

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 8

WARSZAWA, 31 SIERPNIĄ 1926 R.

Rok III.

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

#### O działaniu pierwotniaków pasorzytniczych na ustrój gospodarza\*).

Podał

Borys PIECZENKO (Kraków).

Prawie wszystkie działy królestwa roślin i zwierząt posiadają gatunki, które przystosowały się do życia pasorzytniczego. Pomimo olbrzymiej liczby form pasorzytniczych i różnorodności ich sposobu życia, wszystkie te formy mają pewne wspólne właściwości biologiczne, warunkujące ich pasorzytniczy charakter. Z właściwości tych najtypowsze są: sposób odżywiania się i szkodliwy wpływ na gospodarza. Wychodząc z tego założenia, można podzielić pasorzyty na trzy grupy: komensale, współżyjące i pasorzyty.

Komensale wykorzystują dla swojego życia sposób życia gospodarza, odżywiając się odpadkami z jego stołu lub substancjami, przechodzącymi bez zmiany przez przewód pokarmowy gospodarza. Do tej grupy należy wielka liczba wiciowców i wymoczków, żyjących w jelicie grubym zwierząt kręgowych. Współżyjące odnoszą pewne korzyści od swojego gospodarza, ale i jemu też przynoszą pewien pożytek. Pasorzyty zaś *sensu stricto* żyją na powierzchni lub wewnątrz ciała gospodarza, żeby się jego kosztem odżywić, i przynoszą mu jedynie szkodę.

Co się tyczy pierwotniaków, to formy pasorzytnicze istnieją wśród wszystkich gatunków z wyjątkiem niektórych form morskich. Z drugiej strony, mamy u pierwotniaków takie gatunki, jak *Sporozoa*, które zupełnie nie posiadają form niepasorzytniczych. Gospodarzami pierwotniaków pasorzytniczych mogą być wszyscy przedstawiciele świata zwierzęcego, zaczynając od człowieka i kończąc na pierwotniakach. U roślin natomiast pasorzytnicze pierwotniaki występują tylko wyjątkowo. Pierwotniaki pasorzytnicze zajmują u swoich gospodarzy najrozmaitsze narządy i tkanki: skórę, błony śluzowe, oczy, tkankę nerwową

i t. d. Znajdywano pasorzytnicze pierwotniaki nawet w tkance kostnej.

Pod względem umiejscowienia pasorzytniczych pierwotniaków w ustroju gospodarza dzielimy je na trzy kategorie; pasorzyty narządów, pasorzyty tkankowe i pasorzyty wewnątrzkomórkowe. Pierwsze żyją w jamach organów. Drugie żyją w tkankach swobodnie lub w otocze, wytworzonej z tkanki gospodarza, jako przeciwdziałanie na szkodliwy wpływ pasorzyty. Pasorzyty wewnątrzkomórkowe żyją w protoplazmie, rzadziej w jądrze komórki.

Pierwotniaki pasorzytnicze działają szkodliwie na ustrój gospodarza w dwóch kierunkach: bezpośrednio w tem miejscu, gdzie się znajdują, i pośrednio przez soki międzykomórkowe lub przez surowicę krwi.

U pasorzytów wewnątrzkomórkowych, jak np. kokcydje lub gregaryny, działanie miejscowe uwydatnia się wyraźnie w zmianie budowy komórki gospodarza. Pasorzyty te wywołują przerost protoplazmy i jądra. Następnie konsystencja protoplazmy staje się bardziej płynną, niż zwykle, a jądro ulega hiperchromatozie. Często jądro takie wydalą do cytoplazmy chromatynę, a samo ulega zwyrodnieniu i rozpadowi.

Drobnoustroje pasorzytnicze, żyjąc w pierwotniakach i rozmnażając się w ich ciele, wywołują w budowie ich zmiany podobne do powyższych, jak to stwierdziłem u wymoczków *Paramaecium*, zakażonego pewnym drobnoustrojem pasorzytniczym. Protoplazma komórki wymoczków traci prawidłową drobnoziarenkową budowę, i powstają w niej wodniczki. Małe jądro (generatywne) ginie już w początkowych okresach zakażenia. Potem wielkie jądro (wegetatywne) ulega hiperchromatozie, zwyrodnieniu i wreszcie zanikowi, rozpadając się na części lub całkowicie ulegając rozpuszczeniu. Zwykle rozkład jądra zaczyna się od brzegu zwróconego ku kolonji pasorzytów.

Jeżeli działanie pierwotniaka pasorzytniczego na komórkę przedstawia się już jako skomplikowany proces, przekształcający jej budowę, to działanie pasorzyty na cały ustrój gospodarza wielokomórkowego jest daleko bardziej złożone. Wchodzi tu w grę cały kompleks czynników szkodliwych bardzo różnorodnych, składających się na patogenezę choroby. Naj-

\*) Wykład habilitacyjny.

prostszy jest czynnik mechaniczny. Kokcydye, rosnące w komórce gosp. darza, często osiągają znacznych rozmiarów, wyciskają jądro komórkowe ku obwodowi i mogą powodować mechanicznie pęknięcie komórki. Pasorzyty zimnicy podzwrotnikowej rozmnażają się bardzo intensywnie i, gromadząc się w wielkich ilościach w naczyniach włosowatych organów ważnych dla życia, jak np. w sercu lub w mózgu, zatykają tam naczynia i powodują ciężkie objawy chorobowe. Pasorzyty zabierają dla siebie soki odżywcze, krążące w protoplazmie komórek gospodarza. *Myxobolus Pfeifferi* sprowadza zanik tkanki mięsnej i innych tkanek sąsiednich. Świdrowce występują często już w początkowych okresach zakażenia we krwi chorych zwierząt w olbrzymiej liczbie, a zużywając dużo materiałów odżywczych, wywołują ciężkie zaburzenia chorobowe. Niektóre pasorzyty powodują rozpuszczenie tkanek otaczających. *Myxosporidia lentospora* pstrąga rozpuszcza i niszczy kości i chrząstkę głowy, ogona i pletw. *Entamoeba dysenteriae* wywołuje martwicę koagulacyjną nabł. jelitów, i rozpuszcza go, a soki stąd powstające działają toksycznie na leukocyty i wywołują anormalne bujanie komórek. Wobec rozpadu tkanki otaczającej powstają charakterystyczne wrzody w jelitach a także ropnie w wątrobie i nawet w mózgu. Produkty przemiany materji niektórych pierwotniaków i wytwarzane przez nie ciała działają na ustroj gospodarza jako jady. Te produkty toksyczne różnią się od toksyn bakteryjnych, i o właściwościach ich wiemy dotąd niewiele, gdyż tylko wyjątkowo udało się otrzymać liczbę osobników wystarczającą dla celów analitycznych. U pierwotniaków nie znaleziono toksyn tak mocnych, jak bakteryjne, i działanie ich uwidacznia się znacznie wolniej. Bardzo czynną toksynę, jedyną w swoim rodzaju, znalazł Pfeiffer u *Sarcosporidia*. Wstrzyknięcie podskórne wyciągu z tych pierwotniaków zabija królika w krótkim czasie. Toksyna ta, nazwana sarkocystyną, jest to ciało białkowe o odczynie słabo kwaśnym. Wstrzykując ją królikowi w dawkach stopniowo wzrastających, można wywołać czynną odporność.

Schilling zastrzykiwał koniom do krwi wielką ilość świdrowców razem z substancją, rozpuszczającą je. Następowo znaczne podniesienie ciepłoty i odczyn ogólny organizmu, co wskazuje na działanie toksyn, uwolnionych z ciał rozpuszczonych pasorzytów. Według Uhlenhutha wysuszona krew, ztlwierającą świdrowca zarazy stadniczej, wstrzyknięta szczerowowi w postaci zawiesiny, powoduje jego śmierć. Działanie to autor przypisuje specjalnej endotoksynie. Endotoksyny te są jednak słabe, i ustroj wydalą je szybko; tylko wielokrotne dawki wywołują ciężkie objawy chorobowe.

Oprócz jądów powyższych, uważanych przez autorów za endotoksyny podobne do pewnego stopnia do bakteryjnych, znajdujemy u pasorzytniczych pierwotniaków inne jeszcze substancje jadowite, ściśle związane z przemianą materji. Z tych jądów bardziej są znane t. zw. toksyny napadowe czyli paroksyzmalne, wywołujące napady w zimnicy i w trypanozach. Mamy tu ściśle związek między produkcją jadu a rozmnażaniem się pasorzyta. Pełzak zimnicy wytwarza toksynę tylko podczas rozpadu dorosłych schizontów. Według niektórych autorów ciała resztkowe

(Restkörper), które zostają po schizogonjach, są właśnie morfologicznym podłożem tego jadu. Napad gorączki w zimnicy następuje tylko wtedy, gdy ilość toksyn we krwi osiągnie pewną wysokość. Zaraz po zakażeniu na 48 godzin przed pierwszym napadem krew zawiera znaczną liczbę schizogonij, lecz ciepłota narazie pozostaje normalna. W zimnicy nieleczonej odstępy pomiędzy pojedynczemi napadami mogą się rozciągać do trzech tygodni. Początkowo natężenie napadów się nie zmniejsza i dopiero później maleje, i krzywa ciepłoty spada. Uodpornienie gospodarza przeciw toksynom napadowym rozwija się powoli i stopniowo.

Podniesienie ciepłoty pod działaniem toksyny napadowej związane jest ze wzmożeniem utleniania w ustroju gospodarza i z podrażnieniem ośrodków regulacji ciepłoty. Produkty drażniące ulegają prawdopodobnie bardzo szybkiemu związaniu, gdyż krew, pobrana w okresie napadu, nie wywołuje gorączki u osobnika zdrowego. W przebiegu napadu toksyna szybko wyczerpuje się, i ciepłota wraca do normy. W zimnicy spadek jest krytyczny. W pieroplazmach ma bardziej lityczny charakter w związku ze znacznie powolniejszym rozmnażaniem się pasorzyta.

Toksyny napadowe pierwotniaków pasorzytniczych wywołują u gospodarza ciężką niedokrewność, której nie można objaśnić jedynie masowym rozpadem ciałek czerwonych, zawierających pasorzyty.

Poech obliczył, że podczas napadu zimnicy 1 mm.<sup>3</sup> krwi zawiera 10.000 krwinek z plazmodjami, natomiast na trzeci dzień po napadzie ogólna liczba krwinek czerwonych w milimetrze sześciennym krwi zmniejsza się o jeden milion. Wypada więc przyjąć, że, oprócz bezpośredniego uszkodzenia ciałek krwi przez pasorzyty, toksyny napadowe pośrednio wywołują ich rozpad. W krwawym moczu u bydła rog. rozpad czerwonych ciałek pod wpływem toksyn jest bardzo energiczny; wątroba nie może przerobić olbrzymiej ilości hemoglobiny, i barwik krwi przechodzi do moczu. Niedokrwistość, towarzysząca bardzo często chronicznym chorobom, wywołanym przez pierwotniaki pasorzytnicze, zależy głównie od upośledzenia czynności degeneracyjnej tkanek krwiotwórczych.

W śledzienie pod wpływem toksyn następuje przekrwienie bierne i bujanie komórek, co prowadzi do obrzęku śledziny; śledziona wielka i twarda jest typowa dla zimnicy.

W niektórych chorobach zakaźnych pierwotniakowych następuje krwawienie z naczyń włosowatych, spowodowane nienormalną przepuszczalnością ścian naczyń, uszkodzonych przez toksyny. Często zdarza się również znaczne wychudnięcie skutkiem utraty białka mięśniowego. Psy, padłe wskutek zakażenia trypanozomami, zawierają stosunkowo dużo tkanki tłuszczowej, lecz bardzo mało tkanki mięsnej, upośledzone jest bowiem w znacznym stopniu odradzanie się białka mięśniowego.

Jak widać z wyżej przytoczonych przykładów, pierwotniaki, a zwłaszcza pasorzyty krwi, wytwarzają rozmaite toksyny, które wywołują w ustroju gospodarza szereg objawów chorobowych. O pochodzeniu tych toksyn świadczą odczyny odpornościowe. Podobnie jak pasorzyt broni się przeciwko fermentom traw. gospodarza, tak samo ustroj gospodarza broni się, wy-

tworząc przeciwciała, zobojętniające szkodliwe wpływy pasorzyta. O istnieniu przeciwciał można wnioskować z samego przebiegu choroby, np. krętkowicy kur, wywołanej przez *Spirosoma gallinarum*. W początkowych okresach zakażenia pasorzyty te rozmnażają się we krwi w olbrzymiej liczbie. Już podczas tego pierwszego okresu pojedyncze spirosony giną i rozpadają się. Ciała tych pasorzytów zawierają pewne substancje, działające na ustrój gospodarza jako bodziec swoisty i powodujące powstawanie również swoistych przeciwciał. Jeżeli kurze zdrowej wstrzykniemy krew, zawierającą ciała martwych spirosom, to kura uzyska odporność na zakażenie żywymi spirosomami. Kury, które przebyły naturalne zakażenie spirosomami, są odporne na ponowne zakażenie.

Ustroje jednokomórkowe dają tak samo odczyn odpornościowe. W zbadanym przezemnie przypadku zakażenia wymoczków *Paramaecium* przez pewnego pasorzyta odczyn ten rozwijał się powoli, lecz zupełnie wyraźnie. W hodowli wymoczków w początkowych okresach zakażenia stosunek liczbowy osobników zakażonych do zdrowych był wielki. Z biegiem czasu liczba wymoczków zdrowych ciągle i stopniowo się zwiększała, i tylko pojedyncze wymoczki były zakażone, a w końcu w hodowli, zawierającej jeszcze znaczną liczbę osobników, nie można było zupełnie odnaleźć wymoczków chorych.

O właściwościach chemicznych przeciwciał pierwotniaków prawie nic nie wiadomo. Z biologicznego punktu widzenia rozróżniamy trzy główne ich grupy. Pierwszy typ stanowią substancje, które wywołują u pasorzytów odczyn podobny do aglutynacji bakteryj. W zakażeniu spirosomą duru powrotnego substancje te występują we krwi już w początku napadu. Pod ich działaniem spirosony zbijają się w gęste kłębki. To samo dzieje się w trypanozach; trypanosomy łączą się tylnymi końcami ciała i wytwarzają charakterystyczne rozety. W okolicy biefaroplastu występuje rodzaj śluzu, powodującego sklejenie. Spirosomy wkrótce po aglutynacji znikają szybko ze krwi; jednocześnie ciepłota u chorego spada, i następuje przełom choroby. Tłomaczy się to działaniem drugiego typu przeciwciał, a mianowicie substancyj litycznych. Im więcej spirosom ulega rozpuczeniu, tem prędzej wytwarzają się przeciwciała, i tem szybciej następuje rozpuszczenie pasorzytów. Trzeci typ przeciwciał, mianowicie precypityny, znaleziono w zakażeniu trypanosomami; Mayer stwierdził to u psów, zakażonych *Trypanosoma Brucei*.

Przebieg chorób zakaźnych pierwotniakowych przemawia również za obecnością przeciwciał. Objawy chorobowe występują przeważnie nagle w postaci napadu, podczas którego krew jest przepełniona pasorzytami. Czasem zwierzę ginie w pierwszym napadzie, jak to się dzieje w piropłazmach i w pewnych doświadczeniach nad trypanosomami. Często jednak napad taki nie jest śmiertelny. W niektórych wyjątkowych przypadkach już po pierwszym napadzie choroby następuje kompletne wyzdrowienie, i wówczas giną wszystkie pasorzyty, przeważnie jednak część pasorzytów pozostaje przy życiu, po krótkim czasie rozmnaża się i produkuje nowy napad. Po każdym nowym napadzie możemy stwierdzić znaczny ubytek

pasorzytów we krwi. To zupełne lub częściowe znikanie pasorzytów zależy od działania przeciwciał.

Sok tkankowy, a zwłaszcza surowica krwi gospodarza wykazuje obecność substancyj ochronnych, zabijających pasorzyty albo je unieruchamiających. Od obecności takich ciał zależy naturalna odporność pewnych osobników. W niektórych razach udaje się bezpośrednio stwierdzić obecność takiej substancji ochronnej w normalnej surowicy krwi ludzkiej. Laveran i Mesnil, wstrzykując myszy, słabo zakażonej *Trypanosoma Brucei*, normalną ludzką surowicę, powodowali zniknięcie trypanosom ze krwi: najpierw traciły one zdolność ruchu, a następnie ulegały rozpuczeniu.

W podobny sposób działała normalna surowica krwi ludzkiej i na inne gatunki trypanosom zwierzęcych, lecz jest bezsilna przeciwko *Trypanosoma Cambiense*, wywołującej śpiączkę u ludzi. Normalna surowica ludzka zawiera więc naturalne substancje ochronne, które są czynne w stosunku do pasorzytów obcych, lecz w stosunku do pasorzytów człowieka bezsilne.

Przeciwciała swoiste powstają nie tylko przeciwko pasorzytom, ale i przeciwko gatunkom, pozbawionym tego charakteru. Roedel, wstrzykując podskórnie świnkom morskim hodowlę wymoczków *Paramaecium*, otrzymał swoistą surowicę, hamującą ruch rzęsek. Wymoczki opadały na dno naczyń i przyklejały się do niego, lecz nie sklejały się razem. Po dłuższym działaniu tej surowicy falująca błona undulująca przestawała działać, ustawało bicie wodniczki i wymoczki ginęły powoli. Surowica ta była czynna w rozcieńczeniu 1:400.

Zakażenie trypanosomami chorobotwórczymi zwierząt wrażliwych na nie prawie zawsze kończy się śmiercią. Natomiast mniej wrażliwe często po lekkim niedomaganiu zdrowieją i osiągają odporność czynną. Krew takich zwierząt, wstrzyknięta zwierzętom zdrowym, wywołuje u nich stan odporności biernej, a chore zwierzęta można wyleczyć przy pomocy takiej surowicy. Z całego szeregu doświadczeń wynika, że, podobnie jak względem bakteryj, odporność naturalna czynna względem pierwotniaków pasorzytniczych nie zawsze jest następstwem ciężkiej choroby, lecz może nastąpić i po lekkiej.

Ustroje młode posiadają wzmoczoną odporność przeciw zakażeniu pierwotniakami pasorzytniczymi. Zupełnie młode cielęta, pasące się na łąkach, na których znajdują się kleszcze, zakażone *Piroplasma bigeminum* (hemoglobinuria bydła rogatego), przechodzą pod wpływem ukąszenia chorobę bardzo lekką. Zwierzęta dorosłe, zakażając się w tych samych okolicznościach, chorują ciężko i giną. Krew tych młodych cieląt, które przeszły chorobę, zawiera pasorzyty, które mogą przejść na kleszcze, stając się źródłem nowego zakażenia. Zwierzęta, które przebyły tę chorobę w młodości, nie chorują już potem w wieku dorosłym, są odporne na superinfekcję. Podobnie poniekąd przedstawia się sprawa zimnicy podzwrotnikowej. Rasy kolorowe, mieszkające w krajach gorących, gdzie zimnica panuje panlemicznie, i gdzie ludzie ustawicznie są kąsani przez zakażone komary, musiałyby wyginać, gdyby nie były odporne na superinfekcję. Obserwacje Kocha tłomaczą nam, w jaki sposób powstaje ten

stan odporności. Zauważył on, że w Nowej Gwince obcokrajowcy wszystkich ras chorują i umierają na zimnicę, natomiast ludność miejscowa jest zdrowa, lecz tylko dorośli. W takich okolicach wielki procent dzieci choruje na zimnicę i umiera. Dzieci, które szczęśliwie przeżyły zakażenie, nabywają odporności.

Obserwacje nad odpornością, rozwijającą się po przebyciu zakażenia, stały się pobudką do prób uodpornienia sztucznego; zaczęto np. zastrzykiwać krew krwi, która najmniej trzy miesiące temu przeżyła naturalne lub sztuczne zakażenie hemoglobinurją. Zabieg ten wywołuje tylko lekkie podniesienie ciepłoty, pasorzyty zjawiają się we krwi, ale krowa jest odporna na ponowne zakażenie.

Doświadczenie wykazuje, że w przewlekłych zakażeniach pierwotniakowych może także powstać częściowy stan odporności. W tych razach w ustroju gospodarza podczas ataku nie wszystkie pasorzyty zginęły, i część ich może się po pewnym czasie rozmnożyć. Takie zwierzę jest nosicielem pasorzytów. Samo może być względnie zdrowe, lecz może być źródłem zakażenia dla innych. Według niektórych autorów odporność w chorobach, wywołanych przez pierwotniaki pasożytnicze, jest możliwa tylko wtedy, gdy pasorzyty znajdują się stale w ustroju gospodarza. Jest to t. zw. stan zakażenia chwiejnego (*Labile Infektion*). Mówimy wtedy o tolerancji gospodarza względem określonego pasorzyta. W takim stanie zawsze mogą nastąpić nawroty choroby, jak to bywa w durze powrotnym, trypanozach i w zimnicy.

W stanie zakażenia chwiejnego nawroty choroby idą dwiema drogami. Czasami podczas przełomu choroby tylko część pasorzytów pozostaje przy życiu, i potomstwo ich wywołuje napad powrotny, jak to bywa w durze powrotnym i piroplasmozach. Inna możliwość polega na tem, że prawdopodobnie pod wpływem przeciwciał powstają nowe biologiczne odmiany pasorzytów „formy powrotne“ (*Residualformen*), niewrażliwe na przeciwciała. Dzieje się to n. p. w zimnicy. Według Schaudinna nawroty w ostrych formach zimnicy zależą od partenogenetycznego rozwoju makrogametocytów, które po napadzie utrzymują się we krwi. Te makrogametocyty, długi czas przebywające we krwi, mogą w pewnych okolicznościach stać się punktem wyjścia dla nowego rozwoju pasorzytów. Po wielu miesiącach po ostatnim napadzie i po pozornym wyzdrowieniu chorego mogą one wywołać nowy napad, jeżeli ustrój jest osłabiony, np. po zaziębieniu lub przemęczeniu. Osłabienie takie działa jako bodziec na makrogametocyty, powodując u nich zmianę aparatu jądrowego, który ulega nierównomiernemu podziałowi na dwie części. Tracąc w taki sposób cechy płciowe, makrogametocyt przetwarza się napowrót w formę pasorzyta zdolną do rozwoju wegetatywnego. Podziały wielocząstkowe odbywają się tak samo, jak u zwykłych schizogonij. Makrogametocyt więc, dzięki swojej odporności i właściwości przetwarzania się w formę zdolną do rozmnażania, stanowi formę zalegającą lub utajoną pasorzyta.

Nieco podobny stosunek zachodzi u pasorzyta żaby *Trypanosoma rotatorium*. Pijawki, ssąc kijanki, zakażają je tym pasorzytem, i we krwi kijanek ukazują się wysmukłe długie trypanosomy. Kiedy kijanka przetworzy się w żabę, trypanosomy te przekształcają się

w duże, płaskie formy. Te wielkie osobniki *trypanosoma rotatorium*, nie rozmnażające się dalej we krwi żaby, wytwarzają się pod wpływem przeciwciał gospodarza. Pijawki, ssąc dorosłe żaby z temi formami zalegającymi trypanosomów, nie ulegają zakażeniu, ponieważ te formy w pijawce również nie mogą się rozmnażać. Jeżeli natomiast te wielkie trypanosomy dostaną się na odpowiednią pożywkę sztuczną, wówczas powraca im zdolność rozmnażania się, przyczem przetwarzają się w drobne formy. Formy, powstające z takich form zalegających i powodujące nawroty choroby, nie są zawsze morfologicznie odmienne od pasorzytów typu pierwotnego, lecz różnią się zasadniczo cechami biologicznymi. Jeżeli myszy wstrzykniemy surowicę krwi zwierzęcia, które przeżyło zakażenie spirozomami duru powrotnego, i spirozomy z pierwszego napadu choroby, a drugiej myszy tę samą surowicę ze spirozomami z drugiego napadu, to myszy te będą niejednakowo reagowały na zakażenie. Pierwsza mysz nie ulegnie zakażeniu, ponieważ uzyskała uodpornienie na spirozomy pierwotnego typu; druga zaś zachoruje, dlatego że surowica uodporniająca nie zdołała zubożyć działania pasorzytów szczepu nawrotowego. Przebieg sprawy choroby u drugiej myszy będzie taki sam, jak u myszy, której wstrzyknięto jedynie spirozomy bez surowicy uodporniającej.

Spirosoma duru powrotnego i niektóre inne pasorzyty mogą wskutek swych właściwości biologicznych wytwarzać w ustroju gospodarza tylko ograniczoną liczbę takich szczepów nawrotowych, i dlatego w chorobach tych liczba napadów powrotnych jest ograniczona. Jeżeli ustrój gospodarza jest dostatecznie wytrzymały, to po ostatnim napadzie choroba przechodzi, pasorzyty znikają na zawsze, i następuje kompletne wyzdrowienie. Prawdopodobnie w zimnicy i w kile pasorzyty mogą wytwarzać szczepy nawrotowe bez ograniczeń. Wobec tego te choroby mają przebieg wyraźnie przewlekły z długimi okresami ukrytego zakażenia pomiędzy poszczególnymi nawrotami.

Zakażenie chwiejne, o którym była mowa, stanowi formę przejściową, pośrednią pomiędzy zupełnym wyleczeniem przez *sterilisatio magna* i nawrotem choroby z wyraźnymi jej objawami. Napad przechodzi bardzo typowo w piroplasmozach a także w zimnicy, i pasorzyty we krwi giną; mikroskopowo ich wtedy we krwi wykazać nie można. Jednak jeżeli wstrzyknąć wrażliwemu zwierzęciu 20 cm.<sup>3</sup> takiej krwi, następuje zakażenie, i na preparatach z jego krwi można pasorzyty mikroskopowo wykazać; a więc są one jeszcze we krwi, chociaż zwierzę pozornie jest zdrowe. Jeżeli zaś na ustrój gospodarza z takimi ukrytymi pasorzytami podziała jakibądź czynnik szkodliwy, następuje niespodziewanie napad — wybuch nowej napozór choroby. W tym wypadku zostaje naruszona równowaga pomiędzy pasorzytem i gospodarzem, która pozwalała pasorzytowi wegetować w ustroju, a gospodarzowi dawała częściową odporność. Stan taki jest bardzo typowy dla chorób, wywoływanych przez pierwotniaki pasożytnicze.

Stan zakażenia przejściowego i nawroty choroby w sprawach pierwotniakowych inaczej tłumaczy Hartmann. Według niego rozważania teoretycz-

ne, obserwacje cytologiczne i doświadczenia przemawiają za tem, że życiem ciała komórkowego pierwotniaków kierują dwa główne czynniki: czynnik podziałów i czynnik wzrostu. Zahamowanie na przeciąg długiego czasu czynnika podziałów przy jednoczesnem funkcjonowaniu czynnika odżywczego powoduje u gospodarza stan zakażenia przejściowego. Następuje to najczęściej pod wpływem przeciwciał, produkowanych przez gospodarza, jak to widać na przykładzie *trypanosoma rotatorium*. Działanie czynnika odżywczego uwidacznia się tu morfologicznie w powstawaniu odrębnych form zalegających. Czynnik ten wywołuje wzmoczony wzrost trypanosomów oraz przekształcenie małej ich formy w *trypanosoma rotatorium* wielkiego typu, niezdolną do rozmnażania się. Sprawa ta nie zawsze jest tak prosta. U pasorzyta zimnicy formy zalegające—makrogametocyty—również rosną nadmiernie, lecz wzrost ich jest związany z różniczkowaniem

pleciowem. U pewnych pierwotniaków różniczkowanie pleciowe i wzmoczony wzrost nie są zależne od czynnika podziału, i wobec tego formy zalegające nie wytwarzają się. Gdy ustaje zahamowanie czynnika podziału, pasorzyty odzyskują napowrót zdolność rozmnażania się, gromadzą się w ustroju gospodarza w wielkiej liczbie i powodują nowy atak choroby. Przyczyny, przerywające wstrzymanie czynnika podziałów, są różnorodne, lecz najczęściej są to warunki zewnętrzne. Forma, zalegająca *trypanosoma rotatorium* niezdolna jest do rozmnażania się we krwi żaby, a natomiast rozmnaża się w sztucznej hodowli. Makrogametocyt pasorzyta zimnicy normalnie zdolny jest do dalszego rozwoju tylko po zapłodnieniu w komarze, a partenogenetycznie we krwi chorego, lecz tylko pod wpływem czynników zewnętrznych, osłabiających ustrój gospodarza.

## Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Oddziału psychiatrycznego Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. A. WIZEL).

### Urojenie chrztu w związku z kompleksem kazirodczym w przypadku schizofrenji.

Podał

Roman MARKUSZEWICZ (Warszawa). Asystent oddziału.

Gdy jest mowa o psychoanalizie, to daje się zauważyć dziwne przesunięcie naukowego stanowiska oponenta do omawianego zagadnienia: dotychczasowy przyrodnik zaczyna operować argumentami, zgoła nieprzyrodniczymi. Zapomina bowiem, że każda wiedza polega na cierpliwem badaniu faktów obserwowanych, że niejednokrotnie używać musimy specjalnych metod (jak np. w histologii), ażeby fakty uprzystępnić naszemu widzeniu, że często od opanowania metody badania zależy, czy dany obraz, np. histologiczny, zobaczymy. Zapewne, krytycyzm naukowy jest nie tylko wskazany, lecz i pożądany: należy bowiem odróżniać sztuczne produkty, które są spowodowane samą metodyką badania, od istotnego stanu badanego obiektu.

Lecz w opozycji przeciw psychoanalizie przyrodnik neguje ogólnie przyrodnicze metody badania: odrzuca jakgdyby mikroskop, twierdzi, że technika badania drobnowidowego daje sztuczne, złudne obrazy, które nie wspólnego z badanym obiektem nie mają, i uznaje jedną tylko drogę badania, t. j. samoobserwację. Ta wszakże droga badania zawodzi w zupełności, gdy chodzi o badanie zjawisk dla smęgo badacza afektywnie nieprzyjemnych. Nie może bowiem świadomość poznać tego, co przez nią samą zostało ukryte, stłumione, jako coś przykrego, zakłócającego harmonję psychiczną, — a przecież harmonja psychiczna jest nieodzownym warunkiem psychologicznym tego aktu twórczego, jakim jest każde badanie naukowe.

Nie więc też dziwnego, że przyrodnik, zajmujący z konieczności powyższe stanowisko, nie rozporządza bowiem inną metodyką badania, zniechęca się tem i rzuca na psychoanalizę ów stan psychiczny, w którym

się sam mimowolnie znalazł: a więc zarzuca psychoanalizie subiektywność, brak ścisłej metody badania, tendencję do filozoficznej spekulacji.

Nie chcę poruszać na tem miejscu psychologicznych przesłanek możności widzenia pewnych faktów z życia psychicznego, — chciałbym wskazać tylko, że obserwacja psychoz ułatwia nam spostrzeganie takich zjawisk, które normalnie lub w przypadkach psychoenerwicy ukryte są głęboko, są jakby na obwodzie pola widzenia.

Taki właśnie przypadek schizofrenji, który jest ciekawy również ze względu na występujące w nim urojenia chrztu, przytaczam poniżej:

Przypadek nasz dotyczy 24-letniego mężczyzny, E. A., wyznania mojżeszowego, który 5 czerwca 1925 r. został sprowadzony przez siostrę swą i szwagra na oddział dra Wizla. Z wywiadu dowiadujemy się: W rodzinie chorego psychoz nie było. Ojciec usposobienia gwałtownego, umarł przed 6 laty na zapalenie mózgu. Matka, którą chorey b. kochał, umarła, gdy pacjent miał 6 lat. Ojciec ożenił się po raz drugi. Z 9-ga dzieci pozostało przy życiu 4: troje dziewcząt i pacjent, który jest przedostatniem dzieckiem. Siostrę Chawę, pacjent b. kochał: kochał ją jedyną z całego rodzeństwa.

W chederze dobrze się uczył; zawsze mówił, że lepiej się zna na rzeczy od nauczyciela. Ojca bał się, źle z nim żył, — ciągle kłótnie. Ojciec był b. nabożny, kazał synowi dużo się modlić. Z macochą pacjent się kłócił. Inni członkowie rodziny dobrze żyli z macochą, tylko chorey miał stałe konflikty: przeklinał ją, bił. Przeważnie samotny, stronił od towarzystwa chłopców i dziewcząt, zamyślony, zawsze mawiał: „sam jestem, nikogo nie potrzebuję“. Energetyczny, hardy, stanowczy, niepodatny na żadne perswazje.

Po śmierci ojca zajął się nauczycielstwem: uczył z zamiłowaniem po wsiach dzieci w chederze. Przed 6-ciu laty podczas kąpieli tonął w rzece: uratowano go, 4 tygodnie skarżył się na ból głowy, osłabienie. Stopniowo nastąpiła zmiana charakteru pacjenta: był smutny, jako nauczyciel, nie mógł się utrzymać dłuższy czas w chederze na jednym miejscu, wędrował po wsiach okolicznych, łatwo denerwował się podczas lekcji. Był b. nabożny, wymyślał na katolików, był chasydem. Przed 3 laty zabrał się do handlu kurami, lecz w handlu nie miał szczęścia. Już wtedy modlił się bez przerwy 4 godziny, aż „wymodlił“ całą książkę do końca. Przed 2 laty zaręczył się z pewną panną, lecz w 2 tygodnie po zaręczynach przyszył teści wyrzucił go z domu, gdyż już wówczas chorey zdradzał chorobę umysłową. Wówczas pacjent ożenił się z inną panną, żył z nią jeden dzień,

a następnie ona uciekła od niego ze względu na jego nie-normalne zachowanie się. Przed rokiem wstąpił do wojska: służył 4 mies., nie chciał się nikogo słuchać, gdyż mówił, że krzyżano komendę: „padnij i nie powstań!”, — pacjent bał się tego. Gdy kazano stać mu na warcie, — pacjent rzucał karabin i odchodził.

Przesłano go do Szpitala Ujazdowskiego, gdzie uznano go za umyślowo chorego i zwolniono z wojska. Po powrocie do domu, t. j. do szwagra, chory oświadczył, że chce się ożenić ze swoją siostrą Chawą, — tylko żeby ślub odbył się w kościele; zaś dzieci, które będzie miał ze swoją siostrą, będą katolikami. Od tego czasu mawiał, że żydowska wiara nie jest wiarą, dlatego, że żydzi zamordowali Jezusa i że jego chcą również zamordować. Mówił, że w Krakowie modlił się 4 godziny i wtedy przekonał się, że wszyscy muszą przejść na katolicką wiarę. Z nim idzie słońce; jeżeli on będzie chciał, to nie będzie deszczu zupełnie i nie będzie na całym świecie co jeść. Jadł trefną kiełbasę na ulicy na złość żydom, którzy się na niego patrzyli. Pracować nie chciał: „tylu jest rabinów, którzy nie pracują, — to ja będę pracował?”. Przed 3 tygodniami poszedł do księdza, żeby się przechrzczyć, na co ksiądz się nie zgodził, gdyż widział, że jest on niespełna rozumu. Od chłopca na wsi nauczył się pacierza katolickiego. Stawał na kolanach przed krzyżem przy drodze, obejmował rękoma krzyż i krzyczał, że to jest prawdziwy Bóg. Na żydów przytem wymyślał, gdy jakiś żyd przeszedł drogą, chory rzucał w niego kamieniami, wymyślając w ordynarny sposób. Po paru dniach uspokoił się, wrócił do szwagra, 8 dni był spokojny, modlił się żarliwie w bóżnicy. Następnie znowu był niespokojny, wymyślał na żydów, mówił, że on sam robi wiarę na ziemi. W tym stanie chorego sprowadzono do szpitala.

Badanie układu nerwowego i narządów wewnętrznych zmian żadnych nie wykazało.

Już na podstawie wywiadu widzimy, że mamy do czynienia z przypadkiem schizofrenji, która w sposób przewlekły rozwijała się od lat 6-ciu, zaś od paru miesięcy wystąpiły urojenia prześladowcze. Z urojeń tych na specjalną uwagę zasługuje urojenie chrztu, nietyle ze względu na rzadkość tego objawu, — ile ze względu na to, że w naszym przypadku urojenie to wystąpiło jednocześnie z kompleksem kazirodczym. Fakt ten nabierze głębszego znaczenia dopiero wówczas, gdy zapoznamy się bliżej z naszym chorym. Chwilowo chciałbym się zastanowić nad urojeniem chrztu.

Wiadomem jest, że urojenie zmiany wiary, które nie jest specjalnie rzadkie, spotyka się u schizofreników zarówno wyznania chrześcijańskiego, jak i mojżeszowego. To występowanie objawu tego u chorych różnych wyznań mogłoby nasunąć pozornie łatwe wyjaśnienie, że zmiana wiary jest wyrazem uczucia obcości w stosunku do dotychczasowego środowiska chorego, — że schizofrenik więc przez zerwanie afektywnego kontaktu ze swym otoczeniem, oddala się od niego, czemu daje wyraz w urojeniu zmiany wiary. Lecz to wyjaśnienie jest tylko pozornie przekonujące, gdyż nie uwzględnia innych przeżyć chorego, z tem urojeniem związanych, a pozatem urojenie zmiany wiary połączone jest, w myśl wyjaśnienia tego, z jednym z zasadniczych objawów schizofrenji, ale zupełnie nie tłumaczy nam zjawiska analogicznego z psychologii normalnej. Zaś od objaśnienia psychologicznego zawsze musimy wymagać zrozumienia szerszego, wybiegającego poza zakres zjawisk patologicznych.

Dlatego nie możemy się zadowolić powyższem wyjaśnieniem, jako nie rzucającym nowego oświetlenia na zjawisko nas interesujące. Zachowujemy tylko w pamięci fakt, godny zastanowienia, że urojenie zmiany wiary spotykamy u chorych różnych wyznań, — a więc musi ono wpływać z czynników głębszych, ogólnych

na ludzkich, zabarwionych silnie afektywnie, jeśli w psychozie przejawiają się one w postaci urojenia. Ażeby więc dane zagadnienie zrozumieć, należy uwzględnić nietylko to jedno zjawisko, lecz wszystkie przeżycia chorego, które niżej podaję w skrócie, gdyż historia choroby jest zbyt obszerna.

Bez uprzedzeń i gotowych schematów przysłuchajmy się temu wszystkiemu, o czem nasz chory mówił.

Gdy chory przybył na oddział, nosił na szyi krzyżyk błaszany z wizerunkiem Chrystusa. Na zapytanie pacjent odpowiada, że, gdy był w Krakowie, wsadzono go do więzienia i tam bito go tak długo, dopóki nie wykrzyknął: Jezus, Marja! — i w ten sposób przyznał oprócz swego i drugiego Boga. Wtedy wypuszczono go z więzienia. Pacjent poszedł do kościoła i kupił sobie ten krzyżyk: od tego czasu nosi ten krzyżyk na sobie, żeby go nikt więcej nie bił. Na zapytanie, dlaczego chce być katolikiem, chory odpowiada, że, gdy się modlił po 4 godziny w nocy, wtedy przekonał się, że musi być katolikiem. W torę nie wierzy (kiedy poraz pierwszy myślał o tem, żeby być katolikiem?): gdy był w Szpitalu Ujazdowskim. Chciał się ożenić ze swoją siostrą (czy religja pozwala?): nie patrzy się na żydowską religję (a katolicka?): nie wie. (Dlaczego siostrą?): podoba mi się siostra. Jest jak Jezus, który wszystko robił: robił wiarę i takie rzeczy również robił. U nas jest talmud, że tego niewolno, tamtego niewolno. Jest taki, jak Jezus—wszystko wolno, trzeba tylko wierzyć w Boga, można wszystko jeść. Z siostrą wolno mieć stosunek. Gdy jest żydem, to nic nie wie, jest nic nie wart, jest warjatem; gdy zaś powie: Jezus, Marja, to wie o wszystkim. Ojca bał się; obecnie nie bałby się ojca, gdyż nie jest żydem; jest jakby synem Pana Boga, — jeden Bóg wie o wszystkich jego smartwieniach. Był w kościele, modlił się: O j c z e nasz, któryś jest w niebie! (Dlaczego chce zmienić wyznanie?): bo nie może znieść żydowskiej wiary (dlaczego?): nie wierzy w żydowskie zabobony: że nie wolno jeść trefnego mięsa, że nie wolno tego lub tamtego. „Lecz jeżeli rabini i żydzi mówią, że muszę być żydem, tak, jak ojciec, — że muszę tak umrzeć, jak mój ojciec, żydem, to dobrze, mogę zostać żydem, lecz niechaj oni dadzą mi żonę i jedzenie. Ci żydzi krzyczą na mnie warjat, i tak, czy inaczej, nie dadzą mi spokoju: ani tak żyć, ani inaczej. Modliłem się 4 godziny na jednym miejscu do Pana Boga i wiedziałem, że muszę przejść na katolicką wiarę do Pana Jezusa. Ja krzyczałem, że jest Bóg na świecie, i że wszystko jest od Pana Boga: deszcz, słońce, jabłka, chleb — wszystko, co jest na świecie; jedno ziarno się sieje i z tego jest słoma i chleb. A ile to jest warte, że to wszystko daje Pan Bóg. To jest wszystko od Pana Boga, a później od Jezusa, gdyż Jezus mówił, że jest Bóg na świecie. (Cóż w tem dziwnego, że ziarno rośnie?): że jak się sieje, to ziarno rośnie, to może nie dziwnego. Lecz rośnie dlatego, że deszcz pada. Gdyby deszczu nie było tylko jeden rok, to wtedy byłby koniec świata. Zaś deszcz jest od Jezusa i Pana Boga. Gdyby Pan Bóg nie chciał, toby nie było deszczu na świecie“.

Mordują go żydzi dlatego, że jest katolikiem; za to go tutaj sprowadzili i zamknęli w szpitalu. Nazwali go warjatem dlatego, że chciał się ożenić ze swoją siostrą: „mnie wolno, lecz teraz nie chcę znać mojej siostry, nawet złotej, gdyż dlatego nazwali mnie warjatem. Dla żydów jestem warjatem, ale dla was? (t. j. katolików). U katolików może jest możliwe ożenić się ze swoją siostrą: nie wiem o tem. U żydów tego niewolno, — jest to w talmudzie napisane. U katolików można się ożenić z siostrą: trzeba tylko wiedzieć, że jest Bóg na niebie, i że wszystko jest od Boga i od Jezusa. U żydów także można byłoby się ożenić z siostrą, — tylko oni znają takie zabobony, że nie wolno tego zrobić, czy tamtego. Gdyby oni się bali Boga, to nie zamordowaliby Jezusa i nie męczyliby mię. (Jak się nazywa?): Ela, lecz można nazywać mię: panie Janek (dlaczego?): gdyż nie chcę być żydem; może być i inne imię, aby tylko katolickie, aby nie żydowskie. Gdy stąd wyjdę, to nie będę miał dokąd pójść: będą znowu mię gonili i nazywali warjatem. Gdy zaś idę do katolików, to

każą oni pójść do żydów. To lepiej pójdę do lasu i żyć będę jak cygan! O, Jezus kochany, o, Jezus kochany!”

„Oni (t. j. żydzi) mówią, że ja wcale nie potrzebuję żyć na świecie, gdyż na moje miejsce wystawili innego żyda, i dlatego mnie można już zabić. Ten żyd, który jest na moim miejscu, jest przy mojej siostrze; nie wiem, czy się ożenił z nią, czy nie“. Jest zazdrosny, iż tamten przypisuje sobie zasługę twierdzenia, iż jest Bóg na świecie, i wobec tego pacjent jest już niepotrzebny, gdyż sam nic nie mówił. Jest także zazdrosny o to, że tamten może się ożenić z jego siostrą; jest zły, że tamten mówi, że jest na jego miejscu, że tamtemu trzeba wszystko dać. Zaś pacjent musi siedzieć tylko w więzieniu i marnie traci swój czas. „On godzi w moje życie: gdyby mógł mię zabić, toby mię zabił. Może „on“ to jest mój szwagier, — mąż siostry? Gdy byłem w Szpitalu Ujazdowskim, to szwagier mówił mi, że mi wszystko da, że będę mógł się ożenić z siostrą. Zaś gdy przyjechałem do domu, to widziałem, że szwagier dalej mieszka z siostrą, nie chciał mi jej dać i mówił, że jestem warjatem. Szwagier mówił, że on jest na moim miejscu, że tylko on powinien żyć, że to on mówił, iż tylko jest Bóg na niebie, i że wszystko jest od Pana Boga na świecie. Gdy byłem w Szpitalu Ujazdowskim, to b. lubiłem mojego szwagra, myślałem, że to jest jedyny dobry i sprawiedliwy żyd, — lecz w domu przekonałem się, że żydzi zepsuli szwagra. Siostra najwięcej zepsuła szwagra, bo ona jest żydówką. mówi, że tego nie wolno, tamtego nie wolno robić“.

„Jeszcze przedtem, gdy byłem mały, „nie byłem żydem: mordowali mię za to w bóżnicy“.

Matkę swoją pamięta, umarła przed 12 laty: b. ją kochał. Ojciec był zły człowiek: bił go tylko i kazał mu chodzić modlić się do bóżnicy. Macochy również nie lubił krzyczała na nego: „zobaczysz, że on będzie katolikiem“. A na to ojciec odpowiadał: „prędzej ja umrę, niż on przejdzie do katolików“!

(Czy chciałby ożenić się z siostrą?): „dlaczego nie, — mnie to jest wolno, innemu też jest wolno. „Wszystko jest wolno, tylko kraść i zabić jest nie wolno“. (Z matką chciałby się ożenić?: „moja matka już nie żyje, ale z macochą spałem, gdy miałem 15 lat. Czuję potrzebę żony od chwili, gdy oddano mię do Szpitala Ujazdowskiego. Jestem biedny, i dlatego żydówka wstydzi się wyjść za mnie zamąż: jestem sierotą, nikogo nie mam. I dlatego pomyślałem o siostrze, gdyż nie miałem żadnej innej żydówki. Jeżeli zaś siostra posłała mię tutaj do więzienia, to widać, że ona mię nie chce: mówi, że niewolno, a innym mówi, że nie chce wyjść za mnie za mąż. Siostra była dla mnie dobra, przynosiła mi jedzenie do Ujazdowskiego szpitala, miałem wtedy ją jedną i dlatego chciałem się z nią ożenić“. (Od jak dawna myślał o tem?): „jeszcze wtedy, gdy byłem małym dzieckiem; miałem 8 lat, gdy siostra wychodziła zamąż. Byłem z tego b. niezadowolony, gdyż chciałem zamiast szwagra sam się ożenić z siostrą: myślałem o tem, lecz nie mówiłem. Dopiero później, gdy byłem w Ujazdowskim szpitalu i widziałem, że jestem opuszczony, a tylko siostra opiekuje się mną, — wtedy postanowiłem sobie, że ożenię się z siostrą“. (Czy myślał również o matce?): „tak, lecz matka już nie żyje“. (Lecz gdyby matka żyła; — kogoby wolał?): „matkę i siostrę, lecz matka już nie żyje, więc wolałbym siostrę“.

„Jestem taki, jak Jezus. Jeżeli mi żydzi dadzą jedzenie i kobietę, to wtedy będzie i deszcz i słońce do czasu. A jeżeli mi żydzi nie dadzą jeść, — to nie będzie jedzenia na świecie: słońce będzie, a deszczu nie będzie. Tak już było raz na świecie: gdy żydzi mię gonili, to nie było deszczu, — było sucho w polu. Gdyż, gdy Pan Bóg widzi że mię mordują, to tak robi, że niema deszczu, lub jest za dużo deszczu, — gdyż ja jeden mówiłem, że jest Bóg na świecie. Gdy jest słońce, to katolik mówi: o, jak jest ładnie, jak przyjemnie, — trzeba dziękować za to Panu Bogu. Zaś żyd nie cieszy się słońcem, mówi, że to klimat, — i nawet rabin tak samo mówi. Gdy jest deszcz, to katolik cieszy się i dziękuje Bogu, — a żyd mówi, że to z chmury“.

(Kogo woli: siostrę, czy inną żydówkę?): „siostrę, lecz żydzi mówią, że to niewolno; lecz ja mówię, że to jest wolno. Mnie wolno jest ożenić się z taką kobietą, która ma już męża (dlaczego?): dlatego, że ja wierzę w Boga“. (Jaką

kobietę woli?): „taką, która ma męża“ (dlaczego?): „gdyż, gdy widzę zamężną kobietę, to chcę mieć z nią stosunek, a do innych kobiet nie mam smaku; to już tak jest od Pana Boga“ (dlaczego?): „gdy wtedy modliłem się do Boga, to odrazu potem miałem smak do zamężnych kobiet. Chciałbym, żeby wtedy, gdy będę miał stosunek z mężatką, żeby jej mąż stał przy tem i patrzył na to: to jest wolno. A wtedy będzie deszcz i słońce na świecie (dlaczego?): bo ja potrzebuję tak żyć, a wtedy Bóg zesle deszcz i słońce. Jestem jak Jezus, wiem, że wolno tak robić, wolno tak żyć. (Co wolno?): „wolno mieć stosunek z mężatką, z siostrą, z matką! Wolno również mieć stosunek z ojcem (i n a n o). (Czy chciałby?): „gdyby ojciec żył, to chciałbym mieć stosunek z ojcem, lecz ojciec już nie żyje. Przedtem nigdy tego nie robiłem; o matce myślałem, żeby mieć z nią stosunek“.

„Przedtem, gdy byłem mały, siedziałem smutny, o niczem nic nie wiedziałem, bo byłem małym żydkiem. Zacząłem rozumieć wszystko od chwili, gdy powiedziałem: Jezus, Marja (dlaczego?): gdyż stałem się katolikiem, a katolik wie, że wszystko jest od Boga, — zaś żyd siedzi i nie wie, co to jest życie; żyd wierzy tylko w zabobony, że tego, czy tamtego nie wolno, — jednym słowem, że nie wolno żyć. Mnie żydzi tak samo chcą zamordować, jak Jezusa“. „Jeżeli żyd jest większy, mocniejszy, to ja się robię małym katolikiem, małym chłopcem (dlaczego?): bo ja nie jestem żydem. Jeżeli ja jestem katolikiem, to ja się nie boję żyda, gdyż jestem katolikiem i przez to mocniejszym od żyda; (dlaczego?): gdy krzyczę: Jezus, Marja, to odrazu jestem człowiekiem, gdyż wierzę w Boga i mam siłę od Boga. Wszyscy katolicy mają siłę od Boga. Katolik wierzy w Jezusa, Jezus był synem Boga, — więc każdy katolik jest synem Pana Boga. A więc jeżeli katolik jest synem Boga i słucha się Boga, to katolik może rządzić światem tak, jak Pan Bóg. Jestem synem Boga, gdyż wierzę w Jezusa. Ten, kto robi wiarę na świecie, ten jest synem Pana Boga. A matką moją jest Matka Boska. (Jak mu na imię?): Janek (jego właściwe imię jest Ela). Jeżeli byłbym żydem, tobym nic nie wiedział, co się dzieje na świecie, byłym jak warjat. Gdy siedziałbym i nie wiedział, co się ze mną dzieje: nie wiedziałbym, czy żyje na świecie, czy nie. Całe moje życie nie byłoby nic warte. Nie użyłbym na świecie, gdyż żydzi nie puściliby mię do dziewczuchy. A gdy mam wiarę, to wszystko wiem, wiem że ciało moje zmartwychwstało, i mam z tego przyjemność. A gdybym umarł jako żyd, to ciało moje zgniłoby w dole, leżałoby tylko na cmentarzu: człowiek umiera i nic się nie pozostaje, — tak myślą żydzi. A gdy umrę jako katolik, to będzie dobrze na świecie: ciało moje zmartwychwstało, i ja będę miał raj“.

„Jeżeli wierzę w Jezusa, to wtedy mam moc i jestem zdrowy; a jeżeli odchodzę od Boga i Jezusa i staję się żydem, to wtedy jestem chory, gdyż Bóg i Jezus nie opiekują się mną“.

Ponieważ chory jest czas dłuższy na oddziale, który uważa za więzienie, — gniewa się na siostrę, która go oddała do szpitala „za to tylko, — jak mówi pacjent, — że chciałem się z nią ożenić“. „Jeżeli siostra mówiła, że ja jestem warjatem, to ja nie chcę jej znać. I przedtem także nie tak bardzo chciałem siostry, gdyż ja wiem, że to nie jest moja siostra (dlaczego?): gdyż ja jestem katolikiem; chociaż jesteśmy od tych samych rodziców, lecz nie chcę jej znać, jako siostry: nie mogę się na nią patrzeć. (A przedtem?): przedtem, gdy chciałem się z nią ożenić, uważałem ją za siostrę, z którą jednak wolno jest się żenić. Chociaż niezupełnie uważałem ją za siostrę, lecz i niezupełnie jako obcą kobietę: żydzi mię wtedy b. męczyli, nie dali mi żyć, więc byłem katolikiem, a siostry nie uznawałem za siostrę, lecz za kochankę (dlaczego?): dlatego nie chciałem uznać siostry, gdyż jestem katolikiem. A jeżeli ja jestem katolikiem, to ona już nie jest moją siostrą, gdyż ona jest żydówką. Bardzo nie kochałem jej, lecz chciałem się z nią ożenić, gdyż chciałem mieć z nią stosunek. Gdy miałem 8 lat, przyszedłem do izby, — gdy siostra spała w łóżku: wtedy spodobały mi się jej części płciowe, — lecz i wtedy nie byłem już takim żydem. Sypialiśmy razem w jednym łóżku“.

„Według żydowskiej religji ja nie mogę mieć stosunku (dlaczego?): bo to nie smakuje. Gdyż mi się podoba taka

kobieta, która ma męża. Zaś z dziewczyną, z którą trzeba naprzód pójść do rabina, z taką dziewczyną nie chcę mieć stosunku”.

„Moim ojcem jest ten, który jest w niebie; (a matka?): Matka Boska. A ta, która mi daje jeść, — to jest także jakby moja matka, ale moja prawdziwa matka jest w niebie. Ja muszę mówić: Ojciec nasz, który jesteś w niebie! Jeżeli ja przyjmę katolicką wiarę, to mój ojciec będzie ojcem w niebie. A jeżeli mam żydowską wiarę, to jestem nic nie wart, jestem gorszy niż umarły, — nie mam ojca! (Jeżeli byłby żydem, to kto byłby jego ojcem?): „Ten ojciec, który mię urodził — Jankiel, miał czerwone oczy, i matka Łaja”. „Gdy byłem małym dzieckiem, to nie lubiłem mego ojca: był on złym złowiekiem; chciał, żebym tylko siedział w bóżnicy, żebym uczył się z żydowskich ksiązek. Matkę lubiłem, gdyż i ona mię lubiła: nie pozwalała, żeby mię ojciec bił. Gdy byłem w szkole, przynosiła mi jedzenie. Widziałem niedawno chłodną rękę we śnie: to ojciec przyszedł, żeby mię zadusić, gdyż nie jestem dobrym żydem”.

Stopniowo występuje zmiana w zachowaniu się chorego: pacjent częściowo koryguje swe dotychczasowe urojenia, częściowo dyssymuluje; gdyż chce wydostać się ze szpitala, zaś wie, dlaczego go siostra tutaj umieściła. Twierdzi więc, że obecnie jest żydem, nie pozwala nazywać się Jankiem, lecz swem właściwym imieniem. Przypomina sobie, że przedtem mówił o ożenieniu się z siostrą, lecz obecnie nie chce tego, gdyż jest żydem. Przedtem widział często ojca w dzień i w nocy: ojciec nic nie mówił, tylko stał przed nim, jakby żył. Bał się ojca; poco przychodził do niego — nie wie.

Zrezygnowany, domaga się tylko wolności, kobiety i jedzenia.

Tak mówił nasz chory, — a mówił tak dobitnie, że nie sposób jest nie zrozumieć go. Wydaje mi się nawet wprost zbyt zbytnią analizą jego przeżyć, gdyż proces chorobowy sam jej dokonał i pozwolił nam wpatrzeć się w to, co u nas jest ukryte w głębiach nieświadomości.

A więc mały, biedny żydek odrazu czuje w sobie potęgę, moc, która wynosi go ponad dotychczasowe otoczenie. Z naciskiem powtarzam: nie jest to tylko zerwanie afektywnego kontaktu z otoczeniem, lecz wzniesienie się ponad to otoczenie. Z pogardą bowiem mówi o żydowskich zabobonach, gdyż jest katolikiem, który może rządzić światem tak, jak Pan Bóg, utożsamia się z Chrystusem, gdyż robi wiarę na ziemi, gdyż męczy go tak, jak Chrystusa. Przedtem był małym żydkiem, — obecnie jest synem potężnego Boga, nie bałby się więc nawet swego byłego ojca, gdyż nie jest żydem. Przedtem nic nie wiedział, — dzisiaj, gdy powie: Jezus, Marja, — to wie o wszystkim, skąd jest deszcz i słońce, co, jak roślinie, cieszy się z przyrody, łącząc się z nią w swem racjonalnym upojeniu w jedność. Czuje w sobie potęgę, którą ma od Boga, nie boi się nawet silnego żyda, gdyż, jeśli go kto skrzywdzi, to wyschnie żyte w polu. Cieszy się, że jest zdrów i silny, a ciału jego, nie duch, zmartwychwstanie, a nie będzie gnęto w dole.

Jakżeż to nazwać? Dążeniem do potęgi? Zbyt słabe jest to Adlerowskie pojęcie. Gdyż obserwujemy tutaj tak wszechpotężną i wszystko ogarniającą moc, taką dziecięcą radość z całego świata i z ciała własnego, wszechpotężną myśl i dojście do punktu kulminacyjnego, gdy się wydaje, że jaźń i świat to jedność, — że jedno tylko określenie wydaje się nam tu możliwym, mianowicie narcyzm. Jest to ta pierwsza pozycja libi do, która przez proces chorobowy została przesunięta z nieświadomości do świadomości. Bo jeśli by jej przedtem w nieświadomości nie było, to skądby się ona zjawiała obecnie?

Zastanowić się obecnie należy, dlaczego ten narcyzm przejawiał się u naszego chorego w urojeniu chrztu?

I na to zapytanie wynika jasno odpowiedź ze słów pacjenta: „jeżeli ja jestem katolikiem, to siostra nie jest już moją siostrą, gdyż ona jest żydówką, a więc mogę się z nią ożenić”. Jest to zasadniczy motyw, który uporczywie powtarza się w wyznaniach chorego. Myślał przedtem o tem, żeby się z matką ożenić, lecz ponieważ matka nie żyje, więc chory chce się ożenić ze swą siostrą. Jest to jego marzenie z lat dziecięcych: gdy miał 8 lat, był bardzo niezadowolony z małżeństwa siostry, gdyż chciał sam się ożenić z siostrą zamiast szwagra. I dlatego podczas choroby pacjent utożsamia się ze swoim szwagrem, twierdząc, że szwagier jest na jego miejscu i korzysta z praw, przysługujących choremu. A więc ta miłość dla siostry nie jest czemś nowym, powstała przez proces chorobowy, lecz jest tylko uświadomieniem sobie, a więc przypomnieniem tego, co było w dzieciństwie. I dlatego pacjent tak chętnie mówi o sobie, jako o młodym chłopcu, przeżywa raz jeszcze swe lata dziecięce. o powiada o siostrze swej jako o młodej dziewczynce. A co najważniejsze, — swoją miłość do siostry motywuje w ten sam sposób, w jaki ona zazwyczaj powstaje w dzieciństwie w stosunku do matki: „Siostra była dla mnie dobra, przynosiła mi jedzenie do Ujazdowskiego szpitala, miałem ją jedną i dlatego chciałem się z nią ożenić”. Jest tutaj wyrażona wdzięczność za troskę i pokarm, — wspomnienie tej wdzięczności dla matki, dla której w ten sposób powstaje to głębokie dziecięce umiłowanie, jako dla tej jedynej, która daje dziecku wszystko: i pokarm, i ciepło, i rozkosz, i która w ten sposób jest pierwszym afektywnym łącznikiem między narcyzmem dziecka a światem otaczającym, — tak samo jak dla naszego chorego siostra była afektywnym ogniwem między jego narcyzmem a światem otaczającym. Widzimy więc tutaj nie tylko miłość dla matki i jej imię — siostry, lecz i sposób, w jaki ona u dziecka powstaje. Nazywamy to kazirodztwem, — lecz z tego uczucia powstaje później to przesublimowane uczucie dla naszych rodziców, z którego dumni jesteśmy: lecz dumni jesteśmy nie tyle z samej naszej miłości dla rodziców, — ile z wysiłku naszego, którego dokonaliśmy, tłumiąc w sobie to kazirodzące uczucie i sublimując je w uczucie inne, szlachetniejsze.

Nasz chory tłumienie to odrzucił, — odrzucił je wraz z temi wszystkimi, jak się wyraża, „żydowskimi zabobonami”: „to wolno, a tamtego nie wolno”. Dla niego niema zakazów: zginęły one, gdy wystąpił proces schizofreniczny. Chory odsunął się wówczas od religji żydowskiej jako od symbolu zakazów, — dotychczasowej swojej cenzury moralnej. Z pogardą nazywa chory cenzurą moralną szeregiem zabobonów, mści się na żydach, rzuca w nich kamieniami, gdyż w ten sposób protestuje przeciwko religji żydowskiej, — temu symbolowi swojej cenzury moralnej, która dotychczas zabraniała, ażeby nieświadome życzenia ziściły się. Dopiero obecnie, w chorobie, tak jak w marzeniu sennym, sni chory na jawie sen o potęgę, osiągając realizację wszystkich swych życzeń dziecięcych. A więc osiąga nie tylko obiekt erotyki dziecięcej, t. j. matkę, lecz i mści się na swym



ojcu, wyzwalając się przez urojenie chrztu z pod jego władzy. Bo jeżeli ojciec był b. nabożny, syn jest właśnie katolikiem. Jeżeli ojciec mawiał, że prędzej umrze, niż! syn będzie katolikiem, — to ta pogróżka obecnie może się ziścić, gdyż syn jest katolikiem. Chory nie chce uznać swego właściwego ojca, — tego Jankla z czerwonymi oczyma, — woli uznać innego ojca — wszechpotężnego Boga. Zmienia nawet imię swoje, zatracając i ten ostatni zewnętrzny symbol przynależności rodzinnej.

Zaczynamy obecnie rozumieć, dlaczego narcyzm chorego przejawiał się właśnie w urojeniu chrztu: gdyż w ten sposób nie tylko osiągnął matkę, lecz i zemścił się na ojcu. Chrztost bowiem był dla chorego protestem przeciwko Jankłom, w których obecnie mógł rzucać kamieniami — był zerwaniem ostatniego ogniwa, łączącego go z własnym ojcem. I stąd narcystyczne upojenie, ale i zgrzyt strachu: chory widzi we śnie chłodną rękę ojca, który przyszedł go zadusić za to, że jest katolikiem. Jest to ta zemsta z poza grobu, przed którą strach mąci czasami najpiękniejsze chwile triumfu zwycięscy.

Lecz czy ten strach chorego jest tylko poczuciem winy za popełnioną zbrodnię moralną na swym ojcu? Zbyt dużo chory mówi o prześladowaniach przez żydów, i to nas zmusza do zastanowienia. Gdyż, jeżeli chory tak dużo mówi o tych prześladowaniach, to widocznie sprawiają mu one przyjemność, chociaż pozornie przeciwko nim protestuje. Że chory czerpie korzyści dla siebie z tych prześladowań, — o tem już wspominaliśmy: gdyż dzięki tym prześladowaniom może się utożsamić z Chrystusem. Lecz nie tylko o tej, wtórnej korzyści chciałbym obecnie mówić. Wiemy bowiem z marzeń sennych, że prześladowany chce być prześladowany i pożąda w rzeczywistości swego prześladowcy, — gdyż odczuwa to prześladowanie jako atak seksualny. Widzimy ten sam mechanizm u naszego chorego. Chory był przedtem żarliwym żydem, był chusydem, jako melamed uczył dzieci z zamiłowaniem. Podczas choroby staje się katolikiem, nienawidzi tych, których przedtem kochał, jest prześladowany przez tych, którzy mu byli najbardziej bliscy. Największym jego wrogiem jest jego szwagier, — ten, którego przedtem uważał za jedynego sprawiedliwego i dobrego żyda; obecnie szwagier godzi w jego życie. Zastanawiająca jest ta zamiana miłości na nienawiść, ucieczka przed tym, kogo się kocha. Lecz stanie się to dla nas natychmiast jasne, jeżeli przysłuchamy się następnym słowom chorego: chory chce się ożenić tylko z mężatką i żąda, żeby mąż był obecnie przy jego stosunku płciowym. Chory chce mieć stosunek homoseksualny ze swym ojcem. A temi słowami chory sam nam wyjaśnia genezę swych urojeń prześladowczych: jest to bowiem atak tych ludzi, wobec których chory odczuwa homoseksualne pożądanie.

Obecnie widzimy, że urojenie chrztu z kompleksem kazirodczym nie jest tu przypadkowo obok siebie postawione. Przez wyraźne wypowiedzenie się kompleksu kazirodczego w naszym przypadku urojenie chrztu zostało zdemaskowane. Jest ono bowiem nie tylko przejawieniem się narcyzmu, lecz i próbą pozbycia się nieświadomie odczuwanej winy za kompleks kazirodczy. Stąd dążenie do wyznania chrześcijańskiego,

które daje możliwość spowiedzi i rozgrzeszenia za popełnione grzechy, — a w przyszłości obiecuje raj. Ten raj na ziemi chory nasz osiągnął w psychozie, gdy odrzucił swą cenzurę moralną, t. j. „żydowskie zabobny“.

Z oddz. Chor. Wewn. w szpít. Dz. Jezus w Warszawie.  
(Ordynator: Władysław JANOWSKI).

## O rozpoznawaniu i leczeniu poszczególnych postaci nadmiernego ciśnienia krwi.

Podał

Józef GOLDFEIL (Warszawa).

Nadmierne wzmoczenie ciśnienia krwi zależy prawie wyłącznie od zwiększenia oporów obwodowych, spowodowanego przez zwężenie drobnych tętniczek. Zwężenie to może powstać na tle organicznym lub czynnościowym. Każde nadciśnienie w początkowych swych okresach odznacza się wybitną zmiennością i dopiero z biegiem czasu przyjmuje charakter stały (Vaquez, Hahn). Wtedy, jako odczyn na długotrwałe nadmierne obciążenie naczyń, występują w nich zmiany organiczne. Odwrotny porządek rzeczy, a więc pierwotne zmiany w naczyniach, uniemożliwiłyby wystąpienie znacznych wahań ciśnienia. Innymi słowy, każda postać nadciśnienia jest w początkach swych pochodzenia czynnościowego i zostaje wywołana przez skurcz, wzgl. zwiększone nastawienie toniczne drobnych naczyń tętnicznych.

W zapalnych sprawach nerkowych skurcz ten bądź powstaje na drodze odruchowej z powodu rozlanego uszkodzenia naczyń włosowatych (Kyllin, Kahler), bądź zostaje wywołany przez zwiększenie zawartości we krwi ciał peptonowych, uczulających naczynia na działanie adrenaliny i innych ciał naczyniozwężających (Vohard, Hülsel). W niektórych postaciach nadciśnienia samciśnieniu rolę takiego uczulacza odgrywa cholesteryna, a zwłaszcza jej frakcja bezpośrednio wytrąsalna. Ulegając adsorpcji przez gładkie włókna mięśniowe, powoduje ona ich skurcz silniejszy i dłużej się utrzymujący. Z drugiej zaś strony, znosząc przepuszczalność otoczki komórkowej dla jonów, utrudnia przejście wody i soli do tkanek, powodując ich nagromadzenie się we krwi, i prowadząc, zdaniem mojem, do stanu, który Falt pod nazwą niedcmogi solnej nerek uważa za przyczynę niektórych postaci nadciśnienia. Nadmierne stężenie soli daje się usunąć w drodze wzmoczonej, dzięki nadciśnieniu, filtracji.

Nadciśnienie krwi powstać może i wskutek zaburzeń równowagi w obrębie układu roślinnego, przyczem zwiększone napięcie nerwu współczulnego a nie przywspółczulnego, jak przypuszcza Kyllin, pczą zwężeniem tętnic, prowadzi również i do zmniejszonej przepuszczalności naczyń (Müller, Yamamoto) z następczym zwiększeniem stężenia soli we krwi.

Znaczną rolę w powstawaniu nadciśnienia odgrywają i czynniki konstytucjonalne. W pierwszym rzędzie ma tu miejsce wrodzona nerwica naczyniowa (O.

Müller i G. Hübener), na której tle rozwija się w wieku dojrzałym i starczym omawiany stan chorobowy. Poza wyliczonymi już czynnikami na stan oporów obwodowych wpływać mogą w znacznym stopniu i zmiany, zachodzące w ośrodkach, regulujących ciśnienie krwi.

Jak więc widzimy, stany nadciśnieniowe mogą powstawać pod wpływem bardzo różnorodnych czynników. To też wielką jest zasługą Kahlera, który w podanej przez siebie klasyfikacji stanów nadciśnienia stara się właśnie uwzględnić poszczególne ich postacie, zależnie od wywołującej je przyczyny.

Autor ten odróżnia następujące postacie nadciśnienia:

#### A. Nadciśnienia czynnościowe:

##### I. Ośrodkowe:

1. Pierwotne:
  - a) ośrodkowo-psychiczne;
  - b) ośrodkowo-mechaniczne;
  - c) ośrodkowo-uszkodzeniowe;
  - d) ośrodkowo-toksyczne.
2. Wtórne: ośrodkowo-oddechowe.

##### II. Obwodowe:

1. Pierwotne: obwodowo-toksyczne.
2. Wtórne: obwodowo-oddechowe.

#### B. Nadciśnienie anatomiczne.

Nieznaczne przemijające podniesienie ciśnienia występuje często już w warunkach fizjologicznych pod wpływem silnych bodźców duchowych. Występowanie tego stanu przy słabym natężeniu tych bodźców stanowi istotę nadciśnienia ośrodkowo-psychicznego, które, przy trwaniu pobudzającego czynnika, utrzymywać się może miesiącami. Koniecznym warunkiem dla wystąpienia tej postaci nadciśnienia jest zwiększona wrodzona pobudliwość ośrodka naczynioruchowego, a więc występująca na tle konstytucjonalnym.

Z nadpobudliwością nabytą wspomnianego ośrodka mamy do czynienia w nadciśnieniu ośrodkowo-mechanicznym, powstającym na tle spraw mózgowych (wylewy krwawe, ogniska rozmiękczenia i t. d.), prowadzących do zwiększenia ciśnienia w jamie mózgowo-rdzeniowej, z następczym uszkodzeniem kory mózgowej i zniesieniem jej wpływu hamującego na ośrodek w podwzgórzu. Nadciśnienie to występuje przy specjalnym umiejscowieniu sprawy chorobowej.

Zwiększenie pobudliwości ośrodka naczynioruchowego prowadzić może i do nadciśnienia ośrodkowo-uszkodzeniowego. Występuje ono na tle zmian chorobowych w mózgu w sąsiedztwie tego ośrodka lub w korze, wywołanych przez stwardnienie wyłącznie mózgowych tętnic. Nadciśnienie to jest, wg. Kahlera, jedną z postaci nadciśnienia samoistnego, w którym jednakże znacznie częściej spotykamy postacie pochodzenia ośrodkowo-toksycznego. Przyczynę tego rodzaju nadciśnienia upatruje Kahler w toksycznym podrażnieniu ośrodka naczynioruchowego (opuszkowego). Ciało trujące, różne w poszczególnych przypadkach, są bądź pochodzenia zewnętrznego (nikoty-na?) bądź też powstają wewnątrz ustroju (patologiczne produkty przemiany materji, hormony patologiczne lub normalne, lecz wydzielane w nadmiernej ilo-

ści). Do płynu mózgowo-rdzeniowego i ośrodków naczyniowych przedostają się one ze krwi i nagromadzają się tu w zwiększonym stężeniu. U osobników, dotkniętych tem cierpieniem, spotykamy często obarczenie neuropatyczne oraz objawy anemjalji konstytucjonalnej; w 50% przypadków wykazują oni cechy, charakterystyczne dla **Habitus asthenicus**. Nadciśnienie to może występować również i w przebiegu zapalenia nerek, powodując dalsze podniesienie istniejącego już nadciśnienia. Spotykamy je w stanach mocznicznych i w rzucawce ciężarnych.

W wyliczonych dotychczas stanach nadciśnieniowych czynniki hipertensyjne działały bezpośrednio na ośrodki naczynioruchowe. W nadciśnieniu zaś ośrodkowo-oddechowym ośrodki te ulegają podrażnieniu wtórnemu na drodze oddechowej. Tę postać nadciśnienia spotykamy w różnych sprawach chorobowych, przebiegających z silnymi bólami (kolka ołowiana, kamica nerkowa i żółciowa, przełomy żołądkowe w wjadzie rdzenia). Zaliczyć tu również należy i niektóre stany nadciśnienia, występujące w chorobie Basedowa, w okresie przekwitania, oraz powstałe na tle zmian kłębowych i miażdżycowych w tętnicy głównej z uszkodzeniem zakończeń nerwu hamującego.

W nadciśnieniach obwodowych bodziec działa na naczynia bezpośrednio z pominięciem ośrodków mózgowych. Podrażnieniu ulegają tu mięśnie gładkie naczyń, zakończenia nerwów naczyniowych, współczulne komórki zwojowe lub też ośrodkę naczyniowe rdzeniowe. Pierwotne podrażnienie tych punktów obwodowych prowadzi do nadciśnienia obwodowo-toksycznego. Zaliczyć tu należy nadciśnienie zastoinowe, w którym zwiększenie zawartości adrenaliny jest bezpośrednią przyczyną ogólnego skurczu naczyń, oraz stany hipertensyjne, występujące w niektórych przypadkach nadnerczaków. Najliczniej jednak w tej grupie są reprezentowane przypadki nadciśnienia samoistnego. Ciało hipertensyjne są tu, wg. Kahlera, te same, co i w nadciśnieniu ośrodkowo-toksycznym; nie wyłączony jest również współdziałanie kwaśnych produktów przemiany materji, które na drodze nerwowej prowadzą do zwężenia tętnic. Tę postać nadciśnienia spotykamy przeważnie u osobników o budowie silnej, często z pewną konstytucją artretyczną. Ciśnienie krwi wykazuje tu znacznie mniejsze wahania, niż w nadciśnieniu ośrodkowym.

Nadciśnienie obwodowo-oddechowe spotykamy w chorobach zapalnych nerek. Punktem wyjścia oddechu jest tu rozlane uszkodzenie naczyń włosowatych (Kyllin). Łuk przechodzi przez drugorzędne ośrodki i wywołuje ogólny skurcz naczyń tętniczych.

Pozostaje do omówienia nadciśnienie anatomiczne, wywołane przez zmiany organiczne w naczyniach tętniczych. Ciśnienie to odznacza się stałością. Występuje ono bądź samoistnie (?J. G.), bądź też w następstwie nadciśnienia innego pochodzenia.

Cały przytoczony podział stanów nadciśnieniowych opiera się głównie na wynikach, otrzymanych przy zastosowaniu różnych prób farmakologicznych, upustu krwi oraz nakłucia łądźwiowego.

Nakłucie łądźwiowe, wywołując nieznaczne podrażnienie ośrodka naczynioruchowego, wpływa na podniesienie ciśnienia krwi tylko w przypadkach zwiększonej jego pobudliwości, a więc przedewszystkiem w nad-

ciśnieniach ośrodkowo-uszkodzeniowem i ośrodkowo-odruhowem. W nadciśnieniu zaś ośrodkowo-mechanicznem wywołuje ono spadek ciśnienia krwi z powodu następczego zmniejszenia ciśnienia mózgowo-rdzeniowego. Hypotensyjne działanie nakłucia lędźwiowego występuje również w nadciśnieniu ośrodkowo-toksycznym przez częściowe usunięcie przy niem ciał trujących.

Podobny wpływ na ciśnienie krwi wywiera również i kofeina przy wstrzykiwaniach podskórnych. Występujące pod jej wpływem na drodze ośrodkowej ogólne zwężenie naczyń jest przyczyną podniesienia ciśnienia we wszystkich przypadkach zwiększonej pobudliwości ośrodka naczynioruchowego. Kofeina wywołuje pozatem rozszerzenie naczyń nerkowych, wieńcowych i mózgowych, a więc powoduje lepsze ukrwienie ośrodków mózgowych i zmniejsza panujący w nich stan nadmiernego podrażnienia. Stąd obniżenie ciśnienia krwi pod wpływem kofeiny w przypadkach nadciśnienia ośrodkowo-toksycznego.

Upust krwi (100 cm.<sup>3</sup>) wywołuje obniżenie ciśnienia w tych przypadkach, w których nadmierne stężenie ciał trujących we krwi jest przyczyną nadciśnienia, a więc w stanach nadciśnienia pochodzenia okiem w obwodowo-toksycznych.

Próba atropinowa wywołuje początkowe lekkie podniesienie ciśnienia, zależne od ośrodkowego pobudzającego działania atropiny, z następczym wyraźnym spadkiem ciśnienia w związku z obwodowem porażeniem nerwów naczynioruchowych (Pick). To hypotensyjne działanie atropiny występuje we wszystkich nadciśnieniach czynnościowych, a przedewszystkiem w obwodowo-toksycznych.

Wreszcie podskórne wstrzykiwania strychniny wywołują w nadciśnieniach pochodzenia ośrodkowego, przeważnie zaś w ośrodkowo-toksycznym, podniesienie ciśnienia krwi, w nadciśnieniu zaś obwodowo-odruhowem — wyraźne jego obniżenie.

Wyniki powyższych prób czynnościowych w zestawieniu z obrazem klinicznym pozwalają na rozpoznawanie poszczególnych postaci nadciśnienia. Próby te są jednak bardzo złożone i dla chorego uciążliwe. To też postawiłem sobie za zadanie opracowanie uproszczonej metodyki. Z chorób farmakologicznych, podanych przez Kahlera, zatrzymałem się na kofeinowej, jako poniekąd swistej dla nadciśnień ośrodkowych. Pozatem postanowiłem wykorzystać dla tych celów podaną przez Kaufmanna próbę nitroglicerynową.

Dane farmakologiczne i dokładne studjowanie krzywych, odzwierciedlających wpływ nitrogliceryny na ciśnienie krwi, doprowadziły mnie do następujących rozważań. Hypotensyjne działanie nitrogliceryny zależy, jak wiadomo, od występującego pod jej wpływem rozszerzenia naczyń tętniczych. Działa ona nie per se, lecz poprzez wytwarzające się z niej w ustroju azotyny (Hay, Rohmann).

W małych dawkach, zdaniem Kaufmanna, działa ona na drodze ośrodkowej, wywołując „uśpienie“ ośrodka naczyniozwężającego (Schloss), w większych zaś działa bezpośrednio na mięśnie gładkie naczyń (działanie obwodowe). Przy podawaniu więc doustnem 2 miligr. nitrogliceryny, w zależności od stopniowego narastania stężenia azotynów w ustro-

ju, już z góry można być przewidzieć, że przedewszystkiem powinno wystąpić jej działanie ośrodkowe (I. ośrodkowy okres działania nitrogliceryny), a dopiero po upływie pewnego czasu należało oczekiwać wystąpienia jej działania obwodowego (II obwodowy okres).

I rzeczywiście, w licznych przypadkach z normalnem ciśnieniem krwi stwierdzić mogłem tę dwuokresowość w działaniu nitrogliceryny. Tak więc, w przypadku, p. Fr. K. lat 20 z ciśnieniem 90/50 mm. Hg., nitrogliceryna wywołała natychmiastowy spadek ciśnienia, które w 6 minucie obniżyło się do 75/50, w 16 zaś minucie podniosło się do poprzedniego poziomu; w 20 min. nastąpił jego ponowny spadek i w 44 — 66 min. utrzymywało się ono jeszcze na poziomie 74/45 — 82/47 mm. Hg.

W inych przypadkach mogłem stwierdzić bezpośrednie przejście ośrodkowego okresu działania nitrogliceryny w obwodowy (bez poprzedzającego podniesienia ciśnienia).

Należało więc oczekiwać, że w nadciśnieniach pochodzenia ośrodkowego nitrogliceryna wywierać będzie wpływ na ciśnienie wyłącznie w I swym okresie działania, ponieważ będący tu przyczyną nadciśnienia skurcz, wzgl. zwiększone napięcie drobnych tętniczek, zależy tu wyłącznie od czynników ośrodkowych (podrażnienie, wzgl. zwiększenie pobudliwości ośrodka naczynioruchowego).

W nadciśnieniach zaś typu obwodowego należałoby oczekiwać działania nitrogliceryny wyłącznie w II okresie, ponieważ przyczyna wzmożonego ciśnienia tkwi tu ostatecznie w spotęgowanej czynności kinetycznej, wzgl. tonicznej mięśni gładkich naczyń, niezależnej od wpływów ośrodkowych. Tak więc w hipertensjach ośrodkowych działanie nitrogliceryny odpowiadałoby działaniu kofeiny.

I w samej rzeczy, mogłem się o tem przekonać w licznych przypadkach. Np., w przypadku, dotyczącym p. M. Gl. lat 48 z ciśnieniem 250—232/135—113 mm., z przerostem i lekkim rozszerzeniem serca, bez zmian w nerkach, — próby kofeinowa i nitroglicerynowa wykazały zupełną współmierność. A mianowicie, wstrzyknięcie 0,25 coff. n. b. wywołało przemijające obniżenie ciśnienia do 195 mm., nitrogliceryna zaś spowodowała takiż jego spadek (do 185/90) już w 4 min.; stopniowo podnosząc się, ciśnienie jeszcze w ciągu 25 — 28 min. utrzymywało się na poziomie 205 — 199 mm. i w 46 minucie wynosiło 214 mm. Hg. (bez wtórnego obniżenia).

Wyraźne hypotensyjne działanie kofeiny i nitrogliceryny (wyłącznie ośrodkowe) przemawiało tu za ośrodkowem (ośrodkowo-toksycznym) nadciśnieniem, powstałem na tle nadmiernego podrażnienia ośrodka naczynio-uchowego. Nic więc dziwnego, że lepsze i bardziej długotrwałe jego ukrwienie pod wpływem nitrogliceryny, łącznie ze wspomnianemi jej „narkotycznemi“ własnościami, spowodowało tu spadek ciśnienia większy i dłużej się utrzymujący w porównaniu z wpływem kofeiny.

Te własności nitrogliceryny objaśniają jej obniżający wpływ na ciśnienie we wszystkich przypadkach nadciśnienia ośrodkowo-toksycznego, i to nawet wówczas, gdy kofeina nie wywiera na nie początkowo żadnego działania.

Występujące bowiem pod jej wpływem krótkotrwałe rozszerzenie naczyń mózgowych jest zbyt słab-

bym czynnikiem, by wpłynąć na stężenie ciał trujących, będących przyczyną przedrażnienia ośrodka naczynioruchowego. To też w kilku przypadkach jedynie próba nitroglicerynowa pozwoliła mi rozpoznać daną postać nadciśnienia.

Przypadki nadciśnienia pochodzenia czysto obwodowego stanowią, wg Kahlera względną rzadkość. Dowodem tego i mój materiał, w którym na 22 dokładnie zbadane przypadki stwierdziłem je zaledwie 1 raz.

Przypadek ten dotyczył osobnika lat 46 z ciśnieniem 153—150/90, z lekkim przerostem serca, bez zmian w nerkach. Wstrzyknięcie kofeiny pozostało tu bez wpływu na ciśnienie; nitrogliceryna zaś dopiero po 16 min. wywołała obniżenie ciśnienia do 140 mm., w 32 minucie utrzymywało się ono na poziomie 132 mm. Hg.

Mamy tu więc do czynienia nie z natychmiastowym ośrodkowym działaniem nitrogliceryny, lecz z późniejszym obwodowym.

Znacznie częściej miałem możność stwierdzenia przy wyraźnym hypotensyjnym wpływie kofeiny zarówno ośrodkowego, jak i obwodowego działania nitrogliceryny. Wbrew więc Kahlerowi zmuszony byłem rozpoznać tu mieszaną postać nadciśnienia: ośrodkowo- i obwodowo-toksyczną. Jest to pojęcie zupełnie zrozumiałe. Sam bowiem Kahler podaje, że w hipertensji ośrodkowo-toksycznej ciała, wywierające drażniące działanie na ośrodek naczynioruchowy, przedostają się ze krwi do płynu mózgowo-rdzeniowego i tu nagromadzają się w zwiększonej ilości, wywierając swe działanie hipertensyjne. Trudno więc przypuszczać, że ciała te, pierwotnie obecne we krwi, nie wywierają żadnego działania na obwodowy aparat naczyniowy.

Jak więc widzimy, próby kofeinowa i nitroglicerynowa, wzajemnie się uzupełniając, w zupełności mogą zastąpić złożoną metodykę, stosowaną przez Kahlera. W niektórych przypadkach wymagają one uzupełnienia przez próbę tlenową, opartą na hypotensyjnych właściwościach tlenu (Loewy, M. Grossmann, H. Simon). Obniżające ciśnienie krwi działanie tlenu najjaskrawiej występuje w nadciśnieniu ośrodkowo-uszkodzeniowym, jako zależnym od zmniejszonego zaopatrywania w tlen ośrodka naczynioruchowego przez zmienione naczynia mózgowe.

Zastosowanie powyższych trzech prób, łącznie z uwzględnieniem obrazu klinicznego, pozwala zorientować się w rodzaju danego nadciśnienia. Ma to wielką wagę praktyczną, gdyż stwarza podstawy do bardziej racjonalnego leczenia każdego poszczególnego przypadku nadciśnienia.

W myśl wszystkiego powyższego, z licznych środków farmakologicznych, obniżających ciśnienie krwi, głównym wskazaniem do stosowania azotynów są, wg Kahlera, przypadki nadciśnienia pochodzenia obwodowego, głównie zaś obwodowo-toksycznego.

W nadciśnieniach ośrodkowo-toksycznych, zdaniem tegoż autora, dobrych wyników należy oczekiwać od wstrzykiwań Vaccineuriny z powodu jej wybitnego neurotropizmu. Jednak, zdaniem mojem, działanie tego środka we wspomnianych przypadkach zależy nie od tej jego własności. Podobne bowiem działanie wywierają również depressyna, arteriovaccina, siarka i mleko. Wywołany przez nie wstrząs koloidalny

klastyczny prowadzi do zmian w nastawieniu tonicznym ośrodka naczynioruchowego i powoduje obniżenie ciśnienia krwi.

Stosowanie tych środków zawodzi w przypadkach pochodzenia obwodowego. Dające się w tych przypadkach stwierdzić wybitne i długotrwałe obwodowe działanie nitrogliceryny świadczy o znacznej gotowości rozkurczowej naczyń, która, przy dłuższym swym trwaniu, zależeć musi od czynników obwodowych, gdyż, jak wiemy, wpływ nitrogliceryny na ośrodki mózgowce jest przelotny. Dlatego te przypadki leczą się, w myśl poglądów Kahlera, pomyślnie przez stosowanie azotynów i papaweryny.

Ażeby się o tem dowodnie przekonać, rozpocząłem umyślnie od leczenia azotynami pewnej chorej, u której za pomocą skombinowanej próby nitroglicerynowej i kofeinowej rozpoznałem nadciśnienie ośrodkowo-toksyczne. Okazało się, zgodnie z memi oczekiwaniami, że środki te nie wpłynęły na ciśnienie zupełnie. Zastosowanie natomiast po upływie pewnego czasu depressyny dało obniżenie ciśnienia z 250/105 mm. Hg. na 170/80., utrzymujące się jeszcze dotychczas. W przypadkach zaś nadciśnienia obwodowo-toksycznego, jak i w postaciach mieszanych ośrodkowo- i obwodowo-toksycznych, z przewagą jednak tła obwodowego — nader skutecznymi okazały się wstrzykiwania nitroskleranu. Miało to, między innymi, miejsce i w przypadku, dotyczącym chorego B. J. lat 64 z ciśnieniem 200/120 — 190/118 mm. Hg. próba nitroglicerynowa wykazała tu ośrodkowe, znacznie wyraźniejsze jednak obwodowe działanie, przy wyraźnym działaniu hypotensyjnym kofeiny. Rozpoznałem tu nadciśnienie ośrodkowo- i obwodowo-toksyczne. Ze względu na przewagę tego ostatniego zastosowałem wstrzykiwania nitroskleranu i otrzymałem spadek ciśnienia do 156 mm. utrzymujący się dotąd (3 tyg. od zakończenia leczenia).

Nie każde jednak nadciśnienie z tej grupy mieszanej reaguje dodatnio na wstrzykiwania nitroskleranu, wykazując jednocześnie odporność i w stosunku do depressyny.

Tak więc, w przypadku, dotyczącym p. L. M. lat 61 z ciśnieniem 195/100 — 185/95 mm. Hg., pierwsze wstrzykiwania nitroskleranu wywołały wyraźne obniżenie ciśnienia, które po 5-em wstrzyknięciu wynosiło 146/90 mm.; przy następnych jednak zaczęło się podnosić i po 12-em wstrzyknięciu wynosiło 185/110 — 180/105 mm. Hg. Dodatnie wyniki, osiągnięte w pierwszych okresach stosowania nitroskleranu, zostały zmarnowane przez dalsze jego wstrzykiwania.

Ponieważ w skład tego środka wchodzi, poza azotynem sodu, jeszcze inne sole sodowe (fosforan, chlorek), to nasuwała się myśl, że pogorszenie mogło zależeć od nadmiernego stężenia we krwi jonów sodowych. I rzeczywiście, zastosowanie dni głodowych z wyłącznym podawaniem 250 — 300 gramów cukru na 800 cm. lekkiej herbaty, wywołało spadek ciśnienia do 150,80 mm., z następczem jego podniesieniem do poprzedniego poziomu przy powrocie do zwykłego odżywiania. Djety bezsolnej, wzgl. małosolnej pacjent, ze względu na warunki domowe, przeprowadzić nie mógł. Uwzględniając szkodliwość jonów sodowych, postanowiłem w danym przypadku zastąpić nitroskleran przez azotyn, niezawierający soli sodowych, i zatrzymałem się na jego soli potasowej. Dla osiągnięcia zaś jeszcze silniejszego działania zdecydowałem się połączyć kalcjum nitrosom z 10% roczynem (Calcium bromatum. Na prośbę mą firmą Spiess zajęła się przyrządzaniem odpowiedniego preparatu. Przy wstrzykiwaniach śródżylnych 10 cm.<sup>3</sup> calcium bromatum z dodaniem 0,01 — 0,02 natr. nitros. otrzymałem w danym przypadku zaledwie nieznaczny wpływ na ciśnienie; gdy jednak zastąpiłem sól sodową przez potasową, ciśnienie obniżyło się do 170/85 — 160/75 mm. Hg.

Należy więc w przypadkach uporczywych pomyśleć zawsze o zastąpieniu soli sodowych potasowemi. Taka jednak wrażliwość na jony sodowe nie jest zjawiskiem częstym. Stosowałem bowiem wspomniane **calc. brom. z natr. nitros.** w kilku innych przypadkach, otrzymując przytem stale dobre wyniki.

Pozwolę sobie tu przytoczyć przypadek, dotyczący chorego Z. K. z mieszanem nadciśnieniem ośrodkowo- i obwodowo-toksycznym, utrzymującym się na poziomie 220/110 — 200/100 mm. Hg.; już po 6 wstrzyknięciu ciśnienie obniżyło się do 160/80 mm. i na tej wysokości utrzymuje się dotychczas. Naogół wystarcza 8 — 10 wstrzyknięć, dokonywanych co 2 dzień.

Skuteczność tego preparatu znajduje swe wytłumaczenie w połączeniu uspakajającego działania bromu z rozszerzającym naczynia, lekko zakwaszającym działaniem wapnia, które poza tem wpływa na zmniejszenie ogólnej pobudliwości mięśniowej i nerwowej, odgrywającej poważną rolę w powstawaniu nadciśnienia.

O dalszym wpływie na ciśnienie lekkiego zakwaszenia świadczą również i przedsięwzięte przeze mnie próby z doustnem podawaniem chlorku amonu, za pomocą którego udawało mi się obniżać ciśnienie o 15 — 30 mm. Hg. Pamiętać jednak należy, że koniecznym warunkiem jest tu słabe tylko zakwaszenie, w silniejszym bowiem stopniu powoduje ono zwężenie tętnic (Shinichi Kirihara).

Znacznie gorsze wyniki lecznicze otrzymywałem w nadciśnieniach ośrodkowo-uszkodzeniowych. Ostrożne stosowanie jodu może tu, zdaniem Kahlera, jedynie powstrzymać dalszy rozwój stwardnienia tętnic mózgowych, nie jest jednak w stanie, jak świadczy o tem doświadczenie powszechne, spowodować stałego spadku ciśnienia.

Tak więc, w przypadku, dotyczącym p. P. G. z nadciśnieniem ośrodkowo-uszkodzeniowem, depressyna i jod wywołały chwilowy spadek ciśnienia z 250/105 do 200/90 mm. Hg. Ciśnienie to podniosło się jednak natychmiast po odstawieniu lekarstw do poprzedniego poziomu. Zaznaczyć muszę, że osiągnięty w tym przypadku dopiero po 10 wstrzyknięciach depressyny krótkotrwały spadek ciśnienia do 200 mm. dał się osiągnąć już w 10 — 15 min. po zastosowaniu wdechania tlenu.

To też, zdaniem mojem, we wszystkich przypadkach nadciśnienia ośrodkowo-uszkodzeniowego, czy tego lub wiklącego inne postaci nadciśnienia, poza jodem, winniśmy stosować w celach leczniczych codzienne wdychanie tlenu.

Nieco lepsze wyniki daje, pg. Kahlera, stosowanie jodu w tych przypadkach nadciśnienia ośrodkowo-odruhowego, które powstają przy uszkodzeniu zakończeń nerwu hamującego na tle kiłowych lub miażdżycowych zmian w tętnicy głównej.

Pozwolę sobie tu nadmienić, że przypadków kiły z nadmiernem ciśnieniem krwi nie należy leczyć salwarsanem. Liczni bowiem autorzy (R. Klein i inni) stwierdzali, nawet przy ostrożnem stosowaniu neosalwarsanu, ogólne podniecenie i niedomaganie, duszność, nudności, wymioty, bicie serca i dalsze podniesienie ciśnienia. Znajduje to swe wytłumaczenie w ujemnem działaniu salwarsanu na układ roślinny i naczynia włosowate, które w następstwie ulegają wczesnym zmianom organicznym (R. Klein). Podobne

rozumowanie jest stałą zasadą postępowania na naszym oddziale.

W końcu wspomnę, że w przypadkach nadciśnienia, powstałych na tle pierwotnych zaburzeń w przemianie cholesterynowej, wskazane jest bardzo stosowanie jodu, a jeszcze lepiej rodanku potasu (0,1 — 0,3 pro die), jako środków, wywołujących szybkie pęcznienie (adsorbując wody i soli) gładkich włókien mięśniowych w naczyniach, a więc regulujących prądkowość skurcz i rozkurcz naczyń tętnicznych\*).

Z oddziału chorób ocznych Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Leon ENDELMAN).

### O zachowaniu skroniowego półksiężyca w polu widzenia przy jednoimiennem niedowidzeniu połowiczem.

Podał

Wiktor ARKIN (Warszawa).

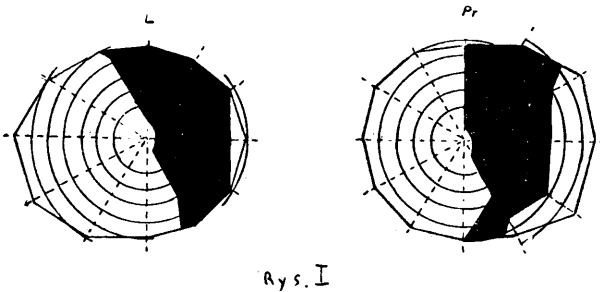
Badając pole widzenia chorych z niedowidzeniem połowiczem jednoimiennem, spostrzegamy zazwyczaj, że ubytki w polu widzenia są jednakowe. Różnicę w układzie (Inkangruenz Niemców) lub kształcie objaśniamy raczej wadliwą techniką badania lub niedostateczną uwagą chorego. Schorzenia ogniskowe, leżące powyżej skrzyżowania nerwów wzrokowych wywołują identyczne lub symetryczne ubytki w polu widzenia punkt ciężkości leży więc w jednakowym udziale obydwu oczu. Zmiany jednostronne w polu widzenia zwykle wyłączają pochodzenie centralne i przemawiają za schorzeniem samego nerwu wzrokowego. A jednak są przypadki centralnego pochodzenia, w których stwierdzamy zmiany w polu widzenia tylko jednego oka, lub też obydwu oczu, lecz niejednakowe.

Zanim uzasadnię twierdzenie powyższe anatomicznie, przytoczę spostrzegany przezemnie przypadek, w którym stwierdziłem nader rzadkie w polu widzenia zmiany.

Chory 47-letni przed dwoma laty spostrzegł u siebie jakieś zaburzenia wzrokowe, których bliżej nie umię określić. Aczkolwiek widział otaczające przedmioty, niekiedy nie poznawał ludzi i mylił się dość często, np. przy wyplacie. Otoczenie zwróciło na to uwagę, i choremu mówiono, że jest nieprzytomny. Jednocześnie miewał on silne bóle głowy i całkowity brak łaknienia (nie jadł zupełnie przez trzy dni). Pracy nie przerywał z powodu braku zastępcy. Po kilku dniach zauważył, że nie widzi przedmiotów, które znajdują się po stronie prawej. Bóle głowy wkrótce ustąpiły. Przez cały czas nie miał żadnych zaburzeń mowy, czucia i ruchów. Lekarza nie wzywał ani razu. Obecnie chory czuje się dobrze i pracuje, aczkolwiek odczuwa dużą niewygodę z powodu ograniczenia widzenia przedmiotów z prawej strony. Niewidzenie to ma jednak dziwny charakter, nie jest bowiem całkowite, mianowicie, gdy chory przechodzi na przykład, koło lampy, stojącej po stronie prawej, wówczas nie widzi jej z początku zupełnie, dopiero gdy mija ją, miganie mu światło na jedną chwilkę i znowu znika. Kiły nie przechodził. Napojów wysokowych używa umiarkowanie.

\*) Piśmiennictwo podane będzie w wrześniowym zeszytcie Archiwum Medycyny Wewnętrznej.

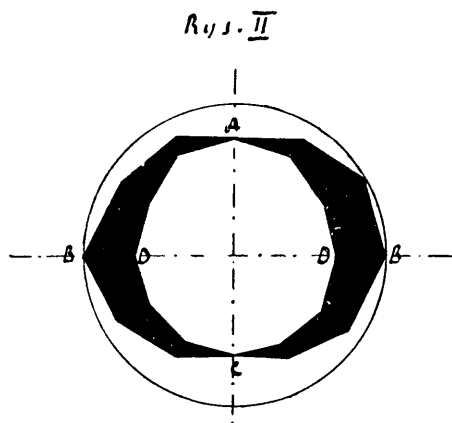
Badanie oczu wykrywa: opr. ostr. wzroku =  $5/5$  z — 2,0 sph. Części zewnętrzne, ośrodki łamiące i dno oka bez zmian. W oku lewym te same zmiany i ostrość wzroku, z wyjątkiem rogówki, na której widzimy powierzchowne plamki. Zrenice oddziałują na światło wprost i konsensualnie. Pole widzenia wykazuje niedowidzenie połowiczne prawostronne, przyczem w prawym oku zachowana jest część obwodowa w postaci półksiężyca od  $50^{\circ}$  —  $80^{\circ}$ . W lewym polu widzenia od strony nosowej jest zachowany wąski pasek szerokości 10 stopni (rys. 1). Badanie ogólne (Dr. Wł. S t e r-



Rys. I

ling) nie wykrywa pozatem żadnych zmian w układzie nerwowym. Odczyn Wassermann'a ujemny. Roentgen nie wykrywa zmian w czaszce.

Podobne zmiany w polu widzenia mogą mieć czysto teoretyczne uzasadnienie w przebiegu włókien w szlakach wzrokowych. Jednocienne połowy obydwu siatkówek schodzą się w torze wzrokowym; włókna te idą razem do jednej półkuli mózgowej. Jednak włókien, które idą od nosowych części siatkówki, t. j. odpowiadających skroniowym częściom pola widzenia, jest więcej, odpowiednio do obszaru, zajmowanego przez nie w skroniowych częściach pola widzenia. Jeżeli nałożymy pole widzenia jednego oka na drugie punktami fiksacyjnymi, to otrzymamy obuoczne pole widzenia. W przestrzeni ADCD (rys. II) każdy



punkt ma swoje odpowiedniki w obydwu siatkówkach. Półksiężycyce obwodowe, które pozostają po odjęciu środka, nie mają odpowiedników w siatkówce drugiego oka, są „zbyteczne”. Behr nazywa je „czysto skroniowym półksiężycowym obszarem obuoczne pola widzenia”, lub w skróceniu „skroniowym półksiężycem”. Włókna, odpowiadające tym półksiężycom, zaraz po skrzyżowaniu idą odrębnie i, podług Wilbranda, przebiegają w torze wzrokowym na samym obwodzie, otaczając go z zewnątrz w postaci kapy. Podług Hensche'na, układ powyższy tych włókien jest zachowany aż do samej kory, gdzie kończą się one w górnej i dolnej wardze szczeliny ostrogiowej.

Z powyższego wynika, że jest możliwe odosobnione schorzenie części toru wzrokowego lub kory, odpowiadających obwodowemu półksiężycowi, tem samem, ubytek samego obwodu pola widzenia po jednej tylko stronie.

Odwrotnie, jeżeli jest zajęta środkowa część toru wzrokowego, lub też pozostała część pola wzrokowego kory mózgowej, wówczas możemy spodziewać się, że półksiężyc skroniowy zostanie zachowany, podczas gdy pozostałe pole widzenia będzie wykazywało połowiczne niedowidzenie jednoimienne w częściach, odpowiadających sobie w obuoczne pole widzenia. Takie izolowane schorzenie w samym torze wzrokowym jest prawie niemożliwe, i prawdopodobniejsza jest jedynie nierównomierność schorzenia, co można wykryć w ten sposób, że w jednej części pola widzenia będzie ubytek absolutny, w drugiej — względny (np. w przypadku zachowania półksiężyca wykryje się, prócz tego, niedowidzenie połowiczne tylko na barwy).

W naszym przypadku mamy do czynienia z tego rodzaju zmianami. Obwodowy półksiężyc po stronie prawej został zachowany niemal w całości; nie dochodzi on, co prawda, do góry i dołu do linii środkowej. Prócz tego w polu widzenia oka lewego pozostał wąski pasek 10° szerokości, którym chory widzi. Jednak trudno sobie wyobrazić całkowicie wyodrębnione schorzenie jednej tylko wiązki w szlakach nerwowych lub części kory. Prawdopodobnie pozostała nietknięta część włókien, odpowiadających tylko półksiężycowi i część włókien wspólna dla obydwu siatkówek, i tem właśnie można objaśnić zachowanie w drugim oku wąskiego pasa obwodowego. Tego rodzaju spostrzeżenie, o ile mi wiadomo, nie było dotychczas opisywane. Sądząc z nagłego początku i łagodnego przebiegu, mamy do czynienia prawdopodobnie z jakimś nieznacznym wylewem krwawym. Brak pozostałych objawów ze strony układu nerwowego przemawia raczej za umiejscowieniem w korze, w części potylicznej, która jest bardziej oddzielona od pozostałych ośrodków i szlaków, niż naprz. tor wzrokowy.

Kazuistyka tych przypadków jest bardzo skąpa. Aczkolwiek możliwość ubytku skroniowego półksiężyca była już dawno uzasadniona z przebiegu włókien wzrokowych i ich umiejscowienia w korze, pierwsze kliniczne spostrzeżenia zostały ogłoszone dopiero w 1916 roku przez Behr'a.

Stwierdzić ubytek obwodowego półksiężyca jest bardzo trudno, gdyż zawsze można sądzić, że jest to tylko zwężenie pola widzenia od strony skroni. Probiernem może tu być bądź poprzedzające całkowite niedowidzenie skroniowe, które ustąpiło, pozostawiając ubytek obwodowy, bądź też jednoczesne niedowidzenie połowiczne na barwy. Behr opisał 5 przypadków w których spostrzegał ubytek obwodowego półksiężyca z zachowaniem pozostałego pola widzenia, i jeden przypadek, w którym skroniowy półksiężyc był zachowany. W I-szym przypadku Behr'a, w przebiegu migreny, powstało niedowidzenie połowiczne na kolor biały, które znikło, pozostawiając również przemijający ubytek półksiężyca skroniowego. W II-m przypadku krwotok wewnątrzczaszkowy spowodował przejściowe niedowidzenie połowiczne na barwy i trwały ubytek skroniowego półksiężyca. Przypadek III przypomina drugi; wyróżnia go jedynie nosowe zwężenie pola widzenia drugiego oka. W przypadku IV był ubytek skroniowy ze zwężeniem pola widzenia na barwy. Przypadek V jest podobny do mego. Chory nagle zaniewidział. Badanie polomierzem wykryło niepełne

obustronne niedowidzenie połowicze, które następnie zmieniło się w ten sposób, że niedowidzenie ustąpiło po jednej stronie, a po drugiej został zachowany obwodowy półksiężyc. Behr zaznacza, że jest to pierwszy ogłoszony przypadek zachowania skroniowego półksiężyca. Miejsce przerwy w drogach wzrokowych nie zostało w tym przypadku ustalone.

Niemal jednocześnie z Behrem i Fleischer opisał jeden klasyczny przypadek ubytku skroniowego półksiężyca po postrzale czaszki, a w 1920 r. 5 przypadków, w których spostrzegał po ranach czaszki ubytki ćwierci pola widzenia z zachowaniem skroniowego półksiężyca.

Sittig, który od dzieciństwa cierpiał sam na migrenę obserwowal u siebie podczas jednego z napadów mroczek latający, który znajdował się przyśrodkowo w obydwóch górnych lewych ćwiertciach pola widzenia, następnie zaczął się przesuwać ku zewnątrz i pozostał pewien czas na samym obwodzie w obrębie półksiężyca, poczem objął obie górne i dolne ćwierci. Całe zjawisko trwało pół godziny.

Strebel spostrzegał przypadki różniamiennego (skroniowego) niedowidzenia połowiczego z zachowaniem obydwóch skroniowych półksiężyców, które były ułożone symetrycznie. Różnica polegała jednak na ich szybkim znikaniu, podczas gdy przy jednoimiennym niedowidzeniu półksiężyca pozostają stale, a nawet powiększają się.

Ustalenie tego rodzaju wyodrębnionych ubytków pola widzenia w sprawach korowych ma jeszcze jedno zasadnicze znaczenie. Przeczy ono poglądom Monakowa, jakoby w polu wzrokowym kory włókna, idące od siatkówek, były pomieszane. Przeciwnie, jak twierdzi Willbraud, każdy uczynek siatkówki posiada swoje miejsce w korze wzrokowej, ściśle wyodrębnione.

#### Piśmiennictwo:

1. Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1916. LVIB Behr.
2. Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1920. LXV. B. Fleischer.
3. Arch. f. Augenh. 1924. 94 Strebel. 4. Med. Klin. Jg. 1923 Nr. 7 Sittig.

## Z praktyki prywatnej.

### Częstość raka wśród innych cierpień żołądka\*).

Podał

Bronisław WEJNERT (Warszawa).

Z licznych dotychczasowych statystyk, zarówno szpitalnych, jak i pochodzących ze spisów jednolitych, ankiet, materiałów sekcyjnych i źródeł prywatnych możemy wyrobić sobie dość wyraźne pojęcie o częstości raka żołądka w stosunku do raka innych części ustroju, ewentualnie innych części przewodu pokarmowego. Liczby, jakie tu znajdujemy, wahają się nieznacznie. Możemy bez obawy popełnienia wielkiej pomyłki przyjąć tu liczbę 44, jako odsetkę dla raka żołądka wśród wszystkich raków ustroju, a stosunek 2:1 jako stosunek raka żołądka do raka wszystkich innych części przewodu pokarmowego. Powyższe dane opieram na własnych obliczeniach, poczynionych na materiałach szpitali w Warszawie, Berlinie, Hamburgu, Kolonji, Genewie, Tryjeście i Kopenhadze, oraz na wynikach, podawanych przez W. Jaworskiego, Krokiewicza, Nowickiego, Nobilinga, Mehringa, Smitta i in.

Zadna atoli z istniejących statystyk nie daje odpowiedzi na pytanie, jak częsty jest rak wśród innych chorób żołądka. Rozstrzygnięcia tego pytania ma jednak dla lekarza — praktyka niewątpliwie większe znaczenie, niż ustalenie powyżej przytoczonych danych. Trudność zebrania obfitego odpowiednio materiału niewątpliwie była przyczyną tego, że nikt dotąd sprawą tą się nie zajmował. Ankiety i opisy dotyczą tylko chorych rakowatych — a więc

z nich czerpać nie możemy wiadomości o innych cierpieniach żołądka, w szpitalach zaś przebywa stosunkowo bardzo niewiele chorych żołądkowych. „Gros“ materiału gastrologicznego leczy się ambulatoryjnie bądź u internistów, gdzie nie stanowi dużej odsetki, i gdzie trudności wyodrębnienia dla celów statystycznych są znaczne, bądź też u gastrologów, gdzie umożliwia łatwiejsze obliczenia.

Korzystając z posiadania dość obfitego materiału gastrologicznego, wynoszącego 5 tysięcy przypadków, wydzieliłem z nich 1500 przyp. żołądkowych (oczywiście z ominięciem cierpień ostrych). Obliczenia poczyniłem, dzieląc na grupy, każda po 500 przyp. Wyniki we wszystkich trzech grupach otrzymałem bardzo zbliżone. Na każde 500 chorych żołądków 56 — 58 było raków. Można więc w przybliżeniu wyprowadzić wniosek, iż w chorobach przewlekłych żołądka rak stanowi 11,5%, podczas gdy niedomoga wydzielnicza — około 20%, a nadkwaśność — 36%, czyli że rak wśród chorób żołądka występuje względnie rzadko. Przy bliższem jednak zbadaniu sprawy dojdziemy do zupełnie innych wniosków. Zgodnie z powyższemi obliczeniami w każdym oddzielnym dniu stosunek raków żołądka (Y) do innych przewlekłych cierpień tego narządu (X) wyrazi się wzorem:  $Y:X = 11,5:88,5$ . Zauważymy teraz, co będzie za pół roku od wybranego poprzednio dnia. Stosunek cyfrowy pozostanie oczywiście ten sam, lecz skład osobowy tych wielkości zmieni się bardzo, dzięki szybkiemu przebiegowi raków z jednej strony i długotrwałości innych chorób przewlekłych żołądka z drugiej. Tak więc Y w pół roku zmieni swój skład osobowy najmniej w  $\frac{3}{5}$ , podczas gdy z X ubędzie i do X przybędzie bardzo nieznaczna liczba osób i zmieni on swój skład osobowy najwyżej w  $\frac{1}{8}$  części. Po roku Y zmieni się całkowicie najmniej 1 i  $\frac{1}{4}$  raza (bo choć bardzo mała część dawnych chorych pozostanie, to jednak będą tacy, którzy wejdą i wyjdą z Y nie doczekawszy roku),

\*) Według komunikatu wygłoszonego na posiedzeniu Polskiego Tow. Gastrologicznego w dniu 4 czerwca r. b.

X zaś zmieni swój skład najwyżej w  $\frac{1}{4}$ . Po 10 latach Y zmieni się najmniej 12 razy, podczas gdy w X będzie jeszcze znaczna liczba dawnych chorych, i zmieni się on najwyżej 2 i  $\frac{1}{2}$  raza.

Jeżeli teraz zadamy sobie pytanie, jaki jest stosunek liczbowy wszystkich chorych, którzy w okresie dziesięciu lat chorowali na niezłośliwe przewlekłe cierpienia żołądkowe, do chorych na raka żołądka w tym okresie, to okaże się równym najmniej 22:14. Czyli, że na każde 36 osób, zachorowujących na przewlekłe cierpienie żołądka, 14 dostaje raka.

Rzecz prosta, że liczby, tu podane, nie są absolutnie pewne, boć zupełnie ścisłych obliczeń poczy-

nić tu niepodobna, ale w każdym razie dają one niewątpliwie pogląd na sprawę i wyjaśniają poniekąd, czemu nieraz publiczność uważa raka żołądka za chorobę częstszą, niż niektórzy lekarze.

Krótkotrwałość raka wobec długotrwałości innych cierpień żołądka sprawia to, iż lekarz widzi raki stosunkowo znacznie rzadziej, niż inne cierpienia, i to nieraz usypia jego czujność. Przeciętny członek społeczeństwa liczy tu inaczej — a więc, jak z koła znajomych ubywają raz wraz cfiary raka, nabiera łatwo przekonania o jego częstości.

## Streszczenia zbiorowe.

### Narządy kamyczkowe i rola ich w układzie statycznym \*).

Podał

B. KARBOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie).

Z czynnością narządów kamyczkowych związane są również tak zwane kompensacyjne ustawienia gałek ocznych. Już w roku 1874 Breuer zwrócił uwagę na różnice między odczynami położenia gałek ocznych i odczynami ruchowej gałek ocznych. W roku 1875 Breuer wypowiedział pierwsze przypuszczenie, że kompensacyjne ustawienia gałek ocznych są odczynami otolitowymi i że zależne są od czynności ślimków. W roku 1881 Högies ustalił wpływ błędników na napięcie mięśni gałek ocznych i opisał kompensacyjne ustawienia gałek ocznych na skutek obrotów ła we wszystkich trzech kierunkach. Högies nie różniczkował ustawień kompensacyjnych od odczynów obrotowych. W roku 1913 Rothfeld przeprowadził pomiary kompensacyjnych ustawień gałek ocznych u królika na skutek obracania ła około osi bitemporalnej, bez uwzględnienia tnicznych odczynów szyjnych.

Nowsze badania wykazały, że kompensacyjne ustawienia gałek ocznych zależne są od dwóch mechanizmów odruchowych — od mechanizmu błędnikowo-ocznego i od mechanizmu szyjno-ocznego.

Badania nad odczynami błędnikowo-ocznymi wykazały, że u królika każdemu ustawieniu ła w przestrzeni odpowiada ściśle określony stan napięcia mięśni gałek ocznych i tem samem określone ustawienie ich, które trwa tak długo, jak długo ła pozostaje w nadanem mu położeniu. Zaangażowane są przytem przeważnie mięśnie proste: górnej i dolnej, również mięśnie skośne. Każdemu ustawieniu ła w przestrzeni odpowiada ściśle określone odchylenie pionowe + odchylenie kołowe. Obie te grupy działają niezależnie w tym sensie, że rozległy ruch kołujący kojarzy się ze słabym odchyleniem pionowym i odwrotnie, rozległy ruch kołujący ze znacznym odchyleniem pionowym.

Odchylenie pionowe gałek ocznych.

W warunkach zwykłych, kiedy ła zajmuje położenie środkowe. Jeżeli zaś wykonamy obrót ła nackoło osi potyliczno-nosowej w stronę prawą, prawa gałka oczna zajmie maksymalne położenie górne, lewa gałka oczna maksymalne położenie dolne. Jeżeli obracamy dalej ła do położenia grzbietowego, wówczas gałki znowu wracają do położenia normalnego. Z chwilą, gdy ła przyjmuje położenie boczne lewostronne, wówczas lewa gałka oczna przechodzi w położenie górne, prawa gałka zajmuje położenie dolne.

\*). Według odczytu wygłoszonego na pos. nauk. Zrzeszenia Lekarzy.

Odchylenie pionowe gałek ocznych znika na skutek zniszczenia obu błędników lub też na skutek oddzielenia błon kamyczkowych obu błędników. Zmiany położenia ła w przestrzeni nie powodują odchylenia pionowych u zwierząt, u których narządy kamyczkowe nie są czynne.

Zniszczenie jednego błędnika powoduje odchylenie gałek ocznych i w położeniu normalnem, a mianowicie zniszczenie prawego błędnika powoduje odchylenie gałki prawej ku dołowi, lewej gałki ku górze. To odchylenie powiększa się i staje się maksymalnem, kiedy ła nadajemy położenie takie, przy którym czynny błędnik znajduje się na dole, zniszczony na górze. Magnus i de Kleyn na zasadzie rozważań o charakterze teoretycznym doszli do wniosku, że odchylenie kompensacyjne pionowe zależne jest u królików od czynności woreczka (maculae sacculi).

Kompensacyjne ruchy kołowe gałek ocznych są bardziej skomplikowane pod względem mechanizmu fizjologicznego. Podniesienie ła królika powoduje ruch kołowy ku przodowi, opuszczenie ła — ruch kołowy ku tyłowi. Jeden błędnik wystarcza ażeby kompensacyjne ruchy kołowe odbywały się zupełnie normalnie. Od którego z narządów kamyczkowych i od jakich części ślimków, czy woreczka zależne są ruchy kompensacyjne kołowe gałek ocznych, nie dało się dotychczas ustalić.

Oprócz odczynów błędnikowo-ocznymi istnieją jeszcze odczyny szyjno-oczne, które badać można u zwierząt, u których narządy kamyczkowe zniszczone zostały. Wszystkie sześć mięśni biorą udział w tych odruchach. Stwierdzono odchylenia w kierunku pionowym, odchylenia kołowe, również odchylenia w kierunku poziomym.

U zwierząt normalnych mamy do czynienia ze współdziałaniem odruchów błędnikowo-ocznymi i szyjno-ocznymi. Ruchy kompensacyjne gałek ocznych odbywają się w tym kierunku, który umożliwia pozostawanie gałek w położeniu normalnem. Same odczyny błędnikowo-oczne, nie są w stanie kompensować zmiany położenia ła w przestrzeni. Współdziałanie odczynów błędnikowo-ocznymi i szyjno-ocznymi umożliwia mniej więcej zupełną kompensację.

Kompensacyjne ustawienia gałek ocznych kombinują się z odczynami kanałów półkolistych. Jeżeli naprzykład, królik zajmuje położenie normalne i podnosi ła, to ruch ten powoduje odruchowe przemieszczenie gałek ocznych ku przodowi, wywołane przez narządy kanałów półkolistych, t. j. w tym samym kierunku, w którym później zostają unierucomione przez współdziałające odczyny otolitowe i szyjne. To samo dotyczy ruchów odbywających się w innych płaszczyznach. Odczyny ze strony kanałów półkolistych nadają gałkom kierunek, odczyny otolitowe gałki oczne w tem położeniu utrzymują. Najważniejszą grupę odczynów, związanych z czynnością narządów kamyczkowych, stanowią odczyny ustawienia.

Goltz w roku 1870 zwrócił uwagę na to, że pozostawienie główki gołębia w położeniu normalnem przy nie-normalnem położeniu tułowia zależne jest od całego szeregu podniet, w pierwszym rzędzie oczu, następnie powierchow-



nego i głębokiego uczucia, wreszcie — od narządów przedśionkowych. W r. 1873 C z e r m a k zwrócił uwagę na to, że u gołębia, obracanego w powietrzu, główka zachowuje położenie normalne. Breuer dowiódł, że po usunięciu błędników u gołębia objaw C z e r m a k a znika, o ile zawiązujemy mu oczy. W 1875 roku Breuer ogłosił pracę, w której dowodził, że skręcenie łba po usunięciu jednego błędnika wywołane jest przez osobliwe podniety, wychodzące z zachowanego błędnika, przyczem nadmieniał, że narządom kamyczkowym przypada bardzo ważna rola.

M a g n u s i de K l e y n swemi niezwykle pomysłowymi doświadczeniami przyczynili się do rozwiązania tego, tak bardzo skomplikowanego zagadnienia i w oświetleniu tych dwóch genialnych badaczy sprawa odczynów ustawienia nabrała treści i stała się bardziej dostępna zrozumieniu.

Co to są odczyny ustawienia? Są to wszystkie te odczyny, które umożliwiają zwierzęciu z położeń nienormalnych powrócić do położenia normalnego i to położenie normalne zachować.

Z doświadczeń S c h e r r i n g t o n a wiemy, że po przecięciu pnia mózgowego u zwierząt na granicy między tylnymi i przednimi wzgórkami czworacem, lub też po przecięciu rdzenia przedłużonego w miejscu wstępu VIII pary powstaje tak zwana sztywność odmóżdżenia. Zwierzę wpada w stan stężenia, w którym mięśnie wyprostne znajdują się w stanie maksymalnego napięcia, mięśnie antagonistyczne wykazują rozluźnienie. Takie zwierzę stoi, o ile ustawić je na wszystkich czterech kończynach; popychane, pada i nie może się podnieść.

Poprzeczne cięcia, przeprowadzone przez pień mózgowy bardziej ku przodowi — przed przednimi wzgórkami czworacem, dają obraz odmienny: niema ani stężenia mięśni wyprostnych, ani rozluźnienia mięśni antagonistycznych; obserwuje się wówczas normalne napięcie w układzie mięśniowym, które to napięcie znajduje się w równowadze, zbliżonej do warunków normalnych przy zachowaniu półkul mózgowych. Zwierzę takie w przeciwieństwie do zwierzęcia odmóżdżonego nazywamy zwierzęciem talamicznem. Zwierzę talamiczne w przeciwieństwie do odmóżdżonego w stanie jest zajęte położenie normalne i tem samem zdolne jest z nienormalnego położenia powrócić do położenia normalnego.

Z tego wynika, że ośrodki odczynów ustawienia znajdują się w śródmózgowiu. Z doświadczeń M a g n u s a de K l e y n a wynika, że skomplikowany mechanizm odruchowego ustawienia łba, odczyn tułowo-łbowy ustawienia całego szeregu receptorów. Ważną bardzo rolę odgrywają pobudki, wychodzące z błędników. Dla zrozumienia jednak roli narządów przedśionkowych w odczynach ustawienia konieczna jest znajomość i innych odczynów.

Badanie odczynów ustawienia odbywa się w sposób następujący. Zwierzę talamiczne układamy w położeniu bocznem, łeb wówczas natychmiast robi obrót w prawo lub w lewo, w zależności od tego, czy ułożyliśmy zwierzę na prawy lub lewy bok, i zajmuje położenie normalne. Zwierzę talamiczne, ułożone nawznak, ustawia łeb w położeniu normalnem zapomocą, obrotu śrubowego tułowia lub też zapomocą przecięcia brzusznej przedniej części tułowia. Jeżeli zaś u zwierzęcia talamicznego zniszczymy błędniki lub też wyłączymy funkcję narządów kamyczkowych zapomocą wirowania, wówczas zdolność zwierzęcia do nadawania łbu położenia normalnego zanika. Zwierzę, ze zniszczoną czynnością narządów kamyczkowych, ułożone na bok, ma i łeb ułożony w położeniu bocznem, w położeniu nawznak łeb również dotyka potylicą podłoża. Że odczyny ustawienia zależne są od narządów kamyczkowych a nie od narządów kanałów półkolistych, dowodzi to, że odczyny ustawienia znikają po oddzieleniu błon kamyczkowych metodą W i t t m a c k a, która nie niszczy narządów kanałów półkolistych. Według M a g n u s a i de K l e y n a błędnikowe odczyny ustawienia, zapomocą których łeb z położenia niesymetrycznego powraca w położenie symetryczne, są niezawodnie oznakami otolitowemi i zależne są od woreczków. Nie udało się natomiast ustalić, czy odczyny, zapomocą których każde nienormalne położenie w przestrzeni powraca do normalnego, zależne są od narządu kamyczkowego woreczka, czy też narządu kamyczkowego lagiewki.

Narządy kamyczkowe nie są jedynymi receptorami dla odczynów ustawienia. Receptorem jest również i sfera czu-

ciowa powierzchni ciała. Dowodzi tego następujące doświadczenie. Jeżeli trzymamy w powietrzu królika, u którego zniszczone zostały narządy n. przedśionkowego, obustronne, lub też morską świnkę, u której oddzielone zostały błony kamyczkowe od płakek metodą W i t t m a c k a, to zwierzę takie nie wykazuje odczynów ustawienia — to znaczy w położeniu bocznem i łeb zajmuje położenie boczne lub zwisa w położeniu bocznem. Wystarczy zwierzę położyć, ażeby na skutek niesymetrycznego podrażnienia tułowia łeb natychmiast zajął położenie normalne, pomimo braku pobudek ze strony narządów kamyczkowych. Że odruch ten zależny jest od niesymetrycznego podrażnienia powierzchni ciała dowodzi to, że wystarcza nałożyć deseczkę na wolną górną powierzchnię tułowia z dostatecznym obciążeniem, ażeby łeb znowu zajął położenie nienormalne. Istnieje zatem, jak wynika z tych doświadczeń, oprócz odczynu błędnikowego ustawienia łba, odczyn tułowo-łbowy ustawienia. Odczyn tułowo-łbowy ustawienia ma swoje ośrodki również w śródmózgowiu.

Odczyny ustawienia tułowo-łbowy i błędnikowo-łbowy nadają łbu położenie normalne, na skutek czego powstaje skręt szyi. Skręt szyi według M a g n u s a i de K l e y n a wywołuje nowy odruch, który powoduje normalne ustawienie tułowia — jest to odruch szyjny, ustawienia. Ośrodki odruchów szyjnych ustawienia znajdują się najbardziej ku tyłowi za wzgórkami czworacem tylnymi. Oprócz wyżej wspomnianych odczynów ustawienia istnieje jeszcze odruch tułowia na tułów.

Ażeby zwierzę z nienormalnego położenia mogło przejść do położenia normalnego i to normalne położenie zachować, konieczne jest współdziałanie wszystkich wyżej podanych odczynów ustawienia. Przyczem dla tych tak bardzo ważnych funkcji istnieje podwójne zabezpieczenie: mamy dwa mechanizmy — otolitowy i czuciowy, z powierzchni tułowia dla łba, również dwa mechanizmy dla tułowia — szyjny i czuciowy z powierzchni tułowia. W razie uszkodzenia jednego istnieje jeszcze drugi mechanizm zastępczy. Odczyny tułowo-łbowe odpowiadają, kiedy zwierzę znajduje się w powietrzu; pozostają wówczas tylko odczyny błędnikowo-łbowe, ściślej mówiąc, kamyczkowo-łbowe, albowiem kanały półkoliste t. j. ich narządy grają tylko rolę pomocniczą.

Czy istnieją odczyny położenia i odczyny ustawienia u ludzi? W normalnych warunkach niema ani odczynów położenia, ani odczynów ustawienia. U ludzi wobec odmiennych warunków przy zachowaniu równowagi wchodzą w grę odmiennie też mechanizmy odruchowe.

Natomiast u płodów między trzecim a piątym miesiącem, wydobywanych zapomocą cięcia cesarskiego, M i n k o w s k i obserwował odczyn ze strony kończyn na skutek skrętu łba (toniczne odczyny szyjne na kończyny). Tak naprz. zwrot łba w stronę prawą powodowało odwodzenie kończyny prawej górnej i przywodzenie lewej; odczynów błędnikowych nie mógł M i n k o w s k i wykryć. U normalnych noworodków M a g n u s i de K l e y n nie spostregali ani odczynów szyjnych, ani błędnikowych na kończyny. Natomiast w warunkach patologicznych naprz. w przypadkach wodogłowia, w przyp. *harmorrhagia cerebri* względnie często spostregać można odczyny szyjne na kończyny. Takie przypadki były demonstrowane z oddziaływania D-ra F l a t a u a przez P r u s s a k o w ą na posiedzeniu klinicznym w szpitalu na Czystem, przez B y c h o w s k i e g o młodszego w Tow. *neurolog.* Zwrot głowy w prawo powoduje ruch wyprostny i odwodzenie prawej górnej kończyny, przykurczenie i przywodzenie lewej kończyny górnej. Zmiany w napięciu mięśni występują również i w dolnych kończynach. Odczyny szyjne na kończyny obserwować można zarówno u dorosłych w warunkach patologicznych, jak i u noworodków, o ile na skutek urazu porodowego miał miejsce obfity krwotok do mózgu.

Zawdzięczając odczynom tonicznym szyjnym, S i m o n s zrobił ciekawe obserwacje w dziedzinie (Synkinetji) współruchów w przypadkach porażenia potylicznego. Okazało się, że współruchy zmieniają się w zależności od ustawienia głowy.

Tak naprz., o ile zwrot głowy w stronę porażonych kończyn daje wyprostowanie i przywodzenie kończyn porażonych, zwrot głowy w stronę nieporażonych kończyn daje

zgięcie w stawie łokciowym — ręka złożona w pięść — w dolnej kończynie — zgięcie w stawach kolanowym i biodrowym. O ile toniczne odczyny szyjne są słabo zaznaczone, to podczas badania przy pomocy współruchów odczyny występują w formie wybitniejszej.

Liczne są bardzo obserwacje nad tonicznymi odczynami szyjnymi w patologii ludzkiej, natomiast pojedyncze są tylko obserwacją nad odczynami tonicznymi błędnikowymi u ludzi. Z przeprowadzonych badań w klinice neurologicznej w Utrechcie na oddziale prof. Heilbronnera wynika, że w odpowiednich ku temu warunkach i u ludzi istnieje takie ustawienie głowy w przestrzeni, w którym napięcie mięśni wyprostnych jest maksymalne, istnieje też ustawienie, różniące się o 180°, w którym napięcie mięśni

jest minimalne. Są to niewątpliwie odczyny położenia albo- wem zmiany w napięciu trwają tak długo, jak długo trwają ustawienia głowy.

Widzimy, że prowadzone w ciągu kilkunastu lat doświadczenia przez Magnusa i de Kleyna na zwierzętach zdołały wykryć zupełnie nowe, nieznanne nam mechanizmy fizjologiczne, wchodzące w grę w statyce i statokinetyce. Z prac tych klinika już wyciąga dla siebie wnioski praktyczne, i niewątpliwie współpraca fizjologów z klinicystami wzbogaci semiotykę wielu cierpień układu nerwowego.

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

### Higiena i Statystyka

J. LÓWY. *Choroby zawodowe u lekarzy.* (Med. Kl. Nr. 15 i 16/26 r.).

Lekarze wskutek ciężkich obecnych warunków walki o byt, przepracowania, zmechanizowania pracy masowej (lekarz fabryczny, kasowy, kolejowy), poczucia odpowiedzialności, częściej, niż przedstawiciele innych zawodów zapadają na neurastenję i związaną z nią hipochondrję. Bezpośrednim skutkiem neurastenji u lekarzy są różne namiętności: nikotyna, alkohol, morfizm i kokainizm. Do właściwych chorób zawodowych zalicza L. rozedmę płuc z wtórną niedomogą serca u lekarzy, praktykujących w miejscowościach górzystych, zwięźnięcie klatki piersiowej u lekarzy-dentystów z osłabieniem serca, rozszerzeniem jego rozmiarów i nieprawidłowym tętnem. Essencjalna hipertonia i skleroza nerek mogą być w pewnym stopniu zaliczone do schorzeń zawodowych u lekarzy. Lekarze częściej od innych zapadają na choroby zakaźne, aczkolwiek wiedzą dobrze, jak się należy chronić od nich. Jako typowe schorzenia zawodowe u lekarzy wymienia autor nosaciznę (u weterynarzy) i przymiot. Przymiot, nabyty przy pracy zawodowej, spostrzegano u położników, chirurgów, dermatologów i lekarzy — dentystów. Opisane są przypadki zakażenia przymiotem przy sekcjach. Przebieg chorób zakaźnych u lekarzy zwykle bywa cięższy, niż u nielekarzy; lekarz chory na przymiot częściej od laika zapada na włośnicę i paraliż postępujący, co można przypisać wycieńczeniu układu nerwowego u lekarzy. Śmiertelność u lekarzy wskutek chorób zakaźnych jest również większa, niż u nielekarzy. Co się tyczy gruźlicy, to pierwotnie przypuszczano, że lekarze stosunkowo rzadko na nią zapadają; ostatnie statystyki zadały kłam temu pogładowi: młodszy lekarze szczególnie zapadają na gruźlicę w tym samym stopniu, co i pozostała ludność. Niektóre kategorie lekarzy są częściej od innych narażone na choroby zakaźne: dentyści i laryngolodzy (katar, angina, błonica, odra, płońca, przymiot), anatomopatolodzy (verruca neogenica, dur brzuszny, płońca, ospa, przymiot), bakterjologodzy, którzy stale pracują z hodowlami drobnoustrojów chorobotwórczych, nie mówiąc oczywiście o internistach i pedjatrach. Widzimy więc, że lekarz nie jest odporny względem chorób zakaźnych, lecz częściej od nielekarzy na nie jest narażony. Bardzo ważne są również przypadki samozakażenia lekarzy w celach naukowych (przymiot, rzeżączka, trąd). W epoce antyseptycznej Listera częste były zatrucia kwasem karbolowym u lekarzy. Również lekarze, pracujący w laboratorjach, są narażeni na zatrucie środkami chemicznymi. Częste mycie rąk sublimatem może prowadzić do zatrucia rtęcią. U lekarzy, stale znajdujących się pod działaniem prom. Roentgena, spostrzega się bicie serca, wczesną sklerozę, stany nerwowe. Znane jest szkodliwe działanie prom. X na narządy płciowe, krwiotwórcze (leukopenja, leukemja). Opisano przypadek złośliwej niedokrwistości postępującej z zejściem śmiertelnym u lekarza pod wpływem promieni X. Najniebezpieczniejszą chorobą zawodową u radiologów jest rak, powstały na tle rentgenowskiego zapalenia skóry, wzgl.

wrządu rentgenowskiego. Podobne uszkodzenia, jakie powodują prom. X, może wywołać i rad. Co się tyczy śmiertelności u lekarzy, to jest ona znacznie większa od śmiertelności wśród innych zawodów wyzwolonych.

Bronią, która może uchronić zdrowie lekarzy, jest profilaktyka i poprawa bytu. Jeśli stan lekarski będzie jeszcze więcej sproletaryzowany, odbije się to natychmiast na częstości schorzeń i śmiertelności u lekarzy.

J. Gelbfisz.

D. N. ZBANKOW. *Zestawienie śmiertelności wśród lekarzy w okresie 1924—1925 r.* (Wraczebnoje Dielo, Nr. 5, 15/III, 1926 r., str. 427—430).

Zestawienie statystyczne autor ujmuje w 5 tablicach. Przytoczę tylko niektóre liczby. W ciągu dwudziestolecia (1890 — 1909) według danych urzędowych zmarło 497 lekarzy — co daje przeciętnie 249 skonań rocznie. Za okres 8 1/4 lat (od 1/VIII 1924 — do 1/I 1922) autor posiadał dane (ankieta i nekrologi w prasie lekarskiej) o 3254 skonałach, co czyni przeciętnie 390 skonań rocznie. Dane te, jak podkreśla autor, nie ilustrują jeszcze całkowicie martyrologii lekarzy rosyjskich. Największa śmiertelność odpowiada 1919 i 1920, t. j. okresowi największej epidemii duru osutkowego. 60% lekarzy (1460) zmarło wskutek duru osutkowego. Zginęło śmiercią gwałtowną (samobójstwa, zabójstwa, rozstrzelania i t. d.) 11,1% (270) z innych chorób zakaźnych zginęło 6,7% (164), na pozostałe choroby zmarło 22,2% (540), wśród tej ostatniej grupy zmarło z głodu 15 (mężczyzn).

W. Czarnocki.

### Choroby płuc.

E. HESSE. *Czy sympatektomia w astmie oskrzelowej jest zabiegiem uprawnionym.* (Deut. med. Woch. Nr. 26 1926).

Autor operował wyłącznie ciężkie przypadki astmy. U 5-ciu chorych zabieg wykonano obustronnie, u 7-miu — prawostronnie i u 4-ch — lewostronnie, zwracając uwagę na większe podrażnienie n. współczulnego po odpowiedniej stronie (szersza źrenica, szersza szpara oczna, wytrzeszcz, przeculica w obrębie segmentów piersiowych, nadmierne pocenie się po jednej stronie). Trwałą poprawę otrzymał H. w 29% przyp., w 58% — zupełny brak efektu. Omawiając wyniki operacji, autor podkreśla, że operacja wywołuje zwiotczenie mięśni oskrzelowych, nie wpływa natomiast na przewł. stan zapalny oskrzeli, rozedmę płuc, cierpienie serca.

Dotychczasowe spostrzeżenia, jako zbyt krótkie, nie pozwalają na dokładne określenie wskazań operacyjnych, zdają się jednak wykazywać celowość zabiegu.

M. Goldman junior.

O. ZIEGLER. *Statystyka operacyjna torakoplastyki pozaopłucnowej wedł. Brauer-Sauerbrucha.* (D. m. Woch. Nr. 14, 1926).

Autor jest zdania, że operacja torakoplastyki jest dziś stosunkowo mało niebezpieczna, a w niektórych przypadkach ma przewagę nad odną sztuczną. Do tej ostatniej nadają się, wedł. autora, przypadki z ogniskami jednostronnymi bez skłonności do bliznowacenia; torakoplastykę stosować należałoby w przypadkach gruźlicy jamistej, wykazujących pewną dążność do zmian włóknistych.

Autor wykonał 86 operacji w przypadkach gruźlicy jamistej jednostronnej, nie powikłanej wysiękiem w opłucnie — bez zejść śmiertelnych. Na 17 zabiegów, dokonanych w przypadkach, powikłanych ropnem zapaleniem opłucny z odną — 4 były śmiertelne (24%). Należy zważyć, że tacy ciężko chorzy przeważnie giną, i że zabieg operacyjny może się okazać korzystnym. W 20 przypadkach pochodzenia niegruźliczego (*pneumonia chronica, gangraena pulm., broncheectasiae etc.*) — 3 były śmiertelne (15%).

Na dobre wyniki wpłynęło również odpowiednie przygotowanie chorego przed operacją (podniesienie stanu odżywienia, stanu psychicznego) i staranna opieka po operacji. Autor unikał podawania naporstnicy przed operacją. Zabieg, dokonany w znieczuleniu miejscowym (1/2% nowokaina z adrenalina), usuwał w znacznym stopniu powikłania pooperacyjne. Nie podając naporstnicy przed zabiegiem, autor przeciwdziałała zbyt wielkiemu wchłanianiu się wstrzykniętej przy znieczuleniu adrenaliny i przez to ujemnemu wpływowi wielkich ilości adrenaliny na czynność serca, które przez to znacznie skuteczniej może reagować na naporstnicę, podaną po operacji.

M. Goldman junior.

### Choroby narządów trawienia.

Ed. DOUMER. Czy odczyn Haya jest swoisty dla niedomogi wątrobowej? (*Presse Médicale*, Nr. 83, 1925 r.).

Dodatni odczyn Haya polega na opadaniu kwiatu siarkowego w obecności soli kwasów żółciowych wskutek zmniejszonego napięcia powierzchniowego moczu. Niektórzy badacze uważają ten odczyn za swoisty dla niedomogi wątrobowej i przechodzenia żółcianów do moczu. Istnieją tzw. żółtaczkę rozszczepioną, gdy ulega zaburzeniu czynność komórki wątrobowej w przerabianiu barwików lub kwasów żółciowych, gdy z moczem wydalają się tylko barwki żółciowe lub tylko sole kwasów żółciowych.

W pierwszym przypadku próba na urobilinę oraz na obecność barwików w moczu wypadnie dodatnio, natomiast odczyn Haya będzie ujemny; w drugim przypadku odczyn Haya wypadnie dodatnio. Gilbert, Chabro i Bernard zachwiali swoistość odczynu Haya w wykazywaniu niedomogi wątrobowej. Do tego samego wniosku doszli Labbé, Deglaude i autor.

Napięcie powierzchniowe moczu może być obniżone i przez inne części składowe moczu. Np. mocz z nocy bardziej stężony miewa napięcie powierzchniowe poniżej 850, co zbliża go do stanu, gdy kwiat siarki opada, w takich razach u osobników zdrowych odczyn Haya wypadnie dodatnio.

Mocz, zawierający 10 gr. NaCl na litr, ma napięcie powierzchniowe 850, co odpowiada napięciu powierzchniowemu moczu z zawartością 0,11 żółcianów. Najmniejsze ilości żółcianów wykrywa próba Pettenkoffera, gdyż u osobników zdrowych wypadła ona ujemnie, nawet przy dodatnim odczynie Haya. To też obniżenie napięcia powierzchniowego zależy od zwiększenia się ilości innych składników lub też od stężenia uryny, zmniejszenia jej ilości dobowej, a nie od obecności żółcianów. Ciekawy jest fakt, że odczyn Haya wypadnie dodatnio u chorych gorączkujących i po narkozie. Czyżby i u nich występowała niedomoga wątrobowa?

Już w r. 1922 Doumer podał sposób bardziej precyzyjny dla określania składników, obniżających napięcie powierzchniowe, opierając się na prawach fizycznych obniżania napięcia powierzchniowego wody przez żółciany oraz na wpływie pośrednim w obniżaniu chlorków.

Znając napięcie powierzchniowe oraz zawartość chloru w płynie, można określić ilość istot, obniżających napięcie. Z ilości wydzielanego moczu można sądzić o ilości istot, obniżających napięcie powierzchniowe w ciągu jakiegoś określonego czasu.

W 1924 r. w „*Annales de Médecine*“ ogłoszone były wyniki badań na 14 chorych gorączkujących i po narkozie z dodatnim odczynem Haya, brakiem urobiliny i barwików żółciowych w moczu. U takich chorych daje się zauważyć nieznaczny wzrost istot, obniżających napięcie powierzchniowe. W niektórych razach utrzymuje się on w granicach normy lub też nie dosięga nawet tych liczb, co u osobników zdrowych. W przypadku żółtaczkę z żółcianami w moczu ilość tych istot może się znacznie obniżyć. Zmniejszenie napięcia powierzchniowego u tych chorych zależy głównie od małej ilości moczu i znacznego jego stężenia, ilość żółcianów nie przewyższa często 0,06 na dobę. Dla sprawdzenia czynności wątroby co do wydzielania żółcianów autorzy stosowali sposób podawania soli kwasów żółciowych w ilości 1 gr. 50, i wywoływania sztucznie żółtaczkę, określając przed i po jedzeniu ilość istot, zmniejszających napięcie powierzchniowe. O ile czynność wydzielania żółcianów była zachwiana, w takich razach wskaźnik obniżenia napięcia powierzchniowego zwiększał się, u osobników zdrowych próba wypadła ujemnie, to samo dotyczyło chorych gorączkujących i po narkozie. Próba Pettenkoffera potwierdziła również brak schorzenia wątrobowego.

Na podstawie tych doświadczeń autor wyciąga wniosek, iż próba Haya nie może być uważana za swoistą dla niedomogi wątrobowej i nie przemawia za obecnością soli kwasów żółciowych w moczu. Dlatego też wszelkie badania i wnioski, oparte na tej próbie, muszą ulec sprawdzeniu, zwłaszcza żółtaczkę rozszczepioną zależną od zaburzeń w wydzielaniu soli kwasów żółciowych.

S. Połtorzycka.

F. DÉVÉ. W sprawie postępowania operacyjnego w przypadkach bąblowca wątroby, otwartego do dróg żółciowych. (*Journal de chirurgie*, Tome XXVI, Nr. 6 Décembre 1925, Page 593).

Istnieją dwie metody postępowania operacyjnego w bąblowca wątroby, otwartym do dróg żółciowych: postępowanie szkoły francuskiej i argentyńskiej. Pierwsza z tych szkół stoi na stanowisku drenowania nazewnątrż przewodu żółciowego, przyczem składniki bąblowca mają opróżnić się dostatecznie i sposób ten nie zmusza chirurga do późniejszego stosowania dodatkowych zabiegów operacyjnych. Szkoła zaś argentyńska zajmuje stanowisko opozycyjne względem szkoły francuskiej i jest zdania, że jedynym racjonalnym zabiegiem jest otwarcie bąblowca nazewnątrż po wszyciu go w obręb powłok brzusznych (marsupjalizacja); sposób ten ma w dostatecznej mierze odciążać drogi żółciowe i nie narażać chorego na późniejsze drenowanie tych dróg. Dane statystyczne obu szkół nie mają mocy przekonywującej o wyższości tej czy innej metody. Zdaniem autora postępowanie lecznicze winno zależeć przede wszystkim od warunku, czy droga żółciowa jest drożna, czy też zamknięta. Jeśli u chorego z objawami kolki wątrobowej, po pewnym okresie objawów niedrożności przewodu żółciowego, znikają te objawy, przyczem w stolcu zjawia się płyn bąblowca, to chorego po poprawieniu się stanu ogólnego poddaje się zabiegowi marsupjalizacji bąblowca, o ile, oczywiście, lokalizacja jego jest ściśle ustalona. Jeśli natomiast u chorego występują objawy niedrożności dróg żółciowych, należy przeczekać, aż objawy te ustąpią i wówczas dopiero operować go, uciekając się do marsupjalizacji bąblowca. Przy pogarszaniu się stanu ogólnego chorego operowany bywa bezzwłocznie, przyczem zabieg operacyjny sprowadza się do marsupjalizacji z późniejszym drenowaniem przewodu żółciowego, o ile marsupjalizacja tego przewodu nie odciąży, lub też do drenowania przewodu z ewentualną wtórną marsupjalizacją. W analogicznym przypadku, przy nieustalonym jednak umiejscowieniu bąblowca, pozostaje tylko przedrenowanie przewodu żółciowego. Jeśli natomiast rozpoznane dane schorzenia następuje dopiero podczas laparotomji,

wykonywanej z powodu przypuszczalnej kamicy żółciowej, należy ograniczyć się do drenowania przewodu żółciowego z późniejszym otwarciem bąblowca po ustaleniu jego lokalizacji.

W uzupełnieniu omawianego postępowania leczniczego zaznaczyć należy, iż w ustalaniu lokalizacji bąblowca, otwartego do dróg żółciowych, wielce pomocny być może sposób, polegający na wykonywaniu rentgenogramów po uprzednim wstrzyknięciu do dróg żółciowych przez przetokę operacyjną lipjodolu.

W rozpoznawaniu zaś samego schorzenia można posługiwać się metodami biologicznymi: bardzo czułą wśródskórną reakcją z płynem z bąblowca *Casoniego*, mniej czułą podskórną *Pontano*, metodą odchylenia dopełniacza *Weinberga* i strącania białka (precypitacji) *Flejga* i *Lisbonnea*.

D. Wyszogród.

P. DUVAL i A. RICHARD. W sprawie drenowania przewodu żółciowego poprzez brodawkę dwunastnicy w związku z operacyjnym otwarciem przewodu. (Journal de chirurgie. Tome XXVI, Nr. 2, Aout. 1925. Page 129).

Leczenie operacyjne kamicy żółciowej, polegające na usunięciu schorzonego woreczka, otwarciu przewodu żółciowego i przez głębnikowanie tegoż, celem ewentualnego usunięcia z niego kamieni, wymaga dłuższego drenowania go nazewnątrż poprzez ranę operacyjną w powłokach brzusznych. Z powodu związanych z tym sposobem operowania znacznych strat żółci, przedłużania się okresu gojenia się rany pooperacyjnej oraz występowania rozmaitych powikłań, jak np., przetok, zrostów okołoodźwiernikowych i okołodwunastniczych, zaczęto modyfikować metodę drenowania przewodu żółciowego. Najnowsza modyfikacja polega na tem, że po wycięciu woreczka żółciowego i podwiązaniu jego przewodu otwiera się podłużnie przewód żółciowy ponad dwunastnicą; po ewentualnym usunięciu z niego kamieni wprowadza się doń, oraz przez brodawkę *Vatera* do dwunastnicy szereg rozszerzaczy cewnikowych, dochodząc w przybliżeniu do rozszerzacza, oznaczonego liczbą 20, po czem miejsce rozszerzaczy zajmuje rurka gumowa, posiadająca wewnątrz sztywny usuwalny drut i zaopatrzona na końcu w stożkową metalową okienkową nasadkę, ułatwiającą rurce przejście przez brodawkę. Drut z drenu zostaje wyciągnięty, dren wprowadza się w głąb dwunastnicy, drugi natomiast jego koniec — do przewodu wątrobowego wspólnego. Wszystkie te manipulacje odbywają się pod kontrolą ręki, gdyż poprzez ścianę dwunastnicy wyczuwa się z łatwością, czy nasadka przeszła przez brodawkę *Vatera* i jak daleko zagłębiła się w dwunastnicę. Ranę operacyjną w przewodzie żółciowym zaszywa się całkowicie. W przypadkach, w których nie udaje się przejść rozszerzaczami poprzez brodawkę *Vatera* bądź z powodu jej zarośnięcia, bądź z powodu kamienia, usadowionego w jej świetle, należy cięciem podłużnym otworzyć dwunastnicę i po rozszerzeniu brodawki na tępo lub na ostro przeciągnąć przez nią dren z przewodu żółciowego do dwunastnicy, po czem zaszyć ją całkowicie. Linje szwu i łożysko woreczka żółciowego pokrywa się otrzewną. Przeważnie w obręb przestrzeni podwątrobowej wprowadza się paski gazy i dren, który usuwa się na 3 — 4-ty dzień po zabiegu operacyjnym. Wyjątkowo tylko przy bardzo dobrym w sensie aseptyki stanie operowanych narządów oraz dokładnej peritonizacji można zaszyć całkowicie ranę powłok brzusznych.

Opierając się na 10 obserwowanych przez siebie i w ten sposób operowanych przypadkach kamicy żółciowej, autorzy uważają, że sposób ten daje bardzo dobre wyniki przy niezakażonych lub nieznacznie tylko zakażonych drogach żółciowych, przy przewlekłej żółtaczce bez ciężkiego zatrucia żółcią, przy niezmienionej chorobowo lub też mało zmienionej ścianie przewodu żółciowego oraz w razie zwężenia tego przewodu w zależności od miażdżycy jego ściany lub ucisku zewnętrznego. Absolutne natomiast przeciwwskazanie do zastosowania danej metody operacyjnej daje zwężenie dwunastnicy poniżej brodawki *Vatera*.

D. Wyszogród.

ZAWADZKI. Sączkowanie skrosbrodawkowe za pomocą zatopionej rurki przy otwarciu przewodu żółciowego wspólnego (Bull. de la Soc. de Chirurgie, Nr. 5, t. 52).

Wszelkie zabiegi operacyjne na drogach żółciowych wymagają bezwzględnie ich sączkowania. Do niedawna korzystano przeważnie w tych przypadkach z sączka gumowego w formie litery T, przy którym poza innymi niedogodnościami chorey niepotrzebnie przez czas dłuższy tracili dużą ilość żółci, wydzielającą się nazewnątrż. Sączkowanie przewodów żółciowych za pomocą zatopionej rurki jest dużym krokiem naprzód w tej dziedzinie chirurgji. Rzecz polega na tem, że do otwartego przewodu wspólnego wstawia się rurkę gumową, sięgającą jednym końcem przewodu wątrobowego, a wychodzącą drugim końcem poprzez brodawkę *Vatera* do dwunastnicy.

Zabiegów takich autor wykonał 27, na ogólną liczbę 240 operacji na wątrobie. Jest to największa z dotychczas ogłoszonych statystyk tej metody operacyjnej, która ostatnio znalazła we Francji gorącego zwolennika w osobie *Pierre Duvala*.

Z. szczególnie analizuje każdy poszczególny przypadek, w którym zastosował zatopioną rurkę do przewodów żółciowych, podając w streszczeniu opisy z 27 kart szpitalnych.

J. Pomper.

F. PHILPOT. Przyczynek do nauki o rozwoju jaj i pierwszych stadiów niektórych owsiaków. (Journal of Helminthology, 1924, str. 239 — 252).

Autor wykonał szereg doświadczeń nad biologią owsiaków ludzkich (*Enterobius vermicularis*) i zwierzęcych. Najdokładniej opisane są spostrzeżenia, dotyczące się pierwszych stadiów rozwoju jaj owsika ludzkiego.

Składanie jaj przez samiczkę rozpoczyna się zaraz po wyjściu z odbytnicy, niezależnie od tego, czy robak znajduje się w środowisku płynnym, czy nie. Składanie jaj następuje dość szybko, to też wkrótce zwarta ich masa całkowicie zakrywa samiczkę. Najważniejszym warunkiem dalszego rozwoju jaj jest wilgoć i należyta aeracja. Najlepiej jaja rozwijają się w czystej wodzie.

W wodzie o temperaturze 22° C. rozwój zarodka wewnątrz jaja trwa 2 — 3 dni. Po tym czasie skorupka pęka i uwalnia larwę długości 0,12 mm. Larwa taka jest w stanie żyć w wodzie do 6-ciu dni, poczem ginie. Jeżeli hodowlę utrzymywać w t° 37, larwy rozwijają się znacznie szybciej i już po 5-u godzinach zaczynają się wykluwać ze skorupki. W rocznie fizjologicznym rozwój jaj idzie znacznie wolniej, niż w zwykłej wodzie wodociągowej.

Doświadczenia z myszami wykazały, że larwy owsjaka nie są w stanie przenikać przez skórę, jak to czynią larwy tęgoryjca, a czasem glisty.

Świeżo zniesione jaja owsika ulegają pod działaniem pepsyny lub trypsyny całkowitemu rozkładowi. Natomiast jaja, zawierające już skręcone embrjony, tracą w płynach trawiennych tylko swę skorupki, podczas gdy embrjony same pozostają nietknięte i mogą rozwijać się dalej normalnie. Jaja, zawierające już sformowanego embrjona, są w stanie przetrwać długotrwałe wysuszenie, świeżo zaś zniesione jaja w suchem otoczeniu giną. Wyklute larwy również mogą być zupełnie wysuszone, a zwilżone po krótkim czasie znowu odżywają.

J. Witenberg.

A. CADE, MORENAS et RAVAUULT. Pasożytństwo jelitowe a gruźlica. (Archives des Maladies de l'Appareil Digestif. T. XV, N. 10, 1925).

Zadaniem autorów było wykazać związek, istniejący między pasożytami jelitowymi i gruźlicą wogóle, a gruźlicą jelit w szczególności. Opierali się głównie na przypadkach, zaczerpniętych z piśmiennictwa, potwierdzonych przez spostrzeżenia własne. Według statystyki *Melamet*, pasożyty jelitowe spotyka się w 40% przypadków gruźlicy płuc. Pasożyty, spotykane w gruźlicy, należą do 2 grup: pierwotniaków i robaków.

**Pierwotniaki.** Z pośród pierwotniaków najczęściej powodują choroby, skojarzone z gruźlicą, pełzaki (*amoeba*). Autorzy znaleźli w odnośnym piśmiennictwie nieliczne (4) przypadki ropni gruźliczych wątroby u gruźlików, którzy przechodzili czerwonkę, ropni pełzakowych wątroby u starych gruźlików, z lasecznikami w ropie (2), przypadki zapalenia gruźliczego jelit u starych dysenteryków, u których w kale znajdowano pełzaki (2). Znane są przypadki zapalenia jelit, wywołanego przez ogoniastka jelitowego (*cercomonas intestinalis*), u chorych na gruźlicę płuc, iab płuc i jelit równocześnie i jeden przypadek biegunki, spowodowanej przez szparkosza (*balantidium*) u chorego na gruźlicę płuc.

**Robaki.** Autorzy opisują 1 przypadek gruźlicy jelita cienkiego i kąticy z włosogłówkami w okolicy zmiennej i 1 przypadek zapalenia jelita grubego, trwającego 35 l. z węgoryzkami kiszkowymi w kale (*anguillula*) komplikującego się w końcu gruźlicą płuc i jelit. Spotyka się również w gruźlicy zapalenia jelit, wywołane przez tęgorójca (*ankylostoma*), nie sprostano natomiast tej współzależności w stosunku do owsików (*oxyuris*) i glist ludzkich (*ascaris lumbricoides*). Zależy to najprawdopodobniej od szczegółów budowy narządów ustnych pasorzytów. Tasiemiec zjawia się w gruźlicy najczęściej wtórnie.

Pasorzyty wywierają wpływ, pobudzający bakterje w starych ogniskach gruźliczych ku ponownej czynności, oraz przygotowują grunt sprzyjający ich rozwojowi, wpływając na stan ogólny (upośledzenie odżywiania), oraz ułatwiając lasecznikom drogę wnikania (uszkodzenia śluzówki jelit).

Nie jest wyłączona droga wszczepiania drobnoustrojów do ściany jelita przez pasorzyty, przenoszące je w swej zarodki. Potwierdzeniem tego przypuszczenia jest przypadek ropnia wątroby z pełzakami w ropie.

Klinicznie trudne są przypadki skojarzonego działania pasorzytów i laseczników czy to w płucu, czy w jelicie, czy w obu tych narządach. Obecność pasorzytów lub laseczników w kale jest wskazówką cenną, lecz nie bezsporną, gdyż laseczniki mogą dostawać się do jelit wraz z płwociną, a pasorzyty mogą się znajdować w jelicie gruźliczem. Duże znaczenie diagnostyczne posiadają wywiady, przebieg kliniczny oraz działanie środków terapeutycznych.

St. Połtorzycka.

## Choroby dzieci.

Docent Władysław SZENAJCH. Szpital im. Karola i Marji dla dzieci. Budowa, organizacja, działalność. Pierwsze dziesięciolecie szpitala 1913 — 1923 rok.

W książce pod powyższym tytułem uzyskało polskie piśmiennictwo pediatryczne nieocenione wydawnictwo, dotyczące budowy, organizacji i działalności tak wielce pożytecznej instytucji, jaką jest u nas Szpital im. Karola i Marji dla dzieci.

W budowie i organizacji nie kopjowano urządzeń tego rodzaju, lecz starano się wszystkie szczegóły urządzenia obmyśleć, wiele modeli różnych szpitali zachodnio-europejskich oryginalnie opracować i zastosować do miejscowych warunków. Dzięki powyższemu zarządzeniu Szpital im. Karola i Marji, całkowicie sprostano zadaniu „*Salus aegroti suprema lex esto*“, jak to wynika z pracy W. Sz en a j c h a.

Szpital im. Karola i Marji J. Comby nazwał „l'hôpital modèle“, a prof. A. Keller zaznaczył, że tak „przemysłanej“ instytucji nie widział.

Szenajch w swej pracy omawia z nadzwyczajną drobiażkowością i dokładnością całokształt organizacji życia szpitalnego: przyjmowanie dzieci do szpitala, odwiedzanie przez rodziców, wypisywanie dzieci. Dłużej zatrzymuje się na organizacji pracy lekarskiej i pielęgniarskiej, całkowicie wyczerpując całokształt tego zagadnienia; wyszczególnione tu są zasadnicze podstawy, na których powinna opierać się organizacja pracy lekarskiej w szpitalu dziecięcym. Autor, omawiając działalność ambulatorjum szpitalnego, zaznacza, że za zasadę przyjęto nie liczbę porad, lecz ich jakość i umiejętną współpracę przychodni z oddziałami szpitalnymi, co z uznaniem należy tutaj podkreślić.

Pierwszorzędnej wagi szczegół został poruszony w książce, to racjonalna i umiejętna walka z zakażeniami wewnątrz-ambulatoryjnymi przy pomocy indywidualnej izolacji każdego chorego nie tylko z wyraźnymi objawami choroby zakaźnej, ale nawet dzieci, podejrzanych o chorobę zakaźną. Myśl ta ustawicznie przyswiewcała nie tylko pierwszemu organizatorowi szpitala ś. p. J. Brudzińskiemu, lecz przyswieca i jego następcy Szenajchowi. Jak widać z pracy, cały personel szpitala począwszy od lekarzy, a skończywszy na pielęgniarkach, jest specjalnie nastawiony i uczulony na wewnątrz-szpitalne zakażenia, którym został poświęcony cały rozdział w opracowaniu W. Sz en a j c h a i długoletniej jego współpracownicy Dr. J. Celichowskiej. Wielce pomocna i wydajna w zwalczaniu wewnątrz-szpitalnych zakażeń jest osobnicza izolacja chorych (boksy na salach), oraz stacja obserwacyjna — to, zdaniem autora „jądro walki z zakażeniami wewnątrz-szpitalnymi“.

Dzięki tym urządzeniom i zarządzeniom zakażenia wewnątrz-szpitalne w Szpitalu im. Karola i Marji dla dzieci, zdaniem W. Sz en a j c h a, udało się sprowadzić do minimum (1,14%) i w 88,1% przypadków umiejscowić od razu zakażenie wewnątrzszpitalne.

Z uznaniem podkreślić należy w sprawozdaniu liczbom, dotyczącym ruchu chorych na poszczególnych oddziałach, uwzględnienie po raz pierwszy w polskim piśmiennictwie liczby dni szpitalnych, przebytych przez dzieci chore na poszczególnych oddziałach. Autor oprócz danych statystycznych wyciąga szereg wniosków, opartych na doświadczeniu własnym, które dotyczą całego szeregu zagadnień epidemiologicznych wielu chorób zakaźnych wieku dziecięcego, oraz omawia szczegółowo przyczyny śmiertelności wśród dzieci. W książce nie została pominięta działalność pracowni rentgenowskiej i chemiczno-bakterjologicznej. Chlubnie zaznaczyła się działalność lekarzy szpitalnych na polu polskiego piśmiennictwa pediatrycznego: za okres dziesięciolecia drukiem ogłoszono 142 prace, pokazów 89, komunikatów 20, ogółem 249 prac naukowych w okresie sprawozdawczym.

Podnieść należy tutaj bogactwo treści pracy Docenta Sz en a j c h a, oraz wybitne znaczenie tego wydawnictwa nie tylko dla piśmiennictwa polskiego, lecz i ogólnego pediatrycznego. Zdobi je wytworna szata zewnętrzna, liczne piękne fotografie w liczbie 30-tu, sześć rysunków i 47 tablic — wykazy statystyczne. Autor książki w zupełności sprostano zadaniu, zdając sprawę nie tylko z działalności instytucji, ale przeważnie dlatego, że będą mogli z książki zaczerpnąć wiadomości o urządzeniu i prowadzeniu szpitala. wszyscy ci, których te sprawy interesują. Książka każdemu lekarzowi, interesującemu się szpitalnictwem dziecięcym, lub kierownikowi poszczególnych jednostek szpitalnych, odda nieocenione usługi. Zwłaszcza kierownik szpitala dziecięcego znajdzie w niej wszystko to, co dotyczyć może umiejętnego, racjonalnego kierownictwa i gospodarki szpitalnej.

Umieszczone na końcu książki streszczenie, napisane w języku francuskim, znacznie podnosi wartość wydawnictwa, ponieważ da możność cudzoziemcom zapoznania się z tą piękną pracą, a tem samem poznania bliżej wysokiego poziomu kultury polskiej. Jest to najlepszy, bodaj że jedyny sposób propagandy naszej, jak o tem świadczą już przychylnie i wyczerpująco wzmianki w prasie zachodnio-europejskiej o pracy Docenta W. Sz en a j c h a. Życzyłoby sobie należało, aby z wydawnictwem tem zapoznał się nie tylko ogół lekarzy pediatrów. Poruszono w niem wiele zagadnień życia szpitalnego z nadzwyczajną dokładnością, sumiennością, wielką znajomością spraw szpitalnych, dzięki długoletniemu doświadczeniu klinicznemu autora.

R. Stankiewicz.

S. MAYER i E. BURGHARD. Przyczynki do kliniki krztuśca. (Ztschr. f. Kinderhkl. T. 40 z. 1 i 2, 1925).

Wstępny okres choroby u osesków trwa krótko, głośniego wdechu podczas napadu niema, natomiast występuje sinica. Bezpośrednimi przyczynami śmierci ssawców są zamknięcie głośni i drgawki krztuścowe, pośrednimi — powiększenia płucne bakterjemja; zaburzenia w odżywianiu i inne. Krztusiec nie gra względem gruźlicy tej zło-

wróźbnej roli, jaką mu przypisują. Dla wczesnego rozpoznania ważna jest obecność pałeczek gramujemnych na płytkach nakasłanych. W leczeniu, prócz pobytu na świeżym powietrzu, ważną rolę gra djeta: mleko kobiece, pokarmy papkowe, aby ograniczyć dowóz wody. Zwykle używane środki niewiele pomagają. W razie potrzeby wskazane są środki nasenne.

S.

C. STUHL. Uwagi o tuberkulizie przeciwko krztuścowi. (Arch. f. Kinderhkl. T. 76, z 4, 1925).

W 30 przypadkach krztuśca, leczonych tuberkuliną, zauważył autor przebieg łagodny. Wnioski autora są następujące: 1) w początkowym okresie krztuśca istnieje zakażenie gruźlicze; 2) specyficzne leczenie przeciwgruźlicze ma większą wartość, niż leczenie przeciwkrztuścowe.

S.

F. HEISSEN. Zmiany chorobowe w budowie leukocytów, towarzyszące biegunkom ostrym osesków. (Ztschr. f. Kinderhkl. T. 40. z. 4, 1925).

Zmiany dotyczą głównie osocza i jądra komórek obojętnochłonnych, a polegają na ziarnistości zasadochłonnej, zasadochłonnem osoczu, kłaczkowatości zarodki, rzadziej na tworzeniu się wodniczek. Jądra są nieregularne, bez segmentacji. I inne rodzaje komórek wykazują podobne zmiany. Istnieje wyraźna równość między obrazem klinicznym i białym obrazem krwi. Im stan ogólny jest cięższy, tem większa jest liczba komórek patologicznych. Biały obraz krwi daje więc i wskazówki prognostyczne, przyczem zauważyć należy, że obecność eozynofili i monocytów, które znikają w ciężkich zakażeniach, ma znaczenie pomysłne. W stanach lekkiego zakażenia i w przebiegu biegunek lżejszych liczba leukocytów pozostaje na poziomie normalnym, w przypadkach ciężkich znajdujemy dużą leukocytozę, która po części zależy od zagęszczenia krwi.

S.

## Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

E. PULAY. O leczeniu chorób skórnych przetworami z narządów. (Deutsch. med. Woch. Nr. 5. 1926).

Wykładnikiem czynności gruczołów o wydzielinie wewnętrznej jest obliczanie metabolizmu podstawowego, które udostępnia dokładne zastosowanie odpowiedniego organopreparatu.

Wyciąg z tarczycy okazał się bardzo skutecznym w chorobach skóry, spowodowanych hypofunkcją tarczycy.

We wszystkich tych chorobach stwierdza się zmniejszenie metabolizmu podstawowego. Do tej grupy należą niektóre odmiany pryszczycy, wczesne siwienie włosów, wypadanie włosów, pewne postaci twardziny skóry i łuszczycy. Wpływ tarczycy na porost włosów został stwierdzony dość wiarygodnie przez Ashera. Niektórzy badacze łączą duży odsetek tuberkulidów, odmrożenia i rumień Bazina z niedomogą tarczycy. Niewszystkie jednak odmiany twardziny skóry i łuszczycy zaliczają się do tej grupy.

Zdania, dotyczące skuteczności preparatów tarczycy w łuszczycy, są w literaturze podzielone: jedni osiągnęli wyniki bardzo dobre, drudzy stosowali preparaty tarczycy bez żadnego skutku. Te rozbieżne poglądy dadzą się pogodzić tylko na podstawie dokładnego obliczania metabolizmu podstawowego; w jednych przypadkach jest on zmniejszony, w drugih — zwiększony i tylko obniżony w stosunku do przemiany białkowej. Dość ciekawe są przypadki łuszczycy (z grupy o zwiększonym metabolizmie podstawowym), ustępujące pod wpływem naświetlania grasicy promieniami Roentgena. Wskazywałoby to na wywołaną przez grasicę nadczynność tarczycy.

Niektóre postaci twardziny skóry ustępują pod wpływem systematycznego leczenia preparatami tarczycy, należy jednakże odróżniać pewne odmiany i okresy tej choroby.

Okres nacieczeń najbardziej nadaje się do leczenia organopreparatami, w odmianach ograniczonych organopreparaty zawodzą.

Do grupy chorób skóry, wywołanych przez hypofunkcję tarczycy, zalicza autor dużą grupę pryszczycy.

Przeważnie są to pospolite liszące przewlekłe połączone bądź z zaparciem stolca, bądź też ze swędzeniem przewlekłym.

W grupie pierwszej ma się do czynienia z zaparciem przewlekłym stolca pochodzenia tarczycowego, które to zaparcie ustępuje pod wpływem leczenia preparatami tarczycy i nie oddziaływa na zwykle środki przeczyszczające.

W grupie drugiej (pryszczycy, połączona ze swędzeniem przewlekłym), występuje zwiększone zatrzymywanie wody w tkankach. Wiadomo, że tarczyca reguluje gospodarkę wodną w tkankach.

Do grupy chorób skóry przebiegających z hypofunkcją tarczycy, zalicza autor wyłysienie plackowate (tylko odmiany o zmniejszonym metabolizmie podstawowym). Do tej samej grupy należą wszystkie zmiany na skórze, powstałe wskutek nadmiernej otyłości, a więc nadmierne wydzielanie potu i jego skutki: pryszczycy pachy, pachwiny, pod piersią kobiecą — wszystkie objawy otyłości pochodzenia tarczycowego (postać konstytucjonalna v. Noordena). Również i w tym przypadku wyswietla sprawę dokładne obliczenie metabolizmu podstawowego. We wszystkich tych przypadkach leczenie sprowadza się do podawania preparatów tarczycy: należy rozpoczynać ostrożnie od małych dawek i podawać przez czas dłuższy, zwiększając stopniowo dawkowanie. Z preparatów tarczycy za najlepsze uważa autor: tabletki tyreoidy Mercka, Richtera, Freunda i Redlicha, tyreoiddispert i degrasinę.

Do kuracji odtłuszczającej najbardziej się nadaje lipolizyna, zawierająca wyciąg z tarczycy i jajników obok wyciągu z przysadki i trzustki.

W leczeniu skóry wystarczy dojść do dawki dziennej 0,6, preparaty tarczycy stosować przez czas dłuższy.

Do grupy chorób skóry w związku z wzmoczoną czynnością tarczycy zalicza autor, pewne odmiany wypadania włosów z nadmiernym wydzielaniem tłuszczu, pojedyncze rumienie pokrzywkowe, wreszcie zmiany skóry — właściwe choroby Basedowa.

W ogólnych zarysach skóra osobnika z wzmoczoną czynnością tarczycy jest bardziej tłusta, niż w razie zmniejszonej czynności tarczycy; w przyp. nadczynności tarczycy występują ciężkie odmiany łojotoku, odmiany pryszczycy odbytu i pochwy i niektóre odmiany łuszczycy. Leczenie w tych przypadkach polega przedewszystkiem na naświetlaniu tarczycy promieniami Roentgena, tylko w rzadkich przypadkach odnosi skutek podawanie antytyreoidy (Moebiusa). Przeważna część chorób skóry, uzależnionych od gruczołów dokrewnych, pozostaje, zdaniem autora, w związku z czynnością gruczołów płciowych. Większa część zaburzeń grupuje się dookoła dolegliwości w okresie miesiączki. Nadmierne i nieprawidłowe miesiączki, brak miesiączkowania — występują w wielu chorobach skóry.

Związek pomiędzy gruczołami płciowymi i skórą uwydatnia się już w warunkach fizjologicznych, do tej grupy zalicza autor również *Dermatitis dysmenorrhoeica* Matzenauera, osutki podczas miesiączki oraz zmiany skóry w okresie ciąży, przekwitania, a mianowicie — uwłosienie nadmierne, nieprawidłowości w rozmieszczeniu barwika. Łojotok ze wszystkimi objawami występuje w okresie pokwitania. Rumień pokrzywkowy, pryszczycy w okresie miesiączki, trądzik pospolity i odmiany swędzenia zalicza autor do tej grupy.

Leczenie polega na uregulowaniu zaburzeń miesiączkowych.

Badanie przemiany gazowej dowiodło, że zaledwie drobna część zaburzeń miesiączkowych jest pochodzenia bezpośrednio jajnikowego. Tem się tłumaczy tak częsty zawód przy stosowaniu wyciągów z jajników. W tych przypadkach zaleca autor naświetlanie jajników promieniami Roentgena oraz tabletki teliganu.

Duża część zaburzeń miesiączkowych jest pochodzenia tarczycowego, bądź też przysadkowego. Zaburzenia pochodzenia tarczycowego idą w parze z obniżeniem metabolizmu podstawowego, dla zaburzeń przysadkowych jest charakterystyczne zmniejszenie przemiany białkowej.

W grupie pierwszej stosuje się hormony tarczycy, w

drugiej — preparaty przysadki. Leczenie preparatami jajnikowymi nie osiąga skutku.

Do tej samej grupy należą przypadki zmian na skórze w okresie przekwitania (naturalnego i sztucznego) — trądzik różowaty i często obserwowane przypadki swędzenia, idące w parze z hipertonią. W tych przypadkach należy zwrócić uwagę na układ krwionośny i stosować klimatanas Halbana, papawerynę, rad oraz zalecać pobyt w klimacie górskim. Przeważną część przyszczyce tej grupy jest skutkiem swędzenia i ustępuje po opanowaniu swędzenia. Dysfunkcja jajników przejawia się pod postacią pseudo-Pinelsa, w której stwierdza się zwiększoną ilość kwasu moczowego we krwi. Guzki Heberdena, zmiany zapalne na błonach śluzowych, rumienie o charakterze wysiękowym, rumienie dookoła stawów, napady porazywki należą do tej grupy.

W wymienionych przypadkach wskazane jest leczenie przeciwdnawe.

Z grupy zmian skórnych pochodzenia przysadkowego (obniżenie przemiany białkowej) wymienia autor: wyłysienie plackowate, łuszczycę, zmiany na skórze w przebiegu otłości (przysadkowej).

Skłonność do obrzęku powiek, przewlekłe wypadanie włosów, bóle głowy o dużym nasileniu opierają się na dysfunkcji przysadki. Leczenie polega na podawaniu preparatów z przedniej części przysadki (tabletki Hypolobau Freunda i Redlicha).

Leczenie zmian cukrzycowych na skórze zapomocą insuliny jest znane (ciężka zgorzel cukrzycza skóry, swędzenie i wypryski na tle cukrzycy). Niektóre postaci przyszczyce i przewlekłego wypadania włosów ustępują przy podawaniu tabletek z gruczołów przytarczycznych (obniżenie soli Ca we krwi).

Berland.

H. DEICHER i A. SECHNER. **Ogólne zakażenie gonokokowe i jego rozpoznanie.** (Med. klin. Nr. 19. 1926 r.).

Rozpoznanie zakażenia ogólnego na tle gonokokowym bezpośrednio po rzeżączce nie następuje trudności. W przypadkach zaś, gdy uogólnienie zakażenia następuje w kilka lat po przebiegu rzeżączki, przy braku objawów ze strony cewki moczowej, rozpoznanie bywa nieraz b. trudne. Ani przebieg ciepłoty, ani zajęcie stawów, ani wielopostaciowa osutka, ani zapalenie wsierdzia nie dają punktu oparcia, bo wszystkie te objawy są spostrzegane i w ogólnych zakażeniach innego pochodzenia. Pewnym momentem rozpoznawczym jest wykrycie dwoinek Neissera we krwi, co udało się dotychczas w niewielkim odsetku wszystkich przypadków. Należy podkreślić, że samo wykrycie gramujemnych dwoinek we krwi bez posiania hodowli i wykonania prób serologicznych nie wystarcza do postawienia rozpoznania. Autor przytacza 2 przypadki ogólnego zakażenia na tle rzeżączki, w których za życia wyhodowano ze krwi dwoinki Neissera. Przypadki te różnią się między sobą co do przebiegu i zejścia choroby. Pierwszy skończył się pomyślnie, a drugi zejściem śmiertelnym. W pierwszym ogólne zakażenie ustroju nastąpiło bezpośrednio po ostrej rzeżączce, a w drugim 7 lat po przebiegu choroby. Przebieg ciepłoty w obu przypadkach był odmienny: w pierwszym o typie f. quotidiana, a w drugim zupełnie nieprawidłowy; w drugim przypadku stwierdzono klinicznie i sekcyjnie zapalenie wsierdzia. Zapalenie stawów spostrzegano w obu przypadkach. Jako rzadką komplikację spostrzeżono w pierwszym przypadku przemijające zajęcie płuc, a w drugim czasowy niedowład lewego mięśnia prostego przedniego. Wątroba i śledziona były powiększone w obu przypadkach. Na skórze spostrzeżano wykwit rumienia guzkowatego, obfite wybroczyny, jak również krwawienia ze śluzówek, w drugim przypadku spostrzeżano również wysypkę płonikowatą. Ze krwi, jak wspomniano wyżej, w obu przypadkach wyhodowano dwoinki Neissera. Próba serologiczna (wiązanie dopełniacza) wypadła dodatnio w pierwszym przypadku, w drugim wynik był wątpliwy, co nie przemawia przeciw rzeżączce (analogja do odczynu B—Wa w lues maligna). Badanie bakteriologiczne w połączeniu z serologicznym pozwala z pewnością postawić rozpoznanie w przypadkach ogólnego zakażenia na tle gonokokowym.

J. Gelbfisz.

H. STRAUSS. **O schorzeniach stawowych w późnym przymiocie.** (Ther. der Gegenw. H. 3/1926 r.).

Autor poddaje analizie 100 przypadków schorzeń stawowych ze swego oddziału. W 10 przypadkach odczyn Wa był dodatni: z tych w 6 przypadkach rozpoznanie tła potwierdziło leczenie swoiste z wynikiem dodatnim i inne objawy późnego przymiotu. Wiek tych chorych wahał się od 30 do 73 lat. W 2 przypadkach były dane co do początku przymiotu (27 — 28 lat wstecz). Najczęstsze umiejscowienie schorzenia spostrzegł autor w stawie kolanowym z jednej, wzgl. obu stron. Stawy są zwykle powiększone, ograniczone w ruchach. Obraz rentgenowski nie wykazywał zmian swoistych, co podkreślają i inni badacze. Ponieważ odczyn Wa w przypadkach przymiotu stawów nie zawsze wypadł dodatnio, więc radzi Reschke badać płyn stawowy, wydobyty przez nakłucie. Poza to niektórzy u tych chorych dają się stwierdzić swoiste zmiany naczyniowe, kostne i skórne. Schorzenia stawów na tle przymiotu wrodzonego spostrzegł S. i inni. Autor podkreśla, że przymiot stawów niezawsze występuje w ogólnie znanej postaci grzybiastej (pseudo-gruźlica), czasami zmiany zewnętrzne są b. niezauważalne; w ostatnich przypadkach przy braku innych objawów przymiotu rozpoznanie może być b. utrudnione, wzgl. postawione ex juvantibus po próbnym leczeniu. Czasami podczas leczenia swoistego występuje odczyn i ogólny i ogniskowy.

Schlesinger zaleca 5 — 10 cm. 10% roztworu NaI. Pod wpływem leczenia swoistego zmiany w stawach ustępują niezupełnie, możliwe są nawet i nawroty, co spostrzega się również i w schorzeniach późnych przymiotowych innych narządów. W każdym bądź razie poprawa jest b. znaczna, tak, że daje pacjentom możliwość powrotu do pracy codziennej. Przeważnie w każdym przypadku przewlekłego schorzenia stawów należy doszukiwać się możliwego tła przymiotowego.

J. Gelbfisz.

J. DAUBE. **Wład rdzenia na tle przymiotu wrodzonego u 2 siostr.** (Med. Kl. Nr. 18. 1926 r.).

Schorzenia metasylitycznego (p. p. i t. d.) w czyistych postaciach na tle przymiotu wrodzonego należą do rzadkości. Autor opisuje dwa przypadki władu rdzenia u siostr na tle przymiotu wrodzonego. W pierwszym przypadku rozpoznanie było potwierdzone na sekcji. Ojciec tych chorych był pijakiem, dotkniętym kiłą; matka miała wład rdzenia. Dopiero po 5 ciąży urodziła matka dziecko zdolne do życia. Obie chore siostry były 5 i 8 dzieckiem. Żyjący syn, który był 6 z rzędu, nie miał żadnych objawów przymiotu. U starszej siostry stwierdzono kliniczne objawy przymiotu wrodzonego i władu rdzenia. B—Wa we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym O. U drugiej żyjącej siostry stwierdzono triadę Hutchinsona, zanik n. wzrokowego, bóle strzelające, ataksję i objawy ze strony pęcherza moczowego. Przebieg choroby u niej był naogół łagodny; kuracja swoista (frycje) i jod wywarły wpływ dodatni. B—Wa również i w tym przypadku O, jak to często się spostrzega w przymiocie wrodzonym.

J. Gelbfisz.

### Choroby dróg moczowych.

L. BOUCHUT i PIERRE — P. RAVAUULT. **Przewlekłe zapalenie nerek azotemiczne bez wzmoczonego ciśnienia tętniczego.** (Presse Médicale, Nr. 5, 1926).

Autorzy spostrzegali 5 przypadków zapalenia nerek z mocnicą, przebiegających bez wzmoczenia ciśnienia, z których dwa opisują szczegółowo. W obu przypadkach na plan pierwszy wysuwały się objawy zatrzymania azotu (w jednym — bóle głowy, wymioty, anemja, swędzenia, zaburzenia wzrokowe, zaburzenia żołądkowe; w drugim — postępujące znużenie, apatia, senność, swędzenie oraz okresowe występowanie bolesnych przykurczów rąk i nóg, przypominających spostrzegane w czasie mocnicy napady tężyczki). Pomimo braku wzmoczenia ciśnienia za życia, badania pośmiertne wykazały znaczny przerost serca. Waga serca

wynosiła w jednym przypadku 560 gr., w drugim 480 gr. Nerki wykazywały przewlekłe zmiany zapalne z miazdżycą śródmiąższową oraz zwyrodnienie włóknisto-szkliste kłębuszków i zmiany w tętniczkach nerkowych. Przebieg choroby był postępujący, bez okresów poprawy samostnej lub pod wpływem leczenia. Etiologii tych przypadków nie dało się określić ściśle.

W wyniku swych obserwacji autorzy przychodzą do przekonania, że u osobników w wieku średnim zdarzają się przewlekłe zapalenia nerek z azotemią bez wzmoczonego ciśnienia ze znacznymi zmianami miazdżycowemi śródmiąższowemi nerek, kłębków i tętniczek, identycznych ze spostrzeganymi w przypadkach klasycznych zapaleń nerek przewlekłych z wzmocnionym ciśnieniem. Zapaleniom tym towarzyszy przerost serca. Wskazuje to, że w przypadkach zapaleń nerek wzmoczenie ciśnienia nie jest czynnikiem niezbędnym dla wywołania przerostu serca. Zdaje się też, że powiększenia objętości i wagi serca nie należy uzależniać koniecznie od zmian w nerkach. Należy raczej przypuszczać, że ta sama przyczyna — czynnik toksyczny lub zakaźny — działa jednocześnie na nerki i serce, wywołując równoległe 2 sprawy — przerost mięśnia sercowego i przewlekłe zapalenie nerek.

Henryk R a b i n o w i c z.

M. LAQUIERE. W sprawie torbieli surowiczych nerki i ich leczenia operacyjnego i zachowawczego. (Journal de chirurgie. Tome XXVI. Nr. 3. Septembre 1925. Page 257).

Torbiele surowicze nerki spotyka się przeważnie po jednej stronie u dorosłych kobiet (70%), jako twory jedno-, dwu- lub trójkomorowe, przyczem komory te bywają czasami połączone ze sobą. Najczęściej znajduje się je na jednym z biegunów nerki, jakkolwiek mogą się one usadowić na każdym jej odcinku. Wielkość torbieli waha się w dość znacznych granicach: od rozmiarów orzeszka laskowego do olbrzymiego wprost tworów, zawierającego do 12 litrów treści płynnej. Ściany jej gładkie, cienkie i przejrzyste, pokryte obfitą siecią naczyń krwionośnych, zawierają czasami w sobie złogi wapniowe. Torbiele te, pokryte torebką nerki, wchodzą w obręb jej miąższu szeroką podstawą; połączenie z tkanką nerkową jest bardzo ściśle i uniemożliwia wyseparowanie nowotworu. Tkanka nerkowa nie wykazuje zazwyczaj żadnych zmian patologicznych, o ile torbiel nie rozwija się w nerce, uprzednio chorej lub jednocześnie ulegającej jakiegokolwiek schorzeniu. Ściany torbieli zbu-

downe są z tkanki łącznej włóknistej o skąpych komórkach i naczyńiach i częściej spotykanych przetrzeniach chłonnych. Wyściółkę wewnętrzną, niezawsze obecną, tworzy jednowarstwowy nabłonek walcowaty lub płaski. Zawartość jej stanowi płyn surowiczy, surowiczo-krwawy lub koloidalny o rozmaitym stopniu przezroczystości, zawierający w swym składzie białko (około 15,5%), węglany, chlorki, cholesterinę, a czasami i mocznik. Bardzo rzadko dochodzi do zropienia torbieli; częściej natomiast zdarzają się krwotoki wewnętrzne, łączące się z nagłym powiększeniem jej objętości. Klinicznie i anatomopatologicznie charakter tych torbieli jest bezwzględnie łagodny. Patogeneza ich nie została dotychczas ściśle ustalona.

Co do objawów klinicznych, zauważyć należy, iż zazwyczaj wyczuwa się u chorych w okolicy lędźwiowej kuliasty guz, odznaczający się bezbolesnością, elastycznością i znaczną ruchomością; w dużych torbielach stwierdza się również chęłbotanie. Umieszczenie guza nie jest stałe, gdyż często można go wykazać w najrozmaitszych okolicach jamy brzusznej. Badanie moczu, pobranego oddzielnie z każdej nerki, stwierdza przeważnie brak zmian patologicznych w obrębie nerek lub dróg moczowych. Rentgenografia nie daje zazwyczaj żadnych wskazówek; bezwzględnie natomiast pomocna jest pyelografia. Skargi subiektywne chorych, jak uczucie ciężaru w okolicy lędźwiowej, lekkie zaburzenia trawienne, a z biegiem czasu tępe bóle pod łukiem żebrowym, wrażenie pociągania w okolicy nerek lub nawet bardzo silne napady o charakterze kolki nerkowej lub żółciowej, obok cięższych zaburzeń kiszkowych, sercowych i płucnych nie pozwalają łącznie z danymi obiektywnymi na postawienie prawidłowego rozpoznania. Z tego właśnie powodu torbiele surowicze nerki rozpoznawane bywają dopiero podczas zabiegów operacyjnych, z których najbardziej aktualny i racjonalny jest sposób zachowawczy, dający 8 do 9% śmiertelności i polegający na tem, że po dotarciu zazwyczaj przez otwarcie jamy brzusznej do schorzałej nerki opróżnia się torbiel z jej zawartości, następnie otwiera się ją i przecina okólnie jej ścianę tuż przy samej nerce. Pozostała część ściany torbieli, pokrywająca zagłębienie w miąższu nerki, może być wyskrobana lub przypalona. Następnie nerkę umieszcza się na właściwym miejscu, zaszywa ponad nią otrzewną ścienną, oraz wprowadza dren w jej kierunku poprzez okolicę lędźwiową. Nawroty nie były dotychczas notowane. Czynności fizjologiczne zoperowanej nerki zmniejszały się po zabiegu bardzo nieznacznie.

D. W y s z o g r ó d.

## Zapiski lecznicze.

### W sprawie kombinowanego leczenia wapniem i witaminami u dzieci.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Wskutek nader niekorzystnych warunków odżywiania, jakie zapanowały w czasie wojny i w ciągu lat powojennych, daleko częściej zaczęły się ukazywać przedewszystkiem u dzieci te postacie chorobowe, które oznaczamy mianem awitaminoz. Coraz liczniejsze i coraz bardziej szczegółowe obserwacje skorbutu dziecięcego we wszelkich jego odcieniach pozwoliły daleko głębiej wnikać w istotę tego cierpienia, zwanego dawniej chorobą Barlowa, oraz rozszerzyły nasze tak szczupłe do niedawna wiadomości o awitaminozach u dzieci. Liczni autorzy (Reyher, Meyer i Nassau, Hess, Abels, Aron) dowiedli, że w skorbutcie dziecięcym na długo przed wystąpieniem

charakterystycznych dla tego schorzenia zmian w kościach dają się stwierdzić zaburzenia w odżywianiu, (*dystrophia avitaminosa Arona*), zmniejszenie odporności, zahamowanie wzrostu, skłonność do wybroczyn (*angiodystrophia*). Okazało się więc, że awitaminozy u osesków przebiegają wybitnie chronicznie i niezawsze osiągają bardziej wyraźną postać. Tak Reyher podaje, że w jednym i tym samym czasie mógł na oddziale dla niemowląt zaobserwować obok jednego tylko przypadku wyraźnej choroby Barlowa a 70 przypadków „dystrofji“ lub „dekompozycji“ o charakterze awitaminozy C. Tak często stwierdzana niedokrwistość cseków jest również przeważnie pochodzenia awitaminowego, i nierzadko udaje się tutaj odnajdywać objawy skorbutu, aczkolwiek i w słabym stopniu (Aron). Szczególne znaczenie ma wpływ witamin na odporność dziecka względem zakażeń (Czerney, Meyer, Abels i Leichtentritt): co do odporności na gruźlicę w związku z podawaniem witamin ukazały się ostatnio prace, rozstrzygające to zagad-



nienie w sposób niezmiernie przekonywający (Bieling i Højor, a zwłaszcza Heyman).

Coraz liczniejsze i coraz bardziej szczegółowe obserwacje skorbutu dziecięcego we wszelkich jego odcieniach musiały również skierować uwagę klinicyistów i w stronę mleka, jako pokarmu, będącego przede wszystkim źródłem powstawania awitaminozy. Okazało się, że pewne gatunki mleka, jak mleko pasteryzowane lub kupowane na targu, wywoływały u każdej bez wyjątku świnki morskiej objawy skorbutu, gdy tymczasem świnki, którym podawano mleko surowe, rozwijały się doskonale (Meyer i Nassau). Badania amerykańskich autorów dowiodły bowiem już dawniej, że zawartość witaminy C w mleku jest przede wszystkim zależna od paszy, którą się żywią krowy, dalej od sposobu konserwowania i suszenia. Również i mleko kobiece może wywoływać stany awitaminowe i „hypowitaminowe“ u osesków, które przebiegają pod postacią zwykłego nieprzybywania na wadze (Petenyi).

Frank, karmiąc świnki morskie mlekiem kobiecym, wywoływał u nich po upływie 24 — 28 dni śmierć przy typowych objawach skorbutu. Tak więc dotychczasowe wiadomości nasze o witaminach potrafiły dokonać wyłomu w takim niewzruszonym pewniku pedjatrii współczesnej, jak twierdzenie o bezwzględnej doskonałości pokarmu kobiecego.

Nie brak oczywiście głosów, które dość krytycznie zapatrują się na zagadnienie awitaminoz dziecięcych (Klotz, Schmitt), ale tem niemniej zebrany dotychczas materiał zmusza do pomyślenia o tem, aby można wyniki jego jaknajowocniej stosować już w praktyce. Jeżeli idzie o niezmiernie ważną, zwłaszcza w pedjatrii, sprawę, mianowicie o to, w jakiej postaci najlepiej jest podawać witaminy, to zdawałoby się, że najstosowniej jest podawać możliwie świeże naturalne pokarmy, zawierające składniki witaminowe, jak tran, jarzyny, sok cytrynowy i pomarańczowy. Ale popierwsze zawartość witamin w jarzynach zmienia się stosownie do pory roku, podługie zważywszy ogromną skalę we wskazaniach do witamin u cesków, należało pomyśleć o możliwości podawania dodatkowych czynników pokarmowych w ekstraktach. Jak niewielkie ilości jarzyn mogą okazywać działanie w awitaminozach u osesków — tego dowodem są wyniki ogłoszone przez Petenyiego, który osiągał przyrost wagi przez podawanie pięciu, a nawet mniej gramów kartofli tartych na dobę. Już Holst i Frölich w doświadczeniach na zwierzętach mogli dowieść, że przy pomocy kwaśnych wyciągów z świeżo wysuszonej kapusty osiąga się ekstrakt o silnem przeciwskorbutowem działaniu. Do dobrych wyników z wyciągami witaminowemi doszli również Freise, Friedeberg, Aron; Frölich stosował u niemowląt preparat „Metagen“, a Reyher z powodzeniem używał „Hevitan“, zawierający czynnik B.

Stosując od dłuższego czasu nader szeroko sole wapniowe w leczeniu dziecięcym i znając wysoką wartość witamin, jako środka wpływającego w sposób wybitny na przyrost i zatrzymanie wapnia w organizmie, dawno myślałem o uzyskaniu preparatu, któryby w sposób możliwie doskonały łączył w sobie te dwa tak ważne obecnie środki lecznicze w pedjatrii.

I oto w końcu roku ubiegłego otrzymałem „Calcitrin“, wyrabiany przez Zakłady Przemysłowe Spiessa, z którym mogłem dokonać całego szeregu początnych leczniczych. Preparat ten prócz soli wapniowych kwasów organicznych zawiera witaminy w postaci wyciągów pomidorowego i cytrynowego oraz organiczny związek fosforu. Jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, że podkład awitaminowy zaczynamy dziś przyznawać takim zaburzeniom odżywiania niemowląt, jak opisana przez Czernego postać chorobowa przy jednostronnem karmieniu mlekiem („Milchnährschaden“), jak niestrawność przewlekła przy karmieniu piersią, przebiegająca z wymiotami, biegunką i nieprzybywaniem na wadze (Petenyi), to zrozumiemy, jak szczęśliwa i skuteczna jest kombinacja witamin z wapniem. Obok działania swoistego w stanach hypo- i awitaminowych „Calcitrin“ zastąpić może używane dotychczas w niektórych postaciach zaburzeń odżywiania preparaty kazeinowo-wapniowe jak np. Larcsan.

Dalej preparat „Calcitrin“ posiada tę zaletę, że zawiera wapń w postaci związku organicznego. Należy bowiem zauważyć, że co się tyczy istotnie skutecznego leczenia wapniem, to środek ten powinien być podawany przez czas dłuższy w większych dawkach (Janssen). Tymczasem podawanie chlorku wapnia natrafia u dzieci na trudności, przytem, jak wiadomo, sól nieorganiczna może prowadzić do „demineralizacji“. Te też, biorąc pod uwagę powyższe, Schlossmann wprowadził niedawno do terapii dziecięcej cytrynian wapnia, jako najodpowiedniejszą tutaj postać stosowania tego środka.

Przy podawaniu „Calcitrinu“ w różnych postaciach i okresach zaburzeń odżywiania u dzieci, sztucznie karmionych, otrzymywałem bardzo szybko dodatnie wyniki; już po kilku dniach następowała poprawa stanu ogólnego, zmienił się charakter wypróżnień, ustawały wymioty, poczem zaczynał się szybki przyrost wagi. Szczególną uwagę zwracają przypadki zaburzeń przy karmieniu piersią, które skłonni byliśmy doniedawna składać wyłącznie na karb ustroju dziecka (neuropatja), a które okazują się obecnie czystym typem awitaminozy.

Co się tyczy krzywicy, to, aczkolwiek teoria Fuuka i Mellanbyego, że krzywica jest czystą awitaminozą, spowodowaną brakiem w pokarmie czynnika A, jest dziś właśnie przez większość badaczy odrzucona, to jednak i tutaj podawanie witamin łącznie z wapniem daje bardzo dodatnie wyniki, o czem się na wielu odnośnych przypadkach miałem możność przekonać.

W niedawno ogłoszonej pracy o wskazaniach do leczenia wapniem u dzieci (Klin. Wochenschrift, 1925, Nr. 26) Schlossmann wykazuje, że gruźlica dziecięca obok leczenia klimatycznego i dietetycznego wymaga również i leczenia środkami lekarskimi. Otóż za taki środek uważa on przede wszystkim wapń, podawany przez czas możliwie długi. Myślą przewodnią Schlossmanna było dążenie do osiągnięcia zwapnienia porażonych organów we wczesnym okresie gruźlicy. Przytem możnaby oczekiwać przez wpływ wapnia na drobne naczynia przyspieszenia sprawy wyzdrowienia, gdyż jonom wapniowym przypisuje się nawet wzmożenie siły agresywnej białych ciałek krwi. Opierając się na tem oraz na wynikach

doświadczeń He y m a n n a, dojdziemy do wniosku, że i w gruźlicy podawanie wapnia łącznie z witaminami jest jednym z najpewniejszych środków do osiągnięcia zamierzonego celu. Przez podawanie powyżej opisanego „Calcitrinu“ osiągałem istotnie doskonałe wyniki we wszelkich postaciach gruźlicy dziecięcej, a zwłaszcza gruźlicy.

Przed witaminoterapią leży przeszłość i racjonalne jej stosowanie obejmie nie tylko wiek niemowlęcy z jego różnymi zaburzeniami, nie tylko zakażenia, a przede wszystkim gruźlicę, ale nawet wzrost dzieci i ich całkowity rozwój fizyczny.

## Wskazówki praktyczne.

— W leczeniu włóknikowego zapalenia płuc, według B a l l m a n a, oddaje znakomite usługi **Transpulmina**, roztwór 3% chininy zasadowej w oliwie. Chinina nagromadza się w płucu i zostaje tam dłuższy czas. Stosuje się w postaci zastrzykiwań podskórnych po 2 ctm.<sup>3</sup> dziennie. (Ther. d. Gegenw. 1926. Z. 7).

— **Przetoki i obce ciała** usuwa E c k s t e i n za pomocą **balonu Biera**, mianowicie dłuższy czas trwające działanie ssące doprowadza do zamknięcia się przetoki, a często także do wydzielenia się przez nią ciała obcego, które było przyczyną przetoki. (Ztb. f. Chir. 1926 r. Nr. 29).

— J o h a n n s e n stosuje **wdychania tlenu** u osesków i małych dzieci w przypadkach ostrych zachorzeń płuc, mianowicie w typie cyanotycznym z powodu zapalenia oskrzeli, wywołującego ich zwężenie, z powodu krzywiczego rozmiękania klatki piersiowej lub skutkiem wielkiego osłabienia

dziecka. Wdychania mogą być stosowane bez przerwy lub z przerwami w dawkach po 2 — 5 ctm.<sup>3</sup> dziennie. (Hygiea 1925, Nr. 23).

— **Paralaxol**, składający się z parafiny i ekstraktu słodowego w równych częściach, zaleca M i c h a e l jako doskonały środek przeciwko zaparciu stolca — w przypadkach atonji; obok tego djeta bogata w drzewnik, w zaparciu spastycznym środki wiatropędne. (D. m. W. 1926. Nr. 24).

— **Presojod** (nowa postać roztworu Pregla) w pastylkach zaleca S c h u l z, jako dobry **środek odkażający**. Do płukania bierze się jedną pastylkę na 100—150 ctm.<sup>3</sup> wody. Za pomocą 3 — 4 krotnego płukania udaje się często przerwać rozpoczynające się zapalenie gardła. Nieczyste wrzody goleni, brudne rany oczyszczają się bardzo szybko pod wpływem okładów presojodowych. (D. m. W. 1926. N. 11).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

### Polskie Towarzystwo Psychjatryczne.

#### Oddział Warszawski.

Posiedzenie z dnia 3 października 1925 r.

Przewodniczący: N e l k e n.

Sekretarz: H a n d e l s m a n.

Pokazy:

M a t e c k i. Pokaz przypadku parafrenji.

W dyskusji przemawiali: R y c h l i Ń s k i, M a z u r k i e w i c z, P r ę g o w s k i, M a r k u s z e w i c z, B y c h o w s k i (sen.), H i g i e r, Ł a p i Ń s k i, W i z e l, N e l k e n oraz M a t e c k i.

D r e s z e r. Dwa przypadki padaczki objawowej.

W dyskusji zabierali głos: H i g i e r, B y c h o w s k i (sen.), P r ę g o w s k i, M a z u r k i e w i c z, D r e s z e r.

#### Sprawozdanie Zarządu Oddziału za rok 1924/25.

Posiedzeń naukowych odbyło się 9.

Poruszono następujące tematy:

N e l k e n. Przypadek psychozy po postrzale czaszki.

Ł u n i e w s k i. Wrażenia psychjatryczne z wycieczki po Jugosławji.

H a n d e l s m a n. Pokaz przypadku psychozy padaczkowej.

N e l k e n. Pokaz preparatu ropnia mózgu.

W i c h e r t. Pokaz 2 przypadków schizofrenji.

K e m p n e r. Przypadek wczesnego porażenia postępującego.

M a z u r k i e w i c z. Przypadek katatonji o niezwykłym przebiegu.

B y c h o w s k i. (jun.). Przypadek psychozy kilowej; przypadek postaci poronnej schizofrenji.

J a r o s z y Ń s k i. O znaczeniu mimiki w psychologii i psychjatrii.

B o r n s z t a j n. Niektóre objawy schizofreniczne w świetle psychoanalizy.

H i g i e r. Z dziedziny rzadkich postaci nabytego w dzieciństwie otępienia.

W i c h e r t. Trzy przypadki schizofrenji.

D r e s z e r. Pokaz przypadku otępienia starczego z rzadkimi objawami.

S t e f f e n. Przypadek choroby Charcota z ciekawymi zaburzeniami psychicznymi.

B o b r o w s k i. Pokaz zaburzeń troficznych u psychicznie chorego.

J e l o w i c k i. Pokaz zaburzeń psychicznych pochodzenia organicznego.

H a n d e l s m a n. Pokaz 2 przypadków zaburzeń psychicznych pościączkowych z powikłaniem.

M a r k u s z e w i c z. Niezwykły przypadek porażenia postępującego leczonego zimnicą.

B e d n a r z. Przypadek urojeń niewierności małżeńskiej; pokaz przypadku schizofrenji kryminalnej o niezwykłym przebiegu.

W y b o r y Z a r z ą d u O d d z i a ł u: wybrano na przewodniczącego W i z e l a, na wiceprzewodniczącego B o r n s z t a j n a, na sekretarza B r u n o w ą.

Posiedzenie z dnia 14 listopada 1925 r.

Przewodniczący: A W i z e l.

Sekretarz: M. B r u n o w a.

Pokazy:

M. B r u n o w a. Pokaz przypadków bezpośredniego dziedziczenia schizofrenji.

Prelegentka demonstruje rodzinę, składającą się z matki i 2 synów, oraz tablicę genealogiczną tej rodziny, obejmującą 4 pokolenia. Matka i obaj synowie są dotknięci jednym i tym samym schorzeniem psychicznym w postaci schizofrenji.

52 letnia matka, obdarzona od dziecka wybitną konstytucją schizoidalną, od 6 lat wykazuje zaburzenia psychiczne w postaci schizofrenji z objawami paranoidalnymi i katatonicznymi. Starszy syn, liczący lat 27, od wczesnego dzieciństwa wykazywał cechy, charakterystyczne dla m o r a l i n s a n i t y, a od szeregu miesięcy wykazuje wzmożone samopoczucie, sensacje cielesne, hypnotyzację, omamy słuchowe i kompleks urojeniowy w stosunku do kościoła i

kleru katolickiego — objawy, składające się na obraz schizofrenji paranoidalnej. Należy tu jednak wziąć pod uwagę i tę okoliczność, że chory przechodził kiłę w marcu 1923 roku, i że badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na odczyn Wassermana dało wynik dodatni. Przypadek więc ten mógłby być również dobrze czystą schizofrenją, jak i kiłą mózgu pod postacią obrazu schizofrenicznego. Należy tu jednak przypuszczać, że choroba umysłowa danego osobnika przypada, jeżeli nie na okres, poprzedzający zakażenie kiłowe, to w każdym już razie występuje jednocześnie z tem ostatniem, gdyż chory, który do 1922 roku pełnił swoje obowiązki służbowe należycie, od roku 1922 miewa pierwsze służbowe kolizje z otoczeniem, które z czasem przekształcają się w wyraźne urojenia prześladowcze, zaś w roku 1923 zostaje zwolniony ze służby. Jeżeli do tego dodamy dobrą pamięć chorego, brak defektów inteligencji, dość dużą aktywność psychiczną i brak tej pewnej indolencji, tak charakterystycznej dla organicznych spraw pochodzenia kiłowego, jak również to, że badanie cielesne, poza opieszałością reakcji źrenic na światło, innych zmian w układzie nerwowym nie wykazało, że badanie cytologiczne i chemiczne płynu mózgowo-rdzeniowego dało wyniki ujemne, to z całą pewnością przynajmniej trzeba istnienie w danym przypadku schizofrenji paranoidalnej.

Młodszy syn, liczący 22 lata, od dziecka był schizoidem, a od paru lat wykazuje obraz schizofrenji z objawami katatonicznymi.

U omawianych osobników, poza bezpośredniem dziedziczeniem schizofrenji, stwierdzić można również obustronne obarczenie dziedziczne w powstaniu schizofrenji, gdyż ojcem omawianych braci jest alkoholik z konstytucją schizoidalną.

#### Dyskusja:

B y c h o w s k i (jun.). Sam fakt dziedziczenia bezpośredniego jest dość zastanawiający. Wobec tego tembardziej należy sobie zadać pytanie, czy infekcja kiłowa nie odegrała pewnej roli w ukształtowaniu się całego obrazu. Kto wie, czy kombinacja wybitnie schizoidalnego podłoża z intoksykacją kiłową nie może dać tego rodzaju procesu, i czy tej etiologii nie zawdzięcza przypadek takich rysów, jak brak zaburzeń skojarzeniowych i względna poprawność zachowania się.

N e l k e n. Nie widzi związku pomiędzy przebyłą kiłą u starszego syna a obrazem schizofrenicznym. Niewiadomo nawet, czy zakażenie kiłowe nie nastąpiło już w stanie wyraźnie schizofrenicznym. Obraz choroby zupełnie wystarcza do rozpoznania tutaj schizofrenji bez uciekania się do hipotez pomocniczych, tembardziej, że zespoły paranoidalne w sprawach kiłowych wyglądają zupełnie inaczej (poczucie choroby, brak rozpadu osobowości).

B o r n s z t a j n. W danym przypadku niema wątpliwości co do schizofrenji paranoidalnej u starszego syna. Brak zaburzeń skojarzeniowych wcale przeciwko temu nie przemawia; przemawia zaś za bezwzględnie owo poddawanie myśli cudzych, co spotyka się tylko w schizofrenji, nigdzie indziej.

M a z u r k i e w i c z. Jakkolwiek początek procesu schizofrenicznego jest nieuchwytny, to jednak w przypadku tak dalece rozwiniętego obrazu schizofrenji paranoidalnej, jak u starszego syna, musimy przyjąć przynajmniej paroletni okres rozwoju wstępnego, który się tu przejawia jeszcze przed wrzodem twardym w tych scysjach służbowych, które potem się przekształciły w wyraźne urojenia; zakażenie kiłowe wystąpiło tu zatem w przebiegu rozpoczynającej się schizofrenji.

H i g i e r również broni rozpoznania schizofrenji.

W i z e l mówi o obserwowanej przez siebie w szpitalu rodzinie, w której istniało również bezpośrednio dziedziczenie schizofrenji; w rodzinie tej jednocześnie dziedziczył się wybitny talent muzyczny.

W dyskusji zabierali także głos: P r ę g o w s k i, Ł u n i e w s k i, K a m i ń s k i oraz B r u n o w a.

Posiedzenie z dn. 14 grudnia 1925 r.

Przewodniczący: A. W i z e l.

Sekretarz: M. B r u n o w a.

O d c z y t A. W i z l a: O współczesnej psychjatrii francuskiej.

W odczycie swym prelegent zobrazował stan współczesnej psychjatrii francuskiej, wykazując wszystkie panujące w niej obecnie kierunki. Z kierunków tych najbardziej dominujący jest obecnie kierunek psychologiczny, który zrodził się z jednej strony pod wpływem Bleulera, z drugiej pod wpływem Freuda. Wielką zasługę w zaznajomieniu psychjatrów francuskich z koncepcjami naukowymi Bleulera, i Freuda położyli E. M i n k o w s k i (Polak) i L a f o r g u e (Alzatezyk), dwaj psychjarzy, pracujący w Paryżu. Teorjami szwajcarskiego i wiedeńskiego mistrzów przejął się profesor psychjatrii Uniwersytetu paryskiego, H. C l a u d e, który wraz ze swoimi uczniami zaczął rozwijać koncepcje psychologiczne schizofrenji. Ale prace Claudea i jego szkoły nie są tylko niewolniczym naśladownictwem poglądów szkoły Bleulera. Claude usiłuje wnieść do tych poglądów pewien czynnik twórczy. Wielką grupę kliniczną: schizofrenję rozбивa on na dwie podgrupy, nie mające jakoby nic ze sobą wspólnego: 1) na właściwą schizofrenję, — psychozę czynnościową, opartą na pewnej wrodzonej konstytucji psychopatycznej (schizoidnej), i 2) na otępienie wczesne, psychozę organiczną, prowadzącą do rzeczywistego otępienia. To jednak dążenie szkoły Claudea do rozczłonkowania schizofrenji nie jest oparte na żadnych racjonalnych podstawach.

Przechodząc do innych prac psychologicznych nad schizofrenją, należy podnieść zasługi E. M i n k o w s k i e g o, który doskonale pogłębił koncepcję psychologiczną Bleuleraowską schizofrenji i wprowadził pewien nowy objaw schizofreniczny, a mianowicie t. zw. „attitude schizophreńique“.

Tendencje psychologiczne Claudea i jego szkoły najjaskrawszy swój wyraz znalazły w badaniach, prowadzonych w duchu psychoanalizy. W 1925 r. został założony przez tę szkołę organ p. t. „Evolution psychiatrique“, poświęcony psychoanalizie i psychologii klinicznej.

Prócz wybitnie psychologicznego kierunku współczesnej psychjatrii francuskiej charakteryzuje ją inna jeszcze, bardzo doniosła tendencja, a mianowicie, dążność do przewartościowania wszystkich dawnych pojęć klinicznych. Psychjatria francuska do ostatnich lat była wysoce konserwatywna i uparcie trzymała się starych poglądów, odziedziczonych po wielkich psychjatrach XIX stulecia. Dopiero bliższe zetknięcie się w XX stuleciu z nauką Kraepelina, a w ostatnich latach z Bleulerem wpłynęło ożywczo na ducha francuskiego i zmusiło go do ocknięcia się z martwoty. Zjawia się cały szereg prac, jak na psychjatrię francuską, zupełnie rewolucyjnych. Dotyczy to przedewszystkiem wielkiego zagadnienia „przewlekłych stanów urojeniowych“. Francuzi odznaczali się zawsze niestęchaną skłonnością do wyodrębniania coraz to nowych poszczególnych jednostek klinicznych. Tą drogą powstały owe liczne jednostki kliniczne, jak délire chronique Magnana i délire systematisé des dégénéérés, oraz całe mnóstwo innych jednostek, jak délire d'interpretation, délire d'influence, délire erotomaniaque, délire mystique i t. d. i t. d.

Otóż wszystkie te jednostki Claude włącza do jednej wielkiej grupy „psychoses paranoïaques“, a obok niej wyodrębnia drugą wielką „psychoses paranoïdes“, którą dzieli z kolei na dem. paranoïdes hebephrenica i dem. paranoïdes schizophreñica. Jakkolwiek nie można całkowicie zgodzić się z tą klasyfikacją Claudea, to jednak stanowi ona duży krok naprzód w historii psychjatrii francuskiej.

Współczesna psychjatria francuska wysoce zainteresowała się zagadnieniem konstytucji. Przejawszy od Bleulera i Kretschmera koncepcję konstytucji schizoidnej i cykloidnej, wprowadza do nauki inne jeszcze konstytucje, a mianowicie constitution paranoïaque oraz constitution mythomaniaque. Nie są to jednak rzeczy nowe, gdyż o obu tych konstytucjach mówi już oddawna psychjatria niemiecka.

Dla uzupełnienia obrazu zauważyć należy, że badania nad dziedzicznością są we Francji obecnie w zupełnem zaniedbaniu. Prace Rüdina i jego szkoły są im zupełnie nieznanne.

Badania anatomo-patologiczne w zakresie psychoz nie szczególnego nie dały, a co się tyczy terapii, to dopiero

w roku zesłany zjawiała się pierwsza praca francuska (Claudea) o leczeniu porażenia postępującego zimnicą.

Pokaz:

R. Markuszewicz. **Analiza urojeń hypochondrycznych w przypadku psychozy przedstarczej.**

Przypadek dotyczy 60-letniego mężczyzny, u którego od 8 miesięcy wystąpiły objawy przedwczesnej starości, silny niepokój w nocy, urojenia hypochondryczne, — uczucie palenia i dławienia w gardle, i dlatego chory nie może jeść, — urojenie krzywdy: córka, która wychodzi za mąż, specjalnie oddała go do szpitala, gdyż chce mu zabrać mieszkanie, — wszyscy go opuścili, chcą się go pozbyć, gdyż jest stary. Podczas pobytu w szpitalu występuje urojenie, że jego moszna i jądra coraz bardziej powiększają się, i chory odczuwa palenie w tej okolicy, przyczem ustępują urojenia, dotyczące gardła. Analiza psychologiczna wykazuje, że hypochondrycznie są odczuwane te organy, które obsadzone są przez nadmiar narcystycznego libido: chory czuje się młodym, protestuje przeciwko małżeństwu córki, czuje się zagrożonym w posiadaniu swem przez przyszłego zięcia — i dlatego czuje, że moszna mu się powiększa, t. j. staje się on silnym płciowo. Symboliczne znaczenie gardła zostaje wyjaśnione, gdyż wówczas, gdy występuje urojenie bólów w gardle, ustępuje urojenie, dotyczące palenia w mosznie, — i odwrotnie. Lecz ponieważ ideał jaźni zostaje zachowany u naszego chorego, przeto w tej najwyższej instancji powstaje samoobserwacja, która powoduje tłumienie, i stąd skargi na ten organ, który jest przeładowany narcystycznym libido. Tłumienie to dochodzi do tego stopnia, że następuje u naszego chorego chęć pozbycia się tego organu, który jest hypochondrycznie obserwowany, — czyli, że następuje jakoby przesunięcie się organu tego w kierunku obiektów świata zewnętrznego; dlatego też czucie staje się wrażliwym, a wówczas urojenia hypochondryczne z łatwością zamieniają się na urojenie prześladowcze, co tak wyraźnie widzimy w naszym przypadku.

W dyskusji zabierali głos: Nelken, Higier, Bornsztajn, Bychowski, Wizel i Markuszewicz.

## Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej.

Posiedzenie kliniczne z dnia 5.I 1926 r.

1) Milejkowski. Pokaz chorej z **Dermatitis herpetiformis Dühring**.

2) Rozprawa nad odczytami kol. Fryszberga i Higiera „o bezpłodności“.

Zabierali głos: Szenkier, Rozenblat, Hirszbajn, Karczmar, Datyner, Merenlender, P. Goldstejn, G. Bychowski.

Posiedzenie kliniczne z dnia 12.I 1926 r.

Odczyty:

1) Henryk Herszfinkiel. **Ogólne uwagi o radzie i radioaktywności.**

2) M. Floksztrumpf. **Wskazania, technika oraz wyniki stosowania radu w klinikach paryskich i brukselskich (z pokazem aparatów radioaktywnych i mierniczych oraz instrumentarium).**

Rozprawa: Z. Bychowski, Karbowski, Fryszman, Rubinrot, Szeps, Merenlender, Stabholc, B. Kryński.

### Sprawczanie z działalności naukowej Zrzeszenia Lekarzy w roku 1925-tym.

W roku sprawozdawczym ogłoszono 21 odczytów i demonstrowano 37 przypadków.

L. Endelmann. O współczesnych poglądach na istotę i drogi powstawania krótkowzroczności.

F. Sachs. — Z nowszych badań nad płonicą.

Z. Bychowski, P. Goldstejn, B. Kryński. Wieczór seminaryjny w sprawie choroby Basedowa.

M. Landsberg. — Z nowszych badań nad działaniem wątroby.

A. Szwarc. — Praktyczne zagadnienie w sprawie leczenia błonicy spojówek powiekowych.

H. Higier. — Świat wzruszeń. (Mózg i układ roślinny).

N. Krąkowska. — Moja metoda kształcenia słucho- u głuchoniemych.

A. Braude-Hellerowa. — Tężyczka w świetle badań najnowszych.

H. Higier. — O pamięci fenomenalnej z pokazem rachmistrza.

A. Zamenhof. — O mikroskopji żywego oka.

M. Sejdman. — W sprawie zastoi w pozawątrobowym układzie żółciowym.

F. Sachs i H. Adelfang. — O najpospolitszych błędach w praktyce dziecięcej.

E. Minkowski (Paryż). — O dziedziczności chorób umysłowych w świetle badań genealogicznych.

Prof. M. Eiger (Wilno). — Ciała odpornościowe, jako wydzielnina wewnętrzna (doświadczenia własne).

M. Mayzner. — Z nowych badań nad etjologją, epidemiologją i leczeniem krztuśca.

S. Dobryszczycki. — O proteinoterapii we wrzodzie żołądka.

Doc. St. Klein. — O czynności śledziony.

B. Karbowski. — Rola narządów przedsionkowych w układzie statokinetycznym i statycznym.

A. Fryszberg. — Patogeneza i terapia niepłodności kobiecej.

H. Higier. — Niepłodność a impotencja u mężczyzn i kobiet ze stanowiska neurologa.

Henryk Herszfinkiel. Ogólne uwagi o radzie i radioaktywności.

M. Floksztrumpf. — Wskazania, technika oraz wyniki stosowania radu w klinikach paryskich i brukselskich.

Demonstrowali w 1925 r.:

Abramowicz, Bielenki, Bryzman, G. Bychowski, Cygielsztrejchowa, Dolkart, Flantz, Fliederbaum, Fryszman, Goldflam, Higier, Justman, Karbowski, Krukowski, Lewinson, Lichtenberg, Lubelski, Mesz, Merenlender, Milejkowski, Orzech, Poncz, Rabinowicz, Róbin, Rozenberg, Simchowicz, Stabholc, Szejnberg, Szenkier, Uzlaner.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16.II 1926 r.

Przewodniczący: M. Hertz.

Sekretarz: J. Merenlender.

A. Pokazy chorych:

1) B. Karbowski. — **3 przypadki attikotomji przez przewód zewnętrzny.**

Referent w przypadkach z przewlekłą sprawą ropną w uchyłku jamy bębenkowej stosuje operację zachowawczą, wykonywaną przez przewód zewnętrzny w znieczuleniu miejscowym. Z demonstrowanych trzech przypadków w jednym było bezwzględne wskazanie, w dwóch względne wskazanie do doszczętej operacji. We wszystkich trzech przypadkach po usunięciu bocznej ściany z uchyłka i części tylnogórnej ściany, nastąpiło wyleczenie, w dwóch przypadkach jest szeroki dostęp do zatoki sitkowej. Operacja nad uchyłkiem jamy bębenkowej przez przewód ma następujące zalety:

1. może być wykonana ambulatoryjnie,  
2. narząd dowodzący słuchu (kosteczki) nie zostaje usunięty.

3. przebieg pooperacyjny trwa krócej.

W rozprawie głos zabierał B. Chorążyczki.

2) H. Higier. — **Rzadka postać zapalenia surowiczego opon mózgowych.**

6 letni chłopiec, dotąd zdrowy i ze zdrowej rodziny pochodzący, bez urazu czaszki przechodzi w ciągu 8 tygodni 4 napady, trwające od 3-ch do 8 dni z następującymi objawami: silny ból głowy w potylicy, wymioty, zawroty głowy, bezład statyczny i lokomocyjny, senna, apatia, oczopląs we wszystkich kierunkach, dwojenie, osłabienie siły wzroku lewego oka. Bez gorączki, sztywności karku, objawu Kerniga i zmian na dnie oka poza pierwszym

8-dniowym napadem z przekrwieniem tarcz. W okresach między napadami powrót do zupełnego zdrowia. Higier rozpoznał opisaną przez siebie przed laty kilkunastu (Neurologisches Zentralblatt 1910) postać chorobową, którą nazwał „pseudotumor cerebri recidivans“. Możliwe, że podłożem jest ostra lub podostra „meningitis serosa“. W dawnych przypadkach napady trwały po kilka do kilkunastu miesięcy, dawały klasyczny obraz nowotworu tylnej lub środkowej jamy czaszkowej i zakończyły się zupełnie pomyślnie. Jeden ze spoztrzeganych 5-ciu napadów z wybitną tarczą zastoinową zakończył się śmiertelnie.

#### Rozprawa:

Bregman stwierdzał analogiczne objawy w wielu przypadkach nowotworów mózgu. Należy być ostrożnym z powyższym rozpoznaniem. Należy zastosować dużą rezerwę co do pomyślności przebiegu meningitis serosa.

Chorażycy zapytuje, jaką była temperatura podczas pierwszego napadu.

Z. Bychowski przytacza przypadek, który był demonstrowany, jako meningitis serosa, a w którym w 1/2 roku później stwierdzono po śmierci nowotwór mózgu.

P. Goldstein spoztrzegwał często przypadki, przeznaczone do operacji, jako nowotwory mózgu, które się jednak podczas operacji okazały jako meningitis serosa circumscripta.

L. Endelman uważa, że należy zachować ogromną rezerwę w rozpoznaniu „mening. ser.“ do ostatniej chwili, gdyż często obraz dna oka jest identyczny z obrazem w nowotworach mózgu.

#### B. Odczyt:

Adam Zamenhof. O nowoczesnych metodach badania dna oka z pokazem oftalmoskopu Gullstranda.

Badanie dna oka zdobywa sobie coraz to większe prawo obywatelstwa w medycynie ogólnej, ale technika badania wymaga wiele wprawy, gdyż inaczej cały szereg odbłasków maskuje obraz dna i zniechęca lekarzy niespecjalistów do używania oftalmoskopu.

W podręcznikach zazwyczaj bardzo mało miejsca udziela się samej technice badania, odczyt więc niniejszy ma na celu podanie najprostszyc sposobów, ułatwiających obchodzenie się z wziernikiem ocznym.

Objaśnwszy, jak powstają odbłaski od otworu oftalmoskopu, od lupy, od rogówki i od części oka, przez które przechodzą promienie, i wskazawszy, jak tych odbłasków można uniknąć, referent opisuje budowę tak zwanych oftalmoskopów bez odbłasków Wolffa, Thornera i Gullstranda, demonstrując wziernik elektryczny Simona, swój własny uproszczony oftalmoskop i wreszcie przyrząd Gullstranda, zbudowany na zasadzie lampy szczelinowej. Za pomocą okularu podwójnego osoby nawet zupełnie niewprawne mają możliwość oglądania dna oka, jak w atlasie, przyczem, oglądając jednocześnie we dwoje, mogą za pomocą igły wskazującej porozumiewać się co do szczegółów. Specjalna lupa dwuoczną pozwala widzieć dno stereoskopowo.

Posiedzenie kliniczne z dnia 2.III 1926 r.

Przewodniczący. Prezes W. Róbin.

Sekretarz: J. Merenlender.

A. Pokazy chorych:

1. P. Goldstein. Przypadek potworniaka (teratoma), operowanego u 2-dniowego niemowlęcia.

Po urodzeniu zauważono guz w okolicy krzyżowej, wielkości pomarańczy, miejscami o charakterze torbieli. W jednym miejscu owrzodzenie z powodu braku naskórka. Wobec obawy zakażenia kanału rdzeniowego, gdyż zachodziła możliwość istnienia przepukliny rdzeniowej, referent zdecydował się na zabieg natychmiastowy. Usunięto guz, którego badanie histopatologiczne wykazało istnienie tkanek różnolitych, pochodzących z wszystkich 3-ch listków zarodk. wobec tego guz ten należy uważać za potworniak. Referent omawia szczegółowo patogenezę i klinikę tych przypadków, zaznaczając, że w dostępnym mu piśmiennictwie nie znalazł podobnego przypadku, operowanego zaraz po urodzeniu.

2. D. Kohan. — Dwie rzadkie postaci kamicy moczowej.

a) Referent demonstruje drobne perełki, prześwie-

cające, pokryte warstwą drobnego piasku, podobne do pigulek, które pochodzą od 26-letniego mężczyzny, który od 1/2 roku cierpiał na krwimocz i bóle w prawej łądźwi. Zdjęcia rentgenowskie obu nerek i moczowodów nie wykazały żadnych zmian podejrzanych. Referent poddał chorego cystoskopji i stwierdził, że krwimocz pochodzi z prawej nerki. Cewnik, wprowadzony do prawego moczowodu, napotkał przeszkodę na wysokości 18 cm. od pęcherza. W przypuszczeniu, że ma do czynienia z kamieniem, nie dającym cienia, referent ograniczył się do wprowadzenia 2 cm.<sup>3</sup> gliceryny. Po kilku dniach chory przyniósł wyżej opisane 4 perełki. Badanie chemiczne wykazało, że kamienie składają się z czystej cystyny.

b) Drugi przypadek dotyczy kobiety, która zgłosiła się do ambulatorjum z pudełkiem, zawierającym sporo kamyczków białych, mających kształt gruszki, a w niektórych, podobnie jak jodyzka w gruszcze, sterczały włosy. Mocz alkaliczny zawierał w osadzie dużo leukocytów i fosforanów. Cystoskopja dała obraz bardzo ciekawy i rzadki: w obrębie trójkąta, w pobliżu ujścia prawego moczowodu mieści się okrągły guz o szerokiej podstawie, pokryty obrzękniętą i mocno zaczerwioną śluzówką, u podstawy tego guza — otwór, z którego na wyraźnie widocznych włosach sterczał pęk białych gruszkowatych pływających kamyczków.

Rozpoznanie wobec tego stało się jasnym — torbiel skórzasta pęcherza. Chora dotychczas na operację się nie zgodziła.

B. Odczyty:

1. J. Bertrand — (Vichy). — Sur le neuro-arthritisme.

2. R. Martin — Périquier (Vichy). — Les indications de la cure de Vichy.

Dr. Martin—Périquier w swoim przemówieniu przypomniał, że wody Vichy należą do najmocniejszych szczerw alkalicznych i zawierają źródła ciepłe (Choel 44°, Grande Grille 42°, Hôpital 33°) i zimne (Célestins 13°, Mesdames 16°). Źródła Lucas posiadają ciepłotę pośrednią 28°. Przeważnie zawierają 5,0 węglanu sodowego na litr, — pozatem nieco węglanu wapnia, magnezi, żelaza, litu. Kwasu węglowego 1,152 na litr. Prelegent podkreśla, że w małych ilościach woda Vichy pobudza sekrecję żołądkową, w dużych hamuje. Dzieci doskonale znoszą kurację u źródła, i mówca poleca wysyłać do Vichy dzieci z cierpieniami wątroby. Przeciwwskazanie stanowią: zanik błony śluzowej żołądka, diabète maigre, miażdżycza tętnic z objawami congestji mózgowej, sprawy ostre, — cierpienia, przebiegające z gorączką, gruźlica.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16.III 1926 r.

Przewodniczący: M. Hertz.

Sekretarz: J. Merenlender.

A. Pokazy chorych:

1. P. Goldstein. — Przypadek wrzodu żołądka i uchyłka Meckela, przebiegającego pod postacią megasigmy.

52-letni chory F. H. zachorował przez 1½ rokiem na bóle w brzuchu, wymioty i ściskania w dołku po jedzeniu. Ostatnio tracił stale na wadze. Ma oddawna zaparcie stolca po 5 — 6 dni, połączone z bólami, w stolcu niejednokrotnie krew. Przed rokiem był prześwietlany. Radzono mu wykonanie operacji na jelitach, na którą nie zdecydował się.

Kilkakrotnie prześwietlenia rentgenowskie stwierdziły, że czynność żołądka i jelit czczych jest prawidłowa i nie wskazują na jakiegokolwiek schorzenie tych narządów. Natomiast jelito grube jest wydłużone i rozszerzone. Poprzecznicą jakoby zwężona nasuwa podejrzenie nowotworu złośliwego, względnie megacolon i megasigma. Wobec wątpliwości, które nasuwały prześwietlanie, zdecydowano dokonanie laparotomji w linii środkowej. Referent stwierdził ze zdumieniem duży guz zapalny (wycinek badany drobnowidzowo wykazał brak cech złośliwości) na małej krzywizmie żołądka, natomiast w okolicy żadnych zmian nie stwierdzono. Wykonano zespolenie żołądkowo-jelitowe tylne i usunięto wyrostek robaczkowy, który zupełnie oddzielony leżał w krecze kątnicy. Dalsze badanie wykazało istnienie uchyłka Meckela długości 10 cm. i grubości dużego palca. Po usunięciu uchyłka i obszyciu referent był zmuszony wykonać jeszcze jedno zespolenie jelitowe wobec

zweżenia na miejscu usuniętego uchyłka. Przypadek ten jest pouczający ze względu na obraz rentgenowski, który wskazywał wyłącznie na schorzenie jelita grubego, natomiast podczas operacji znaleziono duże owrzodzenie żołądka.

#### Rozprawa:

Lubelski — mówi o częstych rozbieżnościach między rentgenogramami i rozpoznaniem *in situ* (podczas operacji), przytacza własną kazuistykę w tym kierunku.

Saidman. — **Megacolon i ulcus ventriculi**; jako kombinacja, często się zdarzają. Ciekawy będzie dalszy przebieg, — czy zaparcie ustąpi, czy też zaszło tu chwilowe polepszenie.

Bryzman — zapytuje, czy wskazana była 1½ godzina operacja, ze względu na niebezpieczeństwo, które groziło choremu.

Jochweds — zapytuje, czy chory był prześwietlany po operacji.

Róbin — zaznacza, że rentgenogram często może wprowadzać w błąd, pozatem rentgenografia żołądka jest rzeczą subtelną, należy ją umieć robić i umieć odczytywać.

Dolkart — zapytuje, jak wyglądał uchyłek Mekkela.

2. T. Simchowicz. — **Przypadek cierpienia rdzeniowo-opuszkowego z ruchami mimowolnymi.**

U chorego A. Z. lat 64 przed 4-ma laty zaczęły stopniowo rozwijać się objawy postępującego porażenia opuszkowego (zaburzenia mowy, tykania i żucia, zanik mięśni języka), po roku przyłączyły się objawy postępującego rdzeniowego zaniku mięśni (zanik wszystkich mięśni pasa barkowego z elektrycznym odczynem zwyrodnienia, mniejszy zanik mięśni przedramiennych i udowych), w końcu 3-go roku choroby zjawiły się w mięśniach górnych i dolnych kończyn, a później i w mięśniach tułowia ruchy mimowolne, najbardziej przypominające ruchy płasawicze. Ruchy te z każdym miesiącem coraz bardziej się wzmagają. W górnych kończynach odruchy niesione, w dolnych żywe, Babińskiego i Rossolimo brak. W narządach wewnętrznych poza umiarkowaną miażdżycą naczyń — brak zmian. Lues negatur, Wassermann ujemny. Mamy tu przed sobą niezwykle rzadką kombinację objawów opuszkowych, rdzeniowych i prążkowych; zamiast stosunkowo często w tym wieku spotykanej amyotroficznej bocznej sklerozy, mamy tu do czynienia z amyotroficzną striarną sklerozą.

#### B. Odczyt.

L. Justman. — **Patogeneza i leczenie stanów zapalnych dróg żółciowych** (drukowane w „Warsz. Czasop. Lek.“).

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

VII-e doroczne międzynarodowe zebranie neurologiczne, które odbyło się w Paryżu dn. 1 i 2 VII. b. r., było poświęcone omawianiu **współczesnych klinicznych sposobów badania układu współczulnego i ich wartości**. Pierwszy referat wygłosił M. G. Soederbergh (Göteborg, Szwecja).

Referent poddał trzeźwej krytyce nasze wiadomości o klinice układów roślinnych, które, nie bacząc na to, że opierają się na wątych podstawach, rozrosły się w duży dział medycyny.

Najpierw rozpatrywał próby farmakologiczne: próbę adrenergiczną, atropinową i pilokarpinową.

Różnorodność działania adrenaliny Danielopolu objaśnia w ten sposób, że małe dawki drażnią nerw błędny (parasympatyczny), a większe drażnią jednocześnie nerw błędny i współczulny, przeważnie jednak ten ostatni. Takie jednak objaśnienie nie jest zadawalające. Nawet już w stanie normalnym można wykazać „mozaikowość“ oddziaływania na adrenalinę („réaction en mosaïque“). Przykład może stanowić wspólne występowanie po adrenalinie przyspieszenia tętna i obniżenia ciśnienia. W tych przypadkach ma się do czynienia z jednoczesnym oddziaływaniem na adrenalinę nerwów sympatycznych i parasympatycznych, co dzieje się w zakresie już jednego układu sercowo-naczyniowego.

S. podkreśla też, że posiadane krzywe działania adrenaliny są niewystarczające, gdyż często — fragmentarne,

nieopracowane dla dłuższego okresu czasu, co jest bardzo ważne ze względu na rozmaitość działania w zależności od okresu czasu, w jakim się bada.

Na układzie sercowo-naczyniowym również objawia się różnorodność działania **atropiny**. Po zwolnieniu tętna, w wotanem dawką małą, następuje przyspieszenie, o ile dawkę się zwiększy. Próba Danielopolu i Carniola z zastrzykiwaniem atropiny dożylnym określa napięcie nerwu błędnego bezwzględnie. Ważne to jest dla tych, którzy uznają dualizm czyli antagonizm między dwoma układami roślinnymi.

Działanie **pilokarpiny** przedstawia się również zupełnie mozaikowo. Zastrzyki podskórne wywołują prawie zawsze przyspieszenie tętna, pocenie się, zaczerwienienie skóry, wzmożony dermografizm, ślinienie. Ma się więc tu do czynienia z oddziaływaniem jednoczesnym obu układów nerwowych. Z przeglądu działania wymienionych środków farmakologicznych S. wyciąga wnioski następujące: 1) wniosek teoretyczny. Środki te nie posiadają prostej swoistości, lecz, przeciwnie, wykazują działanie bardzo złożone, tłumaczone, jako fazy dodatnie lub ujemne; 2) wniosek praktyczny. Usposobienia psychiczne („tempéraments“) mogą wpływać na wynik omawianych prób farmakologicznych. Z tych też względów różniczkowanie stanów wagotonji i sympatykotonji opierać się na nich nie może.

Następnie S. omawia próby fizjologiczne. 1) **Odnosiście odruchu okosercowego** zaznacza, że wynik odruchu zależy od siły ucisku, jego trwania i momentu, w jakim się liczy tętno. Wzruszenie pacjenta może wpływać na wynik odruchu. Za odruch dodatni należy uważać dopiero zwolnienie tętna o 16 na 1'. Odruch okosercowy odrwócony (przyspieszenie tętna zamiast zwolnienia) nie istnieje, wynika on tylko z emocji pacjenta. Droga nerwowa odruchu nie jest jeszcze ustalona. Wartość kliniczna odruchu jest ograniczona, gdyż niedostatecznie zbadano zachowanie się jego w stanach normalnych. Dopiero ostatnio zajął się tem Berré i Galup. 2) **Odruch trzewny** polega na osłabieniu tętna, występującem w 4 — 25" po ucisku ściany brzusznej w okolicy nadbrzusza. Jest to odruch współczulny, gdyż drogę do— i odprowadzającą stanowi nerw trzewny, niestały i zmienny co do wyników. Sami odkrywcy jego (André Thomas i Roux) zalecają rezerwę w wyciąganiu zeń wniosków. 3) **Odruch Czermarka** — zwolnienie tętna po ucisku n. błędnego na szyi — nie jest dostatecznie zbadany. 4) **Odruchy wewnętrzne i międzyczulne** zastępują na uwagę. Polegają one na drażnieniu możliwie fizjologicznem samych narządów lub na ich oddziaływaniu wzajemnem (niemiarowość oddechowa tętna).

Przedstawiwszy krytycznie wartość kliniczną rozpoznań wszechnionych prób badania układu roślinnego, referent zwalcza operującą się na nich teorię o antagonizmie między układem sympatycznym i parasympatycznym i o wzmożeniu napięcia jednego z nich. Wspomniane próby, zapożyczone z fizjologii doświadczalnej i z danych farmakologicznych, otrzymanych na zwierzętach, tracą swą ścisłość, gdy przenosi się je na ustrój ludzki z jego osobliwościami biologicznymi i odczynami psychicznymi. Wykładnikiem czynności nerwu współczulnego, wzgl. błędnego w poszczególnym narządzie winien być wynik ich drażnienia. Pomijając już to, że, wobec wzajemnego przeplatania się obu układów, podobne badania następczą trudności, mamy tych badań narazie mało.

Odrzucając z przytoczonych powodów teorię dualizmu w układzie roślinnym (Eppingera i Hessa, Danielopolu i in.), Soederbergh powiedział: „Jak klinicysta, mam wrażenie zupełnie jasne, że teoria dualistyczna nie wpływa z faktów klinicznych, lecz że zniekształcała nieraz dobre poczucie kliniczne“.

(La Presse Médicale 1926, Nr. 57).

L. Jelenkiewicz.



## Zjazdy.

### Z IV Zjazdu Higjenistów Polskich i V Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich w Wilnie.

W dniu 13 i 14 czerwca r. b. odbył się w Wilnie połączony Zjazd IV z kolei higjenistów polskich i V-ty lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich. W Zjeździe brało udział 94 członków, co, jak na dwa połączone zjazdy, nie jest wiele. Wskazuje to jednocześnie na celowość urzędzenia zjazdów przez obie organizacje jednocześnie, gdyż, wobec nielicznej bardzo u nas grupy higjenistów, większość z nich należy do obu organizacji, a urządzenie dwu zjazdów corocznie byłoby zbyt uciążliwe.

Obrady Zjazdu odbywały się w auli kolumnowej Uniwersytetu Stefana Batorego dwa razy dziennie na posiedzeniach plenarnych. Posiedzeń sekcyjnych, przewidzianych przez Komitet Organizacyjny Zjazdu, nie było wcale.

Referatów na Zjeździe wygłoszono 21 na 18 różnych tematów. By można było wyczerpać tak obfity program, zastosowano dość ściśle regulamin: 20 minut dla referatów głównych, 10 dla sekcyjnych (wg. początkowego programu).

#### UCHWAŁY ZJAZDU:

W sprawie walki z alkoholizmem, ref. Prof. Gantkowski, Dr. Budzyńska-Tylicka, p. J. Szymański.

1. Zjazd IV Higjenistów Polskich i V Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich w Wilnie, uznając alkoholizm za klęskę społeczną, niszczącą Polskę fizycznie, moralnie i materialnie, solidaryzując się całkowicie z Ustawą Przeciwalkoholową, wypowiada się za koniecznością przystąpienia władz sanitarnych do energicznej akcji, mającej na celu walkę z pijaństwem.

2. Do pierwszych zadań samorządu w walce z pijaństwem należy używanie wszystkich wpływów w sprawie wykonywania Ustawy Przeciwalkoholowej.

3. Zjazd uznaje, że walka z alkoholizmem jest ściśle związana z klęską mieszkaniową i wobec tego wzywa Rząd i Samorządy do prowadzenia energicznej akcji w sprawie mieszkaniowej.

4. Samorządy winny prowadzić szczegółową statystykę alkoholizmu na terenie swych miast, wpływać na prasę w kierunku propagandy oraz same prowadzić odpowiednie wystawy, odczyty, wydawnictwa.

5. Magistraty winny prowadzić szeroką akcję przeciwalkoholową, nie tylko teoretyczną ale i praktyczną, przez zakładanie przychodni przeciwalkoholowych i popieranie instytucji kulturalno-oświatowych i gospodarczych, jak domy ludowe, gospody bezalkoholowe, herbaciarnie i organizacje sportowe.

6. Budżety samorządów winny posiadać specjalne pozycje, dostateczne do prowadzenia świadomej i celowej walki z pijaństwem.

7. Zjazd zwraca się do Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego z prośbą o zorganizowanie systematycznych wykładów przeciwalkoholowych dla słuchaczy wszystkich wydziałów szkół wyższych oraz pogadanek w szkołach powszechnych i średnich.

8. Zjazd zwraca się do Ministerstwa Spraw Wojskowych z prośbą o zorganizowanie odpowiednich wykładów i pogadanek dla wojska.

9. Zjazd wzywa Zarząd T-wa Higjenicznego do przeprowadzenia rejestracji lekarzy, zajmujących się walką z alkoholizmem.

10. Zjazd wyraża uznanie Magistratowi m. Łodzi za zapoczątkowanie walki z alkoholizmem przez Wydział Statystyczny.

W sprawie gospodarki sanitarnej Samorządów.

ref. Dr. Polak.

1. Ponieważ wydatki Rządu na cele zdrowia publicznego stanowią zaledwie 1/12 część wydatków samorządowych,

przeto organizacja higieny publicznej w samorządach zasługuje tembardziej na uwagę, energiczne poparcie Rządu i społeczeństwa oraz kontrolę.

2. Wydatki samorządów na sprawy, ściśle związane ze zdrowiem publicznym, są bardzo małe w porównaniu z takimiż wydatkami w krajach o wysokiej kulturze.

3. Zadania powyższe, jako dotyczące najpierwszej potrzeby życiowej Państwa, nie dopuszczają zamierzeń redukcji wydatków inwestycyjnych, przeciwnie, z całą energią winny być wykonywane.

4. Zjednoczenie Państwa wymaga ujednostajnienia kultury bardziej, niż ustaw, i przeto wszystkie organy państwowe, których wpływ w tym względzie może zaważyć, winny mieć przed oczyma wyniki naszej ankiety.

5. Ankieta, podjęta przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (rozporządzeniem z dn. II.X.25 r.), jako ilustrująca wszystkie wydatki samorządów, winna być powtarzana co pięć lat, aby umożliwić śledzenie za postępem zdrowia publicznego, porządków i kultury Państwa.

W sprawie roli szpitala w walce z gruźlicą — ref. Dr. Miklaszewski.

Zjazd stwierdza, że w celu racjonalnej walki z gruźlicą konieczne jest:

a) prowadzenie oddziałów dla gruźlicy, niebezpiecznej dla otoczenia,

b) schronisk dla gruźlicy nieuleczalnej,

c) uzdrowisk ludowych dla szerokich warstw ludności. W sprawie walki z jaglicą w szkołach powszechnych.

ref. Dr. Gutentag.

Celem skutecznego zwalczania jaglicy w miejskich szkołach powszechnych:

1. samorządy powinny prowadzić specjalne przychodnie jaglicze, do których lekarze szkolni mają kierować dzieci, podejrzane o jaglicę,

2. dzieci, dotknięte jaglicą, powinny pobierać naukę w specjalnie na ten cel przeznaczonych szkołach jagliczych, do których przeznaczają dzieci wyłącznie lekarze specjaliści z przychodni jagliczej,

3. aby szkoły jaglicze mogły sprostać swemu zadaniu, program nauczania powinien być dostosowany do stanu zdrowia dzieci.

Stan sanitarny Wilna i Wileńszczyzny.

ref. Dr. Narkiewicz, Dr. Kozłowski.

1. Biorąc pod uwagę wyjątkowe położenie sanitarne i ekonomiczne Kresów Wschodnich, Zjazd wypowiada się za wydatną państwową pomocą finansową na cele profilaktyki i lecznictwa, a w szczególności na walkę z chorobami zakaźnymi.

2. Wobec rozpaczliwego położenia umysłowo-chorych na całym terenie Województw Wschodnich z powodu zupełnego braku specjalnych zakładów, Zjazd, ponawiając uchwały poprzednich Zjazdów, stanowczo domaga się od czynników miarodajnych jaknajszybszego uregulowania tej palącej sprawy.

3. Zjazd ponawia swoje uchwały co do konieczności ustawowego rozgraniczenia kompetencji władz sanitarnych państwowych od samorządowych.

W sprawie szkolenia personelu służby zdrowia.

ref. Dr. Kacprzak.

Wobec konieczności jaknajszybszego wyszkolenia personelu sanitarnego, Zjazd domaga się, ażeby:

1. szkolenie lekarzy higjenistów było zapoczątkowane na Uniwersytecie,

2. na stanowiska lekarzy higjenistów mogli być przyjmowani tylko lekarze, którzy odbyli specjalne kursy państwowe,

3. jako niezbędna pomoc wykonawcza dla zadań lekarzy higjenistów, konieczne jest wyszkolenie specjalnej pomocniczej służby zdrowia z odpowiednim stanowiskiem służbowym.

W sprawie organizacji służby zdrowia. ref. Prof. Dr. Władyczko i Dr. Brokowski.

Zjazd uchwalił wystąpić z memorjałem w sprawie jak-najszybszego wyodrębnienia spraw zdrowia publicznego z pod kompetencji Ministerstw, nie mających nic wspólnego z tą dziedziną, i scentralizowania ich wraz z opieką społeczną w jednym urzędzie centralnym pod fachowym kierownictwem lekarskim, pod nazwą Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

W sprawie higieny pracy.

ref. Dr. Karaffa-Korbut.

W celu racjonalnego postawienia higieny pracy Zjazd uznaje za niezbędne:

1. Utworzenie centralnego instytutu pracy.
2. Wprowadzenie poradnictwa zawodowego.
3. Prowadzenie obowiązkowych kursów higieny zawodowej w uczelniach technicznych wyższych i średnich.

W sprawie planowania miast i ich zdrowotności.

ref. Inż. Rudolf.

Ponieważ planowanie osiedli jest zagadnieniem zdrowotnym, Zjazd uznaje, że działacze sanitarni powinni brać, przy wybitnym współudziale inżynierów sanitarnych, jak-najwyższy udział przy opracowywaniu planów regulacyjnych.

Wnioski z referatu Prof. Dr. Bujiwida: w sprawie chlorowania wody, Prof. Dr. Gądzikiewicza: w sprawie sztucznego rozpylania pyłu kamiennego, p. Kiewlicza: określanie barwników w produktach spożywczych, Dr. Safarewicz: o nowych prądach w sprawie oczyszczania ścieków, oraz docenta D-ra Szulca: w sprawie kalorymetrii fizjologicznej w zastosowaniu do organizacji pracy, jako naukowe, nie podlegały rozpatrzeniu komisji redakcyjnej i zostaną umieszczone w sprawozdaniu Zjazdu.

Według programu, ustalonego na poprzednim Zjeździe w Krakowie, głównymi tematami Zjazdu miały być: zwalczanie alkoholizmu i sprawa szkolenia personelu sanitarnego. Okazało się jednak, że referatów, początkowo nieprzewidywanych, napłynęło kilkanaście, i wszystkie one włączone zostały do programu. Ten brak w samej organizacji Zjazdu nie pozwolił na należyte wyzyskanie czasu i uniemożliwił szczegółowe omówienie kwestyj najważniejszych, związanych z tematami zasadniczymi. Omówienie w ciągu 10 — 12 godzin 20 tematów, tak mało związanych z sobą, jak walka z alkoholizmem, stan sanitarny Wileńszczyzny, higiena pracy, sztuczne rozpylanie pyłu kamiennego w kopalniach węgla, szkolenie personelu służby zdrowia i inne, okazało się rzeczą niemożliwą, co zresztą można było z góry przewidzieć.

Nie przesądzając zupełnie kwestji, jakie tematy są bardziej, a jakie mniej ważne, trudno się nie zgodzić z poglądem, że w każdej chwili są tematy bardziej aktualne od innych, są kwestje, w których należy zabrać głos natychmiast, inne zaś można odłożyć do następnych zjazdów. Wreszcie, gdyby nawet wszystkie tematy były jednakowo

ważne i jednakowo aktualne, trudno je wszystkie omówić jednocześnie. Każdy temat bardzo na tem zyska, jeśli będzie szczegółowo omawiany, a to jest możebne tylko wtedy, gdy na każdym Zjeździe będą 2 — 3 tematy, podzielone na szereg referatów i korreferatów, roztrząsanych przez poszczególnych znawców kwestji ze wszystkich możliwych punktów widzenia. Ułatwiłoby to jednocześnie bardziej rzeczowe traktowanie sprawy. Konieczną jest rzeczą, by referenci kładli większy nacisk na metody i sposoby wprowadzenia w życie pewnych postulatów higieny, a nie starali się przekonać audytorjum o tem, o czym żaden z obecnych nie wątpi. Mając węższe tematy, referenci byłiby bardziej niemi związani. Niema potrzeby przekonywać lekarzy, higienistów i działaczy sanitarnych, że alkohol jest szkodliwy, znacznie większy nacisk należy położyć na wskazanie dróg, prowadzących do zwalczania tego zła.

Do tematów aktualnych na ostatnim Zjeździe należała sprawa organizacji służby zdrowia. Temat ten, zupełnie słusznie włączony do programu Zjazdu, był przedmiotem bardzo ożywionej dyskusji, bodaj żywszej, niż referaty programowe. Większość członków Zjazdu wypowiedziała się za reaktywowaniem Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Secesję tworzyła grupa Towarzystwa Higienicznego.

Trudno nie uznać, że Zjazdy Higienistów mają ogromne znaczenie wszędzie, a w naszych warunkach, gdzie zainteresowanie się sprawami zdrowotnymi jest tak słabe, w szczególności. Tematy, poruszane na Zjeździe, przedostają się do prasy, o uchwałach Zjazdów z konieczności mówią się w sferach rządowych i inteligentnego ogółu, a dla miasta, w którym taki Zjazd się odbywa, jest to niekiedy fakt wielkiej wagi, który zmusza czynniki samorządowe do bliższego wejrzenia w miejscowe zagadnienia zdrowotne. Ważną jest również rzeczą, że w obradach biorą udział nie tylko lekarze, lecz i inżynierowie i radni-miejscy, ławnicy, burmistrzowie miast i wszyscy ci, którzy zagadnieniami zdrowotnymi interesują się, i których głos w tej sprawie jest niekiedy decydujący. Higiena tak ściśle łączy się ze sprawami ekonomicznymi, techniką i całokształtem życia gospodarczego iż sami lekarze nie są w stanie rozwiązać wielu spraw sanitarnych. Zjazdy takie są właśnie miejscem wymiany zdań, terenem dla wspólnego porozumienia się osób zainteresowanych, tak lekarzy, jak i nielekarzy.

Należy dodać, że członkowie Zjazdu urządzali wycieczki do Werek, Prut, Druskienik i zwiedzili Wilno, jedno z najciekawszych i najpiękniejszych miast w całej Rzeczypospolitej. Stare mury uniwersyteckie, bogate pod względem sztuki, kościoły, domy, gmachy i ulice pełne tradycji, malowniczo rozrzucone na wzgórzach, w ustach Prof. Ruszczyca, zamiłowanego w Wilnie badacza i artysty, nabierały dziwnego uroku i, zda się, same przemawiały o dawnych czasach, dając na każdym kroku świadectwo, że tu, jak i w Warszawie, jednakowo losy narodu były przeżywane. Różnica może polegała tylko na tem, że w Wilnie uczucie z natury rzeczy było żywsze, bo prześladowanie było silniejsze.

## Odcinek

### Oszczędne a racjonalne przepisywanie lekarstw.

Podał

H. HIGIER (Warszawa).

Sprawa ta w okresie powojennym stała się aktualną w całej Europie, zwłaszcza u najbliższych sąsiadów naszych z Zachodu, Niemców i Austrjaków. Niezależnie od różnych ekspertyz, opinii, ocen i zdań, ogłoszonych drukiem ze strony specjalnych Komisji państwowych i komunalnych, szpitalnych i zawodowych, nie mniej, niż 14 prac w ostatnich kilku latach w samych Niemczech poświęcono wymiennej w nagłówku sprawie. W tych dniach wyszła nawet odnośna broszura, nakładem J. Springera, „mit Leitsätzen des Reichsgesundheitsrats“. Przytaczam ostatnią, jako dowód wspólnej inicjatywy, że i Generalna Rada Państwowa Urzędu Zdrowia Rzeszy nie stoi zdala od palącej sprawy publicznej, umożliwiającej zamożniejszemu

nawet nakładcy wydawnictwo takiej broszury z uwagami Urzędu Zdrowia.

Dziwna rzecz, że u nas sprawa ta dotąd leży prawie zupełnie odłogi, w każdym razie ogół lekarzy obojętnie obok niej przechodzi. A jednak nie sądzę, aby kwestja ta o wiele lepiej stała u nas, niż u sąsiadów zachodnich, którzy już z górną dwa lata temu wobec panującej nędzy gospodarczej uważali za stosowne zaalarmować lekarzy, aby w gronie praktyków i teoretyków współnie z Radą Państwową Zdrowia Publicznego przedyskutowali rzecz całą i uchwalili wnioski odnośne. Najważniejszy udział w tej akcji biorą bez wątpienia Niemcy, ta kołębka Kas Ubezpieczeniowych dla chorych, których to kasojcem miało być według jednych już w r. 1780 opactwo bamberskie, według innych komuna Norymbergji i Augsburga w r. 1830. W każdym razie trzyma się w Niemczech ta tradycja, którą się Rzesza wielce chlubi i szczeni.

Nie do nas, lekarzy, należy dbać o to: 1) aby środki lekarskie były t ańsze, 2) aby cło od niezbędnych zagra-



nicznych środków leczniczych (chinina, makowiec, rtęć, rycyna, liście senesowe) było niskie, 3) aby droga od producenta przez pośredników do aptekarza lub konsumenta nie była zbyt odległa i kosztowna, 4) aby *taxa laborum* uległa redukcji, 5) aby hurtownik nie zdzierał skóry z aptekarza, a aptekarz z ubogiego pacjenta, 6) aby władze akcyjne nie sprzedawały alkoholu drożej aptekarzom i lekarzom, niż perfumiarzom, 7) aby biedny chorak nie lawirował stale wśród dylematu nierozwiązalnego: leczenia przy w a t n e g o, a drugiego w domu, leczenia magistrackiego, a pozornie taniego (!) w szpitalu. Szpital bowiem kosztuje u nas obecnie 7 — 8 zł. dziennie, wraz z dokarmianiem pozaszpitalnym do 10 zł., suma, za którą nie Urząd komunalny lecz przedsiębiorca prywatny jest w stanie zaoferować nje tylko salę wspólną, ale przyzwoicie umeblowany pokój oddzielny w pensjonacie leśnym z 5-krotnem obfitem żywieniem w ciągu dnia a nawet z pielęgniarką.

Nie do nas, lekarzy, też należy rozstrzyganie karkołomnych zagadek, dlaczego środek lekarski, tańszy obecnie hurtowo, niż przed wojną, kalkuluje się w detalu znacznie drożej lub, przeciwnie, dlaczego aptekarz oddaje obecnie proszek morfiny o 20% taniej mimo, iż makowiec, główny dostawca morfiny, zdrożał o 140%. Są to wszystko anomalje, nad którymi my lekarze ubolewamy, ale nie w naszych rękach leży ich usunięcie.

Alę w rękach lekarzy zarówno prywatnych, jak szpitalnych, zarówno kasowych jak kolejowych, leży ustalenie normy, która pozwala nie tylko zamienić lek droższy przez tańszy, ale też z modyfikować modus *praescribendi*, sposób ordynowania leku w ten sposób, aby Zarząd Kolei, Kasa Chorych, Magistrat, Szpital Powiatowy i Bractwo Dobroczynne, wreszcie prywatny, a mniej zamożny chory nie ponosił przy leczeniu krzywdy, aby był oszczędnie, a mimo to sumiennie i racjonalnie obsługiwany.

Lekarz może i musi się nauczyć przepisywać z wyjątkiem, a celową kurację choremu! To jest podstawa zasadnicza umiejętności praktyka-lekarza. Wszak nie pochwalamy w życiu codziennym, powszednim tego, co potrafi wydawać dużo, takich jest legjon, to umie byle kto, to umie pierwszy lepszy. Stawiamy raczej za przykład tego, co w chwilach potrzeby potrafi

1) Anleitung zu wirtschaftlicher Verordnungsweise für die kassenärztliche Tätigkeit der Aerzte Bayerns. München 1923. Selbstverlag der Bayerischen Krankenkassenverbände.

2) Starkenstein. Oekonomische Arzneiverordnung. In Schwalbe's: Irrthümer d. allgemeinen Diagnostik u. Therapie sowie deren Verhütung. Lipsk 1923.

3) Fröhlich und Wasicky. Taschenbuch der oekonomischen und rationellen Rezeptur. 2 wyd. Wiedeń 1923.

4) Nottebaum. Verordnungsbuch für die Kassenpraxis. Frankfurt a. M. 1924. Verlag der Reichsbahn — Betriebskrankenkasse.

5) Walter Pryll. Wirtschaftliche Behandlungsweise. Ortskrankenkasse. 1924.

6) F. Müllern, A. Koffka. Rezepttachenbuch sparsamer Arzneiverordnungen. Lipsk 1923.

7) Gutachten der Gemeinsamen. Arz-nemittel-Kommission. Berlin 1925.

8) Klemperer, Zinn, Reckzeh. Arzneiverordnung. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg 1925.

9) Reichsausschuss für Aerzte u. Krankenkassen. Richtlinien für wirtschaftliche Arzneiverordnung. Deutsche Krankenkasse 1925.

10) Arzneiverordnungsbuch für die Aerzte der Krankenkassen u. der Wohlfahrtspflege (Armen — und Fürsorgeärzte). Berlin 1925.

11) Verband d. Aerzte Deutschlands. Die sparsame Arzneiverordnungsweise in der Krankenkassenpraxis für das Reich. Lipsk 1925.

12) C. Bachem. Sparsame Arzneiverordnung. Berlin 1925.

13) Hauptverband Deutscher Krankenkassen. Arzneiverordnungsbuch. Sammlung von Grundsätzen u. Richtlinien für d. wirtschaftliche Verordnung in der Kassenpraxis. Berlin 1925.

14) Sparsame, sachgemässe Krankenbehandlung mit Leitsätzen des Reichsgesundheitsrates. Berlin 1926.

ułożyć swój budżet skromnie, a dobrze. Dlaczegoż, pytam, miałoby być inaczej w dziedzinie zapobiegania i leczenia chorób, gdzie wchodzi w grę ogół, zazwyczaj materialnie upośledzony, spauperyzowany, sproletaryzowany.

In *praxi aurea* szastać drogiemi specyfikami, złoconemi pigułkami, wonnemi granulkami, najnowszemi artykułami rynku aptecznego, potrafi lekarz młody i stary; korzysta umiejętnie z *pharmacopea oeconomica* umie tylko pewna garstka; a przystosować się do *receptura pauperum*; do t. zw. *formulae magistrales* zdoła tylko niewielu wybranych. Potrafiły to dawniejsze wielkie gwiazdy klinik europejskich (Charcot, Nothnagel, Pirogow, Chałubiński). A jest to, zaiste, sztuka nietrudna, wymagająca trochę dobrych chęci, a dająca lekarzowi wielką wygraną, ogromny atut a często zadowolenie wewnętrzne w życiu społecznym.

Poczytałbym za wielką zasługę farmakologowi, wykładającemu też recepturę, gdyby kilka godzin w roku *ex cathedra* poświęcił temu działowi, a na egzaminie wymagał znajomości jego.

Przyznam się, że może pod wpływem tego właśnie, że mój dawny farmakolog i farmakognosta (Kobert i Dragendorff) wymagali tego na egzaminie, nigdy nie czułem się później poważnie urażony w swej ambicji korporacyjno-lekarskiej, gdy słyszałem, że tu i owdzie Władze Komunalne, Naczelnik Kasy Chorych, Inspektor Szpitalny lub Prezydjum Bractwa Dobroczynnego podczas wojny lub po wojnie zwracały się do swoich lekarzy urzędujących, aby oszczędniej zapisywali leki. Nie traktowałem tego nigdy jako wypowiedzenie walki lekarzom lub obrazę cechu lekarskiego, jako *casus belli*. Załowałem w tych razach, że inicjatywa nie wyszła właśnie z łona lekarzy lub gremjum lekarzy i aptekarzy, lecz z łona osób mniej powołanych lub mniej kwalifikujących się.

Nie robię nigdy zasadniczej różnicy między chorym prywatnym, a szpitalnym. Wszak są recepty, które można niewątpliwie o połowę taniej otrzymać, gdy je jako proszek (*Puly. Liquiritiae* 15.0) przepisujemy w tutce (15 groszy), nie zaś w pudełku (35 groszy), a w sprzedaży odręcznej znacznie taniej niż z recepty lekarskiej. Wszak są liczne leki (*expeditio elegantissima, expeditio pouper*), które można łatwo w domu sposobem gospodarczym (brom, salicyl, jod) podług przepisu spreparować.

Można wszak bez wielkiego uszczerbku dla chorego nieprzystępny środek zagraniczny zastąpić tanim krajowym, drogi specyfik zamienić analogiczną tanim receptą, najnowszy i mało wypróbowany środek reklamowy z korzyścią zastąpić mniej drogim lekiem dawnej daty, który dziesiątki lat przechodził przez krzyżowy ogień prób klinicznych.

Są niewątpliwie przypadki, gdy najdroższy środek jest właśnie najtańszy, o ile istotnie szybko sprowadza ulgę, skracając w wybitnym stopniu godziny, cierpienie lub dni niezdolności do pracy.

Nowy środek zawsze się nadaje w pierwszych latach jedynie do prób systematycznych w klinice i szpitalu, mniej w Kasie Chorych i ambulatorjach przyszpitalnych, a już najmniej w praktyce prywatnej, gdzie przeciętny chory wyjątkowo się trzyma — u nas przynajmniej — jednego lekarza, któryby mógł sumiennie sprawdzić działanie nowego leku.

Nie wiem, czy przepisywanie kilku lekarstw jednocześnie, polipragmazją zwane, — moda powszechnie u nas od okresu powojennego panująca — jest częściej bezkrytycznym żądaniem chorego, któremu lekarze niewolniczo i niepotrzebnie ulegają, czy też jest raczej wyhykiem lekarzy ordynujących. Mam wrażenie, że starsi lekarze, służący za wzór młodszej generacji, nie małą ponoszą winę, zbyttno licząc się ze starą, raczej partaczą, niż poważnego lekarza godną maksymą średnio-wieczną: *ut aliquid fieri videatur, ut aliquid fecisse videamur*.

Nie przeczę, właśnie jako neurolog, że tu i owdzie przepisuje czasem biedakowi — hypochondrykowi *solaminis causa* niezupelnie konieczne ziółka lub kropelki, ale nigdy mu nie zaordynuję specyfiku włoskiego lub angielskiego, po które z pełną kieszenią oblatywać musi całe 24 godziny wszystkie apteki, źródła i przedmieścia, również nie przyjdzie mi nigdy do głowy, biedakowi, w myśl przebrzmiałej maksymy *ut aliquid fiat*, dać jedną receptę przed, drugą receptę

po jedzeniu, wodę z źródeł oryginalnych wśród jedzenia, a kąpiele ze solanki naturalnej na noc.

Nie widzę przeto—jak mówiłem—nic złego w tem, gdy jakiegokolwiek władze, dla których między innymi i ten punkt apteczno-lekarski stanowi *punctum saliens existientiae*, zwracają w grzecznej formie bądź to przez lekarza naczelnego, bądź też prezesa instytucji, jednemu lub drugiemu lekarzowi uwagę, że rozrzućnie przepisuje lekarstwa, że szafuje codziennie groszem publicznym ofiarodawców, groszem zrzeszonych, ubezpieczonych, pensjonarzy szpitalnych, przepisując stałe zamiast taniego identyczne drogie lekarstwo, zamiast jednej stałe kilka recept, dając na prawo i lewo kwarcówki, diatermje, zastrzyki, drogie kąpiele i najwyszukańsze zabiegi elektrolecnicze.

Dlaczego mam się obrażać, że mnie lekarz naczelnym poucza, jeśli sam niejednokrotnie, przeglądając dyskretnie na konsultacji setki recept poprzednich lekarzy, wspólnie z konsultantem pokpiwam sobie z nich, znajdując po siedm ingrediencji, trochę na żołądek, trochę na serce, na nerwy i dwa syropy w miksturze jako *corrigentia*, aby popusć do reszty to, co i bez tego było nie do wzięcia, a co przy dodaniu szczypty cukru, czekolady, marmelady byłoby jeszcze jako tako znosne. (Ciekawy zbiór takich monstrualnych recept autentycznych z ostatniej epidemii grypy zestawili w Niemczech Nottbaum).

Nigdy nie potrafię zrozumieć, dlaczego, jeśli każdy w ciężkich chwilach życia usiłuje oszczędzać, a czynią to obecnie wszak całe narody, dlaczego miałyby się zrzec tego lekarz początkujący, obsługujący przeważnie klientelę niezamożną lub instytucje komunalne i dobroczynne. Nie pojmuję, dlaczego lekarz ubogich — biorę pierwsze z brzegu przykłady — miałyby na zwykły reumatyzm przepisać od razu salofen i diplosal, a nie zwykły salicyl lub herbatkę potopędną; na ostrą niedyspozycję żołądka cascargę lub naturalną wodę kisingeńską zamiast zwykłej gorzkiej wody lub ziół przeczyszczających; na miejscowy ból koniecznie zagraniczny salenal, a nie krajowy spirytus kamforowy lub opodeldok; na bezsenność krótkotrwałą koniecznie szwajcarski allonal i didial, a nie brom z makowcem lub dawno wypróbowany luminal. Nie uznaję w recepturze środków głównych, pomocniczych, korygujących i t. p. Są tylko leki niezbędne i pożyteczne, są zbyteczne i szkodliwe.

Nie poruszam tu wielkiej dziedziny leczenia prosteinami, surowicami i szczepionkami, gdzie niezawsze 5 krotnie droższy preparat jest też 5 krotnie skuteczniejszy. Lekarz—praktyk musi np. wiedzieć, że tabletki fabryczne, absolutnie pewne co do zawartości, są o wiele tańsze i przyjemniejsze w użyciu od proszka, trudniej dającego się ściśle dawkować; że zależnie od obojętnej masy pigułkowej — najtańsze są drożdże (*faex medicinalis*)—i masy pokrywające mogą się pigułki podnieść i paść w cenie dwukrotnie; że wstrzykiwanie jałowce mogą być dla szpitali preparowane w oddzielnych ampulkach i w większych flaszeczkach ze szklanym korkiem; że świeżo przygotowana sztuczna woda mineralna jest pożyteczniejsza w użyciu, bardziej czynna i o wiele tańsza od naturalnej, sprowadzonej przed laty. Publiczność, podążająca za postępem medycyny złotym krokiem, trzyma się dotąd, jak przed 30 laty, maksyml używania naturalnej Vichy i Leviso, wierny nadal we wszechmoc i wyłączną używalność kąpiele słonych naturalnych przy wszelkich bólach kości, mięśni i stawów, ostrych i przewlekłych, uważa za aksjomat wyłączną dopuszczalność we wszelkich chorobach wewnętrznych białego mięsa, a nie czarnego i t. p.

Jasna rzecz, że jeśli mamy przekonanie, iż droga chinidyna lepiej działa w częstoskurczu od chininy, lub że droga chinina w zimnicy lepiej działa od taniego sinku metylowego, to je będziemy stosowali, jak nieodmówimy sobie neosalwaršanu i bizmutu, jeśli wierzymy w nie więcej, niż w tanią rtęć i jod. Nie rozumiem atoli, dlaczego mam ubogiemu choremu przepisywać tygodniami patentowane aspirynę i luminal za drogie pieniądze, gdy mogę to mieć trzykrotnie tańiej, dodając króciutką uwagę „*loco paratum*” lub formułkę chemiczną: *acid. acetosalicylicum* oraz *acidum phenylaethyl-barbituricum*, lub też nazwę oficjalną, przez farmakopeję uznaną, zamiast patentowej. Że to samo ma miejsce z drogiemi patentowanemi kombinacjami zwykłych tanich środków (np. sedobrol, eunatrol, pyrenol, antysklerozyna), wspominać mimochodem.

Nie dziwi mnie wcale, że niektóre szpitale i kasy za

granicą protestują, obciążając upartych lekarzy kosztami, stąd ponoszonemi, a wynoszącemi nieraz setki tysięcy miesiecznie. Trudniejszą jest rzeczą zwalczyć głód recept, jaki panuje częściej wśród niepłacących pacjentów filantropijnych i ubezpieczonych, niż wśród honorujących lekarza chorych prywatnych. Dowiedziono niezbitnie, że kasowi chorzy przeciętnie spożytkowują 4 razy więcej leków od prywatnych. Ci ostatni, wybierając się na poradę, dobrze się nieraz obliczają, czy im starczy jeszcze grosza na jedną lub dwie recepty.

Usiłowano wprawdzie w wielu instytucjach ubezpieczeniowych, zwłaszcza angielskich i niemieckich, w celu zapobiegania zbytniemu i nieuzasadnionemu głodowi leków, obciążyć pacjenta pewną częścią kosztów opłaconych, okazała się atoli ta, skądinąd dobra i wychowawcza metoda zwodniczą, a nawet szkodliwą w niektórych specjalnościach, zwłaszcza w chorobach zaraźliwych i wenerycznych, gdzie oszczędny z natury osobnik w obawie haraczu aptecznego rzadko odwiedza lekarza i przewleka miłowoli chorobę swoją.

Jak się zachować mają instytucje, które zmuszone są dbać o oszczędność, ściśle się wyrażając, zapobiegać rozrzucności w przepisywaniu recept? Odpowiedź na pytanie to jest bynajmniej niełatwa. Jeden lekarz ma zwyczaj wynotowania pacjentom swoim pokarmów i napojów poleconych i dozwolonych, drugi zaś szkodliwych i zabronionych. Jedna instytucja drukuje dla swoich lekarzy spis leków dozwolonych, inną drukuje **tabulam medicinarum prohibitarum** czyli środków niedopuszczalnych, środków tak drogich, względnie tak mało wypróbowanych, że apteka pozwolić sobie na nie nie może.

Każda z tych metod ma swoje słabe strony, chociaż racjonalniejszą mi się wydaje pierwsza metoda, mimo, iż robi wrażenie, że wprowadza niechęco system protekcyjny, zalecając te i owe preparaty, tych lub owych firm.

Zmniejszyć zło można jedynie przez częste — conajmniej raz na rok — uzupełnianie spisu przez grono lekarzy praktyków i teoretyków, wspólnie z aptekarzami, którzy nie wyłącznie taniść i rentowność na względzie mają, nie wyłącznie krajowość preparatów lub osobiste sympatje do fabrykantów. Przydałoby się do spisu leków załączyć spis zamienników, znacznie zniżających cenę, właśnie dla chętnych i nieświadomych lekarzy, którzy się żyli z atmosferą receptury ekonomicznej.

O wzbronionych wskutek drożyzny lekach wogóle nie powinno być w szanującej się instytucji mowy. Niema dla cierpiącego zbyt drogiego leku, byleby tylko kość cierpienia i nie dał się zastąpić również dobrym i tańszym lekiem.

Nie wspominać bliżej o bardzo modnych w medycynie obecnie środkach odżywczych, które mnożą się w każdym kraju z dnia na dzień, a zawierają w najlepszym razie mieszaninę niewyborowego mleka skondensowanego, nie przedniego gatunku kakao i cukru i niezbyt świeżego zółtka jaj. Surogat krajowy, o wiele pewniejszy, stanowiłaby zwykła mieszanina powyższych ingrediencji. Niestety, 2/5 targu odręcznego apteki stanowią podobno właśnie reklamowane gorąco i protegowane przez lekarzy nawet u niezamożnych pacjentów specyfiki, wśród których prym trzymają przeważnie takie, które zawierają jedynie pospolite mieszaniny, nawet bez oryginalnej idei farmakologicznej lub chemicznej. Ja osobiste, przepisując środek „odżywczy”, asekuruję się nieraz w ten sposób, że polecam im go brać na dużej szklance mleka z całym jajkiem i pełną łyżką kakao lub cukru.

Musj lekarz obowiązkowo posiadać sztukę przepisywania w odpowiednim miejscu odpowiedniego leku w odpowiedniej formie i odpowiedniej ilości.

Jak dalece waha ją się ceny w zależności od samego preparatu farmaceutycznego, nie zaś od substancji czynnej, widać z licznych zestawień lekarzy i aptekarzy zagranicznych, którzy tym obliczeniom specjalne prace poświęcali. Przytaczam poniżej kilka wymownych cyfr z nowszych tablic Rappa (Monachjum).

Extr. filicis maris 4,0 z tamaryndą	kosztuje około	0.80
Taż ilość w specyfiku Tritil	—	3.00
Oleum Chenopodii anthelminticum w oliwie	—	0.45
Taż ilość w specyfiku Oxural	—	5.05
Jeden gr. żelaza w pig. z Ferrum reductum	—	0.24
— — — w tabletkach triferriny	—	0.75
— — — w hematogenie	—	4.10

— — — — w perdynaminie 40.50  
 Jeden miligram kwasu arsenowego w **Liquor Ziemsseni**  
 kosztuje około 0.10  
 — — — — w **Liquor Fowleri** 1.03  
 — — — — w **Arsenferratis** 35.30

Z tych kilku drobnych przykładów widać jasno, jak dalece budżet apteczno-lekarski każdej instytucji leczniczej znajduje się jedynie i wyłącznie w rękach lekarzy. Brałem pierwsze z brzegu przykłady z interny. O wiele obfitszy byłby połów, gdybym brał wzory z chorób zewnętrznych, których rozmyślnie unikałem, zwłaszcza z dziedziny chirurgji i dermatologii.

Oszczędne a jednocześnie racjonalne leczenie chorych prywatnych jest możliwe, w niezamożnym społeczeństwie wskazane, a w instytucjach państwowych, komunalnych, samorządowych, społecznych i ubezpieczeniowych konieczne.

Nie poruszam w tem miejscu sprawy pokrewnej, również w zakresie lecznictwa wchodzącej, sprawy wskazań do stosowania u osobników bardzo niezamożnych miejscowości kuracyjnej: dalekiego wyjazdu w góry dla powietrza, do wód mineralnych dla picia, do źródeł naturalnych dla kąpiele, tam, gdzie wszystko to jest niekoniecznym, w najlepszym razie nie przeciwwskazanym. Znamy wszyscy ten typ chronika z warstwy uboższej, który z minimalną nadzieją na wyleczenie pędzi w dalekie kraje obce,

by napawać się leśnym powietrzem w obcym sobie otoczeniu na poddaszu lub jako sublokator w przeładowanym alkie-rzyku, by zapijać się Mühlbrunnem bez śniadań i wieczerzy, by kąpać się według przepisów kuracyjnych w solance naturalnej, w oryginalnym błocie miejscowem, redukując stopniowo w miarę wyczerpania się funduszów i tak już subnormalną porcję chleba, masła i rozrywek.

Nie neguję bynajmniej bezwzględności czynnika psychicznego zdrojowisk i uzdrowisk, ale pewne minimum czynników materialnych, momentów somatycznych jest przytem konieczne, jeśli nie chce się wyrządzić choremu więcej krzywdy niż korzyści. Lekarz może z czystym sumieniem zaoszczędzić niepotrzebnych kosztów instytucji i wiele zmartwienia oraz zdrowia chorego, właśnie nie dając mu do skosztowania „dobrodziejstw” miejscowości kuracyjnych bez należytego entourage'u, bez odpowiednich warunków zewnętrznych.

A wszak nakaz wydany przez lekarza jest często dla chorego rozkazem bezapelacyjnym, nawet gdy go nie zatwierdza Komisja Kasy Chorych lub Zarząd Organizacji Zawodowej. Od nas lekarzy zależy nadać racjonalne formy: a) nie z błędnej, b) pożądaniej i c) zbytecznej pielgrzymce chorych, zwłaszcza mniej zamożnych, do zagranicznych lub krajowych miejscowości kuracyjnych. I w tej dziedzinie obowiązuje lekarza indywidualizacja ścisła, umiejętnego stosowanie, gdzie potrzeba recepturae oeconomicae.

## MEDYCyna Społeczna

### Organizacja Służby Zdrowia w Jugosławji.

Podał

Czesław WROCZYŃSKI (Warszawa).

Organizacja służby zdrowia w państwie nowoczesnem w całokształcie, złożonym z organów państwowych, samorządowych, społecznych, stanowi ogromnie ważny dział życia publicznego i społecznego narodu.

Rozwój służby zdrowia, instytucji zdrowotnych w poszczególnych krajach wskazuje, że sprawy zdrowia publicznego nie mogą być traktowane, jak to się dzieje naprz. w zakresie instytucji administracji politycznej, jako całość organicznie jednolita, rozwijająca się według jednego planu.

W kształtowaniu się spraw zdrowotnych często rolę niemal decydującą odgrywają różne czynniki przypadkowe, konieczności chwilowe, które zmuszają ustawodawcę i administratora do interwencji. Wskutek tego, zagadnienia sanitarne przedstawiają w rozmaitych warunkach, zależnie od miejsca i czasu, zupełnie odrębną postać.

Środki techniczne i środki moralne, jakimi państwo rozporządza w danej chwili, są w różnych krajach zupełnie różne i nadają zupełną swoistość każdej administracji sanitarnej. Stąd pochodzi trudność porównywania organizacji sanitarnych w różnych krajach.

Organizacja służby zdrowia w Jugosławji przedstawia dla nas Polaków niezmiernie ciekawy przedmiot studjów, a to z różnych powodów:

Przedewszystkiem łączą nas z tym bratnim narodem tak ściśle więzy przyjaźni, że każdy krok naprzód w dziedzinie rozwoju kulturalnego Jugosławji jest naszym wspólnym dorobkiem, jest w każdym razie dorobkiem Słowiańszczyzny. Tak, jak Polska, Jugosławja od roku 1918 dąży do odbudowy kraju, do

rozwoju kultury i dąży w niektórych dziedzinach nader szybkim krokiem, co ze zdumieniem stwierdza każdy, kto miał sposobność zwiedzić ten piękny kraj. Co się tyczy rozwoju służby zdrowia, to posiadając Jugosławją wiele wspólnych cech, wiele wspólnych zadań, i muszę stwierdzić, że i dzisiaj z korzyścią dla nas możemy wyzyskać w niektórych dziedzinach to doświadczenie, jakie tam publiczna służba zdrowia zdobyła.

Podobnie, jak to jeszcze było przed 3-ma laty w Polsce, Jugosławja od roku 1918 posiada Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Do zadań tego Ministerstwa należy zasadniczo całokształt spraw sanitarnych w Państwie i uregulowanie i ujednostajnienie ustawodawstwa sanitarnego, odziedziczonego w różnych dzielnicach kraju po rządach zaborezych. Ustawodawstwo służby zdrowia w Jugosławji składało się z ustaw serbskich, austriackich, węgierskich, czarnogórskich i bułgarskich. Pod względem kompetencji należy zaznaczyć, że, podobnie jak u nas, sprawy higieny szkolnej należą w Jugosławji do kompetencji Ministerstwa Oświecenia, a sprawy ubezpieczeń społecznych, Kas Chorych, do Ministerstwa Opieki Społecznej. Jak ważną sprawą w Jugosławji są sprawy zdrowia publicznego, daje temu wyraz Konstytucja, której art. 23 głosi, że sprawy pracy znajdują się pod nadzorem Państwa, że kobiety i dzieci pracujące, powinny być chronione przed szkodliwym wpływem pracy, o ile ma ona wpływ ujemny na zdrowie.

Art. 27 Konstytucji powiada, że należy do obowiązków Rządu poprawa ogólnych stosunków higienicznych w Państwie, higiena społeczna, ochrona matek i dzieci, ochrona zdrowia wszystkich obywateli, walka z chorobami chronicznem i ostremi, walka z alkoholizmem, organizacja bezpłatnej pomocy lekarskiej i bezpłatnego dostarczania leków dla ochrony zdrowia biedniejszej ludności, która tego potrzebuje. Art. 23 Konstytucji przewiduje i zapewnia opiekę

Państwa sierotom wojennym, wdowom i krewnym żołnierzy, którzy zginęli w czasie wojny. Specjalna ustawa przewiduje możność szkolenia inwalidów oraz sierot żołnierzy.

W celu dokładniejszego porównania ogólnego aparatu administracyjnego Jugosławji z naszą administracją, przypominam, że Jugosławja liczy obecnie około 12 milionów mieszkańców, że równoznacznik dla naszego podziału na województwa stanowi w Jugosławji podział na oblasti (żupanaty), których jest 33, a więc stanowią znacznie mniejszą jednostkę administracyjną, niż nasze województwa. Oblasti podzielone są nie na powiaty, jak u nas województwa, lecz na srezzy, których jest około 400.

Przejdę teraz do organizacji władz sanitarnych w III, II i I-ej instancji. III-cią instancję stanowi, jak już wspomniałem, Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Ma ono cztery departamenty:

- 1) administracyjno-budżetowy,
- 2) farmaceutyczny,
- 3) służby sanitarnej,
- 4) higieny.

Do zakresu działania tego ostatniego departamentu higieny należy higiena społeczna i ogólna, choroby zakaźne, walka z niemii i naukowe badania tych chorób, propaganda i uświadomienie ludności, statystyka, wszelkie instytucje, stwarzane do walki z chorobami zakaźnymi, jakoteż wszelkie instytucje, dotyczące się higieny społecznej, sprawy personalne, lekarzy, pracujących w tych instytucjach. Ministerstwo posiada na terenie 10 inspektoratów krajowych, które są ekspozyturami Ministerstwa. Inspektoraty te sprawują czynności kontroli rachunkowej i administracyjnej.

Przechodzę do szczegółowego omówienia akcji czwartego departamentu higieny, mającego największe znaczenie higieniczno-społeczne. Na czele tego departamentu stoi dzisiaj jeden z najwybitniejszych ludzi służby zdrowia na kontynencie europejskim, Dr. Stampar. W II-ej instancji czynności sanitarne sprawują referenci lekarze przy oblastiach (żupanatach).

W I-ej instancji pracuje około 400 lekarzy sreszkich, t. j. powiatowych. Lekarze I i II instancji, tak jak u nas płatni są tak samo, jak i inni urzędnicy państwowi, a więc dosyć skromnie. Prawie wszyscy zajmują się praktyką prywatną, i typ tych lekarzy daleko odbiega od tego wzoru lekarzy sanitarnych pełnopłatnych, którzy nie mają prawa wykonywania praktyki prywatnej, jak to ma miejsce np. w Anglii, w Ameryce. Do takiego typu idealnego lekarza-higienisty dążą dzisiaj wszystkie nowoczesne administracje sanitarne, dąży do tego też i Polska, lecz największą trudnością tutaj jest możność odpowiedniego wynagradzania, gdyż tylko w tym wypadku można żądać od lekarza, ażeby całkowicie poświęcił się sprawie higieny. W organizacji Departamentu higieny Dr. Stampar całkowicie potrafił zrealizować ten tak ważny postulat i stworzył organizację zupełnie specjalną, zupełnie swoistą, w której obecnie pracuje około 120 lekarzy, i która znajduje się poza normalnym aparatem lekarzy sanitarnych wojewódzkich (żupańskich) i lekarzy powiatowych (sreszkich). W organizacji tej pracują przeważnie ludzie młodzi, po-

siadający wszyscy specjalne wykształcenie higieniczne i odpowiednie uspołecznienie. Cała ta praca odbywa się na podstawie szerokiego programu, opracowanego w myśl zasad medycyny zapobiegawczej. W tym celu Dr. Stampar uzyskał uchwalenie specjalnej ustawy o tworzeniu specjalnych niezależnych zakładów sanitarnych celem zwalczania chorób zakaźnych i organizacji bezpłatnej pomocy lekarskiej. Ustawa ma charakter ustawy ramowej i uprawnia Ministerstwo Zdrowia do stwarzania takich instytucyj, tworzenia przychodni, instytutów bakteriologicznych, stacyj epidemiologicznych ruchomych i stałych, laboratorjów i poliklinik. Art. 2 ustawy przewiduje bezpłatną pomoc lekarską w tych wszystkich instytucjach. Art. 3 upoważnia do uzyskiwania specjalnych kredytów na ten cel. Art. 5 przewiduje specjalne place dla personelu tej instytucji według norm, przewidzianych dla lekarzy epidemicznych. Wynagrodzenie tych lekarzy wynosi od 5000 do 6½ tysiąca dinarów, co na stosunki jugosłowiańskie jest znacznym wynagrodzeniem. Prócz tego personel pomocniczy również jest płatny z tych kredytów. Przewidziane są specjalne ułatwienia, jak bezpłatne mieszkania, opał, a nawet w niektórych wypadkach całkowite utrzymanie. Cały personel D-ra Stampara pracuje w specjalnych instytucjach i zakładach, kierownicy zakładów posiadają wielką samodzielność. Żaden z lekarzy bezwzględnie praktyką lekarską się nie zajmuje.

Zanim przejdę do omówienia szczegółowego tych instytucyj, stworzonych przez D-ra Stampara, chciałbym powiedzieć słówko o budżecie Ministerstwa Zdrowia Publ. Budżet ten w r. 1924 i 1925 wynosił 228 milj. dinarów, t. zw. około 25 milj. zł., stanowiąc prawie 3% ogólnego budżetu państwowego. Przypomnę, że budżet Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia w Polsce wynosi w tym samym okresie zaledwie 0,5% ogólnej sumy wydatków państwowych. Trzeba jednakże zaznaczyć, że w budżecie Jugosławji w tych 288 milionach bardzo znaczną pozycję stanowi utrzymanie szpitali, które na zasadzie ustawy z r. 1889 w województwach i powiatach (oblastiach i srezach) są państwowe, ale departament higieny na walkę z gruźlicą, (chorobami wenerycznymi), propagandę higieny posiada kredyt 44 milionów dinarów, t. zn. przeszło 4 miliony złotych, gdy Polska na te same wydatki rozporządza kredytem w budżecie na r. 1926 zaledwie 3 miliony 600 tysięcy złotych, mając ludność prawie trzykrotnie większą, niż Jugosławja.

#### Organizacja zakładów D-ra Stampara.

Szkolenie personelu służby zdrowia.

I. Uniwersytety. Jugosławja posiada trzy wydziały lekarskie: w Belgradzie, Zagrzebiu i Lublanie. Wydziały lekarskie w Zagrzebiu i Belgradzie posiadają katedry medycyny społecznej, która nie jest jednakże przedmiotem obowiązującym. Po ukończeniu 10 semestrów absolwent medycyny odbywa roczną praktykę szpitalną. Jeżeli chce się poświęcić sprawie higieny, może tę praktykę odbyć w jednym z wielkich zakładów higieny. W ten sposób od razu na Uniwersytecie przyszli lekarze dzielą się na dwie grupy: I. lekarzy, którzy mają zamiar zajmować się prak-

tyką prywatną, to zn., używając wyrażenia D-ra S t a m p a r a, medycyną jednostek, i II. kategoria lekarzy higienistów, poświęcających się terapii społecznej.

II. Specjalne zakłady szkolenia służby zdrowia.

1. Szkoła higieny w Zagrzebiu. Szkoła ta znajduje się obecnie w stadium budowy, w której znaczny udział bierze Fundacja Rockefellera. Szkoła przeznaczona będzie dla lekarzy higienistów z kursem rocznym, rozporządzać będzie całym szeregiem pracowników, biblioteką i wzorowymi ośrodkami zdrowia na terenie, organizowanymi według wzoru, jaki ustaliliśmy w Polsce dla ośrodka, który powstał w Mokotowie (w Amelinie) i w pow. Skierniewickim. Ośrodki takie przeznaczone są pomiędzy innymi do celów zademonstrowania wzorowych organizacji sanitarnych, czy to miejskich, czy wiejskich. Stanowią one stacje doświadczalne dla personelu, kształcącego się w Szkole.

2. Szkoły dla personelu pomocniczego. Jugosławia posiada już dzisiaj cztery dla pielęgniarek, higienistek z normalnym kursem 2-letnim w Belgradzie, Zagrzebiu, Serajewie i Lublanie. Higienistki pracują w dziedzinie higieny szkolnej, w walce z gruźlicą, z chorobami wenerycznymi, w opiece nad matką i dzieckiem. Nie będę podkreślał olbrzymiego znaczenia tego personelu w nowoczesnej organizacji służby zdrowia — rzecz powszechnie znana.

3. Szkoły dla dezynfektorów (dozorców sanitarnych), z kursem 6-miesięcznym w liczbie 5-ciu w Belgradzie, Lublanie, Zagrzebiu, Serajewie, w Nowym Sadzie. Personel ten odgrywa wielką rolę w akcji zwalczania chorób zakaźnych.

4. Specjalna szkoła w Trogirze dla szkolenia personelu do walki z malarją.

Liczba tych instytucyj i rozwój ich wskazuje, jak ważną rzeczą według D-ra S t a m p a r a jest szkolenie personelu, bez którego nawet największe zamierzenia i największe kredyty nie będą dostatecznie wykorzystane.

Centralny Państwowy Instytut Higieny w Belgradzie.

Łącznie z uzupełniającymi go dwoma instytutami medycyny społecznej w Belgradzie i Zagrzebiu jest w organizacji D-ra S t a m p a r a centralną instytucją, która ześrodkowuje całą praktyczną i teoretyczną robotę na całym terenie państwa w dziedzinie walki z chorobami zakaźnymi, w dziedzinie propagandy higieny i medycyny społecznej. Instytut ten z olbrzymim nakładem kosztów został wybudowany w Belgradzie. Na czele zakładu stać będzie dwóch dyrektorów: pierwszy, który ujmie sprawy techniczne laboratoryjne, drugi prowadzić będzie pracę praktyczną na terenie i udzielać wskazówek w tym zakresie instytucjom prowincjonalnym. Ażeby zdać sobie sprawę, na jaką skalę instytucja ta została zakrojona, wystarczy powiedzieć, że składa się ona z 4-ech gmachów. W pierwszym mieszczą się laboratorja, przy czem ubikacyj laboratoryjnych jest 88, w pozostałych trzech mieścić się będzie wspaniały doświadczalny szpital dla chorych zakaźnych na 500 łózek. Zakres pracy Instytutu jest następujący:

1. Wyrób surowic i szczepionek.
2. Djagnostyka bakteriologiczna.

3. Kontrola produktów żywności i wody.
4. Badanie i walka z chorobami zakaźnymi.
5. Szkolenie lekarzy.
6. Walka z przewlekłymi chorobami zakaźnymi.
7. Badania naukowe.

Instytuty medycyny społecznej: w Belgradzie i Zagrzebiu.

Instytut w Belgradzie jest to jednostka specjalna, wykonywująca pracę praktyczną i teoretyczną w dziedzinie higieny społecznej, mając na celu przede wszystkim ustalenie wzorów, po angielsku standardów, ludności jugosłowiańskiej oraz przeprowadzająca badania demograficzne i z dziedziny chorób społecznych — bada więc wpływ rozmaitych czynników na stan zdrowotności. Instytut posiada: 1. laboratorium biometryczne i antropometryczne z potrzebnymi aparatami, 2. biuro techniczne, 3. biuro statystyczne, 4. bibliotekę, 5. biuro sporządzania tablic i wykresów, 6. kolekcję modeli, tablic i zestawień, 7. biuro propagandy, 8. biuro wydawnictw naukowych i popularnych. Praca tego Instytutu wydała już rezultaty zupełnie konkretne. Instytut przeprowadził badania biometryczne i antropometryczne 2-ech tysięcy rodzin w Belgradzie i wielkiej liczby dzieci szkolnych. Ustalony został normalny wzrost, waga i cechy antropometryczne miejscowej ludności. Instytut prowadzi wzorowo statystykę zgłoszonych przypadków chorób zakaźnych i zorganizował niewielkie, lecz bardzo piękne muzeum higieny. Biuro wydawnictw popularnych przygotowało cały szereg bardzo ciekawych wydawnictw i broszur we wszelkich działach higieny. Może najciekawsza jest propaganda, prowadzona przez instytut. Obejmuje ona tworzenie muzeów i wystaw ruchomych higienicznych, organizuje cały szereg odczytów i konferencyj, ilustrowanych przezroczami i filmami. Instytut posiada własną wytwórnię filmów, organizowane są specjalne przedstawienia teatralne ludowe dla propagandy higieny. Pomijam wielką liczbę tablic i ulotek, bardzo pięknie opracowanych. Instytut w Zagrzebiu posiada zupełnie podobny zakres działania.

Te trzy instytuty — Centralny, Higieny i dwa instytuty medycyny społecznej — stanowią aparat, który faktycznie kieruje całą organizacją D-ra S t a m p a r a.

Instytuty i zakłady prowincjonalne do walki z chorobami zakaźnymi 2-go rzędu.

Instytuty te w liczbie 9-ciu podlegają Centralnemu Instytutowi w Belgradzie i noszą nazwę zakładów epidemjologicznych. Zakres działania tych zakładów obejmuje djagnostykę bakteriologiczną. Niektóre posiadają oddziały chemiczne do badania produktów żywności i zależnie od warunków oddziały szczepień pasteurowskich; np. zakład w Niszu, przeprowadza przeszło 3 tysiące szczepień pasteurowskich rocznie. Zakłady te nie mają charakteru tylko badawczo-naukowego, lecz również faktyczny w dziedzinie walki z chorobami zakaźnymi i propagandą. Dwa zakłady posiadają zupełnie specjalny charakter, a mianowicie Instytut chorób tropikalnych w Skoplje i instytut malaryczny w Trogirze. Obydwa mają na celu przede wszystkim walkę z malarją. O czynnościach

praktycznych tych zakładów na terenie będzie mowa przy omawianiu walki z malarją.

Instytuty trzeciego rzędu są to pojedyncze stacje bakterjologiczne, noszące nazwę „epidemiczkiej za-wod“ lub „stacja bakterjolska“.

Stacyj tych jest już obecnie 23. Zależne one są od wyżej wymienionych zakładów epidemiologicznych 2-go rzędu. Większość tych stacyj mieści się w barakach dekentowskich. Niektóre ze stacyj są ruchome i w miarę potrzeby tworzone są w różnych miejscach. Każda stacja ma swój terytorjalny okrąg działania, jest wyposażona w potrzebny personel i środki pomocnicze, aparaty dezynfekcyjne, leki, szczepionki, surowice i personel pielęgniarek higienistek, znajdujących się pod kontrolą bakterjologa. Bardzo często stacje te dysponują środkami do przewożenia chorych, instalacjami dezynsekcijnymi. Jest rzeczą niezmiernie godną uwagi, że personel kierowniczy tych stacyj należy do kategorii bakterjologów, będących jednocześnie praktycznymi epidemiologami, których zadaniem jest nie tylko djagnostyka bakterjologiczna, lecz również praktyczna walka z chorobami zakaźnymi na terenie i nawet propaganda.

Zakłady 4-go rzędu, t. zw. ośrodki zdrowia, znajdujące się po wsiach i mniejszych miejscowościach Serbja południowa posiada ich 18, Dalmacja 2, Monte Negro 8, Hercegowina 11, Krocacja 3, Serbja północna 2. Ośrodki te zwane „domy zdrowia“ i „zdrawstwiennicze stacje“, są to baraki lub domy budowlane, urządzone z współudziałem miejscowej ludności i przy poparciu pieniężnym Ministerstwa Zdrowia; w tych ośrodkach są kąpieliska ludowe, aparaty dezynfekcyjne, biblioteki publiczne, lokal dla odczytów, pokazów i demonstracyj, ambulatorja i dispensery, w których zawsze znajduje się higienistka. Ośrodki prowadzą na wielką skalę propagandę, urządzają cały szereg wykładów i odczytów z dziedziny gotowania i przyrządzania potraw, ochrony zdrowia, budowy studzien, asenizacji gmín. W ośrodkach rozbudowane są siatki ochronne od komarów, a nawet łózka dla mieszkańców wsi, znajdujących się na bardzo niskim poziomie.

W ten sposób cały aparat służby zdrowia, zorganizowany przez departament higieny z Dr. Stamparem na czele, składa się z całego szeregu instytutów, zakładów, stacyj bakterjologicznych i epidemiologicznych, ośrodków zdrowia i przychodni i funkcjonuje zupełnie niezależnie od całego aparatu lekarzy żupańskich i szeskich, stanowiąc bardzo piękną, godną uwagi organizację.

Postaram się teraz wykazać, w jaki sposób prowadzona jest walka z chorobami zakaźnymi, społecznymi w tej organizacji. Lekarze szeszy zbierają przypadki chorób zakaźnych i podają te przypadki do wiadomości stacyj bakterjologicznych. W znakomitej części przypadków na tem rola ich się kończy. Kierownicy stacyj bakterjologicznych, posiadając środki transportowe w postaci automobili i koni, sprawdzają te przypadki, zarządzają odosobnienie chorego w szpitalu, o ile zachodzi tego potrzeba, przeprowadzają szczepienia, dezynfekcję, dezynsekcję i t. d.

Walka z malarją.

Zagadnienie malarji wysuwa się na pierwszy plan zwalczania chorób społecznych. Statystyki wykazują, że około 10% ludności jugosłowiańskiej choruje na

malarję. Wszystkie trzy postacie malarji występują w Jugosławji: *tertiana*, *quartana* i *tropica*. Sposoby zwalczania tej klęski są, zdaje się, zupełnie racjonalne w tamtejszych stosunkach. W Macedonji walką z malarją kieruje instytut chorób tropikalnych w Skoplie. Sposób działania jest niezmiernie prosty. Okolice, dotknięte zimnicą, podzielone są na obwody terytorjalne, i w każdym z tych obwodów funkcjonuje przychodnia przeciwzimnicza. Kierownikiem przychodni jest medyk lub dozorca sanitarny. Zadaniem jego jest: 1. zarejestrowanie wszystkich chorych w osadach i wsiach w pewnym promieniu, 2. Djagnostyka mikroskopowa, 3. bezpłatne rozdawanie chininy chorym na malarję, 4. propaganda w bardzo szerokim zakresie i pouczanie ludności, jak tępić komary w mieszkaniach i zabezpieczać mieszkania przed komarami. W pewnych miejscowościach przeprowadzone są przez Ministerstwo Rolnictwa prace, mające na celu osuszanie terenów błotnistych. Metody te, mające na celu przedewszystkiem utrudnianie wylęgania się komarów, a więc zmniejszenie liczby nosicieli zarazków, a następnie zabezpieczenie się przed infekcją domową, która jest jakoby najczęstszą, są zupełnie racjonalne. Na ostatnim kongresie międzynarodowym malarycznym w Rzymie na jesieni roku ubiegłego uczeni tej miary, co Anglik pulk, James z Londynu, Dr. Chagas, Dyrektor Instytutu w Rio de Janeiro, stwierdzili stanowczo, że w ten sposób powinna być przedewszystkiem prowadzona walka z zimnicą w państwach, które tę akcję rozpoczynają.

Zwalczanie zimnicy na wyspie Kevk, gdzie zamieszkuje około 25.000 ludności na obszarze 400 klm. kw., znajduje się pod kierunkiem stacyj bakterjologicznej w Kraliewicy. Jest to wyspa górzysta, i w znacznej swej części zupełnie pozbawiona wody. Ludność korzysta z wody deszczowej, którą gromadzi w niewielkich zbiornikach t. zw. — lokwach. Lokw takich znajduje się na wyspie Kevk około 400.

Cała wyspa podzielona jest na sześć okręgów. Prócz metod, wymienionych poprzednio, stosowane jest tępienie widliszków drogą polewania powierzchni lokw naftą, rozpylania na powierzchni wody spryskowanego i zmieszanego z pyłem arsenianu miedzi (zieleń paryska, Paris green) i w drodze hodowania na wielką skalę rybek, należących do rodzaju *gambusia affinis*, które żywią się prawie wyłącznie larwami widliszków. Dwuletnie stosowanie tych metod przyczyniło się do zmniejszenia zapadalności na malarję o 70%.

Walka z chorobami wenerycznymi polega przedewszystkiem na stosowaniu propagandy i tworzeniu bezpłatnych społecznych przychodni do leczenia chorych. Przychodni takich istnieje w Jugosławji obecnie 50. Dr. Stampar kładzie znacznie większy nacisk na walkę społeczną z chorobami wenerycznymi, niż na kontrolę prostytutki. Przez przychodnie weneryczne przechodzi dziennie około 3.000 ludzi. Jedną z większych takich przychodni istnieje w Belgradzie i jest pod kierunkiem prof. kliniki chorób wenerycznych, Dra Georgiewicza.

Walka z jaglicą jest również prowadzoną przy pomocy przychodni i osiągnięto w tej walce bardzo dobre wyniki. System, przyjęty w Jugosławji różni się od systemu, stosowa-

nego w Polsce, gdyż unika się tam leczenia, jaglicy w zakładach zamkniętych, tak jak to jest u nas, i do szpitali jagliczych kierowane są tylko przypadki jaglicy sączącej z powikłaniami.

Walka z gruźlicą, prowadzona jest zaledwie od trzech lat, i obecny dorobek tej walki wskazuje 32 wzorowe przychodnie przeciwgruźlicze i cały szereg uzdrowisk, szczególnie dla dzieci gruźliczych na wybrzeżu morza Adriatyckiego.

Opieka nad matką i dzieckiem. Istnieją przychodnie dla matek ciężarnych i noworodków; w większych miastach liczba tych przychodni wynosi 12. Prócz tych przychodni Dr. Stampar przysporzył 16 poliklinik szkolnych w większych miastach. Instytucje te zasługują na wielką uwagę. Trzy istniejące polikliniki szkolne w Belgradzie opiekują się dziećmi szkół powszechnych i szkół średnich. Poliklinika taka rozporządza: 1) poczekalnią, jednocześnie urządzonej jako sala odczytowa, zaopatrzoną we wszelkie tablice, brzoszurki, ulotki, 2) gabinet lekarza internisty, 3) gabinet laryngologiczny, 4) gabinet chirurgiczny, 5) gabinet dentystyczny. Poliklinika dokonywa systematycznego przeglądu wszystkich dzieci szkolnych, przydzielonych do polikliniki, i prowadzi karty zdrowia wszystkich dzieci. Dzieci otrzymują bezpłatne porady w zakresie wymienionych specjalności, całkowite bezpłatne leczenie zębów. Dzieci niezamożne otrzymują lekarstwa. Lekarze polikliniki odbywają systematyczne konferencje z rodzicami, są lekarzami, niezajmującymi się praktyką prywatną, poświęcając się całkowicie tej pracy, cieszą się wielkim zaufaniem rodziców, co mogłem stwierdzić. Łącznie z działalnością polikliniki prowadzone jest dożywianie dzieci źle odżywianych, leczenie malarji, wysyłanie dzieci do uzdrowisk na kolonie letnie. Niektóre polikliniki rozporządzają wzorowym kąpieliskiem szkolnym. Działalność tych instytucji jest niezmiernie pożyteczna z punktu widzenia medycyny zapobiegawczej i zwalczania chorób społecznych. Jakie są wyniki tej pracy? Dane cyfrowe wykażą to w kilku słowach. W roku 1924 przychodnie przeciwweneryczne zbadały i udzieliły porad i zabiegów leczniczych 35.180 osobom. W tym czasie wykonano 28.535 odczynów Wassermana. Przychodnie przeciwgruźlicze w tym samym okresie zbadały 16.453 osoby, dokonały 6.328 prób Pirqueta i 4.826 badań płwoćiny. Higienistki dokonały 14.433 wywiadów.

Nie rozporządzając całym materiałem, nie jestem w możności podania zestawienia działalności poliklinik szkolnych. Powiem, że w samym tylko Belgradzie jedna poliklinika, do której należy 5.971 dzieci, wykonała:

- 13.898 zabiegów,
- 156 badań promieniami Roentgena,
- 2.524 badań laryngologicznych,
- 5.527 badań chirurgicznych,
- 879 zabiegów dentystycznych u dzieci.

Liczby te nie są fikcyjne, gdyż można je sprawdzić we wzorowo prowadzonych kartotekach. Walka z malarją, zakłady i przychodnie przeciwmalaryczne zbadały w roku 1924 i zastosowały leczenie u 210.910 osób.

Zakłady pasteurowskie przeprowadziły szczepienia przeciw wścieklicznie u 5.705 osób.

Przychodnie przeciwjaglicze leczyły 1.786 przypadków.

Stacje i instytuty bakteriologiczne przeprowadziły w roku 1924 180.000 badań mikroskopowych, serologicznych i chemicznych.

Te liczby mówią same za siebie. Wszystkie to zostało stworzone w przeciągu niespełna lat pięciu, i olbrzymia ta praca wskazuje na to, że człowiek, stojący na jej czele, Dr. Stampar, świadomie, celowo i konsekwentnie dążył do wykonania nakreślonego przez siebie planu. Zasady, stosowane przez niego w organizacji, są zupełnie słuszne i polegają na wyborze i wyszkoleniu odpowiedniego pełnopłatnego personelu, całkowicie poświęcającego się sprawie higieny publicznej, wyspecjalizowanego i ożywionego wielkim entuzjazmem i ideowością tej pracy. Ludzie, pracujący w tej organizacji, mają być zupełnie niezależni, nie potrzebują zajmować się praktyką prywatną. Wszelkie wydatki tej akcji ponosi Skarb Państwa, a akcja ta ma niezmierny wpływ dydaktyczny na ludność i to nawet w prowincjach, zupełnie zaniedbanych pod względem oświaty, kultury i urządzeń sanitarnych. Wpływ ten wywiera się zapomocą olbrzymiej propagandy i zresztą zapomocą bezpłatnej pomocy i opieki lekarskiej w najdalszych zakątkach kraju, do których potrafił dotrzeć Dr. Stampar. Organizacja służby zdrowia w Jugosławji była przedmiotem obrad Komitetu Higjeny Ligi Narodów, zwołana została przez ekspertów wszystkich państw zachodnich przedstawicieli fundacji Rockefellera, i wszyscy jednocześnie stwierdzili olbrzymie postępy w tej tak ważnej dziedzinie służby zdrowia i ten niezmierny dorobek, osiągnięty w przeciągu lat pięciu.

Na zakończenie chciałbym jeszcze wspomnieć, jaki jest stosunek społeczeństwa, prasy i świata lekarskiego do całej tej sprawy. Prasa codzienna bez różnicy odcieni politycznych popiera sprawę służby zdrowia. Natomiast powstał łatwo zrozumiały konflikt pomiędzy ogółem lekarzy wolnopraktykujących i organizacją Dra Stampara. Wielka liczba bezpłatnych przychodni, poliklinik, udzielających bezpłatnej pomocy lekarskiej, musiała bezwzględnie w większych miastach odbić się ujemnie na praktyce prywatnej. Wskutek tego lekarze wolnopraktykujący t. j. lekarze, jak się wyraził Dr. Stampar, zajmujący się terapią jednostek, a nie terapią społeczną, zwalczają organizację Dra Stampara wszelkimi sposobami. Jaki będzie wynik tej walki, jak się stosunki ułożą, to przyszłość dopiero wykaże. Moim zdaniem, konflikt ten polega na nieporozumieniu. Jeżeli udzielanie bezpłatnej pomocy lekarskiej na koszt Państwa bezwzględnie ujemnie odbija się na praktyce lekarskiej w większych ośrodkach, to z drugiej strony rozwój wiejskich i prowincjonalnych placówek Dra Stampara umożliwia pomoc lekarską w różnych dziedzinach takiej ludności, która w normalnych warunkach byłaby jej zupełnie pozbawiona. Stwarza się w ten sposób szereg placówek dla lekarzy prowincjonalnych, którzy mogą znaleźć zatrudnienie. Rozwój organizacji Dra Stampara zwiększa ogromnie zapotrzebowanie fachowych sił lekarskich na prowincji w dziedzinie walki z gruźlicą, chorobami wenerycznymi, malarją, jaglicą i t. d.

Jeżeli porównać te stosunki z panującymi o-

becnie w Polsce, to można stwierdzić, jak wielkie pole do pracy sanitarno-lekarskiej istnieje u nas. Mamy obecnie przeszło 400 lekarzy rządowych, około 200 lekarzy samorządowych, 800 lekarzy szkolnych, 600 lekarzy kolejowych, kilkudziesięciu lekarzy, pracujących w przychodniach przeciwwenerycznych, to znaczy, że przeszło 2.000 lekarzy w Polsce ma możność pracy bezpośredniej na polu higieny społecznej.

Nowoczesne kierunki w dziedzinie medycyny zapobiegawczej dążą do wyzyskania leczenia szerokich mas. do celów profilaktycznych. Olbrzymie pole do działania przedstawia pod tym względem leczenie w Kasach Chorych, których jest w Polsce we-

dle ostatnich danych 220, i które obracają rocznie kapitałem 120 milionów złotych. W Kasach Chorych pracuje 2.200 lekarzy. Można by dokonać wielkich postępów w kierunku walki z chorobami społecznymi, gdyby olbrzymie to pole było celowo i konsekwentnie wyzyskane. Te dane wskazują niezbicie, że kilkuset lekarzy rządowych nie może się obejść bez pomocy i współdziałania 4.000 lekarzy, pracujących, jak już wspomniałem, na placówkach lekarsko-higienicznych, czy też w Kasach Chorych, i zagadnienie służby zdrowia publicznego wymaga bezwzględnie zespolenia i wciągnięcia do pracy higienicznej i zapobiegawczej całego świata lekarskiego.

## Sprawy zawodowe

### Protokół

ze Zjazdu międzyzbowego; odbytego w Warszawie w dniach 2 i 3 maja 1926 roku.

13) Wyrok Trybunału Administracyjnego w sprawie lekarzy więziennych w Krakowie (referat d-ra Strzemińskiego).

Po rozpatrzeniu i rozważeniu wyroku Trybunału Administracyjnego w sprawie lekarzy więziennych w Krakowie, wyroku, który wyraźnie zapewnia szeroką ingerencję władz nadzorczych nie tylko w sprawach zawodowych i społecznych, ale i w sprawach etyki zawodowej, Zjazd międzyzbowy uchwala:

- a) wszystkie Izby Lekarskie powinny w skoordynowanym współdziałaniu z N. I. L. działać w obronie praw, ustalonych w ustawie, szczególnie w sprawach, dotyczących ogółu stanu lekarskiego.
- b) w razie wynikłych nieporozumień z władzami, gdy zachodzi potrzeba oddania sprawy do rozstrzygnięcia najwyższym władzom sądowym, Izby powinny występować tylko w ścisłym porozumieniu z N. I. L., lub przez N. I., która w takich razach mocna jest zasięgnąć opinii w danej sprawie innych Izb lekarskich.

14) Zjazd uchwala ujednostajnienie dla wszystkich Izb kart rejestracyjnych. W tym celu N. I. zbierze od poszczególnych Izb wszystkie wzory i prześle Izbie Krakowskiej, która na podstawie tych danych opracuje wzór i przedstawi na najbliższym posiedzeniu N. I. L.

Jeżeli zarejestrowany lekarz opuszcza Izbę i przenosi się do innej, winien przedstawić dowód wiarygodny wymeldowania się z Izby poprzedniej według następującego wzoru:

Imię i Nazwisko  
Był członkiem od do  
Gdzie praktykował

Czy wypełnił zobowiązania wobec Izby

Czy niema w toku przeciw niemu dochodzeń dyscyplinarnych.

15) Sprawa międzynarodowej organizacji zawodowej.  
Zjazd międzyzbowy uchwala, że udział Polski w organizowaniu Związku międzynarodowego lekarzy w Paryżu jest niezbędny, tembardziej ze względu na inicjatywę tego związku, która wyszła na zjeździe francusko-polskim z referatu D-ra Przyborowskiego, oraz ze względu na nasze międzynarodowe stanowisko. Zjazd międzyzbowy jest zdania, że wszystkie Izby, jako przedstawicielki całego stanu lekarskiego, muszą wziąć udział w tej organizacji przez materialne poparcie, gwarantując żadaną składkę w kwocie 20 ctm. szwajcarskich od każdego swego członka, oraz pokrywając kosztą przejazdu dwu delegatów w roku obecnym do Paryża, zaznaczając, że kosztą składek od członków powinny pokryć poszczególne Izby, a kosztą przejazdu N. I. L. Zjazd międzyzbowy wybiera jako delegata do związku międzynarodowego lekarzy d-ra Przyborowskiego, który podał myśl utworzenia tej instytucji w Paryżu i jako za-

stępcę d-ra Bączkiewicza, przewodniczącego N. I. L. W przyszłości wyborem delegatów i ustaleniem wzajemnego stosunku z centralą tej organizacji zajmować się winna N. I. L., jako skupiająca w sobie przedstawicieli wszystkich Izb Lekarskich.

16) Rozporządzenie rady ministrów o państwowych: naczelnej, wojewódzkich i państwowych Radach Zdrowia. (Monitor Nr. 18 r. 1926).

Rozpatrzywszy rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie państwowych: naczelnej, wojewódzkich i powiatowych Rad Zdrowia, przy władzach administracyjnych, przyjęto następujące wnioski komisji:

- a) w sprawie Rady Naczelnej N. I. L., a w sprawie rad wojewódzkich i powiatowych Izby terytorjalne powinny wystąpić do właściwych władz naczelnich z przedstawieniem, ażeby przy organizowaniu rad władze decydujące miały na względzie powoływanie przedewszystkiem przedstawicieli stanu lekarskiego z uwzględnieniem wolnego stanu lekarskiego (nie urzędniczego).
- b) wobec zatwierdzenia statutu państwowych Rad Zdrowia wojewódzkich i powiatowych, Zjazd międzyzbowy uważa, ażeby również poczyniły starania u odnośnych władz, ażeby świat lekarski był dostatecznie reprezentowany a zarazem zwraca uwagę Izb na konieczność dążenia Izb do współpracy z samorządami.

17) Reklama lekarska.

- a) Zjazd międzyzbowy uchwala, aby Zarząd N. I. L. zbierał wszystkie przepisy o reklamach, istniejące w Izbach, uzgodnił je i wniósł na porządek dzienny najbliższego posiedzenia N. I. L. z uwzględnieniem, aby te Izby, które najdalej posunęły się w uregulowaniu sprawy lekarskiej, nie były zmuszone cofnąć się z zajętego stanowiska (Wieleński).
- b) Zjazd międzyzbowy potępił podziękowania publiczne w pismach lekarzom, jako niezgodne z zasadami etyki lekarskiej i zaznacza, że Izby stanowczo powinny przeciwdziałać tego rodzaju reklamie (Bartkiewicz).

18) Czy lekarze urzędowi powinni zajmować naczelną urzędy w Izbach.

Rozważając sprawę udziału lekarzy urzędników w naczelnych urzędach w Izbach, Zjazd międzyzbowy przyszedł do przekonania, że kwestję tę należy zostawić uznaniu osób bezpośrednio zainteresowanych oraz Izbom.

19) Roczna praktyka szpitalna lekarzy.

Zjazd międzyzbowy postanawia zwrócić się do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z prośbą, ażeby jaknajrychlej wydała rozporządzenie wykonawcze do art. 2 punktu c. Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej w przedmiocie rocznej praktyki szpitalnej przez rozpoczęciem praktyki lekarskiej, nadto, ażeby zażądała od władz sejmikowych ażeby prowadzenie szpitali sejmikowych powierzane było tylko lekarzom, którzy wykazał się conajmniej roczną praktyką lekarską w szpitalu o charakterze powszechnym, albo w klinice.

20) Sprawa wspólnego prasowego organu Izb Lekarskich.



Zjazd międzyizbowy uznaje za bardzo pożądane powstanie organu specjalnie poświęconego sprawom Izby, który byłby doręczany wszystkim członkom Izby. Z uwagi jednak, że uchwalone już na rok bieżący budżety nie mogą pokryć wydatków na tego rodzaju wydawnictwo, Zjazd międzyizbowy wybiera komisję w składzie przewodniczącego d-ra Krzyżczkowskiego i d-ra Szumlańskiego, przedstawiciela „Polskiej Gazety Lekarskiej“ w celu przygotowania sprawy do roku przyszłego. Narazie Zjazd międzyizbowy jest zdania, że propozycja „Nowin Lekarskich“ drukowania bezpłatnie wszelkich komunikatów Izby powinna być przyjęta z uznaniem i zaznacza, że okoliczność ta nie przekreśla dalszego stosunku Izby do „Polskiej Gazety Lekarskiej“, jako ich organu.

21) Sprawa pauperyzacji stanu lekarskiego (wniosek Izby Lwowskiej).

Zjazd międzyizbowy zwraca uwagę na stale postępującą pauperyzację stanu lekarskiego, która między innymi ma swe źródło:

- w ciężkim ekonomicznym położeniu kraju.
- zbyt licznych organizacjach zbiorowej pomocy lekarskiej, która jest udzielana bez względu na stan majątkowy chorych.
- w ubezpieczeniach, obejmujących zbyt szerokie kręgi ludności.
- przez udzielanie różnego rodzaju pomocy i zabiegów leczniczych pacjentom prywatnym w instytucjach naukowych (kliniki) w instytucjach wojskowych (instytuty i pracownie), a nawet rządowych (zakłady higieny).

22) Niewłaściwe ogłaszanie konkursów (wnioski Izby Lwowskiej).

Zjazd międzyizbowy protestuje przeciwko ogłaszaniu przez dyrekcje kolejowe konkursów, z zaznaczeniem, że ubiegać się mogą o dane stanowiska tylko asystenci uniwersytetów, gdyż warunki tego rodzaju wyraźnie ograniczają

kwalifikacje i prawa innych również dyplomowanych lekarzy. Tylko dyplom lekarski i dowody przygotowania fachowego powinny rozstrzygać w tych razach.

23) Po zakończeniu spraw przygotowanych przez komisję Zjazdu, dr. Bartkiewicz porusza jeszcze sprawę częstych niesprawiedliwości przy opodatkowaniu lekarzy przez Komisję szacunkowe. Dr. Bączkiewicz wyjaśnia, że zgodnie z rozporządzeniem władz administracyjnych, urzędy podatkowe mają zasięgać informacji o stanie majątkowym lekarzy w Izbach, czego, niestety, często nie przestrzegają.

24) Po wyczerpaniu porządku dziennego przewodniczący powraca do poruszonej na początku Zjazdu sprawy prawomocności uchwał Zjazdu. Powołując się na uchwałę N. I. L. z dnia 28.II.26 r. i artykuł 9-ty ustawy, przewodniczący nie wątpi, że postanowienia Zjazdu są prawomocne i winny bezwzględnie obowiązywać wszystkie Izby. Twierdzenie przewodniczącego nie wywoływa sprzeciwu, jednak delegat Izby Lwowskiej Dr. Papee, zgadzając się w danym wypadku ze stanowiskiem przewodniczącego, zastrzega się przeciw temu, aby uchwała ta miała być precedensem na przyszłość.

25) W końcu dr. Papee dziękuje prezydium N. I. L. za urządzenie Zjazdu i wyraża życzenie, aby Zjazdy takie odbywały się częściej w różnych miastach Rzeczypospolitej. Co się tyczy przyszłego Zjazdu, to pragnąłby, aby się mógł odbyć już we wrześniu b. r. Przewodniczący w ostatnim słowie podkreśla doniosłe znaczenie Zjazdu dla zcemen-towania stanu lekarskiego, podnosi jednak trudności finansowe, stojące na przeszkodzie częstszemu zwoływaniu Zjazdów. W końcu dziękuje uczestnikom za poniesione trudy. Na tem zakończono pierwszy Zjazd międzyizbowy.

Sekretarz, Czł. Zarządu Przewodniczący  
(—) Dr. Metelski. (—) Dr. Bączkiewicz.

## Wiadomości bieżące.

— Redaktor „Warsz. Czasop. Lek.“ wyjechał na kilkotygodniowy odpoczynek. Zastępować go będzie kol. Mieczysław Gantz. — Złota 26.

— Od kilku tygodni sroży się w całym Państwie epidemia szkarlatyny. W Warszawie zachorowuje tygodniowo przeciętnie około 200 osób, śmiertelność, jak dotąd, nie jest wysoka (około 10%). Epidemja ta skłoniła Ministra Oświaty do odłożenia otwarcia szkół na 2 tygodnie.

— Magistrat m. st. Warszawy uruchomił na terenie miasta szereg poradni, których zadaniem jest przede wszystkim zapobieganie powstawaniu i rozwojowi choroby.

Przychodnie przeciwgruźlicze, zorganizowane wspólnie z Warszawskiem Towarzystwem Przeciwwgruźliczem, udzielają porad pacjentom, zgłaszającym się samorzutnie; pozatem wysyłają na miasto wywiadowczynie—higienistki, które wyszukują początkujących chorych, otaczają ich opieką lekarską w okresie, kiedy gruźlica może być najłatwiej i najszybciej wyleczona, oraz pouczają, jak ustrzec otoczenie od zarażenia. Chorych bada i udziela im porad lekarz przychodni.

Poradnie dla matek i dzieci (niemowląt) dają odpowiednie wskazówki matce w okresie ciąży i zapewniają jej pomoc w czasie porodu; pouczają, jak opiekować się niemowlęciem i ułatwiają tę opiekę. W ten sposób poradnie zabezpieczają zdrowie i życie matkom i dzieciom.

Przy ul. Puławskiej 91 w Mokotowie zorganizowano wspólnie z Gener. Dyr. Sł. Zdrowia, Min. Pracy i Opieki Społ., Kasą Chorych m. st. Warszawy oraz Fundacją Rockefellera Pierwszą Stację Higjenu Zapobiegawczej t. zw. **Ośrodek Zdrowia**, gdzie każdy mieszkaniec miasta może otrzymać poradę i pomoc we wszystkich kwestiach, związanych ze zdrowiem, gdyż mieści się tam: 1) przychodnią przeciwgruźliczą z lampą kwarcową i aparatem Roentgena, 2) poradnią dla matek, 3) poradnią dla niemowląt, 4) poradnią przeciwweneryczną, 5) poradnią przeciwjagliczą (jaglica — trachoma — egipskie zapalenie oczu), 6) poradnią przeciwmalaryczną (malarja — zimnica — febra), 7) dwa gabinety dentystyczne, 8) poradnią przeciwalkoholową, 9) stacja szczepień ochronnych.

Podobne Stacje Higjenu Zapobiegawczej znajdują się przy ulicy Górnośląskiej 26 i przy ul. Spokojnej 15.

Przychodnie przeciwgruźlicze udzielają porad bezpłatnie.

Poradnie dla matek i dzieci pobierają 10 groszy za poradę.

Opłata za naświetlanie lampą kwarcową wynosi od 50 gr. do 2 zł.

Opłata za prześwietlenie promieniami Roentgena wynosi od 1 do 5 zł.

Lekarz przychodni ma prawo w wyjątkowych wypadkach zwalniać niezamożnych od opłat.

Poradnie przeciwgruźlicze.

- Elektoralna 12, tel. 112-07, poniedz., środy, czwartki i piątki od 2 i pół do 4 i pół.
- Wolska 11, tel. 231-16, codziennie od 2 do 6, posiada lampę kwarcową.
- Brzeska 4, tel. 231-54, codziennie od 1 i pół do 6 i pół posiada lampę kwarcową i aparat Roentgena.
- Budowlana 14, codz. od 5 do 8 z wyjątk. środy, posiada lampę kwarcową.
- Marymoncka 28, tel. 79-84, poniedziałki, środy i piątki od 2 i pół do 4 i pół, posiada lampę kwarcową.
- Spokojna 15, tel. 80-83, codziennie od 11 do 1, w poniedziałki, środy i piątki od 2 do 4, posiada lampę kwarcową.
- Miodowa 1, tel. 418-83, codziennie od 11 do 8, posiada lampę kwarcową i aparat Roentgena.
- Puławska 91, tel. 274-48, codziennie od 2 do 6, posiada lampę kwarcową i aparat Roentgena.
- Górnośląska 26, tel. 58-62, codzien. od 2 i pół do 4, posiada lampę kwarcową i aparat Roentgena.
- Poradnie dla matek i dzieci.
- Leszno 69, codziennie od 2 do 4-ej.
- Puławska 91, tel. 274-48, codziennie od 4 do 7-ej.
- Górnośląska 26, tel. 58-62, codziennie od 4 do 7-ej.
- Spokojna 15, wtorki, czwartki i soboty od 3 do 5-ej.
- Budowlana 14, wtorki i piątki od 8 i pół do 11 i pół w inne dni od 1 do 4-ej.

15. Leszczyńska 7, Tow. Op. nad niemowlętami.  
Stacje szczepień ochronnych przeciw błonicy, płonicy i duru w brzusznemu:

1. Mazowiecka 5 od 12-iej do 2-iej. 2. Nowogrodzka 82 od 3-iej do 3 i pół. 3. Puławska 91 od 9 do 11.

Stacje szczepień przeciw ospie:

Urząd sanitarny:

1. I, II, X i XII okręgów — Jasna 1, tel. 43-96.
2. III, VII, XII okręgów — Leszno 86, tel. 277-41.
3. IV i V okręgów — Spokojna 15, tel. 80-83.
4. VI i VIII okręgów — Miedziana 5, tel. 41-68.
5. IX, XI, XIII, XXIII okręgów — Górnoślaska 26; 58-62.
6. XIV, XV i XVII okręgów — Brzaska 5, tel. 117-23.
7. XVI, XX i XXI okręgów — Puławska 91, tel. 274-48.
8. XXVII, XXIV i XXV okręgów — Siedziba 3, tel. 277-83.
9. XXVI okręgu — Marymoncka 28.

Miejski Instytut Higijeniczny Nowogrodzka 82, tel. 24-75, wykonywa analizy chemiczne i bakteriologiczne na warunkach ulgowych. Dział Propagandy Instytutu wypożycza przezroczą do pogadank i odczytów z dziedziny higieny, organizuje bezpłatnie odczyty z dziedziny higieny dla członków Związków Zawodowych, Tow. Kulturalno-Oświatowych, Burs, Świetlic młodzieży i t. p.

-- Ukazały się 3 numery czasopisma lekarskiego p. t. „Internacia Medicina Revuo“; wychodzącego w Lille w języku Esperanto pod redakcją prof. d-ra Vanverts i przy współudziale wielu wybitnych lekarzy z całego świata (prof. Richeta, Pirqueta, Straussa i inn.).

W 1 numerze z r. 1926 znajdujemy: 1) artykuł d-ra M. Blassberga z Krakowa: „O najnowszych kierunkach terapii współczesnej“.

2) D-r F. Ulman z Pragi Czeskiej — w artykule p. t. „Walka z chorobami wenerycznymi w St. Zjednoczonych“ zdaje sprawę ze spostrzeżeń swych w czasie pobytu w tym kraju.

Dalej następuje 3) praca Docenta d-ra O. Bittmana z Pragi Czeskiej: „Kilka uwag o powstawaniu raka smolowego“.

4) Artykuł Doc. d-ra Kostrzewskiego z Krakowa: „Immuno-i proteino-terapia“. Wreszcie szereg autorferatów i referatów z prac autorów różnych krajów. Ankieta d-ra L. Zamenhafa z Warszawy: „O współczesnym stanie ekonomicznym lekarzy w różnych krajach“. List otwarty d-ra Decourt z Paryża o Wszchśw. Związku Lekarzy-Praktyków. „O ruchu esper. wśród lekarzy japońskich“ i rozmaitości.

Niemniej bogato przedstawia się numer 2: „Int. Med. Revuo“. Na treść tego numeru składają się następn. prace: 1) Prof. Vanverts z Lille: „O leczeniu zachowawczem cierpień jajników i jajowodów“, 2) D-ra W. Róbiną z Warszawy, „O zgłębnikowaniu dwunastnicy i wartości tej metody“, 3) D-ra Carbone z Medjolanu: „O odporności u roślin“, 4) Ankieta D-ra Leunbacha z Kopenhagi: „O sztucznem poronieniu i środkach, stosowanych przeciwko ciąży“. Odezwa D-ra Dunina z Moskwy, dyrektora laboratorjum mikrobiologicznego. Portret Prof. Charlesa Richeta — ojca, laureata Nobla i gorliwego zwolennika jęz. Esperanto dla nauki. Sprawozdanie kasowe Zw. Wszchśw.

W Nr. 3, znajdujemy: 1) „Wrażenia z VII Kongresu Międzynarodowego Chirurgów w Rzymie“ pióra D-ra W. Róbiną z Warszawy, który był obecny na Zjeździe w charakterze specjalnego korespondenta pisma „Int. Med. Revuo“, 2) Artykuł Wiceprezesa Związku Psychoanalityków, D-ra Federna z Wiednia: „O znaczeniu psychoanalizy dla lekarza“ (z okazji 70-lecia urodzin prof. Freuda). 3) Praca D-ra V. Austerliza z Bardiov w Czechosłowacji: „Prosta metoda stwierdzenia kwasoty żółtkowej bez zgłębnikowania“. 4) Artykuł D-ra F. Ulmana z Pragi Czeskiej: „O Lidze Towarzystw Czerw. Krzyża“, 5) D-ra Leunbacha z Kopenhagi: „Doświadczenia nad środkami przeciwciażowemi. 6) D-ra F. Uhlmana z Bazylei: „O Koraminie, nowym leku, zastępującym kamforę“. 7) D-ra M. Pera z Moskwy: „O współczesnem leczeniu łuszczycy“. 8) Docenta D-ra Karola Aschera z Pragi Czeskiej: „O leczeniu jaskry“. Portret D-ra Carlosa Cortezo, członka Królewskiej Akademii Lekarskiej w Madrycie, b. ministra oświaty, gorliwego zwolennika jęz. Esperanto, który porównywał z największemi wynalazkami ostatnich czasów, jak z telegrafem bez drutu, radjem i t. d.

i uważa za niezbędny czynnik dla rozwoju nauki wogóle, a medycyny w szczególności.

W. R.

— W czasie od 3 maja do 4 czerwca włącznie odbędzie się w Warszawie IV Kongres Międzynarodowy Medycyny i Farmacji wojskowej. Protektorat nad Kongresem objął Pan Prezydent Rzeczypospolitej. Program Zjazdu, warunki uczestnictwa oraz inne wiadomości, dotyczące organizacji Zjazdu, podamy niebawem. Korespondencję w sprawie Kongresu należy adresować: Sekretarjat IV Kongresu Międzynar. Medycyny i Farmacji Wojskowej, Ministerstwo Spraw Wojskowych, Departament VIII Sanitarny, Nowowiejska 5, (tel. 414-44).

— Zarząd Tow. Lek. Częstochowskiego nadesłał nam pismo następujące:

W październiku b. r. mija 25 lat od czasu powstania Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego, którego założycielem i prezesem przez lat 16 był Dr. Władysław Biegański, jeden z najznakomitszych lekarzy i myślicieli, jakich Polska wydała. Wobec oporu władz rosyjskich, pod przewodnictwem Biegańskiego powstało w Częstochowie nieoficjalne zrzeszenie lekarzy, które, nie bacząc na trudności, pracowało przez lat kilka z tym większym zapałem.

Od roku 1901, kiedy uzyskano zalegalizowanie, w ciągu swego 25-letniego istnienia przeżywało Towarzystwo chwile lepsze i gorsze, nie przerywając swej pracy mimo wojny światowej, wierne zawsze ideałom swego założyciela.

Podejmując uroczysty obchód swego 25-lecia, Tow. Lek. Częstochowskie pragnie przedewszystkiem złożyć hołd pamięci wielkiego człowieka, pragnie przypomnieć ideały i hasła, którym przez całe życie hołdował Biegański w swych pismach i które, jako ideały wieczne, powinny nadal przyświecać młodszemu pokoleniu lekarzy.

Dlatego w dniu jubileuszowym odbędzie się uroczysta akademja, w której łaskawie przyrzekł wziąć udział i wygłosi następujące odczyty: Dr. S. Sterling z Łodzi „o działalności naukowo-lekarskiej Biegańskiego“, prof. S. Trzebiński z Wilna „o pracach filozoficzno-lekarskich Biegańskiego“ i prof. M. Michałowicz z Warszawy „Biegański, jako człowiek i lekarz“.

Prócz tego w dniu jubileuszu nastąpi otwarcie stałej wystawy higienicznej w Częstochowie ze szczególnem uwzględnieniem działu przeciwgruźliczego. Usiłowania Zarządu Tow. Lek. Częstoch. spotkały się z moralnem i materialnem poparciem Warszawskiego Tow. Higijenicznego w osobie Prezesa D-ra J. Polaka i Warszawskiego Tow. Przeciwgruźliczego w osobie Prezesa D-ra Winc. Boguckiego, którzy zajęli się dobozem eksponatów i organizacją wystawy.

Tow. Lek. Częstochowskie ma nadzieję, że przedstawiciele instytucyj lekarskich oraz szerokie koła lekarzy powincjonalnych łaskawie zechcą uświetnić swoją obecnością ten uroczysty obchód.

Prezes Tow. Lek.: A. Rożkowski.

Sekretarz: K. Łokczewski.

— Od Komitetu Jubileuszowego Częstoch. Tow. Lek. Komitet Jubileuszowy, celem zapewnienia mieszkania osobom zamierzającym przybyć do Częstochowy na uroczystość Jubileuszową w dn. 17 października r. b., uprzejmie prosi o łaskawe podanie adresu i ilości przybywających osób przed 25 września pod adresem d-ra L. Wasilewskiego (ul. P. Marji Nr. 20).

Od Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy otrzymaliśmy następującą odezwę:

Nadzwyczajny rozwój Zakładu zdrojowo-kąpielowego w Krynicy od czas objęcia tegoż przez Rząd polski zaznacza się w tym roku bardzo wybitnie — oczekiwany bowiem od kilku dziesiątków lat nowy gmach kąpeli mineralnych już za parę tygodni otwiera swe podwoje dla chorych — 1500 a w razie potrzeby około 3000 kąpeli kwasowogwonych (CO<sub>2</sub>) zaspokoi na czas dłuższy potrzeby chorych, których liczba przekroczy w tym roku cyfrę 20.000 osób!

Ta okoliczność wywołała w łonie Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy myśl urządzania corocznie „zjazdów lekarskich“, któreby uczestnikom dały nie tylko sposobność zapoznania się bliżej z zakładem Krynickim i jego urządzeniami, ale umożliwiły na wspólnych obradach klinicyzów z lekarzami miejscowymi omówienie i ustalenie wskazań hydrologicznych także ze stanowiska naukowego.

Pierwszy tego rodzaju Zjazd Lekarski urządza nasze Stowarzyszenie w dniach 14-go i 15-go września r. b.

Tematem do omówienia będzie w tym roku terapia chorób przewlekłych serca. Dla Krynicy, którą można nazwać polskiem *Nauheim*, temat ten jest niezwykle aktualny i pilny. Jakkolwiek bowiem i w tym kierunku usiłowano wskazania te uzasadnić i sprecyzować naukowo, to w pracach tych istnieją jeszcze duże braki, wymagające najrychlejszego uzupełnienia.

Mamy nadzieję, że w tak ważnej sprawie nie zechce nam wielce Szanowny Pan Kolega odmówić Swej cennej współpracy i raczy wziąć udział w zapowiedzianym Zjeździe.

Szczegółowy program Zjazdu będzie ogłoszony później w pismach lekarskich i codziennych — obecnie podajemy tylko do wiadomości że:

- 1) Profesor Dr. Witold Orłowski wygłosi wykład p. t. „Ogólne zasady postępowania leczniczego w przewlekłych chorobach serca“.
- 2) Profesor Dr. Marjan Frankę wykład p. t. „Leczenie szczegółowe w przewlekłych chorobach serca i naczyń“.
- 3) Docent Dr. Antoni Sabatowski wykład p. t. „Fizjoterapia chorób przewlekłych serca“.
- 4) Dr. Zygmunt Wąsowicz omówi „Leczenie chorób przewlekłych serca w Krynicy“.

Niezwykle zajmujący temat, na zjazdach lekarskich dotychczas mało uwzględniany, obudzi zapewne duże zainteresowanie także lekarzy specjalistów i praktyków i wywoła ożywioną dyskusję. — Zapraszamy każdego z uczestników „Zjazdu“ do zabrania głosu w dyskusji i zaznaczenia swego zapatrywania na tak ważny i pod względem praktycznym problem naukowy.

Tak referaty, jak i przebieg dyskusji, pilnie notowane, będą ogłoszone drukiem i doręczone wszystkim uczestnikom „Zjazdu“.

Ze względu na krótki czas, dzielący nas od terminu otwarcia Zjazdu i konieczność prac przygotowawczych, prosimy o rychłe zgłoszenie swego udziału, poczem prześlemy kartę uczestnictwa, uprawniającą między innymi do bezpłatnego pomieszczenia w czasie Zjazdu i do korzystania z ulg kolejowych — o ile Ministerstwo Kolejowe zechce je przyznać.

Udział Pań bardzo pożądanym.

W dniu otwarcia Zjazdu, t. j. 14 września, w godzinach przedpołudniowych odbędzie się uroczyste poświęcenie nowego gmachu łaźni mineralnych. Uroczystość ma zaszczyścić Swoją obecnością Prezydent Rzeczypospolitej, Ignacy Mościcki, oraz przedstawiciele Władz. Uczestnicy Zjazdu wezmą udział w uroczystości a w godzinach popołudniowych zostaną przedstawieni Panu Prezydentowi Rzeczypospolitej.

Każdy z uczestników Zjazdu opłaca kwotę 20 zł. na koszty urządzenia Zjazdu i wydanie Pamiętnika Zjazdu.

Zgłoszenia przyjmuje Komitet organizacyjny na ręce przewodniczącego Stowarzyszenia lekarskiego do dnia 8 września roku bieżącego.

Zapraszając jeszcze raz najgoręcej Wielce Szanownego Pana Kolegę do wzięcia udziału w zorganizowanym przez nas Zjeździe,

łączy my wyrazy wysokiego poważania

Dr. Józefa Morgenstern — Sekretarka Stowarzyszenia lek. Dr. Franciszek Kmietowicz junior — Sekretarz Komitetu Organizacyjnego. Dr. Zygmunt Wąsowicz — Prezes Stowarzyszenia lek.

— Program I. Wojewódzkiego Zjazdu Przeciwgruźliczego we Lwowie.

I. Wojewódzki Zjazd Przeciwgruźliczy we Lwowie odbędzie się w przededniu II. Polskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego, to jest dnia 10 września r. b.

Otwarcie Zjazdu nastąpi w auli Uniwersytetu J. K. w gmachu posejmowym punktualnie o godz. 9-tej.

Powitań żadnych nie będzie.

Porządek dzienny obejmuje: przed południem: Publiczne posiedzenie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą w auli Uniwersytetu J. K. w gmachu posejmowym; po południu: Obrady Zjazdu w sali wykładowej Kliniki chorób wewnętrznych prof. Dr. Romana Renckiego.

I. Publiczne posiedzenie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą otworzy w auli Uniwersytetu J. K. punktualnie

o godzinie 9-tej Wojewoda Lwowski P. Dr. Paweł Garapich. Do zabierania głosu w dyskusji i do głosowania upoważnieni są tylko członkowie Wojewódzkiej Komisji walki z gruźlicą.

Przedmioty obrad:

1) Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia Komisji,

2) Sprawozdanie z działalności Komisji i jej Komitetu wykonawczego za czas od czerwca 1925 do września 1926. Sprawozdawca: Dr. Mikołajski,

3) Ruch chorych w Przychodniach przeciwgruźliczych w Województwie Lwowskim w latach 1921 — 1926. Ref. Dr. Mosler.

4) Walka z gruźlicą w mieście Lwowie. Ref. Dr. Węgrzynowski,

5) Kolonje wakacyjne wypoczynkowe i lecznicze, zorganizowane w Województwie lwowskim, Ref. Dr. Kuhn,

6) Organizacja walki z gruźlicą w miasteczkach i gminach wiejskich. Referenci: Dr. Huderski, Dr. Dorosz, Dr. Jarocki, Dr. Świątkowski.

Zamknięcie posiedzenia Komisji o godzinie 12½.

Przerwa obiadowa.

II. Obrady Zjazdu w Klinice chorób wewnętrznych, Prof. Dr. Romana Renckiego.

Początek punktualnie o godzinie 15.

1. Zwiedzenie Oddziału walki z gruźlicą w Klinice. Objasnień udzieli Prof. Dr. Rencki.

2. Leczenie sanokryzyną gruźlicy płuc. Ref. Prof. Dr. Rencki.

3. Zadania przychodni przeciwgruźliczych. Ref. Doc. Dr. Sabatowski.

4. Śmiertelność z gruźlicy we Lwowie w latach 1911 — 1926. Ref. Dr. W. Legeżyński.

5. Gruźlica wśród funkcjonariuszy państwowych i ich rodzin w Lwowie (na podstawie ruchu chorych w Przychodni dla funkcjonariuszów państwowych, Ref. Dr. Jarocki,

6. Roentgenoterapia gruźlicy krtani, Ref. Prof. Dr. Zalewski i Dr. Zabłocki.

Zakończenie obrad o godzinie 19.

Dla ułatwienia i skrócenia dyskusji niektóre referaty będą pomieszczone w numerze zjazdowym Polskiej Gazety Lekarskiej.

Uczestnictwo w I. Wojewódzkim Zjeździe Przeciwgruźliczym uprasza się zgłaszać pod adresem: Dr. M. Mosler, Lwów, Województwo.

Dla lekarzy urzędowych, którzy zechcą w dalszym ciągu brać udział w II. Polskim Zjeździe Przeciwgruźliczym w dniach 11, 12 i 13 września r. b. będzie zarezerwowana pewna liczba bezpłatnych, wspólnych pomieszczeń w Klinikach. Chcący korzystać z tej gościnności Klinik zechcą to zaznaczyć w zgłoszeniu uczestnictwa.

— Drugi Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy odbędzie się, w myśl uchwały zjazdu zeszłorocznego, we Lwowie w dniach 11, 12 i 13 września 1926.

Tematem obrad będą wyłącznie z góry ustalone referaty i koreferaty, a mianowicie:

I. Swoiste i nieswoiste sprawy szczytów płucnych i corticopleuritis apicalis. (Referenci: Prof. Januszkiewicz z Wilna i Dr. Kazimierz Dąbrowski w Warszawie).

II. Dziedziczność i konstytucja w gruźlicy. (Referenci: Prof. Nowicki ze Lwowa i Doc. Sterling-Okunjewski z Warszawy).

III. Ustawodawstwo przeciwgruźlicze i najpilniejsze jego zadania w Polsce. (Referenci: Pułk. Dr. St. Rudzki z Warszawy i Dr. Ad. Kuhn ze Lwowa).

Koreferaty do tematu III:

1) Społeczna ochrona dziecka przed gruźlicą. (Referenci: Prof. K. Jonscher z Poznania i Prof. Fr. Gröber ze Lwowa).

2) Zapobieganie gruźlicy i jej zwalczanie w Kasach Chorych w ramach ustawy o zabezpieczeniu na wypadek choroby. (Referenci: Dr. Rostek, Dr. Seidl, Dr. Sew. Sterling).

3) Projekty do organizacji walki z gruźlicą na wsi. (Referent: Dr. J. Opieński).

Żadne dodatkowe referaty przyjmowane nie będą. Referat główny może trwać najwyżej 45 minut, koreferat 30 minut, przemówienie dyskusyjne 5 minut.

Nie będzie żadnych przemówień powitalnych. Obrady trwać będą codziennie od g. 9 do 12 i od 15 do 19 i zamykać się je będzie punktualnie o oznaczonych godzinach bez względu na stan dyskusji. Zjazd obradować będzie na pełnych posiedzeniach bez podziału na sekcje.

Poza obradami zwiedzanie wystawy przeciwgruźliczej oraz instytucji walki z gruźlicą i lecznic.

Wkładka zjazdowa wynosi 15 zł. od osoby.

Sekcja Kwaterunkowa komitetu organizacyjnego przyjmuje wkładki zjazdowe oraz zapisy na kwatery płatne i bezpłatne. (Adres: Dr. St. Zabłocki, Lwów, ul. Tańskiej 3. Pewną ilość bezpłatnych kwater wspólnych przygotowano w klinikach uniwersyteckich. Uprasza się o decyzję co do wyboru jakości kwatery zawczasu ze względu na porę Targów Wschodnich — najdalej zaś do dnia 18 sierpnia.

Dnia 10 września o g. 20 wieczór odbędzie się w Hotelu Żorża zebranie towarzyskie celem bliższego poznania się uczestników.

Walne Zebranie Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się w dniu 12 września popołudniu.

Projektowane jest zwiedzenie po Zjeździe bliżej położonych zdrojowisk.

Bezpośrednio przed Zjazdem, w dniu 10 września odbędzie się Zjazd przeciwgruźliczy Województwa Lwowskiego, którego porządek dzienny będzie później podany. Wszyscy uczestnicy zjazdu ogólnego będą tam mile widziani. Początek o godz. 10 rano.

Doc. dr. S a b a t o w s k i — sekr. Prof. Dr. R e n c k i — prezes Kom. Zjazd.

— Od 12 do 18 września odbywać się będzie w Karlsbadzie doroczny międzynarodowy kurs dokształcający dla lekarzy ze szczególnem uwzględnieniem balneologii i balneoterapii.

— W dniach 23, 24 i 25 września r. b. odbędzie się w Katowicach na Górnym Śląsku pierwszy Zjazd Lekarzy Polaków. Zgłoszenia na wykłady i uczestnictwo nadsyłać należy do sekretariatu Zjazdu: Katowice, ul. Francuska 34, lecznica bracka. Koszt uczestnictwa wynosi Zł. 25, dla osoby towarzyszącej Zł. 10.

— Oddział radomski Związku Lekarzy PP. nadesłał nam następujący komunikat.

Wobec niedojścia do porozumienia między lekarzami miejscowymi a Zarządem Kasy Chorych, spędzono z rozmaitych części Polski za dobre wynagrodzenie grupę lekarzy, którzy wbrew niejednokrotnym upomnieniom lekarzy radomskich, by posad bojkotowanych nie przyjmowali, takowe przyjęli, przez co okazali się ludźmi pozbawionymi najelementarniejszych zasad etyki i solidarności koleżeńskiej.

Po ubiciu dobrego interesu przez zawarcie odpowiednich umów z Zarządem Kasy Chorych dopuścili się dalej ci panowie czegoś, co łagodnie nazwiemy — mistyfikacją, gdyż, chcąc upozorować względami natury społecznej zro-

bieńie dobrego interesu, nadesłali do tutejszego Związku lekarzy komunikat, podpisany przez prezesa i sekretarza, jakoby „Koła radomskiego lekarzy społecznych“.

Po zasięgnięciu zaś informacji okazało się, że władze miejscowe o istnieniu takiego „kółka społeczników“ nic nie wiedzą, ani też Związek Lekarzy społecznych w Krakowie nie chce się do nich przyznać. Tak wygląda prawdziwe oblicze tych panów, którzy ciągnąc tysiączne honoraria z Kasy Chorych po dojściu do posad w sposób nieetyczny, zamierzali ukryć się pod płaszczykiem „pracy społecznej“.

Nazwiska tych importowanych lekarzy, których ogół lekarzy radomskich postawił po za nawiasem życia towarzyskiego i koleżeńskiego, są następujące:

1) Puret Jakób, 2) Perlman Albert, 3) Ćwiebak Leon, 4) Lebküchler Adam, 5) Zempliński Marjan, 6) Wroński Stefan, 7) Metera Piotr.

Niestety, do tego towarzystwa przyłączył się jeden lekarz miejscowy, dr. Stanisław Kelles-Krauz.

— Zmarli: Znany radiolog francuski M é n a r d zmarł w Paryżu.

— Znany badacz chorób podzwrotnikowych L e i s h m a n, zmarł w Londynie.

— Ludwik G u r a n o w s k i, jeden z najstarszych otologów polskich, zmarł w Ciechocinku, gdzie przebywał na kuracji. Obszerniejsze wspomnienie pośmiertne podamy w jednym z najbliższych numerów.

— Adolf S z p i l r a j n, lekarz chorób wewnętrznych, zmarł w Warszawie.

#### NADEŚLANO DO REDAKCJI.

— Société des Nations. Les services d'hygiène publique dans les colonies françaises — par le Dr. S. A b b a t u c c i.

— Société des Nations. Comité d'hygiène. Sijjeme session tenue à Genève (Zb. IV — 1.V. 1926).

— Leczenie gruźlicy płuc, napisał Dr. J a q u e r o d z Leysin, przełożyła Dr. Antonina K r o g e n ó w n a. Kraków 1926 r. wydawnictwo okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie.

— Karol R o z k o w s k i. W sprawie opukiwania rękomości mostka w równomiernych rozszerzeniach łuku tętnicy głównej. Odbitka z „Polskiego Archiwum medycyny wewnętrznej“. Tom IV, z. 2. 1926.

— Ludwik Z e m b r z u s k i. Ojciec chirurgii polskiej Rafał Józef Czerwiakowski.

— Stan. H i g i e r. Przyczynki do patogenyzy ostrych zapaleń rdzenia w przebiegu szczepień Pasteura. Odbitka z Polskiej Gazety Lek. Nr. 38. 1925.

— T e n z e. Zespół nerwu uszno-skroniowego (F r e y) i jego patogenyza. Odb. z Polsk. Gaz. Lek. Nr. 17, 1926.

TREŚĆ: B. PIECZENKO. O działaniu pierwotniaków pasorzytnicznych na ustrój gospodarza. — R. MARKUSZEWICZ. Urojenie chrztu w związku z kompleksem kazirodczym w przypadku schizofrenji. — J. GOLDFEIL. O rozpoznawaniu i leczeniu poszczególnych postaci nadmiernego ciśnienia krwi. — W. ARKIN. O zachowaniu skroniowego półkłęszczyca w polu widzenia przy jednoimiennym niedowidzeniu połowiczem. — B. WEJNERT. Częstość raka wśród innych cierpień żołądka. — B. KARBOWSKI. Narządy kamyczkowe i rola ich w układzie statycznym. — (Streszcz. zbior. dokończenie.) Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — ST. KRAMSZTYK. W sprawie kombinowanego leczenia wapniem i witaminami u dzieci. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — H. HIGIER. Oszczędne, a racjonalne przepisywanie lekarstw. — CZ. WROCZYŃSKI. Organizacja Służby Zdrowia w Jugosławji. Protokół ze Zjazdu międzyzbiowego (Dokończ.) — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORYGINAUX: B. PIECZENKO. L'influence des protozoaires parasites sur l'organisme de l'hôte. — R. MARKUSZEWICZ. Le délire de néophytie en rapport avec le complexe de l'inceste dans un cas de schizophrénie. — J. GOLDFEIL. Sur le diagnostic et le traitement de l'hypertension. — W. ARKIN. La conservation du secteur temporal du champ visuel dans l'hémianopsie homolatérale. — B. WEINERT. Le fréquence du cancer parmi d'autres maladies de l'estomac. — B. KARBOWSKI. L'appareil otolithique et son rôle dans la mécanisme statique. — (Rév. gén. fin.) — ST. KRAMSZTYK. Le traitement combiné par calcium et les vitamines chez les enfants. — H. HIGIER. La thérapie économique et rationnelle. — C. WROCZYŃSKI. Organisation du service sanitaire en Jugoslavie.