

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Szpitalna 10 m. 10.

Nr. 5

WARSZAWA, 30 KWIETNIA 1927 R.

Rok IV.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Współczesny stan nauki o jaskrze i jej leczeniu.

Podał

Doc. Dr. W. H. MELANOWSKI (Warszawa).

(Dokończenie).

Stany jaskrowe czyli t. zw. jaskra wtórna.

Urazy, nowotwory śródoczne, wylewy krwawe i wysięki śródoczne oraz zmiany zapalne w przednim odcinku, np. gruźlica przedniego odcinka oka, garbiaki przednie i t. p., powodują wzmożenie ciśnienia gałki ocznej przejściowe lub trwałe, w zależności od większej lub mniejszej długotrwałości zmian chorobowych. I tu, obok zmian w kącie rogówkowo-tęczówkowym — i zmiany w odcinku tylnym, np. krwotoki śródgałkowe, nowotwory, mogą być przyczyną wzmożenia napięcia gałki.

Najczęstsza przyczyna t. zw. jaskry wtórnej — to garbiak przedni, zaćma urazowa i zapalenie tęczęwki i jego następstwa.

Garbiak przedni (*staphyloma anterius*) zdarza się w następstwie owrządzenia i znacznego zniszczenia tkanki rogówki, wypadnięcia tęczęwki i utworzenia blizny z całkowitem lub częściowym zamknięciem dróg odpływu z oka. Wskutek tego i wskutek zmian zapalnych śródocznych oko twardnieje i, wśród bólów i zdrażnienia, traci poczucie światła.

O ile garbiak jest częściowy, to wycięcie kawałka tęczęwki może tu uratować resztkę wzroku.

Zapalenie tęczęwki zwykle związane bywa raczej z upośledzeniem napięcia gałki ocznej. Jednak zapalenie surowicze tęczęwki (*iritis serosa*), (często kilowego pochodzenia) zapewne wskutek zablokowania przestrzeni Fontany i kanału Schlemma powoduje często znacznie wzmożone napięcie gałki ocznej. Na napięcie to niezawsze dobrze wpływa leczenie pilokarpiną, która często w takich przypadkach zwiększa podrażnienie tęczęwki i ciała rzęskowego i stan pogarsza. I wycięcie tęczęwki nie jest tu bezpieczne z powodu stanu zapalnego tęczęwki. Jedyną drogą leczenia w większości podobnych przypadków jest leczenie nakłuciem komórki przedniej i zakra-

planiem atropiny. W razie potrzeby nakłucie można powtarzać kilkakrotnie.

W okresach późniejszych niedostatecznie leczonego zapalenia tęczęwki dochodzi do zrostu na całej przestrzeni brzegu źrenicznego tęczęwki z przednią powierzchnią soczewki — czyli do t. zw. odgrodzenia źrenicy. Wówczas ciecz w komorze tylnej, t. j. poza tęczęwką, się zbiera i wypukła tęczęwkę do komory przedniej, zamykając przestrzeń Fontany i tem powodując stan jaskrowy oka. Zapobiec tym przypadkom może tylko wczesne leczenie atropiną zapalenia tęczęwki. Leczenie odgrodzenia źrenicy może być tylko operacyjne drogą wycięcia kawałka tęczęwki lub przekucia wypiętej żąglowato tęczęwki (Fuchs).

Anatomja patologiczna jaskry.

Badanie oka, dotkniętego jaskrą właściwą, przede wszystkim daje nam zmiany, dotyczące przedniego odcinka rogówki, komory przedniej, kąta rogówkowo-tęczęwkowego, ciała rzęskowego, oraz zmiany w odcinku tylnym, dotyczące głównie siatkówki i nerwu wzrokowego.

Rys. 4.



Obraz prawidłowego kąta rogówkowo-tęczęwkowego i kanału Schlemma

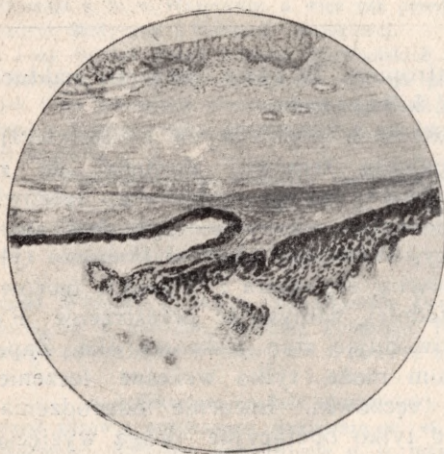
Mówić tu będę głównie o jaskrze właściwej i wodoczu.

A więc przedewszystkiem w większości przypadków jaskry znajdujemy osobliwy stan przestrzeni Fontany i kanału Schlemma, najczęściej dwóch typów: typ pierwszy — to obraz zatkania przestrzeni Fontany i kąta rogówkowo-tęczówkowego przez płyn białkowy i liczne skupienia komórkowe i barwikowe. Poza tem beleczki przestrzeni Fontany, zwykle cienutkie i delikatne, są w przypadkach jaskry zgrubiałe i, jak mówi Lagrange, stwardniałe i zmienione wstecznie.

W tym rodzaju zmian komora przednia może być prawidłowej głębokości lub nawet głębsza, niż zwykle.

W drugiej postaci zmian w kącie rogówkowo-tęczówkowym mamy tak zwany zrost Knies'a.

Rys. 5.



Zrost Knies'a. Ponad błoną Bowman'a widać pęcherzyki obrzęku rogówki.

Tęczówka, przyciśnięta w okolicy przestrzeni Fontany do rogówki, zrasta się i zamyka przestrzenie odpływu z oka. Komórka przednia w tych przypadkach jest bardzo płytka, i czasem cała tęczówka i soczewka prawie przylega do tylnej powierzchni rogówki. Tkanka tęczówki w przypadkach jaskry jest zbita i zanikła, spłaszczona, zwieracz ścięczały i zanikły. Warstwa barwikowa w obrębie źrenicy odwija się na powierzchnię tęczówki wskutek zaniku istotnej tkanki tęczówki (patrz Rys. 2). Ciało rzęskowe najczęściej, szczególnie w okresach późniejszych jaskry, jest spłaszczone, nabłonek wydzielnicy często ma wygląd soczysty. Rogówka zmieniona, głównie w warstwach powierzchownych, mianowicie ma wśród głębokich warstw nabłonek, tuż pod błoną Bowman'a, szereg pęcherzyków. Pęcherzyki te, to wyraz obrzęku — przesiąkania cieczy obrzękowej przez kanałki nerwowe w błonie Bowman'a (patrz Rys. 5). Pęcherzyki te, oraz ucisk na okolice rzęskową, są zapewne przyczyną znieczulenia rogówki w jaskrze. Prócz tego powstanie tych pęcherzyków powoduje zmętnienie — nachuchanie rogówki i objawy kół tęczowych. Większy rozwój tych pęcherzyków w okresach późnych jaskry powoduje, t. zw. **keratitis bullosa** — odwarstwienie nabłonek i następnie blizny na rogówce, czasem ulegające zwapnieniu.

Prócz tego w jaskrze znajdziemy często zmiany miażdżycowe w naczyniach tęczówki i ciała rzęskowego. W odcinku tylnym zmiany w jaskrze rozwinięte dotyczą przedewszystkiem obrzęku ciała szklistego i zniszczenia siatkówki i zależą głównie od zmian w naczyniach siatkówki — tętnice są tu zanikłe, zwykle ze znacznymi zmianami miażdżycowymi, warstwa włókien nerwu wzrokowego siatkówki zmieniona wstecznie, włókna mętne, porożsawane płynem obrzękowym. Przytem, w przypadkach jaskry ostrej, okolica tarczy nerwu wzrokowego jest często obrzękła. W jaskrze przewlekłej zanik włókien idzie dalej, tworzy się szereg torbieli i zmian wstecznych, czyli tak zwanych jamistości, któremi Schnabel, Rochon — Duvigneaud i inni objaśniają powstanie zagłębienia nerwu wzrokowego. Obok zmian wstecznych w włók-

Rys. 6.



Jamistości Schnabla.

nach nerwu wzrokowego widać w dłużej trwającej jaskrze zanik komórek zwojowych siatkówki i znaczne zmniejszenie warstwy ziarnistej wewnętrznej siatkówki.

W jaskrze krwotocznej znajdziemy wybroczyny w naczyniówce, pod siatkówką i w okolicy żył siatkówki. Prócz tego, w jaskrze uwydatnia się zwykle zbitość tkanki twardówki, szczególnie znaczna w odcinku tylnym i w siówce. Zbitością tkanki twardówki, zaciskającej nerw wzrokowy, m. in. Hugo Stransky objaśnia powstanie zagłębienia i zaniku tarczy n. wzrokowego w jaskrze prostej.

W wodoczu powłoki gałki ocznej są podatne i przy zaniku, wzgl. braku wrodzonym dróg odpływu — kanału Schlemma — gałka oczna ulega znacznej rozstrzeni, co też zgubnie wpływa na siatkówkę i nerw wzrokowy. W następstwie znajdziemy w oku takim zwichnięcie soczewki, zanik tęczówki i ciała szklistego, zanik i zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego, odwarstwienie siatkówki i t. p.

Patogeneza jaskry.

Wogóle, badania doby ostatniej zwracają uwagę na warunki fizyczne, chemiczne i fizjologiczne oka i ustroju i rozpatrują jaskrę, jako wyraz zaburzeń ogólnych.

A więc, przedewszystkiem, już Graefe, Weber (1877), Wecker, Mauthner, Arlt i Weichselbaum, Cusco, Stellwag i inni, a ostatnio H. Stransky podkreślają znaczenie niepodatności (*rigiditas*) twardówki w jaskrze osób starszych. Niepodatność ta utrudnia dostosowanie się oka do wzmożonego okresowo napięcia. Niepodatność ta — to zwykle wyraz miażdżycy starczej. Niepodatność dotyczy i tkanek śródocznych oraz układu naczyniowego oka i ustroju i do pewnego stopnia objaśnia, dlaczego jaskra — to choroba oczu u osobników starszych.

Ze wpływ wielki na wzmożenie napięcia gałki ocznej ma ciśnienie ogólne krwi, dowodzą między innymi badania Weselyego, Köllnera i Thiela, którzy wywoływali przejściowe zwiększenie wzmożenia napięcia gałki w oczach jaskrowych przez podawanie chorym mocnej kawy (50.0 kawy na filiżankę): po 45 min. już napięcie oka z 30 podniosło się do 45 mm. Hg. Że i miejscowe wzmożenie napięcia ma tu znaczenie, dowodzi opisane przez Thiela badanie napięcia po ułożeniu chorego z głową opuszczoną (po 20 minutach już w oku jaskrowym będzie wzmożenie napięcia np. z 55 na 80 mm., z 20 na 30 mm.). Takież sam wpływ ma uciśnięcie szyi opaską Leeger (na vv. jugulares).

Wreszcie na wpływ zastoinowych objawów w oczach jaskrowych wskazuje i próba fluorescencjowa. Po zażyciu fluorescyny sodu (2,0) w oku prawidłowem fluorescencja (w świetle pozafioletkowem) wystąpi po 20—30 min., a w oku jaskrowym dużo wcześniej — 7 min. i więcej. Po jednoczesnem zakropieniu pilokarpiny lub ezeryny fluorescencja w koronie przedniej się opóźnia.

Zmiany wsteczne w układzie naczyniowym oka, stwardnienie tęczówki i przestrzeni Fontany oraz kanału Schlemma wraz z niesprawnością — stwardnieniem tętnic i dużej ilości produktów zmian wstecznych w oku (Lagrange, Pesme) jest też jedną z przyczyn jaskry u osób starszych. Levinson i Koeppe znaleźli w niektórych przypadkach jaskry kupki barwika zaścielające przednią powierzchnię tęczówki, przestrzenie Fontany i kanał Schlemma. Toteż zwykle rozszerzenie się źrenicy w ciemności wywołać już może atak jaskry u osobników z podobnymi zmianami *).

Jednak obok zmniejszenia i utrudnienia odpływu z oka jaskrowego, w oku tem, jak zaznacza Leber, Seidel i inni, nabłonek ciała rzeszkowego działa sprawnie, a może nawet zbyt sprawnie, i jego to działaniem objaśnia się zwiększenie płynów śródocznych, a może i obrzęk — napęcznienie ciała szklistego.

Wspomnieć należy tu wreszcie teorię fizyko-chemiczną jaskry, ostatnio wysuwaną

*) Tembardziej, że mierzenie napięcia gałki ocznej u jaskrowych wykazało, że większe napięcie jest w nocy, największe o 7 rano, poza tem, że ciemność zwiększa napięcie oka (np. z 30 — 45. Thiel).

przez Hertla, Meesmana i Bauermana. Autorowie ci zwracają przedewszystkiem uwagę, że w niektórych stanach ustroju, kiedy we krwi występuje zakwaszenie, np. cukrzyca, ciąża — jaskra się nie zdarza, natomiast we wszystkich przypadkach jaskry rzeczywistej w płynie komory przedniej i we krwi M. stwierdził większą alkaliczność ($ph=8$; norma 7.7—7.8, w comā diabeticum ph 7.2). Słowem, wspólnie z Guntherem, Lehmannem stwierdzili ci autorzy w cieczy wodnistej oczu jaskrowych większą zawartość jonów ujemnych.

Alkaliczność wpływa zapewne na obrzęk soczewki i ciała szklistego, a wszak już Priestley-Smith swojego czasu uważał za skłonne do jaskry oczy nadwzroczne, jako małe i posiadające stosunkowo dużą soczewkę.

Wreszcie pamiętać należy też o regulacyjnych własnościach układu roślinnego na ciśnienie krwi, a więc i napięcie oka. Przy sprawności układu krwionośnego zastrzyknięcie pozagałkowe adrenaliny może obniżyć w tych przypadkach wzmożone napięcie gałki.

Powyżej przytoczone czynniki, powodujące jaskrę, dotyczą głównie jaskry wieku starszego. Jaskra dziecięca czyli wodooocze wywołane bywa, jak dowodzi Lagrange i jego szkoła, wrodzonym niedorozwojem kanału Schlemma w oku z podatną twardówką. Zresztą, zmiany wsteczne w naczyniach takich oczu wskazują często, jak chce i Morax, na kiłę wrodzoną.

W jaskrze wtórnej, jakieśmy już zaznaczyli, decydujące znaczenie ma głównie zatkanie zapalne dróg odpływu z oka, względnie większe uszkodzenie tych dróg wskutek wylewu krwawego, nowotworu, zrostów, wysięków i t. d.

Leczenie jaskry.

Leczenie lekowe jaskry rzeczywistej oparte jest na zastosowaniu środków, zwięzających źrenicę, jak pilokarpina (1—2%), ezeryna ($1/4$ —%).

Środki te działają tylko około 2 godzin, przytem działanie ezeryny jest silniejsze, ale czasem połączone jest z bólem w okolicy rzeszkowej. Zwykle dużo łagodniej i wystarczająco działa pilokarpina. Środki te, według badań ostatnich, działają i wskutek zwiększenia przenikliwości naczyń wskutek zwolnienia kata rogówkowo-tęczówkowego i zwiększenia wchłaniającej powierzchni tęczówki. W niektórych przypadkach może być pożyteczne stosowanie rozczywnów oliwnych, lub waselinowych pilokarpiny i ezeryny. Rozczyny te działają silniej i dłużej. Dodamy tu, że środki te stosować należy przedewszystkiem i częściej o zmroku i nawet w nocy.

W każdym razie działanie tych leków uważać należy za czasowe i przygotowawcze do leczenia operacyjnego jaskry — gdyż takie leczenie tylko daje wyniki trwałe.

Ostatnio Hamburger, uważając jaskrę za jeden z wyrazów zaburzenia w układzie wegeta-

tywnym, a raczej za wyraz uspienia układu współczulnego oka, radzi leczyć jaskrę zastrzykiwaniami podspojówkowymi adrenaliny — pobudzającymi układ współczulny. W każdym bądź razie obecnie większość autorów godzi się, że tego rodzaju leczenie może się nadawać do wyjątkowych przypadków jaskry — głównie do przypadków jaskry przewlekłej, (czasem jaskry wtórnej w *iritis serosa*) i to, jeśli układ naczyniowy chorego pozwala na tego rodzaju leczenie.

Dotąd więc za jedyne pewne leczenie w większości przypadków jaskry uważać należy leczenie operacyjne.

Operacje przeciwjaskrowe.

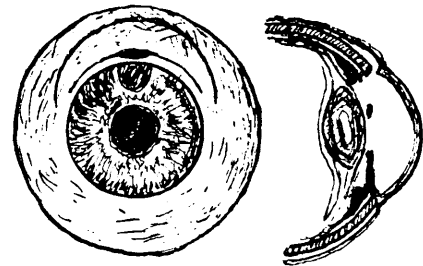
W przypadkach jaskry ostrej, w przypadkach o silnie wzmożonym napięciu zwykle radykalnie pomaga wprowadzona przez A. Graefego irydektomia przeciwjaskrowa: cięcie oka wykonywa się bardzo powoli i w rąbku albo i 0,5—0,75 mm. poza rąbkem. By zabieg wycięcia tęczówki w przypadkach silnie wzmożonego napięcia nie spowodował zbyt silnego krwotoku (*ex vacuo*) wskutek nagłego zmniejszenia napięcia, uprzednio przygotowujemy oko zakraplaniem pilokarpiny — najlepiej w ciągu doby przed zabiegiem, a w cięższych przypadkach robimy t. zw. sklerotomję tylną — nakłucie twardówki nożykiem Graefego w górnobzewnętrznym albo górnobwewnętrznym kącie gałki w okolicy równika oka. Detali zabiegów omisywać tu nie będę, zaznaczę tylko, że i sklerotomja tylna i sklerotomja przednia (*W e c k e r a*) narówni z nakłuciem komory przedniej zwykle obniżają napięcie gałki tylko na pewien czas. Irydektomia przeciwjaskrowa w przypadkach jaskry ostrej bezwzględnie ratuje wzrok i na stałe sprowadza napięcie oka do stanu prawidłowego — zapewne i wskutek tego, że blizna, pozostająca pod większym ciśnieniem, jest więcej porowata, i wskutek częstego wrastania resztek tkanki tęczówki i wskutek następczego znacznego zaniku ciała rzęskowego w danym odcinku.

W przypadkach jaskry przewlekłej z niewielkim wzmożeniem napięcia (oraz w przypadkach jaskry wieku dziecięcego) irydektomia daje się wykonać łatwo, ale rana pooperacyjna goi się szybko i dokładnie, i po zabiegu wzrok pogarsza się dalej, nieraz jeszcze prędzej, niż bez zabiegu. Toteż jaskra przewlekła i jaskra prosta uważana była do 1905 roku za nieuleczalną. W wymienionym roku okulista francuski *L a g r a n g e a* z *Bordeaux* ustanowił zasadę leczenia jaskry prostej zabiegiem, wytwarzającym przetokę stałą w gałce ocznej.

Zabieg *L a g r a n g e a* — to wycięcie kawałka twardówki w okolicy kąta filtracji wraz z wycięciem obwodowym lub całkowitem kawałka tęczówki. Robiąc wycięcie twardówki nożykiem *G r a e f e g o*, wycinamy zwykle jednocześnie i dość duży płat spojówki, który, pokrywając brak w twardówce, za-

bezpiecza oko przed zakażeniem wtórnym. Wycięcie w twardówce ma szerokość około 0,7 mm. i ma niedochodzić do rogówki, ani do okolicy rzęskowej.

Rys. 7.



Operacja *L a g r a n g e a*.

Po operacji *L a g r a n g e a* często w następstwie ponad przetoką pod spojówką widać pęcherzyk wypływającego nadmiaru cieczy wodnistej. Oko ma napięcie prawidłowe, pole widzenia się rozszerza, i wzrok się poprawia. (Patrz rys. 3).

Sztuczną przetokę w oku można wytworzyć też przez wycięcie w twardówce w okolicy rąbka krążka twardówki wielkości około 1 mm. — jest to zabieg, zaproponowany przez *E l i o t t a* w 1909 r. Jednak zabieg ten często powoduje w późniejszych okresach zapalenie układu naczyniowego oka. Poza tem wywiertnik zbyt mały wycina otwór niedostateczny, a wywiertnik duży łatwo może wyciąć okolicę nadrzęskową twardówki i spowodować wypadnięcie i przewlekłe zapalenie ciała rzęskowego. Wycięcie kawałka rogówki powoduje znowu bujanie tkanki i zarośnięcie otworu wyciętego. Ostatnio *J. S z y m a ń s k i* (1927) proponuje wycięcie połowy krążka twardówki zapomocą przez siebie skonstruowanego wywiertnika.

H e i n e w 1906 r. zaproponował jeszcze zabieg, mający na celu połączenie komory przedniej z przestrzenią nadnaczyńkową. Zabieg polega, na wkluciu nożyka trójkątnego w twardówkę w odległości 5 mm. od rąbka. Nożyk prowadzimy na płask ponad ciałkiem rzęskowym i oddzielamy ciało rzęskowe i więz grzebieniasty od twardówki. Oddzielenie dalsze i połączenie przestrzeni nadnaczyńkowej z komorą przednią robimy kopystką. Zabieg niepewny, ale wogóle dość bezpieczny.

Nie będę tu wyliczał wszystkich zabiegów, jakie ostatnio proponowano w jaskrze przewlekłej, wspomnę tylko o zabiegu *W i c h e r k i e w i c z a*. *W i c h e r k i e w i c z*, uznając znaczenie stwardnienia twardówki w jaskrze, proponuje robienie po 7 równoległych i wzajemnie krzyżujących się nacięć w twardówce. Nacięcia robi się między któremikolwiek z dwóch sąsiadujących mięśni prostych oka. Operacja ta — według danych Kliniki Krakowskiej, daje do 87% poprawy.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z II Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego
(Dyrektor: Prof. Z. RADLIŃSKI).

Leczenie złamań kości promieniowej w miejscu typowym na podstawie własnych spostrzeżeń.

Podał

Marjan TRAWIŃSKI (Warszawa), asystent Kliniki.

(Dokończenie).

Wskazania lecznicze dla drugiej grupy mogą być takie same lub odmienne; należy je indywidualizować. Przypadki z „radjalizacją“ lub z wyraźniejszym ustawieniem w formie „widelca“, szczególnie u osobników młodych, pracujących fizycznie, wymagają nastawienia odłamków z następczem ich utwaleniem; później zaś leczenia mięsieniem. Pamiętać jednak należy, że, o ile przy nastawianiu dość łatwo skorygować boczne przesunięcie ręki — radjalizację, o tyle trudniej bywa nastawić zawsze nieznacznie przemieszczony ku grzbietowi odłamek obwodowy. Przemieszczenia znaczniejsze, jak w III grupie, łatwiejsze są do naprawy. Toteż nawet u osobników młodych, w pewnych przypadkach, można zantechać nastawiania, o ile nie zmusza do tego przede wszystkim brzydka radjalizacja; zwłaszcza, że po ustąpieniu obrzęku, czasem wynik anatomiczny okazuje się wcale dobrym, gdyż grzbietowe przesunięcie odłamków dość mierne dla tej grupy, nieznacznie tylko zmienia normalne zarysy kończyny. U osobników starych można naogół stawiać mniejsze wymagania pod względem anatomicznym i odrazu zająć się leczeniem stawu.

Trzecia grupa złamań zawsze wymaga skorygowania zniekształcenia anatomicznego, tem bardziej, że znaczne przemieszczenia odłamków, które tę grupę cechują, ujemnie wpływają na wyniki czynnościowe. Wskazane więc jest nastawienie odłamków, utwalenie ich i późniejsze leczenie mobilizacyjne. Nastawienie odbywać się powinno możliwie najwcześniej po złamaniu, wtedy, gdy żaden jeszcze proces reparacyjny nie spoił często ząbionych (wklinowanych) odłamków, i gdy tkanki otaczające są jeszcze miękkie. Łatwo wtedy bez większego wysiłku odłamki rozdzielić i ustawić, jak należy.

Znacznie trudniej, a przez to i gorzej, odbywa się nastawianie w narę lub kilka dni po złamaniu, gdy pacjenci zjawiają się z kończyną twardą, obrzękłą, sztywną, z palcami prawie nieruchomymi i t. d. Przy istniejącem zazwyczaj wklinowaniu odłamków zaczyna się tu szybko proces reparacyjny, który daje się we znaki chirurgowi przy późnem usiłowaniu nastawienia złamania. Trzeba wtedy zastosować znaczną siłę fizyczną, co powoduje znaczniejszy uraz miejsca złamania i przyległego stawu. Oczywiście, odbić się to może niekorzystnie na dalszem leczeniu i na wyniku ostatecznym.

A więc nastawiać należy jaknajwcześniej. Lucas-Championnière twierdzi, że warunki

przy tem zmieniają się nie z dnia na dzień, lecz wprost z godziny na godzinę. Tą to podkreśla to twierdzenie. Na podstawie własnego doświadczenia uważam, że nastawianie w pierwszym dniu zaraz po wypadku idzie znacznie łatwiej, niż w następnym. Nastawianie lepiej i łatwiej robić w uspieniu. Doskonale nadaje się do tego celu usypianie chlorkiem etylu sposobem J. Rutkowskiego. Prócz zniesienia bólu ustępuje przy tem skurcz mięśni, wybitnie utrudniający zadanie. W ciągu 3 — 5 min. uspienia chlorkiem etylu, przy pewnej wprawie, oraz dostatecznej pomocy, doskonale zdążyć można złamanie nastawić i kończynę utwalić w opatrunku gipsowym, tak, że pacjenci budzą się, gdy już robotę kończymy.

Samo nastawianie polegać będzie na: 1) dobrem uruchomieniu ząbionych o siebie odłamków przez rozciąganie miejsca złamanego w przeciwnych kierunkach wzdłuż osi długiej, powinno się poczuć przy tem chrupanie odłamków, co będzie znakiem, że „odźbienie“ już się udało; dokładne „odźbienie“ odłamków, zawsze niemal ze sobą złączonych, a często mocno jeden w drugi wklinowanych, stanowi moment bardzo ważny, gdyż bez tego początku wszystkie dalsze manipulacje dobrego wyniku nie dadzą; takie rozłączanie odłamków czasem bywa technicznie trudne. W statystyce Demmiera 15% niepowodzeń jest skutkiem tej właśnie okoliczności. Przy „odźbieniu“ wielce pomocny może być ruch dłoniowego zginania ręki (Klapp); 2) na wepchnięciu odłamka obwodowego na miejsce właściwe, przyczem działamy tu bezpośrednio w miejscu złamania, ujmując naprz. 1, 2 i 3 palcami obu rąk za odłamki lub też wpychając odłamek obwodowy kciukiem; wszystko to należy robić przy jednoczesnem rozciąganiu. Bardzo dogodnie kończynę (przedramię) oprzeć dłoniową powierzchnią na własnem kolanie; w tym celu stawiamy jedną nogę na taburecie, blisko przystawionym do stołu operacyjnego. Opierać należy ściśle tem miejscem, które odpowiada złamaniu. Szczególnie wygodne staje się przy tem wykonanie drugiego aktu nastawiania. Wreszcie należy pamiętać, aby znieść boczne przesunięcie ręki. Po dokonaniem nastawienia (dobrze obmacać i sprawdzić miejsce złamania) następuje akt najtrudniejszy — uruchomienie kończyny i utrzymanie uzyskanego wyniku. Bo można powiedzieć, że, o ile przy wczesnem wkroczeniu samo nastawianie odbywa się łatwo i dobrze, o tyle trudno nastawione odłamki utwalić, gdyż przy nieznacznem już poruszeniu mogą one nader łatwo przesunąć się ponownie. Aby zapobiedz temu potrzeba dość pomocników: jeden musi kończynę rozciągać w kierunkach przeciwnych, w tym celu ma trzymać za czubki palców jedną ręką, a drugą opierać się o ramię (kończyna przez cały czas zgięta w łokciu pod kątem prostym); drugi — sam chirurg najlepiej, bezpośrednio po nastawieniu nie wypuszcza już z rąk miejsca nastawionego i przez cały czas odpowiednio je ścisną, aby zapobiec przemieszczeniu; trzeci wreszcie nakłada opatrunek gipsowy.

Opatrunek ten składa się z 2-ch opasek gazowych — jako podściółki, i z paru opasek gipsowych, nakładanych okrężnie i obejmujących rękę do podstawy palców, całe przedramię, staw łokciowy i dolną $\frac{1}{3}$ ramienia. Przedramię w ustawieniu pośrodkowym, ręka wyprostowana. W okolicy złamania opatrunek przylegać powinien możliwie ściśle. Palce pozostają wolne, aby przez cały czas trwania unieruchomienia pacjenci mogli nimi poruszać. Jest to warunek ważny, i nigdy nieodżało podkreślać go chorym, gdyż zazwyczaj istnieje tendencja do unikania wszelkich ruchów. Unieruchomienie trwać powinno 6—7—8 dni (zależnie od wieku) i nigdy dłużej. Po zdjęciu gipsu w ciągu 3—4 dni kończynę należy zabezpieczyć szyną. Drugi okres leczenia — leczenie mobilizacyjne rozpoczynać odrazu od pierwszego dnia po zdjęciu gipsu i prowadzić dalej codziennie.

Wielokrotnie próbowałem unieruchamiać kończynę w ustawieniu dłoniowego zgięcia ręki (te przypadki nie są wliczone do statystyki) i zawsze przekonywałem się, że, o ile ruch ten może być pomocny w akcie nastawiania, o tyle utrwalenie go w gipsie jest szkodliwe, a to dla tego, że samo przez się niefizjologiczne to ustawienie (H u l s m a n) powoduje nadmierne rozciągnięcie mięśni i ścięgien rozginaczy, a przez to wyrobienie potem właśnie ruchu rozginania staje się bardzo trudne i przewleka się; ręka wciąż ma jakby tendencję do zwisania. Tę samą wadę ma Z u p p i n g e r o w s k i e utrwalenie w pozycji zgięcia grzbietowego.

Co do mięśnienia, to może być ono od początku nieco energiczniejsze, zawsze jednak bezbolesne i z omijaniem miejsca złamania. Ten drugi okres leczenia trwa 2, częściej 3 tygodnie (znowu zależnie od warunków indywidualnych), tak, że całe leczenie przy unieruchomieniu w gipsie nie powinno przekraczać miesiąca: przeciętnie wynosi ono 3—4 tyg.

* * *

W ten sposób postępując, w ambulatorjum 2-iej Kliniki Chirurgicznej Uniw. Warsz. przeprowadziłem leczenie w 64 przypadkach złamania kości promieniowej w miejscu typowym.

Z tego kobiet było — 54
mężczyzn „ — 10

Wiek chorych był od lat 6 do 75, z przewagą wieku starszego od lat 40 w górę.

Złamań zaliczonych do grupy I-iej było 10.

;; ;; ;; II-iej — 15.
;; ;; ;; III-iej — 39.

Z tego większość, bo 36 przypadków, była typu klasycznego P o u t e a u C o l l e s. Tego samego typu z odlamaniem wyrostka rylcowatego kości łokciowej — 16 przypadków, co stanowi około 44%.

8 — przypadków było z rozbiciem dolnej nasady kości promieniowej na kawałki (éclatement).

Wyniki z pierwszej grupy złamań wszystkie były dobre lub wprost doskonałe.

W drugiej grupie wynik anatomiczny dobry lub bardzo dobry był w 11 przypadkach — stanowiło to 73%.

Anatomicznie niezadawalających wyników było 1.
„ miernych wyników było 3.

Z tych 3-ch ostatnich, anatomicznie miernych wyników w dwóch przypadkach rozmyślnie odstąpiono od nastawienia, z góry godząc się na wynik anatomicznie mierny.

Czynnościowo wyników niezadawalających nie było.

Na 15 przypadków tej grupy — 10 było dobrych i bardzo dobrych; co się tyczy pozostałych 5-ciu, to wyniki bezpośrednio mierne wymagają omówienia. Otóż 3 pacjentki z tej liczby leczyły się niesystematycznie i z własnej woli leczenia nie dokończyły. Dwie pozostałe miały pewne ograniczenia w ruchach obrotowych, posługiwały się jednak kończyną zupełnie dobrze i obie powróciły do swych zajęć. Sądzić można, że z czasem wszystkie ruchy wyrobią się i porócą do normy.

W trzeciej grupie na 39 przypadków anatomicznie niezadawalających wyników było 3. W każdym z tych przypadków nastawianie było wielce utrudnione ze względu na obrzęk i napięcie tkanek; pacjentki same poniekąd były temu winne, gdyż zgłosiły się w 3 i 4-y m dniach, a trzecia dopiero po tygodniu od wypadku.

Anatomicznie miernych wyników było — 10.

„ dobrych i bardzo dobrych było 26.

Szynnościowo niezadawalających wyników nie było. Wszyscy powrócić mogli do swych zajęć zawodowych. Czynnościowo miernych — 8.

Reszta, to znaczy 31, czyli 79% — dobrych i bardzo dobrych.

Wyniki czynnościowo mierne, jak i w II grupie, zależą od wieku ubocznych względów, a więc niektórzy opuszczają leczenie, lub przerywają je zbyt wcześnie zadawalając się już otrzymanym rezultatem; inni, w niesłusznej obawie bólów przy mięśnieniu i ruchach, rezygnują wogóle z lepszego wyniku i t. d.

W n i o s k i:

1. Leczenie złamań kości promieniowej w miejscu typowym rozpoczynać się powinno jaknajwcześniej po wypadku; o ile możliwe — tego samego dnia; badanie rentgenograficzne konieczne zawsze; odrazu zdecydować należy, czy przypadek kwalifikuje się do nastawiania i unieruchomiania w gipsie, czy też może być leczony bez tego.

2. Nastawianie robić w uśpieniu i jaknajwcześniej. Kończynę utrwalac w ustawieniu pośrodkowym i wyprostowanym.

3. Mięśnienie pod kontrolą biegłego lekarza winna prowadzić osoba, należycie wykwalifikowana i dobrze rozumiejącą istotę zadania.

4. Unieruchomienie kończyny w gipsie trwa 6—7—8 dni; przedłużanie tego terminu jest zbędne i pociąga za sobą znaczne przedłużenie następczego leczenia mobilizacyjnego.

5. Anatomicznie dobre wyniki dają się otrzymać w znacznej większości przypadków nawet z III grupy złamań, jednak nie zawsze. Im przypadek jest wcześniejszy, tem łatwiej o dobre nastawienie i wynik. Główna trudność polega na dobrem utrwaleniu po nastawieniu.

6. Leczenie ogółem trwa przeciętnie 3 tygodnie.

7. Pacjenci cierpliwi, inteligentni, posuszni — mogą liczyć na krótsze leczenie i lepszy wynik.

PIŚMIENNICTWO.

1) B a n g e: Die Behandlung der typischen Radius frakturen in der Zeit von 1907 — 1921. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 118, 1921. 2) L u c a s-C h a m p i o n n i è r e: Précis du Traitement des fractures. 1910. 3) D a g r o n: Massage des membres, 1905. 4) D e m m e r: Über Radius frakturen, cyt. z Zentralbl. f. Chir. Nr. 8, 1921. 5) H a g l u n d: Zur Frage von typischen Radiusfraktur am Handgelenk und ihre Behandlung, cyt. z Zentralbl. f. Chir. Nr. 50, 1914. 6) H ü l l s m a n n: Die funktionelle Behandlung der typischen Radiusfraktur. Münch. med. Woch. 1923, Nr. 44. 7) K l a p p: Zur Behandlung frischer und alter Radiusbrüche. Arch. f. Klin. Chir. 1921, Bd. 118. 8) L i l i e n f e l d: Über den klassischen Radiusbruch. Arch. f. Klin. Chir. Bd. 82, Hft. 1. 9) T a n t o n: Nouv. Traité de Chir. Fractures Tom 1. 10) T r o e l l: Über die Behandlung der Radiusfraktur. Arch. f. Klin. Chir. 1913, Bd. 101. 11) W o ł k o w i c z: Kratkija dannija o sovrem. sostojanii woprosa o perelomach, 1917. 12) Z u p p i n g e r: Archiv. f. Klin. Chir. Bd. 94, 1910.

Z Instytutu Pasteura w Paryżu.

(Kierownik Oddziału: Prof. Dr. A. BESREDKA).

Uodparnianie miejscowe stawów.

(Praca doświadczalna).

Podał

Jerzy RUTKOWSKI (Warszawa),
st. asyst. II. Klin. Chir. U. W.

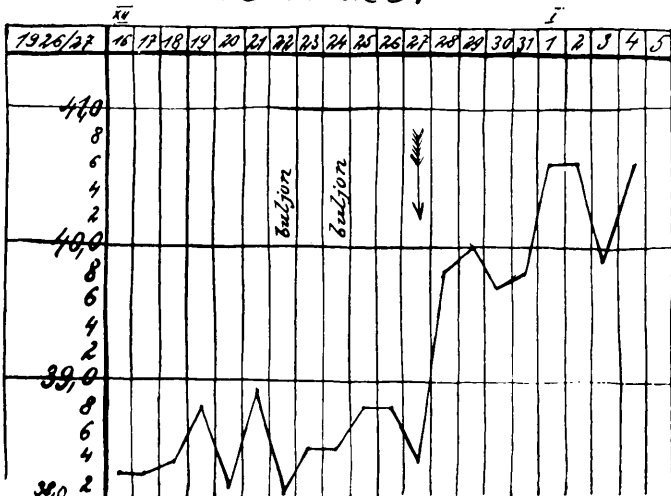
(Dokończenie).

2-ga SERJA.

Królik 31A. Waga 1700 gr. (kontrola).

Ciepłota tego królika (mierzona w odbytnicy, patrz krzywa), w warunkach normalnych wahała się między 38,00 a 38,90. Dnia 22 grudnia zastrzyknięto królikowi do tylnego lewego stawu piszczelowo-udowego 0,5 cm³ jałowego buljonu, dnia 24-go — 0,75 cm³ do tegoż stawu. Po zastrzyknięciach odczynu żadnego nie zauważono.

♀ Królik 31A



Dnia 27-go do tegoż stawu wprowadzono zawiesinę jednego uszka platynowego 24-godz. buljonowej hodowli gronkowca złocistego w 0,5 cm³ jałowego buljonu. Na drugi dzień ciepłota królika podskoczyła do 39,80, stwierdzono zgrubienie stawu, zaczerwienienie i obrzęk skóry. W ciągu najbliższych dni zaszły zmiany chorobowe jeszcze większe, 1 stycznia stwierdzono wysięk w silnie rozdętym stawie (chełbotanie), na skórze wytworzył się rozległy strup, pod nim wydzielina ropna, ciepłota podniosła się do 40,60. Królik miał chorą nogę przykurzoną, robił wrażenie ciężko chorego, stracił na wadze 300 gr. Po 8 dniach od zakażenia stawu królika zabito. Bezpośrednio przed tem nakłuto chory staw i otrzymano ropę. Posiewy na buljonię i agarze dały hodowlę gronkowca złocistego.

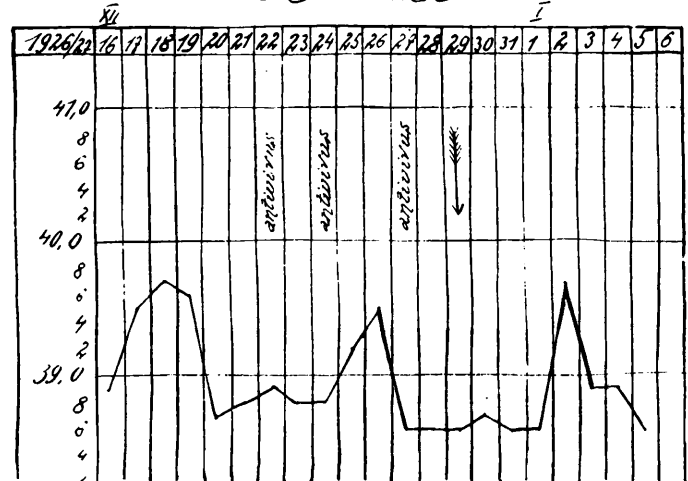
Badanie pośmiertne. Tkanki okołostawowe i torebka zakażonego stawu bardzo nacieczone (zgrubiałe), przekrwione, staw wypełniony wielką ilością śmietankowatej kremowej ropy. Posiew krwi z serca jałowy.

Wnioski. Zakażenie stawu królika 1 uszkiem platynowym 24-godz. hodowli buljonowej gronkowca złocistego daje obraz kliniczny bardzo ciężkiego zakażenia ropnego, które daje wybitne zmiany już na 2-gi dzień, po 5-ciu zaś dniach maximum natężenia sprawy.

Królik 32A. Waga 1900 gr. (trzykrotnie uodparniany w ciągu 7 dni).

Ciepłota tego królika (patrz: krzywa) w warunkach prawidłowych wahała się między 38,70 a 39,70. Dnia 22 grudnia do lewego tylnego stawu piszczelowo-udowego zastrzyknięto 0,5 cm³ „antivirus“ gronkowca złocistego. Nazajutrz stwierdzono lekkie zgrubienie stawu. Dnia 24 grudnia zastrzyknięto do tegoż stawu 0,75 cm³ „antivirus“, dnia 27-go — 0,5 cm³ „antivirus“ — staw również dał lekki odczyn, ciepłota prawidłowa.

♂ Królik 32A



Pe 7 dniach od początku doświadczeń zakażono uodparniany staw gronkowcem złocistym (1/2 uszka platynowego w 0,5 cm³ jałowego buljonu). Na drugi dzień w stawie stwierdzono bardzo nieznaczne zgrubienie — ciepłota 38,70. Staw szybko wrócił do normy, na skórze utworzył się małeńki strup na miejscu zastrzyknięcia drobnoustrojów. Piątego dnia spostrzeżono przejściowe względnie wzniesienie ciepłoty do 39,70 bez żadnych zmian w stawie.

Dnia 4-go stycznia (16 dni od zakażenia stawu) wprowadzono do stawu 0,5 cm³ jałowego buljonu, częściowo go wyaspirowano i zrobiono posiewy na buljonię i agarze, na których po 24 i 48 godzinach nie wyrosło. Królik cały czas miał wygląd zdrowego, nie oszczędzał przy skakaniu łapy, na której robiono doświadczenie, na wadze nieco mu nawet przybyło (dnia 3.I. ważył 2000 gr.).

Królika użyto jeszcze do drugiego doświadczenia, o czym będzie mowa niżej. Autopsja w 2 tygodnie od zakażenia stawu (lewego) wykazała, że staw był zupełnie niezmienny.

Wnioski. Trzykrotne wprowadzanie przesącza (antivirus) gronkowcowego do stawu królika dało po 7 dniach odporność tego stawu na zakażenie gronkowcem (1/2 uszka platynowego).

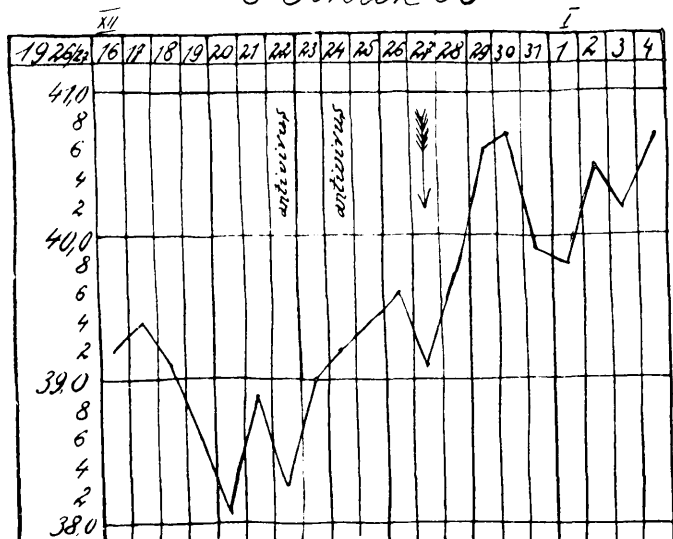
Królik 33A. Waga 2500 gr. (dwukrotnie uodparniany w ciągu 5 dni).

Ciepłota tego królika w warunkach prawidłowych wahała się (patrz: krzywa) od 38,10 do 39,40. Dnia 22.XII. do lewego tylnego stawu piszczelowo-udowego zastrzyknięto 0,75 cm³ „antivirus“ gronkowcowego, nazajutrz stwierdzono lekkie zgrubienie stawu. Dnia 24.XII. zrobiono drugie takie samo zastrzyknięcie „antivirus“.

Dnia 27.XII. zakażono staw gronkowcem złocistym (1 uszko platynowe w 0,5 cm³ buljonu jałowego). Na drugi dzień ciepłota była 39,70, staw zlekka zgrubiał, na trzeci — ciepłota wyniosła 40,60, zgrubienie znaczne, na skórze strup. W ciągu dalszych dni lekki spadek ciepłoty, zmiany w stawie utrzymują się. Dnia 4.I. zrobiono nakłucie stawu i posiewy na buljonię i agarze, na których wyrósł gronkowiec złocisty. Królik łapę lewą oszczędzał. Na wadze nic nie stracił. Królik dnia 4/I został zabity.

Badanie pośmiertne. Części miękkie otaczające staw nacieczone, w stawie w niezbyt dużej ilości mętny płyn i białe grudki. Posiew krwi z serca: buljonię i agar — jałowe.

♂ Królik 33A

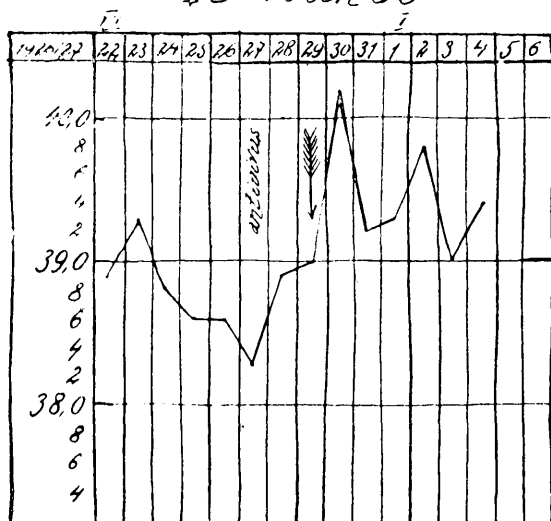


Wnioski. Dwukrotne uodparnianie stawu po 5 dniach nie dało odporności. Odczyn na zakażenie stawu, miejscowy i ogólny, był mniejszy, niż u królika nieuodparnianego (p. królik 31-A — kontrola).

Królik 35A. Waga 2310 gr. (uodparnianie jednokrotne w ciągu 2 dni).

W warunkach prawidłowych ciepłota tego królika wahała się od 38,30 do 39,30 (patrz: krzywa). Dnia 27.XII. do lewego tylnego stawu piszczelowo-udowego zastrzyknięto 0,5 cm.³ „antivirus“ gronkowiec złocisty (waga 2210 gr. to 38,30). Na drugi dzień stwierdzono lekkie zgrubienie stawu.

♀ Królik 35A



Dnia 29 grudnia do tegoż stawu zastrzyknięto zawiesinę uszka platynowego 24-godz. buljonowej hodowli gronkowiec złocisty w 0,5 cm.³ jałowego buljonu. Na drugi dzień temperatura podskoczyła do 40,20, staw bardzo zgrubiał, skóra zaczerwieniona. W ciągu najbliższych dni objawy zapalne zmniejszyły się nieco, ciepłota spada. Królik był markotny, stracił na wadze przeszło 100 gr., 4 stycznia zrobiono nakłucie chorego stawu, otrzymano mętny płyn, z którego na buljonie i agarze wyrosły gronkowce złociste. Królika zabito. Waga 2050 gr.

Badanie pośmiertne. Tkanki okołostawowe nacieczone, w stawie w niezbyt dużej ilości mętny płyn i białe grudki. Krew z serca jałowa (posiew na agarze i buljonie).

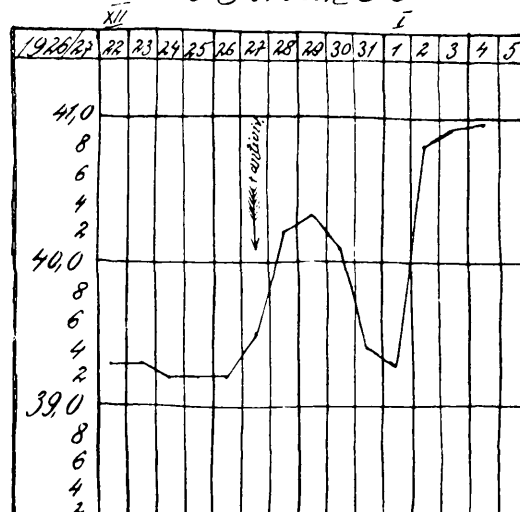
Wnioski. Jednokrotne uodparnianie stawu po 2 dniach nie dało miejscowej odporności. odczyn na zakażenie stawu był mniej-

szy, niż u królika nieuodparnianego wcale (31A), jednakże nie większy, a może nawet i mniejszy, niż u królika uodparnianego dwukrotnie w ciągu 5 dni (33A).

Królik 36A. Waga 2510 gr. (wprowadzenie do stawu zawiesiny drobnoustrojów w przesączu (antivirus).

Ciepłota tego królika w warunkach prawidłowych była nadzwyczaj stała (patrz: krzywa) mianowicie wahała się od 39,20 do 39,50.

♂ Królik 36A



Dnia 27.XII. (to 39,50, waga 2410 gr.) do tylnego lewego stawu piszczelowo-udowego zastrzyknięto zawiesinę uszka platynowego 24-godz. hodowli buljonowej gronkowiec złocisty w 0,5 cm.³ przesączu (antivirus) gronkowiec złocisty. Na drugi dzień stwierdzono zaczerwienienie skóry, zgrubienie stawu, ciepłota 40,20. Zmiany chorobowe postępowały, po 2-dniowym spadku ciepłoty (31.XII 1.1), wzniosła się ona znacznie do 41,00, — staw bardzo rozdęty, stwierdzono chębotanie. Dnia 4 stycznia nakłucie stawu dało mętny płyn, z którego na agarze i buljonie wyrósł gronkowiec złocisty, ciepłota 41,00, waga 2200 gr. Królik robi wrażenie bardzo chorego, łapę oszczędza, stracił na wadze w ciągu 8 dni przeszło 200 gr.

Badanie pośmiertne. Tkanki okołostawowe nacieczone, zaczerwienione, staw przepełniony mętnym płynem i białymi grudkami. Posiew krwi z serca na buljonie i agarze jałowy.

Wnioski. Jednoczesne wprowadzenie do stawu drobnoustrojów i „antivirus“ nie uchroniło stawu od zakażenia i pozwoliło mu się rozwinąć w całej pełni.

Druga seria naszych doświadczeń wykazała, że uodparnianie trzykrotne stawu zapomocą przesączu (antivirus) może dać po 7 dniach całkowitą miejscową odporność na zakażenie porcją uszka 24-godzinnej hodowli buljonowej gronkowiec złocisty — ilości, która wywołuje u królika nieuodparnianego bardzo silnie wyrażone zakażenie ropne stawu. Jednokrotne uodparnianie nie dało wyniku dodatniego, jakkolwiek złagodziło nieco przebieg zapalenia. Wprowadzenie zawiesiny (i uszko platyn.) gronkowiec w 0,5 cm.³ „antivirus“ nie zapobiegło rozwinięciu się bardzo silnego ropnego zakażenia stawu.

Bis Królik 32A.

Ażebym się przekonać o tem, czy uzyskana u tego królika odporność jest czysto miejscowa, czy też ogólna, zrobiono dnia 5 stycznia zastrzyknięcie 1/4 uszka 24-godzin. hodowli buljonowej gronkowiec złocisty do nieuodparnianego prawego tylnego stawu piszczelowo-udowego. Na drugi dzień ciepłota podniosła się do 40,10, staw był nieco zgrubiał. W ciągu dni następnych szybko wytworzyło się ropne zapalenie stawu. Po 8 dniach królika zabito.

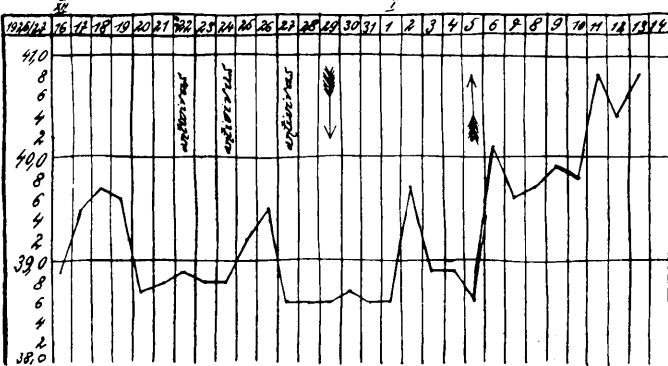
Badanie pośmiertne. Prawe kolano: typowy obraz ropnego zapalenia.

Lewe kolano: bez zmian.

Krew z serca: jałowa.

Wnioski. Trzykrotne wprowadzenie „antivirus“ uodpornienia ogólnego na zakażenie gronkowcem nie dało.

bis ♂ Królik 32^{le}



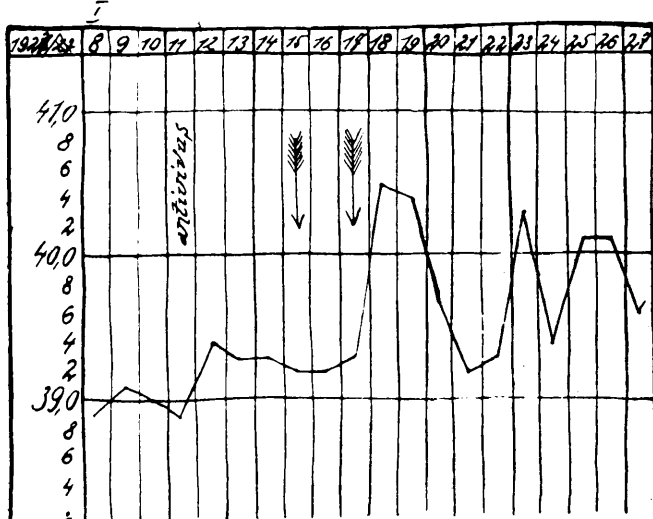
3-cia serja.

Trzecia serja doświadczeń była robiona z paciorkowcem i z zakażeniem mieszanem (gronkowiec + paciorkowiec).

Królik 37A. Waga 1600 gr. (jednokrotne uodparnianie).

Dnia 11 stycznia zastrzyknięto królikowi do stawu piszczelowo-udowego 0,5 cm.³ „antivirus“ paciorkowca, a w dniu 15 stycznia do tegoż kolana zastrzyknięto 1/10 uszka platynowego 24 godz. hodowli buljonowej paciorkowca w 0,5 cm.³ buljonu jałowego. Ponieważ po upływie 2 dni ani ten królik, ani też królik 40A użyty do kontroli (nieuodparniany) nie dał żadnego odczynu ze strony stawu, przeto 17 stycznia zrobiono 2-e zastrzyknięcie, zwiększając dawkę do 1/2 uszka platynowego hodowli paciorkowca.

♂ Królik 37^{le}



Na drugi dzień ciepłota podskoczyła do 40,50, powstało wyraźne zgrubienie stawu, duża bolesność. Następnego dnia objawy się nasiliły. Trzeciego dnia zgrubienie stawu nieco się zmniejszyło, ciepłota spadła do 39,70, potem jeszcze niżej. Poczynając od 7-go dnia zauważono nowe wzniesienie ciepłoty. Ogólny stan królika był niezły, na wadze nic nie stracił. Dnia 27 stycznia (10 dni od ostatniego zakażenia stawu) królika zabito.

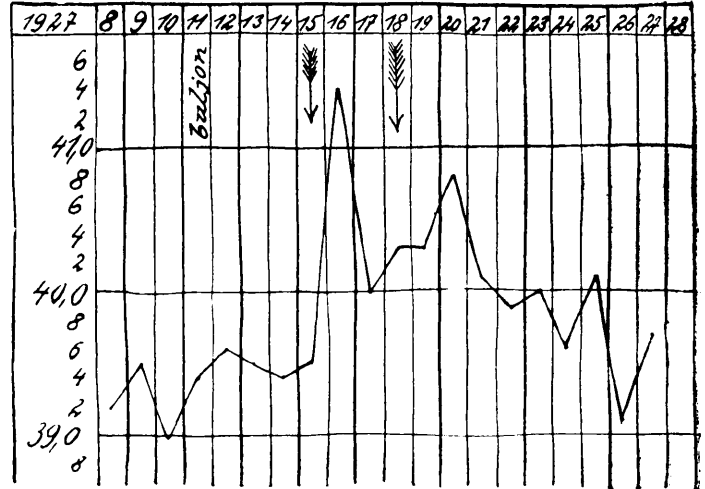
Badanie pośmiertne. Narządy wewnętrzne — norma. W stawie ropa. Posiew ropy ze stawu — jałowy. Krew z serca jałowa.

Wnioski. Jednokrotne uodparnianie stawu dało przebieg zakażenia dosyć łagodny.

Królik 40A. Waga 1770 gr. (kontrola).

Dnia 11 stycznia zastrzyknięto do stawu piszczelowo-udowego 0,5 cm.³ jałowego buljonu, a dnia 15 stycznia 1/10 uszka platynowego 24 godz. hodowli paciorkowca. Na drugi dzień ciepłota podskoczyła do 41,40, na trzeci spadła do 40,00, staw jednak był mało zmieniony i z tego powodu 18 stycznia zrobiono drugie zastrzyknięcie większej ilości paciorkowca: 1/2 uszka platynow. w 0,5 cm.³ buljonu.

♀ Królik 40^{le}



Nazajutrz stwierdzono zgrubienie wyraźne stawu, ciepłota wynosiła 40,30. Na trzeci dzień zgrubienie powiększyło się, ciepłota była 40,80. Następnie w ciągu dalszych dni ciepłota obniżyła się; miejscowo sprawa postępowała. Ogólny stan królika wciąż się pogarszał, królik stracił na wadze 200 gr. Dnia 27.I. (10 dni od ostatniego zakażenia) królika zabito.

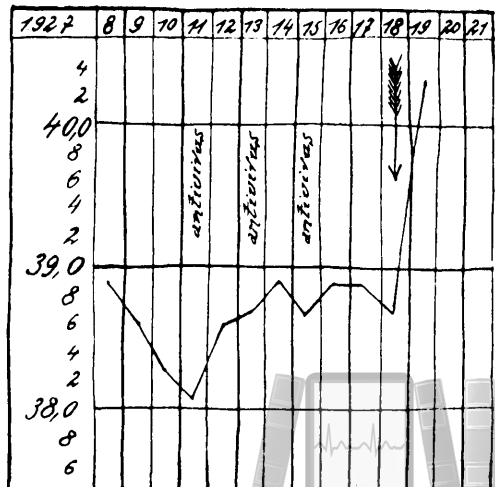
Badanie pośmiertne. Staw wypełniony ropą. Narządy wewnętrzne silnie przekrwione (nerki). Wynik posiewu: ze stawu: paciorkowiec, z krwi — ujemny.

Wnioski. Zakażenie połową uszka platyn. hodowli buljonowej paciorkowca dało obraz ropnego zapalenia stawu z ujemnym wpływem na stan ogólny królika (strata na wadze).

Królik 41A. Waga 2000 gr.

Dnia 11 stycznia zastrzyknięto do stawu piszczelowo-udowego 0,5 cm.³ „antivirus“ paciorkowca. Nazajutrz stwierdzono nieznaczne zgrubienie stawu. Dnia 13 i 15 stycznia powtórzone zastrzyknięcia przesączu (antivirus), a dnia 18 stycznia, czyli w tydzień po 1-em zastrzyknięciu, zakażono staw połową platynowego uszka 24-godzinnej hodowli buljonowej (z surowicą) paciorkowca w 0,5 cm.³ buljonu z surowicą.

♂ Królik 41^{le}



Nazajutrz odczyn był bardzo wyraźny, ciepłota podskoczyła do 40,30. Dnia 20 stycznia królik nie żył.

Badanie pośmiertne. W stawie świeże zmiany zapalne, nieco ropy. Nerki bardzo przekrwione. Duży obrzęk lewej moczny. Posiew ze stawu: paciorkowiec. Posiew krwi z serca: — paciorkowiec.

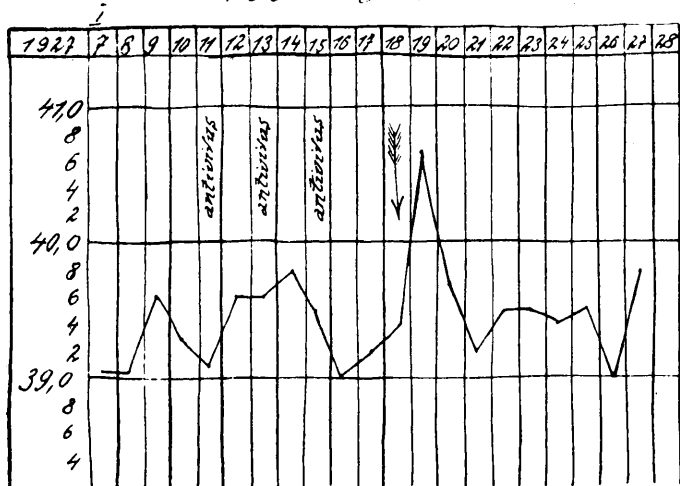
Wnioski. Połowa uszka platynowego hodowli buljonowej (z surowicą) paciorkowca jest dawką śmiertelną dla królika. Działa niemal piorunująco. Staw w takich warunkach nie da się uodpornić.

Królik 38A. Waga 1750 gr. (trzykrotne uodparnianie mieszaną „antivirus“).

Dnia 11 stycznia do stawu piszczelowo-udowego zastrzyknięto mieszaninę „antivirus“ gronkowca (0,25 cm.3) + „antivirus“ paciorkowca (0,25 cm.3). Nazajutrz zaobserwowano nieznaczne zgrubienie stawu.

Dnia 13 i 15 stycznia powtórzono podobne zastrzyknięcia.

♀ Królik 38A



Dnia 18 stycznia zakażono staw mieszaniną 1/4 uszka 24-godz. hodowli buljon. gronkowca + 1/4 uszka 24-godz. hodowli buljonowo-surowiczej paciorkowcowej. Nazajutrz zauważono zgrubienie stawu, ciepłota podskoczyła do 40,70. Na trzeci dzień ciepłota spadła do 39,70, zgrubienie stawu nie powiększyło się. W ciągu następných dni ciepłota utrzymywała się na poziomie, jak przed doświadczeniem, zgrubienie stawu postępowało, stan ogólny był dobry. Królik nie stracił na wadze. 27 stycznia (10-ty dzień od zakażenia) królika zabito.

Badanie pośmiertne. Narządy wewn. — bez zmian. W stawie: ropa. Posiewy: ze stawu — wynik niepewny (gronkowiec?); ze krwi — wynik ujemny.

Wnioski. Trzykrotne uodparnianie mieszanym przesączem („antivirus“) znacznie złagodziło przebieg zapalenia stawu (dobry stan ogólny, normalna ciepłota, waga zachowana).

Trzecia serja naszych doświadczeń wykazała możliwość uodpornienia stawów przeciwko zakażeniu mieszanemu (gronkowiec + paciorkowiec).

Na zakończenie pozwalam sobie wyciągnąć następujące wnioski. Doświadczenia moje dowiodły możliwości uodpornienia miejscowego stawów przeciwko zakażeniu gronkowcem, paciorkowcem i mieszanemu. Najlepiej to się powiodło z gronkowcem po trzykrotnym wprowadzeniu „antivirus“ do stawu (królik 32A). W innych przypadkach wynik nie był tak widoczny, z powodu trudności w wyszukaniu odpowiedniej dawki drobnoustrojów do zakażenia doświadczalnego. Jest jasnym, że, jeżeli przekroczymy tę dawkę, która zawsze będzie silniejsza od tej, z którą spotykamy się w życiu, to nawet bardzo skuteczny w praktyce środek uodparniający w do-

świadczeniu zawiedzie. Naogół trzeba przyznać, że i te najmniejsze dawki, jakimi operowaliśmy, były jeszcze stosunkowo obfite. Połowa uszka platynowego używanej przez nas hodowli paciorkowca dała w jednym naszym przypadku (królik 41A) ogólne zakażenie i śmierć w przeciągu 24 godzin. Pomimo użycia szczepów bardzo zjadliwych, dużych dawek, wyboru zwierzęcia, odznaczającego się wybitną czułością na zakażenie drobnoustrojami ropotwórczymi, uodparniania stawów, które, jak wiadomo, są bardzo bezbronne wobec drobnoustrojów i przedstawiają nader pomyślne warunki dla ich rozwoju — wyniki moich doświadczeń wypadły dodatnio. To ośmiela mnie do stosowania „antivirus“ przed operacjami, przede wszystkim w postaci opatrunków specyficznych (okładów pod ceratką), na skórze w miejscu zamierzonej operacji w celu wzmocnienia miejscowej odporności i zagwarantowania ranie pooperacyjnej jałowego gojenia się. Doświadczenia takie już rozpocząłem.

PISMIENICTWO.

R. Nitsch. Szczepionki i surowice. Tom I. Warszawa 1921.
A. Urbain C. R. Soc. Biol. t. 91, Juillet 1924. A. Besredka. Immunisation locale. Paris 1925. H. Sparrow. Nowe metody leczenia szczepionkami według Besredki. Warszaw. Czasop. Lek. Nr. 7, 1925 r. A. Besredka. L'immunisation locale et ses applications pratiques. La Presse Médicale, Nr. 86, 1926. M. Larget, J. P. Lemaire et Ed. Moreau. Traitement des infections urinaires à colibacilles par l'auto-vaccination. La Presse Médicale, Nr. 100, 1926.

Z Zakładu Fizjologii Uniwersytetu Warszawskiego
(Dyrektor: Prof. CZUBALSKI).

Prosta metoda otrzymywania zawartości pęcherzyka żółciowego psa do badań doświadczalnych.

Podał

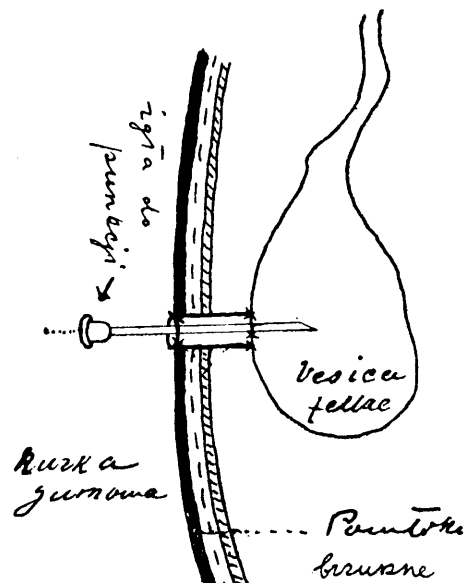
M. SAIDMAN (Warszawa).

Dotychczasowy sposób wydobywania treści pęcherzyka żółciowego psa do badań doświadczalnych polega na otwarciu jamy brzusznej i nałożeniu przetoki żołądkowej, przez którą wprowadza się cienką turkę gumową, ewent. zgłębnik dwunastniczy poprzez odźwierznik do dwunastnicy aż do granicy brodawki V a t e r a. Skurcz pęcherzyka żółciowego powoduje wydzielanie się żółci pęcherzykowej do dwunastnicy, a stamtąd przez zgłębnik na zewnątrz. Sposób ten jest dość skomplikowany i wymaga, prócz cięcia brzuszego, otwarcia żołądka oraz wprowadzenia zgłębnika do dwunastnicy i wydaje mi się nieodpowiednim do ścisłych badań fizjologicznych treści pęcherzyka żółciowego. Z pomocą tej metody nie można w każdej chwili otrzymać czystej żółci pęcherzykowej, poza tem wydobyć żółci zależne jest od skurczu pęcherzyka żółciowego, a zgłębnik, znajdujący się w dwunastnicy, działa jako ciało obce, co nie jest obojętne dla odruchowego mechanizmu opróżnienia się wątrobowego układu żółciowego.

W trakcie pracy doświadczalnej nad pozawątrobowym układem żółciowym psa nasunęła mi się myśl opracowania prostej metody otrzymywania treści pę-

cherzyka żółciowego, którą poniżej podaję. Otwarcie jamy brzusznej po linii środkowej i odszukanie pęcherzyka żółciowego. Na wysokości pęcherzyka żółciowego robi się drugie dodatkowe małe cięcie powłok brzusznych, które u psa odpowiada wysokości wyrostka mieczykowatego na przedniej powierzchni prawej połowy klatki piersiowej, cokolwiek z boku od linii środkowej: niewielkie to cięcie służy tylko do wprowadzenia rurki gumowej do przedniej ściany pęcherzyka żółciowego. Następnie 2 — 3 szwami, obejmującymi błonę surowiczą i mięśniówkę pęcherzyka żółciowego, przymocowujemy rurkę do tejże ściany, a w ten sposób rurka ze wszystkich stron ściśle przylega do ściany pęcherzyka żółciowego, poczem zaszywamy jamę brzuszną. Można też dolny odcinek rurki owinać kawałkiem sieci, którą wraz z rurką przyszywamy do przedniej ściany pęcherzyka, a w ten sposób rurka szczelnie do niej przylega. Po skończonej operacji z wytworzonej tym sposobem małej rany wystaje niewielki koniec rurki, przymocowanej do ściany pęcherzyka, koniec ten przyszywamy kilkoma szwami do skóry, przyczem wystającą część rurki obcinamy krótko aż do powierzchni skóry (patrz rys.). Jest to niezbędne, gdyż zdarzyć się może, że pies albo wyrzywa ją, albo też wypycha ją w głąb, i wtedy cały zabieg chybia celu. Otwór rurki zakorkowujemy lub też przewiązujemy ligaturą. Jeżeli teraz chcemy otrzymać treść pęcherzyka żółciowego, wystarczy wprowadzić cienką igłę poprzez rurkę i nakłuć ścianę pęcherzyka (patrz rys.). Nakłucia te można w każdej chwili powtarzać. Dla częstszego otrzymywania żółci do celów doświadczalnych pożądanem jest, by nakłucia pęcherzyka nie następowały zbyt często jedno za drugim, ażeby w ten sposób dać możliwość zaklejenia się otworu po poprzednim nakłuciu. Po każdorazowej takiej punkcji oczywiście otwór rurki na nowo zamykamy.

Zwracać też należy uwagę podczas operacji, by część rurki, znajdującej się w jamie brzusznej, nie zagięła się, w przeciwnym razie punkcja nie uda się. By uniknąć tego, zmieniłem w ostatnich moich doświadczeniach technikę w ten sposób, że po przymocowaniu rurki do ściany pęcherzyka, pęcherzyk przyszywam zapomocą 2 — 3 szwów do powłok brzusznych.



Sądzę, że powyżej opisana metoda zasługuje na wypróbowanie, bo umożliwia dotarcie do treści pęcherzyka żółciowego bez skomplikowanej operacji, przy czem żółć otrzymujemy przez nakłucie w każdej chwili, — co mi się wydaje ważnem dla celów doświadczalnych.

Z praktyki prywatnej.

Diaphragma laryngis, leczona diatermją.

Podał

L. BATAWIA (Częstochowa).

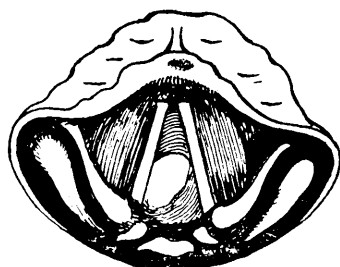
W poprzednich moich artykułach, ogłoszonych w roku zeszłym w sprawie elektrokoagulacji¹⁾, wykazałem skuteczność działania tego nowego środka leczniczego w bliznowatych zwężeniach górnych odcinków dróg oddechowych. Ponieważ diatermia stosowana była dotychczas w chorobach krtani w niewielkich tylko przypadkach i prawie wyłącznie, w gruźlicy krtani i brodawczakach, uważam za wskazane ogłosić drugi przypadek bliznowatego zwężenia krtani, leczony przeze mnie elektrokoagulacją.

T. K. lat 29 z zawodu farmaceuta, pochodzi z rodziny zdrowej. Do 24-go roku życia poważnie nie chorował, służył w wojsku. Mając lat 24, zachorował na płucę i serce: ciepłotę miał wówczas podniesioną, pocił się, kasłał, szybko się męczył przy nieznanym nawet wysiłku. Stwierdzono wówczas zajęcie szczytu lewego płuca i rozszerzenie serca. Po czterech miesiącach tej choroby wystąpiła chryp-

ka, i wówczas skonstatowano zajęcie procesem gruźliczym tylnej ściany krtani i prawego więzadła. Stan płuc i serca poprawił się w ciągu lat dwóch. Przez ten cały okres czasu chory leczył się też u laryngologów. Leczenie polegało na inhalacjach i naświetlaniach słonecznych krtani, które chory wykonywał z całą precyzją i sumiennością. W końcu drugiego roku seanse naświetlania trwały do dwóch godzin. Pod wpływem takiego leczenia chrypka znacznie się zmniejszyła, szpara głosowa jednakże zwęziła się, i chory sam mógł wówczas widzieć w lustrze „zrost“ w przednim kącie szpary głosowej. Przed dwoma laty poddał się operacji w Krakowie: wypalono mu galwanokauterem ognisko chorobne na tylnej ścianie krtani i przecięto również żegadłem elektrycznym bliznę w przednim kącie krtani. Po tym zabiegu na razie chory czuł się bardzo dobrze, oddychał swobodniej, lecz po miesiącu spotęgowała się jeszcze więcej duszność, i chory sam zauważył, że szpara głosowa jest węższa, niż była przed zabiegiem. Chory został skierowany przed rokiem do jednego z laryngologów warszawskich dla zniszczenia blizn krtaniowych elektrolizą, lecz kolega ów skierował pacjenta do mnie dla leczenia go elektrokoagulacją.

Chory średniego wzrostu, dobrze odżywiany, skarży się na chrypke i duszność, która wyraźnie potęguje się przy wysiłku fizycznym: oddech staje się wówczas stenotyczny. W płucach świeżego ogniska chorobnego niema, oddech oskrzelowy w szczytach bez rzeżeń świadczy o wygasłym procesie gruźliczym; w sercu, jak i w innych narządach, zmian chorobnych nie stwierdzono. W krtani szpara głosowa znacznie zwężona: ma formę owalną, zbliżoną do elipsy, której dłuższy wymiar ma kierunek od przodu ku tyłowi i ku stronie lewej (rys. 1). Na wysokości więzadeł prawdziwych widoczne

1) Polska Gazeta Lekarska, Nr. 26 i Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Nr. 9 r. 1925.



Rys. 1

są grube blizny w przednim kącie szpary głosowej i w prawym tylnym, które łączą się ze sobą, tak, że wolna jest od bliznowatych srostów tylko tylna połowa lewej struny głosowej.

Pierwszy raz zastosowałem elektrokoagulację u chorego 15-go września 1925 r. Przypaliłem blizny w przednim kącie szpary głosowej i w prawym tylnym w pozycji siedzącej chorego po uprzednim znieczuleniu 20% roztworem nowokainy. Przypalałem kilkakrotnie prądem o sile 300 — 400 miliamp. Chorego widziałem po 18-tu godzinach; na ból się nie skarżał, samopoczucie dobre, ciepłota nie podniesiona, w miejscach przypalenia białawe strupy. Po wizycie u mnie chory udał się w dalszą podróż do domu — koleją i końmi w Miechowskie.

Chory zjawił się u mnie po raz drugi 30-go listopada. Blizna w przednim kącie krtani w swych rozmiarach mało zmieniona, natomiast w kącie tylnym po stronie prawej pozostała zaledwie drobna część blizny w samym kącie. Obraz krtani przedstawia się obecnie, jak na rysunku 2. Ponieważ chory czuł się niedysponowanym, zmu-



Rys. 2

szony byłem tego dnia znacznie skrócić seans operacyjny i przypaliłem tylko w dwóch punktach bliznę w przednim kącie. Nazajutrz rano chory wyjechał. Trzeci seans odbył się 31-go grudnia. Obraz w krtani ten sam, co w listopadzie. Przypaliłem bliznę w przednim kącie na całej jej przestrzeni, lecz elektroda, mimo wywieranego ucisku, blizny nie przebiła. Blizna okazuje się twardą i grubą. Nazajutrz rano, nie odczuwając żadnego bólu i czując się zupełnie dobrze, pacjent udał się w podróż do domu.

Po raz czwarty widziałem chorego dn. 17-go Lutego r. 1926. Samopoczucie chorego lepsze, duszność mniejsza. W bliznie widać wyraźne zagłębienie, robi to wrażenie, że położona ona jest niżej, niż dawniej, a wpłynęło na to zniszczenie górnej jej warstwy; wymiar przednio-tylny blizny jest mniejszy. Operacja obecnie polegała na przebicciu blizny elektrodą podczas działania prądu, co udało mi się wykonać tylko w tylnej części blizny, t. j. na jej wolnym brzegu, w samym kącie blizna była jeszcze zbyt gruba. Dotknąłem też elektrodą pozostałej części blizny w prawym bocznym kącie.

Piąty seans odbył się 17-go kwietnia. W prawym tylnym kącie pozostało z blizny zaledwie zaokrąglone kąta, w przednim jednakże kącie widoczna jest jeszcze cienka blizna, rozciągnięta w przedniej trzeciej części więzadeł głosowych. Okazuje się, że zupełnego zniszczenia blizny przedniej nie otrzymałem. Tegoż dnia po raz piąty przypaliłem elektrodą diatermiczną bliznę w przednim kącie, przy czym udało mi się z łatwością przebić błonę na całej jej przestrzeni.

Chorego więcej nie widziałem, gdyż nazajutrz po zabiegu wcześniej rano wyjechał. 20-go sierpnia otrzymałem od chorego list, w którym pisze: „Czuję się dobrze i przez miesiąc pracowałem w aptece, nie odczuwając żadnego pogorszenia; otwór w krtani nieco zwiększony, i oddech jest swobodniejszy; próba pracy wypadła do-

brze, więc jadę na miejsce stałe, by przez rok wypróbować swe siły. Kąt od strony języka jest jeszcze zarośnięty, lecz przez całą długość zrostu jest bardzo wyraźna biała szrama, która staje się coraz bledszą i robi wrażenie, że się choć częściowo przerwie. Boczny kąt z prawej strony jest nieco zrośnięty, tak, że figura otworu krtaniowego przedstawia się, jak na rysunku 3-im.“

Muszę tu zaznaczyć, że pacjent mój umiał wspinać sam siebie laryngoskopować i najdokładniej w lustrze orjentował się we wszystkich detalach swej krtani tak, że obraz, który opisuje, i rysunek, który mi przesłał, i który wyżej podałem, są zupełnie miarodajne.



Rys. 3

Reakcji zapalnej po zabiegach nie było prawie żadnej: ani podniesienia ciepłoty, ani bólu gardła, ani obrzęku w krtani, ani wzmoczenia duszności. Chory czuł się po zabiegu zupełnie dobrze i nazajutrz wyjeżdżał do domu — do miejscowości, odległej od Czechochowy o 8 godzin drogi.

Jeżeli zastanowimy się teraz nad rezultatem leczenia za pomocą elektrokoagulacji bliznowego zwężenia krtani w naszym przypadku, to przyznać musimy, że osiągnęliśmy tylko poprawę, że zupełnego wyleczenia nie otrzymaliśmy. Przekonałem się na tym przypadku, że cienkie blizny dają się łatwo zniszczyć diatermją, blizny zaś twarde i grube wymagają 3 do 5-ciu seansów o sile prądu diatermicznego do 500 miliamp. Kąty krtani okazały się niezbyt wdzięcznym polem operacyjnym nawet dla prądów o wysokiej częstotliwości. Wszelkie moje wysiłki, aby otrzymać normalny kąt ostry, nie powiodły się. Blizna w przednim kącie była twarda, gruba, udało mi się jednak ją całą skoagulować, a elektroda podczas ostatniego seansu przebiła ją na wylot na całej jej przestrzeni; mimo to nastąpiło wtórne zrośnięcie brzegów, choć na mniejszej przestrzeni, niż dawniej, jak świadczy o tem podany przez chorego rysunek. O poprawie świadczą też ustąpienie duszności i przywrócona zdolność do pracy pacjenta. Również i w prawym kącie na rys. 3 widoczna jest jeszcze blizna, lecz na nieznacznej przestrzeni. Należy przypuszczać, że prócz umiejscowienia i charakter blizn odgrywa tu ważną rolę. Wiemy, że w przednim kącie najczęściej blizny są grubsze i twardsze, niż w innych miejscach krtani. To właśnie miało miejsce i w naszym przypadku i to, prawdopodobnie, było przyczyną, że strzępy spalonej blizny przy stałym wzajemnym kontakcie zrosły się. Kąty tylne są bardziej rozwarłe, blizna w prawym kącie była cieńsza, i dlatego efekt zabiegu jest tu lepszy i widoczny już był po pierwszym seansie. Chory w liście swym wypowiada nadzieję, że cienka blizna z czasem przedrze się, ja jednakże mniej optymistycznie na to się zapatruję; być może, jeszcze jeden lub dwa seanse elektrokoagulacji spowodowałyby dalszą poprawę.

Jeżeli porównamy rysunki drugi i trzeci, to przekonamy się, że wielkiej różnicy w tych dwóch obrazach krtaniowych nie ma: cienka blizna w prawym bocznym kącie znikła już po pierwszym seansie, natomiast blizna w przednim kącie wprawdzie elektrokoagulacji okazała się małą. Być może, szybszy i lepszy rezultat otrzymałbym, gdybym u mego chorego, zamiast elektrody w formie izolowanego zębionika metalowego, jakim się posługiwałem, użył krtaniowego nożyka diatermicznego, skonstruowanego w ten sposób, by mógł on na śrubie obracać się w rozmaitych kierunkach. Instrumentu takiego nie znam. Powtórzyć tu muszę, co wypowiedziałem dawniej, że instrumen-

tarjum do elektrokoagulacji ma jeszcze wielkie braki, co niewątpliwie wpływa na rezultat leczenia.

Pięć seansów przeprowadzonej u naszego chorego elektrokoagulacji pozwalają wyciągnąć wniosek, że w *diaphragma laryngis* cienkie blizny z łatwością dają się usunąć diatermją, na twarde zaś blizny w wąskim przednim kącie wpływ elektrokoagulacji jest niedostateczny.

Jeżeli teraz zastanowimy się nad tem, czy w *diaphragma laryngis* należy dać pierwszeństwo stosowanym dotychczas metodom leczenia, czy też elektrokoagulacji, to przyznać trzeba, że szala pierwszeństwa przechyli się na korzyść tej ostatniej. Wprawdzie rację przynąć należy Paulowi von Brunns, Chiarremu¹⁾ i innym, że zabiegi wewnątrzkrtańowe, jak przecinanie i wycinanie błon i systematyczne następcze rozszerzanie, w omawianem cierpieniu najczęściej prowadzą do celu; jednakże te systematyczne rozszerzania krtani trwają miesiące i lata całe, i chory skazany jest na

1) Chirurgie des Kehlkopfes und der Luftröhre.

stałe przebywanie w mieście, w którym może korzystać z odpowiedniej pomocy; przy leczeniu zaś prądami o wysokiej częstotliwości chory zgłasza się do lekarza 2 — 5 razy w dowolnych odstępach, a rezultat jest, jeżeli nie lepszy, to ten sam, jaki daje prowadzona przez długie miesiące kuracja rozszerzadłami.

W końcu pozwolę sobie przytoczyć słowa wielkiego znawcy działania prądów o wysokiej częstotliwości L e r o u x-R o b e r t a, który waha się mimo to wypowiedzieć stanowcze, jak to zwykł czynić, zdanie o skutkach leczenia diatermją zwężen krtani. Autor ten w swej obszernej monografii²⁾ mówi: „Il semble (d'après B o u r g e o i s, P o y e t et P o r t m a n) que la diathermo coagulation soit indiquée avec des chances de succès variables dans les sténoses laryngées cicatricielles, qui n'ont pas cédé à la laryngostomie et à la dilatation, ou même pour remplacer ces méthodes“. Znamienne są tu słowa: „il semble“ i „succès variables“.

2) La haute fréquence en oto-rhino-laryngologie 1925.

Streszczenia zbiorowe.

Z Zakładu Rentgenologicznego Kaszy Chorych m. Warszawy.
(Kierownik: Dr. S. RUBINROT)

O chorobach Koehlera.

Podał

Henryk ADELFRANG (Warszawa).

Grupa schorzeń kostnych, którą obejmujemy ogólnym mianem *osteochondritis deformans juvenilis*, jest obecnie dość znaczna. Należy do niej szereg chorób, nazwanych przeważnie od nazwiska autorów, którzy je poraz pierwszy opisali i z których najwięcej znane są choroba Perthes-Calvé-Legga oraz pierwsza i druga choroby Koehlera, mniej zaś znane, ewentualnie rzadziej spotykane są choroby Osgood-Schlattera, Kienboeck'a, Calvégo, Vuilleta i Preisera.

Tematem pracy niniejszej będą pierwsza i druga choroby Koehlera — *osteochondritis ossis navicularis pedis et osteochondritis capituli ossis metatarsi II aut III*.

Rozpocznę od opisu choroby drugiej, która spotykana jest częściej, daje większe zmiany i zniekształcenia i trwa przez szereg lat.

Opisane poraz pierwszy przez F r e i b e r g a z N. Yorku w roku 1914 pod tytułem: „Infraction of the metatarsal head“, schorzenie to nie wzbudziło większego zainteresowania ani wśród chirurgów, ani wśród rentgenologów. I dopiero po szczegółowym opracowaniu sprawy przez Koehlera, który na niemieckim zjeździe rentgenologów w roku 1920 przedstawił 6 przypadków tej choroby, zjawił się cały szereg prac i opisów poszczególnych przypadków, który osiągnął dziś pokażnej liczby około 130.

Schorzenie zaczyna się przeważnie w wieku młodziem, między 10 — 18 rokiem życia, spotyka się

u kobiet cztery razy częściej, niż u mężczyzn, i klinicznie daje się podzielić na trzy okresy, z których pierwszy i drugi różnią się tylko stopniem nasilenia bólów w okolicy główki drugiej kości śródstopia, trudnością, ewentualnie niemożnością chodzenia i stawania na palcach i większym lub mniejszym obrzękiem miejscowym albo całego grzbietu stopy. Rzadko spotyka się miejscowe zacerwienie skóry i wzmoczenie ciepłoty lokalnej. Drugi okres następuje bezpośrednio po pierwszym, i w zależności od rozległości zmian, cała sprawa trwa od kilku do kilkunastu tygodni. Następnie wszystko klinicznie wraca do normy. Między okresem drugim i trzecim, który należy uważać nie za dalszy ciąg, ale za skutek schorzenia, i który anatomicznie przedstawia się jako *arthritis deformans consecutiva*, upływa zwykle dłuższy przeciąg czasu. Ten ostatni okres trwa przez lata całe i, w zależności od stopnia zniekształcenia główki, daje większe lub mniejsze dolegliwości.

Istota choroby polega na martwicy tkanki kostnej nasady bez albo z bardzo nieznacznym uszkodzeniem tkanki chrząstkowej stawu.

Mało istnieje schorzeń, któreby tyle zawdzięczały badaniom rentgenologicznym, jak *osteochondritis deformans juvenilis*. Śmiało rzec można, że schorzenia te były odkryte dzięki wyłącznie tego rodzaju badaniom, że początkowo patogenesa i nawet anatomja patologiczna, wobec zupełnego braku danych sekcyjnych, iak naprz. w *osteochondritis coxae*, opierały się wyłącznie na zdjęciach rentgenologicznych. Rozpocznę tedy od opisu tych zdjęć.

W bardzo wczesnych stadiach choroby stwierdzamy w główce drugiej kości śródstopia, główce o normalnej jeszcze konfiguracji, liczne, leżące podchrząstkowo, drobne ogniska rozmięczenia tkanki kostnej. Między temi ogniskami znajdują się wszędzie gęstniające tkanki, tak, że cała główka wygładza

jakby sfragmentowana (rys. 1 i 2). W późniejszych okresach widzimy, że kontur główki staje się nieprawidłowy i ztraca swą normalną okrągłość; główka



zostaje spłaszczona i następnie zupełnie zniekształcona i posiada liczne drobne wyrośle i nawarstwienia kostne. Obwodowa trzecia część kości grubieje, szyjka zanika, jama szpikowa rozszerza się, a część korowa staje się szersza. Szpara stawowa między drugą kością śródstopia i pierwszym paliczkiem jest zawsze rozszerzona, co wynika ze spłaszczenia główki i braku większych uszkodzeń chrząstki. (rys. 3 i 4). Jednak w okresach



późniejszych szpara stawowa zwykle się zwęża, dzięki większym nawarstwieniom kostnym na główce, nigdy jednak nie zanika zupełnie, jak w zniekształcającym

zapaleniu stawów. Wreszcie powierzchnia stawowa przebiega nieprawidłowo, zwykle esowato (rys. 5).



Badania anatomo-patologiczne, tak makroskopowe, jak i drobnowidzowe, są wynikiem ostatnich prac — przeważnie niemieckich i francuskich autorów. Makroskopowo stwierdzono: obrzęk tkanki okołostawowej i torebki, spłaszczenie i rozszerzenie główki. Tkanka chrząstkowa jest matowa i żółtawa. Na przecięciu kości widzimy: zgrubienie części korowej dolnej, części trzonu i silne unaczynienie szpiku kostnego. Badanie nasady kostnej potwierdza w zupełności dane rentgenologiczne, a mianowicie: — sfragmentowanie jądra kostnienia, składającego się z ognisk rozpadowych.

Badania histo-patologiczne stwierdziły w rozpadniętych ogniskach grupy zmartwiałych komórek kostnych, otoczonych młodą, bogato unaczynioną tkanką, zawierającą często komórki typu embrjonalnego. Część chrząstkowa, łącząca nasadę z trzonem kości, jest normalna. Zaś chrząstka stawowa jest uszkodzona w swych głębokich warstwach, które zawierają drobne zmartwiałe ogniska.

Reasumując dane anatomo- i histopatologiczne, dochodzimy do wniosku, że sprawa chorobowa odbywa się głównie w jądrze kostnienia nasady, uszkodzenie zaś chrząstki jest natury wtórnej.

Jeżeli klinika i anatomja patologiczna schorzenia są już dobrze znane, to patogeneza i etiologia sprawy pozostają nadal niewyjaśnione pomimo całego szeregu prac i badań, jakie się w ostatnich czasach zjawily. Najwięcej mówiono i pisano o urazie, bądź jednorazowym, bądź też stałym. (Freiberg w pierwszej pracy nazywa chorobę wprost „infractio“, czyli nadłamanie). Rzecznikiem tej urazowej teorii, która zyskała sobie wielu zwolenników, był K a p p i s. Ale bardzo szczegółowe wywiady rzadko wspominają o urazie, w każdym razie nie spotykano urazu tak silnego, któryby mógł doprowadzić do złamania nasady kostnej (doświadczenia na trupach dowiodły zresztą, że uraz powinien być wyjątkowo silny, aby spowodować złamanie nasady).

Urazem stałym, jako przyczyną choroby, zajmowali się Be e l y, C a h a n - B r a c h, S o n n t a g i i n n i. Uważają oni, że główka drugiej kości śródstopia już w warunkach normalnych jest silnie obciążona przy szybkim chodzeniu, skakaniu i t. d. Szczególnie znacznem jednak staje się obciążenie przy zmianie warunków statycznych, o których pisze E n g e l m a n n, i do których w pierwszym rzędzie należy przy-

nia się płaska stopa. I rzeczywiście w 22% wszystkich opisanych przypadków stwierdzono płaską stopę. Z drugiej zaś strony, autorzy ci, zwrócili uwagę na dziwny stosunek, zachodzący między liczbą schorzeń u kobiet i u mężczyzn, stosunek 4 do 1, i objaśnili ten stosunek rodzajem obuwia, noszonym przez kobiety, obuwia o wysokich obcasach, które zmianie omawianych warunków statycznych znacznie sprzyja. Tak samo i Mueller uważa, że schorzenie jest reakcją na insulaty mechaniczne. Patologiczne w danej sprawie będzie to, — powiada Mueller, — że tolerancja tkanki kostnej nasady dla podobnych urazów jest z jakiegoś powodu zakłócona. Fromme uważa, że sprawa należy do późnej krzywicy. Teorja ta, wobec braku jakichkolwiek zmian krzywicznych w ustroju i w innych kościach, jest mało prawdopodobna.

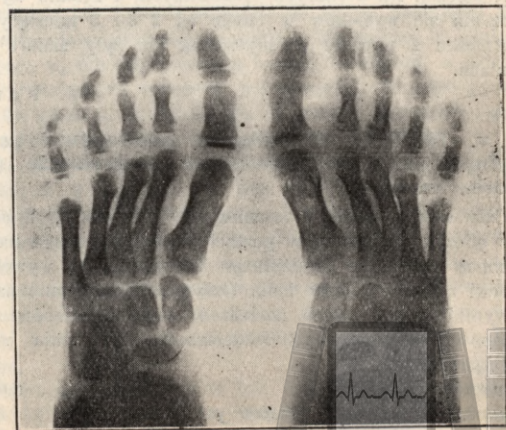
Nie stwierdzono ani gruźlicy, ani kiły, ani śladów zwykłego ropnego zapalenia szpiku kostnego. Choroba nie należy również ani do osteopatyj głodowych, ani do osteomalacji, ani awitaminoz. Sonntag i Lieg uważają, że choroba jest skutkiem zaburzeń w gruczołach o wydzielaniu dokrewnem. I choć w niektórych przypadkach rzeczywiście stwierdzono zmiany w tarczycy, ew. w jajnikach, to jednak przypadki te były tylko pojedyncze. Badanie histopatologiczne nie stwierdziło żadnych oznak trombozy, ani nowotworu, ani zapalenia kości zniekształcającego. Axhausen uważa, że przyczyną choroby jest zator pochodzenia drobnoustrojowego, który, choć nie wywołuje zapalenia w zwykłym tego słowa znaczeniu, ale wprost mechanicznie może wywołać zamknięcie światła doprowadzającego naczynia i wtórną martwicę bardzo czulej tkanki nasady kostnej. O zatorze drobnoustrojowym mówią i ostatnie prace francuskie, na których muszę się trochę dłużej zatrzymać. Dwaj autorzy francuscy Lacéné i Mouchet zbadali histopatologicznie przypadek pierwszej choroby Koehlera, — *osteochondritis navicularis pedis*—w bardzo wczesnym okresie rozwoju i stwierdzili wszystkie cechy zapalenia szpiku kostnego. Opierając się na tych badaniach, inny autor francuski, Moutier, twierdzi, że *osteochondritis* jest *sui generis osteomyelitis larvata*, i uważa, że ta właśnie teorja doskonale odpowiada i tłumaczy wszystkie objawy kliniczne i zmiany anatomoopatologiczne schorzenia. I rzeczywiście, jako choroba par excellence zatorowa (sanguine), ten rodzaj zapalenia szpiku kostnego umiejscawia się przeważnie w jądrach kostnienia nasad, które posiadają swą własną tętniczkę, niezależną od tętnicy trzonu kości. W zależności od wielkości zatkanego naczynia ogniska ropadkowe będą drobne albo większe. Jak w każdym zapaleniu szpiku kostnego, mamy w jądrze kostnienia dwojaki rodzaj sprawy: z jednej strony ogniska ropadkowe, z drugiej — ogniska zgęszczenia, ewentualnie regeneracji, pochodzące z otaczającej tkanki gąbczastej i z okostny. Ale jądro kostnienia, otoczone ze wszystkich stron chrząstka, okostny nie posiada. Dlatego też mamy reakcję wtórną okostny przylegającej części metafizy i, jako wynik tej reakcji — zgrubienie dolnej części trzonu i zanik szyjki. Dalsze zmiany prowadzą do spłaszczenia główki i tem samem do rozszerzenia szpary stawowej. I jeżeli zmiany nie są duże, chrząstka mało albo zupełnie nie uszkodzona — wówczas do większych zniekształceń główki nie docho-

dzi. Jeżeli zaś zmiany są głębsze, wówczas i główka zostaje więcej zniekształcona i spłaszczona.

Co się tyczy chrząstki, to sprawa przedstawia się w sposób następujący: chrząstka metafizarna, która odżywia się naczyniami trzonu kości, jest zupełnie nieuszkodzona; chrząstka zaś stawowa odżywia się w części naczyniami jądra, w części zaś naczyniami błony maziowej stawu. Dlatego też zwykle mamy zmiany w głębokich, przyjądrowych częściach chrząstki i nie mamy ich w części stawowej. Jednakże, w razie znacznych zmian w jądrze, powstają na główce wyrosłe i proliferacje kostne, które wtórnie niszczą chrząstkę stawową i w końcu doprowadzają do zniekształcającego zapalenia stawu.

Zaznaczyłem już wyżej, że sprawę zatoru poruszył pierwszy Axhausen. Starał się on również wytlomaczyć i to niezwykle umiejscowienie sprawy chorobowej w główce drugiej kości śródstopia. Okazuje się mianowicie, że tętnica trzonu tej kości jest prostem przedłużeniem tętnicy grzbietu stopy, i dlatego też umiejscowienie w główce II kości śródstopia jest najczęstsze. Ale Axhausen uważał, że zator w tych przypadkach działa czysto mechanicznie i zamyka tylko światło naczynia. Możemy jednak tak samo przypuścić, że działanie zatoru drobnoustrojowego może być i toksyczne, ew. że zator składa się z takich drobnoustrojów, jak np. łańcuszkowce, które przeważnie wywołują tylko martwicę. Potwierdzenie tej teorji zakaźnej przynoszą prace Baischa i Rosta, którzy u wszystkich chorych, obarczonych chorobami Koehlera, stwierdzili dodatni odczyn antystafylowy.

Powyższe teorje i hipotezy dotyczą również i pierwszej choroby Koehlera, — *osteochondritis navicularis pedis*, — opisanej poraz pierwszy w roku 1908, i której dotychczas zebrano około 60 przypadków. Schorzenie to spotyka się przeważnie w wieku młodocianym, między 3 a 10 rokiem życia, u chłopców trzy razy częściej, niż u dziewcząt, i polega na zniekształceniu jądra kostnienia kości łódkowatej stopy, które wygląda jakby sfragmentowane i zawiera kilka razy więcej wapnia, niż normalnie. Istnieją jednakże i specjalne warunki anatomo-fizjologiczne, które mogą przyczynić się do powstania choroby, a mianowicie: jądro kości łódkowatej kostnieje najpóźniej ze wszystkich kości stopy, powtórę, już normalne unaczynienie kości stoi na granicy tolerancji fizjologicznej. Rozumie się, że obie te przyczyny powodują większą wrażliwość



kości na różnego rodzaju urazy, bądź stale, bądź też jednorazowe. I dlatego przy pewnej skłonności, ewentualnie innych zmianach konstytucjonalnych schorzenie występuje.

W odróżnieniu od drugiej choroby K o e h l e r a schorzenie to trwa krótko, i przeważnie następuje *restitutio ad integrum*. (rys. 6).

Wszystkie wymienione teorie i hipotezy, a zwłaszcza ostatnia, są mniej lub więcej prawdopodobne. A jednak czegoś im brak, a jednak nie wyjaśniają w zupełności przyczyny schorzenia, ani umiejscowienia, a jednak sprzeczności między poszczególnymi autorami są znaczne. I dlatego też uważałbym, że nie może-

my się zadowolić przyjęciem tej lub innej teorii, ale że w grę wchodzi wiele czynników, i że tylko zespół tych wszystkich i mechanicznych, i anatomicznych, i statycznych i konstytucjonalnych czynników, a właściwie zmiany patologiczne, jakie w tym zespole całym zachodzą — sprzyjają powstawaniu choroby.

PIŚMIENNICTWO POLSKIE.

Dr. C z e r n e c k a Irena: Przypadek choroby K o e h l e r a. Polski Przegląd Chirurgiczny, tom 5, zeszyt 1.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Lecznictwo.

P. CARNOT i TERRIS. **Przybytek na wadze wywołany przez wyciągi z narządów zwierząt utuczonych.** (Compt. rend. de la Soc. de Biol., Nr. 27 — 1925).

W swych pracach poprzednich autorzy donosili o doświadczeniach, w których płyny i wyciągi odbiałezone różnych narządów, pochodzących od zwierząt w stanie wyniszczenia, zastrzykiwane zwierzętom zdrowym wywoływały u nich wybitne schudnięcie pomimo stałości pożywienia.

W obecnej serji spostrzeżeń zarówno doświadczalnych, jak i klinicznych, autorzy obserwowali szybkie powiększanie się wagi po zastrzykiwaniu wyciągów, pochodzących z narządów zwierząt utuczonych.

Królik, którego waga pozostawała przez dłuższy czas bez zmiany, począł po zastrzykiwaniu wyciągów z wątroby utuczonego wieprza, przybierać na wadze pomimo niezmiennego sposobu karmienia. W ciągu miesiąca przybyło mu 1/5 poprzedniej wagi.

Kobieta, lat 69, w stanie daleko posuniętego wychudzenia (waga 31 klg.) jednak bez cięższych zmian chorobowych (opadnięcie trzew z wyniszczeniem) otrzymuje 26 zastrzyknięć wyciągu alkoholowego wątroby tłustego wieprza. Przybytek na wadze w ciągu 36 dni wynosił 3,8 klg. t. z. 105 gr. dziennie, 125 gr. na klg., albo 1/8 wagi początkowej.

Wydaje się, że metodę tę można zastosować do celów leczniczych, gdyż zastrzykiwane wyciągi sprzyjają prawdopodobnie zatrzymaniu w ustroju zasobów pożywienia.

J. T y p o g r a f.

KEHRER. **Zespolenie żyły odpiszczelowej (Saphena) wewnętrznej z jamą brzuszną w leczeniu puchliny wodnej.** (Zbl. f. Chir., Nr. 29, 1926).

W r. 1907 Ruotte zaproponował połączenie bezpośrednio żyły odpiszczelowej podskórnej z otrzewną dla otrzymania stałego odejścia przesieków z jamy brzusznej do krążenia krwi.

Ke h r e r jest jednym z nielicznych zwolenników tej metody. Po dokładnym opisaniu techniki operacyjnej K. podaje wyniki tej metody leczniczej. Na 5 chorych operowanych, 4 zostało wyleczonych bez tworzenia się wysięków w czasie od 2 do 8 miesięcy. W jednym przypadku z powodu zaczopowania się żyły śmierć nastąpiła po 11 dniach.

J. P o m p e r.

E. v. THURZO. **O unikaniu zakrzepów i uszkodzeń ścian żylnych przy wstrzykiwaniach śródżylnych.** (Deutsch. med. Woch., Nr. 48 — 1926).

Cały szereg środków leczniczych, wstrzykniętych obok żyły, wywołuje odczyn miejscowy w postaci bardzo bolesnego nacieczenia. Jednak mimo dokładnie śródżylnego zastrzyknięcia wywołują niektóre środki również bolesne i dla chorego nieprzyjemne następstwa, będące wynikiem powstałych nacieczeń, wzgl. zakrzepów. Przy silnej bolesności wytworzonego śródściennie nacieczenia wstrzykuje autor do sąsiedztwa:

<i>novocaini (eucaini)</i>	0,04
<i>tonogeni (R i c h t e r)</i> 1:1000 gtt.	12
<i>sol natrii chlor. physiol. gtt.</i>	20

Następnie stosuje ciepłe, potem zimne okłady.

Dla uniknięcia zakrzepów żył po wstrzyknięciu 10% roztworu *calc. chloral.* autor przed wstrzyknięciem wyciąga tłok, nabierając równą ilość krwi, i dopiero potem wprowadza do połowy rozcieńczonego roztworu; do wstrzykiwań 10 cm³ używa 20 emetrowych strzykawek. Przy tej metodzie wstrzykiwań aut. nigdy nie spostrzegł powstawania zakrzepów.

M. G o l d m a n junior.

GARTENMEISTER. **Przypadek zranienia ołówkiem atramentowym.** (Zbl. f. Chir., Nr. 27 — 1:26).

Przypadków poważniejszych zranień ołówkiem atramentowym opisano około 30. W niektórych przypadkach dominują objawy urazu miejscowego, wywołanego złamanym końcem ołówka, który, wdrążony w tkanki, powoduje martwicę. W innych przypadkach mamy objawy ogólnej intoksykacji, szczególnie wyrażonej w wątrobie.

W przypadku autora, mężczyzna 26-letni zranił się ołówkiem atramentowym, przyczem ostrze ołówka, długości 3 mm, zostało wdrążone w tkanki dłoni. W znieczuleniu miejscowym próbowano usunąć ten kawałek ołówka, lecz wskutek zmażdżenia szczypcami wyjęto tylko odłamki. W ciągu 10 dni opatrunki są farbowane na niebiesko wydzielną ranę. Stopniowo nastąpiło zabliznienie rany.

Po miesiącu bez widocznej przyczyny wystąpiły objawy silnego rozwolnienia oraz żółtaczką, która trwała 15 dni.

Po 2 1/2 miesiącach wystąpiły bóle oraz obrzęk ręki z zapaleniem naczyń chłonnych i gruczołów pachowych z gorączką. Wówczas wykonano wycięcie tkanek, które były jeszcze zafarbowane oraz wylęczekowano ranę. Dopiero po tym zabiegu otrzymano zupełne wyleczenie.

Autor uważa, że w podobnych przypadkach nie należy próbować usunąć obce ciało szczypcami, lecz wykonać należy szerokie wycięcie tkanek, w których zostały wglobione odłamki ołówka atramentowego.

J. P o m p e r.

Djagnostyka.

POP i GRÜNBAUM. **Doświadczenia nad opadaniem krwinek.** (Klin. Woch. Nr. 13, 1927).

Autorzy twierdzą, że przyspieszone opadanie krwinek (o. kr.) nie posiada zbyt dużej wartości rozpoznawczej; jednakże w przypadkach z przyspieszonym o. kr., w których żadnych zmian przedmiotowych nie stwierdzono, trzeba być ostrożnym i zwrócić uwagę w kierunku nowotworu. Przyspieszone o. kr. ma miejsce w przypadkach chorobowych z podniesioną ciepłotą, w ropieniu, w rozpadzie tkanek i wyniszczeniu. Sprawom zapalnym wsierdza, osierdza i nasierdza towarzyszy przyspieszone o. kr., tylko w okresie gorączkowym, natomiast wady zastawkowe oraz cierpienia mięśnia sercowego nie wpływają na szybkość opadania krwinek. W cierpieniach przewodu pokarmowego o. kr. przyspieszają w nieznanym stopniu świeże sprawy zapalne okołozółdkowe oraz wybitnie przyspieszają sprawy nowotworowe. W cierpieniach wątroby spotykamy się z różną szybkością opadania krwinek, zależnie od przewagi jednego z dwóch czynników, z których jeden przyspiesza o. kr. (zapalenie woreczka żółciowego, kamica, nowotwory), a drugi opóźnia (kwasy żółciowe w żółtacze).

Ostre gościcowe zapalenie stawów, cierpienia stawów na tle gruźlicy, rzeźączki, oraz ostry napad dny, którym towarzyszy poniesiona ciepłota, przyspieszają o. kr., inne natomiast cierpienia przewlekłe stawów oraz dna moczanowa nie odbijają się na o. kr. Wogóle choroby przemiany materji na o. kr. nie wpływają. W gruźlicy płuc czynnej i wysiękowej mamy przyspieszone o. kr., w przeciwieństwie do gruźlicy nieczynnej, gdzie o. kr. jest prawidłowe. Tutaj jednak należy pamiętać, że w początkowych okresach gruźlicy o. kr. może być jeszcze niezmiennione, zarówno jak i w b. rzadkich przypadkach gruźlicy w ciągu całego jej przebiegu.

G o l i b o r s k a.

E. REYNOLDS. O znaczeniu djagnostycznym albumozurji Bence-Jones. (The Brit. Medic. Journ., Nr. 3402, 1926).

Autor podkreśla, że, jakkolwiek oddawna już wiemy o tem, że w moczu znajdować się nieraz może ciało białkowe Bence-Jonesa, jednak w przypadkach jakichś niewyraźnych spraw chorobowych rzadko myślimy o zbadaniu moczu w tym kierunku, chociaż wykrycie w moczu tego białka posiada doniosłe znaczenie zarówno dla celów rozpoznawczych, jak i leczniczych. R. opisuje 3 spostrzeżenia przez siebie przypadki, które traktowano początkowo, jako zapalenie nerwów opodowych, jako zapalenie opłucny, częstoskurcz nerwowy, a dopiero zbadanie moczu i wykrycie białka Bence-Jonesa z bólami w okolicy poszczególnych kręgów pozwoliło na rozpoznanie *myeloma vertebr.* W jednym z tych przypadków badanie radjoskopowe wykazało jakąś, bliżej nieokreśloną sprawę w kręgach piersiowych — w przypadku tym więc rozbieranie moczu miał donioślejsze znaczenie dla trafnego rozpoznania choroby, niż radjoscopia, i pozwolił na wczesne zastosowanie odpowiedniej terapii (naświetlań prom. X) z pomyślnym wynikiem. R. przypomina, że zwykle białko w moczu scina się dopiero przy 800 C., białko Bence-Jonesa już przy 500 C., przyczem przy dalszym ogrzewaniu ponownie, choć niezupełnie, się rozpłaszcza; przy oziębieniu strąć występuje ponownie. Ważna jest również próba z kwasem azotowym: dodanie zimnego kw. azot. do moczu powoduje powstanie na granicy zetknięcia się płynów b. gęstego strątu, podczas strątu ten występuje w całej próbówce w postaci drobniutkich kłaczków.

Zdzisław Świder.

Gruźlica.

J. SEVERIN. Rozpoznanie, rokowanie i leczenie pierwotnej gruźlicy żołądka. (Deutsch. med. Woch. Nr. 28—1926)

Przyczyną rzadkiego umiejscowienia się gruźlicy w żołądku jest obecność kwasu solnego, hamującego rozwój laseczników, poza tem odporność błony śluzowej żołądka i niewielka liczba grudek chłonnych. Gruźlica żołądka towarzyszy przeważnie gruźlicy płuc lub jelit. Postać pierwotną spotyka się nader rzadko.

Rozpoznanie kliniczne jest prawie niemożliwe; chemizm żołądka może być zupełnie normalny, przebiegać pod postacią podkwaśności z objawami raka odźwiernika (przypadek autora) jak również może dawać nadkwaśność, przypominając ludzko obraz wrzodu żołądka.

Rokowanie w pierwotnej gruźlicy żołądka jest dobre.

Autor jest zwolennikiem wczesnej operacji, która usuwa źródło dalszego zakażenia, jak i możliwość rozwoju zwężenia odźwiernikowego.

M. G o l d m a n junior.

R. ERICKSON. Objawy gruźlicy kiszki. (Am. Rev. of Tub. t. 12, Nr. 1).

Do badań wzięto 100 przypadków jakoby niewątpliwiej gruźlicy kiszki, stwierdzonej promieniami Röntgena i 40 przypadków z objawami kiszkowymi u chorych na gruźlicę płuc, lecz bez zmian gruźliczych w kiszki. W 2 przypadkach objawy kiszkowe poprzedziły objawy ze strony płuc, w 10% — objawy wystąpiły współcześnie, w 30% wystąpiły objawy kiszkowe w końcu pierwszego roku choroby płuc, w 59% — w końcu drugiego roku i w 81% w końcu trzeciego roku. Najczęściej zjawiają się objawy kiszkowe między 12 a 18 miesiącem od chwili wystąpienia objawów płucnych, a więc względnie dość wczesnie. W 58% chorzy uprzednio mieli zaparcia i objawy złego trawienia. W 1/3 przypadków początek cierpienia jest niewyraźny, w 2/3 zupełnie jasny. W 71% przyp. dodatnich notowano bóle brzucha, zwłaszcza po jedzeniu, najczęściej w prawej dolnej 1/4 brzucha. W 47% widywano rozwolnienia nieraz wyłącznie rano; krwawienie notowano w 10%. Często chorzy skarżyli się na mdłości, wymioty i ogólne dolegliwości.

M. G.

R. ERICKSON. Wpływ światła pozafajtkowego na objawy gruźlicy kiszki. (Amer. Rev. of Tub. t. 12, Nr. 1).

W przypadkach gruźlicy kiszki, rozpoznawanej na zasadzie badania promieniami Röntgena, naświetlanie lampami, dającymi promienie pozafajtkowe, prowadziło w 15,2% (na 81 przyp.) do wyników dodatnich. Ustępowały pod wpływem naświetlania często bóle, mdłości, wymioty, wolniej znikały rozwolnienia i ogólne dolegliwości ze strony organów trawienia. Najlepsze wyniki otrzymywano po 3-miesięcznym naświetlaniu. Poprawa daje się odnotować często nietylko pod względem objawowym lecz i na obrazach rentgenoskopowych.

M. G.

DUMITRESCO-MANTE i ALEXANDRESCO. W sprawie lepkości krwi u gruźników. (Paris Médical, Nr. 39, 1926).

Autorzy wykazują, iż lepkość krwi całkowita, normalnie waha się między 4 a 4,5, u tuberkulików przeważnie spada i waha się między 3,8 — 4,2 (*hypoviscositas*). Istniejący u osobników normalnych paratezizm między lepkością a liczbą krwinek czerwonych utrzymuje się również i u tych chorych. W przypadkach badanych nie mogli autorzy ustalić żadnego stosunku widocznego między lepkością krwi z jednej strony a liczbą leukocytów, zawartością hemoglobiny we krwi, albuminemią i wskaźnikami refraktometrycznym z drugiej strony. Co do współczynnika sfigno-wiskozymetrycznego (stosunek parcia krwi do lepkości), to w przypadkach powyższych autorzy znaleźli go poniżej normy, co tłumaczy hypostaksję u tych chorych.

Józef N u s b a u m.

A. MOELLER. Czynne uodpornienie przeciw gruźlicy przez doskonałe wcieranie żywych prątków. (Deutsch. med. Woch. Nr. 39 — 1926).

Opierając się na spostrzeżeniach, że gruźlica skóry prawie zawsze stwarza odporność względem gruźlicy narządów wewnętrznych i naodwrot, a roznorodny przebieg gruźlicy płuc zależy od różnego powinowactwa komórek do prątków gruźliczych, oraz że odporność swoistą można otrzymać jedynie z pomocą żywych drobnoustrojów, przeprowadził autor u 15 chorych doskonałe zakażenie żywymi bakterjami. Dawki wcierane każdorazowo wynosiły około 100,000 drobnoustrojów nieosłabionych. Wcierania przeprowadzano co 14 dni w ciągu 1 1/2 roku.

Wyniki były dobre: zaznaczyła się znaczna poprawa stanu podmiotowego, przyrost na wadze, zniknięcie potów nocnych, spadek ciepłoty; płwocina nie zawierała prątków. Przedmiotowo można było stwierdzić poprawę, kontrolując promieniami Röntgena; rzęzenia wilgotne stawały się rzadsze, przyjmowały charakter suchy.

Autor zaleca stosowanie tej metody u niemowląt, jako ochronę przed zakażeniem naturalnem.

M. G o l d m a n junior.

Choroby kobiet i położnictwo

F. VOGEL. O hormonalnem leczeniu krwawień macicznych. (Wiener Klinische Woch. Nr. 47, 1926).

Autor uważa, że prawidłowy przebieg krwawień miesięcznych u kobiet zależy głównie od właściwej korelacji czynności szeregu gruczołów wewnątrzwydzielniczych, z których jedne hamują, inne pobudzają napięcie sprawy. Na podstawie spostrzeżeń zarówno fizjologicznych jak i patologicznych do grupy hamującej należy zaliczyć następujące gruczoły wewnątrzwydzielnicze: 1) ciało żółte jajnika (jego wydzielinę hamującą zwaną luteolipoid, w odróżnieniu od lipaminy, okazującej własności pobudzające); 2) część przednią przysadki; 3) grasicę; 4) szyszynkę. Z pośród gruczołów antagonistów należy wymienić tarczycę oraz wspomnianą lipaminę.

Za główny powód nadmiernych lub zbyt częstych krwawień miesięcznych w przypadkach bez zmian miejscowych autor uważa zaburzenia wewnątrzwydzielnicze. Wystarcza, aby jeden z gruczołów skomplikowanego łańcucha grupy hamującej przestał działać prawidłowo, wówczas grupa antagonistyczna uzyskuje przewagę, fizjologiczna równowaga zostaje utracona i zahamowanie w porę krwawienia nie dochodzi do skutku. Mamy wówczas do czynienia ze stanami, które objawowo nazywamy *hypermenorrhoea* lub *polymenorrhoea*.

Zadaniem terapii winno być w takich przypadkach podtrzymanie prawidłowej korelacji wewnątrzwydzielniczej i dostarczenie w tym celu tych właśnie hormonów, których brak powoduje nadmierne krwawienie. Wobec niemożności ustalenia, który z gruczołów układu genito-depressorycznego niedomaga, należy zastosować terapię wiel-

logruczółową wszystkich czterech odnośnych gruczółów. Preparatem takim jest hemostop Richtera, składający się ze stężonych wyciągów luteolipoidu, części przedniej przysadki, szyszyńki i grasicy

Autor wypróbował ten preparat na 20 przypadkach, w których nadmierne lub zbyt częste perjody zależały od zaburzeń wewnętrznydziennych. Wyłączono, oczywiście, przypadki z organiczną miejscową przyczyną krwawień. Hemostop zawiódł jedynie w 2 przypadkach, we wszystkich zaś pozostałych krwawienie już w przeciągu kilku godzin po zastrzyknięciu zmniejszało się, a po upływie 48 godzin ustępowało zupełnie. Wynik pomysłu wynosi więc 90%.

J. T y p o g r a f.

Choroby dzieci.

LIPSHUTZ i LOWENBURG. O pneumo- i streptokokowym zapaleniu otrzewny u dzieci. (The Journ. of the Americ. Med. Assoc. 86, Nr. 2, 1926).

Zapalenie otrzewny u dzieci, spowodowane przez pneumo- i streptokoki, jest chorobą absolutnie śmiertelną. Początek choroby jest nagły: silne wymioty i wysoka temperatura. W anamnezie stwierdzamy zawsze, jako ważny pod względem rozpoznawczym objaw — skargi na ból gardła i katar nosa. Wymioty są bardzo uporzycywe i utrzymują się aż do śmierci. Stałym wczesnym objawem jest również biegunka, która zwykle później ustępuje. Większość dzieci zachowuje przytomność aż do końca. Znamienny jest wygląd chorego: nie stwierdzamy tu bynajmniej t. zw. *facies abdominalis*; to też niedoświadczonemu obserwatorowi trudno powiadać ten dobry wygląd ze zmianą w obrębie jamy brzusznej. Tylko pod koniec występuje typowa *facies abdom.*, jako zwiastun bliskiej śmierci. Napięcie powłok brzusznych jest rozlane, niezlokalizowane specjalnie w jakimś odcinku. Naskuteczne, wykonane wcześniej, daje wysięk minimalny w postaci jednej gęstej kropli kłajstrowatego płynu na końcu igły. Natomiast, stosując aspirację za pomocą strzykawki, otrzymujemy kilka kropel płynu, z którego przygotowujemy rozmazy i hodowle: w ten sposób stwierdzamy rodzaj zakażenia. Badanie bakteriologiczne krwi daje przeważnie wynik ujemny. Co się dotyczy odróżnienia omawianej sprawy chorobowej od zapalenia otrzewny na tle zmian w wyrostku robaczkowym, to należy podkreślić, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest nieznanne u dzieci poniżej lat 3; dalej w *appendicitis* temperatura nie jest tak wysoka, gdy tu dochodzi do 107° F., leukocytoza w *append.* nie przekracza 20000, gdy tu liczy się wahają od 26 do 43 tysięcy z przewagą neutrofilów do 90%. Dalej w zapaleniu wyrostka robaczkowego wymioty rzadko są tak stałe, napięcie powłok brzusznych i bolesność są przeważnie zlokalizowane w prawym dolnym kwadrancie brzucha, gdy tu sprawa jest rozlana. W zapaleniu wyrostka robaczk. zaparcie jest prawie regułą — tu biegunka stanowi wczesny objaw choroby; wreszcie wspomniany już wyżej kontrast między wyglądem dziecka a objawami otrzewnowymi jest bardzo znamienny dla tego cierpienia. Należy tylko wyłączyć sprawy płucne, które u dzieci mogą dać podobne objawy, w razie wątpliwości — badanie rentgenowskie. Autorowie zalecają wczesne wykonanie operacji nie ze względów leczniczych wobec beznadziejnego rokowania, lecz dla ewentualnego uniknięcia błędów rozpoznawczych. Leczenie wewnętrzne: stosowanie surowic, wlewania dożylnego merkuriochromu, rozczywnów gencjanioletu, glikozy i roztworu fizjologicznego soli kuchennej nie dawały żadnych absolutnie wyników.

Zdzisław Ś w i d e r.

Murray BASS. O znaczeniu występowania extrasysto. w wieku dziecięcym. (The Journ. of the Americ. Med. Assoc. 86, Nr. 6, 1926).

Bass podkreśla, że z pośród najrozmaitszych niemiarowości w wieku dziecięcym *extrasystole* są niewątpliwie najmniej znane. Bass odróżnia 3 typy tej niemiarowości u dzieci: toksyczny, nerwowy i idjopatyczny. Pierwszy jest spowodowany czy to przez toksyny wewnętrzne, a zatem występuje w przebiegu błonicy, reumatyzmu, zapalenia migdałków, — czy to przez trucizny, wprowadzone z zewnątrz, jak naparstnica i salicylany. Ten typ cierpienia jest przemijający; jakkolwiek związany często z ostrą sprawą zapalną serca — niekoniecznie dowodzi jakiegos poważniejszego uszkodzenia serca. Usposobienie do nawrotów nie stwarza. Typ drugi, nerwowy czyli emocjonalny, dotyczy niemiarowości, powstałych wskutek jakiegos wstrząsu psychicznego. Extrasystole tu są stałe, lecz nie dają skłonności do chorób serca. Typ trzeci — o nieznanym pochodzeniu —

trwa lata całe również bez ujemnego wpływu na stan serca danego osobnika. Naogół zatem *extrasystole* u dzieci nie przedstawiają pod względem rokowania nic poważnego.

Zdzisław Ś w i d e r.

Choroby dróg moczowych.

STEPP i PETERS. Przypadek wybitnego białkomoczu, przewyższającego znacznie ilością zawartość białka we krwi. (Deutsch. Arch. f. Kl. Med. B. 153 H. 1—2).

Autorzy opisują przypadek, przemawiający za słusznością teorii C u s h n y e g o, dotyczącej wydzielania moczu przez nerki. Przypadek dotyczył osoby starej z miażdżycą naczyń nerkowych i ciężką niedomogą mięśnia sercowego (obrzęki, plyn w jamach ciała i inne objawy niewyrównania). Mocz w bardzo małej ilości, o ciężarze właściwym 1112,2, przypominał z wejrzenia ciemno-brunatny syrop. Punkt zamarzania moczu niewiele odbiegał od normy. Białko znaleziono w ilości 25 — 30%, a zatem procentowo 3 — 4 razy więcej, niż we krwi. W okresie poprawy, gdy wszystkie objawy niewyrównania znikły, a wraz z niemi objawy ze strony moczu, pacjentka zmarła nagle z powodu ostrej niedomogi mięśnia sercowego. Badanie pośmiertne nerek wykazało jedynie tylko nieznaczne zmiany miażdżycowe, stąd wniosek, że był to przypadek bardzo ciężkiej postaci nerki zastoinowej.

Patologiczne zachowanie się moczu wyświetla nam teoria C u s h n y e g o, według której w normalnych kłębuszkach przesąca się plyn bezbiałkowy, t. zw. mocz prowizoryczny (tymczasowy). Jeżeli kłębuszki stały się patologicznie przepuszczalne, w naszym przypadku naskutek zastoiny, to filtr kłębuszkowy przepuszcza również białko. W dalszym ciągu teoria C u — twierdzi, że część płynu z moczu prowizorycznego wysysa się powrotem w kanalikach wraz ze składnikami niezbędnymi dla organizmu (np. cukrem i t. p.). Białko jednak w kanalikach wessane być nie może, zostaje zagęszczone i wydalone z moczem. Tak się tłumaczy wielka procentowość białka w mocz w danym przypadku.

G o l i b o r s k a.

K. SAGSTATER. O leczeniu zakażeń dróg moczowych trypaflawiną. (Wiener Klinische Wochenschrift 1926, Nr. 40).

Przy leczeniu stanów zapalnych dróg moczowych należy narówni z leczeniem miejscowym ogniska chorobowego zwrócić, według autora, większą uwagę na wzmocnienie sił obronnych ustroju, których osłabienie sprzyjało wytworzeniu się stanu zapalnego. Poza zastrzykowaniami ciał białkowych znajdują ostatnio w lecznictwie nieswoistym coraz większe zastosowanie liczne ciała barwikowe należące przeważnie do szeregu akrydynowego: trypaflawina, argo-flawina, argochrom, riwanol i t. t. d. Związki te poza działaniem bakterjobjo-czem okazują również wpływ bodźcowy.

W urologji ze związków tych największe zastosowanie znalazła trypaflawina. Autor leczył nią 150 dokładnie w Klinice badanych chorych, dotkniętych różnemi cierpieniami dróg moczowych. Dawka wynosiła 0,1 (w 1/2% rozczywie, czyli w 20 cm³ wody), zastrzykiwano dokonywano przeważnie codziennie. Spostrzeżenia autora dotyczą przypadków ostrego zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych, następnie zakażeń pęcherza naskutek utrudnionego odpływu moczu w związku ze zwężeniem cewki, przerostem gruczolu krokowego lub zachorzeniami rdzeniowemi i wreszcie przypadków zapalen dróg moczowych na tle rzeżączkowym. Stosowano w tych przypadkach bądź to samą trypaflawinę, bądź to łącznie z innymi środkami leczniczymi lub zabiegami operacyjnymi.

Wyniki nawet w ciężkich i uporczywych przypadkach okazały się tak dalece pomysne, że autor dochodzi do wniosku, iż trypaflawina przedstawia wielce cenny środek w leczeniu zapalen dróg moczowych. Dużą zaletą trypaflawiny jest jej stosunkowo niska cena, umożliwiającą jej stosowanie nawet w praktyce ubogiej.

J. T y p o g r a f.

Choroby nerwowe i psychiczne.

FRANK. Die psychokathartische Behandlung nervöser Störungen (Psychoneurosen—Thymopathien), Nakł. Georg Thieme, Lipsk 1927).

W książce swej, przeznaczonej dla lekarzy i medyków, przedstawia autor metodę „psychokathartyczną“, jako system leczenia psychonerwice—które nazywa „tymopatjami“.

Nie jest to metoda oryginalna, gdyż pierwszy wprowadził ją

Breuer, lekarz wiedeński, z którym Freud początkowo współpracował, jednak autor wprowadza tu pewne modyfikacje, którym przypisuje znaczenie zasadnicze w technice metody psychokatarctycznej.

„Katharsis“ Breuera i Freuda oznaczało pierwotnie: wydobywanie z chorego w stanie głębokiego snu hypnotycznego ukrytych na dnie duszy konfliktów i przeżyć, które — wyparte ze świadomości — wiodą dalej swój żywot, lecz w stanie utajonym i z tego powodu stanowią czynnik destrukcyjny, dając cały szereg objawów, składających się na obraz psycho-nerwicy.

Autor omawianej książki — nie używa wyraźnie terminu „hypnoza“ — a nawet radzi unikać go wobec pacjenta — lecz mówi, że wprowadza pacjenta w „stan bierności“: (passiver Zustand), w stan pół snu i pół jawy, w którym chory wie o wszystkim, co się koło niego dzieje, nie bierze jednak żadnego w tym udziału; jest w stanie, który znamy jako fazę wstępną snu zwykłego. Stan ten osiąga zresztą autor w sposób ten sam, jaki stosujemy w hypnozie: np. przez fiksację jakiegoś punktu — najlepiej oka lekarza. I odtąd teraz pacjent pod wpływem lekarza, a nawet, jak podaje autor, i samoistnie zdolny jest uprzytomnić sobie owe dręczące go, a wyparte ze świadomości kompleksy wrażeń, może przeżyć je na nowo — i w ten sposób je „odreagować“. Na tem odreagowaniu [Abreagieren] polega główny moment leczniczy metody psychokatarctycznej.

Autor przedstawia w sposób plastyczny i szczegółowy technikę tej metody. Uderzający jest fakt, że, mając pełne uznanie dla doniosłości odkryć Freudowskich, zatrzymuje się jednakowoż na wstępnej niejako fazie badań Breuera i Freuda i tą metodą osiąga znaczne — jak podaje — sukcesy terapeutyczne. Widzimy w tem tylko potwierdzenie tego, co zarówno autor, jak i prof. Freud podnosi, że główną rolę w psychoterapii gra nie tylko metoda, lecz i osoba lekarza. Niezrozumiałe tylko i ze strony autora niesłuszne jest identyfikowanie metody psychoanalitycznej, względnie zacieśnianie jej do tłumaczenia snów, które, aczkolwiek stanowią bardzo ważny moment w technice psychoanalitycznej, nie stanowią jednak wyłącznego jej terenu, a są tylko środkiem pomocniczym w wydobywaniu na światło dzienne ukrytych w nieświadomości kompleksów. Sam Freud zastrzega się wyraźnie [Ratschläge zur Technik], aby nie przenosić głównego punktu ciężkości na sny, gdyż na skutek wewnętrznych oporów może to wywołać rzekomo ich bezprodukcyjność, a temsamem wpływając hamująco na dalszy przebieg leczenia. Autor uważa akumulację czyli spiętrzenie się afektów w podświadomości, za główną oś mechanizmu patologicznego, a w odprężeniu czyli „odreagowaniu w stanie biernym“, pół śnie upatruje zasadniczy moment leczniczy.

Książka napisana jest jasno i bardzo przystępnie; autor daje wiele ciekawych wskazówek i duży, własny materiał doświadczalny. Cenne zasadniczo jest podkreślenie znaczenia czynników psychologicznych w powstawaniu psychoneurwicy i wykazanie niewłaściwości — wobec tego — stosowania w podobnych przypadkach wyłącznie środków fizykalnych, jak elektro-fizyko-terapii i t. p., polecanych zazwyczaj przez neurologów.

Alieja Holendrowna.

∞ A. HOVELACQUE. Anatomie des nerf. craniens et rachidiens et du système grand sympathique chez l'homme 2 tomy Paryż. Gaston Doin et C-ie 1927, str. 873, 89 rysunków i 121 tablic, w oprawie 294 franków.

Dzieło Hovelacque'a, profesora wszechnicy paryskiej, obejmujące w 2-ech tomach anatomję obwodu całego układu nerwowego, włączając nerwy czaszkowe, współzłuczne i parasympatyczne, stanowi poważny owoc wieloletniej pracy, opartej na własnych badaniach i na dociekaniach licznych monografij dawnej i nowszej daty, omawiających anatomję normalną, makroskopową i drobnowidzową oraz topograficzną poszczególnych nerwów. Dwutomowa praca, obejmująca około dziewięćuset stronice druku i zawierająca z górą 200 rycin, przynosi istny zaszczyt firmie wydawniczej Gastona Doina.

Nie bez słuszności kompetentny w tym dziale recenzent, anatom-neurolog Waltenberg, nazywa książkę Hovelacque'a wielkiem dziełem, jedynem dotąd w piśmiennictwie pod względem objętości, wyczerpania najnowszego materiału, przejrzystości tekstu i jasności rysunków.

Autor omawia szczegółowo i ilustruje nie tylko typowy układ i rozkład poszczególnych nerwów, ale często — czasem nazbyt często — uchylenia od normy, które muszą być znane zarówno neurolo-

gowi jak chirurgowi. Hovelacque nie omija też części embriologicznej i ontogenetycznej, obejmującej zarówno odcinek jądrowy, zwojowy i spłotowy, jak zakończenia w mięśniu i skórce. Nigdzie w całej książce topografia nie usuwa się na drugi plan, czy to chodzi o stosunek nerwu rdzeniowego, opuszkowego i współzłuczego do mięśnia lub naczynia, oka lub ucha, nosa lub ust, przetyku lub krtani, narządów klatki piersiowej lub jamy brzusznej, czaszki lub kregosłupa.

W każdym nerwie, zwłaszcza sympatycznym, rozpatruje autor odmiany korzonków i zakończeń obwodowych, anastomoz i kollaterali, długość i obwód, budowę i pochodzenie *rami communicantes* i włókien przedzwojowych i pozwojowych, cechy indywidualne w stosunku do sąsiadujących narządów. Że z rozrostem badań praktycznych i teoretycznych nad układem roślinnym, a zwłaszcza chirurgii układu sympatycznego, ośrodkowego i obwodowego w ostatnim dziesięcioleciu, wskazane było zebranie dokładnych danych topograficznych w odnośnej dziedzinie, zrozumie każdy lekarz, stojący na wysokości zadania.

Rysunki, z natury zdjęte, prawie wszystkie oryginalne, bardzo precyzyjne, nie zagmatwane przez długie napisy lecz przez liczby, które na przyległej stronie bliższe znajdują objaśnienie. Piśmiennictwo, uwzględniające najnowszą literaturę w głównych językach europejskich, zajmuje całe 65 dużych stron drobnego druku.

H. Higer.

W. JACOBI i J. MAGNUS. Znieczulenie przy pomocy elektryczności i obrzęk mózgu. (Zeit. f. d. Ges. Neu. u. Ps. 1925).

Autorzy postawili sobie za zadanie sprawdzić, jak się zachowują naczynia krwionośne opony mózgowej podczas snu, wywołanego prądem elektrycznym *Leduc'a*. Doszli do następujących wniosków: 1) w naczyniach włosowatych, a po pewnym czasie i w większych, wytwarza się zastój krwi; 2) przepuszczalność naczyń zwiększa się. Przejawia się to w ten sposób, iż tusz zastrzyknięty do tętnicy szyjnej, przedostaje się do przestrzeni okołonaczyniowych oraz do naczyń chłonnych; 3) zjawiają się wyraźne smugi i jeziora limfy (t. j. płynu mózgowo-rdzeniowego) wzdłuż naczyń krwionośnych lub niezależnie od nich. Na podstawie tych spostrzeżeń autorowie wnoszą, iż opona miękka wytwarza płyn mózgowo-rdzeniowy (a właściwie, że jest on przesączem z naczyń krwionośnych oponowych). Nie kwestionując ważnych spostrzeżeń autorów, należy zauważyć, że wniosek ich, co do pochodzenia płynu nie jest tu zrozumiały i zjawianie się płynu na powierzchni mózgu można raczej tłumaczyć zastojem jego w zwykłych jego drogach, t. j. naokoło naczyń krwionośnych oraz w przestrzeni podpajęczynówkowej. Zastój płynu pozostaje zawsze w związku z zastojem krwi, silnie wyrażonym w badanych przypadkach.

N. Z. Z.

WALSCHKE. Sztynność z odmóżdzenia Sherringtona i jej stosunek do sztywności pochodzenia piramidowego i pozapiramidowego. (Encéphale 1925, Nr. 2).

Autor zestawia sztywność z odmóżdzenia ze sztywnością pozapiramidową (w cierpieniu Parkinsona) i wykazuje różnorodność obu zespołów zarówno pod względem objawów, jak i pochodzenia anatomicznego. Natomiast dostrzega on analogję, pomiędzy sztywnością z odmóżdzenia oraz sztywnością piramidową. Stwierdza pierwiastki sztywności z odmóżdzenia w przypadkach porażen połowicznych (odruchy Magnusa i Kleina, fazowe rozluźnianie mięśni etc.). Fakt, że sztywność z odmóżdzenia zjawia się (doświadczalnie) dopiero po przecięciu śródmózgowia, zaś sztywność piramidowa — po uszkodzeniu szlaku piramidowego w mózgu — nie może zachwiać przekonania autora, a na poparcie swego poglądu przytacza przypadki doświadczalne (Warner i Olmstead) i kliniczne (Simon, Riddoch i Buzzard), w których uszkodzenie rdzenia szyjnego wywoływało zespół sztywności z odmóżdzenia. (NB. autor nie liczy się zupełnie z faktem, przytaczanym przez Sherringtona, że sztywność z odmóżdzenia nie ulega zmianie po przecięciu szlaku piramidowego w rdzeniu przedłużonym).

N. Z. Z.

Wskazówki praktyczne.

— Jako objaw rozpoznawczy w zapaleniu *miedniczek nerkowych* podaje *Landsberg*, na zasadzie spostrzeżeń *Ehrmanna* a i własnych, *wyniosłość i ciastowate obrzęknięcie w okolicy nerki*. Objaw ten często prowadzi do mylnego rozpoznania ropnia przynerkowego; brak chelbotania przemawia za zapaleniem miedniczek.

(Klin. Woch. 1927, Nr. 16).

— *Hirschberg* zaleca, jako dobry *środek przeczyszczający*, szczególnie w praktyce kobiecej, *Izacen „Roche“*, diacetyl — bisoxyphenyl—isatin. Środek ten oszczędza błonę śluzową żołądka, a wywiera działanie swoje na ruchy robaczkowe dopiero w jelicie grubym. Izacen działa już w dawkach bardzo małych: 2 — 4 ziarenka, zawierające 10 — 20 mgr. substancji działającej, wystarczają do wywołania wypróżnienia. Żadnych objawów ubocznych przy stosowaniu Izacenu autor nie spostrzegł. Kobiety ciężarne znoszą Izacena doskonale, bez żadnej szkody dla zdrowia. Najlepiej brać lek na noc, działanie występuje następnego dnia rano.

(Klin. Woch. 1927, Nr. 16).

— *Aurophos* wyrobu fabryki akcyjnej w Höchst jest jednym z lepszych przeciwgruźliczych przetworów złota. *Axmann* stosuje go z dużym powodzeniem w wilku (*lupus erythematosus*) w postaci zastrzykiwań domięśniowych (zamiast dożylnych) w ilości 0,001 do 0,25 dwa razy tygodniowo. Zastrzykiwania są nieboleśne i dobrze znoszone nawet w dawkach najwyższych.

(Klin. Woch. 1927, Nr. 14).

— Do odkażania rąk nadaje się doskonale, według *Lannera* *puder wazenoformowy* fabryki *Köppa* w Lipsku, zawierający 2,5 wzgl. 4% kwasu salicylowego z formaliną. Badania laboratoryjne wykazały prawie zupełną jałowość rąk, uprzednio mytych, jak do operacji, a następnie zapudrowanym wazenoformem.

(Klin. Woch. 1927, Nr. 14).

— *Chloramina* (fabr. *Heydena*) jest to sól para-toluol-sulfon-chloramidowy, którego działanie przeciwnie odpowiada 25% chlorowi. Środek ten, będąc praktycznie prawie zupełnie nietrującym,

ma wybitne działanie dezynfekcyjne, odnawiające i pobudzające wzrost ziarniny, a przytem zupełnie nie drażni skóry i błon śluzowych. *Erlacher* stosuje chloraminę w *oparzeniach i na rany nieczyste* w postaci okładów, jakoteż do *przeplukiwania jam ciała* (opłucny, otrzewny), *Bogow* zaś u kobiet w *upławach rzęzączkowych i nierzęzączkowych* w roztworze 0,5:1000 do przemywania pochwy. W *rzęzączce u dzieci* stosował *Bogow* w tenże sam roztwór chloraminę w postaci kąpieli nasiadowych. Również okazała się chloramina w rozcieńczeniu 0,25 do 0,5 na 100 bardzo dobrym środkiem do odkażania rąk.

(Wien. Med. Woch. 1927, Nr. 14).

— Do łagodnych środków *nasennych*, nie pozostawiających po sobie przykrych objawów ubocznych (zawrót głowy, ciężar w głowie), należy *Somnacetyna* — związek *Natrium diaethylbarbituricum* z fenacetyną i kodeiną. Wyrabia ją firma *Weil* w Wiedniu w postaci pastylek, kropeł i zastrzykiwań. *Lanng* często stosuje somnacetynę w iniekcjach po 2 cm. sz. co wieczór. Przykrego palenia w miejscu zastrzyknięcia można uniknąć przez zastrzykiwanie do głębokich warstw skóry uda. Przyzwyczajenia nawet po dłuższym używaniu somnacetyny *L.* nie zauważył.

(Wien. Med. Woch. 1927, Nr. 15).

— *Hueber* stosuje z powodzeniem *Omnadynę* (mieszanie: ciał białkowych, składającą się z produktów przemiany drobnoustrojów niechorobowych, ciał lipidowych i tłuszczów zwierzęcych) w *zapaleniu migdałków, grypie, zapaleniu ucha środkowego* w postaci zastrzykiwań podskórnych (1 — 2 ampułek). Naloty prędko znikają, a szczyłka spada prawie krótko, ogólny stan poprawia się szybko. W jednym przypadku anginy, w którym omnadyna nie wywarła działania, badanie bakteriologiczne nalotu wykazało pałeczki *Plant-Vincent*.

(Wien. Med. Woch. 1927, Nr. 16).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Sekcja kliniczna.

Posiedzenie z dn. 12.II 1927 r.

Pokazy:

1. *A. Landau*. *Dwa przypadki wrzodu przyodźwiernikowego (gastritis — omentum) z raka (dwa formy tabetiforme)*. (Ukaże się w druku).

Dyskusja:

Minc podaje, że poza przypadkiem, który opisał, spostrzegł jeszcze dwa podobne wrzodu żołądka o postaci rzekomo-wiądowej.

Bychowski: Niezrozumiałe jest, dlaczego przedstawione przypadki wrzodu *L.* nazwał rzekomo-wiądowymi. Poza napadami, przypominającymi pozornie przełomy w wiądzie rdzenia, nie wykazywały one żadnych cech cierpienia tego i pomyłone z niem być nie mogły.

Goldstein omawia przypadek operowany, w którym znalazł gwiazdowatą bliznę, zamykającą odźwiernik.

Goldflam: Często zdarza się lekarzowi, że u chorego, który zgłasza się do niego ze skargami żołądkowymi, wykrywa, dzięki badaniu układu nerwowego, cierpienie właściwe — wiąd rdzenia.

Higier: W przypadkach *L.* niema ani jednego objawu wiądu: są to pseudocryses u chorego z owrzodzeniem żołądka, które doświadczony lekarz potrafi zawsze rozróżnić od przełomów wiądowych.

Odczyt:

Fryszman. *Zmiana we krwi, towarzyszące ostremu napadowi kamicy nerkowej, jako objaw różniczkowy*. (Ukaże się w druku).

Dyskusja:

Landsberg, podnosząc doniosłe znaczenie faktu wzmo-

żenia azotemji na wysokości napadu kamicy nerkowej, zaznacza, że teoretycznie pewne wzmocnienie poziomu mocznika daje się zaobserwować w innych cierpieniach podbrzusza. Wzrost azotemji w kamicy nerkowej powinien być rozumiany, jako wynik niedomogi wydzielniczej nerek względem krystaloidów, spowodowanej odruchem nerkowo-nerkowym. Fakty zaobserwowane przez *Fryszmana* są b. ważne zarówno z teoretycznego, jak i z praktycznego punktu widzenia.

Szenkier mówi o różnych sposobach badania czynnościowego nerek.

Landau podkreśla duże znaczenie praktyczne przedstawionych badań. Badania mocznika i kwasu moczowego, dokonane na jego oddziale w kilku przypadkach napadu kamicy nerkowej, przemawiają za słusznością wniosków *Fryszmana*.

Goldflam mówi o różniczkowaniu kamicy nerkowej z innymi cierpieniami.

Posiedzenie z dn. 26.II. 1927 r.

Odczyt:

Szymanowski. *O zarazkach przesączalnych*. (Ukaże się w druku).

Posiedzenie z dn. 5.III. 1927 r.

1. *Bychowski Z.* *O wielopostaciowości stwardnienia rozsianego rdzenia i mózgu*.

Dyskusja:

Goldflam: Obecnie rozpoznanie stwardnienia rozsianego nie opiera się tylko na klasycznym obrazie *Charcota*, to też cierpienie to bywa znacznie częściej rozpoznawane.

Wśród różnych postaci rozróżnia się postać wiądową, lędźwiowo-grzbietową. Najczęstsza — grzbietowa, może przebiegać, dając

objawy bądź Brown-Sequarda, bądź też poprzecznego zaalenia rdzenia. Postać tę należy różniczkować od *myelitis luetica*, nowotworu rdzenia, *arachnoiditis circumscripta fibrosa — cystica*.

Omawiając zachowanie się odruchów patologicznych, G. podnosi znaczenie nieogłoszonych jeszcze prac z oddziału Flataua, wskazujących na to, że słaby Babiński przy jednoczesnym silnym Rossolimo ma przemawiać za stwardnieniem rozsiałym, natomiast silny Babiński i słaby Rossolimo za nowotworem rdzenia. Zastanawiając się nad etiologią cierpienia, G. wypowiada się za teorią zakaźną.

Flatau, przedstawiając różnorodność obrazów klinicznych, jakie daje stwardnienie rozsiane, chorobę tę nazywa kameleonową. Etiologię cierpienia F. stawia w związku z wewnętrzną intoksykacją; prawdopodobnie jady, krążące w krwi, w pewnych warunkach przedostają się poprzez barierę histjocytową i powodują zmiany chorobowe w ośrodkowym układzie nerwowym. Zmiany, spotykane naokoło naczyń, mogą za tem przemawiać. Okresowe nasilenie się sprawy chorobowej z następującymi remisjami objaśnić można okresowo występującymi zaburzeniami w przepuszczalności ośrodkowej bariery nerwowej względem krążących w ustroju jadów. Również sposób powstawania napadów padaczki można ujmować jako reakcję mózgowia na przedostające się doń jady. Spostrzegane są przypadki, w których stwardnienie rozsiane rozpoczyna się od napadów epileptycznych.

Higier nie jest zwolennikiem teorii toksycznej i przytacza dowody, które według niego przemawiają za teorią zakaźną, a mianowicie: 1) występowanie postaci ostrej i podostrej, 2) tu i owdzie notowane nasilenia gorączkowe, 3) w połowie przypadków stwierdzono podrażnienie opon z powiększeniem ilości białka w płynie mózgowo-rdzeniowym, 4) obraz anatomopatologiczny, przypominający w pierwszym okresie zmiany zapalne, 5) obostrzenia, zwolnienia i nawroty analogiczne do zimniczych, przymiotowych i śniączkowych. H. przypuszcza, że drobnoustroje swoisty w pewnych bliżej nam nieznanych warunkach nagle się mnoży i rozsiewa się po całym układzie ośrodkowym lub usadawia się w niektórych miejscach.

2. Srebrny Z. *Rzadkie powikłania anginy*. (Ukaże się w druku).

Dyskusja: Bychowski, Knappe, Kaplan, Landsberg, Eljasberg, Karbowski.

Jelenkiewicz.

Polskie Towarzystwo Anatomiczno-Zoologiczne.

Posiedzenie Oddziału Warszawskiego z dnia 17 marca 1926 r. Obecnych na posiedzeniu 19 osób.

Przewodniczący Prof. J. Tur. Sekretarz: Dr. J. Grzybowski.

1. Zatwierdzenie protokołu posiedzenia poprzedniego.
2. Prof. W. Roszkowski zreferował pracę pod tyt.: „Z anatomii błotniarki *Pseudosuccinea peregrina*“. W dyskusji zabierali głos: Prof. Tur i prof. Loth.
3. Dr. Frevónna przedstawiła rdzeń i preparat drobnowidzowy z przypadku tetniaka snlotowatego rdzenia. Tetniak w poszczególnych odcinkach, wciśnięcie się w ślab rdzenia niczego znacznie jego miąższ, szczególnie odcinek C7. Udozwał brak objawów klinicznych u chorego. Referentka uważa przedstawiane zmiany za sprawę wrodzoną, za *hamartoma* w pojęciu Albrechta.
4. Dr. Z. Messing przedstawia preparaty mikroskopowe z 2 przypadków guza uchyłku bocznego, gdzie równocześnie w mózdzku i tkance były obecne szczeliny. Po dokładnym omówieniu budowy histologicznej wspomnianych szczelin referent dochodzi do wniosku, że są one pochodzenia wrodzonego, i wiąże powstawanie ich z nieprawidłowością paczkowania bocznego IV komory w okresie tworzenia się zaułka bocznego po stronie patologicznej. W dyskusji Prof. Tur zaznaczył, że przedstawione zmiany uważa za sprawę pochodzenia płaktoneurycznego.
5. Dr. J. Grzybowski przedstawił poworodki, dotknięte wieloma wadami rozwojowymi: syndactylia z ukrwionymi podactylia na wszystkich czterech kończynach, całkowite braki pecherzka żółciowego, defektu w rozwoju czaszki, mózgu o niezwykle silnym rozwoju części wachowych i wzrokowych. W dyskusji zabierał głos Prof. J. Tur.

J. Grzybowski.

Posiedzenie Oddziału Warszawskiego z dnia 15 lutego 1927 r. Obecnych na posiedzeniu osób 80.

Przewodniczący: Prof. J. Tur, sekretarz: Dr. J. Grzybowski.

1. Prof. J. Tur powitał w imieniu Warszawskiego Oddziału Towarzystwa przybyłego z Montpellier Prof. Turchini. Prof. Turchini dziękował za gościnne przyjęcie.
2. P. M. Gieysztor zreferował pracę pod tytułem: „*Cechy morfologiczne Rhabdocolida w zastosowaniu do systematyki*“. W dyskusji zabierali głos: Prof. K. Janicki i Prof. J. Tur.
3. Dr. P. Słonimski — „*O konserwowaniu metodą Joresa*“. Prelegent omówił kolejno metody konserwowania okazów muzealnych z zachowaniem ich barw naturalnych, zwracając uwagę na podstawy chemiczne omawianych metod. W końcu przedstawił szczegółowo technikę konserwowania okazów anatomicznych i embriologicznych według metody Joresa — popierając swe wywody szeregiem pokazów.
4. Prof. Turchini przedstawił *fluorescencję tkanek pod wpływem promieni lampy Wooda*, przepuszczonych przez filtr własnej konstrukcji (filtr przepojony solami niklu).
5. Dr. St. Leśniowski — „*Nadmierne żyły śródkościa w przypadku guza n. słuchowego*“. Referent przedstawił pokrywe czaszki i rentgenogramy z rozległym przerostem układu żył Brecheta, pochodzącą od chorej, u której w ciągu lat 20 rozwinął się typowy obraz kliniczny guza kąta mostkowo-mózdzkowego. Guz mikroskopowo okazał się nerwiakiem. W powstawaniu tak rozległego układu żył śródkościa podkreśla L. długotrwałość sprawy i utrudnienie odpływu żylnego z jamy czaszki w następstwie nadmiernej wąskości otworów szarpanych tylnych.

J. Grzybowski.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

M. H. Vincent. *Etiologia i patogeniza zgorzeli płucnej*. (Posiedzenie lutowe Akademii Lekarskiej w Paryżu). Pilot i Daris podali niedawno wynik badania 37 przypadków zgorzeli płucnej. We wszystkich znajdowali prątek wrzecionowaty (młocina i materiał autopsyjny) i prawie zawsze paciorkowce. Znajdowane krętki należały do grupy S. Vincenti. Prace autorów amerykańskich przewisują zgorzel swoistemu krętkowi, autorzy jednak francuscy krętki wykrywali nie zawsze. Odnosne badania Pilot i Darisa, na 16 autopsji w 4-ch były ujemne. Potwierdzają to również badania Vincenta. Zgorzel płucna jest zakażeniem wielozarazkowym zależnym od łączenia się prątka wrzecionowatego z krętkiem S. Vincenti lub paciorkowcem, do którego dochodzi znaczna liczba bakterii beztlenowych i różnych krętków. Często przyczyną powstawania zgorzeli jest uśpienie chloroformowe lub eterowe, w następstwie którego ślina z zarazkami przedostaje się do tchawicy i oskrzeli. (La Presse Méd. 1927, Nr. 20).

M. Renaud. *Rozwój i nasilenie epidemii grypy*. (Posiedzenie marcowe Tow. Lek. szpitali w Paryżu).

R. zgadza się z różnorodnością postaci i nasilenia, jakie wykazują poszczególne epidemie grypy. W związku jednak z tem rozstrzygnąć trzeba, czy w różnych przypadkach grypy stoimy wobec zjawisk o istocie różnej, czy też to samo ciernienie przymuie rozmaite obrazy kliniczne w zależności od warunków, w jakich znajdują się chorzy, i od powikłań przypadkowych. W epidemii, która szerzyła się wśród wojska w r. 1918, mało uwzględniało się warunki, w jakich następowo zakażenie i w jakich chorzy byli ewakuowani do szpitali. Powikłania płucne pneumokokowe i streptokokowe wykazywały również szerzenie się nagminne, co należy brać pod uwagę w ocenie charakteru choroby pierwotnej. Przypadki śmiertelne, zależne od obrzku płuc, zdarzają się tylko wówczas, kiedy chorzy są niedostatecznie i nie do czasu leczenia. R. dochodzi do wniosku, że różnorodność przebiegu grypy stoi w związku z czynnikami przypadkowymi zewnętrznymi w stosunku do samego zakażenia grypowego. Nasilenie choroby zależy od stosunku jadu do chorego. Nie znamy siły jadu w zakażeniu grypowym, wiakmy natomiast w warunkach, w jakich znajduje się zakażony ustrój.

(La Presse Méd. 1927, Nr. 20).

H. Ullmann. *W sprawie częstszego występowania cukrzycy*. (Posiedzenie styczniowe Tow. medyc. wewn. i podjatrij w Berlinie). Liczne statystyki całego świata wskazują, że od połowy zeszłego stulecia częstość cukrzycy stale zwiększa się. Możliwe, że do częstszyc rozpoznania cukrzycy przyczyniło się obniżkowe budowanie

moczu wprowadzone od r. 1895 przez towarzystwa asekuracyjne. Jednak zwiększenie się częstości cukrzycy wykazują również statystyki obejmujące późniejszy okres czasu. Pod uwagę wziąć też trzeba zwiększenie się możliwości zachorowań na cukrzycę, wskutek zwiększenia się przeciętnej długości życia. Śmiertelność od cukrzycy zwiększyła się przy zmniejszeniu się ogólnej śmiertelności. Na uwagę zasługuje zmniejszenie się śmiertelności od cukrzycy w okresie wojny w latach 1915 — 1919, co szczególnie zaznaczyło się w Niem-

czech i stoi w związku z gorszym odżywianiem się ludności.

Chociaż nie można uzależniać cukrzycy od spożywania cukru, jednak krzywa śmiertelności od cukrzycy przebiega równolegle do ilości spożywanego cukru, która w Niemczech na jedną głowę wynosiła w latach 1890, 10,5 kg., 1906 18,7 kg. 1914 25,0 kg., 1919 15,0 kg., 1925 22,7 kg.

L. J.

Zjazdy.

Interesujące tematy na Międzynarodowym Zjeździe Lekarskim w Karlsbadzie*).

(Wrzesień 1926).

Pod skromną nazwą dokształcających kursów lekarskich odbywa się co rok w Karlsbadzie zjazd lekarski, i co rok w połowie września, kiedy miejscowy sezon kuracyjny ma się ku końcowi, Karlsbad ożywia się nanowo i wypełnia przybywającymi tu z całego świata lekarzami, prelegentami i słuchaczami. Międzynarodowe te kursy, mające już swoją sławę, powstały z inicjatywy wybitnych balneologów z senjorem lekarzy Karlsbadzkich, Drem G a n z e m, na czele i, popierane przez radę miejską Karlsbadu, miały początkowo na celu rozszerzenie i pogłębienie wśród lekarzy wiedzy w dziedzinie Balneologii i Balneoterapii. Balneologia i Balneoterapia, opierając się więcej na empirji, niż na podstawach naukowych, często ulegały napaściom ze strony nawet najwybitniejszych klinicystów. W sferach naukowych zaczął wytwarzać się pewien nihilizm w zapatrywaniach na czynnik leczniczy w leczeniu zdrojowem. A jednak w dziedzinie tej powstały nowe poglądy, oparte na zdobyciach chemji fizjologicznej i farmakologii, które znakomicie objaśniają czynnik leczniczy — balneoterapii. A to stanowi dla naszego postępowania leczniczego w zdrojowiskach fundament naukowy. Otóż kursy te miały być obroną przeciw tym napaściom. Później ramy tych zjazdów zostały znacznie rozszerzone, i tematy poruszane dotyczą, jak na Karlsbad przystało, przeważnie narządów trawienia i przemiany materji. Stąd zainteresowanie dla tych zjazdów ze strony gastrologów i stąd moje usprawiedliwienie i uprawnienie do zajęcia uwagi Szanownych Kolegów poruszonemi na ostatnim zjeździe tematami.

Prof. S t e p n (Wrocław). *O znaczeniu soli glauberskiej w działaniu wód mineralnych.*

W działaniu wody Karlsbadzkiej odgrywa bodaj czy nie największą rolę sól glauberska, a działa ona na kiszki i pęcherzyk żółciowy. Na kiszki znany nam jest jej wpływ, jako środka czyszczącego, ale nad wyjaśnieniem przyczyn tego działania pracowano dużo w czasach ostatnich. Otóż sól glauberska wchłania się powoli i długo przebywa w kiszkach, a jednocześnie z tem zatrzymuje się w kiszkach duża ilość płynu, tak, że cała zawartość kiszki znajduje się w stanie płynnym jeszcze wtedy, kiedy prawidłowo bywa już zgęszczona. W kiszkach cienkich sól glauberska prawie wcale się nie wchłania. Dopiero w kiszce grubej pod wpływem obfitego wchłaniania następuje działanie czyszczące i wydalenie soli glauberskiej. I wpływ na pęcherzyk żółciowy soli glauberskiej zbadany został dopiero w ostatnich czasach, zwłaszcza od czasu stosowania sondy dwunastniczej. Badania te wykazały skurcz pęcherzyka żółciowego pod wpływem soli glauberskiej, obfite wydzielanie żółci, czem zapobiegamy zagęszczeniu się jej, co, jak wiemy, jest jedną z przyczyn licznych zmian chorobowych.

Kiedy mowa o pęcherzyku żółciowym, wspomnieć mi tu wypada o odczycie prof. R o s e n t h a l a (Wrocław): *O miejscu tworzenia się barwnika żółciowego.*

Amerykańskim lekarzom udało się wynaleźć metodę, która pozwoliła przekonać się o roli wątroby w powstawaniu barwnika żółciowego. Doświadczenia te przypominają pierwsze badania nad żółtaczką z roku 1886 M i n k o w s k i e g o i N a u n y n a, przeprowadzane wtedy na gesiach. Zasadniczą kwestją w tych badaniach było to, czy i u człowieka wątroba jest głównym źródłem tworzenia się barwnika żółciowego?, czy jest ona tylko organem wydzielającym?

* Odczyt wygłoszony w Polskim Tow. Gastrologicznym w Warszawie w dniu 19.I. 1927 r.

Trudności w przeprowadzeniu odnośnych badań polegały na tem, aby, usuwając wątrobę, nie narażać jednocześnie zwierzęcia, użytego do doświadczenia, i te to trudności zostały usunięte.

Następnie poruszono kwestję witamin.

Obok dążeń do wykrycia istoty chemicznej witamin i ich izolowania, obok badań, przeprowadzanych w celu stwierdzenia ich obecności w świecie roślinnym i zwierzęcym, szły dążenia naukowe w kierunku określenia ich znaczenia w biochemizmie. I w tym sensie badania ostatnich czasów wykazują duże postępy. Poglądy na rolę witamin są tak wielorakie, jak wielka jest liczba autorów, zajmujących się tą sprawą, że wspomnę: H o p k i n s a, H o f m e i s t r a, A b d e r h a l d e n a, B i c k e l a, G r e g o r y e g o, H e s s a. Najczęściej spotykamy się z poglądem, że mamy tu do czynienia z ciałem, wchodzącem w skład komórki. Jedni twierdzą, że jest to ciało, pobudzające gruczoły, inni uważają je za ferment.

Prof. D r. E y c k m a n (Utrecht) dał w swym odczycie

Zarys historyczny rozwoju nauki o witaminach.

Powołując się na prace naszego uczonego F u n k a, E. powiedział, że substancje te stanowią tak ważną część składową pokarmów, iż brak ich w pożywieniu daje w następstwie ciężkie zaburzenia chorobowe (szkorbut, choroba angielska). Dlatego nauka o witaminach tak szybko dotarła do najszerszych warstw i stała się jedną z podstaw nauki o żywieniu. Niestety, są one tak trudno wykrywane. A żeby zrozumieć istotę witamin, trzeba znać historję rozwoju ich nauki. Tu wspominał E. i opisał szczegółowo ciężką postać chorobową, jaką spostrzegł u narodów, żyjących się ryżem polewanym, którego spożywanie jest takie szkodliwe, bo ryż polewany traci substancje pożyteczne. Holandia powołała ze względu na swoje kolonie specjalną komisję dla badań i przestudjowania powyższej sprawy. I nielato jest odzwyczaić ludność od jedzenia polewanego ryżu (tak, jak byłoby nielato odzwyczaić się nam od jedzenia białych bułeczek).

Odczyt prof. B i e d l a z Progi: „*O ustroju i jego zależności od gruczołów wewnątrz-wydzielniczych*“ wywołał duże zainteresowanie.

Gruczoły w ustroju wydzielają na zewnątrz i na wewnątrz substancje chemiczne, stanowiące o równowadze w organizmie. Ale, oceniając czynność tych gruczołów, nie należy mieć na uwadze pojedynczych gruczołów, tylko ich wspólną rolę. B i e d l a mówił przede wszystkim o gruczole rozrodczym i twierdził, co wynika z jego badań, że gruczoł rozrodczy nie odgrywa tej roli, co gruczoł tarczowy lub przysadka mózgowa (*Hypophysis*). A przekonywał nas o tem choćby ten fakt, że po usunięciu gruczolu rozrodczego i popęd płciowy i działalność płciowa trwa dalej.

Po prof. B i e d l u przemawiał: Prof. B a r g e r (Edynburg): „*O hormonach*“, co stanowiło prawdziwe pendant do odczytu prof. B i e d l a.

Hormony — to substancje chemiczne, wytwarzające się we wspomnianych przez B i e d l a gruczolach i mające specyficzne, osobliwe działanie lecznicze. Nauka o hormonach datuje od roku 1902. Ale pierwszym bodźcem do tych badań był fakt choroby nadnercza (A d d i s s o n). Hormon nadnercza daje się wyprodukować na drodze syntetycznej, choć procedura ta jest droga i wiele Florentliwa. Wdzielina nadnercza wywołuje ten sam efekt, co działanie nadnercza współzależnego. Produkt przysadki mózgowej ma działanie wybitnie obniżające ciśnienie krwi, a oprócz tego wywołuje skurcze macicy i w ginekologii odgrywa wielką rolę. Dalej mówił B a r g e r o stosunku gruczolu tarczowego do innych cierni. Niezmiernie ważnym hormonem jest produkt trzustki — insulina.

O insulynie mówił prof. G r a f e (Würzburg). Jakkolwiek insulina zajmuje wybitne miejsce w leczeniu cukrzycy, bo przez zastrzyknięcie insuliny udaje się usunąć wszelkie ciężkie objawy moczów-

ki, — to sprawa leczenia cukrzycy insuliną nie pomniejsza wartości leczenia djetetycznego; przeciwnie, djetetyka pozostaje tu nadal w swej mocy. Dopiero kiedy się nie udaje drogą djetetyczną chorega odcukrzyć, w zupełnym zaniku trzustki, — należy zastosować insulinę, ale rozpoczynać leczenie od insuliny — jest wielkim błędem.

Stara djeta diabetyczna, polegająca na tem, aby wyłączyć węglowodany, a całą potrzebę w odżywianiu pokrywać tłuszczami i białkiem z dodatkiem alkoholu, pozostaje w swej mocy.

W ten sposób poruszone były na zjeździe dziedziny medycyny, choć teoretyczne, ale nie pozbawione znaczenia praktycznego.

Z wykładów, mających znaczenie praktyczne, wspomnę przedewszystkiem o odczycie prof. Strassmana (Berlin): *O kamicy żółciowej i jej stosunku do ciąży* i prof. Verebely (Budapeszt): *O wskazaniach do operacji na drogach żółciowych i do leczenia balneologicznego*.

Liczba chorych na kamicy żółciową jest wciąż duża (każda 4-ta kobieta i każdy 10-ty mężczyzna ma kamienie żółciowe). Co jest punktem wyjścia dla tworzenia się kamieni żółciowych nie wiemy dotąd. Ale przyczyną jest zastój, zapalenie i zaburzenia przemiany materji; przytem pewną rolę odgrywają i drobnoustroje, które stwierdzić można i w pęcherzyku żółciowym i w drogach żółciowych. Bakterje, zastrzyknięte do krwiobiegu, wydzielają się i przez nerki i przez wątrobę.

Aschoff odróżnia 3 rodzaje kamicy żółciowej:

- 1) Kamica tylko pęcherzyka żółciowego (kamień pojedynczy, tworzący się w pęcherzyku).
- 2) Kamica pęcherzyka żółciowego (kilka kamieni w pęcherzyku).
- 3) Kamica dróg żółciowych.

Według Bergmanna trudno nieraz bywa rozpoznać kamicy żółciową (bo objawy i dolegliwości mogą odpowiadać kolce żółciowej, a sprawa może okazać się czemś innym).

Życie płciowe (człowieka), zwłaszcza u kobiet ciąża, jak wiemy, wpływa ujemnie na wątrobę. Dlatego kobiety częściej chorują na kamicy żółciową od mężczyzn. W ostatnim okresie ciąży wątroba bywa mechanicznie uciskana, co ma szczególnie wpływ na cienkościenny pęcherzyk żółciowy. Następnie zastój i przepełnienie w całym układzie żylnym jamy brzusznej wpływa tu także ujemnie. Ale najważniejszą przyczyną kamicy żółciowej jest nagromadzenie się cholesteroliny, pochodzącej ze krwi, a nie z pęcherzyka żółciowego.

Przerwanie ciąży z powodu kamicy żółciowej nie jest wskazane. Ale za to wskazane jest zapobieganie ciąży, bo z każdą następną ciążą wzmagają się ilości cholesteroliny, i następuje istnia jej powódź.

Operować należy, kiedy inne metody lecznicze zawiodły, nawet podczas ciąży.

W operacjach ginekologicznych nie jest wskazane przygodne usuwanie pęcherzyka, jak to się robi z wyrostkiem. Verebely podaje, jako najważniejszy argument do operowania kamicy żółciowej, fakt, że rak dróg żółciowych jest w ścisłej zależności od kamicy żółciowej. Według jego obliczeń 54% jego chorych operowanych wykazuje zmiany rakowate. Często nawroty po operacjach — przesada.

Wskazanie do operowania jest tam, gdzie życiu zagraża niebezpieczeństwo, a więc: ropienie, ciężkie stany zapalne dróg żółciowych i te przypadki nieopowiklane, ale długotrwałe, w których leczenie wewnętrzne nie daje żadnych rezultatów.

Po każdej operacji — leczenie wewnętrzne.

Prof. Kuttner (Berlin): *O beznapadowem przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego*.

Z objawów subiektywnych, charakterystycznych dla omawianej sprawy Kuttner zwraca specjalną uwagę na nieprawidłowości w wypróżnianiu się i na bóle brzucha, zależne także od funkcji wypróżniania się i wzmagające się od środków czyszczących. Do samego wyczyszczenia chorego wyrostka lub do objawu wrażliwości i bolesności na ucisk w punktach wiadomych Kuttner nie przywiązuje wielkiej wagi. Bardzo często punkty te bolesne stwierdzić możemy i po usunięciu wyrostka. Tak samo bez wartości dagnostycznej jest często w tych przypadkach i obrona mięśniowa. Gorączki zazwyczaj niema, ale niewielkie poruszenia gorączkowe mogą stać się lub perjodycznie występować, zwłaszcza po wysiłku fizycznym. W przypadkach podejrzanych wskazane jest badanie rentgenologiczne według metody podanej przez Artura Frenkla, polegającej na tem, by zwrócić uwagę, czy wyrostek podczas badania wypełnia się i czy zatrzymuje masę kontrastową po zastosowaniu środka czyszczącego przy jednoczesnym opróżnianiu się reszty kiszki? Wtedy przyjęć musimy, że są zmiany chorobowe w wyrost-

ku. Ale w żaden sposób nie należy na zasadzie jedynie rozpoznania rentgenicznego przystępować do operacji.

Kwestja, czy operować — zależy ma od stopnia subiektywnych dolegliwości, i musimy mieć pewność, że operacja dolegliwości te usunie.

Prof. Artur Schiff (Wiedeń) mówił: *O nerwicach żołądka*.

W zapatrywaniach naszych na kwestję nerwic żołądka zaszły w ostatnich czasach ogromne zmiany. Dawniej uważaliśmy często za nerwicę żołądka to, co dziś uważamy za wrzód żołądka. Im dokładniejsze jest badanie, tem mniej przypadków nerwowych. Ale pomimo to nie ulega kwestji, że jest i duża liczba przypadków nerwowych: rozmaite zaburzenia czynnościowe, zależne albo od centralnego układu nerwowego, albo też sprawy odruchowe, zależne od czynności gruczołów. Pod maską cierpienia nerwowego żołądka kryje się często początkowo gruźlica płuc.

A obok tego wszystkiego zdarzają się prawdziwe nerwice żołądka, bez wszelkiej organicznej podstawy, pochodzenia psychicznego, zależne albo od wrodzonej, albo od nabytej nadwrażliwości.

Obrazy kliniczne nerwic są najrozmaitsze: Bywa tak, że nerwica żołądka występuje bezpośrednio po ostrej niestrawności żołądka, zwłaszcza, kiedy pacjent był czas jakiś na zbyt ostrej djecie.

Rozchodzi się o to, by dokładnie rozpoznać nerwicę żołądka, przytem należy sobie uświadomić, że nerwica żołądka może być obok cierpienia organicznego żołądka. Należy umieć odróżnić, co kładzie na karb organicznego cierpienia, a co na rachunek nerwicy żołądka.

Prawdziwie interesującą i pouczającą prelekcję wygłosił Prof. Strasser (Wiedeń): *O balneoterapii sklerozy*.

Rozpoznanie sklerozy następuje duże trudności, bo wszelkie objawy, zależne są od tego, które narządy uległy zwapnieniu naczyni; inne objawy daje skleroza mózgu, a inne wywołane są zmianami miażdżycowymi np. trzustki (glikogen). Skleroza nerek da nam zupełnie odmienny obraz chorobowy, przytem znowu musimy mieć na względzie, że mamy dwie nerki; przytem nasze nerki — to tysiące pojedynczych nerek, a zatem wszystko zależy będzie i od stopnia zajęcia danego narządu, bo w grę wchodzi tu zjawiska kompensacyjne (compensatorische Vorgänge). Dlatego często rozpoznajemy chorobę, która jest już w okresie bardzo zaawansowanym. I wzmożone ciśnienie krwi, które jest bardzo ważnym objawem, zależy w dużym stopniu od stanu naczyń organów całej jamy brzusznej. Naogół przyjętem jest uważać sklerozę, jako chorobę, wynikającą z zużycia, i dlatego najeźdźliwiej zmianom miażdżycowym ulegają te narządy, które są najwięcej w użyciu i które są najwięcej czynne. Przez oszczędzanie narządów lub zatrzymanie ich w czynności udaje się często zapobiec tym zmianom chorobowym, ale zasada ta, niestety, do niektórych narządów nie daje się wcale zastosować, jak np. do serca, nerek, trzustki i t. d.

Leczenie sklerozy odbywa się zazwyczaj za pomocą kąpiei kw. węglowych i picia wód mineralnych. Jod (według Strassera) nie ma żadnego wpływu na sklerozę dużych naczyń, działa tylko na najmniejsze, a w swej mocy pozostaje głównie w stosunku do takich przypadków, w których podłożem jest stare cierpienie przymiotowe

Co do leczenia duszniczy piersiowej dobre rezultaty daje łaźnia, jak i wszelkie inne zastosowanie ciepła na skórę. Procedury te uważa Strasser za bardzo pożyteczne, jako zmniejszające pobudliwość, a w żadnym razie nie uważa łaźni za niebezpieczną, jak dawniej przypuszczano. To samo dotyczy według niego wszelkich metod, wywołujących pocenie się, co daje w następstwie wyrównanie krwiobiegu.

Leczenie zdrojowe sklerozy wpływa na opróżnienie przewodu pokarmowego, przez co działa korzystnie na naczynia narządów jamy brzusznej. Ale główne działanie leczenia zdrojowego polega na korzystnym wpływie na zaburzenia przemiany materji, jak: dna, otyłość, cukrzyca, które w etjologii sklerozy odgrywają główną rolę.

W końcu nie mogę pominąć odczytu prof. Heubnera (Getynga), który potraktował z ciętym humorem rzecz pod tytułem: *Balneologia i Homeopatja*.

Homeopatją interesuje się w ostatnich czasach świat lekarski w Niemczech pod wpływem artykułów chirurga prof. Biera; artykuły o leczeniu furunkulozy siarką w dawkach homeopatycznych, zastrzykiwanie eteru w zapal. oskrzeli — miały znaczenie rozstrzygające.

Podstawą tej metody leczniczej jest prawo, które opiewa: tylko te środki lekarskie pomagają w małych dawkach, które w dużych wywołują chorobę z objawami podobnymi do chorób, mających być leczonemi (*Similia similibus curantur*). I dlatego dobrze zastosowane środki homeopatyczne poznaje się po tem, że z początku szkodzą. Wprawdzie niezliczone razy zwracano na to uwagę, że

to piękne prawo nie zgadza się ani ze zdrowym rozsądkiem, ani logiką przyrodnika i chemika.

Bo co może, np., działać w organizmie molekula soli kuchennej, t. j. substancji, którą dziennie przyjmujemy całemi gramami. A z drugiej strony jeszcze Hippokrates powiedział: „To samo, co chorobę wywołuje, często ją leczy“. „Każdy człowiek nosi w sobie swego lekarza“ (Surowice). „Inaczej nic nie działalibyśmy z leżeniem“.

Balneologia jest stara (naukowa metoda lecznicza), Homeopatja leczy wszystkiego 100 lat.

Heubner porównywa te dwie metody lecznicze. W dawnej balneologii istniało także coś podobnego do homeopatji, szukano mianowicie w niej także sił, mogących wywołać chorobę. Dlatego dawniej kąpano się całemi godzinami (tak zwane excessive Bäder), dopóki nie występowała na skórze wysypka i inne doległości, pito wody mineralne w nieprawdopodobnych ilościach w tym

samym celu. Jakie choroby wywoływała np. woda karlsbadzka według dawnych danych: zmniejszenie popędu płciowego, sny, bóle oczu; woda Teplicka wywoływała zawroty głowy, jak u pijanego. Dlatego na balneologję powołują się wyznawcy leczenia homeopatycznego, bo upatrują w niej podobieństwo do swoich metod leczniczych. A podobieństwo to Heubner widzi przede wszystkim w tem, że obydwie metody lecznicze — nastrożają duże wątpliwości. — Jeszcze na poparcie podobieństw Balneologii do Homeopatji Heubner przytacza stary aforyzm łaciński: „Kobiety, wino, kąpiele często rujnują nasze zdrowie, a co nas często uzdrawia“: „Kąpiele, wino, kobiety“.

Jak z powyższego tylko pobieżnego streszczenia całego dorobku naukowego zjazdu widać, czas spędziliśmy w Karlsbadzie bardzo pożytecznie, a że codziennie ponosiłano i o rozrywkach dla nas, więc pożytecznie i przyjemnie.

Antoni Tuchenler (Warszawa).

Krytyka Lekarska.

Z powodu artykułu „Nauka a reklama“.

Niezmiernie trafne i głębokie uwagi Dr. Flama, wypowiedziane w Nr. 2 Warsz. Czasopisma Lekarskiego, nie mogły nie wywołać echa w szerokich kołach świata lekarskiego, i bardzo wielu zapewne pragnęłoby się wypowiedzieć w poruszonej przez Szan. autora sprawie. Wszak każdego z nas codziennie niemal uderzają „monstrualne“ kształty współczesnej farmakoterapii, i bardzo wielu zdarzało się już, że byli pytani przez pacjentów o środki, których nazwa nie była im jeszcze znana.

Ta niesłychana obfitość środków farmaceutycznych stanowi niejako *signum temporis* współczesnej medycyny, a objawu tego nie należy jednakże uważać wyłącznie za przejaw ogromnie rozrastającego się przemysłu farmaceutycznego.

Można twierdzić, że do pewnego stopnia rozrost ten z jednej strony odpowiada umysłowości współczesnego lekarza, z drugiej zaś odbija się na nim dany okres w rozwoju nauk lekarskich wogóle, lecznictwa zaś w szczególności. Wszak niedawno jeden ze znanych biologów współczesnych, Friedberger, pisał, że obecne pokolenie lekarskie nie zdaje sobie, być może, dokładnie sprawy z tych olbrzymich przeobrażeń, jakie zachodzą teraz we wszystkich dziedzinach medycyny, a inny badacz, prof. Hans Mueh z Hamburga, powiedział w niedawno wydanych aforyzmach, że „właściwie biologja ludzka dopiero się zaczyna. Wszędzie właściwie stojmy u progu rzeczy nowych, i badacz po upływie najbliższych lat dwudziestu z trudnością będzie się mógł porozumieć z badaczem z przed ostatnich dwudziestu lat“.

Jeżeli swego czasu mógł Teodor Dunin mówić do nas, młodych lekarzy, że używa w praktyce swojej zaledwie jakich dziesięciu recept, a na oddziale jego, jako główne środki dla sali wypisywane były w wielkich ilościach *Decoctum chinæ* i proszki morfiny, to trzeba zaznaczyć, że był to okres nihilizmu terapeutycznego. *Quantum mutatus ab illo!* Dzisiejsze czasy uważa się właśnie za okres rozkwitu lecznictwa, który nastąpił po okresie niebawomego rozwoju patologji i dagnostyki, i, jak mówi Schlosman, znajdujemy się obecnie w samym środku tego okresu. Szukanie coraz to nowych środków, to tylko w części wynik olbrzymiego rozwoju przemysłu farmaceutycznego; w znacznym stopniu jest to rezultat i echo obecnych pra-

dów w dziedzinie nauk lekarskich. Zaś przemysł chemiczno-farmaceutyczny często działa tu pod naciskiem tego czy owego biologa lub klinicysty.

Jednym z symptomatycznych objawów w omawianym zakresie była znana już powszechnie broszura Biera o naszym stosunku do homeopatji. Klinicysta ten dochodzi do wniosku, że i w pogardzanej do niedawna homeopatji kryje się ziarno prawdy, i pisze, „że uda nam się jeszcze wynaleźć niemało środków lekarskich lub, wyrażając się inaczej, rozwinąć w znanych dotychczas preparatach nicodgadnięte jeszcze własności lecznicze“.

Kto czytuje pisma lekarskie niemieckie, ten nie mógł nie zauważyć oczywiście, że istotnie coraz więcej prac poświęconych jest nowym środkom lekarskim. Dużą przytem rolę grają tu i specyfiki odżywcze. Ale czy nie odbija się na tem tak aktualne obecnie zagadnienie witamin, albo np. rewolucyjne w zakresie dietetyki prace Friedbergera? Jest rzeczą charakterystyczną, że nad preparatami odżywczymi pracują takie „firmy“ jak Kubner, Schittenhelm i inni, a prace te pomieszczane są i w tak poważnych pismach, jak „Biochemische Zeitschrift“.

Są to wszystko fakty, których nie można nie brać pod uwagę, choćbyśmy w całej rozciągłości uznawali wymagania czysto materialne przemysłu i handlu. Wiadomo, że wyrób preparatów był zawsze związany z przemysłem, więc oczywiście musiały się na nim odbijać i ujemne strony tego; to też jeden z pedjatrów niemieckich, Biedert, nazwał swego czasu środki odżywcze „nieprawem dzieci, urodzonymi z nowoczesnego małżeństwa między nauką a interesem“.

Szanowny autor „Nauki a reklamy“ wskazuje między innymi na fakt, że przepisywanie recept „indywidualnych“ coraz bardziej jest wypierane przez nowe leki i specyfiki. Ale, być może, znajduje się objaw ten w zależności od tego, że apteka często nie może wykonać środka tak, jak tego przepis lekarski wymaga. Tak, na przykład, nowoczesna teoria o zapobieganiu i leczeniu wola (Wagner-Jauregg i in.) wymaga podawania minimalnych dawek jodu (1/10 miligrama); i oto wytwórnia chemiczno-farmaceutyczna wyrabia gotowe tabletki o takiej minimalnej zawartości jodu. Przykładów takich można przytoczyć mnóstwo. Nie ulega wątpliwości, że „trzeba położyć tamę robocie, prowadzonej bynajmniej nie w imię nauki, ani w celu wnieścia wulgarnego cierpią-

cyt. Krytyka choćby najsurowsza ma, oczywiście, swoje usprawiedliwienie i powinna być stosowana wszędzie tam, gdzie wytwórca używa niewłaściwej reklamy, przypisując swemu artykułowi zupełnie materialne własności. Ale jednocześnie trzeba się liczyć z całym szeregiem faktów, które, jak z powyższego wynika, będą i w dalszym ciągu wpływały na wzmożoną produkcję farmaceutyczną.

St. K r a m s z t y k (Warszawa).

Nieporozumienie.

Chyba nieporozumienie! Bo czyżby istotnie kol. Kr. przypuszczał, że obce ni są tak dalece prądy współczesnej nauki medycyny, iż nie umiałbym powiedzieć, gdzie kończy się nauka, a zaczyna handel ze swoją rozgłosną reklamą? Kto uważnie przeczytał obydwa moje artykuły „Nauka a reklama“ oraz „Jeszcze o nowych lekach“, nie może mieć żadnych wątpliwości. A jeżeli powstało nieporozumienie, może moja w tem wina? Nie wytłumaczyłem się dość jasno. Postaram się w kilku słowach uprzystępnić moje wywody.

Przedewszystkiem napisałem wyraźnie: „Walczą tu siły rozmaite: i poważne umysły naukowe, i powierzchowne wielkości i t. d.“ Dalej: „zyskujemy niekiedy przetwórcę leczniczy bardzo cenny, wytrzymujący najsurowszą krytykę naukową“ i t. d. Dalej „położyłem silny nacisk na to, że badania chemiczno-farmaceutyczne doprowadziły do bardzo cennych wyników naukowych i praktycznych“.

Chyba jasno wypowiedziałem, że rozumiem wzrost przemysłu farmaceutycznego współczesnego i że widzę, jak się tu odbija rozwój dzisiejszy nauk lekarskich.

Więc poco to wyważanie drzwi otwartych?

Nie przytoczyłem na poparcie swoich tez ani jednego uczonego nazwiska. Uważałem to za zbyteczne. Proszę mi wskazać jakikolwiek okres w dziejach medycyny lub biologji, wreszcie w historii jakiegokolwiek nauki, kiedyby uczeni współcześni nie sądzili, iż to właśnie od nich rozpoczyna się należyte pogłębienie i rozumienie danej gałęzi twórczości naukowej. Byłoby źle, gdyby było inaczej.

Dalej jeszcze zaszedłem aniżeli kol. K. Powiedziałem: „w pracowni chemicznej i farmaceutycznej wszystkie te związki mają swe uprawnienie..., nawet w kłótniach i oddziałach szpitalnych niezbędne jest posługiwanie się niemi“... Wyraźnie tylko zaprotestowałem przeciw powierzchownemu stosowaniu nowych leków przed najdokładniejszym ich wszechstronnem zbadaniem.

Właśnie historia uczy nas przedewszystkiem skromności, a powtóre krytycyzmu. Czy następca Mucha za czterdzieści lat nie będzie miał jeszcze prawa powiedzieć, że właściwa biologja ludzka dopiero się zaczyna? Czy po kilku dziesiątkach lat znów ktoś, jak dziś Schlossmann, nie powie, że znajdujemy się właśnie w samym środku okresu rozkwitu lecznictwa? Tego nie wie ani kol. Kr., ani ja, ani nikt wogóle. Czegoż te cytaty dowodzą? Toż przecie tylko tego, że

widzimy jeszcze bardzo mało i że dajemy się unosić często pozorom postępu naukowego.

W artykułach moich poprzednich poruszyłem kilka spraw. Nie mogę tu znów *ab ovo* zaczynać. Przytoczę tylko dla ilustracji kilka przykładów, aby — o ile można najprzystępniej — wyjaśnić, o co mi chodzi.

Nauka dowiodła doskonałej skuteczności jodu. Czy wobec tego naprawdę potrzeba nam w praktyce kilkunastu lub kilkudziesięciu preparatów jodu? Nauka przekonała nas o doskonałym współdziałaniu arseniku, strychniny i fosforu. Czy naprawdę nie jest zawiele, że w samej Warszawie wyrabiane są aż cztery (a może i więcej) identyczne, niczem wzajemnie różniące się przetwory, zawierające te trzy części składowe? A przetwory zagraniczne? Chyba jasno tu widać, gdzie się kończy nauka, a zaczyna handel, konkurencja i wyścig reklamowy. Czy nie szkoda tych bezpłodnych zabiegów, nie przynoszących korzyści choremu, a obliczonych wyłącznie na dobro przemysłu farmaceutycznego?

Przemysł farmaceutyczny poważny nie potrzebuje bynajmniej obrony. W tem, co pisałem, oddałem mu hołd należny. Broni on się sam znakomicie, gdy nas obdarza aspiryną, weronalem, diuretyną, urotrofiną, luminalem i wielu dziesiątkami innych leków, bardzo a bardzo pożytecznych. Lecz w ogniu tego przemysłu wloką się drobne laboratorja, apteczki, pracownice liczne, które rzucają na rynek tysiące środków zbytecznych, a nawet szkodliwych. Przed tym zalewem bronić się trzeba. Tu należy przyłożyć miarę krytyczną dla ochrony pacjenta od wyzysku, dla ochrony lekarza od zamętu w głowie.

Jeszcze przykład. Poznaliśmy w zakresie organoterapii doniosłe znaczenie przetworów tarczycy, przysadki mózgowej, nadnerczy i jajników. Jakież rezultat? Nawet poważne firmy reklamują przetwory z wątroby, mięśnia sercowego, płuc, śledziony, błon śluzowych, nerek i t. d. Gdzie są prace naukowe, popierające lecznicze działanie tych ostatnich? Brak krytycyzmu trudno dalej posunąć. Wprowadzając dziś już do lecznictwa przetwory ze wszystkich możliwych organów ludzkich i zwierzęcych, postępujemy tak, jak przed kilkuset laty czynili rozmaici lekarze, opierający swe teorie na mglistych poglądach i przesłankach nie-naukowych.

Poważna firma farmaceutyczna, kierowana przez wytrawnych lekarzy i farmaceutów, zdoła zawsze, i obecnie i po wielu jeszcze dziesiątkach lat, zyskać nasze zaufanie, bo wspólnie z nami umiejętnie pracować będzie na polu terapii. Lecz, jeśli ta sama firma puszcza wodze swej fantazji lub daje się unieść zapałowi konkurencyjnemu, tworząc przetwory, nie wytrzymujące krytyki naukowej, nie powinna się dziwić, iż lekarze z całą energją przeciw niej wystąpią. A już pokątne, małe pracownie, obliczone jedynie na wyzysk pacjenta, ścigane być winny z całą surowością.

Chyba z kolegą Kr. porozumieliśmy się należyście bez uciekania się do języka augurów.

M. Flau m (Warszawa).

MEDYCINA SPOŁECZNA.

Poradnictwo zawodowe z punktu widzenia lekarsko-pedagogicznego.

Podala

Dr. Zuzanna GODZIEMBA-MALESZEWSKA, Lekarz szkół miejskich (Warszawa).

(Dokończenie).

Ponieważ zmęczenie indywidualne ujawnić można tylko przez zmiany, które zaszły w stanie fizjologicznym, konieczne jest zatem uwarunkowanie pracy zawodowej od wysiłku, jaki dany rodzaj pracy wywiera na osobnika i spowodowanych przez ten wysiłek zmian fizjologicznych. Obciążanie więc tak osobnika dojrzałego, jak i terminatora pracą nie powinno przekraczać jego granic fizjologicznych, czem kierować się należy przy doborze pracowników i przy wyznaczaniu pracy.

Fizjologiczne metody badań z uwzględnieniem badań nad mechaniką wysiłków powinny być przeniesione do fabryk (Dhers, Jastrzębski). I słusznie: wyprowadzenie teorii zmęczenia winno wypływać ze źródła pracy, przy warsztacie pracy, gdzie zmęczenie występuje we wszystkich swych przejawach i może być stwierdzone doświadczalnie ustaleniem normy pracy, nie przekraczającej granic naturalnego stanu fizjologicznego.

Fizjologia ruchu daje nam również możliwość opanowania techniki ruchów, rozkładając ruchy złożone na zasadnicze. Odtwarzanie zaś na filmie ruchów przy pracy w danym zawodzie przez wykwalifikowanych pracowników i początkujących i zestawienie otrzymanych wyników daje pole do przeprowadzenia studiów nad uzdolnieniem, wymaganem dla danego zawodu. Otrzymane wyniki pozwolą również określić stosunek, jaki zachodzi między nabytem uzdolnieniem przez wprawę i wrodzonymi zdolnościami, i czy te ostatnie dadzą się zastąpić, oraz w jakim stopniu mogą się udoskonalić przez kształcenie, co Piéron nazywa „l'éducabilité des aptitudes”²³⁾, a Joteyko „l'apprentissage”²⁴⁾. Kształcenie uzdolnień jest bardzo ważnym czynnikiem w poradnictwie zawodowym²⁵⁾ i, jako taki, nie może być pominięty przy doborze pracownika.

Wprowadzenie filmu kinematograficznego i chrometrażu²⁶⁾ jest środkiem, uzupełniającym i skracającym naukę rzemiosła w terminie. Demonstrowanie na filmie ruchów prawidłowych oszczędziłoby wykonywania ruchów zbędnych, co zmniejsza wysiłek, wpływa na ekonomję energetyki i przyspiesza naukę, a głównie daje możliwość kontroli ucznia, oceny stopnia uzdolnienia i uczynionych postępów.

Współpraca lekarzy-fizjologów i psychologów w tej dziedzinie nie może być pominięta i ze wzglę-

du na znaczenie, jakie przedstawia, wzbudziła zainteresowanie uczonych tej miary, co: Amar, Beyne, Buyse, Abant, Camus, Claparède, Decroly, Demoor, Fribourg-Blanc, Heyer, Joteyko, Imbert, Laufer, Piéron, Potet, G. Paul-Boncour, Toulouse i wielu innych.

Niemniejsze znaczenie przedstawia analiza pracy z punktu psychologicznego.

Psychologja pracy, dążąc do praktycznego zastosowania, wychodzi poza ramy wyłącznie teorii i obserwacji. W celu zmniejszenia wysiłków pracownika, czy to fizycznych, czy to umysłowych, psycholog stawia sobie za zadanie zająć się zbadaniem wpływów, jakie wywierają różne rodzaje pracy na psychikę pracownika. Zatem na pierwszy plan wysuwa się określenie inteligencji ogólnej badanego, urzeczności intelektualnych, sfery uczuciowej, cech moralnych, słowem, wszystkiego, co składa się na ustalenie pewnego typu psychologicznego pracownika, określenie syntezy indywidualnej typu, do którego zastosowany może być rodzaj pracy, odpowiadającej jego osobowości, jego dyspozycji psychologicznej.

Psycholog posługuje się testami umysłowymi²⁷⁾ w celu zbadania inteligencji ogólnej, t. j. ogólnych zdolności osobnika zastosowania swej myśli i czynów w określonym kierunku (W. Stern), czyli tak zwanej „inteligencji praktycznej, wrodzonej”; z drugiej zaś strony trzeba wziąć pod uwagę wymagania, jakie stawia życie; w życiu niezbędny jest pewien stopień uwagi, pewna szybkość reakcji na bodźce, pewna większa lub mniejsza sprawność wykonywania ruchów (E. Stern). Te różne czynniki powinny być zmierzone w celu oceny ogólnej wydajności intelektu. Dr. M. Potet w artykule swym: „Metody Psychologiczne w Higjenie Umysłu”²⁸⁾, przytacza niżej podane sposoby, stosowane przy badaniu inteligencji i charakteru.

Na podstawie prób, stosowanych w psychologii doświadczalnej w połączeniu z introspekcją i obserwacją, można różne rodzaje inteligencji, podług teorii Malaperta, podzielić na dwie kategorie. Osobniki analityczne, krytyczne, refleksyjne, praktyczne, które są poczytywane za dodatnie i stanowią same o sobie w przeciwieństwie do niezdecydowanych, roztargnionych, nierównoważonych, lekkomyślnych, nielogicznych, to jest typów ujemnych.

Dla oceny wrażliwości autorowie, jak Tarachanow, Müller Jung, Peterson i inni, badali zmiany elektryczne, wywołane przez wzruszenie i ujawnione za pomocą igły magnetycznej galwanometru, gdy badany osobnik włączony w obwód prądu, w którym się znajdował galwanometr, trzymał dwie elektrody. Binswanger stwierdził, iż

27) Patrz: J. Joteyko, Metoda testów umysłowych i jej wartość naukowa. Książnica Atlas, Lwów — Warszawa 1924.

Tadeusz Jaroszyński: Metody Badań Psychologicznych w szkole, Warszawa, 1925 r.

Jadwiga Abramson: Recherches, sur les fonctions mentales de l'enfant à l'âge scolaire. Année psychologique 1920 — 1921, str. 184.

28) Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires, Paris, Mai 1925, str. 624 — 628.

23) Dix conférences sur l'orientation professionnelle, Librairie Alcan, Bd. St. Germain 108, Str. 75. Le rôle de la Psychologie dans l'orientation professionnelle par H. Piéron.

24) Joteyko. La fatigue, str. 130.

25) Les aptitudes innées, les aptitudes acquises. M. Decroly, Bruxelles, rapport présenté à la conférence de psychologie de Milan, Octobre 1922.

26) L'orientation professionnelle par Jules Amar, str. 16, Dunod Editeur, Paris 1920.

jedynie emocja lub silne podrażnienie zmysłów wywołuje zmianę natężenia prądu.

Badanie aktywności według niektórych psychologów polega na określaniu, do jakiej kategorii zalicza się badany osobnik z pomiędzy następujących: 1) nieaktywnych, biernych z powodu apatii lub nadwrażliwości, czy też nadmiaru refleksji; 2) czynnych, powolnych lub podnieconych; 3) wrażliwych, ruchliwych lub gwałtownych. Nakoniec, w stosunku do woli, mogą być osobniki o woli niestałej, ludzie słabowolni, niezdeterminowani, i ludzie o silnej woli, opanowaniu, ludzie czynu, władcy samych siebie. Dowień, badając szybkość decyzji, pewność, wytrzymałość, inercję i opanowanie ruchów, ustanowił profil woli (The will-profile).

Typ agresywny, opisany przez Moore'a i Gillilanda, odznacza się odwagą i wiarą w siebie (cechy podbijające). Odwagę mierzy się wytrzymałością na wstrząs elektryczny lub wrażeniem, spowodowanym przez przestrach, oraz wpływem, jaki wywiera ustawicznie skierowany wzrok badającego na osobnika badanego (Jacobson).

Sander, podaje różne próby badania wzruszliwości, woli, aktywności, t. j. tego, co tworzy osobowość moralną. Próby definicji (Binet i Meumann), polegają na określeniu różnicy, jaka zachodzi między dwoma pojęciami moralnymi, np. skąpstwem, a oszczędnością; używany też jest test, który, za pomocą przykładu, służy do odróżnienia występku lub cnoty a cechy charakteru badanego ujawniłyby się, jeżeli dany osobnik, postawiony wobec konfliktu moralnego, nieetycznego, orzeknie, jakby postąpił w podobnym wypadku, lub też osobnik badany powinien wyciągnąć sens moralny z danego opowiadania. Wreszcie testy, przeznaczone do badania poczucia moralnego, polegają na ugrupowaniu przez badanych osobników danych im przykładów przestępstw, stosownie do stopnia ich wielkości. W tym wypadku, podług wielu autorów, miarę uczuć etycznych otrzymuje się przez ocenę sądów badanych, porównywując między nimi maksymalne.

Dla oceny charakteru, to jest zespołu utworzonego przez instynkty, skłonności, impulsy, żądze, uczucia, stany afektu (Ribot, Fère), przedewszystkiem należałoby zbadać przeważające skłonności: egoistyczne lub altruistyczne, czy też idealne, i kierunek ich, np. egoistyczne niższe (fizyczne, płciowe), lub wyższe (ambicja, duma, poczucie obowiązku); altruistyczne indywidualne, rodzinne lub społeczne (miłość, przyjaźń). Wreszcie z pośród skłonności idealnych, skłonności: estetyczne, filozoficzne, artystyczne i stosownie do typu charakteru zamieścić danego osobnika w jednej z 5 grup (Malapert):

Apatyczny: (obojętny, czynny);

Afekcyjny: uczuciowy (bierny lub żywy), emocyjny (melancholijny lub impulsywny), namiętny.

Intelektualny: (mózgowy).

Intelektualny afekcyjny: (dyletant lub namiętny), spekulacyjny.

Umjarkowany: jednolity, zrównoważony.

Ludzie woli: pan siebie (bojownik lub siewca) człowiek czynu.

Niektórzy psychologowie, doszukując się cech

charakteru, prócz powyżej wymienionych metod badań, wprowadzają metody frenoskopowe Magneta.

Bonhomme i Stephannopoli, badając na ekranie ruchy oddechowe, znajdują duże różnice indywidualne. Autorowie ci przywiązują wagę do pewnych grup ruchów, przypisując im, iż są one objawem cech charakteru, np. osobnik histeryczny przez specjalne ruchy oddechowe, wykazuje niecierpliwość, niestałość, chęć wywołania efektu, zmienność. U zwyrodniałych inne ruchy przepony będą świadczyły o niewrażliwości uczuciowej, zmysłowości, impulsywności i t. p.

Nie wchodząc w ocenę poszczególnych testów różnorodnych badań inteligencji, sfery uczuciowej i woli, zaznaczyć należy, iż powinny być one ujednostajnione i opracowane dokładnie (Joteyko, Claparède).

Introspekcja jest niezbędna (W. Stern), lecz niewystarczająca, należy zastosować również metodę elektrospekcyjną, czyli symptomatologiczną, która oparta jest na stosunku psychofizjologicznym²⁹.

Użycie testów powinno być rozpow szechnione, jednak bez nadużycia, co pozwoli ustanowić hierarchję wartości psychicznych i indywidualnych (Claparède).

Testy umysłowe podług Kantora nie zawsze są w stanie dostarczyć pierwiastków zdalnych do użytkowania, aby rozszerzyć zakres naszych wiadomości psychologicznych, z tego względu, iż, podług autora, inteligencja, a właściwie to, co jest mierzone przez te testy, nie jest rzeczywistym czynnikiem umysłowym, raczej jest to specjalny sposób zastosowania odpowiedzi. Jeżeli osobnik jest zdolny osiąść szczególnie bogaty zasób odpowiedzi i umie zastosować je w różnych i skomplikowanych warunkach, to tym sposobem ujawnia przymioty inteligencji, jak: niezależność, rzutkość, szybkość odpowiedzi. Naturalnie, nie należy zapominać, iż metody badania powinny być odpowiednio dobrane, stosownie do tego, w jakim celu jest badany osobnik, np. czy dla określenia Ilorazu Inteligencji, czy dla przeprowadzenia selekcji, czy też przy wyborze z awodu³⁰.

Określenie charakteru przy selekcji, t. j. przy doborze pracownika, jest warunkiem pierwszorzędnej wagi, gdyż nie każdy rodzaj pracy odpowiada charakterowi danego osobnika i odwrotnie, nie każdy osobnik nadaje się do jednej i tej samej pracy, np. praca monotonna nie odpowiada osobnikom czynnym, ruchliwym, lub praca mechaniczna, automatyczna jednostkom o wybitnie zaznaczonej indywidualności; inne też są warunki pracy jednostkowej i zbiorowej o oznaczonym tempie, ujętej w pewien rytm, do którego pracownik musi się zastosować.

Wunderlich³¹), podejmuje rozwiązanie problemu zbadania przydatności do pracy jednostkowej za pomocą metod doświadczalnych w warunkach, zbliżonych do pracy, wykonywanej przez robotników w fabrykach.

²⁹) Dr. M. Potet. Archives de Medecine et de Pharmacie Militaires, mai 1925, str. 627.

³⁰) Ib. str. 628.

³¹) Wunderlich II. Die Einwirkung einförmiger zwangsläufiger Arbeit auf die Persönlichkeitsstruktur.

Zeitschrift für angewandte Psychologie XXV, 5, 1925, str. 321 — 374.

Doświadczenie polega na chwytaniu mechanicznych walców w chwili, kiedy one przesuują się w jednostajnym odstępnie czasu przez otwór poza aparatem, a następnie umieszczeniu ich w pudełku. Walce te tworzą część obwodu prądu, w który jest włączony regulator pozwalający kontrolować moment, kiedy osobnik badany chwyta walce.

W doświadczeniu tem zależy jednak nie tyle na szybkości, ile na prawidłowych i regularnych ruchach.

Przyczem badanie to ujawnia wpływ, jaki na psychikę badanych jednostek wywiera praca monotonna, oraz stwierdza, iż różne typy odmiennie reagują na ten rodzaj pracy.

Uzależnienie wyboru z zawodu od rodzaju pracy i wpływu, jakie ona wywiera na psychikę pracownika, ma doniosłe znaczenie, tak przy wyborze z zawodu, jak i przy doborze, to jest selekcji pracownika, co jest również związane z wydajnością pracy.

Niemalą rolę odgrywają czynniki takie jak naśladownictwo, współzawodnictwo i ambicja. Czynniki te mogą być wykorzystane ze szkodą dla ucznia i terminatora, wyczerpując jego młodociane siły lub zniechęcając do pracy. Na psychologu więc ciąży trudne zadanie zastosowania odpowiedniego rodzaju zajęcia do charakteru osobnika i, odwrotnie, doboru odpowiedniego pracownika do danego zawodu, by praca jego była wydajna bez wprowadzania sztucznych bodźców (w rodzaju nagrody, jak dopłaty, lub swobodnego dnia od zajęć za szybciej wykonaną pracę), bez nadzwyczajnego wysiłku, który odbija się zębnie w przyszłości na zdrowiu pracownika, przyspiesza starość i nieraz skracą mu życie. To też higiena pracy w celu profilaktyki powinna podjąć walkę przeciw wszelkim tego rodzaju intencjom, sprzyjającym wyczerpaniu sił pracownika.

* * *

Przy doborze pracownika, jak również przy skierowaniu do zawodu niezbędne jest poznanie różnorodnych zajęć i cech im właściwych, a co za tem idzie wymagań, jakie przedstawia każdy rodzaj pracy w celu ustalenia odpowiedniego podziału zawodów, czy to według grup, stosownie do obrabianego materiału³²⁾; czy też odnośnie do charakteru samej pracy (Lipman) umysłowej lub fizycznej, wymagającej inteligencji, pamięci lub uwagi, precyzyjnego wykonania lub artystycznego smaku; czy też na mocy cech wspólnych³³⁾, lub wreszcie rodzaju pracy mechanicznej, automatycznej lub też indywidualnej — słowem na podstawie psychologii pracy.

Dr. Imbert³⁴⁾ opierając się na fizjologicznych analogiach lub różnicach, jakie przedstawia wykonywanie różnych czynności, oraz na skutkach, jakie powtarzanie tych czynności wywiera na organizm, dzieli pracę na taką: 1) która bezwarunkowo wymaga

ga dużej wydajności energii dynamicznej, 2) i pracę, która wymaga przewagi udziału ośrodkowego układu nerwowego, przyczem zaznacza, że przy pracy mechanicznej współudział pracy umysłowej jest konieczny, choćby w celu ułatwienia i udoskonalenia techniki wykonywanej pracy. Wreszcie klasyfikacja zawodów, może być oparta na podstawie uzdolnień niezbędnych przy wykonywaniu danej pracy (Rémy).

W celu ustanowienia klasyfikacji zawodów, stosownie do uzdolnienia, według tego autora, wystarczy przeprowadzić równoległą między okazanymi zdolnościami i wymaganiami danego zawodu, aby otrzymać najwyższą wydajność pracy. Prócz tego praca zawodowa w jakimś kierunku wymaga ześrodkowania zdolności jednej władzy; natomiast, co do innych czynników — pożądane są zdolności wykonawcze w możliwie wysokim stopniu.

Wychodząc z powyższego założenia, autor stawia trzy warunki, jako konieczne przy wyborze zawodu: pierwszy, wymagający specjalnego, podstawowego uzdolnienia zawodowego, a dwa inne wskazują w mniejszym stopniu na konieczność czynników, wpływających na zwiększenie wydajności pracy. Na tej podstawie Rémy dzieli zawody na dwie grupy: 1) zawody umysłowo-pamięciowo-zmysłowe, które odpowiadają osobnikom, obdarzonym zdolnościami, zlokalizowanymi w wyższych ośrodkach umysłowych, i wymagają również pamięci, dobrze rozwiniętej; doskonałość zaś funkcji narządów zmysłów jest mniejszej wagi³⁵⁾, 2) zawody pamięciowo-czuciowo-intelektualne, dla których wykonywanie zdolności wyższych władz umysłowych, chociaż potrzebne, wszędzie jednak mają mniejsze znaczenie; przeciwnie zaś pamięć wpływa bezpośrednio na wszystko, co dotyczy narządów zmysłów³⁶⁾.

A więc przede wszystkim sfera pamięci i narządy zmysłów, które wchodzi w grę przy zawodach rzemieślniczych, właściwie są podstawą zawodów pamięciowo-czuciowo-umysłowych. Po między temi rzemiosłami autor wyróżnia dwie grupy: zajęcia, które wymagają więcej, niż inne wyższych zdolności intelektualnych (np. zawody mechanika, elektrotechnika, drukarza), i zawody zmechanizowane, które nie wymagają wyższych zdolności intelektualnych, lecz udziału zdolności zależnych od rozwoju: sprawności funkcji narządów zmysłów. Autor uzupełnia klasyfikację, wprowadzając pododdziały, t. j. rzemiosła: 1) pamięciowo-czucioworuchowe, odznaczające się tem, że wydajność maksymalna jest osiągnięta od ruchowo za pomocą jednej z dróg pamięciowo-czucioworuchowej, jak wzrokowej, słuchowej i dotykowej (pisanie na maszynie, haft, roboty sztyfkowe i na drutach); 2) rzemiosła pamięciowo-mięśniowe, oparte na pamięci mięśniowej (czuciu mięśniowym, podług niektórych autorów), jak wielki przemysł. Podział taki autor przedstawia schematycznie w następujący sposób³⁷⁾:

32) Inż. Waclaw Hauszyl d. Kształcenie zawodowe, str. 18. Warszawa 1918.

33) E. Stern. Wirtschaftspsychologie, str. 20 i 21, Leipzig. 1921.

34) Tableau méthodique des professions qui appellent des recherches et nature de ces recherches.

Le rapport du Dr. Imbert. Przytoczony przez J. Fontegnea. L'orientation professionnelle, str. 86 i 87, Paris, 26, rue St. Dominique.

35) Les aptitudes, les habitudes, les reflexes, la memoire musculaire et la classification des aptitudes en rapport avec les professions, str. 17 par. L. Rémy, Bruxelles. M. Jamartin, editeur. Rue Condensberg 1922.

36) Ib. str. 18.

37) La classification des aptitudes en rapport avec les professions, str. 20. L. Rémy, Bruxelles, Lamartin Editeur.

I. Zawody umysłowo-pamięciowo-zmysłowe: | Zawody Intelktualne.

II. Zawody pamięciowo-czuciowo-intelektualne	A. Rzemiosła pamięciowo-czuciowo-intelektualne	Rzemiosła miejskie	mechanik elektrotechnik topograf drukarsz
	B. Rzemiosła mechaniczne	1. Rzemiosła pamięciowo-czucioworuchowe	Pisanie na maszynie haft koronkarstwo tkactwo
		2. Rzemiosła pamięcioworuchowe.	Drobne rzemiosła ręczne Wielki przemysł i zawody specjalne, wynikające z podziału pracy.

Idealem klasyfikacji zawodów według Claparèda powinna być klasyfikacja, oparta na typie podziału zawodów, stosownie do podstawowych uzdolnień do zawodów³⁸).

Widzimy więc z powyżej przytoczonych przykładów, iż w celu łatwiejszego orjentowania się w wyborze zawodów i doborze pracownika wysuwa się konieczność ustalenia racjonalnej klasyfikacji zawodów.

Już sam fakt, iż istnieje tyle różnorodnych rodzajów klasyfikacji, stwierdza, iż brak właściwej, która ześrodkowywałaby wszystkie wymagania, obejmując całokształt rzemiosła, przemysłu i handlu i mogłaby być wskaźnikiem przy wyborze zawodu.

Rozwiązanie problemu klasyfikacji zawodów i monografji, t. j. opisu zawodów, cech im właściwych, jaki wpływ wywierają one na zdrowie pracownika (patologia zawodów), jakiego wymagają stanu fizycznego i psychologicznego oraz zdolności odpowiednich psychomotorycznych lub intelektualnych, dadzą wyniki, otrzymane przez poddanie pracy analizie. Rozłożenie na poszczególne elementy czynności każdego zawodu u źródła pracy, w fabryce, przy warsztatach, da możliwość ustanowienia monografji zawodów i ujęcia ich całokształtu na podstawie cech wspólnych, pokrewnych lub zbliżonych, czyli drogą analizy pracy dochodzimy do syntezy pracy. Zadanie takie nie może być dziełem jednostki i wymaga zorganizowanej pracy grupy wykwalifikowanych specjalistów.

Monografie zawodów, opracowane wszechstronnie i dokładnie, są podstawą racjonalnego przeprowadzenia selekcji pracowników. Selekcja pracowników jest środkiem ciężkości, osi, około której obracać się powinno poradnictwo zawodowe.

Z poradnictwa zawodowego dział porządku, wskutek wielkiego znaczenia i trudności, jakie za sobą pociągają wprowadzenie w czyn tego zadania, powinien być przeniesiony poza szkołę do laboratoriów, urządzanych przy fabrykach i prowadzonych pod kierunkiem specjalnych sił naukowych.

* * *

³⁸) L'Orientation professionnelle: Ses problemes et ses méthodes par le Dr. E. Claparède Genève, Octobre 1922. str. 32.

Poradnictwo zawodowe poza wymienionymi działami: wyboru zawodu, selekcji pracownika, obejmuje dział trzeci: pośrednictwo pracy.

Nie wystarczy bowiem wskazać danemu osobnikowi, jaki zawód dla niego jest odpowiedni, należy dać mu możliwość udoskonalenia się w obranym zawodzie. W tym celu powinno powstać biuro pracy, które zajęłoby się wyszukiwaniem pracy, umieszczaniem młodzieży w terminie, na praktyce w przemyśle, czy też w handlu, co pociągają za sobą konieczność badania rynku pracy i regulowania popytu i podaży. W celu ułatwienia podjętej akcji w poszukiwaniu pracy z pomocą biur powinny przyjść „Komitety Szkolne Doradcze“ przy wyborze zawodu, w których skład wchodziłoby: przewodniczący Koła opieki Szkolnej, lekarz szkolny, pedagog—psycholog, badany uczeń i jego rodzice. Komitet Doradczy, zwołany w końcu roku szkolnego w celu ostatecznej decyzji, na mocy wyników z przeprowadzonych badań skierowuje uczniów, kończących szkołę, do odpowiedniego zawodu. Komitet taki istnieje w Paryżu przy szkole, przy ul. Lesseps³⁹). Badania psychotechniczne są również przeprowadzane w szkołach komunalnych w Brukseli, gdzie badaniom podlegają nie tylko kończący szkołę w celu wyboru zawodu, lecz i uczniowie poszczególnych oddziałów w celu selekcji. W Brukseli przy każdej gminie istnieje pracownia psychotechniczna, obsługująca wszystkie szkoły, należące do danej gminy. Prócz pracowni psychotechnicznych komunalnych istnieje w Brukseli Poradnia zawodowa (Office intercommunale), pod kierunkiem zasłużonego założyciela i twórcy ruchu psychotechnicznego A. G. Christiaensa z udziałem lekarzy specjalistów.

* * *

Reasumując przytoczone dane, sądzimy, że po-

³⁹) Gdzie badania psychotechniczne prowadzone są przez Mlle D. Weinberg i Mr. Fessard pod kierunkiem J. M. Lahy, dyrektora Laboratorium Psychologicznego w „Ecole Pratique des hautes études“. Badania lekarskie prowadzi Dr. Heyer (médecin des Hôpitaux et spécialiste des Maladies Nerveuses).

Prócz, w laboratorium, założonym staraniem J. M. Lahy (przy szkole rue Lesseps), badaniem uzdolnień do zawodów młodzieży szkolnej w Paryżu zajmuje się Dr. Laufer w specjalnie na ten cel urządzonej pracowni (54 rue Boursault 54 bis).

Istnieje też ośrodek Poradnictwa Zawodowego (Centre d'Orientation professionnelle Conservatoire National d'Arts et Metiers), gdzie badania fizjologiczne prowadzi Dr. Faillly, a psychologiczne Mr. François (asystent prof. H. Piéron).

Poza tem od 1911 r. istnieje fundacja specjalna „Comité d'Apprentissage (47 rue de Tocqueville). Komitet ten umieszcza młodzież w terminie, rozciąga nad nią opiekę przez cały czas trwania nauki rzemiosła: przychodzi z pomocą biednym, otwierając jadalnię, internaty: urządza odczyty, wydaje popularne broszurki oraz czasopisma, poświęcone sprawom terminatorów i nauczaniu zawodowemu. W celu zaznajomienia ucznia z różnymi gałęziami przemysłu i handlu, wprowadzone są obowiązuje zwiedzania raz na tydzień większych fabryk, zakładów rękodzielniczych oraz pracowni. Wreszcie Komitet stara się o otwieranie szkół — pracowni (np. l'École atelier 54, Avenue de Versailles Paris XVII), uznając naukę w terminie za niedostateczną, gdzie uczniowie zbyt wiele czasu tracą, a często zapominają to, czego się uczyli w szkole; gdy tymczasem w szkole pracowni młodzież otrzymuje wykształcenie zawodowe (l'apprentissage educateur).

radnictwo zawodowe powinno być poprzedzone przez:

I. Selekcję uczniów w celu eliminowania jednostek wybitnie uzdolnionych, niedorozwiniętych i nienormalnych.

II. Poradnictwo zawodowe zaś obejmuje działy:

- 1) Wybór zawodu, oparty na badaniu lekarskim i psycho-fizjologicznym,
- 2) Selekcja czyli dobór pracownika na podstawie przeprowadzenia Analizy Pracy, obejmującej fizjologję pracy i psychologję pracy.

Pierwsza bada ruchy profesjonalne (zawodowe), czas ich wykonywania, wytrzymałość i zmęczenie, do czego służą metody badań fizjologiczne, chronometryczne i kinematograficzne.

Psychologja pracy, uwzględniając warunki pracy, zastanawia się nad pracą indywidualną, zbiorową, mechaniczną, monotonna, rytmiczną i wpływem rodzaju pracy na psychikę pracownika, przeprowadzając badania charakteru, inteligencji ogólnej i uzdolnień zawodowych za pomocą testów umysłowych i psychomotorycznych.

Drogą analizy pracy i wyżej wymienionych badań dochodzimy do ustanowienia klasyfikacji zawodów i opracowania monografji zawodów.

3) Pośrednictwo pracy, t. j. trzeci dział poradnictwa zawodowego, obejmuje:

- 1) Biuro Pracy, które umieszcza w terminie i na praktyce.
- 2) Komitet doradczy przy wyborze zawodu.
- 3) Regulowanie podaży i popytu pracy.

III. Higjena zawodowa — ściśle związana z Poradnictwem Zawodowym w celu profilaktyki, winna otoczyć opieką terminatora, normować pracę, uwzględniając płeć i wiek, oraz rozciągnąć kontrolę nad warsztatami i narzędziami pracy, wprowadzając środki ochronne i zapobiegawcze, jako obowiązujące.

Zakończenie.

W celu przeprowadzenia racjonalnego poradnictwa zawodowego i selekcji należałoby otworzyć instytut lekarsko-psychologiczny, którego kierownictwo powinno być powierzone ludziom o szerokim zasobie wiedzy z dziedziny fizjologii, psychologii, socjologii i ekonomji. Prócz powyższych zagadnień instytut lekarsko-psychologiczny ująłby ruch psychotechniczny, nadałby mu ściśle naukowy kierunek, opracowując metody badań, ustanawiając obowiązujące wszystkich normy na mocy dostarczonego materiału (surowca), z innych już istniejących i nowootwierających się placówek. Słowem instytucja ta byłaby ośrodkiem całego ruchu psychotechniki, opartej na psychofizjologii.

Nie mniej ważne zadanie instytutu lekar-

sko-psychologicznego, byłoby przygotowanie wykwalifikowanych specjalistów, chcących poświęcić się badaniom psychotechnicznym. Cóż bowiem może być trudniejszego od badań w dziedzinie psychologii, gdzie jak i w socjologii, elementem badanym są ludzie, element tak różny, zmienny kapryśny, słowem, zbyt złożony“ (Poincaré⁴⁰).

Pedagogika współczesna wkracza na nowe tory.

Uwzględnienie psychopedagogiki przez wprowadzenie metod badania za pomocą testów wymaga odpowiednio przygotowanego personelu. Testy, przznaczone do badań charakteru, zdolności umysłowych lub cech moralnych, mają na celu ocenę osobnika badanego w stosunku do normy, zatem są narzędziem miary, a więc instrumentem nadzwyczaj delikatnym i mogą być powierzone jedynie osobom, specjalnie do tego przygotowanym; natomiast szybkie spopularyzowanie, zamiast korzyści, może przynieść szkodę, dyskredytując naukę.

Panna Moritz⁴¹) daje przykład, jak szkodliwe bywają niedokładne badania: przeprowadzone przez niedoświadczoną osobę badanie metodą Bineta Simona nad 3-letnim dzieckiem wykazało ilora inteligencji 0,28. co graniczy niemal z idjotyzmem toż samo dziecko, powtórnie badane przez nauczycielkę po przeciągu roku czasu, wykazało zdolności o dwa lata ponad wiek, co w czwartym roku życia graniczy z genjuszem. Cóż się okazało — oba wyniki były mylne —, dziecko to, zbadane w instytucie lekarsko-pedagogicznym w Rixensart (Belgja), nie było ani idjotą, ani genjuszem, lecz debilem umysłowym, nieśmiałym, z nieco opóźnioną wymową. Fakt powyższy dowodzi, jak wielka winna być zachowana ostrożność również przy skierowywaniu młodzieży do zawodów, które wywierają wpływ decydujący bezpośrednio na całe życie jednostki, tem samem odbijają się na życiu społecznem i ekonomicznem kraju.

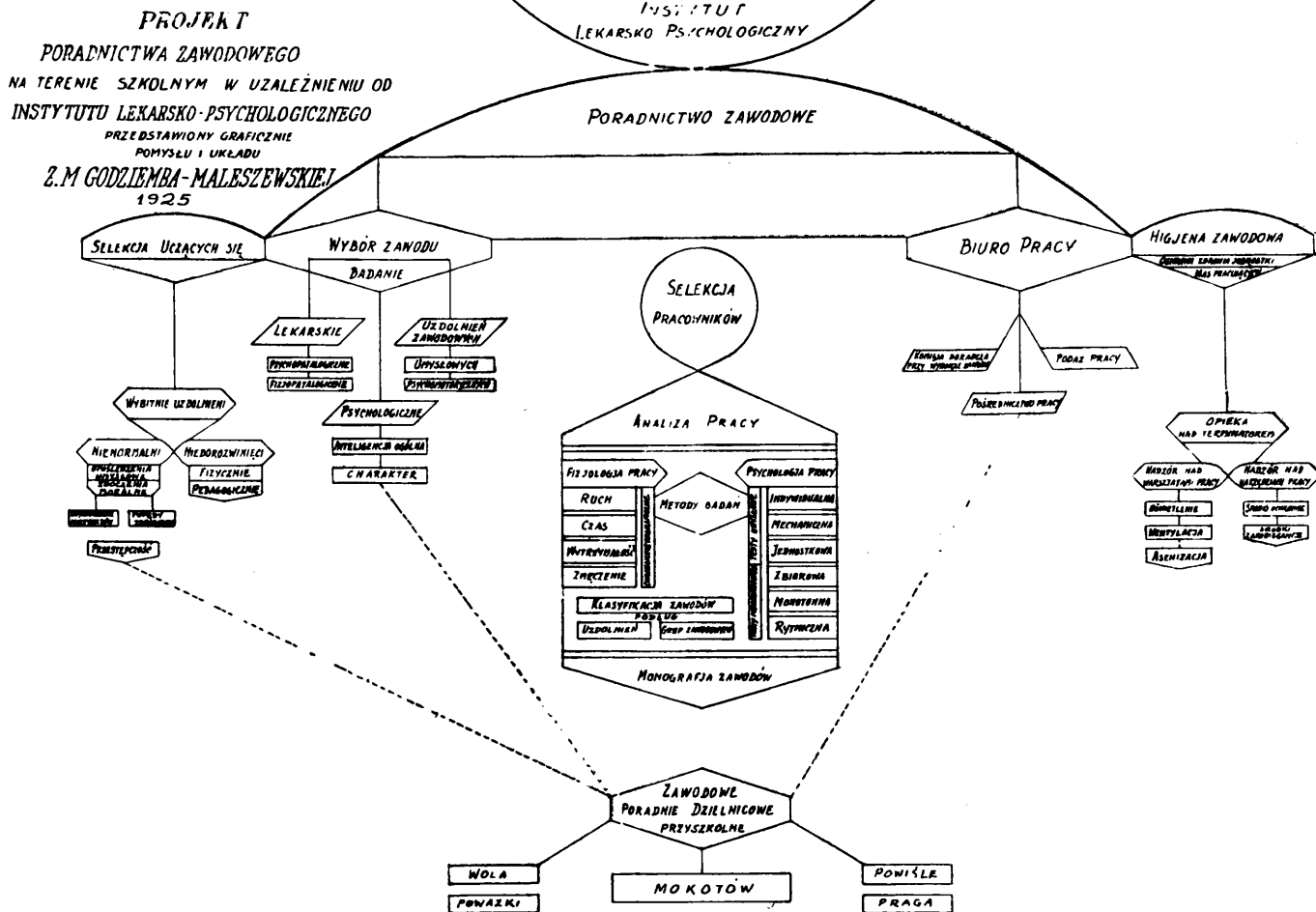
Znaczenie ekonomiczne i społeczne poradnictwa zawodowego powinno być należycie zrozumiane i użytkowane. Szkoła powinna być ośrodkiem Poradnictwa zawodowego. Życie społeczne dziecka zaczyna się w szkole, gdzie ujawnia ono wszystkie swoje dane na przyszłego obywatela kraju. Szkoła, kształtując umysł dziecka, wpływa na urobienie jego charakteru, zatem do pewnego stopnia może być uzasadnione twierdzenie: jaka szkoła, takie społeczeństwo.

Jednak do takiego zadania szkoła powinna być odpowiednio przygotowana, szkoła, oparta na selekcji, z programem, zastosowanym do umysłu dziecka, szkoła, zbliżona do życia, tak zwana szkoła czynna (Ecole active de Decroly). Do ukształtowania takiej szkoły niemało przyczyniłby się Instytut Lekarsko-psychologiczny.

⁴⁰) H. Poincaré: Science et méthode, str. 12. Paris 1908. Edit. Alcan.

⁴¹) La question de tests et l'examen rationnel des écoliers par M-lle Moritz. Wydawnictwo: Oeuvre National de l'Enfance, Bruxelles.

Projekt (wyrażony graficznie) ujęcia poradnictwa zawodowego na terenie szkolnym w uzależnieniu od Instytutu Lekarsko-Psychologicznego.



Wiadomości bieżące.

— Generalny Dyrektor Służby Zdrowia Dr. Czesław Wroczyński ustąpił z zajmowanego stanowiska.

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Departament V Służby Zdrowia. Nr. Z. O. 1876/27. W sprawie ogłoszeń treści lekarskiej. Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu na m. st. Warszawę.

W ostatnich czasach w prasie codziennej i perjodycznej zaczynają się pojawiać coraz częściej ogłoszenia treści lekarskiej, które bądź to wykraczają poza utarte normy etyki, bądź znów mogą spowodować stosowanie przez łatwowierną publiczność leków szkodliwych i przez to zagrażać zdrowotności publicznej.

Ze względu na to, że objaw ten zaczyna przybierać charakter masowy i może spowodować daleko idące następstwa, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych poleca wydać bezzwłocznie odpowiednie zarządzenia, celem ukrócenia tego stanu przez zastosowanie rygorów rozporządzenia b. Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dnia 2 sierpnia 1919 r. w przedmiocie ogłoszeń treści lekarskiej (Dz. U. Nr. 74, poz. 482).

Zwraca się uwagę na art. 1 powołanego rozporządzenia, postanawiający, że na wszelkiego rodzaju ogłoszenia i reklamy publiczne treści lekarskiej winno być uzyskane uprzednio zezwolenie właściwe.

Wykonanie reskryptu tego, należy powierzyć Panu Naczelnikowi Wydziału Zdrowia Publicznego pod jego osobistą odpowiedzialnością.

(—) Adamski.
Kierownik Departamentu.

— Od Komitetu organizacyjnego 1-go Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich, otrzymaliśmy pismo następujące:

WIELCE SZANOWNY PANIE KOLEGO REDAKTORZE!

Komitet Organizacyjny 1-go Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich ma zaszczyt przesłać następujące informacje, dotyczące Zjazdu w Warszawie:

1 Program Zjazdu w zarysach ogólnych będzie następujący:

25 maja środa W godzinach 20 — 23 zebranie towarzyskie w celu wzajemnego zapoznania się.

26 maja czwartek: a) o godz. 9 1/2 rano otwarcie Zjazdu, przemówienia delegatów, b) od godz. 15-tej do 19-tej pierwsze posiedzenie naukowe (Sceleroma), c) wieczorem raut, wydany przez Zarząd m. Warszawy.

27 maja piątek: a) od godz. 9-tej do 13-tej, drugie posiedzenie naukowe (Scarlatina), b) po południu zwiedzanie miasta, instytucji naukowych, urządzeń sanitarnych i t. p., c) wieczorem przedstawienie w Teatrze Wielkim.

28 maja sobota: a) od godz. 9-tej do 13-tej trzecie posiedzenie Zjazdu (organizacja urządzeń sanitarnych), b) po południu zwiedzanie miasta, instytucji naukowych, urządzeń sanitarnych i t. p., c) bankiet wydany przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

29 maja niedziela: a) od 9-tej do 11-tej posiedzenie Komitetu Centralnego Wszechsłowiańskiego Związku Lekarskiego, b) o godz. 11-tej zamknięcie Zjazdu.

Po Zjeździe o ile zbierze się odpowiednia liczba uczestników, projektowane są wycieczki po kraju. Wobec tego, że w dniu 30 maja w poniedziałek rano odbędzie się otwarcie Międzynarodowego Zjazdu Medycyny i Farmacji Wojskowej, uczestnicy Zjazdu Lekarzy Słowiańskich będą mogli wziąć udział w tej uroczystości. Wyjazd zatem na wycieczki po kraju nastąpi w dniu 30 maja w poniedziałek wieczorem.

Projektowane są trzy oddzielne wycieczki w kierunku: a) Warszawa — Wilno — Warszawa — Kraków — Krynica — Tarnów — Łańcut — Lwów, b) Warszawa — Poznań — Katowice — Kraków — Krynica — Tarnów — Łańcut — Lwów, c) Warszawa — Kraków — Krynica — Tarnów — Łańcut — Lwów.

Wszystkie trzy wycieczki spotkają się w Krakowie i dalszą podróż odbywają razem. Wycieczki będą trwały 5 — 6 dni.

2. Uczestnicy Zjazdu z Polski otrzymują w czasie od 20 maja do 20 czerwca specjalne ulgi kolejowe w dowolnej klasie w wysokości 33% na przejazd do Warszawy na wycieczki po kraju i na powrót. Bilety ulgowe będą wydawane na stacji za okazaniem spe-

cialnej legitymacji kolejowej i karty uczestnictwa w Zjeździe, które będą przysłane kolegom (i ich rodzin.), wybierającym się do Warszawy.

Na dworcu głównym będzie czynne biuro informacyjne Zjazdu.

3. Pokoje w hotelach, zajmowane przez uczestników Zjazdu zwolnione będą od podatku hotelowego.

4. Opłata za udział w Zjeździe wynosi 10 złotych.

5. Biuro Zjazdu: Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, Niecała 7.

Komitet Organizacyjny I-go Ogólnego Zjazdu Lekarzy Słowiańskich ma zaszczyt prosić Wielce Szanownego Pana Kolegę o podanie powyższego komunikatu w piśmie, redagowanym przez Wielce Szanownego Kolegę.

Sekretarz Gen. Komitetu: Dr. med. W. K o w a l s k i. (Zastępca).
Przewodn. Komitetu Organ.: Prof. Dr. Br. S a w i c k i. (Zastępca).

— Otrzymałmy z prośbą o wydrukowanie następujący komunikat:

W myśl uchwały zebranych bakterjologów i epidemjologów na otwarciu Państwowej Szkoły Higjeny, zostało założone Polskie Towarzystwo Mikrobiologów i Epidemjologów. Pierwszy Zjazd odbędzie się w jesieni 1927 r. Dokładna data będzie podana później. Dotychczas wyrazili zgodę na wygłoszenie odczytów, jako tematów głównych, następujące osoby:

1. Prof. P a d l e w s k i — Poznań — i Prof. T r a w i ń s k i — Lwów — „Współczesny stan wiedzy o paradurach“.
2. Dr. K a c p r z a k — Warszawa: „Epidemjologia doświadczalna“.

Tematy oryginalne uprasza się zgłaszać na imię sekretarza T-wa Dr. P r z e s m y c k i e g o — Państwowy Zakład Higjeny, Kujawska 2, Warszawa.

Łączę wyrazy szacunku i poważania

(—) Prof. R. N i t s c h

Przewodniczący Komisji Organizacyjnej

(—) Dr. F. P r z e s m y c k i.

Sekretarz T-wa.

— Jako ciąg dalszy rozpoczętej w zeszłym roku akcji, zmierzającej do umożliwienia kuracji w uzdrowiskach jaknajszerszym rzeszom średniozamożnej inteligencji pracującej — Zarząd Zdrojowska „Nałęczów“ powziął w dn. 16 marca r. b. uchwałę w sprawie ulgowego wiosennego sezonu, którą in extenso poniżej podajemy.

Pozwalamy sobie jednocześnie nadmienić, że nie ograniczyliśmy się w tym wypadku tylko na ulgach w Zakładzie; na wniosek nasz właściciele prywatnych willi i pensjonatów w Nałęczowie (około 500 pokoiów) zdecydowali się z naszą akcją współdziałać, ustalając b. niskie ceny na pokoje i utrzymanie, np. za pokój 1 zł. dziennie, obiad 1 gr. 90 i t. d.

Komentując kalkulację cennika Zakładowego pozwalamy sobie zwrócić uwagę na fakt, że suma zł. 260 — za 21 dni obejmuje *wszystkie świadczenia Zakładu* i pokrywa zaledwie efektywne nasze wydatki.

Wyrażamy nadzieję, iż niski wiosenny cennik Nałęczowa będzie impulsem do podobnej niżkowej akcji w innych krajowych zdrojach i że kuracja w uzdrowiskach przestanie raz naraz być kwestją luksusu, dostępnego dla materialnie uprzywilejowanych.

Uchwała Zarządu z dnia 16 marca r. b.:

„Postanowiono przedłużyć akcję podjętą z racji 125-letniej rocznicy egzystencji Zakładu Nałęczowskiego, polegającą na urzędzeniu sezonów ulgowych w celu udostępnienia kuracji jaknajszerszemu“

TRĘŚĆ: W. H. MELANOWSKI. Współczesny stan nauki o jaskrze i jej leczeniu. (Dok.). — M. TRAWIŃSKI. Leczenie złamań kości promieniowej w miejscu typowym na podstawie własnych spostrzeżeń. (Dok.). — J. RUTKOWSKI. Uodpornianie miejscowe stawów. (Dok.). — M. SAIDMAN. Prosta metoda otrzymywania zawartości pęcherzyka żółciowego psa do badań doświadczalnych. — L. BATAWIA. Diaphragma laryngis, leczona diatermją. — H. ADELFFANG. O chorobach Koehlera. (Streszcz. zbior.). — Streszczenia pojedynczych i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystwa Lekarskich. — Zjazdy. — ST. KRAMSZTYK. Z powodu artykułu „Nauka a reklama“. — M. FLAUM. Nieporozumienie. — Z. GODZIEMBA-MALESZEWSKA. Poradnictwo zawodowe z punktu widzenia lekarsko-pedagogicznego. (Dok.) — Wiadomości bieżące. — Nadano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: W. H. MELANOWSKI. État actuel de l'étude de glaucome et de son traitement. (fin). — M. TRAWIŃSKI. La thérapie des fractures du radius au lieu de prédilection basée sur l'expérience personnelle. (fin). — ST. RUTKOWSKI. L'immunisation locale des articulations. (fin). — M. SAIDMAN. Une méthode simple pour obtenir le contenu de la vésicule biliaire du chien pour les expériences. — L. BATAWIA. Diaphragme du larynx traité par la diathermie. — H. ADELFFANG. Maladies de Koehler. — ST. KRAMSZTYK. A propos d'un article sur „La science et la réclame“. — M. FLAUM. Un malentendu. — S. GODZIEMBA-MALESZEWSKA. Les conseils concernant le choix des métiers au point de vue médico-pédagogique. (fin).

szym kolon ludzi średniozamożnych. Na sezon wiosenny, mający trwać od 26 marca do 15 czerwca r. b., ustalono opłatę zł. 260. — za 21 dni pobytu i kuracji w Zakładzie. Cena ta ma obejmować: mieszkanie (dla każdego oddzielny pokój), światło, opał, całodzienne utrzymanie: śniadanie, obiad z 4 dań, podwieczorek i kolację, porady i opiekę lekarską, wszystkie środki lecznicze, jakimi Zakład rozporządza, oraz opłatę sezonową“.

— Dnia 7 kwietnia r. b. odbyło się Nadzwyczajne Walne Zebranie członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, na którym powzięto następującą uchwałę:

1. Polskie Tow. Med. Spot. przeznacza tysiąc złotych rocznie na fundusz stypendjalny dla studenta-medyka 4 lub 5 roku lub dla młodego lekarza, poświęcającego się pracy naukowej z zakresu nauk lekarskich.
2. Stypendjum nadawane jest w drodze konkursu, ogłoszanego 1 marca, na przeciąg jednego roku akademickiego, licząc od 1 września.
3. Kandydaci winni składać na ręce sekretarza Towarzystwa podanie i *curriculum vitae*, uwzględniające kierunek zamieszczonej pracy oraz opinię dotychczasowych kierowników naukowych.
4. Wybór kandydata powierza się Komisji naukowej, wybieranej corocznie przez Zarząd Towarzystwa w składzie 3 członków.
5. Stypendjum przyznaje Zarząd na zasadzie powziętej uchwały.
6. Zasadniczo przyznaje się stypendjum na rok jeden; prolongowanie jest możliwe, ale najwyżej dwukrotnie.
7. Stypendjum zobowiązuje do złożenia sprawozdania z pracy, wykonanej w ciągu roku.

— W Stow. Lek. Polsk. wygłoszone były w kwietniu r. b. następujące odczyty:

Piątek dnia 22 kwietnia 8.15 wieczorem. Dr. Ksawery G o r s k i. Krynica i jej środki lecznicze, Dr. Józef A l e k s i e w i c z. Iwoniec—solanka jodowa na Podkarpaciu w Małopolsce. Poniedziałek 1stota i formy celowej propagandy uzdrowisk polskich. A. P i a s k o w s k i. Propaganda uzdrowisk polskich przez pocztę. 25 kwietnia 8.15 wieczorem. p. Dyrektor J. S t. S z c z e r b i ń s k i.

— Zarząd Związku Lekarzy P. P. ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem jakichkolwiek posad w tutejszej Kasie Chorych, znajdujących się pod bojkotem, ze względu na wymówienie pracy przez tutejszy Zarząd Kasy Chorych wszystkim lekarzom miejscowym. Nie bacząc na to, że w zatargu tym Zarządowi Kasy Chorych rozchodziło się o pognebnienie zasad lekarskich, na co miejscowi lekarze nie chcieli się zgodzić, znaleźli się lekarze zamiejscowi, którzy dla względów egoistycznych i materialnych przyjęli zaproponowane im przez Zarząd K. Ch posady, przez co stali się zdrajcami godności i etyki lekarskiej. Oto nazwiska tych panów: 1) Dr. Kelles-Krauz Stanisław. 2) Dr. Purec Jakób. 3) Dr. Taubenfeld Jakób, 4) Dr. Perelman Albért. 5) Dr. Lebküchler Adam, 6) Dr. Cwibak Leon, 7) Dr. Wroński Stanisław, 8) Dr. Metera Piotr, 9) Dr. Zalewski Marjan, 10) Dr. Pakowski Witold.

Przewodniczący (podpis nieczytelny).

Sekretarz (podpis nieczytelny).

NADESŁANO DO REDAKCJI.

— Sprawozdanie Szpitala Izraelitów w Krakowie za czas od 1 stycznia do 31 grudnia 1926 r.

— Dr. Gotlib K r e m e r. Leczenie szczepionkowe kamicy żółciowej i stanów zapalnych wyrostka robaczkowego.