem powinny być zmniejszane, ponieważ zdolność zarobkowa po 60 latach słabnie. Dr. Strzemiński jest przeciwny centralizowaniu kas wsparć, Dr. Papee uważa, że Izba Naczelna powinna stworzyć stałą instytucję ubezpieczeniową, a formy doraźnej pomocy pozostawić poszczególnym instytucjom lekarskim. Dr. Wrześniowski, powołując się na wynik ankiety, twierdzi, że zasiłek pogrzebowy powinien wynosić od 15000 do 30000 złotych, na co potrzebna jest składka 1 złoty dziennie i że przymus ubezpieczeniowy powinien być stosowany tylko do 45 roku życia. W wyniku dyskusji postanowiono wybrać komisję do spraw ubezpieczeniowych, któraby opracowała wzorowe statuty kas. Do komisji powołano D-rów Mutermilcha, Wrześniowskiego, Drożdża, oprócz tego uproszono przedstawicieli tych Izb, gdzie są Kasy ubezpieczeniowe, aby zawiadomili Zarząd Naczelnej Izby, kto mógłby przyjechać dla wzięcia udziału w pracach komisji. Po otrzymaniu zawiadomień zwoła komisję Przewodniczącą Izby Naczelnej w porozumieniu z referentem i innymi członkami komisji.

Ponieważ Izba Lubelska wystąpiła w swoim czasie z propozycją zwołania międzyizbowego zjazdu dla omówienia spraw kas chorych, Zarząd zebrał opinię wszystkich Izb pod tym względem, która wypadła jednomyślnie i przedstawił sprawę Naczelnej Izbie. Izba uchwaliła zwołać Zjazd międzyizbowy w dniach 2 i 3 maja b. r. w składzie 5 członków komitetu wykonawczego i po jednym przedstawicielu od poszczególnych Izb. Przedmiotem Zjazdu ma być przedewszystkiem sprawa Kas chorych, pozatem omówiona będzie sprawa

ubezpieczeń lekarzy, sprawą stosunku Naczelnej Izby Lekarskiej do poszczególnych Izb i sprawa statystyki chorobowości prowadzonych w Kasach chorych.

W sprawie żądania redakcji Nowin Lekarskich opłaty za komunikaty, uchwalono rzec się umieszczania komunikatów, o ile redakcja będzie obstawać przy swym żądaniu.

Izba Krakowska w regulaminie sądu żąda wyłączenia adwokatów w sądach Izb. Naczelna Izba Lekarska, wzięwszy pod uwagę, że wszystkie Izby wypowiedziały się za niedopuszczeniem adwokatów do sądów Izb i że regulamin Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej ustalony przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wyraźnie powiada, że obrońcami mogą być tylko członkowie Izb i że nie może być różnicy w procedurze pierwszej i drugiej instancji Izba uchwaliła zatwierdzić regulamin Sądu Izby Lekarskiej w Krakowie.

Delegaci Izby Lwowskiej poruszają sprawę nieumorowania prawa używania tytułu specjalisty, skutkiem czego częstokroć daje się spostrześć, że młodzi lekarze, nie posiadający dostatecznych wiadomości w pewnej gałęzi medycyny, praktykują jako specjaliści i co gorsza zdarza się, że lekarze tacy firmują techników dentystycznych. Sprawa ta ściśle się łączy z nauczaniem w uniwersytetach. Dla rozstrzygnięcia jej Uniwersytet Lwowski wysłał do wszystkich Towarzystw Lekarskich pytanie dobrze opracowane; po otrzymaniu odpowiedzi specjalna komisja redakcyjna ma opracować ostateczny projekt ustawy o specjalistach i przesłać go do Naczelnej Izby Lekarskiej z takim obliczeniem, aby projekt już w czerwcu otrzymała Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia. W dyskusji przewodniczący daje wyraz swemu pesymistycznemu zapatrywaniu na wynik pracy podjętej przez Wydział Lekarski. Nie powinniśmy dopomagać do uszczuplenia znaczenia dyplomów lekarskich, chociaż widzimy tendencję w tym kierunku z różnych stron. Sprawa określenia, kto jest specjalistą, jest niezmiernie trudna. Firmowanie techników dentystycznych przez lekarzy nie jest skutkiem nieuregulowania sprawy używania tytułu specjalisty, a wynika raczej z obniżenia poziomu moralnego stanu lekarskiego. Na ten ostatni punkt uniwersytety powinny zwrócić baczną uwagę. W końcu przewodniczący podaje wniosek, aby zacząć z rozstrzygnięciem tej sprawy do czasu należytego przygotowania jej przez organizację naukową; Izba Naczelna ze swej strony zainteresuje tą sprawą poszczególne Izby i odpowiedni projekt przedstawi. Wniosek przewodniczącego przyjęto.

Dr. P a p e e komunikuje, że Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zwróciła uwagę Izby Lwowskiej, że lista lekarzy uprawnionych do głosowania była ogłoszona tylko w dziennikach lekarskich. Umieszczając listę w Polskiej Gazecie Lekarskiej Izba Lwowska miała na celu, aby wszyscy lekarze ją przeczytali. Nie pocytywała zaś tego za bezprawne, ponieważ ustawa mówi o obowiązku drukowania list wyborczych w organach urzędowych. Izba Lwowska uważa Polską Gazetę Lekarską za swój organ urzędowy. Sprawa sprowadza się do ustalenia, co należy rozumieć pod „organem urzędowym”. Postanowiono aby Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zwrócił się w tej sprawie z zapytaniem do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Poruszono sprawę niezdrowej konkurencji, jaką wytwarzają laboratorja rządowe, pobierając od prywatnych chorych daleko niższe opłaty, niż przyjęte w praktyce prywatnej. Naczelna Izba Lekarska po otrzymaniu konkretnych danych od Izby Lwowskiej ma się zwrócić do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z przedstawieniem, aby laboratorja rządowe poddały się tym samym warunkom, co laboratorja prywatne. Sprawa ta łączy się z rozpowszechnianiem się zwyczajem leczenia cywilnych chorych przez szpitale wojskowe.

Dr. W i e l e Ń s k i prosi Naczelną Izbę Lekarską o interwencję w sprawie konfliktu między Redakcją „Nowin Lekarskich” i lekarzami wojskowymi. Redakcja „Nowin Lekarskich” występując w obronie interesów stanu lekarskiego ogłosiła nazwiska lekarzy wojskowych, pracujących w Kasach Chorych podczas trwania stanu bezkontraktowego. Ci ostatni wytoczyli z tego powodu redaktorowi „Nowin Lekarskich” sprawę honorową. Przewodniczący oświadcza, że Naczelna Izba Lekarska może się zająć tą sprawą dopiero po otrzymaniu sprawozdania i wniosków na piśmie.

Na wniosek Izby Lubelskiej uchwalono, aby lekarze wymeldowywali się ze swej Izby przy przesiedlaniu się na terytorjum innej.

Na tem posiedzenie zakończono.
Sekretarz Czl. Zarządu: Przewodniczący:
(—) Dr. N. M e t e l s k i (—) Dr. B ą c z k i e w i c z

SPRAWOZDANIE

z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1925.

Posiedzenie Izby Naczelnej w roku sprawozdawczym odbyło się w dniu 25 stycznia 1925 r. Posiedzeń Zarządu w roku sprawozdawczym było 23. Z Izby Naczelnej i z jej Zarządu w początku roku sprawozdawczego ustąpił Dr. Adolf Kozerski i na opróżnione miejsce w Zarządzie powołano z listy zastępców Dr. Ludwika Guranowskiego.

Na posiedzeniu Izby Naczelnej w dniu 25 stycznia 1925 roku zapadły następujące uchwały.

1. Wyraża się życzenie, aby roczne sprawozdania były o ile możności drukowane i rozsyłane przed dorocznym posiedzeniem Naczelnej Izby Lekarskiej wszystkim jej członkom, oraz aby te sprawozdania, jak również sprawozdania z posiedzeń Zarządu były ogłaszane drukiem w czasopiśmie lekarskim.

2. Wzywa się Zarząd, aby na zasadzie art. 2 a Ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich poczynił kroki dla przyspieszenia utworzenia Izby Lekarskiej w Wilnie.

3. Wzywa się wszystkie Izby, aby przedkładały Zarządowi N. I. L. dokładnie opracowany materiał i należyście umotywowane wnioski, mogące być podstawą do inicjatywy Izby Naczelnej w sprawach Zdrowia Publicznego.

4. Poleca się Zarządowi podjęcia wszelkich kroków, ażeby została powołana do życia Najwyższa Rada Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, oraz ażeby Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia wydawała periodyczne w stałych terminach sprawozdanie (biuletyn) o sprawach zdrowia publicznego i działalności władz sanitarnych.

5. Poleca się Zarządowi zwrócić się do wszystkich lekarzy posłów w Sejmie i Senacie, ażeby zechcieli utworzyć koło lekarzy Sejmu i Senatu, któreby w porozumieniu z Naczelną Izbą zabierało głos i popierało usiłowania Izb Lekarskich w sprawach społeczno-lekarskich i lekarskich.

6. Poleca się Zarządowi sprawę nowelizacji ustawy o ubezpieczeniach społecznych, a w szczególności uprasza się o czynienie w dalszym ciągu energicznych starań o przeprowadzenie postulatów stanu lekarskiego.

7. Przyjęto wniosek Sądu N. I. L., że zasądzony, składający podanie odwoławcze ma obowiązek złożyć jednocześnie odpowiedni wkład pieniężny na wpisowe oraz na zwrot kosztów podróży dla świadków i rzeczoznawców w tej Izbie lekarskiej, której zasądzony jest członkiem, a izba ma obowiązek wkład ten przesłać niezwłocznie do Zarządu N. I. L. dla Sądu N. I. L.

8. Naczelna Izba Lekarska uważa za niepożądane kumulowanie płatnych posad lekarskich w jednych rękach, a więc w miejscowościach, gdzie oprócz lekarzy, pobierających stałe pensje, są lekarze mało zarabiający, nie mający żadnych poborów stałych, ani związanych z tem udogodnień, pierwszeństwo przy obsadzaniu posad, ryczałtowo płatnych w Kasach Chorych, powinni mieć lekarze nie pozostający na służbie.

9. W sprawie pojęcia praktyki lekarskiej poddano reasumpcji uchwałę Izby Naczelnej z roku ubiegłego i uchwalono, co następuje: wszyscy lekarze, zajmujący się lecznictwem w jakiegokolwiek bądź formie, mają obowiązek należenia do Izb Lekarskich.

10. Wzywa się Zarząd do zwrócenia się do wszystkich Izb, ażeby te zakładały instytucje ubezpieczeniowe. Zarządowi zaś poleca się na najbliższe posiedzenie Izby Naczelnej przygotowanie referatu, obejmującego w ramach ogólnych sprawę instytucji ubezpieczeniowych w Izbach Lekarskich.

Naczelna Izba Lekarska nie widzi przeszkody w przyjmowaniu do Kasy emerytalnej Izby Lwowskiej lekarzy, należących do innych izb lekarskich Państwa Polskiego.

11. Wzywa się Zarząd do zorganizowania i prowadzenia biura zawodowej pracy lekarskiej, które miałyby na celu:

a) Przygotowanie graficznej i topograficznej mapy obecnego rozmieszczenia lekarzy na całym terytorjum Państwa.

b) Prowadzenie ewidencji zapotrzebowań lekarzy na stanowiska państwowe, samorządowe i prywatne.

c) Przygotowanie planowej i celowej sieci rozmieszczenia w przyszłości lekarzy ogólnopracujących i specjalistów.

12. Wzywa się Zarząd do podjęcia i uregulowania sprawy emerytur dla rodzin lekarzy poległych w walce z epidemiami.

Oprócz wymienionych tu uchwał na posiedzeniu Izby Naczelnej w dniu 25 stycznia 1925 r. rozpatrywano projekt Izby Lwowskiej co do nowelizacji art. 21 Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Projekt ten uchylono, jako projekt przy obecnych stosunkach nie na czasie, nie mający szans powodzenia. Rozpatrywano także sprawę, poruszoną przez przedstawiciela Izby Poznańsko-Pomorskiej, mianowicie czy wykonywanie przez specjalistę stałej praktyki lekarskiej w kilku miejscowościach w stałe uprzednio wyznaczonych terminach jest dozwolone. Izba Poznańsko-Pomorska wypowiedziała się przeciwko tego rodzaju wykonywaniu praktyki. Izba Naczelna naogół pogląd Izby Poznańsko-Pomorskiej podzieliła, lecz ponieważ przytoczony przez przedstawiciela Izby Poznańsko-Pomorskiej przypadek należy podciągnąć pod art. 17 punkt „c” Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, przeto Izba Naczelna wypowiedziała się, że w danym przypadku ograniczeń na podstawie ustawy zastosować nie można.

Co do ostatniej decyzji nastąpiło nieporozumienie pomiędzy Zarządem N. I. L. a Izba Poznańsko-Pomorską. Izba Poznańsko-Pomorska na podstawie opinii swego delegata była zdania, że Izba Naczelna na posiedzeniu w dniu 25 stycznia 1925 r. jednogłośnie orzekła, że godzi się w zupełności z zapatrywaniem Izby Poznańsko-Pomorskiej co do komentowania art. 17 p. c. Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Zarząd N. I. L. pozostał jednakże przy swoim zdaniu co do wymienionej uchwały Izby Naczelnej.

Niezależnie od ogłoszenia protokołu posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej w Czasopiśmie Lekarskim, Polskiej Gazecie Lekarskiej i Nowinach Lekarskich, przytoczone tu uchwały Naczelnej Izby Lekarskiej przesłane zostały Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia oraz wszystkim izbom lekarskim. Nadto uchwała Izby Naczelnej w sprawie obejmowania posad w Kasach Chorych przez lekarzy, pobierających stałe pensje przesłana została do Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych. W sprawie uchwały 2-jej i 4-jej Przewodniczący N. I. L. kilkakrotnie konferował z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia.

Formalności co do utworzenia Izby Lekarskiej Wileńsko-Nowogrodzkiej zostały już ostatecznie zakończone w połowie października r. b. Niecłóśnienie w swoim czasie listy wyborców było przyczyną, że wybory do Rady Izby Wileńsko-Nowogrodzkiej będą opóźnione.

W związku z Nr. 4 uchwał Izby Naczelnej Zarząd w połowie lipca r. b. otrzymał od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia pismo zawiadomieniem, że rozporządzenie Rady Ministrów o Państwowej Radzie Zdrowia będzie wkrótce ogłoszone w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej. W sprawie projektów ustaw z dziedziny sanitarnej wydane zostały zarządzenia przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, aby projekty takie przed ich skierowaniem na drogę ustawodawczą przesyłano Izbie Naczelnej do opinii. Nadto otrzymano od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia sprawozdanie z jej działalności za rok 1923 i po jednym egzemplarzu tego sprawozdania przesłano wszystkim izbom lekarskim.

W związku z Uchwałą Naczelnej Izby Lekarskiej Nr. 3 Zarząd wystosował do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia memoriał w sprawie wody do picia, z której korzystają mieszkańcy Rzeczypospolitej Polskiej, oraz memoriał w sprawie inicjatywy ze strony Rządu co do budowania ustępów po wsiach. Co się tyczy pierwszej sprawy, to chodziłoby na razie o przeprowadzenie rejestracji studzien i urządzeń dostarczających wodę do picia. Wystosowano również do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia memoriał w sprawie zorganizowania uczelni dla pielęgniarzy i pielęgniarek.

Członek N. I. L. Dr. Garlicka przedstawiła umotywowane wnioski w sprawie zakładania żłobków, oraz domu matki i dziecka, jako wzorcu dla mających powstać instytucji tego rodzaju. Przy domu matki i dziecka wnioskodawczyni proponuje otwarcie szkoły dla pielęgniarek, które będą pracowały w żłobkach. Wniosek Dr. Garlickiej został przyjęty i przesłany do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, a odpis do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Członek N. I. L. Dr. Radziwiłłowicz przedstawił memoriał w sprawie ustawy psychiatrycznej, w sprawie ustawy o kosztach leczenia psychicznie chorych; w sprawie budowy szpitala psychiatrycznego na kresach, oraz w sprawie wykorzystania istniejących szpitali psychiatrycznych na Pomorzu i Górnym Śląsku dla leczenia psychicznie chorych. Memoriał Dr. Radziwiłłowicza przyjęto i przesłano Ministerstwu Spraw Wewnętrznych Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i Komisji Sejmowej Zdrowia Publicznego.

Członek N. I. L. prof. Ciechanowski nadesłał szereg wniosków, mających na celu walkę z gruźlicą, jaglicą, chorobami wenerycznymi, zakaźnymi, alkoholizmem oraz wniosków w sprawach sanitarnych. Wnioski prof. Ciechanowskiego przesłano Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Wskutek odezwy Zarządu N. I. L. w sprawie współpracy izb z organami rządowymi i samorządowymi od Izby Łódzkiej otrzymano pismo z zawiadomieniem, że Izba ta posiada swego przedstawiciela przy Wydziale Zdrowotności Publicznej Magistratu m. Łodzi, i że Izba ta zwróciła się do Rady Wojewódzkiej z wnioskiem o powołanie przedstawicieli Izby Łódzkiej.

Wreszcie otrzymano od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia zawiadomienie, że przewidziany jest udział izb lekarskich w Państwowych i Wojewódzkich Radach Zdrowia.

W sprawie uchwały Izby Naczelnej Nr. 5 Przewodniczący Izby Naczelnej zwracał się do jednego z przedstawicieli Senatu z prośbą o zorganizowanie koła lekarzy Sejmu i Senatu. Okazało się, że próby w tym kierunku były już robione, lecz do pożądanego wyniku nie doprowadziły. Podjęcie nowych prób uznano za bezcelowe.

W sprawie uchwały Izby Naczelnej Nr. 6 co do nowelizacji ustawy o ubezpieczeniach społecznych, przedstawiciele Izby Naczelnej brali udział w konferencjach w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia dnia 30.IV i 27.X r. b. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia w osobie swych przedstawicieli wypowiedziała się przeciwko wolnemu wyborowi lekarza w Kasach Chorych, ale za ustaleniem górnej granicy dochodów dla członków Kas Chorych na 420 złotych miesięcznie. Przedstawiciele Izby Naczelnej brali również udział w konferencji w sprawie ubezpieczeń społecznych w Centralnym Związku Polskiego Przemysłu, Handlu i Finansów (Lewiatan) w dniu 12.IX r. b. Konferencja ta miała jednakże przeważnie charakter informacyjny. We wszystkich tych konferencjach przedstawiciele Izby Naczelnej podtrzymywali swój projekt nowelizacji, złożony Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia w roku ubiegłym.

W celu zrealizowania uchwały Izby Naczelnej Nr. 10 w sprawie ubezpieczeń społecznych, Zarząd powołał komisję pod przewodnictwem członka Zarządu Dr. Guranowskiego i w osobach Dr. J. Zawadzkiego, Dr. Luxenburga i Dr. Mutermilcha.

Nadsyłane Zarządowi projekty ubezpieczeń społecznych, a głównie projekty członka Izby Naczelnej Dr. Wrzesniowskiego, przekazane zostały komisji do rozpatrzenia. Komisja nie zdołała dotąd opracować projektu ubezpieczeń, obejmujących cały stan lekarski. Referat w tej sprawie opracowany przez Dr. Mutermilcha przedstawiony będzie na posiedzeniu Izby Naczelnej. Z uznaniem natomiast stwierdzić należy fakt doniosły, że w roku sprawozdawczym powstały 2 instytucje ubezpieczeniowe terytorjalne, mianowicie: Kasa Pomocy Koleżeńskej Izby Lubelskiej i Kasa Pogrzebowa Izby Warszawsko-Białostockiej. Statuty tych instytucji zatwierdzone zostały przez Izbę Naczelną. Nadto zatwierdzony został regulamin Kasy Pensyjnej Izby Lwowskiej.

W celu wykonania uchwały Izby Naczelnej Nr. 11 co do zorganizowania biura pośrednictwa pracy powołano komisję, składającą się z Dr. Garlickiej, Dr. Mutermilcha i Dr. Szczodrówskiej pod przewodnictwem członka Zarządu Dr. Guranowskiego. Komisja

natknęła się na nieprzewidywane trudności wobec niezorganizowania biur terytorjalnych pośrednictwa pracy w tych izbach, w których zapotrzebowanie lekarzy jest jeszcze względnie największe. Wobec tego Zarząd N. I. L. zwrócił się do wszystkich Izb z zapytaniem, czy są biura pośrednictwa pracy przy izbach i jak są zorganizowane. Biura terytorjalne powinny być podstawą działalności instytucji centralnej. Rozpoczęto natomiast pracę co do przygotowania graficznej i topograficznej mapy obecnego rozmieszczenia lekarzy na całym terytorjum Państwa i mapa taka przedstawiona będzie Naczelnej Izbie Lekarskiej. Przygotowanie planowej i celowej sieci rozmieszczenia lekarzy ogólnie praktykujących i specjalistów będzie zadaniem następnej Izby Naczelnej.

Wreszcie w sprawie ostatniej uchwały Izby Naczelnej Nr. 12, mianowicie w sprawie emerytur dla rodzin lekarzy, poległych w walce z epidemjami, Przewodniczący N. I. L. na konferencji z Generalnym Dyrektorem Służby Zdrowia otrzymał wyjaśnienie, że sprawa ta jest już rozstrzygnięta i w poszczególnych przypadkach urzędy Generalnej Dyrekcji udzielać będą informacji.

Przechodząc do spraw bieżących, przede wszystkim wspomnieć należy o czynnościach Zarządu, związanych z organizacjami poszczególnych izb lekarskich. Zarząd rozpatrzył i zatwierdził następujące regulaminy: regulamin Izby Lwowskiej, regulamin Izby Poznańsko-Pomorskiej, regulamin Izby Warszawsko-Białostockiej i wreszcie regulamin wyborów do Rady Izby Łódzkiej. Regulamin Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej ogłoszony został przez Ministra Spraw Wewnętrznych w oddzielnym rozporządzeniu dopiero 18 maja r. b. i tem się tłumaczy opóźnione rozpoczęcie działalności Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej.

W sprawie Izby Wileńsko-Nowogrodzkiej, Zarząd rozpatrywał projekt rozporządzenia Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia o utworzeniu Izby Lekarskiej w Wilnie i wyraził swą zgodę na połączenie obszarów Okręgu administracyjnego Wileńskiego i Województwa Nowogrodzkiego w jedną Izbę Lekarską.

Zarząd rozpatrzył i zatwierdził zaprojektowaną przez Izbę Lubelską zmianę artykułów 31 i 44 regulaminu Izby Lubelskiej. Zmiana dotyczyła powiększenia liczby członków Zarządu Izby Lubelskiej i powiększenia składu Sądu tej Izby. Motywami do zmiany wymienionych artykułów regulaminu było powiększenie zakresu obowiązków członków Zarządu (Zarząd Izby jest zarazem Zarządem Kasy Pomocy Koleżeńskiej) i potrzeba utworzenia jeszcze jednego kompletu sędziów.

Na przedstawienie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Zarząd N. I. L. rozpatrzył projekty Ustawy aptekarskiej, ustawy dentystrycznej i ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych. W celu rzeczowej oceny wymienionych projektów ustaw Zarząd powołał komisję z osób kompetentnych, zasięgał zdania swego radcy prawnego w sprawach natury prawnej, i na podstawie otrzymanych tą drogą materiałów dokonano oceny projektów ustaw i ocenę tę przesłano Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Na prośbę Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej przedstawił swoje stanowisko w sprawie obrony adwokackiej w Sądach Izb Lekarskich. Sprawa ta wynikła z powodu zażalenia Lwowskiej Izby adwokackiej na interpretację artykułu 38 Ustawy o Izbach Lekarskich przez Sąd Izby Lwowskiej, że oskarżony może wybierać obrońcę tylko z pośród członków Izby Lekarskiej oraz z powodu zażalenia adwokatów Dr. Chmurskiego na niedopuszczenie go do obrony swego klienta w Sądzie Naczelnej Izby Lekarskiej na podstawie regulaminu Sądu Izby Naczelnej. Ministerstwo Sprawiedliwości wypowiedziało opinię, że Ustawa o ustroju i zakresie działania izb lekarskich nie ogranicza oskarżonego, z pośród jakich osób ma on prawo wybrać sobie obrońcę, a więc że regulamin Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej, zarówno jak i interpretacja art. 38 Ustawy przez Izbę Lwowską nie są pod tym względem zgodne z prawem

W sprawie obrony adwokackiej w sądach izb lekarskich Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zaznaczył już swoje stanowisko przy układaniu projektu regulaminu Sądu Izby Naczelnej. Na podstawie tego regulaminu oskarżonemu przy-

stępuje prawo wyboru obrońcy tylko z pośród członków Izb Lekarskich. Sądy Izb Lekarskich rozstrzygają li tylko sprawy zawodowe lekarskie. W sprawach etyki lekarskiej, w sprawach strzeżenia praw godności i sumiennosci stanu lekarskiego osobą najbardziej kompetentną zawsze będzie lekarz. Nawet w sądach państwowych w sprawach tego rodzaju powoływani są jako eksperci lekarze i głos ich w tych razach jest najczęściej dla sędziów miarodajny. Jeżeli w toku dochodzenia okaże się, że zachodzi, podlegającemu z urzędu ściganiu karno-sądowemu, sąd Izby Lekarskiej uczyni doniesienie do właściwych władz sądowych (art. 39), a postępowanie swoje wstrzymuje. Wtedy dopiero obowiązują ustawy sądowe ogólnopństwowe z ogólnopństwowym aparatem sądowym, jak prokuratura i obrona zawodowa. Z tego wynika, że prawodawca ściśle odróżnia w Ustawie o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich sprawy czysto zawodowe od spraw ogólnopństwowych. Ten pogląd zaważył przy układaniu regulaminu Sądu Izby Naczelnej odnośnie interpretowania art. 38 Ustawy i regulamin ten na wniosek Izby Naczelnej Minister Spraw Wewnętrznych ustalił w oddzielnym rozporządzeniu.

Przedstawiony tu pogląd Izby Naczelnej zakomunikowany został Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Sprawa ta prawdopodobnie będzie ostatecznie rozstrzygnięta przez Najwyższy Trybunał Administracyjny.

W poruszony przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia sprawie spółek lekarzy dla dostarczania adresów chorym otrzymano ostatecznie również od Generalnej Dyrekcji wyjaśnienie, że spółki takie, nie mając charakteru stowarzyszeń, są spółkami prawa cywilnego, i dlatego niema podstaw prawnych do ich rozwiązania. Wobec tego jedynie Izba Lekarska może wystąpić przeciwko lekarzom, którzy spółkę zawiazali, ze względów etyki lekarskiej. Odpis tego wyjaśnienia przesłano wszystkim izbom lekarskim. Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano odpis okólników do wszystkich Wojewodów, ażeby urzędy Wojewódzkie po otrzymaniu zawiadomienia o zmianie adresów poszczególnych lekarzy, a także o przybyciu nowego lekarza na obszar województwa i opuszczeniu obszaru województwa przez lekarza, zawiadamiały o tem poszczególne izby. Na zapytanie Generalnej Dyrekcji, jaki sposób zawiadamiania izb lekarskich o zmianach adresów i składu osobistego lekarzy Naczelna Izba uznaje za odpowiedni, Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej wypowiedział się za zawiadamianiem miesięcznym.

Wymienione tu okólniki Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia przesłane zostały w odpisie wszystkim izbom.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano pismo w sprawie uchwały Izby Lwowskiej co do cennika poborów lekarskich, ogłoszonego przez Urząd Wojewódzki we Lwowie. Generalna Dyrekcja uchwałę Izby Lwowskiej uważa za sprzeczną z art. 21 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej i prosi o zwrócenie na to uwagi Izby Lwowskiej. Podobne pismo otrzymano w sprawie cennika lekarskiego w Tarnopolu, nielegalnie, zdaniem Generalnej Dyrekcji, zatwierdzonego przez Izbę Lwowską. Odpisy obu tych pism przesłano Izbie Lwowskiej.

Wskutek ingerencji Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia co do wdrożenia postępowania dyscyplinarnego przeciwko dwóm lekarzom z Łodzi, którzy zostali skazani wyrokiem sądowym na grzywnę za nieudzielenie pomocy lekarskiej chorej podczas stanu bezkontraktowego lekarzy Kasy Chorych w Łodzi, Zarząd N. I. L. zwrócił się do Izby Łódzkiej z prośbą o nadesłanie wyjaśnień. Okazało się, że wyroki nie są jeszcze prawomocne, gdyż zgłoszone zostały skargi apelacyjne, a zatem ingerencja była przedwczesna.

Na prośbę Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia o dostarczenie adresów specjalistów do leczenia chorób zawodowych i wypadków nieszczęśliwych przy pracy w przemyśle, Zarząd N. I. L. na podstawie zebranych wiadomości ułożył listę wymienionych specjalistów i przesłał ją Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Od Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia otrzymano wykaz specyfików farmaceutycznych i preparatów organoterapeutycznych z prośbą o przesłanie wykazu wszystkim Izbom Lekarskim. Prośbę tę uwzględniono oraz wystosowano do Generalnej Dyrekcji pismo z przedstawieniem, ażeby

na przyszłość ograniczyć pozwolenia na dowóz takich specyfików zagranicznych, które albo są zbędne, albo też mogą być zastąpione krajowymi.

Na prośbę Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego o mianowanie delegata Izby Naczelnej do Rady Naczelnej wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego, Zarząd N. I. L. powołał na to stanowisko Dr. Marjana Roszkowskiego, naczelnego lekarza szkół miejskich.

Z powodu zarządzeń Wojewody Łódzkiego co do pełnienia obowiązków w Kasach Chorych przez lekarzy komunalnych w czasie stanu bezkontraktowego lekarzy Województwa Łódzkiego z Kasami Chorych, Zarząd N. I. L. zwrócił się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą o obronę lekarzy, otrzymujących rozporządzenia, nie mające związku z ich stanem służbowym, a zatem gwałcenie ich wolność osobistą wbrew Konstytucji Rzeczypospolitej.

Z powodu zatargu Izby Poznańsko-Pomorskiej z Uniwersytetem w Poznaniu Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej wystosował pismo do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z prośbą o zwrócenie uwagi Uniwersytetowi w Poznaniu na istniejące i obowiązujące przepisy w Ustawie o Izbach Lekarskich. Sprawa zatargu przeciągała się dość długo. Po cofnięciu przez Uniwersytet nieprawnych rozporządzeń, sprawa ostatecznie zakończona została polubownie.

Od 10 lekarzy, praktykujących sezonowo w Krynicy, należących do Izby Lwowskiej i Warszawsko-Białostockiej, otrzymano pismo z protestem przeciwko płaceniu składek na rzecz Izby Lekarskiej w Krakowie z prośbą o cofnięcie zarządzenia w tej mierze Izby Krakowskiej — Zarząd N. I. L. udzielił odpowiedzi, że art. 18 Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej głosi, że lekarze, należący do jednej izby, lecz wykonyjący praktykę lekarską również w granicach innej izby, obowiązani są stosować się do wszystkich miejscowych postanowień i przepisów tej ostatniej. Izba Naczelna na podstawie tego artykułu nie ma prawa narzucać Izbie Krakowskiej innych postanowień i przepisów. W sprawie tej ingerowała również Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia i Izba Lwowska.

Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej pozostał jednakże przy swej pierwotnej decyzji.

(Dokończenie nastąpi).

PROTOKÓŁ

8 Walnego Zwyczajnego Zgromadzenia Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej z dnia 18 kwietnia 1926 r.

Obecnymi członkami 49: Siemaszko Zygmunt, Jastrzębski Marjan, Piasecki Witold, Umiński Józef, Mazurek Józef, Stefanowski Antoni, Ostromecki Bohdan, Alchimowicz Konstanty, Endelman Leon, Wielobycki Tadeusz, Turcki Antoni, Gruszczyński Aleksander, Stabholz Henryk, Zaleski Aleksander, Zandowa Natalja, Rykowski Władysław, Talhejm Aleksander, Dudrewicz Kazimierz, Manduk Antoni, Adamski Jan, Przyborowski Adam, Łazarewicz Klemens, Bujalski Jerzy, Ryko Marjan, Bączkiewicz Jan, Śmiechowski Antoni, Mutermilch Stanisław, Garlicka Zofja, Zański Jan, Simchewicz Teofil; Eberhardt Maksymilian; Bruner Władysław, Szumlański Witold, Trenkner Henryk, Wierzbowski Władysław, Kasperowiczowa Marja, Żeliszewski Jerzy, Hertz Maurycy, Mutermilch Jan, Wojnowna Zofja, Chodakowski, Gustaw, Kołtataj-Srednicki Jan, Łuczycki Bronisław, Makowski Tytus, Goldstein Paweł, Kapuciński Stanisław, Brandwajn Hieronim, Orłowski Edward, Gluziński Antoni, Malinowski Zygmunt, Milejkowski Izrael.

Przewodniczy Naczelnik Przyborowski Adam.

Zebrań zagai Przewodniczący Naczelnik Izby, stwierdzając jego ustawową prawomocność.

Opóźnienie terminu zebrania powstało z powodu choroby Fisarza poprzedniego Zarządu Izby, co z natury rzeczy musiało wpłynąć na przygotowanie sprawozdania za rok ubiegły.

Przed porządkiem dziennym odczytano niektóre artykuły regulaminu dotyczące się obrad Rady.

Przyjęto ograniczenie przemówień w dyskusji, za pierwszym razem do 10 minut, za drugim do 5-ciu minut.

Na wniosek kol. Garlickiej zdecydowano, aby na przyszłym posiedzeniu zwyczajnym Rady było zakomunikowane sprawozdanie z posiedzenia dorocznego delegatów Izby do Naczelnej Izby Lekarskiej, przyczem sprawozdanie ma dawać nie każdy delegat oddzielnie, lecz jeden ogólne.

Poprawka kol. Zandowej, aby to sprawozdanie było zakomunikowane na najbliższym tegorocznym zebraniu Rady nadzwyczajnym — upadło (20 głosami przeciw 19-tu).

1. Pisarz Zarządu kol. Mazurek odczytał protokół posiedzeń Rady z dnia 24 maja i 20 grudnia 1925 r. Protokół przyjęto.

2. Na wniosek prof. Gluzińskiego sprawozdanie Zarządu za rok ubiegły, wobec druków znajdujących się w rękach członków nie odczytywano. Sprawozdanie to bez dyskusji przyjęto.

3. Odczytano sprawozdanie z działalności Zarządu za 1-szy kwartał roku bieżącego, które przyjęto do wiadomości. Następnie kol. Mazurek odczytał sprawozdanie z działalności Sądu Izby za rok 1925, a kol. Manduk sprawozdanie z działalności Podkomisji Podatkowej Komisji Bytu. Oba sprawozdania przyjęto.

4. Kol. Kasperowiczowa Skarbniczka w poprzednim roku omówiła sprawozdanie finansowe za rok 1925, które po kilku wyjaśnieniach natury buchalteryjnej przyjęto.

5. Odczytano protokół Komisji Rewizyjnej za rok 1925 i przyjęto.

6. Skarbnik obecny kol. Turcki odczytał sprawozdanie rachunkowe za 1-szy kwartał 1926 r. Z powodu tego sprawozdania Rada zaleca Zarządowi usilną propagandę w sprawie wnoszenia ofiar na samolot sanitarny. Kwoty jakieby wpłynęły z tego źródła należy przekazywać wprost do Sanitarjatu Wojskowego.

7. Preliminarz budżetowego na rok 1926, wobec rozesłania go członkom nie odczytywano. Po dyskusji nad poszczególnymi pozycjami preliminarz przyjęto. Zdecydowano przytem, aby podatek dochodowy od pensji urzędników wpłać oni sami. Składki członkowskie w wysokości zesłorocznej t. j. 20 zł. rocznie.

8. Statut Kasy Zapomogowej na wypadek śmierci, z pewnymi poprawkami przyjęto. Co do § 14 uchwalono za sięgnąć opinii radcy prawnego Izby.

9. Przepisy o ogłoszeniach lekarskich przyjęto w brzmieniu przedstawionym przez Zarząd i jednocześnie polecono Zarządowi przystąpić do opracowania przepisów dla ogłoszeń o lecznicach, pracowniach lekarskich i t. d.

10. Kol. Stefanowski odczytał projekt nowelizacji Ustawy o Kasach Chorych — przyjęto go do wiadomości.

11. Kol. Mutermilch Stanisław omawiał sprawę Kasy Wsparę dla wdów i sierot po lekarzach, istniejącej przy Warszawskim Towarzystwie Lekarskim, w związku z tem zdecydowano:

- upoważnić Zarząd do składania corocznie pewnej kwoty jednorazowej, według swego uznania na rzecz tej Kasy,
- rozesłać do członków Izby odezwę nawołującą do zapisywania się na członków tej Kasy.

Pisarz Izby: w/z (—) J. Mazurek.

Za zgodność: Pisarz Izby I. L. W. B.

Dr. M. Jastrzębski.

Wiadomości bieżące.

— W obecnych czasach nawoływania do oszczędności na wszystkich polach pożądana jest również zwięzłość w słowie drukowanym. Artykuły treści naukowej czy społecznej, traktowane zbyt szeroko bez istotnej potrzeby, nara-

żają wydawnictwa periodyczne na zbędne koszty, a czytelników zniechęcają do czytania. Zwięzły, treściwie napisany artykuł, więcej nauczy czytelnika i chętniej jest czytany, niż rozwlekły elaborat. W imię więc tak popularnego obecnie

hasła oszczędzania oraz w interesie samych autorów i czytelników zwracamy się do łaskawych naszych współpracowników z prośbą o unikanie rozwlękłości w nadsyłanych pracach. Umożliwi to nam drukowanie większej liczby artykułów ku zadowoleniu autorów, zmuszonych obecnie czekać całymi miesiącami na ukazanie się w piśmie ich prac.

— Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia rozesała następujący okólnik.

Do

Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

Generalny przegląd dzieci, przebywających w zakładach opiekuńczych i sierocińcach, przeprowadzony z polecenia Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia przez lekarzy-okulistów, dostarczył ścisłych danych o rozpowszechnieniu i przyczynach szerzenia się jaglicy wśród dzieci w zakładach opiekuńczych. Przegląd ten wykazał, że

1) jaglica jest rozpowszechniona w dość znacznym procencie wśród dzieci zakładowych (na 42 tysiące badanych dzieci około 5 tysięcy jest chorych, t. j. 12% dzieci cierpi na jaglicę);

2) we wszystkich województwach jaglica panuje w zakładach opiekuńczych i sierocińcach, a nasilenie jej w poszczególnych województwach waha się od 4 do 40%;

3) 3/4 zakładów opiekuńczych jest zajagliczonych (na 715 zakładów zrewidowanych w 513 zakładach stwierdzono chorych na jaglicę);

4) dzieci jaglicze nie są izolowane, w małej części tylko leczone i to zazwyczaj w sposób nieracjonalny i niedostateczny;

5) dzieci jaglicze uczęszczają przeważnie bez przeszkód do szkół publicznych, gdzie rozsiewają zarazę wśród swego otoczenia;

6) zakłady opiekuńcze w przeważnej większości wypadków są niehigienicznie urządzone, przede wszystkim zaś zwraca uwagę

a) brak umywalni z bieżącą wodą i

b) brak dostatecznej liczby ręczników, co w pierwszym rzędzie jest powodem znacznego szerzenia się jaglicy wśród pensjonarzy tego samego zakładu;

7) opieka ogólnolekarska nad zakładami jest wogóle niedostateczna, a zupełnie już zaniedbana opieka nad stanem oczu. (W wielu zakładach stwierdzono jaglicę rozwiniętą u dzieci, mimo, że lekarz zakładowy jaglicy nie wykazywał wcale.

Wobec takiego stanu rzeczy i aby przeciwdziałać dalszemu szerzeniu się jaglicy wśród dzieci, przebywających w zakładach opiekuńczych, Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia, w porozumieniu z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej, zwraca się do Pana Wojewody z gorącą prośbą, aby na terenie podległego sobie województwa podjął energiczną akcję zwalczania jaglicy w zakładach opiekuńczych.

Akcję tę należy oprzeć na następujących zasadach:

1) na usuwaniu dzieci jagliczych z zakładów opiekuńczych,

2) na koncentrowaniu dzieci jagliczych w specjalnie na ten cel wyznaczonych zakładach opiekuńczych, celem ich odcobnienia i leczenia.

3) na poddaniu wszystkich zakładów opiekuńczych pod stałą kontrolę okulistyczną (perjodyczne przeglądy),

4) na podniesieniu poziomu higieny urządzeń i utrzymaniu zakładów opiekuńczych.

5) na szerzeniu propagandy przeciwjagliczej w zakładach opiekuńczych i wogóle wśród ludności.

§ 1.

Usuwanie dzieci jagliczych.

Obecnie jest tolerowany w zakładach opiekuńczych taki stan, że razem z dziećmi zdrowymi przebywają chore na jaglicę, wskutek czego zdrowe dzieci zarażają się od nich i liczba chorych na jaglicę w zakładach opiekuńczych stale się powiększa, a w niektórych zakładach doszło nawet do tego, że wszystkie dzieci uległy już zakażeniu.

Zarządzona gdziekolwiek izolacja chorych w obrębie zakładu oraz ich leczenie na miejscu nie dały, jak wykazały

kontrole lekarskie, pożądanego wyniku. Dlatego też, aby uchronić dzieci zdrowe przed zakażeniem tą chorobą, a samemu przeciwdziałać szerzeniu się jaglicy, należy bezwzględnie dzieci jaglicze z zakładów opiekuńczych usunąć. (Przepisy zapobiegawcze przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych przez szkoły i zakłady wychowawcze. — Dz. Urzędowy Dep. Min. Wyzn. Religijn. i Oświec. Publ. Nr. 3, z dnia 15 marca 1918 r.).

§ 2.

Zakłady jaglicze.

Dzieci jaglicze, które, jako chore zakaźnie, z ogólnych zakładów opiekuńczych muszą być wydalone, należy zgromadzić w specjalnie dla nich przeznaczonych zakładach jagliczych i poddać je tam obowiązkowemu leczeniu. W tym celu, biorąc za podstawę wyniki generalnego przeglądu dzieci, przeprowadzonego przez okulistów w sprawie jaglicy w zakładach opiekuńczych, należy na terenie Województwa wyznaczyć jeden lub więcej zakładów opiekuńczych i przeznaczyć je wyłącznie dla dzieci, chorych na jaglicę

Każdy taki zakład jagliczy należy oddać pod stałą opiekę okulisty-trachomatologa, który, w myśl odpowiednich instrukcji, zorganizuje i będzie prowadził systematyczne leczenie.

Zadaniem zakładu jagliczego będzie dzieci, chore na jaglicę, zupełnie z jaglicy wyleczyć. Dlatego też dziecko przed ukończeniem leczenia i następnej obserwacji, przynajmniej trzy miesiące trwającej, do swego macierzystego zakładu powrócić nie będzie mogło. Ze względu na częste nawroty choroby należy, jeśli tylko warunki na to pozwolą, pozostawić rekonwalescentów jaknajdłużej pod obserwacją lekarską w zakładzie jagliczym, ewentualnie wcale nie odsyłać ich do zakładu macierzystego. Zakład jagliczy powinien być tak zorganizowany, aby swym pensjonarzom upewnić obok leczenia normalne kształcenie i praktyczne przygotowanie do samodzielnego życia tak, jak to czynią zakłady opiekuńcze.

§ 3.

Kontrola nad zakładami opiekuńczymi.

Celem zabezpieczenia zakładów opiekuńczych przed zawlečeniami do nich jaglicy zzewnątrz oraz przed ewentualnym rozszerzeniem się jej w zakładzie, należy zarządzić:

a) aby każde dziecko przed przyjęciem do zakładu było badane w kierunku jaglicy przez lekarza zakładowego, a w razie braku takowego, przez lekarza urzędowego (powiatowego, rejonowego, samorządowego),

b) aby przynajmniej raz do roku lekarz zakładowy (lub urzędowy) dokonał przeglądu oczu w kierunku jaglicy u wszystkich dzieci i personelu zakładowego,

c) aby zarząd zakładu w razie zachorowania dziecka na oczy, z podejrzeniem na jaglicę, natychmiast zawiadomił o tym fakcie lekarza zakładowego, względnie urzędowego, który w takim wypadku przeprowadza nadzwyczajny przegląd dzieci całego zakładu.

Dzieci, chore na jaglicę; mają być niezwłocznie z zakładu usunięte i przymusowo umieszczone w zakładzie jagliczym.

§ 4.

Higiena w zakładach opiekuńczych.

Wiadomo jest, że jaglica szerzy się szczególnie wśród ludzi niechlujnych i żyjących w warunkach niehigienicznych, dlatego, w związku ze zwalczaniem jaglicy, należy domagać się, aby zakłady opiekuńcze przestrzegały ogólnych zasad higieny i porządku. W pierwszym rzędzie należy wymagać od zarządów zakładów:

a) zaprowadzenia umywalni z bieżącą wodą, aby dzieci myły się wyłącznie w strumieniu spływającej wody (najprostsz typ: zbiornik blaszany z wypływem, zamykającym się zatyczką);

b) dostarczania każdemu dziecku oddzielnego ręcznika, zmienianego przynajmniej raz na tydzień;

c) Zwalczaniu kurzu i brudu przez konserwowanie podłóg płynem lub pastą chłonną i pomalowania wszelkich sprzętów olejną farbą, gdyż zaniedbywanie tych podstawowych wymagań higieny wybitnie przyczynia się do szerzenia jaglicy.

§ 5.

Propaganda przeciw jaglicy.

W drodze konferencyjnej, odczytów—pouczeń należy przede wszystkim uświadomić zarządy i personel zakładów opiekuńczych o istocie i niebezpieczeństwie jaglicy, oraz o odpowiedzialności i zadaniach, jakie na nich ciąży w związku z akcją przeciwdziałania szerzeniu się jaglicy. Dzieci zaś należy na każdym kroku (afisze, ulotki; pogadanki) pouczać o niebezpieczeństwie zakażenia się jaglicą.

* * *

Zechce Pan Wojewoda wydać niezwłocznie odpowiednie zarządzenia dla przeprowadzenia powyższego planu zwalczania jaglicy na terenie Województwa, oraz polecić opracować wnioski budżetowe dla ciał samorządowych i rządowych, jakie uwzględnić trzeba będzie w związku z tą akcją. Wnioski te należy przesłać do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia), zaś z przebiegu i rozwoju akcji przeciw jaglicy na terenie Województwa należy nadesłać sprawozdanie do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Za Ministra: (—) A d a m s k i w. r.

— Zarząd Związku Lekarzy Państwa Polskiego Oddział w Radomiu nadesłał nam z prośbą o umieszczenie następujący komunikat:

Podczas stanu bezkontraktowego w Radomskiej Kasie Chorych pomimo ostrzeżeń w czasopiśmie lekarskich przysłała posadę w tej Kasie Dr. med. Róża Stieglitzówna, która w tym celu specjalnie zjechała z Krakowa.

Wyjeżdżając z Radomia wymieniona „poczuwała się do obowiązku wytlomaczenia swego pobytu w Radomiu“ i w liście do Sekretariatu Związku pisze:

„Wyjechałam z Krakowa nic nie wiedząc, pod słowem honoru (!!!?) o strejku lekarzy w Radomiu, proszona przez D-ra Kościuszko o czasowe zastępstwo w Radomiu,

otrzymawszy pismo Zarządu, dowiedziałam się, jaki stan rzeczy panuje w Radomiu (w piśmie tem Zarząd Związku prosi wymienioną o przybycie na posiedzenie Zarządu w sprawie objęcia przez wyżej wymienioną posady podczas stanu bezkontraktowego), ale D-rzy Kościuszko i Puretż oświadczyli mi, że chodzi tylko o nich, o mnie zaś, jako chwilową zastępczynię D-ra Kościuszko nie chodzi. Mieli to też w Związku Lekarzy oświadczyć“.

Cytując powyższe z listu Dr. Róży Stieglitz, podajemy:

1) na posiedzeniu Zarządu D-rzy Kościuszko i Puretż oświadczyli, że kol. ich Dr. R. Stieglitzówna wyjeżdża z Radomia po 2 dniach, natomiast wymieniona pracowała w Kasie od 17.V do 11.VI r. b.

2) Dr. R. Stieglitzówna pracowała nie jako zastępczyni D-ra Kościuszko, lecz razem z nim,

3) różnicy w ocenie lekarzy pracujących na szkodę kolegów, czy to stale, czy czasowo nie uznajemy,

4) uważamy „tlomaczenie się Dr. Róży Stieglitzówny za wykręt i to bardzo niefortunny i wystawiamy wymienioną Dr. Różę Stieglitz narówni z

D-rem Stanisławem Kelles-Krausem z Radomia

D-rem Marjanem Kościuszko z Krakowa

D-rem Jakóbem Puretżem

jako szkodników ogółu lekarskiego pod pręgierz opinii Kolegów i piętnujemy ich postępowanie.

Prezes: Dr. I. Olewiński.

Sekretarz: W. N. Szenderowicz.

— Jako osobna odbitka z „Warsz. Czasop. Lek.“ ukazała się w handlu księgarskim praca kol. L. Justmana p. t. „Leczenie stanów zapalnych dróg żółciowych“.

Zmarli: Bieliński, prof. honorowy Uniwersytetu Wileńskiego, znany z prac historycznych—zmarł w Warszawie.

— Winawer Feliks, znany okulista, zmarł w Warszawie.

NADEŚLANO DO REDAKCJI.

— XXIII Sprawozdanie z działalności lekarskiej Szpitala dla psychicznie i nerwowo chorych „Kochanówka“ (pod Łodzią), za rok 1925. Zestawił Dr. med. Bolesław Siwiński, dyrektor Szpitala.

— Société des Nations. Organisation d'Hygiène. Les services d'hygiène publique en Australie. Par le Dr. I. H. L. Cumpston et par le Dr. Mc. Callum.

TREŚĆ: J. RUTKOWSKI. Przetwarzanie krwi. — WŁ. STERLING. Zmiany odżywcze kości po uszkodzeniu nerwów obwodowych. — A. LANDAU. W sprawie leczenia jodem choroby Basedowa. (Dok.). — A. ZAMENHOF. O sposobach ułatwiających badanie dna oka. — R. AM. ELÓWNA. Badania Morgenrotha nad zmiennością pneumokoków (Streszcz. zbior.) Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — C. BERGER. O stosowaniu leczniczym wyciągu z rosiczki. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. BORNSTAJN. Zygmunt Freud. — W. KRZEMIŃSKI. O ewolucji leczenia w Busku (Dok.). — J. LUBCZYŃSKI. Pielęgniarstwo społeczne. — Memorjał Naczelnej Izby Lekarskiej. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORYGINAUX: G. RUTKOWSKI. Sur la transfusion du sang. — L. STERLING. Troubles trophiques de l'os par suite de lésion des nerfs périphériques. — A. LANDAU. Sur le traitement de la maladie de Basedow par l'iode (fin). — A. ZAMENHOF. Sur les méthodes facilitant l'examen du fond de l'oeil. — R. AMZEL. Les études de Morgenroth sur la mutation des pneumocoques. (Rev. gén.). — C. BERGER. La thérapie au moyen des extraits de roséria. — M. BORNSTAJN. Sigismond Freud. — W. KRZEMIŃSKI. Le progrès du traitement à Busk (fin.). — J. LUBCZYŃSKI. Les soins sanitaires sociaux.

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

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

Warunki prenumeraty:

w Warszawie złp. 9

na prowincji. „ 10

za granicą „ 12

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

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

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

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

