

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. 6

WARSZAWA, 15 MAJA 1927 R.

Rok IV.

UCZESTNIKOM
I-go OGÓLNEGO ZJAZDU
LEKARZY
SŁOWIAŃSKICH
WRAZ Z ŻYCZENIAMI
OWOCNEJ PRACY
NUMER NINIEJSZY POŚWIĘCA

REDAKCJA



www.dlibra.wum.edu.pl

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Angina piersiowa.

Podał

Ryszard HERTZ (Warszawa).

Kiedyś się zdecydowałem wystąpić z odczytem o anginie piersiowej, nie uświadamiałem sobie wcale, jak żywo sprawa ta omawiana jest w ostatnich czasach w świecie lekarskim. Angina piersiowa była głównym przedmiotem rozpraw na zjeździe lekarzy francuskich w Nancy w r. 1925, a główny sprawozdawca Gallavardin z Lyonu ujął swój temat tak po mistrzowsku, jak może nikt od czasów Hucharda. — Jeszcze na rok wcześniej dyskutowano przez dwa wieczory na ten sam temat w Wied. Tow. Lek., a od tego czasu w niemieckich i austriackich czasopismach stale spotykamy prace, omawiające anginę piersiową z różnych punktów widzenia. Udział i wpływ Wenckebacha wydaje się tu niewątpliwy. Wielkiej miary bodźcem nie tylko dla internistów, ale przedewszystkiem dla chirurgów były prace lekarzy rumuńskich, Jonnesco i Danielopolu, z których pierwszy zapoczątkował chirurgiczne leczenie anginy piersiowej, a drugi nie ustaje w znużonej pracy nad fizjologią unerwienia serca. Z prac angielskich autorów przedewszystkiem wymienić muszę zupełnie indywidualnie ujętą książkę Mackenziego o anginie piersiowej, która w tłumaczeniu francuskim ukazała się w r. 1925.

Pomimo wszystko angina piersiowa jest, jak była, kwestją pod wielu względami ciemną, co do której istnieje nadal te same wątpliwości i sprzeczności, przedewszystkiem w dziedzinie anatomji patologicznej i patogenetycznej... Nie dziwnego... Choroba, spostrzegana prawie wyłącznie u klienteli prywatnej, w małym stopniu dostępna dla badań anatomo-patologicznych, nie nadaje się zupełnie do badań doświadczalnych, przebiega często bez zmian przedmiotowych, a przytem tak zdradziecko, że zabija w moment lub wlece się latami...

W piśmiennictwie polskim znalazłem wzmianki o anginie piersiowej w tygodnikach z pierwszej jeszcze połowy 19-go wieku; niektóre z nich świadczą o dużym wyrobieniu klinicznym (Rompałski). Nie znalazłem jednak nigdzie wzmianki o tem, kto był twórcą nazwy polskiej „dusznica bolesna“, przeciw której słusznie w swoim czasie wystąpił Pawłowski, proponując wzamian niezupełnie spolszczoną nazwę „angina piersiowa“. W każdym razie nazwa „dusznica“ powinna zczecznać, gdyż jest w samym założeniu błędna: angina — od *ἀγγω* — znaczy dusić, ścisnąć, zwięzać, dławić — nie ma nic wspólnego z dychawicą lub dusznością. Jest to pogląd dziś powszechnie uznany, który Huchard sformułował tak: *l'angine de poitrine est un symptôme et la dyspnée en est un autre*. Ale Huchard nie był pierwszy, który ustalił, że angina piersiowa jest tylko objawem; myśl tę wypowiedział już przed nim Landouzy, a dziś

wszyscy zgodnie przyjmują, że angina piersiowa nie jest jednostką chorobową, lecz zespołem klinicznym, który występować może w warunkach zupełnie odmiennych. Tem się tłumaczy, dlaczego na sekcji zmarłych na anginę nie zawsze znajdujemy te same zmiany anatomiczne.

ANATOMJA PATOLOGICZNA.

Zmiany anatomiczne dotyczą w pierwszym rzędzie naczyń wieńcowych i aorty. Zmiany te są dwojakiego rodzaju; miażdżycowe oraz, rzadziej, natury zapalnej (kilowe). Zmiany w naczyniach wieńcowych umiejscawiają się najczęściej w tętnicy wieńcowej lewej oraz w gałęzi międzykomorowej przedniej, powyżej miejsca, skąd od pnia głównego odchodzi gałąź przedsiolkowo-komorowa lub poniżej tego miejsca, bliżej koniuszeczka serca, — wreszcie w tętnicy wieńcowej tylnej. Zmiany mogą być rozlane, a wtedy tętnice są stwardniałe, wydłużone, z paciorkowatemi zgrubieniami na przebiegu, lub też ograniczone, a w takim razie łatwo je przeoczyć. Zmiany w naczyniach wieńcowych są często źródłem postępującego zwężenia i prowadzą nieraz do zupełnego zamknięcia światła tętnicy. O ile większa gałązka tętnicy wieńcowej ulega zatkanii przez zakrzep lub przez zator, wtedy odpowiedni odcinek mięśnia sercowego może uleść martwicy. Odcinek taki nie wytrzymuje zwykle istniejącego parcia krwi, uwypukla się i prowadzi do powstania tętniaka serca. Z biegiem czasu wytwarza się w tem miejscu skrzep przyścienny, który się organizuje i wraz z przyrośniętym osierdziem tworzy podporę dla tętniaka. W innych przypadkach na miejscu zmartwiałej tkanki wytwarza się blizna, która, podobnie jak tętniak, może uleść pęknięciu. Zawaly, blizny i tętniaki spostrzegamy najczęściej w obrębie dolnych 2/3 przedniej ściany komory lewej oraz w przegrodzie międzykomorowej.

Co się tyczy zmian w tętnicy głównej, to, zgodnie z najnowszymi badaniami Clifford-Albutta, ograniczać się one mają do bardzo małego odcinka nad miejscem przyczepu zastawek półksiężycowych; zmiany te usadawiają się często przy ujściu naczyń wieńcowych (plaques pericoronariennes), zwięzają je i powodują niedostateczne odżywianie mięśnia sercowego. Tem się tłumaczy niektóre objawy kliniczne oraz stwierdzany niekiedy brak przerostu serca na sekcji. Objawy dalej posuniętego stwardnienia miażdżycowego tętnicy głównej z niedomykalnością zastawek półksiężycowych spostrzegają się w anginie piersiowej względnie nieczęsto.

Co się tyczy zmian anatomicznych, według danych statystycznych, to nierównie częściej spostrzegamy zmiany w naczyniach wieńcowych, niż w aorcie. Huchard w swoim pomnikowym dziele zestawiał z piśmiennictwa 185 przypadków sekcyjnych anginy piersiowej, w których stwierdzono zmiany w naczyniach

niach wieńcowych. Poza tem zestawieniem, które obejmuje okres do 1899 r., brak bardziej nowoczesnego, opartego na większym materiale i krytycznie opracowanego zestawienia danych anatomicznych, które byłoby pożądane tembardziej, że każdy poszczególny autor rozporządza tylko niewielkim materiałem własnym. Gallavardin na 800 spostrzeganych przypadków tylko w 20 mógł dokonać sekcji. Tłomaczy to się tem, że na anginę piersiową zapada inteligencja, a ludność pracująca fizycznie — tylko wyjątkowo; według Gallavardina tylko 5% przypadków a. p. leczy się w szpitalu. U nas odsetek ten jest jeszcze niższy, ponieważ szpitalnictwo jest gorzej zorganizowane, i ludność kulturalna, jak może, tak unika, zwłaszcza oddziałów wewnętrznych. Jeżeli anatomja patologiczna a. p. nie jest opracowana we wszystkich szczegółach, to również dlatego, że nie było dostatecznej współpracy między klinicystami i anatomo-patologami, a powtórę, winę ponoszą klinicyści, ponieważ nie ustalili dość ściśle pojęcia klinicznego o anginie piersiowej. Ta różność interpretacji znalazła swój wyraz w dyskusji w Wied. Tow. Lek. między Wenckebachem, który reprezentował I-ą, a Orthnerem, który reprezentował II-ą klinikę uniwersytecką, — co upoważniło patologa Sternberga do wypowiedzenia się w ten sposób, że najpierw muszą się porozumieć klinicyści co do pojęcia klinicznego o anginie piersiowej, a później dopiero będą mogli anatomo-patolodzy ustalić swe poglądy.

Symptomatologia anginy piersiowej, aczkolwiek opracowana tak drobiazgowo, oparta jest w pierwszym rzędzie na skargach podmiotowych chorego i dlatego nastęrcza tyle trudności rozpoznawczych. Brak stałych zmian klinicznych, na których możnaby oprzeć rozpoznanie, brak poparcia za pomocą metod laboratoryjnych, trudności śledzenia chorych, którzy leczą się przeważnie ambulatoryjnie i usuwają z pod obserwacji lekarskiej, wszystko to utrudnia rolę lekarza, którą scharakteryzował Gallavardin w następującym zdaniu: *à côté du martyre des angineux il y a le martyre des médecins qui étudient cette maladie.*

SYMPTOMATOLOGJA.

Symptomatologia anginy piersiowej wydawałaby się prosta, gdyż sprowadza się do napaadowego bólu w piersiach, promieniującego w lewą połowę ciała. — bólu, któremu towarzyszy uczucie śmiertelnego lęku.

Przebieg ataku jest m. w. następujący: pod wpływem wysiłku fizycznego, zimna, emocji lub bez żadnego powodu uchwytne, osobnik, przed chwilą zdrowy, dostaje nagle bólu na mostku, jakby miał serce ściśnięte kleszczami, lub jakby mu rozsadzano klatkę piersiową; jednocześnie występują bóle odruchowe, przeważnie lewej ręki; chory doznaje uczucia zniechęcenia, zamierania, lęku zblizającej się śmierci; chory jest bledy, pokryty zimnym potem, stara się zachować możliwy spokój, boi się nawet głęboko westchnąć, na ulicy zmuszony jest przystanąć, i, jeżeli wszystko kończy się szczęśliwie, ból i lęk przechodzą, — chory jest uratowany.

Tak się przedstawia w ogólnych zarysach atak; przechodze do omówienia szczegółów.

a) Charakter bólu. Skala wrażeń bólowych

jest tu bardzo rozległa: poczynając od ucisku, gniececia, ciężaru, rzadziej pieczenia, palenia, chory doznawać może niekiedy wrazenia gwałtownego kurczu lub ściskania, bólu przenikliwego lub opasującego, jakby się coś wewnątrz szarpało i łamało. Uczucie klucia w sercu, tak charakterystyczne dla nerwic, zdarza się znacznie rzadziej, aczkolwiek nie wyłącza anginy (wbrew odmiennym poglądom Wenckebacha).

b) Umiejscowienie bólu. Ból umiejscawia się przeważnie poza mostkiem, w górnej i średniej części, skąd przenika w tył lub rozprzestrzenia się w kierunku przestrzeni międzyżebrowych. Taka lokalizacja, aczkolwiek najczęstsza, nie jest jedyna (wbrew Clifford Albutowi), i, według Gallavardina, w 5% przypadków ból umiejscawia się w dolku podsercowym lub w okolicy lewego sutka, niekiedy pod obojczykiem lub w kącie łopatki, przeważnie z lewej strony, w wyjątkowych przypadkach — z prawej (*angina dextra*). Nietylko natężenie, ale i umiejscowienie bólu mogą się u tego samego chorego zmieniać w każdym następnym ataku. Chory, który przez dłuższy czas miewał bóle wyłącznie w lewej kończynie górnej lub też w okolicy obojczyka, może przy następnym ataku dostać bólu typowego z umiejscowieniem na mostku.

c) Promieniowanie bólu. Z pod mostka bóle promieniają przede wszystkim ku barkowi lewemu i lewej kończynie górnej, przeważnie po jej stronie wewnętrznej, aż do przedręcza (uczucie bransoletki) oraz IV i V palca, rzadziej w dolną szcękę, podbródek, szyję i potylicę, wyjątkowo w kończyny dolne. Promieniowanie dotyczy przeważnie lewej połowy ciała, a z prawej zdarza się daleko rzadziej. Niekiedy w przytoczonych miejscach chorego nie odczuwają bólu, tylko ciężar, mrowienie, cierpienie, krajanie.

d) Ogólne zachowanie się chorego. Bólom anginowym towarzyszy zwykle uczucie niemoocy, obawy, lęku śmiertelnego, co wyróżnia anginę z pośród innych ataków sercowych. Ta niemoc, ten lęk tłumaczają, dlaczego chorzy w ataku pozostają często w tej pozycji, w jakiej ich atak zastał: leżą nieruchomo, boją się głęboko westchnąć, porozumiewają się z otoczeniem skinieniem głowy i wzrokiem, w którym wyczytać można ból i trwogę. O ile atak zdarzy się na ulicy, chory zmuszony jest przystanąć, gdyż ma wrazenie, że jeżeli postąpi krok naprzód, to runie bez życia. Rzadziej widuje się chorych, którzy w czasie ataku są podnieceni i przez nachylenie tułowia naprzód lub wyginanie w tył, podnoszenie lub opuszczenie rąk szukają ulgi w cierpieniu. Chory w ataku jest śmiertelnie bledy, pokryty zimnym potem, ma zimne kończyny, często odczuwa dławienie, miewa puste odbijanie, niekiedy ślinienie, rzadko kiedy wymioty.

e) Warunki w jakich powstaje atak anginy piersiowej. Richard sformułował swe poglądy w tym względzie w następujący sposób: atak anginy powstaje zawsze na skutek wysiłku; jeżeli występuje samoistnie, bez udziału czynników, powodujących wysiłek, nie jest atakiem anginy; wyjątek stanowią takie przypadki, kiedy chorzy, prócz ataków samoistnych, mają również ataki zależne od wysiłku. Według Barié, ataki występują wskutek wysiłku, gwałtownego ruchu, szybkiego chodzenia, podnoszenia ciężarów, wskutek wzruszeń psychicznych, w czasie trawienia i, rzadziej, bez uchwytnej przyczyny,

przeważnie w nocy. Mackenzie do tego szeregu przyczyn dodaje jeszcze bezsenność i okres rekonwalescencji.

W ostatnich czasach autorowie francuscy, Vaquèz, Laubry, Gallavardin, rozróżniają, zależnie od przyczyn, wywołujących atak, anginę na skutek wysiłku (*a. d'effort*), która występuje przeważnie na ulicy, oraz anginę, która się zdarza w czasie spoczynku (*au repos*), w pozycji poziomej *a. de décubitus*), przeważnie w nocy (*a. nocturne*). Zdaniem ich, charakter kliniczny ataku jest w obu przypadkach mniej więcej ten sam, aczkolwiek ataki, występujące w spokoju, są przeważnie dłuższe, cięższe, i częściej towarzyszy im obrzęk płuc. Temu podziałowi francuskiemu do pewnego stopnia odpowiada podział Wenckebacha, który rozróżnia anginę przewlekłą i ostrą.

Zdaniem naszym, podział taki nie jest uzasadniony, ponieważ ani klinika, ani anatomia patologiczna nie upoważniają do tego. Bezwzględnie ataki anginy zdarzają się częściej na ulicy, niż w innych warunkach, są słabsze co do nasilenia, natomiast powtarzają się częściej. Ale chorzy tacy, po kilku lekkich atakach, dostają w tych samych warunkach często ataku silniejszego, w którym giną, lub który czyni ich na dłuższy czas niezdolnymi do pracy. Nie wydaje się nam też prawdopodobnym, żeby ataki anginy, które zdarzają się na ulicy, były zależne wyłącznie od wysiłku, a to z następujących względów. Chorzy tacy dostają bólów najczęściej w chwili, kiedy stawiają pierwsze kroki na ulicy, zatem częściej po zejściu ze schodów i przy pierwszym powiewie zimna i wiatru, a rzadziej po całodziennej pracy, po wejściu na schody; tacy chorzy, jeżeli wypoczną przez kilka minut na ulicy, doznają ulgi i mogą pójść dalej, często bez żadnego bólu. Chorzy, którzy dostają bólu przy tak lekkim wysiłku, jakim jest wyjście poza bramę, często nie odczuwają bólu przy pracy, podczas gry na fortepianie, połączonej z dużym wysiłkiem fizycznym i t. d. i t. d. Wreszcie chorzy, u których bóle powtarzają się dosłownie codziennie, kiedy idą do zajęcia, i którzy, po zjedzeniu skromnego nawet posiłku, nie odważą się nawet wyjść na ulicę, czują się zupełnie dobrze i mogą swobodnie chodzić na wsi, zwłaszcza w cieplej porze roku, a z chwilą powrotu do miasta, tego samego dnia, dostają bólu na ulicy. Według Gallavardina 1/4 chorych z atakami na skutek wysiłku miewa jednocześnie ataki w spokoju, przeważnie w nocy. Czy te ataki nocne nie są zależne od przeżywanych we śnie wrażeń, w jakim stopniu odgrywają tu rolę wahania w ciśnieniu krwi¹⁾, silniejsza akcja serca lub gorsze ukrwienie mięśnia sercowego, — czy, koniec końców, i tych ataków nie należałoby podporządkować pod rubrykę ataków na skutek wysiłku, — pozostaje dla mnie kwestją otwartą.

f) Czas trwania ataku. Częstość ataków. *État de mal*. Atak anginy trwać może kilka minut i kilka godzin, a nawet dłu-

żej. Ataki u jednych powtarzają się co dzień, u innych kilka razy do roku, niekiedy mija lat kilka lub kilkanaście, zanim się atak powtórzy. Pewien chory Gallavardina miał około 500 ataków, przeważnie nocnych, w ciągu lat ośmiu. W czasie dłużej trwających ataków bywają nasilenia bólu oraz chwile spokoju, kiedy natężenie bólu znacznie się zmniejsza, a pozostaje lęk, uczucie odrętwienia, upadek sił oraz pewien niepokój w okolicy serca, który po pewnym czasie znów się może przeistoczyć w ból dotkliwy. Dochodzi nieraz do tego, że najmniejszy ruch, przejście z fotela na fotel, mycie rąk, cicha rozmowa, akt jedzenia, nawet ucisk kołdry są w stanie wywołać atak. Taki stan przeciągającego się bólu (*état de mal*) trwać może nawet dni kilka i pomimo to skończyć się szczęśliwie. U jednego chorego obserwowałem stan taki w ciągu 60 godzin; chory wyszedł z tego wycięsio i od tego czasu, t. j. od lat trzech, ataku więcej nie miał; w innym przypadku *état de mal* trwał dwa dni, — chory pozornie zupełnie się poprawił, ale po miesiącu, pomimo stałego leżenia w łóżku, nagle, w ciągu sekundy, zmarł. W przypadku, cytowanym przez Kaufmanna, *état de mal* trwał 13 dni, w przypadku Brauna — kilka tygodni, — obydwie przypadki skończyły się śmiercią.

Wogóle wynik ataku zależny jest nie tyle od nasilenia bólu, jego umiejscowienia i promieniowania, ile od czasu trwania ataku oraz stanu mięśnia sercowego. Często nie jesteśmy w stanie przewidzieć, jak się dany atak skończy: atak, pozornie lekki, tak lekki, że nawet wątpliwy co do swej istoty, może nagle, w ciągu kilku minut, skończyć się śmiercią. Naogół jednak przewlekłe i silne bóle, rozległe promieniowanie bólu, objawy ostrego wyczerpania mięśnia sercowego, które, nawiasem mówiąc, mogą się w ciągu kilku godzin wywiązać, wreszcie gorączka — przemawiają za rozpoznaniem zawału serca i dają złe rokowanie.

Należy jednak pamiętać, że i zawał może się zbliżyć, i, aczkolwiek towarzyszyć mu będzie dłuższy, kilkumiesięczny okres niedomogi serca, to i ta niedomoga może się jeszcze wyrównać.

g) Objawy przedmiotowe w czasie ataku. Ze strony tętna często nie dostrzegamy żadnych uchybień od normy; tętno w czasie ataku bywa pełne, napięte, zazwyczaj przyspieszone, niekiedy tylko zwolnione. Jeżeli uszkodzeniu ulega pęczek Paladino-Hiss, to może nagle wystąpić blok serca; zwolnienie tętna utrzymuje się czasem przez kilka tygodni po ataku. Parcie krwi w czasie ataku częściej pozostaje bez zmiany (Vaquèz), niekiedy się podnosi (Pahl i inni). W razie ostrego wyczerpania mięśnia sercowego może nastąpić spadek ciśnienia, tętno staje się drobne, miękkie, ledwo wyczuwalne, niemiarowe, naprzemiennie, nawet niemiarowe zupełnie. Kurcze serca tracą na sile, tony serca stają się ledwo słyszalne, wywiązuje się ostre rozszerezenie lub rozciągnięcie komór serca. Szmer tarcia (*pericarditis episternocardica*) jest objawem wtórnym i powstaje wskutek zawału serca. Jednocześnie spostrzega się gorączkę; źródłem gorączki jest zawał serca; gorączka, zwykle nie wysoka, trwa kilka dni i zależy od wysysania produktów rozpadu białkowego (Hanser). Rindfleisch stwierdził w jednym przypadku zawału serca leukocytozę neutrofilową do 24,000.

1) C. Müller (z Chrystjanji), następnie Katsch i Pansdorf określali ciśnienie krwi we śnie i stwierdzali znaczny spadek ciśnienia, zwłaszcza we śnie głębokim, zarówno u osobników z normalnym ciśnieniem, jak i u dotkniętych nadciśnieniem. Według Castellottiego spadek ten cyfrowo wyraża się w stosunku 10 — 34 na 100. Natomiast Mac William Aberdeen (cyt. według Arch. de mal. du coeur 1924, Nr. 12) spostrzegł u chorych w czasie niespokojnego snu duży przyrost ciśnienia.

Pulsacja *in jugulo*, wzniesienie obu, zwłaszcza prawej tętnicy nadobojczykowej, stłumienie na mostku, szmery nad tętnicą główną — świadczą o współistnieniu cierpienia tego narządu.

W razie obrzęku płuc występuje pienista krwawa plwocina i duszność. Duszność, o ile nie jest zależna od współistniejącego cierpienia nerek lub aorty, występuje wtórnie na skutek niedomogi lewej komory serca, ale bezpośrednio niema nic wspólnego z napadem anginy piersiowej. Natomiast w czasie ataku spostrzega się niekiedy oddech o typie *Cheyne-Stockesa*, nawet w takich przypadkach, w których pozatem nic nie wskazuje na niedomogę nerek. Objaw ten w a. p. daje złe rokowanie.

h) Nietypowe przypadki anginy piersiowej.

Do rzędu ich — prócz przypadków pozornie lekkich i poronnych, o których mowa będzie później, — należą przypadki anginy bez bólu oraz t. zw. *syncope anginosa*, jak również przypadki o nietypowej lokalizacji bólu, — *a. brachialis* i *a. abdominalis* (*subdiaphragmatica*).

Już dawno znane były napady a. p., charakteryzujące się tem, że chory nagle tracił przytomność i bez jęku padał zemdłony. Z omdlenia takiego chory nie zawsze powracał do życia.

Pozatem opisywano przypadki anginy piersiowej bez bólu (*a. sine dolore*), o innym przebiegu klinicznym (Mackenzie, Pahl, Gallavardin, a przed nimi Balfour i Gibson i in.). Ja widywałem takie ataki u dwóch chorych w praktyce prywatnej i raz jeden postawiłem rozpoznanie anginy niebolesnej u chorej szpitalnej. Cechą wspólną przypadków tych jest lęk, uczucie zamierania, zupełne unieruchomienie chorego na łóżku, błądzość powłok, zimny, obfity pot, przyspieszone tętno; chorzy w czasie ataku leżą spokojnie, mówią szeptem, unikają wszelkiego ruchu. Atak taki spostrzegalem u 70-cio letniej staruszki, którą kilka dni przedtem widzialem w czasie typowego ataku anginy piersiowej. Drugi przypadek dotyczył 60-cioletniego pacjenta mego, który nigdy na serce nie zapadał i który, w tydzień po napadzie kamicy nerkowej, dostał ataku sercowego, tak, jak to opisałem powyżej. Te ataki sercowe powtarzały się w ciągu kilku dni codziennie i skończyły się śmiercią chorego. Trzecie spostrzeżenie dotyczy chorej z oddziału D-ra Janowskiego, która przybyła z powodu daleko posuniętej niedomogi mięśnia sercowego. Przynajmniej znalazłem chorą skuloną w łóżku, bez ruchu, wylekioną, zupełnie przytomną, zimną, bladą, pokrytą potem. Na zasadzie tych objawów i ogólnego wrażenia, zupełnie innego, niż to, jakie sprawia chory w okresie niedomogi mięśnia sercowego, rozpoznałem miażdżycę naczyń wieńcowych, co się też sprawdziło na sekcji.

Co się tyczy przypadków a. p. o nietypowym umiejscowieniu bólu, to najczęściej zdarzają się przypadki o wyłącznym umiejscowieniu bólu w lewym ramieniu. Nielusznie przypadki tego rodzaju zaliczają do rzędu poronnych i lżejszych (Huchard), jak o tem miałem możność przekonania się w jednym przypadku, który przed kilku laty był dość głośny w Warszawie. Dotyczył artysty scenicznego, poniżej lat 40-tu, który w czasie przedstawienia skarżył się na bóle lewej ręki, trwające od 24-ch godzin. Kolega, doświadczony lekarz, wezwany do teatru, nie

mógł się zdecydować, czy ma do czynienia z atakiem anginy (*a. brachialis*), na wszelki wypadek radził, — może nie należał zbytnio, — żeby się chory położył i nie wychodził tego wieczoru na scenę, ale spotkał się z oporem ze strony pacjenta. Chory odegrał rolę do końca, wrócił za kulisy i padł nieżywy (*syncope anginosa*). Z wywiadów, dotyczących tego przypadku, chcę podkreślić, że chory nigdy dolegliwości sercowych nie miewał, zapadał tylko na kolkę nerkową.

Przypadki anginy z umiejscowieniem w nadbrzuszu są trudne do rozpoznania, zwłaszcza wtedy, jeżeli bóle występują po jedzeniu (a nie przy chodzeniu) i wywołują nudności, wymioty, wzdęcia i rozpieranie. Takie przypadki anginy najczęściej bywają mylnie rozpoznawane, jako cierpienie żołądka lub wątroby, specjalnie jako kamica żółciowa, która może również dawać ból, umiejscowiony wysoko w klatce piersiowej, i powodować uczucie dławienia.

Rozpoznanie w podobnych przypadkach musi się opierać na danych badania przedmiotowego; pozatem niektórzy zwracają uwagę, że w anginie podprzenowej brzuch jest miękki, niewrażliwy na ucisk z wyjątkiem przypadków *periaortitis*, kiedy w grę wciągnięty jest splot słońcowy.

Umyslnie poświęciłem więcej miejsca opisowi napadów, których charakter i szczegóły musi lekarz znać dokładnie, tembardziej, że widzi chorego zwykle już po napadzie i na zasadzie wywiadu, prawie wyłącznie wywiadu, zmuszony jest postawić rozpoznanie. Rzeczowy wywiad w tej zwłaszcza chorobie zależy od zdolności chorego odtwarzania przeżywanego wrażenia i umiejętności lekarza wczuwania się w przeżycia pacjenta. Stąd zrozumiała trudność. Atak sam przez się niezawsze jest charakterystyczny, nie każdy chory posiada dar samoobserwacji i zdolność wyśławiania się, niezawsze lekarz dobrze interpretuje skargi chorego. Mnie osobiście, przypuszczam, że i innym lekarzom, zdarzało się nieraz rozpoczynać wywiad u tego samego chorego po kilka razy od początku i zmieniać ujęcie przypadku gruntownie. Wywiad jest najważniejszym momentem badania, a dane przedmiotowe dopełniają tylko wywiadu. O ile w poszczególnym przypadku stwierdzamy zmiany w tętnicy głównej, to fakt ten sam przez się nie rozstrzyga rozpoznania, co najwyżej, w przypadkach wątpliwych, z pewnem prawdopodobieństwem przemawia na korzyść anginy piersiowej. Małe ogniskowe zmiany w aorcie lub też usadowione w naczyniach wieńcowych nie dają w ogóle żadnych objawów rzeczowych. To też badanie rzeczowe daje pod tym względem po większej części wynik ujemny. Gallavardin z spośród 485-ciu chorych na anginę piersiową, zależną od wysiłku, czyli te formę anginy, która, według niektórych (Wencelbach), właśnie zależy ma od cierpienia aorty, tylko u 68-miu stwierdził zmiany kliniczne tego narządu, a u 377 żadnych zmian w aorcie nie spostrzegł. Gallavardin badał swoich chorych również rentgenologicznie. Nawiąsem zaznaczę, że rentgenolodzy — niech mi to wybacza — zbyt pohośnie rozpoznają rozszerzenie aorty i podszeptują, że się tak wyrażę, często mylne rozpoznanie. Inni znów, niewiadomo dlaczego, przypisują zbyt wielką rolę badaniu parcia krwi w okresie niedzynapadowym. Ale i w tym kierunku nie otrzymywano wyników stałych.

Gallavardin badał ciśnienie u 377 chorych na a. p., przyczem u 145-ciu znajdował ciśnienie normalne, — od 110 — 155, u 173-ch znajdował pierwszy stopień wzmożonego parcia, — od 160 — 200, a w 59-ciu przypadkach znajdował liczby od 205 — 290. Martinat przykłada większą wagę do wzmożenia parcia rozkurczowego.

Wszystko, cośmy powyżej powiedzieli, dowodzi, na jak kruchych podstawach opiera się rozpoznawanie a. p. Dlatego powinniśmy stale obserwować i skrzętnie notować każdy objaw, który umożliwia rozpoznanie cierpienia naczyń wieńcowych. Guggenheimer sądzi, że można podejrzewać miażdżycę naczyń wieńcowych u osobników w średnim i starszym wieku z lekką niedomogą mięśnia sercowego, którzy nie reagują na naparstnicę. Również zwolnienie tętna przy objawach niedomogi mięśnia sercowego u osobników starszych, brak nadeśnięcia lub niskie ciśnienie, brak przerostu lewej komory serca u osobników z oczywistą miażdżycą rozlaną — przemawiać mają za schorzeniem naczyń wieńcowych.

Kończąc ten przegląd objawów klinicznych, w kilku słowach jeszcze wspomnę o przeczulicy skórnej

na dotyk i ból, umiejscowionej w obszarze promieniania bólu anginowego, oraz o upośledzeniu czucia aż do zupełnego znieczulenia, jakie stwierdzamy w przebiegu u. łokciowego na przedramieniu lewym. Następnie wspomnę o wysokiem ustawieniu przepony na skutek rozdęcia żołądka i kiszek (*flex. lienalis*) oraz kilka słów poświęcę kamicy nerkowej, która, według mego doświadczenia, często się kojarzy z a. piersiową. Kiedy przed kilku laty zmarł nagle na a. p. bliski mi 40-letni osobnik, który za życia nie zdradzał nigdy objawów anginy, a szereg lat chorował na kamicy nerkową, nie zdawałem sobie sprawy, że może tu zachodzić jakikolwiek związek przyczynowy. Dopiero później, kiedy się zaczął tej sprawie przyglądać bliżej, stwierdziłem, że obydwie cierpienia występują, często jednocześnie u tych samych chorych. Przypuszczam, że wspólnem podłożem jest skaza artretyczna lub miażdżycowa, na której tle powstają kamica nerkowa i angina piersiowa (w obu cierpieniach spostrzega się cholesterynemję). (C. d. n.).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Wydziału Zdrowia Mg. m. st. Warszawy i Państwowego Zakł. Hig.

Znaczenie szczepień ochronnych w zwalczaniu płonicy.

Podali

H. SPARROW (Warszawa) i R. KACZYNSKI (Warszawa).

Jesień r. 1926 przyniosła znaczne wzmożenie się epidemji płonicy w całym kraju. W Warszawie największe jej nasilenie przypadło na miesiące sierpień, wrzesień i październik. W grudniu zaczęła epidemja słabnąć, tracąc powoli na sile w toku następnych miesięcy.

Epidemja ostatnia okazała się liczbowo prawie trzykrotnie silniejszą, niż epidemja roku poprzedniego, i spowodowała w Warszawie w roku 1926 zachorowań 4640, a w styczniu i lutym r. 1927 zachorowań 447. Razem w ciągu 14 miesięcy (do 1.III. 1927 roku) 5087 zachorowań.

Szczepienia przeciwplonicze na szeroką skalę zostały wprowadzone u nas przeszło 1½ roku temu, jesienią 1925 r. Akcja została zapoczątkowana przez Państwowy Zakład Higjeny we wrześniu, a w połowie października Wydział Zdrowia Mg. m. st. Warszawy ze swej strony, współpracując z Zakładem, rozwinął odrazu w bardzo szerokim zakresie działalność przychodni i kolumn szczepiennych, których zadaniem było szczepienie dzieci szkolnych. W ciągu 2½ miesiąca (do stycznia 1926 r.) w ten sposób zbadano na wrażliwość i zaszczepiono przeszło 12406 dzieci w 64 szkołach powszechnych.

Podczas jesiennego nasilenia epidemji 1925 roku liczba szczepionych dzieci była jeszcze zbyt małą, aby na niej oprzeć ocenę wyników. Dopiero wzmożona epidemja 1926 r. mogła dać odpowiedź na pytanie, czy

metoda, oparta na doświadczeniach laboratoryjnych oraz obserwacyjnych klinicznych, da wyniki praktyczne w życiu, czy wskrzeszona przez Amerykan na mocy nowych spostrzeżeń koncepcja Gabryczyńskiego da nam tę upragnioną, a skuteczną broń przeciw płonicy.

Jesienią 1926 r. mieliśmy już kilkanaście tysięcy dzieci zaszczepionych, które przez samo życie zostały wystawione na próbę ogniową. Losy tych dzieci śledziliśmy z niepokojem w ciągu miesięcy. W chwili obecnej możemy już podać wynik tej próby. Pomimo pewnych nieścisłości, których niepodobna uniknąć w żadnem obszerniejszem zestawieniu statystycznym, jasno widzimy, że ocena wyników akcji szczepiennej jest zupełnie zadawalającą.

Prawdopodobnie liczby, które podadzą przyszłe sprawozdania, będą się zasadniczo różniły od obecnych, ponieważ metodyka szczepień ochronnych, o których tu jest mowa, została obecnie zmodyfikowana i ulepszona.

W okresie sprawozdawczym szczepiliśmy dzieci 3-krotnie, dając ogólnie 3500 dawek skórnych toksyny. W r. 1926 dodawaliśmy do toksyny również paciorkowce zabite i w niektórych przypadkach stosowaliśmy 4-te szczepienie, podnosząc dawkę ogólną do 6500 d. s. toksyny. Dawki te należą obecnie już do przeszłości, teraźniejsze nasze doświadczenia z anatoksyną ploniczą (wspólnie z Clarkiem), wykazują, i możemy dawać jednorazowo do 20000 i 40000 d. s. toksyny, przekształconej w anatoksynę, podnosząc w ten sposób szybkość i skuteczność uodparniania.

Rozpoznawcze znaczenie odczynu Dicka.

Od chwili rozpoczęcia akcji przeciwploniczej, jesienią 1925 r. do 1.III.1927 r., P. Z. H. wraz z W. Z.

zbadal na wrażliwość metodą Dicków 23657 dzieci Warszawy, w tem najwięcej dzieci szkół powszechnych w wieku 7 — 14 lat.

Jak wykazały nasze dokładne obliczenia dokonane na 9708 dzieciach odsetek dzieci wrażliwych w szkołach powszechnych i przedszkolach wynosi ogólnie 55%; jest on nieco wyższy dla dzieci gimnazjów — 57% i niższy dla dzieci, pochodzących z uboższych środowisk. Dr. Ławrynowicz w swoich obliczeniach znalazł w Warszawie 60% dzieci wrażliwych.

Za okres sprawozdawczy (18 miesięcy) zebraliśmy 131 przypadków zachorowania na płonicę u dzieci, zbadanych uprzednio na wrażliwość. Z tego 127 przypadków u dzieci z odczynem Dicka+ i tylko 4 z odczynem—, zakwalifikowanych, jako dzieci niewrażliwe. A więc wówczas, gdy stosunek odsetka wrażliwych do niewrażliwych wynosi 55:45, czyli 11:9, stosunek zachorowań w obu grupach jest 127:4, czyli 32:1.

Właściwa liczba zachorowań wśród osób z ujemnym odczynem Dicka jest prawdopodobnie jeszcze niższa, jeżeli uwzględnić możliwość pewnych błędów technicznych (dwukrotne zastrzyknięcie kontroli).

Nie ulega jednak obecnie wątpliwości, że w niektórych wyjątkowych przypadkach jednostki z ujemnym odczynem skórnym mogą zapadać na płonicę. Czasami zakażenie płonicze u dzieci Dick—ujemnych bywa związane z prawdopodobnym osłabieniem odporności przez poprzedzającą inną chorobę zakaźną (np. ospa wietrzna). W innych znów niewystępowanie odczynu skórnego na toksynę może prawdopodobnie zależeć, nie jak zwykle, od obecności w ustroju anty-toksyn, lecz od pewnej niezdolności skóry do oddziaływania na toksynę, jak to ma miejsce u zwierząt laboratoryjnych. (Brokman i Sparrow).

Są to interesujące przyczynki do badań nad istotą odczynu Dicków, jednak z punktu widzenia epidemiologicznego trzeba przyznać, iż rozpoznawanie wrażliwości i niewrażliwości na płonicę za pomocą odczynu Dicków jest metodą dostatecznie dokładną i pewną, aby na niej opierać akcję szczepienną. Potwierdzają to również oparte na dużym materiale badania N. Gąsiorowskiego ze Lwowa¹⁾.

Zachorowania na płonicę.

W okresie czasu od chwili rozpoczęcia szczepień (jesień 1925 r. do 1.III.1927 r.) czyli w ciągu 18 miesięcy zebraliśmy z kart rejestracyjnych W. Zd. oraz z kart szpitalnych 160 przypadków zachorowania na płonicę dzieci, szczepionych ochronnie toksyną płoniczą (szczepionka Dicków) lub toksyną z bakterjami (szczepionka Gabryczewskiego). W tem 99 przypadków u dzieci, które otrzymały całą przyjętą wówczas dawkę szczepionki (3500 d. s. toksyny) i 61 u dzieci, które szczepień nie ukończyły. Prócz tego 25 przypadków, zgłoszonych w W. Zd., co stanowi 15% przypadków wśród szczepionych, nie mogły być sprawdzone ze względu na podawanie fałszywych adresów, wyjazdów i t. p. W 4 przypadkach okazało się, że dzie-

ci nie były wcale szczepione lub też były szczepione tylko przeciw ospie. Przy powierzchownym zbieraniu materiału przypadki takie mogą się mścić, dlatego każdy przypadek należy sprawdzać osobiście.

W liczbie dzieci szczepionych, które zachorowały, znajdowały się dzieci, szczepione przez W. Zd., P. Z. H. oraz lekarzy prywatnych.

W okresie od 1.I.1926 do 1.III.1927 zachorowania na płonicę w poszczególnych grupach wieku wypadły następująco:

Szczepiono przez	Liczba szczepień	1—7 l.	7—14 l.	14 +
Wydział Zdrowia	III i IV	19	28	
	I i II	7	18	
P. Z. H.	III i IV	2	12	3
	I i II	2	3	
Lekarzy prywat.	III	18	13	2
	I i II	8	9	2
	Łącznie	56	83	7= = 146

Prócz tego 14 zachorowań zdarzyło się jeszcze w r. 1925 i w zestawieniu z epidemią 1926 — 1927 roku uwzględnione nie będą.

Niezwykle pozornie ustosunkowanie zachorowań u dzieci młodszych do dzieci wieku szkolnego zostało spowodowane tem, że, jak wspominaliśmy, ta grupa szczepionych była najliczniejsza.

W następnej tabelicy podajemy zestawienie zachorowań w poszczególnych grupach szczepionych.

Zachorowania za okres od 1.I.1926 r. do 1.III.1927 r. u dzieci szczepionych w 1925 i 1926 r.

Szczepiono przez	Wiek	Liczba szczepień	Liczba zaszczipionych.	Liczba zachorowań.	o/o zachorowań.
Wydział Zdrowia	1—18	I i II	5,135	25	0,49
		III i IV	13,991	47	0,33
P. Z. H.	—18	III i IV	2,827	17	0,6
W. Zdr. i P. Z. H.	1—18	III i IV	16,820	64	0,38
Łącznie		I, II, III i IV	21,955	94	0,43

Widzimy stąd, że odsetek zachorowań jest znacznie niższy u dzieci, szczepionych 3-krotnie całą przyjętą wówczas dawką toksyny, w porównaniu do odsetka zachorowań u tych dzieci, które szczepień nie ukończyły, czyli zamiast 3500 d. s. otrzymały ogólną dawkę

¹⁾ Gąsiorowski i Lipiński. Polska Gazeta Lekarska 1927, Nr. 13.

mniejszą, 500 d. s. (szczepienie jednokrotne), lub 1500 d. s. (szczepienie dwukrotne).

Znacznie wyższy odsetek zachorowań w grupie 2829 dzieci, szczepionych przez P. Z. H., został spowodowany przez specjalny skład dzieci, które uczęszczały do przychodni Zakładu. Były to przeważnie dzieci młodsze rodzin zamożniejszych.

Ten sam materiał, obliczony według grup wieku wykazuje, że wśród szczepionych, tak samo jak i wśród nieszczepionych, choruje znacznie więcej dzieci młodszych, czyli, że efekt uodparniania dzieci wrażliwych na płonicę jest tem większy, im dzieci są starsze. Do tych samych wniosków doszliśmy, oceniając wyniki uodparniania na zasadzie odczynów skórnych, wykonanych we dwa miesiące po szczepieniu. (Cela rek i Sparrow¹⁾).

Wiek	Liczba	Liczba zaszczepionych	Liczba zachorowań	% zachorowań
1 — 7	I, II	581	9	1,54
	III, IV	2304	21	0,91
	Łącznie	2885	30	1,04
7 — 14	I, II	3852	21	0,54
	III, IV	12493	40	0,32
	Łącznie	16345	61	0,37
14 — 18	I, II	2775	3	0,11
	III, IV			
1 — 18		2.955	94	0,43

Od chwili rozpoczęcia akcji szczepiennej praca przychodni i kolumn nie była przerywana, jednak w czasie 18 miesięcy były dwa okresy nasilenia pracy, w ciągu których właściwie zostały dokonane prawie wszystkie szczepienia. Były to: koniec 1925 r. i pierwsze 2 miesiące 1926 r. oraz jesień 1926 r. Poza temi nasileniami pracy szczepiono nieliczne tylko dzieci. A więc przeważna liczba dzieci była szczepiona przed 18 — 12 miesiącami lub przed 6 — 4 miesiącami.

Zachodzi tu kwestja, czy przeciąg czasu, w ciągu którego dziecko szczepione było narażone na zakażenie, nie mógł wpłynąć na liczbę zachorowań. Gdy chodzi o dzieci nieszczepione, to im dłużej przebywają one w środowisku zakażonym, tem bardziej są narażone na zakażenie i tem częściej chorują. W tablicy poprzedniej podaliśmy dzieci, które pozostawały w środowisku zakażonym od chwili szczepienia niejednakowo przeciąg czasu (18 — 12 i 6 — 4 miesiące), wówczas gdy wśród dzieci nieszczepionych obliczamy zachorowania przez całe 14 miesięcy. Czy wobec tego możemy porównywać ze sobą odsetki zachorowań w obu grupach?

W następującej tablicy podajemy zachorowania w każdej grupie osobna.

Zachorowania w okresie I.I.1926 do I.III.1927 r. wśród dzieci szczepionych przed 18 — 12 miesiącami oraz wśród

dzieci szczepionych przed 6 — 4 miesiącami.

Wiek	Kiedy szczepiono	Liczba szczepionych	Liczba zachorowań	% zachorowań
1 — 18	przed 18 — 12 m.	13,904	63	0,45
	6 — 4 m.	8,051	32	0,4

Widzimy z powyższej tablicy, że wbrew temu, co powyżej powiedzieliśmy, wśród dzieci, szczepionych ochronnie przed 12 — 18 miesiącami, w przebiegu tej samej epidemji liczby zachorowań są prawie te same, co wśród dzieci, szczepionych przed 6 — 4 miesiącami.

Należy tu również zwrócić uwagę na ogromnie ważny fakt następujący: przed 8 — 12 miesiącami szczepienia poprzedzono u wszystkich dzieci badaniem na wrażliwość według metody Dicka i szczepiono zasadniczo tylko dzieci, które wykazały odczyn dodatni. A więc grupa 13904 dzieci, wówczas szczepionych, składała się wyłącznie z dzieci Dick — dodatnich, które stanowiły, jak wiemy 55 — 60% wszystkich dzieci. Dzieci, które na toksynę nie reagowały (Dick —), w liczbie prawie 10000, dały w tym czasie, jak wspominaliśmy, zaledwie 0,04% zachorowań. Wobec tego właściwy odsetek zachorowań dzieci, szczepionych przed rokiem, gdybyśmy brali cały zespół dzieci, które przeszły przez nasze ręce, byłby o 40 — 45% niższy. Ponieważ w późniejszym okresie Miejski Instytut Higieniczny zaniechał dokonywania wstępnej próby Dicka, to z liczby 8051 dzieci, szczepionych w tym czasie, około 6000 dzieci zostało zaszczepionych bez badania na wrażliwość, czyli w skład tych dzieci weszło również 40 — 45% dzieci naturalnie odpornych. Wobec tego właściwy efekt uodparniania całej tej grupy jest o wiele gorszy, a liczba zachorowań większa (prawie o 30 — 35%), niż grupy zaszczepionej o kilka miesięcy wcześniej.

Różnice są zbyt wielkie, aby je można było przypisywać jedynie normalnemu dojrzewaniu serologicznemu. Jak wiemy, wrażliwość z roku na rok nie obniża się tak gwałtownie. Normalny wzrost odporności zostaje jak gdyby przyspieszony pod wpływem uodparniania. W ten sposób grupa naszych dzieci, szczepionych przed rokiem, składająca się z 13904 osobników w przebiegu ostatniej epidemji, okazała się środowiskiem znacznie mniej podatnym, niż 8051 dzieci szczepionych o kilka miesięcy później.

Spostrzegane tu zjawisko wrażliwości z biegiem czasu odporności na chorobę u dzieci szczepionych powinno stanowić jeszcze jedno wskazanie do przeprowadzania akcji szczepiennej w okresach przedepidemicznych.

Zachorowanie na płonicę w okresie I.I.1926 do I.III.1927 r. wśród ogółu dzieci Warszawy w-g grup wieku¹⁾.

1) Ogólną liczbę dzieci w wieku do 7 lat obliczono w-g danych Wydziału Statystycznego na zasadzie przerechnowania liczby rodzin i zgonów. Liczbę dzieci w wieku 7 — 14 lat wzięto z Rocznika Statystycznego m. st. Warszawy za 1925 r. Liczbę osobników w wieku 14 — 18 lat obliczono w-g pierwszego spisu ludności 1921 r.

Wiek	Liczba dzieci	Liczba zachorowań	% zachorowań
0 — 7	124261	3445	2,8
7 — 14	106163	1219	1,15
14 — 18	103831	423	1,4
0 — 18	334255	5087	1,52

W naszym materiale szczepiennym najliczniej była przedstawiona grupa dzieci wieku szkolnego 7 — 14 lat, składająca się przeważnie z dzieci szkół powszechnych — 16345. Jeżeli tę liczbę odejmiemy od liczby wszystkich dzieci tego wieku, otrzymamy właściwą liczbę zachorowań dzieci nieszczepionych. Podajemy więc dla porównania:

Dzieci szczepione	7—14 lat	16345,	zachorowań	61=0,37%
„ nieszczepione	„ „	89818	„	1158=1,26%

Właściwy odsetek zachorowań wśród dzieci nieszczepionych jest jeszcze wyższy, gdyż w liczbie nieszczepionych pozostają dzieci zaszczepione przez lekarzy prywatnych, których liczby nawet przybliżonej nie jesteśmy w stanie podać. Wiemy jedynie, że w grupie tej były 52 przypadki zachorowań, czyli przeszło 2-krotnie więcej, niż w grupie szczepionych przez P. Z. H., a co do wrażliwości szczepionych, to obie grupy (P. Z. H. i lekarzy prywatnych) zawierały prawdopodobnie materiał, do siebie zbliżony. P. Z. H. zaszczepił 2829 dzieci, przeto przypuścić mogliśmy, że grupa dzieci, szczepionych przez lekarzy prywatnych, dochodzi do 5000 — 6000.

Powtarzam, że wobec braku ściślejszych danych nie mogliśmy tej grupy uwzględnić w naszych obliczeniach, pozostawiając ją wobec tego w liczbie dzieci nieszczepionych i obciążając w ten sposób nasz materiał na niekorzyść szczepień.

Zestawienie procentowe zachorowań na płonicę wśród ogółu dzieci Warszawy i wśród dzieci szczepionych:

Wiek:	Ogólny odsetek zachorowań:	Odsetek zachorowań u szczepionych;
0—7	2,8%	1,04%
7—14	1,26%	0,37%
14—18	0,40%	0,11%
0—18	1,52%	0,43%

Wnioski.

Ze wszystkich poprzednich zestawień widzimy, że wpływ szczepień na obniżenie się odsetka zachorowań nie ulega wątpliwości, występując stale i logicznie zarówno w zestawieniach sumarycznych, jak i szczegółowych. Odsetek zachorowań u szczepionych, tak samo jak i u nieszczepionych, obniża się wraz z wiekiem i ilością zastrzykniętej toksyny. Przeciwnie

grupy dzieci szczepionych dają 3 do 4 razy mniej zachorowań, niż odpowiednie grupy dzieci nieszczepionych.

Pochodzenie materiału. Uwagi.

Materiał, tu uwzględniony, pochodzi z różnych źródeł. Liczby badanych i szczepionych czerpiemy z naszych sprawozdań z P. Z. H.¹⁾ i Wydziału Zdrowia²⁾ oraz ze sprawozdań Dr. Ławrynowicza z Miejskiego Instytutu Higjenicznego³⁾. Przypadki zachorowań na płonicę obliczyliśmy w/g kart Wydziału Zdrowia i dopełniliśmy je danymi, zebranymi na Oddziałach płoniczych w szpitalach. Szczegółowe dane co do każdego przypadku zbieraliśmy bezpośrednio w domu chorego, od jego rodziny oraz od lekarzy.

Niestety, w zestawieniach i obliczeniach naszych są pewne niedokładności, których ze względów technicznych nie byliśmy w stanie uniknąć. Pragniemy je tu szczegółowo omówić, aby zapobiedz nieporozumieniom.

A więc przede wszystkim w zgłaszaniu przypadków płonicy mogły być pewne uchybienia w tym sensie, że lekarze sanitarni mogli w pewnej liczbie przypadków przeoczyć i nie odnotować na karcie, iż dziecko było szczepione.

Powtórę, mogliśmy uwzględnić częstość zachorowań jedynie w grupie dzieci szczepionych, odrzucając i pozostawiając w grupie nieszczepionych tych kilka tysięcy dzieci (około 10,000), które nie zostały zaszczepione, ponieważ przy badaniu wrażliwości miały odczyn Dicka ujemny. W ten sposób jeszcze raz obciążyliśmy rozmyślnie nasz materiał. Uczyniliśmy to dlatego, że, jak wspominaliśmy, kierunek akcji Wydziału Zdrowia nie był ujednostajniony.

Ponieważ brakowało nam rozkładu w/g wieku dzieci, szczepionych przez Miejski Instytut Higjiczny w r. 1926 — 1927, grupę tych dzieci obliczyliśmy dla naszych tablic w przybliżeniu z ogólnych liczb w stosunku do roku 1925—26.

Przebieg zachorowań u dzieci szczepionych.

Wśród 94 dzieci, które dostały pełną dawkę szczepionki (3600 d. s.), płonica przebiegała w sposób następujący:

Przebieg zwykły	34 przypadków.
„ poronny (t. do 38°, często brak wysypki lub łuszczenia)	44 „
Płonica z powikłaniami	12 „
Zgonów	4 „

Przebieg płonicy wśród 58 dzieci niezaszczepionych.

Przebieg zwykły	22 przypadki.
„ poronny	26 „
Płonica z powikłaniami	9 „
Zgonów	1 „

Duża liczba przypadków poronnych oraz mała liczba powikłań wskazują na pewien wpływ szczepienia na przebieg choroby. Szczegółowe omówienie przebiegu płonicy u szczepionych byłoby możliwe, gdy-

byśmy posiadali zestawienia z przebiegu płonicy w czasie tej epidemii u większej liczby dzieci nieszczepionych. Uwagę naszą zwraca 5 zgonów wśród szczepionych, z nich 4 wśród zaszczipionych pełną dawką. Wiadomem jest, iż przy najlepszej metodyce szczepień nie udaje się uodpornić wszystkich szczepionych. Zawsze pozostaje pewien odsetek jednostek najwrażliwszych, dziedzicznie niezdolnych do uodpornienia się i wybitnie wrażliwych na jad chorobowy.

1) Celarek i Sparrow. Med. Dośw. 1926, T. VI. Z. 3 — 4.

2) Sparrow. Polska Gaz. Lek. 1926, Nr. 52.

3) L aw r y n o w i c z. Polska Gazeta Lekarska 1926, N. 52. Polska Gazeta Lekarska 1927 (w druku). Za łaskawe użyczenie rękopisu składamy podziękowanie.

Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniw. Warsz.
(Kierownik: Prof. W. GRZYWO-DĄBROWSKI).

Znaczenie próby benzydynowej w badaniach sądowo-lekarskich.

Podał

H. KULIKOWSKA (Wilno).

Kto miał do czynienia z badaniem dowodów rzeczowych na obecność krwi, ten wie, jak trudno na podstawie wyglądu makroskopowego odróżnić plamy krwi od zanieczyszczeń innego rodzaju. Dla odnajdywania plam podejrzanych wśród innych służą nam próby wstępne czyli orjentacyjne, wskazujące te plamy, na których musimy zatrzymać szczególną uwagę, i postarać się za pomocą dalszych, bardziej złożonych zabiegów (widmo, obecność krwinek, kryształy Teichmanna i t. d.) dać niezbity dowód powstania ich skutkiem zanieczyszczenia krwią. Jak widać z powyższego, próba wstępna powinna odpowiadać trzem wymaganiom: 1^o musi być czułą, to znaczy, powinna wykazywać krew, nawet mocno rozcieńczoną, starą, ewent. ogrzaną, zmywaną i t. d.; 2^o musi być możliwie swoista, t. j. ilość substancji, spotykanych w życiu codziennym człowieka, które dają ten sam odczyn, co krew, musi być możliwie mała — zmniejsza to liczbę bezpłodnych poszukiwań krwi w plamach innego pochodzenia; 3^o na koniec, próba wstępna musi być wykonalna przy minimalnej stracie materiału, pracy i czasu. Najbardziej zuwane są próby wstępne Richtera z wodą utlenioną, v. Deena z żywicą gwajakową i Adlerów z benzydynam. Próby Rieglera, Bosa, Rossela, Meyera, Ganossiniego, Larossa i inne nie znalazły szerszego zastosowania, ponieważ są albo mniej czułe, albo bardziej skomplikowane, i żadna, tak samo jak i trzy pierwsze, — nie jest swista dla krwi.

Rozpatrzmy nieco bliżej trzy najbardziej używane próby wstępne: Richtera, v. Deena i Adlerów. Richter⁽¹⁾ zwrócił uwagę na zastosowanie H_2O_2 w medycynie sądowej. celem wykrycia śladów krwi. Istota tej próby polega na tem, że pod działaniem katalitycznym krwi woda utleniona szybko się rozkłada, czego widomym znakiem jest tworzenie się piany. W r. 1905 Pallese⁽²⁾, sprawdzając to

sposzczenie, przyszedł do optymistycznych wniosków, widząc w tej próbie sposób wykrywania krwi „*cito tuto et jucunde*”. Technika tej próby jest bardzo prosta: zwilża się 3% H_2O_2 podejrzane plamy i obserwuje się ewentualne wytwarzanie się piany, przytem Pallese w celu łatwiejszego odszukania plam na ciemnym tle zaleca użycie rozpylacza. Jednak już sam Pallese zwrócił uwagę na to, że rozmaite substancje chemiczne oraz ziemia, skóra i t. d. działają również katalitycznie, jednak zdawało mu się, że, o ile pod wpływem krwi uwalnia się tlen burzliwie, o tyle pod wpływem innych czynników następuje to powoli. Wobec tego uważał on, że próba z wodą utlenioną stoi na równi z próbą v. Deena. Do podobnych wniosków przyszedł Uhlenhut i Weidanz. Jednak wkrótce zaczęły rozbrzmiewać sceptyczne głosy pod adresem próby Richtera. Zwrócono uwagę, że plamy krwi, które były ogrzane (np. przy prasowaniu), lub gotowane w celu usunięcia krwi, dają odczyn ujemny, również stara krew bardzo powoli rozkłada H_2O_2 . Z drugiej zaś strony prócz całego szeregu substancji chemicznych, których znaczenie praktyczne, jako rzadziej spotykanych, jest mniej ważne, — rozmaite wydzieliny, które często zanieczyszczają ubranie, jako to: ślina, pot, nasienie, ropa i t. d., dają również dodatnią próbę z H_2O_2 .

W r. 1905, Siegel⁽³⁾, zwrócił uwagę, że słabe rozczyny krwi po 48-o godzinnem staniu na powietrzu albo w 4 — 6 minut po dodaniu wody utlenionej dawały ujemny wynik przy badaniu spektroskopowem i zapomocą próby v. Deena. My, ze swej strony, robiliśmy próby z mocnymi rozcżynami (1%), które po zmieszaniu ich w równych częściach z 3% H_2O_2 wydzielaly obficie pianę i bardzo szybko się odbarwily; po 10 — 15 minutach próba benzydynowa i spektroskopowa wypadaly zupełnie ujemnie. Również szmatki białe, uprzednio powalane krwią, a następnie zaprane o tyle dobrze, że makroskopowo nie zdradzały śladów krwi, a mimo to dawały wyraźne niebieszczenie pod wpływem odczynnika benzydynowego — po zwilżeniu ich 3% wodą utlenioną — już po kilku sekundach oddziaływały ujemnie na próbę benzydynową. Przy tej sposobności zauważyliśmy, że niektóre z tych szmatek po 2 — 3 miesięcznym leżeniu na powietrzu — również nie dawały już i odczynu benzydynowego. Plomaczmy to sobie działaniem tlenu powietrza na barwnik krwi analogicznie do tego, co widział Siegel przy słabych rozcżynach krwi.

Jeżeli zwrócimy się do bardziej znanych podręczników medycyny sądowej, wzgl. techniki sądowo-lekarskiej, to zobaczymy, że dają one rozmaite oceny próby z wodą utlenioną. Tak np. Kratter⁽⁴⁾ stanowczo i, kategorycznie ją odrzuca, ponieważ zmienia ona ślad krwi o tyle, że dalsze próby stają się niemożliwe. Leers⁽⁵⁾, i Ziemke⁽⁶⁾ mówią, że próba ta musi być bardzo ostrożnie stosowana i że dobrą jest ona tylko w ręku doświadczonego badacza, gdyż może zupełnie zniszczyć słabe ślady krwi. Hofmann⁽⁷⁾ wspomina o niej, jako o jednej z przyjętych prób wstępnych, nie robiąc przytem żadnych zastrzeżeń. Na koniec Marx⁽⁸⁾ w swoim dość rozpowszechnionym podręczniku techniki sądowo-lekarskiej z r. 1919 bardzo gorąco poleca próbę z wodą utlenioną.

ną, przyczem zaznacza, że w ostatnich czasach wyrugowała ona starą próbę v. Deena, gdyż jest bardzo prosta w wykonaniu, i działanie H_2O_2 na płamę krwi bynajmniej nie przeszkadza dalszemu stosowaniu innych sposobów badania.

Jak widzimy z powyższego, zdania w tej materji są sprzeczne. Na podstawie własnego doświadczenia przychyłamy się do zdania Krattera: jeżeliby nawet woda utleniona niszczyła tylko słabe ślady krwi, to byłoby to już wystarczające do odrzucenia próby Richtera — wszakże przeważnie o te ślady właśnie nam chodzi, albowiem wykrycie obfitych śladów zwykle nie sprawia wielkich trudności.

Najstarszą i najbardziej rozpowszechnioną próbą wstępną jest próba gwajakowa. Już w r. 1858 Schönhein zwrócił uwagę, że świeżo sporządzona nalewka gwajakowa w obecności krwi daje pod wpływem starej terpentyny szafirowe zabarwienie. W trzy lata później v. Deen zastosował to spostrzeżenie w technice sądowo-lekarskiej, i od tego czasu próba ta pod nazwą próby v. Deena znalazła szerokie zastosowanie w medycynie sądowej. Istota reakcji tkwi, zdaniem jednych, we właściwości krwi przenoszenia tlenu z terpentyny ozonowanej na żywicę gwajakową. Drudzy widzą tu działanie zaczynów na podobieństwo peroksydazy; przeciwko temu ostatniemu przypuszczeniu przemawia ta okoliczność, że peroksydazę łatwo zniszczyć przez ogrzewanie w ciągu kilku minut do 60° wrzenia, podczas gdy krew w tych warunkach nie traci swej zdolności dawania odczynu gwajakowego. Prawdopodobnie chodzi tu o jakieś działanie katalityczne barwnika krwi, pod którego wpływem ciała zasobne w tlen jak np. terpentyna ozonowana lub woda utleniona, oddają tlen; ten ostatni, działając *in statu nascendi* na żywicę, utlenia ją, dając przy tem barwne połączenie. Pochodne hemoglobiny, nie zawierające żelaza (hematoporfiryna), odczynu tego nie dają. Próba v. Deena nie jest swoista dla krwi, bo daje ją przedewszystkiem rdza i inne połączenia żelaza, nadmanganian potasu, chlorek potasu, chlorek wapnia, sole chloru, bromu, jodu, tlenek manganu i ołowiu, żelaza i żelazocyanek potasu, sole chromu, rodanu i miedzi. Z wymienionych substancyj największe znaczenie praktyczne ma rdza. Dalej dodatnią próbę v. Deena daje szereg substancyj pochodzenia roślinnego lub zwierzęcego, wśród nich największe znaczenie dla lekarza sądowego mają: skóra, surowe mleko, ślina, pot, ropa i nasienie. Jakkolwiek różni autorowie wykazali, że dwuminutowe zagotowanie tych substancyj wystarcza, żeby zniszczyć ich zdolność oddziaływania na żywicę gwajakową. — jednak konieczność tego zabiegu przeczy pierwszemu warunkowi dobrej próby wstępnej, t. j. jej szybkości i niezłożoności.

Próba v. Deena stosowana jest zarówno przy badaniu płynów jak i płam suchych. Co się tyczy techniki badania płynów — to Leers zaleca następujący sposób: sporządza się *ex tempore* nalewkę gwajakową (na 5 cm.³ wysokości 90 — 100%, daje się sproszkowanej żywicy gwajakowej na końcu noża — nalewka powinna być jasno-brunatna); do próbówki, zawierającej 1 cm.³ badanego płynu dolewa się ostrożnie wzdłuż ściany tyleż nalewki i starej terpentyny. Ziemke na jedną część nalewki bierze 3 części terpentyny i do tego dodaje wody tyle, żeby powstało lekkie zmetnie-

nie, poczem dolewa badany płyn. Jak wykazują liczne spostrzeżenia badaczy, odczyn jest wyraźniejszy, jeżeli nawarstwia się ostrożnie badany płyn na odczynnik. Kratter, który jest gorącym zwolennikiem próby v. Deena podaje następującą technikę tej próby dla płam suchych. Złożoną w kilkoro bibułkę do sączenia zwilża się wodą, następnie mocno się przyciska do badanej płamy, poczem na to miejsce bibułki kapie się świeżo sporządzonej nalewki gwajakowej a po upływie minuty dodaje się kroplę starej terpentyny. O ile plama zawiera krew, to niebieszczennie bibułki powinno wystąpić w ciągu pierwszej minuty po dodaniu terpentyny; inne substancje dają nieraz dodatni odczyn jeszcze przed dodaniem terpentyny. Kratter w swoim podręczniku, mówi, że żadna ze znanych mu prób nie dorównywa próbie gwajakowej w szybkości, pewności i subtelności. Ujemny wynik, jego zdaniem, z całą pewnością wyłącza obecność krwi. Kratter zwraca uwagę, że próba gwajakowa daje wyniki bez zarzutu wtedy, gdy się zachowuje następujące warunki: nalewka gwajakowa musi być zawsze *ex tempore* sporządzona w 90° wysokości do koloru białego wina, następnie terpentyna powinna być stara, i nakoniec krew musi być użyta w postaci skoncentrowanej, dlatego protestuje on przeciwko użyciu do tego celu wyciągów z płam. W jego ręku próba v. Deena wykazywała krew 1:8.000. Powyżej opisaną technikę odczynu v. Deena spotykamy prawie we wszystkich większych podręcznikach medycyny sądowej: Kratter twierdzi, że nawet stara krew dawała mu wyniki dodatnie. Natomiast Leers i Ziemke wskazują, że stara krew bardzo trudno się rozpuszcza. Toteż w tym celu Beumer⁽⁹⁾ radzi używać zamiast bibuły, waty higroskopijnej, która pozwala mocniej trzeć podejrzaną płamę. Wata ma jeszcze tę dobrą stronę, że nie daje samoistnie odczynu dodatniego, jak to robią czasami niektóre gatunki bibułki.

Pozostają pozatem płamy, które się stały nierozpuszczalne przez gotowanie, wzgl. ogrzanie (np. przy prasowaniu). Badając je tym sposobem, również nie dojdziemy do celu. Ziemke (l. c.) radzi „płamy krwi, które się stały nierozpuszczalne w wodzie“ — rozpuścić w ługu potasowym lub w kwasie octowym i z tym wyciągiem robić próbę v. Deena. Leers (l. c.) za Hofmanem radzi „zeskrobać starą nierozpuszczającą się w wodzie krew“ i rozpuścić ją w kwasie octowym lub w wodanie chloralu i z tym wyciągiem robić próbę v. Deena. Rady te, naszym zdaniem, nie dadzą się zastosować, a to ze względów następujących: 1° Kręć, poddana działaniu zasad, daje ujemną próbę v. Deena, jak to wykazał Siegel (l. c.), i jak to sprawdziliśmy sami (1% roztwór krwi był zmieszany ana z 10% KOH. Po dobie próba v. Deena była ujemna; nadmieniamy przy tem, że barwnik krwi nie był jednak zniszczony ługiem, bo dostawaliśmy bardzo wyraźną próbę z octową benzydynam, a po zaprawieniu pirydynam i wodnikiem hydrazyny — otrzymaliśmy wyraźne widmo hemochromogenu). 2° Niezrozumiała dla nas jest wyżej przytoczona rada Ziemkego i Leersa, aby robić wyciągi „z nierozpuszczalnej krwi“. Jeżeli bowiem wiemy, że płamy te pochodzą od krwi, to zupełnie bezcelowa jest próba v. Deena; jeżeli zaś tego poznać nie możemy, to, chcąc być logicznymi, musielibyśmy ze

wszystkich plam robić wyciągi, a w takim razie mielibyśmy ew. krew nie w skoncentrowanej postaci, jak to zaleca Kratter. Prócz tego strata czasu i materiału, związana z robieniem wyciągu, zupełnie nie jest współmierna do osiągniętego przez próbę v. Deena rezultatu. Racjonalniejszym nam się wydaje, o ile robimy wyciąg, użyć go do próby spektroskopowej, która daje niedwuznaczną odpowiedź.

Streszczając powyższe, przychodzimy do wniosku, że dodatni wynik próby v. Deena, jak zresztą i innych prób wstępnych, nie dowodzi obecności krwi, ujemny zaś nie wyłącza krwi z całą pewnością, jak to twierdzi Kratter, tylko czyni jej nieobecność prawdopodobną z tem zastrzeżeniem, że nie mamy do czynienia z krwią rozcieńczoną (np. po zapraniu), wzgl. nierozpuszczalną. Zastrzeżenie to jednak, praktycznie biorąc, jest o tyle ważne, że wysoce obniża wartość próby v. Deena.

W r. 1904 R. i O. Adlerowie⁽¹⁰⁾ zwrócili uwagę na zastosowanie leukozasady zieleni malachitowej i benzydyny w celu wykrycia krwi. Istota tych odczynów jest ta sama, co reakcji gwajakowej: katalityczne działanie krwi na H_2O_2 i tworzenie się pod wpływem tlenu *in statu nascendi* barwnych połączeń leukozasady zieleni malachitowej, wzgl. benzydyny. Tej katalitycznej zdolności nie znosi nawet dość długo trwałe ogrzewanie krwi do 130° (niszczy je dopiero zwęglenie krwi). Adlerowie w celu wykrycia plam krwawych radzili zmazać je odczynnikiem z leukozasady zieleni malachitowej, a następnie działać na to miejsce 3% H_2O_2 — w przypadku obecności krwi powinno wystąpić zielone zabarwienie. Sporządzenie tego odczynnika jest jednak dość złożone, czułość zaś tej reakcji i jej swoistość nie większa, niż próby benzydynowej — wobec czego próba ta nie znalazła szerszego zastosowania. Do wykrycia krwi w roztworze polecali Adlerowie albo powyższy odczynnik, albo benzydynę w postaci nasyconego na gorąco i przesączonego alkoholowego roztworu. Autorowie, widocznie, nie nadawali znaczenia kolejności w dodawaniu do badanego materiału oddzielnych ingrediencji: a więc przy badaniu płynu na krew radzą oni najpierw dodać 3% H_2O_2 i parę kropel kwasu octowego i dopiero później dolać parę cm^3 nasyconego na gorąco i przesączonego alkoholowego roztworu benzydyny. Przy badaniu zaś zawiesiny kałowej polecali oni do $3\ cm^3$ tej zawiesiny dodać najpierw $2\ cm^3$ nasyconego alkoholowego roztworu benzydyny, a dopiero potem $2\ cm^3$ 3% H_2O_2 i parę kropel kwasu octowego. Pierwszy sposób (dodawanie do badanego materiału najpierw H_2O_2) jest podany u Marxa Hoffmanna i Lochtego: nawet Kratter, który wskazuje na zdolność H_2O_2 zmieniania barwnika krwi o tyle, że nie daje on potem reakcji na krew, przytacza ten sposób, nie podając żadnych komentarzy do niego. Jednak w r. 1920 Schlesinger i Gattner zwrócili uwagę na to, jak ważnym jest, żeby woda utleniona nie była dodawana do badanego materiału przed roztworzeniem benzydynowym, zaznaczając, że pominięcie tej ostrożności może prowadzić do błędnych wyników. Biorąc pod uwagę to, cośmy mówili przy omawianiu próby wstępnej Richtera, — musimy się zgodzić z poprzednimi autorami. Od czasu pracy Adlerów do dnia dzisiejszego ukazało się bardzo dużo badań poświęconych próbie benzydynowej, jednak prace te

miały prawie wyłącznie na względzie jej zastosowanie do celów klinicznych dla wykrycia krwi utajonej. Z punktu widzenia jej sądowo-lekarskiego znaczenia zajmowali się nią Ascarelli⁽¹²⁾, Merkel⁽¹³⁾, Walter⁽¹⁴⁾, Podliński⁽¹⁵⁾ i Smyłowa⁽¹⁶⁾. Technika wykonywania reakcji jest inna niemal u każdego badacza, sposób przyrządzania odczynnika też niejednokrotnie: jedni robią nasycony alkoholowy roztwór benzydyny, który w tym lub innym stosunku łączy z 3% H_2O_2 i zaprawiają paru kroplami kwasu octowego i tym gotowym odczynnikiem działają na badany obiekt (np. Ascarelli), inni dodają do badanego materiału pojedyncze ingredjencje w tej lub innej kolejności (np. Adler) i w tym lub innym stosunku ilościowym do tego materiału. Inni znowu używają roztworu octowego benzydyny rozmaitej mocy i taksamo albo mieszając go od razu z 3% H_2O_2 w tym lub innym stosunku ilościowym, i dalej używając gotowego odczynnika albo dodając osobno roztwór benzydyny i H_2O_2 do badanego materiału. Wobec tak rozmaitej techniki, rzecz prosta, że i wyniki, nie mogą być identyczne. My w swoich badaniach posługiwaliśmy się benzydyną, sporządzoną metodą Ziemkego: w $2\ cm^3$ kwasu octowego lodowatego rozpuszcza się benzydynę „na końcu noża”. Na 1 część tego roztworu bierze się 3 części 3% wody utlenionej. Jeżeli badaliśmy płyn, to najpierw nalewaliśmy do próbki powyższego odczynnika — brak niebieszczenia wskazywał, że naczynie jest czyste — a następnie ostrożnie nawarstwialiśmy badany płyn. Na odczyn czekaliśmy, jak i inni badacze, przez jedną minutę. Jeżeli zaś mieliśmy do badania nie płyn, tylko plamy na materiale, drzewie, żelazie i t. d. — nalewaliśmy odczynnik do szkła zegarkowego, do którego wrzucaliśmy następnie zeskrobiny z podejrzanym plam, wzgl. cząsteczki samego materiału, jak np. nici, wyciągnięte z poplamionego miejsca na ubraniu i t. d. — w obecności krwi od wrzuconej cząstki odchodziły niezwłocznie gęste szafirowe obłoczki.

Mówiąc o technice próby benzydynowej, musimy wspomnieć o papierze benzydynowym, zaleconym przez Unhorna⁽¹⁷⁾. Walter (l. c.) przeciwny jest używaniu w tym celu bibułki do sączenia, ponieważ daje ona nieraz samoistnie zielonkawo-niebieskie zabarwienie (co możemy, zresztą, w zupełności potwierdzić) i proponuje posługiwać się zamiast niej watą higroskopijną. Nie dajemy szczegółów techniki, ponieważ doświadczenia Ascarelliego i innych wykazywały, że próba benzydynowa w tej postaci znacznie traci na czułości. — Wyżej wspominaliśmy o tem, że istnieje cały szereg modyfikacji próby benzydynowej. Nie jest rzeczą obojętną, którą z nich będziemy się posługiwali, bo są niektóre szczegóły, które mogą zmniejszyć lub zwiększyć czułość tej próby. Na jeden z nich już wskazywaliśmy wyżej, a mianowicie, że nigdy nie należy dodawać wody utlenionej do badanej substancji przed benzydyną, tylko odwrotnie, o ile wogóle nie używa się gotowego odczynnika, jak np. w sposobie Ziemkego, co, naszym zdaniem, jest bardzo wygodne ze względu na oszczędność czasu i pracy, a zarazem daje możliwość skontrolowania części składowych odczynnika. Na czułość reakcji benzydynowej, jej natężenie, barwę i trwałość ma wielki wpływ koncentracja benzydyny w kwasie octowym. Schlesinger i Gallner (l. c.) wykazali, że przy dodaniu czystej

krwi do 1% roztworu benzydyny powstaje nie błękitne, lecz zielone, dość szybko znikające zabarwienie, natomiast przy użyciu mniej lub więcej stężonych roztworów benzydyny w kwasie octowym otrzymujemy nawet z bardzo słabym roztworem krwi nie zielone, lecz błękitne długo utrzymujące się zabarwienie. Nadmiar H_2O_2 sprzyja szybkiemu znikaniu zabarwienia; mniej to szkodzi przy większych stężeniach benzydyny w kwasie octowym. My wypróbowaliśmy 0,5%, 1%, 2,5% i 10% roztworu benzydyny w kwasie octowym w stosunku do krwi rozcieńczonej 1:1000, 1:10,000, 1:100,000 i 1:200,000. Okazało się, że 0,5% roztworu daje zielone, dość szybko znikające zabarwienie ze wszystkimi roztworami krwi, 1% daje szmaragdowo-szafirowe zabarwienie z roztworem krwi 1:1,000 i 1:10,000 i zielonkawo-niebieskie ze słabymi roztworami: 2,5%, 5% i 10% roztworu benzydyny dawały niebiesko-szafirowe, długo utrzymujące się zabarwienie nawet przy rozcieńczeniu krwi 1:200,000.

Nie jest rzeczą obojętną, w jakim stosunku ilościowym stoją do siebie badany roztwór i odczynnik benzydyny — szczególnie, gdy chodzi o słabe roztwory krwi. W tych przypadkach nadmiar badanego płynu jak i nadmiar odczynnika wpływa jednakowo ujemnie. To też Walter i Knorr⁽¹⁸⁾ zalecają mieszanie równych części. My zaś woleliśmy wraz z Ascarellem i Merklelem nawarstwiać jeden płyn na drugi: w ten sposób czynimy zadość wymaganiu aby reagujące płyny stykały się w równych częściach, a jednocześnie łatwiej daje się dostrzec nawet słabe niebieszczenie na granicy. Naturalnie przy odczynu benzydynam — jak zresztą przy większości odczynów chemicznych — natężenie i szybkość, z jaką występuje reakcja, zależy nie tylko od absolutnej ilości krwi, ale też od jej koncentracji: z tego względu wydaje się uam niecelowem często zalecane w podręcznikach robienie wyciągów z płam w celu nastawienia z temi wyciągami odczynu benzydynamowego.

Schlesinger i Gattner, którzy, jak wspominaliśmy, badali warunki, zwiększające czułość odczynu benzydynamowego, posługiwali się w swoich badaniach następującym odczynnikiem: do 2 cm.³ kwasu octowego lodowatego dodawali benzydyny „na końcu noża“, na 10 — 12 kropeł tego roztworu brali 2½ — 3 cm.³ wody utlenionej. Przepis ten, jak widzimy, bardzo jest zbliżony do wyżej podanego przepisu Ziernkego.

(Dok. nast.).

Z Przychodni Centralnej Warsz. T-wa Przecięgruźliczego.

W sprawie techniki sztucznej odmy piersiowej.

Podał

Dr. med. P. MARTYSZEWSKI (Warszawa).

Rozpowszechnienie się stosowania sztucznej odmy piersiowej w ostatnich latach u nas powoduje częstsze ukazywanie się w prasie lekarskiej polskiej artykułów, notatek, a nawet monografii o tej tak doniosłej metodzie leczniczej. Technika zabiegu opracowana jest szczegółowo, pomimo to poruszam ten temat dlatego, iż uważam go za niewyczerpany jeszcze i twierdząc,

wraz z Saugmanem, iż technika S. O. stawia wielkie wymagania, co do wiadomości i umiejętności lekarza, i tylko ten, kto posiada wszelkie detale techniki odmowej, osiągnie stałe całkowite zadowolenie lecznicze i naukowe.

Technika zabiegu, sam sposób, jak O. S. jest wykonywana, tłumaczy nam rozbieżność pewną w statystyce wyników leczenia, przyczynia się bowiem do powstawania rozmaitych komplikacji przy leczeniu metodą O. S., wywołując pogorszenia nieraz groźne dla życia bezpośrednio, innym znów razem z powodu utrudnień w przeprowadzaniu dalszej kuracji.

Swojami spostrzeżeniami co do pewnych szczegółów techniki O. S. piersiowej i swoim doświadczeniem, dziś już 10-letniem dzielę się tu, poruszając i uwypuklając niektóre detale, zbyt mało, moim zdaniem, podkreślone lub nawet pominięte w tak dokładnych opisach techniki O. S., jak Saugmana i Szepeńskiego.

Trzy są komplikacje w leczeniu O. S., którym technika zapobiec winna. Dwie z nich bowiem — zator gazowy i wstrząs opłucnowy — są groźne dla życia, trzecia, zaś — wysięk opłucnowy — może utrudniać dalsze stosowanie zabiegu i w ten sposób stać się niebezpieczeństwem dla życia chorego.

Przejdźmy kolejno wszystkie te trzy komplikacje i rozejrzmy się, w jakim stopniu i w jaki sposób technika O. S. może im zapobiec.

Wstrząs opłucnowy. Wstrząsem opłucnowym nazywamy stan organizmu, wywołany podrażnieniem opłucny, wyrażający się w objawach zapadu, drgawkach i utracie świadomości; w przypadkach lekkich mijają one, w przypadkach ciężkich prowadzą do zejścia śmiertelnego. Objawy te spowodowane są, według Neumana, niedokrwistością mózgu wskutek przekrwienia rozszerzonych *ad maximum* naczyń krwionośnych brzucha.

Pierwszy opisał wstrząs opłucnowy przy stosowaniu O. S. twórca metody Forlanini, podciągając bezwzględnie pod to pojęcie i zatory gazowe. Brauer i jego szkoła zwalczali ten pogląd i twierdzili, iż przypadki t. zw. wstrząsu opłucnowego są niczem innym, jak zatorem gazowym; dotąd powstała już cała literatura, poświęcona temu zagadnieniu. Zaprzeczyc się nie da, że, jakkolwiek rzadko w porównaniu do zatorów gazowych, to jednak bezwarunkowo musimy się liczyć i z możliwością wstrząsów opłucnowych przy leczeniu O. S. piersiową, a to szczególnie u kobiet, u osób nerwowych, u chorych, w których rodzinie zdarzały się już wypadki nagłej śmierci.

Przystępując do założenia, czy też dopełnienia sztucznej odmy piersiowej, musimy zwrócić baczną uwagę na stan psychiczny chorego, przy zdenerwowaniu bowiem chorego mamy o wiele podatniejsze tło do powstawania wstrząsu opłucnowego. Jest rzeczą lekarza wzbudzić do siebie zaufanie chorego i swoją obecnością przyczynić się do uspokojenia go przy stosowaniu zabiegu; należy mieć pewność siebie i spokój, co chorzy tak często i tak dokładnie odczuwają, należy unikać wszelkich mogących podniecić niepotrzebnie chorego zachodów, jak urządzania stołu operacyjnego, wielkiej asysty i innej tym podobnej pomp. Zabieg wykonywać należy w łóżku chorego, w godzinach porannych, po lekkim śniadaniu, po przespanej dobrze

noocy; w tym celu podajemy chorym na noc, poczynając od pierwszej odmy do czasu, gdy się chory z zabiegiem zupełnie oswoi, jakiś środek nasenny np. *allonal Rochea*.

Zależnie od indywidualności chorego nakłucie robimy bez znieczulenia, co w olbrzymiej liczbie przypadków jest zupełnie możliwe, lub też stosujemy przy pierwszym nakłuciu miejscowe znieczulenie 1/2% roztworem nowokainy z adrenaliną, zastrzykując 1 cm³, od tkanki podskórnej poczynając, aż do nerwu międzyżebrowego. Zdarza się czasem, iż musimy, działając na psychikę chorego, stosować przez czas dłuższy jakiś sposób znieczulający, i wówczas większość zwraca się do chloru etylu; uważam to za zupełnie zbyt ciężkie, a zamrażanie za wręcz dla zabiegu szkodliwe, spowodowane nim bowiem stwardnienie skóry utrudnia jej przebicie, stępia igłę i powoduje jeszcze większy, niż zwykle, ból przy przechodzeniu dalszych warstw kl. piersiowej.

Ja używam tylko eteru, i to zawsze wystarcza, u chorych zaś, którzy gdzieśkolwiek byli zamrażani, stosuję chlorek etylu, nie chcąc chorych podniecać oczekiwanym bólem, doprowadzam jednak wówczas tylko do znacznego ochłodzenia, nigdy zaś do zamrożenia skóry. W razie, gdy nakłucie jest nieudane, powtarzam je tylko raz jeden, nigdy więcej, nigdy również nie uciekam się do zniewalania chorych do zabiegu. Powodzenie zabiegu zależy w znacznej mierze od zachowania się chorego, od pierwszej odmy poczynając, aż do ostatniej. Zdarza się nieraz w czasie leczenia odmą sztuczną, iż przy którymś z późniejszych już zabiegów, nieraz przy kilkudziesiątym, chory, a częściej chora są tak zdenerwowani, tak boją się zabiegu, jakby to miało być po raz pierwszy. Odkładam wówczas odmę na kilka dni, takie opóźnienie znaczenia większego nie ma, a stan podniecenia i zdenerwowania chorego grozi zawsze wstrząsem opłucnowym.

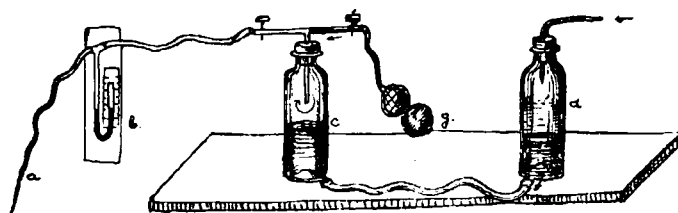
Tak postępując, nie miałem ani razu nawet najcięższych objawów wstrząsu przy prawie 2000 dopełnień odmy sztucznej piersiowej.

Zator gazowy. Drugą niebezpieczną komplikacją jest zator gazowy, który powstaje przez dostanie się gazu, ewent. powietrza do żyły płucnej; nakłucie igłą innych naczyń krwionośnych zatorem gazowym nie grozi, przy nakłuciu bowiem tętnicy gaz wogóle do krwiobiegu nie dostanie się, przy nakłuciu zaś żył wielkiego krążenia zostanie wciągnięty z igły do prawej komory i małego krążenia, w którym tak nieznaczne ilości gazu — powietrza z łatwością zostaną pochłonięte i do przedsionka lewego bezwzględnie nie dojdą; przy nakłuciu zrostów z przebiegającymi w nich żyłami również nieprawdopodobne jest powstanie zatoru gazowego, żyły te bowiem mają łączność z żyłami tk. międzyżebrowej płuc i należą tem samem do krążenia wielkiego. Naturalnie, myślę tu o ciśnieniu w igle równem 0; inaczej się rzecz będzie miała, jeśli mamy w igle ciśnienie dodatnie, wówczas gaz może zostać do żyły wtłoczony co prowadzi czasem nawet do powstania szmeru sercowego, zwanego przez Niemców, którzy to obserwowali, „Mühlengeräusch“. Przy ciśnieniu w igle równem 0, tylko o nakłuciu żyły płucnej grozi zatorem, bowiem wówczas ujemne ciśnienie w żyłę może spowodować przysśanie gazu z igły i rurki i nawet przy niewielkiej ilości gazu wy-

wołać zator gazowy w tętnicach mózgowia, lub w tętnicach wieńcowych. Niebezpieczeństwo zatoru gazowego rośnie w miarę posuwania się igły w głąb. Czy może zapobiec zatorowi gazowemu sposób Brauera, zakładania odmy drogą krwawą, czy mu zapobiec może dokonywanie nakłucia t. zw. „na tępo“, t. zn. przechodzenie ostrą igłą skóry, tk. podskórnej i mięśni, a dalej przebijanie opłucny igłą tępą — nie wiem, sądzę jednak, iż komplikacji tej nie zapobiegają; dotychczasowa statystyka za temi metodami nie przemawia w sposób, dostatecznie przekonywający, operatorzy bowiem „na tępo“ nie mogą pochwalić się lepszymi od nas, operujących „na ostro“, wynikami statystycznymi. Jest rzeczą charakterystyczną, iż opisane przypadki zatoru gazowego nigdy nie miały miejsca przy pierwszych nakłuciach, lecz zawsze przy dopełnieniach; gdyby ostra igła była przyczyną powstawania zatorów, to zdarzałyby się one bezwarunkowo o wiele częściej przy pierwszych nakłuciach, niż przy następnych.

Sądzę, iż najczęstszą przyczyną powstawania zatorów gazowych jest ta okoliczność, iż przy dalszych nakłuciach operatorzy są mniej ostrożni i mniej skrupulatni w zachowywaniu podstawowych przepisów dokonywania dopełnień, a polegających przede wszystkim na ścisłym obserwowaniu wahań manometrycznych. Należy więc pamiętać o tem, że zarówno pierwsze, jak i następne nakłucia jamy odmowej przedstawiają niebezpieczeństwo zatoru gazowego, i zarówno przy następnych dopełnieniach, jak i przy pierwszym nakłuciu należy być pedantycznie ścisłym w obserwowaniu manometru i wpuszczaniu gazu — powietrze tylko wówczas, gdy się ma ciśnienie ujemne z wyraźnymi wahaniami.

By zapobiec dostawianiu się gazu do krwiobiegu przy ewent. nakłuciu żyły płucnej można zastosować następujący sposób. Z dotąd opisanych przypadków zatoru gazowego wiemy, iż ciśnienie, przy którym on następował, nie przekraczało — 2 cm. wody, jeśli więc będziemy mieli w igle w czasie nakłucia ciśnienie mniejsze — 4—5 cm., to powietrze — gaz z igły do żyły nie będzie mógł się dostać. Osiągnąć to bardzo łatwo, używając aparatu, zbudowanego według następującego schematu:



- a — igła
- b — manometr
- c-d — rezerwuuar
- e — kran do rezerw.
- f — kran do pompy
- g — balon gumowy.

Jeśli przez podpompowanie powietrza do rezerwuaru *d* ustawimy płyn na takim poziomie, jak to jest wskazane na schemacie, to otrzymamy w systemie igła-manometr-rezerwuuar przy zamknięciu końca igły

ciśnienie dowolne ujemne. Przeprowadza się nakłucie w ten sposób, iż ustawiamy poziomy pływ c i d , jak wyżej wskazano, zamykamy kurek e , wprowadzamy igłę pod skórę i otwieramy kurek, wówczas w igłę będziemy mieli ciśnienie ujemne, zamykamy powtórnie kurek e , a to w tym celu, by połączenie z dużym rezerwarem nie przeszkadzało w odczytywaniu wahań, i dokonywamy nakłucia opłucny: okoliczność, że mamy zawczasu ciśnienie ujemne, nie przeszkadza zupełnie w orjentowaniu się, jeśli bowiem jesteśmy w jamie opłucnowej, wahania będą wyraźne i niższe od 4—5 cm., sięgające nieraz 15 — 17, nawet więcej cm. Utrzymując więc przy nakłuwaniu w igłę ciśnienie ujemne, zapobiegamy dostawaniu się z igły powietrza do żyły płucnej, ewent. nakłutej. Pozostaje jedyny sposób, w jaki gaz może się do żyły dostać, t. j. z nakłutego jednocześnie pęcherzyka płucnego lub oskrzelika, i tej ewentualności zapobiec nie potrafimy, i stanowić ona będzie stale pewne niebezpieczeństwo, mniejsze o tyle, o ile pamiętać będziemy, iż wzrasta ono w miarę posuwania się ostrza igły w głąb tkanki płucnej.

Wysięki opłucnowe. Przechodzimy teraz do trzeciej komplikacji dla życia niegroźnej, niebezpiecznej jednak ze względu na niemożność dalszego stosowania zabiegu i dalsze zdrowie chorego. Jest nim wysięk opłucnowy. Jest to niewątpliwie komplikacja w leczeniu O. S. piersiową najczęstsza. Według Sterlina spotyka się w 50%, Saugmana — 67,2%, Muralta — 50%, Dumarest na 265 wypadków leczonych O. S. spotyka wysięki opłucnowe w 186, czyli w 70,38%, Szczepański w około 60%. Dłusk i w ostatniej pracy podaje u swych chorych, leczonych odną sztuczną, 60% wysięków, przyczem jest zdania, iż wysięki nie wywierają ujemnego wpływu na przebieg leczenia O. S.; odmiennie zapatruje się Dumarest, który uważa, iż w 10 — 12% wysięki wogóle uniemożliwiają dalsze stosowanie zabiegu, a często przez obostrzenie sprawy chorobowej powodują pogorszenie stanu ogólnego i powstanie w następstwie nowych ognisk.

Ogólnie więc biorąc, sądzić należy, iż komplikacja ta powstaje w około 60% przypadków, leczonych sztuczną odną piersiową. Jest to bezwzględnie odsetek olbrzymi, i należy dążyć do jego zmniejszenia, utrudnia on bowiem ogromnie przeprowadzenie leczenia, nieraz uniemożliwia właściwie całe leczenie dalsze suchot płucnych. Patogenezę wysięków najdokładniej opracowali Dumarest i Paradi, którzy dzielą je na wysięki:

1) idjopatyczne, spowodowane podrażnieniem opłucny, 2) odczynowe gruźlicze bez zmian gruźliczych w jamie opłucny, 3) złośliwe gruźlicze wysięki i 4) wysięki septyczne. Najcięższe, ale i najrzadsze są wysięki septyczne, jakkolwiek wiadomo niezbić, iż opłucna, której listki nie przylegają do siebie, jest bardzo wrażliwa na wszelkie zakażenie. Nie spotkałem się z niemi ani razu w moich 117 przypadkach O. S. Częstsze są przypadki gruźlicze, najczęstsze idjopatyczne. Wysiękom septycznym staramy się zapobiec, zachowując przy dopełnianiach ogólne zasady aseptyki, wysiękom gruźliczym zapobiec nie możemy, powstają one naskutek tej samej przyczyny, co sama choroba, która spowodowała zabieg. Przyczyną wysię-

ków idjopatycznych są prawdopodobnie najrozmaitsze okoliczności. Gaz, stale wypełniający jamę, jako ciało obce, drażni śródbłonek opłucnowy i powoduje jego stan zapalny; Spengler i Brauer twierdzą, iż wysięki powstają wskutek pociągania zrostów i dostawania się z nich laseczników do jamy opłucnowej; Saugman odrzuca zupełnie wysięki z przeziębienia, przyznaje jedynie tylko pewien wpływ chorobom grupy reumatycznej, grypie i anginom, zgadza się również z poglądem Brauera i, jako dowód słuszności, przytacza fakt, iż wysięki często powstają po dopełnieniach pod wysokim ciśnieniem; Rehnio wski przypuszcza, iż do powstawania wysięków przyczyniają się drobne cząstki waty, porywane przez prąd powietrza z filtru. Sorgo podaje, iż od czasu, jak zaczął stosować powietrze, zamiast azotu, wysięków ma mniej, czyli wnioskuje on, że azot drażni opłucną silniej od powietrza. Jest bezwzględnie jeszcze jedna przyczyna powstawania wysięków idjopatycznych, a jest nią ochładzanie opłucny płucnej przez dostawanie się z igły silny prąd gazu, jeśli jest on wpuszczany pod ciśnieniem znaczniejszem. Łatwo jest o tem się przekonać, jeśli bowiem będziemy przepuszczali gaz z aparatu pod pewnym ciśnieniem, to zależnie od tego ciśnienia będzie wydobywał się mniej lub więcej silny prąd powietrza z igły, który to prąd będzie drażnił w mniej szym lub większym stopniu opłucną płucną. Gaz, wydobywający się z normalnej Saugmanowskiej igły pod ciśnieniem 7 — 8 cm. wody, wywołuje w odległości 8 cm. na wargach naszych zupełnie wyraźne uczucie chłodu, które przy ciśnieniu 12 cm. jest jeszcze zupełnie wyraźne w odległości 15 cm. od końca igły. Ponieważ odległość opłucny płucnej od końca igły wynosi zwykle około 5 cm. tylko, więc przy wpuszczaniu gazu pod ciśnieniem zawsze prawie opłucną płucną drażnić będziemy, dlatego uważam za bardzo ważny szczególnie techniki odmowej wpuszczanie gazu pod małym ciśnieniem, jeśli wsysanie gazu przez jamę opłucnową stało się niemożliwe ze względu na brak w niej ciśnienia ujemnego. Dopóki w jamie opłucnowej jest ciśnienie ujemne, należy pozwolić na wsysanie gazu przez jamę opłucnową z aparatu. Tej zasady trzymając się od lat 2, mam do zanotowania znacznie mniejszą liczbę wysięków, niż poprzednio. Na 29 przypadków odmy sztucznej, pozostających w moim leczeniu, w danej chwili, mam wysięki tylko w 8 przypadkach, z których 5 przybyło już do mnie z wysiękami, a 3 powstały podczas leczenia u mnie, z tego 1 przypadek po sztucznym poronieniu, 1 po dopełnieniu S. O. pod ciśnieniem wbrew temu, co zwykle robię, a to ze względu na stan psychiczny chorej, która denerwowała się długim trwaniem zabiegu, i 3 wreszcie, gdzie wysięk z gwałtownymi objawami wystąpił w dni kilka po dopełnieniu O. S. po ataku silnym kaszlu, wskutek którego przypuszczalnie pękły zrosty opłucnowe. O ile w latach poprzednich odsetek wysięków przy odmie sztucznej sięgał u mnie 60 — 70%, obecnie, jak widać z powyższego, mam ich 28 — 30%, czyli o połowę mniej, co muszę przypisać metodzie wolnego, bez ciśnienia lub pod małym ciśnieniem dopełniania O. S. Sposób ten ma jedną stronę ujemną, a jest nią dłu-

gotrwałość zabiegu; dopełnienie bowiem O. S. 700 — 800 cm. wymaga przy takim postępowaniu około ½ godziny czasu; chory długotrwałość zabiegu znosi zupełnie dobrze, zabiera on dużo czasu lekarzowi, ta okoliczność jednak nie ma żadnego znaczenia, gdyż chodzi o dobro chorego, o zapobieżenie tak ciężkiej komplikacji, jaką jest wysięk opłucnowy. Trudności techniczne, powstające przy podobnym sposobie dopełniania O. S., łatwo pokonać przez skonstruowanie odpowiedniego aparatu, którego schemat wyżej podałem*). Przez manipulowanie kranem „f” i balonem gumowym „g”, mamy możliwość otrzymywania zawsze pożądanego dla nas ciśnienia w rezerwuarze, a przede wszystkim łatwość wyrównywania go na O, a nawet na — przez przeniesienie balonika z „f” na wolny koniec rezerwuaru „d” i podpompowanie płynu do potrzebnego poziomu.

Reasumując: 1) Celem zapobieżenia wstrząsowi opłucnowemu zarówno pierwsze, jak i następne dopełnienia O. S. wykonywam jedynie w stanie równowagi psychicznej chorego. Dokonywam najwyżej 2 nakłuc i to igłą ostrą, nigdy nie wywieram na chorego presji i przy stanie zdenerwowania i bojaźni zabieg odkładam.

2) Poza innymi, przez wielu autorów, a w pierwszym rzędzie Saugmana podaniami szczegółami techniki O. S. uważam za ważny nakłucie pod ujemnym ciśnieniem, celem zapobieżenia zatorowi gazowemu i unikanie wysokich ciśnień, które uważam za zbyt wysokie dla leczenia, a niebezpieczne ze względu na możliwość pęknięcia zrostów. Wszystkie nakłucia muszą być z tą samą ostrożnością i precyzją wykonywane, co i pierwsze nakłucie.

3) Gaz musi być wpuszczany zawsze pod małym ciśnieniem; różnica między ciśnieniem w jamie opłucnowej, i w rezerwuarze nie powinna naogół przekraczać 5 cm., przy większym ciśnieniu będziemy się musieli liczyć z możliwością podrażnienia opłucny przez wychodzący z pędem z igły gaz. Wpuszczanie gazu pod małym ciśnieniem zmniejsza, według mego dotychczasowego doświadczenia, liczbę wysięków o połowę.

PÍSMIENICTWO.

1) Seweryn Sterling. — Suchoty płuc pospolite 1921 r. Fiszer — Łódź. 2) Z. Szczepański. — Sztuczna odma piersiowa — 1925, Ks. — Atlas — Warszawa. 3) F. Dumarest et P. Brette. — La Pratique du Pneumothorax thérapeutique. Masson 1923. 4) Chr. Saugman. Die Technik des künstlichen Pneumothorax in Handbuch d. gesamten Tuberkulose — Therapie v. Loewenstein Urban, Wien 1923. 5) Lungentuberkulose v. Kurt Henius in Spezielle Pathologie u. Therapie inneren Krankheiten v. Kraus u. Brugsch. 6) Dumarest, Parodi et Lelong. — Sur la pathogénie des épanchements pleuraux du pneumothorax artificiel; étude clinique et cytologique. Annales de médecine, 1920, Nr. 5. 7) M. G. Kuss. — Importance des mesures exactes de la pression pleurale Revue de la Tuberculose 1921, Nr. 3. 8) Burrell et Salusberg. — Report on artificial pneumothorax — Medical Research Council, London, juin 1922. 9) Parodi. — Sur la valeur et la mesure des pressions dans les pneumothorax artificiels. — Revue de la Tuberculose, 1925, Nr. 2. 10) Besançon, Asonlay, Chaband. — Les acidants nerveux subits au cours des insufflations du Pneumothorax thérapeutique — Revue de la Tuberculose 1925, Nr. 4. 11) M. Leon Kindberg. Mort subite consécutive à une ponction pleurale (Soc. Med. des Hôp. Paris, 30.I 1925. (Cytowane za Zeitschrift für Tuberkulose). 12) J. Sorgo. Die Behandlung mit Künstlichen Pneumothorax Urban, Wien 1923 r. 13) Rechinowski. — Sprawozdanie Sanatorium w Rudce za 1925 r. 14) v. Muralt. — Der Künstliche Pneumothorax. Die Chirurgie d. Brustorgane v. Saugman, Berlin, 1920, J. Springer. 15) Dłuski. — Przyczynę do nauki o odmie sztucznej. Warsz. Czas. Lek. Nr. 3 i 4 r. III.

Z oddz. chirurg. Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Dr. A. SOŁOWIEJCZYK).

Ropień gruczołu krokowego u chłopca 2½-letniego.

Podał

D. SZENKIER (Warszawa).

W III-im miesiącu życia zarodkowego możemy stwierdzić już początek gruczołu krokowego (*glandula prostata*), w postaci zwyczajnych pączków nabłonka, które w IV miesiącu zaczynają rozgałęziać się, a w V miesiącu wykazują jamy (*Tourreux*).

Poczynając od IV miesiąca życia zarodkowego, narząd ten składa się z dwóch oddzielnych bocznych płatów, które w przeciągu V-go miesiąca łączą się najpierw z tyłu, a później z przodu, tak, że już w połowie życia zarodkowego narząd ten ma swój późniejszy wygląd (*Thompson*). W chwili urodzenia się dziecka gruczoł krokowy jest jeszcze bardzo mało rozwinięty. Wielkość jego nie przekracza wielkości orzeszka. Rozwinięta jest głównie masa mięśniowo-elastyczna, składająca się z włókien okrężnych, otaczających cewkę, i z włókien podłużnych, powierzchownych. Natomiast część gruczołowa ogranicza się do dwóch małych płatów, ułożonych z tyłu i po obu stronach cewki moczowej. Ta część gruczołowa nie posiada jeszcze prawidłowych pęcherzyków (*alveoli*), składa się głównie z przewodów (*Marion*). Normalny swój wygląd tkanka gruczołowa otrzymuje dopiero w okresie dojrzewania płciowego.

Z powyższego widzimy, że gruczoł krokowy istnieje u najmłodszych dzieci, prawda, w stanie niedorozwiniętym, jednakże jako zupełnie określona jednostka. Wrodzony brak gruczołu krokowego obserwujemy tylko w rzadkich przypadkach obustronnego wnetrostwa lub w braku jąder, albo też znacznego wrodzonego zaniku tychże.

Schorzenia gruczołu krokowego u dzieci są dużą rzadkością. Najczęściej spotykamy mięsaki. Wogóle nowotwory gruczołu krokowego obserwujemy w wieku starszym, wyżej 50 lat (raki), lub w wieku dziecięcym, niżej 14 lat (mięsaki). Natomiast schorzenia gruczołu krokowego pochodzenia zapalnego u dzieci dotychczas prawie nie były opisane. W dostępnej mi literaturze nie mogłem znaleźć przypadku zapalenia gruczołu krokowego u chłopca niżej lat 14. Okoliczność ta skłania mnie właśnie do ogłoszenia przypadku, dotyczącego się ropnia gruczołu krokowego u dziecka 2½-letniego.

J. G. — 2½ roku. Przywieziony został do mnie z prowincji z powodu trudności w oddawaniu moczu. Od tygodnia zupełnie zatrzymanie moczu, z którego to powodu był codziennie cewnikowany.

Matka opowiada, że obecna choroba rozwijała się powoli. Dziecko zaczęło częściej oddawać mocz, później zaczęło się uskarżać

*) Aparat mój, skonstruowany przez firmę Drobner, jest bardzo portatywny, waży bowiem 1½ K-o.

na bóle przy urynowaniu. Zwykle przed oddaniem moczu zaczynała płakać. Wystąpiły przeszkody w oddawaniu moczu: dziecko musiało się nadymać, członek naprężał się, mocz wychodził kroplami.

Od tygodnia zupełne zatrzymanie. 3 miesiące temu ciężki dur brzuszny o długotrwałym przebiegu. Matka nie może stanowczo powiedzieć, czy dziecko ostatnio gorączkowało, ponieważ ciepota ciała nie była mierzona.

Dziecko wygląda dobrze, odżywianie dobre. Język cokolwiek obłożony. Brzuch bolesny w dolnej części. Nad spojeniem łonowym duże stłumienie, które znika po wypuszczeniu moczu przez cewnik. Samoistnie dziecko moczu nie oddaje. Cewnik Nr. 7 przechodzi łatwo do pęcherza. Wypuszczono ok. 100 cm. moczu przezroczystego. Badanie cewnikiem metalowym (celem wyłączenia kamieni pęcherzowych) dało wynik ujemny.

Przy badaniu przez odbytnicę wyczuwa się w okolicy gruczołu krokowego guz wielkości dużej śliwki; w jednym miejscu — chębotanie. Temperatura wieczorami sięga do 37,30. Codziennie cewnikowanie.

20.XI. 1925 r. w znieczuleniu ogólnym operacja (Dr. D. S z e n k i e r). Cięcie kroczka podłużne po linii środkowej. Zwykłą drogą dotarło się do otoczki gruczołu krokowego (*capsula prostatica*), która występuje w postaci charakterystycznej, błyszczącej tkanki. Próbnym nakłuciem przez otoczkę wykazało ropę w obu płatach gruczołu. Przez dwa podłużne cięcia w tych płatach ropnie opróżniono. Sączkowanie.

Jak widzimy, w przypadku tym znaleźliśmy ropień gruczołu krokowego u 2½-letniego dziecka. Jest to poniekąd unikat w literaturze. Pochodzenie tego ropnia może ma łączność z przebyłym drem brzuszny.

Ropień gruczołu krokowego, który może się wytworzyć w przebiegu ostrego zapalenia gruczołu, najczęściej obserwujemy u ludzi młodych, jako powikłanie rzeżączki.

Druga grupa chorych należy do ludzi w wieku starszym. Są to chorzy, cierpiący na przerost gruczołu krokowego, schorzenie, w którego przebiegu może się wytworzyć ropień w gruczole.

Ostre zapalenie gruczołu krokowego, które może doprowadzić do wytworzenia się ropnia, może być różnego pochodzenia. Co do zarazków, które wywołują zapalenie gruczołu, to, nie bacząc na to, że większą część przypadków obserwuje się w przebiegu rzeżączki, bardzo rzadko daje się stwierdzić w ropniach tych obecność gonokoków. Tak Albarran w 11 przypadkach ani razu nie mógł znaleźć koków Neissera, Casper z 30 przypadków, przez siebie zbadanych, tylko w pojedynczych mógł je stwierdzić. Najczęściej znajdował się w ropniach tych gronkowiec, rzadziej — paciorkowiec (Frisch, Albarran), lasecznik okrężnicy (Barbacci), bardzo rzadko pneumokok

(Guillon, ostatnio Pulido Martin i Larregla). W jednym przypadku Albarran stwierdził obecność prątków anaerobowych, mianowicie *Bacillus perfringens* (ogłoszone przez Cottet i Duval).

Drogi, które zakazanie przedostaje się do gruczołu krokowego, są następujące.

1. Droga wstępująca przez przewody wyprowadzające. Przyczem zakazanie idzie w kierunku od śluzówki cewki tylnej do gruczołu krokowego. W przypadkach tych zapalenie gruczołu krokowego bywa zwykle powikłaniem schorzenia cewki tylnej. Przeważającą część tych przypadków obserwuje się w przebiegu rzeżączki ostrej lub przewlekłej, t. zn. u ludzi w wieku młodym i średnim.

Wywołane bywa to zakazanie przez zarazek Neissera lub przez zarazek zakazania wtórnego głównie gronkowca.

2. Droga przez naczynia chłonne. W schorzeniu narządów, sąsiadujących z gruczolem krokowym, zarazki mogą przedostać się do tego narządu przez naczynia chłonne. Są notowane przypadki ropni gruczołu krokowego w przebiegu ropienia około-odbytnicowego, w zakazaniu krwawnic, w przetokach odbytu, w owrzodzeniach odbytnicy, w ropieniach okołopęcherzowych.

3. Droga bezpośrednia przy zranieniu gruczołu krokowego przez kroczce lub odbyt. Morand opisuje ropień gruczołu krokowego, jako powikłanie rany oolicy nad spojeniem łonowym. *Fausse route*, prowadząca do gruczołu krokowego oczywiście może wywołać ropień, przyczem zakazanie następuje bezpośrednio przez wprowadzenie zarazków z cewki tylnej lub pośrednio przez mocz.

4) Droga przez krwioobieg w przebiegu różnych chorób zakaźnych: *angina phlegmonosa* (Frisch), *pneumonia* (Beck), *parotitis* (Güterbock), sprawy ropne (Desormeaux, Socin), *variola* (Guyon). Ropnie, powstałe w gruczole krokowym tą drogą, są bardzo rzadkie. Segond mówi nawet o ich wyjątkowej rzadkości. Ja osobiście miałem możliwość operowania jednego takiego przypadku w przebiegu ciężkiej grypy. Tem rzadsze są ropnie gruczołu krokowego u małych dzieci, jak w naszym przypadku, co upoważniło mnie do ogłoszenia go.

Streszczenia zbiorowe.

O twardzieli (scleroma).

Podał

Andrzej BIERNACKI (Warszawa).

Endemicznie panująca u nas twardziel stanowi niewątpliwie jedno z najważniejszych zagadnień epidemiologicznych w Polsce. Opracowana dość szczegółowo pod względem klinicznym i anatomicopatologicznym, stosunkowo łatwa do rozpoznania, stanowi jednocześnie, jeśli chodzi o jej etiologię i uatogenezę, zagadkę, dotąd nierozwiązaną.

Strona kliniczna i anatomicopatologiczna twardzieli jest już zagadnieniem, prawie zamkniętym, i nie będę jej wcale poruszał w niniejszym referacie; chodzi tu raczej o zorientowanie się w obecnym stanie badań nad etiologią twardzieli, a zwłaszcza nad rolą, jaką zajmuje w powstawaniu choroby lasecznik Frischa.

Etiologja. Doświadczenia na zwierzętach.

Kiedy w r. 1870 Hebra opisał w Wiedniu twardziel, jako nową jednostkę chorobową, wówczas powszechnie traktowano ją, jako schorzenie nowotworowe, przyczem Weber określał je, jako *perisarcoma nasi*, a Kaposi, Weinlechner i Mikulicz,

jako *sarcoma parvicellulare*. Inni autorowie traktowali ją jako kilę trzyczorzędową (H e b r a) lub jako gruźlicę (K a r a w a j e w).

Wszystkie te przypuszczenia zeszyły jednak na drugi plan, kiedy w r. 1882 F r i s c h, badając histologicznie 12 przypadków twardzieli, opisuje gram-ujemną pałeczkę, wykazaną na skrawkach, jako bezpośrednią przyczynę choroby, jako *bacillus rhinoscleromatis*. Odkrycie to, potwierdzone przez C o r n i l a i A l v a r e z a, B a b e s a, D i t t r i c h a, M i k u l i c z a, wreszcie przez P a l t a u f a i E i s e l s b e r g a, rozstrzygnęło, zdawało się, kwestję. Prątek ten, podobny do lasecznika F r i e d l a e n d e r a, był znajdowany u chorych prawie w 100%, i zaczęto uważać go za jedyną przyczynę choroby. Zaczęły się jednak zjawiać pewne trudności.

Doświadczenia nad zakażeniem zwierząt laboratoryjnych tkanką twardzielową i prątkami, rozpoczęte przez samego F r i s c h a, naogół zawiodyły. Cały szereg badaczy (D i t t r i c h, P a l t a u f, J a k o w s k i i M a t l a k o w s k i, M i b e l l i, W i l d e, D u c r e y, M a z z a, S i m o n i, R y d y g i e r) otrzymał wyniki ujemne. Pierwszym, który wykonał doświadczenia na większą skalę i otrzymał pewne wyniki dodatnie, był S t e p a n o w, który w r. 1889 po całym szeregu nieudanych prób z królikami, myszami, kotami, a nawet prosiętami, zaczyna wprowadzać materiał zakaźny (tkankę twardzielową lub laseczniki) do przedniej komory oka świnki morskiej.

Zakaził on w ten sposób 64 świnki i u 7-u z nich udało mu się otrzymać jakoby odczyn zapalny, charakterystyczny dla twardzieli, z tkanką ziarninową, komórkami M i k u l i c z a, wolnemi lasecznikami i komórkami hyalinowemi.

W rok później P a w ł o w s k i otrzymuje te same wyniki na 4-ty dzień po zakażeniu.

Prócz doświadczeń na zwierzętach laboratoryjnych, próbowano również zakażać małpy, a nawet człowieka. B r a u l t i M a s s e l o t robią doświadczenia na rodzaju *Macacus*, a S i m o n i wprowadza otoczkowce na błonę śluzową nosa i krtani osobników z daleko posuniętymi zmianami gruźliczemi. Zarówno jedne, jak i drugie doświadczenia dały wynik ujemny.

Jedynym badaczem, który prócz S t e p a n o w a otrzymał wyniki dodatnie, jest A. K r a u s. Po nieudanych próbach zakażenia rozmaitych zwierząt, zaczyna on w r. 1907 eksperymentować wyłącznie na białych myszach, wrażliwych bardzo na prątek F r i s c h a. Zakaża je, wszczepiając prątek doskórnie, bądź za pomocą nacięć, bądź za pomocą zastrzykiwań doskórnych. Po 8-u lub 9-u dniach w miejscu zakażenia występuje guzek, w którym histologicznie, oprócz zwykłych objawów zapalenia, można było stwierdzić dużą liczbę komórek M i k u l i c z a z prątkami. Komórki te przedstawiały rozmaite formy przejściowe i, według zdania M a r s c h a l k i, nie różniły się niczem od komórek, spotykanych u człowieka.

Badania te zostały powtórzone przez szereg badaczy (G o l d z i e h e r i N e u b e r g, P a s i n i, B r a u l t i M a s s e l o t, N a g y, L o n g o, T o g u n o w a i K o r d a t o w a), jednak bez wyjątku z wynikiem ujemnym.

Wobec tego K r a u s w r. 1923 powtórzył swoje doświadczenia i, jak podaje, otrzymał wyniki jeszcze lepsze, niż poprzednio. W jednym, zwłaszcza, przy-

padku wynik był bardzo ciekawy: u jednej myszki w 8 dni po zakażeniu powstał na języku guzek, który pod mikroskopem wykazał typowy obraz tkanki twardzielowej. K r a u s traktuje to jako przerzut drogą krwi. Zmiany w skórze zwykle po 3-ich tygodniach cofają się, przytem aż do 18 dnia można hodować z tkanki lasecznik F r i s c h a i dalej zakażać zwierzęta. Tym sposobem, jak twierdzi K r a u s, zostały wypełnione postulaty K o c h a, jest on jednak na tyle ostrożny, że uważa zmiany tkankowe za swoiste nie tylko dla prątka F r i s c h a, ale dla całej grupy otoczkowców gram-ujemnych, okazało się bowiem, że i lasecznik F r i e d l a e n d e r a wytwarza podobne zmiany. Mimo dodatnich wyników, doświadczenia S t e p a n o w a i K r a u s a są tak odosobnione i niepewne, że większość badaczy twierdzi, iż doświadczalnie twardzieli otrzymać jeszcze się nie udało, i traktuje zmiany tkankowe, jako nieswoisty odczyn tkanki na podrażnienie.

Odczyny odpornościowe.

Znalazł się jednak niebawem nowy argument za swoistością chorobotwórczą prątka F r i s c h a, mianowicie, G o l d z i e h e r i N e u b e r g, a następnie B a b e s, stwierdzają istnienie we krwi chorych na twardziel swoistych przeciwciał dla aglutynacji i odchylenia dopełniacza, skierowanych przeciwko lasecznikowi F r i s c h a. Aglutynacja (B a b e s, K l e m p e r e r i S c h e i e r) mniej się nadaje do badań, gdyż otoczkowce naogół źle się aglutynują, mimo, że przez pozbawienie ich otoczki (H i n s b e r g) lub używanie starych hodowli (F i t z g e r a l d) można odczyn ten otrzymać; natomiast odchylenie dopełniacza przebiega dużo łatwiej i daje wyniki zupełnie, zdaje się, swoiste.

Odporność serologiczna w twardzieli była przedmiotem wielu prac (K a b e l i k, H i n s b e r g, d e A r e a L e a o, Q u a s t). Ostatnio T o m a s e k zbadał surowice 103-ech chorych z wynikiem następującym: z 16-tu przypadków pewnej twardzieli odchylenie dopeł. wypadło dodatnio w 14-tu, z 8-u podejrzanych o twardziel — 3 razy dodatnio, u 23 chorych na schorzenia przewlekłe górnych dróg oddechowych (*laryngitis*, *rhinitis*, *ozaena*, *lues*, *tbc.*, nowotwory) i u 56-u chorych na choroby wewnętrzne (głównie *lues* i *tbc.*) odchylenie wypadło ujemnie. Surowice chorych na twardziel nie dawały przytem odchylenia z las. F r i e d l a e n d e r a, A b e l - L ö w e n b e r g a, *coli*, wyciągiem z prątków gruźliczych (wg. B o q u e t i N è g r e) i odczynu W a s s e r m a n n a.

Na jeszcze większym materiale (około 280 chorych) przeprowadzili badania porównawcze z odchyl. dopełn. E l b e r t, F e l d m a n n i G e r k e s — również z wynikiem dodatnim.

Co do wahań się ilości przeciwciał podczas przebiegu choroby, a zwłaszcza podczas leczenia, to pod tym względem zdania są bardzo podzielone. Podczas gdy jedni autorowie (G o l d z i e h e r, B a b e s, M e s c z e r s k i i G r y n c z a r, R y d y g i e r) spostrzegali zmniejszenie się ilości przeciwciał przy leczeniu R ö n t g e n e m, to T o m a s e k uważa, że nie zmieniają się one zupełnie, a G ü n t z e r i B e h a m obserwowali zwiększenie się ilości przeciwciał podczas leczenia szczepionkami.

Ostatnio zaczęto również wprowadzać do kliniki odczyn skórny dla stwierdzenia stanu alergji u chorych na twardziel (Kabelik, Soukup). Pierwsze próby z odczynem skórnym były robione jeszcze w r. 1911 przez Picka, jednak z wynikiem ujemnym. Soukup używa do odczynu bądź zawiesiny prątków Frischa, homogenizowanej antyforminą, bądź posługuje się odparowanym wyciągiem wodnym. Odczyn ten ma być zupełnie swoisty.

Naogół więc odczyny odpornościowe, a zwłaszcza odchylenie dopełniacza, są, zdaje się, zupełnie swoiste i to nie tylko w tem znaczeniu, że w każdym przypadku twardzieli otrzymamy odchylenie dopeł. z lasecz. Frischa, ale że tego odczynu nie daje żaden inny lasecznik z grupy otoczkowców gram-ujemnych. Ten ostatni szczegół jest niezmiernie ważny, łączy się on bowiem ściśle z zasadniczym zagadnieniem, poruszaniem już oddawna przez wielu autorów: czy istnieje w rzeczywistości lasecznik Frischa, jako prawdziwy *bac. rhinoscleromatis*, odrębny od pozostałych otoczkowców.

Stanowisko las. Frischa w grupie otoczkowców w gram-ujemnych.

Paltau i Eiselsberg, którzy pierwsi otrzymali czyste hodowle prątk. Frischa, zaznaczali już wtedy jego wielkie podobieństwo do las. Friedlaendera i innych otoczkowców, a Babes po dokonaniu b. szczegółowych badań porównawczych między las. Frischa i Friedlaendera dochodzi do wniosku, że są to bakterje identyczne. Wprawdzie były i są podawane pewne różnice w hodowlach tych laseczników, jednak obecnie większość badaczy uważa, że pewne odróżnienie tych dwóch prątków jest prawie zupełnie niemożliwe (Strong, Abel i Hallwachs). U nas do tych samych wyników doszła jeszcze w r. 1913 Littauerówna, rozporządzając jednak dość szczupłym materiałem.

Mimo tego dość rozpowszechnionego poglądu istnieje grupa badaczy, którzy uważają, że prątek Frischa można wyodrębnić od pozostałych otoczkowców li tylko drogą fermentacji węglowodanowej i określania własności redukcyjnych. Jednym z przedstawicieli tej grupy jest Kabelik, który w wyniku swych prac uważa las. Frischa za najbardziej stałą bakterję całej grupy, zajmującą podobne stanowisko, jak lasecznik Ebertha w grupie *tuberculosis* i dająca się ściśle odróżnić od pozostałych. W Polsce zajęli się tą sprawą ostatnio Meiseli i Mikulaszek i, rozporządzając dość dużym materiałem (33 szczepy), potwierdzili i rozszerzyli wyniki Kabelika. Słabą stroną tych prac jest to, że cechy odróżniające bakterie są czasami dość nikle, sprowadzają się bowiem w niektórych przypadkach do niewielkich różnic w stopniu alkalizacji pożywki. Jest więc rzeczą możliwą, że wahania tej np. własności w obrębie noszczęólnych szczepów będą tak znaczne, że uniemożliwią ściśle rozpoznanie na tej podstawie.

Zagadnienie odrębności las. Frischa jest tem poważniejsze, że cały szereg badaczy wykrył otoczkowce gram-ujemne w jamie nosowo-gardzielowej osobników zdrowych lub też chorych na rozmaite cierpienia dróg oddechowych, z wyłączeniem twardzieli. Netter u zdrowych znajduje w 4,5% prątki

Friedlaendera, Hasslauer w 14%, Lingelsheim i Fürst w 10 — 20%, Neumann w 20%. U chorych (*rhinitis, pharyngitis, laryngitis, tbc. etc.*) Neumann znajduje prątki Friedlaendera w 50%. Jest to już procent tak duży, że należy się zastanowić, czy otoczkowiec, znajduwany w przypadkach twardzieli, nie stoi w jakim związku z temi saprofitującymi bakterjami.

Zrozumiała jest teraz rzeczą, jakie znaczenie ma odczyn odchylenia dopełniacza z surowicą chorych na twardziel, jako jedyna właściwie pewna cecha, odróżniająca prątek Frischa od pozostałych otoczkowców. Nieuwzględnianie tego odczynu może prowadzić do mylnego rozpoznawania wyhodowanych szczepów. Pieniążek np. wspomina o chorej, którą długi czas leczono na cuchnący nieżyt nosa (*ozaena*), a nawet wyhodowano prątki, które miały wszystkie własności prątków Abellöwenberga; tymczasem po kilku latach można już było stanowczo stwierdzić, że była to rozpoczynająca się twardziel.

Nieliczni autorowie (Kriebel, Stanziale) otrzymali wyniki ujemne, stosując odchylenie dopełniacza, jednak są to po większej części prace, oparte na stosunkowo ubogim materiale, odosobnione zupełnie w literaturze. Naogół swoistość odchylenia dopełniacza w twardzieli jest, zdaje się, faktem ustalonym.

Rola lasecznika Frischa w twardzieli.

Jaka jest rola lasecznika Frischa? Czy jest on przyczyną twardzieli? Na te pytania nie można, niestety, dzisiaj odpowiedzieć. Wszyscy prawie godzą się na to, że odgrywa on bardzo ważną rolę w tem schorzeniu, czy jednak rola jego ogranicza się do wywoływania zakażenia dodatkowego (Babes), czy też jest on właściwym czynnikiem etiologicznym (Abel, Hallwachs, Neisser), tego nie można narazie rozstrzygnąć.

Za swoistością chorobotwórczą prątk. Frischa przemawia: stała jego obecność we wszystkich przypadkach twardzieli, odosobnione, co prawda, doświadczenia Stepanowa i Krausa i swoistość odczynu Bordet-Gengou z surowicą chorych. Natomiast przeciwko swoistości przemawiają: mała zakaźność tej choroby, ujemny wynik szczepień na zwierzętach, podawany przez większość badaczy, brak zajęcia gruczołów chłonnych i wreszcie niemożność pewnego różniczkowania las. Frischa od innych otoczkowców gram-ujemnych.

Należy zaznaczyć, że swoistość odchylenia dopełniacza, uważana przez wielu autorów za bardzo mocny argument za swoistością chorobotwórczą prątk. Frischa, nie przesądza jeszcze sprawy. Istnienie swoistych przeciwciał w ustroju chorego na twardziel może być następstwem wnikania do tego ustroju produktów przemiany materji lub rozpadu prątków Frischa, nawet, jeśli są one tylko przyczyną zakażenia dodatkowego (Babes).

Stosunkowo prostym wyjściem z tej sytuacji byłoby przypuszczenie, że lasecznik Frischa nie jest niczem innym, jak tylko lasecznikiem Friedlaendera, który, saprofitując w jamie nosowo-gardzielowej, może pod wpływem nieznanых czynników zmienić swoje własności antygenne i stać się bakterją chorobotwórczą. Pogląd taki byłby zgodny z wyni-

kami doświadczeń na zwierzętach, tam bowiem obie bakterje dają jednakowe zmiany, a warunek zmienności własności antygennych tłumaczyłby swoistość odczyna dopelnacza.

Patogeneza.

Patogeneza twardzieli jest zupełnie niejasna. Nie znamy ani jednego pewnego przypadku zakażenia człowieka od człowieka, w literaturze niema wcale przypadków zakażenia laboratoryjnego lub zachorowań wśród personelu szpitalnego. Co do występowania kilku przypadków twardzieli w jednej rodzinie, to jest to, zdaje się, sprawa częstsza, niż się dotąd przypuszczało. Do niedawna przytaczano te przypadki, jako rzeczy stosunkowo rzadkie (Robertson, Pieniążek), ostatnio jednak Elbert, Feldmann i Gerkes, przeprowadzając badania na dużą skalę w okolicach Mińska, znaleźli 10 rodzin, zarażonych twardziela. Ciekawem jest, że poszukiwania w kierunku nosicieli prątków Frischa zupełnie zawiodły. Erbrich i Jakubowski podają interesujący przykład pewnej rodziny z hrubieszowskiego, składającej się z 2 sióstr i 3 braci. Pierwszy zachorował najstarszy brat 27-letni, jednocześnie lub nieco później młodszy brat 22-letni, najmłodszy 18-letni zachorował po 4 latach, a obie siostry dopiero po 7-iu latach od zjawienia się twardzieli. Na podstawie tych obserwacji nie można oczywiście twierdzić, iż twardziel przenosi się z człowieka na człowieka: wiemy np. (Erbrich), że osobnik chory, przeniesiony do miejscowości wolnej od tej choroby, nigdy nie wywołuje epidemii. Ta ostatnia okoliczność przemawia za jakimiś czysto lokalnymi przyczynami powstawania ognisk twardzieli, a ponieważ twardziel występuje prawie wyłącznie u ludności wiejskiej, przeto zjawilo się przypuszczenie, że człowiek zaraża się od samej gleby lub od bydła. Dickerehoff opisał pewne choroby błon śluzowych u bydła jako twardziel, a Dor i Leblanc wychodowali jakoby z pyska świni prątek Frischa. Były również przypuszczenia, że las Frischa rozwija się w świecie roślinnym, mianowicie Alvarez stwierdził jakoby, że rośnie on na roślinie *indigofera tinctoria*, służącej do wyrobu znanego barwika, błękitu nilu. Kiedy więc Dekester i Martin opisali pierwszy przypadek twardzieli w Marokku, zostały dokonane poszukiwania prątka na tej roślinie, obficie tam rosnącej, jednak z wynikiem ujemnym.

W ostatnich czasach zjawila się praca, której autor, japończyk Takeuchi, uważa za przyczynę twardzieli jakiś krótek, spostrzegany w 5-u zbadanych histologicznie przypadkach. Praca ta nie została dotąd potwierdzona i przedstawia się trochę problematycznie.

Twardziel w Polsce.

Polska jest jednym z największych ognisk twardzieli na świecie, stojąc na drugim miejscu za Sowietami. Niestety, z powodu braku pewnych danych statystycznych nie można obecnie podać ani ogólnej liczby chorych i zachorowań rocznych, ani dokładnego rozmieszczenia twardzieli w Polsce. Wiadomo tylko oddawna, że głównym siedliskiem twardzieli jest Małopolska Wschodnia i Wołyń, twardziel rozszerza się z roku na rok, obejmując coraz większe przestrzenie.

W dość ubogiem pod tym względem piśmiennictwie najbardziej szczegółową jest chyba praca Pachonńskiego z kliniki Pieniążka w Krakowie, który, opierając się na stosunkowo dużym materiale 273 przypadków, podaje przybliżone rozmieszczenie twardzieli w Małopolsce. Według niego głównym ogniskiem twardzieli są powiaty: Jarosław, Nisko i Ropczyce. Liczba zachorowań w tych powiatach ciągle się zwiększa, szerząc się w kierunku północnym przez Przeworsk. Prawdziwe ognisko znajduje się jednak raczej w okolicach Lwowa, bowiem, podczas gdy w Krakowie obserwowano te przypadki w ciągu 15-tu lat, Jurasz we Lwowie już w przeciągu 3½ lat zebrał 200 przypadków twardzieli. Duży materiał, jakim rozporządza lwowska klinika otolaryngologiczna prof. Zalewskiego (Lehm) potwierdza również to przypuszczenie.

Według Jurasza drogi szerzenia się twardzieli są następujące: 1) w kierunku Małopolski Zachodniej, na Śląsk, Morawy i Czechy, 2) przez Węgry do Kroacji, Styrii i Krainy, 3) od wschodu z Rosji do Litwy, b. Kongresówki, Prus Wschodnich.

W b. Kongresówce sprawą rozmieszczenia twardzieli zajął się Żebrowski, który w Lublinie w ciągu 4 lat widział 26 przypadków. Przeprowadził on nawet ankietę, która nie dała wprawdzie oczekiwanych wyników, ale na której podstawie, opierając się na 68 przypadkach, autor doszedł do wniosku, że twardziel jest endemiczna w lubelskim i siedleckim, gdzie tworzy prawdziwe ognisko, oraz że w pochodzie na zachód przeszła już Wisłę, albowiem stwierdzono 7 przypadków w radomskim. Prócz tego stwierdzono również 7 przypadków w ziemi grodzieńskiej; wynikałoby więc z tego, że posuwa się również od północy, i Żebrowski przypuszcza, że w niedługim czasie ognisko w grodzieńszczyźnie połączy się z ogniskiem w lubelskim i siedleckim. Gantz i Lubliner opisali również przypadki w piotrkowskim. Dużym ogniskiem twardzieli, mało dotąd opracowanym, jest także Wołyń (przypadek Bujiwida i Srebrnego).

Dane statystyczne są tak skąpe, że obecnie najbardziej chyba aktualną sprawą jest zorganizowanie na szeroką skalę zakrojonej ankiety. Co do ogólnych metod walki z tym „chłopskim trędem“, to sądzę, że zupełnie aktualne są postulaty, postawione przez Jurasza jeszcze w r. 1910:

- 1) Twardziel należy uważać za chorobę obowiązkowo zgłaszalną.
- 2) Konieczne są roczne statystyki tej choroby.
- 3) Należy zakładać stacje doświadczałne w ogniskach twardzieli.
- 4) Konieczne jest zorganizowanie corocznych konferencyj międzynarodowych (w/g. projektu H. Schröttera) krajów, zagrożonych tą chorobą (Polska, Rosja, Czechy, Węgry, Niemcy, Rumunja, Szwajcjarja, Włochy, Hiszpanja).

PIŚMIENNICTWO.

Piśmiennictwo dawniejsze jest zebrane w artykule Babesa w Handbuch der Pat. Mikroorganismen Kötter-Wassermann, t. V, s. 1237 i w artykule Pieniążka w Handbuch der Laryngologie Heymanna.

PISMIENICTWO NOWSZE.

1) de Area Leao. C. R. de la Soc. de Biol. 1924, s. 693.
 2) Dekester, Martin. Annales de Dermat. et Syph. 1921, Nr. 10. 3) Dickerhof, przytoczone wg. Hamza. Cbtt. f. Bakt. 1925, s. 56. Ref. 4) Dor, Leblanc, przytoczone wg. Hamza. Cbtt. f. Bakt. 1925, s. 56. Ref. 5) Erbrich. Patologia dróg oddechów. górnych i uszu. 6) Elbert, Feldmann, Gerkes, Cbtt. f. Bakt. Orig. 1925, s. 410. 7) Elbert, Feldmann, Gerkes, Cbtt. f. Bakt. Orig. 1927, s. 385. 8) Fitzgerald. Cbtt. f. Bakt. Ref. Bd. 62, s. 450. 9) Gantz, Lubliner. Medycyna XIII, s. 285, — 1914. 10) Goldzieher, Neuber. Cbtt. f. Bakt. Orig. Bd. 51, s. 122. 11) Hinsberg. Deutsch. Med. Woch. 1923, Nr. 47. 12) Jurasz. Gaz. Lekarska. T. 36, s. 1001. 13) Kraus. Archiv. f. Derm. Bd. 145, s. 230 r. 124. 14) Kraus. Klin. Woch. 1923, Nr. 28. 15) Kriebel. Berl. Klin. Woch. 1918, 629. 16) Kabelik. Seuchenbekämpfung 1925, H. 3/4. 17) Litt-

uerówna. Medycyna 1913, s. 204 i 228. 18) Meszczerski i Grynczar. Berl. Klin. Woch. 1914, s. 512. 19) Meiseli Mikulaszek. Polska Gaz. Lek. 1927, Nr. 3. 20) Meisel, Mikulaszek. C. R. de la Soc. de Biol. 1927, s. 21) Pachonński. Przegląd Lekarski, 1910, Nr. 23 — 30. 22) Quast. Cbtt. f. Bakt. Orig. 1926. H. 2/3. 23) Stanziale. Cbtt. f. Bakt. Bd. 62, s. 625, 24) Soukup. Cbtt. f. Bakt. Ref. 1925, s. 564. 25) Togunowa Kordatowa. Arch. f. kl. u. Exp. Med. 1922. 26) Tomasek. Cbtt. f. Bakt. Ref. 1925, s. 564. 27) Takeuchi. Transl. of the Japanese Path. Soc. V. 12, 1922. 28) Żebrowski. Przegląd Lekarski, 1916, s. 175. 29) Żebrowski. Gazeta Lekarska, 1922, Nr. 26. 30) Bujwid i Srebrny. Nowiny Lek. r. 1893.

Pismienictwo działu otoczkowców znajduje się w artykule: Abeli Hallwachs w Handbuch der Pat. Mikroorg. Kolle — Wassermann. T. VI, s. 515.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Biologia.

J. A. COLLAZO. **O zawartości kwasu mlekowego w krwi naczyń wątroby i mięśni.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 18, 1925).

Autor obliczał ilość kwasu mlekowego we krwi tętnic i żył mięśni i wątroby dla porównania zawartości kwasu mlekowego w tętnicy, przynoszącej materiał energetyczny z jego zawartością w żyłę, unoszącej produkty przemiany materii.

W naczyniach krążenia ogólnego krew tętnicy szyjnej zawierała mniej kwasu mlekowego, niż krew żyły jarczowej, podczas gdy glikemja w obu tych naczyniach była jednakowa. W naczyniach udowych krew tętnicy zawierała mniej kwasu mlekowego, niż krew żyły, stosunki co do poziomu cukru były wprost przeciwnie. Tętnica mięśniowa przynosi więcej cukru, a żyła unosi więcej kwasu mlekowego.

W naczyniach wątroby krew tętnicy wątrobowej, naczynia odżywczego narządu, i krew żyły wrotnej zawiera więcej kwasu mlekowego, niż krew żyły wątrobowej. Co zaś do poziomu cukru, to jest on u zwierzęcia naczecz większy w żyłę wrotnej i wątrobowej. Stosunki te zmieniają się, o ile do wątroby doprowadza się pewną ilość glukozy, albo zastrzykując ją do żyły wrotnej, albo z wchłaniania z przewodu pokarmowego. Można wówczas stwierdzić nadzwyczajnie duże wytwarzanie się kwasu mlekowego w wątrobie, wydzielanego przez żyłę wątrobową jednocześnie z podnoszeniem się glikemji. Doświadczanie to wykazuje, że wątroba, o ile jej się dostarcza węglowodany, jest potężnym źródłem kwasu mlekowego.

Wpływ insuliny, zastrzykniętej do żyły wrotnej, na krew, wychodzącą z wątroby, nie różni się od jej wpływu na poziom cukru we krwi krążenia ogólnego: stwierdza się hypoglikemję z jednoczesnym wzmocnieniem się kwasu mlekowego.

Doświadczenia powyższe pozwalają na wyciągnięcie wniosku, że ilość kwasu mlekowego we krwi, wychodzącej z mięśni, wątroby i we krwi żyłnej krążenia ogólnego jest większa, niż w tętnicach, podczas gdy poziom cukru we krwi jest większy w tętnicach niż w żyłach.

J. Typograf.

SOLANO RAMOS i L. GARCIA FOX. **O znaczeniu wody dla utrzymania równowagi kwasowo-zasadowej krwi** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 30, 1925).

Dokładna obserwacja chorych po zabiegach chirurgicznych, dokonanych na przewodzie pokarmowym, zwróciła uwagę autorów na ważne znaczenie wody w utrzymywaniu równowagi kwasowo-zasadowej krwi. Autorzy stwierdzili, że pozbawienie chorych wody warunkuje objawy kwasicy w stopniu odpowiednim do braku wody.

Podanie chorym 1 do 2 litrów wody przed zabiegiem lub zastosowanie lauwatywy kroplowej bezpośrednio po zabiegu, lub codzienne zastrzykiwanie 300 do 500 ctm³ płynu pozwalają na uniknięcie kwasicy pooperacyjnej. We wszystkich przypadkach, w których osiągnięto odpowiednio odwodnienie chorych zasób zasad wzrastał w sposób widoczny.

Do powyższych spostrzeżeń można dodać, że wszystkie sprawy, przebiegające z zubożeniem ustroju w wodę, jak np. zaburzenia

żółdkowo-jelitowe dzieci, atrepsja, niepowstrzymane wymioty ciężarnych, zwężenie przełyku, okazują wyraźne działanie zakwaszające na ustroj.

W szeregu doświadczeń na psach autorzy stwierdzili, że zastrzykiwanie dożylnie kwasu solnego, wywołujące szybko śmiertelne objawy kwasicy, stają się nawet w znacznie większych dawkach nieszkodliwymi, o ile uprzednio zastrzyknie się psom pewną ilość wody.

Obliczanie rezerwy alkalicznej, dokonane na wielu psach przed i po zastrzyknięciu wody przekroplonej w ilości, nie powodującej hemolizy, lub rozczynu fizjologicznego albo płynu Hayema wykazało we wszystkich przypadkach powiększenie się zasobu zasad od 8 do 14.

Z dokonanych spostrzeżeń klinicznych i badań doświadczalnych autorzy wyciągają wniosek, że prawo Arrheniusa co do wpływu rozcieńczenia wody na dysocjację jonów, warunkujące zależność ilości drobin czynnych, zawartych w danym rozczywie, od ilości wody, służącej do ich rozcieńczenia, że prawo to znajduje zastosowanie również *in vivo* dla utrzymania prawidłowej równowagi kwasowo-zasadowej krwi.

J. Typograf.

L. BINET i A. BLANCHETIERE. **Badania nad zawartością wapnia we krwi. Hypercalcemja asfiktyczna.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. — 1925).

Badania autorów nad zawartością wapnia we krwi tętniczej i żyłnej wykazały, że we krwi żyłnej stwierdza się prawie zawsze więcej wapnia, niż we krwi tętniczej, czyli, że przed przejściem przez płuca istnieje we krwi żyłnej pewien nadmiar wapnia w porównaniu z krwią tętniczą.

Badania nad wpływem asfikcji na poziom wapnia we krwi tętniczej wykazały, że asfikcji towarzyszy hypercalcemja (czasem poprzedzona przez przemijającą, krótkotrwałą hypocalcemję).

J. Typograf.

O. PICO ESTPADA i V. MORORA. **O podziale glukozy między osoczem i krwinkami u zwierząt zdrowych.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 29, 1925).

U człowieka zdrowego cukier w krwi znajduje się prawie w jednakowej ilości w osoczu i w krwinkach. Autorzy zwrócili uwagę na wpływ, jaki na ten podział wywiera technika badania, mianowicie sposób zapobiegania krzepnięciu krwi niezbędny dla odwirowania krwinek. Dotychczasowe badania dotyczyły przeważnie krwi niekrzepnącej pod wpływem szczawianu.

Autorzy badali krew psów i królików, przyczem zapobiegali krzepnięciu za pomocą fluorku sodu, szczawianu potasu oraz zbierania zamrożonej krwi do naczyń parafinowanych. Badania ich wykazały, że glukoza krwinek czerwonych przy zastosowaniu szczawianu stanowi 57%, przy stosowaniu fluorku 87%, we krwi zaś zamrożonej i zebranej w naczyniu parafinowanym 31,8%.

Z badań powyższych wynika, że czynniki, przeciwdziałające krzepnięciu, zmieniają przenikliwość krwinek. Należy przeto zawsze określać dokładnie technikę postępowania, gdy się zdaje sprawozdanie z badań na powyższy temat.

J. Typograf.

Fizjologia normalna i patologiczna.

PIERRE MATHIEU i Lucien CORNIL. **O bezpośrednich zmianach wentylacji płucnej po frenikotomji doświadczalnej.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 28 — 1925).

Autorzy przedzielali u uśpionego psa tchawicę i otrzymywali w ten sposób oddzielnie powietrze z płuca prawego i lewego. Następnie wykonywali różne zabiegi na nerwie przeponowym i stwierdzili, że:

1) wszelkie przecięcie lub wyrwanie nerwu przeponowego, z wyjątkiem wyrwania obustronnego, powoduje powiększenie całkowitego krążenia powietrza; rozmiary tego powiększenia zależą od ważności uszkodzenia;

2) przecięcie jednostronne nie wpływa w sposób widoczny na krążenie powietrza po stronie zabiegu, zwiększa je natomiast po stronie drugiej;

3) przecięcie obustronne powiększa krążenie powietrza z obu stron, przyczem pierwotny stosunek wzajemny wentylacji prawo— i lewostronnej pozostaje bez zmiany;

4) wyrwanie jednostronne powoduje znaczne powiększenie ogólnego krążenia powietrza; powiększenie to może osiągnąć trzykrotną wysokość wielkości pierwotnej, przyczem wzrost okazuje się większym po stronie zaoszczędzonej, niż po stronie pozbawionej nerwu.

Okazuje się więc, że u psa uśpionego przecięcie lub wyrwanie jednostronne nerwu przeponowego wywołuje natychmiast wzmożenie wentylacji ze strony płuca zaoszczędzonego, powodujące powiększenie całkowitego krążenia powietrza, a pozostające bez wpływu na stronę operowaną.

Celem uniknięcia wszelkich pośpiesznych wniosków w stosunku do tych zabiegów u człowieka, autorzy przypominają, że ścisła wzajemna zależność czynnościowa obu jam opłucnowych u psa wytwarza u tego zwierzęcia warunki szczególne.

J. T y p o g r a f.

Victor PAPILIANU i Liviu FUNARIU. **O działaniu nerwu błędnego w mechanizmie hyperglikemji.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 2 — 1926).

W poprzednich swych pracach jeden z autorów stwierdził istnienie hyperglikemji pilokarpinowej. Dla zbadania znaczenia nerwu błędnego w mechanizmie powiększenia się poziomu cukru we krwi, autorzy wykonali szereg doświadczeń na psach, którym przecinali na poziomie wpustu nerwy błędne i następnie badali glikemję występującą po zastrzyknięciach pilokarpiny lub adrenaliny.

Z badań ich wynika, że przecięcie nerwu błędnego przeciwdziała wytworzeniu się hyperglikemji adrenalinoj lub pilokarpinowej. Dowodzi to znacznej roli, jaką odgrywa nerw błędny w mechanizmie powiększania się poziomu cukru we krwi.

J. T y p o g r a f.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

J. MARTIN SAUSBY. **Dootrzewnowe przetaczanie krwi** (Am. J. Dis. Childr. 1925, Nr. 5).

W innej pracy autorowie wykazali doświadczalnie, iż krew, (z cytrynianem sodu), wprowadzona do jamy otrzewnowej królika, zostaje w zupełności wchłonięta w przeciągu 5-ciu godzin, równocześnie zaś wzrasta ilość hemoglobiny oraz ciałek czerwonych. Po wstrzyknięciu krwi gołębia do jamy brzusznej królika, stwierdzono po upływie kilkunastu minut jądrzaste ciała krwi gołębia w krwiobieg królika.—Dalsze badania szły w kierunku stwierdzenia wpływu dootrzewnowego wprowadzania krwi na czynność krwiotwórczą szpiku kostnego. Doświadczenia wykonano na królikach. W ocenie funkcji szpiku kierowano się liczbą obecną w krwiobieg retikulocytów, których zjawienie się w większej, niż normalna, liczbie jest wczesnym wskaźnikiem wzrostu czynności szpiku kostnego. Doświadczenia autorów wykazały w 4 przypadkach na 6 badanych, iż dootrzewnowo wytworzona pletora powoduje zmniejszenie liczby retikulocytów lub znikanie ich zupełnie z krwiobiegu, co dowodzi zataśmowania czynności krwiotwórczej szpiku kostnego. Podobny wpływ na czynność szpiku kostnego posiada krew, wprowadzona dożylnie.

M. P.—W.

Berthe HEYMANS i C. HEYMANS. **O wpływie insuliny na glikogen wątrobowy.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 20, 1925).

Wobec sprzeczności dotychczasowych badań nad wpływem insuliny na glikogen wątrobowy, w których jedni autorzy znajdowali powiększenie jego ilości, inni zaś zmniejszenie, autorzy dla rozstrzygnięcia tej kwestji wykonali cały szereg doświadczeń na królikach i przekonałi się, że:

a) wątroba królików, które padły po dłuższym trwaniu hypoglikemji z drgawkami, zawiera bardzo mało glikogenu (mniej, niż 0,5 gr.);

b) wątroba królików, zabitych podczas hypoglikemji przed wybuchem drgawek, albo podczas ich trwania, zawiera jeszcze dość znaczne ilości glikogenu (2 — 3 gr.);

c) wątroba królików, które otrzymały jednocześnie glukozę i insulinę nie zawiera w różnych okresach działania insuliny więcej glikogenu, niż wątroba króli, które otrzymały samą insulinę.

Wyniki tych doświadczeń narzucają pytanie, czy zmniejszenie ilości glikogenu wątrobowego u królików, zmarłych po drgawkach hypoglikemicznych, zależy od bezpośredniego działania insuliny, czy też pośrednio od stanu drgawek. Dla rozstrzygnięcia tego pytania autorzy zastrzykiwali insulinę królikom, głęboko uśpiętym, dla przeszkodzenia w ten sposób powstaniu drgawek. Króliki te, które zginęły w hypoglikemji, ale bez drgawek, nie wykazywały sztywności mięśniowej tak charakterystycznej i szybko występującej u króli, które zmarły w drgawkach hypoglikemicznych.

Ostatnie te doświadczenia wykazały, że ilość glikogenu wątrobowego u królików, które zginęły w hypoglikemji, ale bez drgawek, nie zmniejsza się w stopniu znacznym, czyli że zarówno zmniejszenie się glikogenu w wątrobie jak i sztywność pośmiertna mięśni po zastrzykiwaniach insuliny w większej ilości zależą od drgawek hypoglikemicznych.

J. T y p o g r a f.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna.

FREUND. **Zagadnienia farmakologiczne działania ciał proteinowych.** (Deutsch. med. Woch., Nr. 52 — 1926).

W działaniu ciał proteinowych występują dwa okresy: wczesny, przypominający ostre zakażenie (podwyższenie ciepłoty), i późny, będący następstwem pewnej przemiany całego organizmu; ten II okres nazywa Heubner pathobiozą dla zaznaczenia, że stan komórki nie zmienia się i po usunięciu trucizny.

Następstwem ogólnego działania nieswoistej terapii są zmiany we krwi. Występuje chwiejność układu kolloidalnego, zwiększenie się globulin, fibrynogenu, a zwłaszcza kwasów aminowych. W okresie wczesnym zaznacza się kwasica, przechodząca następnie w alkalozę; z tem stoją w związku zmiany fosforanów, wania i potasu. Bodźcem dla powyższej „transmineralizacji“ ma być według Krätza, wpływ na ciała białkowe; działanie, pobudzające krążenie limfy, jakie posiadają ciała proteinowe, wzmaga przyptyw soków tkankowych do krwi, dając owo przesunięcie frakcji białkowych.

Wpływ na ukl. roślinny jest również dwufazowy: w I okr. — naczynia się rozszerzają, w II — zwężają; rozszerzenie naczyń tłumaczy nam wzmożona wymiana między tkankami i krwią.

Działanie farmakologiczne zależy od pewnych ciał, powstających we krwi, a działających analogicznie do hormonów na układ roślinny; są to ciała cienłostale, rozpuszczalne w alkoholu, o charakterze zasadowym; optimum ich działania występuje przy reakcji alkalicznej. Krążenie we krwi tych ciał stoi w związku ze stale spotykanym wzmożonym rozpadem białka, będącym wyrazem nadmiernego rozpadu komórek.

Odróż ciał białkowych wchodzą w grę produkty lipidowe, ciała, blisko stojące choliny, oraz produkty utlenienia cholesterolu.

Powyższe jady, powstałe z rozpadu komórek, nazywa autor hormonami rozpadowemi dla podkreślenia ich działania na organizm podobnego do wydzielin gruczołów dokrewnych.

M. G o l d m a n junior.

F. RATHERY i R. KOURILSKY. **O działaniu antypiryny na djabetyków.** (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 21—1925).

Na podstawie długoletnich doświadczeń dotyczących stosowania antypiryny u djabetyków oraz doświadczeń wykonanych na zwierzętach, i badań *in vitro* autorzy dochodzą do następujących wniosków o wpływie antypiryny na glikozurję: antypiryna

ryna wykazuje u chorych cukrzyczych jednocześnie i równoległe działanie na poziom cukru we krwi i na cukromocz w sensie ich obniżenia, lecz wpływ ten okazuje się w większości przypadków przemijający. Wpływ na obniżenie glikemji jest wyraźniej zaznaczony, niż wpływ na cukromocz; towarzyszy mu nieznaczne powiększenie się cukru białkowego. Zmniejszenie glikozurji prawdopodobnie nie zależy ani od blokady nerek (gdyż glikemja spada), ani od wzmożenia się glikolizy.

W każdym razie korzyść, którą można osiągnąć w lecznictwie ze stosowania antypiryny, jako środka przeciwglikozurycznego, nie o wiele przewyższa jej złe strony, których się należy obawiać, a które dotyczą wpływu na czynność nerek.

J. T y p o g r a f.

Hilding EKERFORS. Wpływ utleniania adrenaliny i pewnych związków posiadających biologiczną właściwość wzmacniania jej działania (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 32 — 1925).

Autor badał sposób działania niektórych substancji na szybkość utleniania adrenaliny. Sprawa jest ważna z tego względu, że jednocześnie z utlenianiem się adrenaliny zmniejsza się jej działanie dynamiczne. Wydaje się jednak, że i inne zjawiska współzależące podczas utleniania adrenaliny odgrywają również pewną rolę w osłabianiu jej działania. Autor badał pod tym względem działanie glikokolu, alaniny, kwasu asparaginowego, lizyny, betainy, tyrozyny, kreatyny, argininy, kwasu agarycynowego oraz wyciągów z mięśni prądkowanych i gruczołów chłonnych królika i stwierdził, że wpływ powyższych substancji na czynność ruchową, wywołaną działaniem adrenaliny na preparat macicy królika polega na wzmożeniu, a szczególnie przedłużeniu czasu działania adrenaliny. Nie bacząc na dodanie kwasów aminowych, z których pewne w silniejszych stężeniach zmniejszały może zasadowy odczyn roztworu, stwierdzono w dokonanych doświadczeniach słabsze lub mocniejsze zahamowanie utleniania adrenaliny. Doświadczenia, dokonane z kwasem solnym wykazały, że użyte związki chemiczne i wyciągi zmniejszały szybkość utleniania adrenaliny bynajmniej nie przez zmianę stężenia jonów wodorowych.

Przedłużenie czasu działania adrenaliny występowało już przy tak znacznych rozcieńczeniach, które na sprawę utleniania pozostawały bez widocznego wpływu. Jest przeto bardzo prawdopodobnem, że przyczyna zdolności badanych substancji wzmacniania działania adrenaliny jest bez związku albo znajduje się w związku bardzo nieznacznym z ich zdolnością zatrzymywania w pewnych stężeniach utleniania adrenaliny. Co zaś się tyczy tych samych substancji, użytych w silniejszych stężeniach, wydaje się prawdopodobnem, że w tym przypadku przedłużenie czasu dynamicznego działania adrenaliny polega głównie na ich zdolności hamowania utleniania.

J. T y p o g r a f.

Nils HOLLANDER. O własnościach farmakodynamicznych kolocynty. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 32, 1925)

Autor badał działanie farmakodynamiczne zwykłych wyciągów ogórka burzanki (*Citrullus Colocynthis*) na autonomiczny układ nerwowy. Z doświadczeń jego wynika, że badane wyciągi wywierają działanie ruchowe na macię i jelita królika oraz działanie z początku hamujące, wtórnie zaś ruchowe na serce żaby. Duże dawki kolokwinty porażają parasympatyczne zakończenia nerwowe, w stosunku do których okazują bardzo silne powinowactwo. Przez czas trwania porażenia pobudliwość mięśniowa pozostaje niezmienną, natomiast działanie ruchowe środków, pobudzających układ parasympatyczny macicy i jelit, jak również ich wpływ hamujący na serce zostają zawieszony. Ruchowych i hamujących zakończeń nerwowych układu współczulnego kolocyntyna nie narusza wcale. Jest więc szczególnie godnym uwagi, że kolocyntyna, będąca tak silnym środkiem czyszczącym, poraża w dawkach dużych parasympatyczne zakończenia nerwowe jelit.

J. T y p o g r a f.

Erik BERGSTRÖM. O działaniu kumaryny na autonomiczny układ nerwowy. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 32, 1925).

Autor wykonał szereg doświadczeń, mających na celu określenie sposobu działania farmakodynamicznego kumaryny i stwierdził, że działa ona znieczulająco na użyte do doświadczeń preparaty narządów wewnętrznych. Stwierdzony brak działania środków pobudzających układ sympatyczny i parasympatyczny może być zależny jedynie od wywołanego przez kumarynę zmniejszenia kurczliwości mięśni gładkich. Poza tem, kumaryna wykazuje pewne powinowactwo w

stosunku do części hamującej układu współczulnego, powiększa bowiem pobudliwość zakończeń nerwowych tego układu.

J. T y p o g r a f.

KOLLE. Podstawy doświadczalne prób biologicznych i oceny wartości leczniczej salwarsanu. (Dt. med. Woch Nr. 11 — 1926).

Już Ehrlich uznawał konieczność badania preparatów salwarsanu nie tylko z punktu widzenia chemicznego co do ich właściwego składu, ale również i z punktu widzenia biologicznego. Od czasu wprowadzenia salwarsanu do lecznictwa preparaty salwarsanowe we wszystkich krajach podlegają urzędowej kontroli właściwych władz. Komisja lekarska Ligi Narodów zajęła się również sprawą udoskonalenia i ujednostajnienia tych badań i przyjęła za podstawę odpowiednie przepisy niemieckie i angielskie. Postanowiono wprowadzić do międzynarodowych przepisów badania salwarsanu salwarsan standardowy, mający służyć, jako skala porównawcza, nie tylko do określania stopnia jadowitości, ale również i do oceny wartości leczniczej różnych salwarsanów. Wykonanie takiego standardowego salwarsanu powierzyła Liga Narodów firmie Meister, Lucius i Hoechst, jako mającej najdłuższe i największe doświadczenie pod tym względem.

Preparaty salwarsanowe podlegają obecnie w Höchst czterem następującym próbom:

1) Badaniu chemicznemu polegającemu na ustaleniu chemicznych i fizykalnych właściwości leku, a w szczególności określeniu stopnia rozpuszczalności i zawartości najważniejszych części składowych drobin.

2) Określeniu stopnia toksyczności, który ustala się na podstawie porównania z salwarsanem standardowym. Dla uniknięcia wpływu różnej wrażliwości osobniczej zwierząt doświadczalnych dokonuje się tych badań na szeregu równoległych obserwacji. Jako materiału doświadczalnego używa się szczurów i myszy. Badania te pozwalają na rozpoznanie pewnych objawów neurotoksycznych, których uniknięcie posiada duże znaczenie praktyczne. Doświadczenia te mają na celu z jednej strony osiągnięcie pewnego określonego stopnia nieszkodliwości, z drugiej zaś zachowanie jednak przez preparat tej niezbędnej toksyczności, która cechuje związki arsenobenzolowe, okazujące najlepsze działanie kliniczne, i która jest swoista dla salwarsanu standardowego.

3) Określenie wartości leczniczej okazuje się niezbędne z tego powodu, że preparaty bez zarzutu pod względem składu chemicznego i jadowitości posiadają jednak niezwsze ściśle tę samą wartość leczniczą. Polega ono na porównaniu badanego salwarsanu, co do jego wpływu leczniczego na sztuczne zakażenie zwierząt doświadczalnych z salwarsanem standardowym. Czas trwania spostrzegania zakażonych zwierząt i codziennego dokładnego badania krwi wynosi 10 dni.

4) Próby kliniczne przedstawiają ostatnie badanie salwarsanu. Dopiero po ustaleniu w klinikach uniwersyteckich, że jego działanie lecznicze na chorych jest bez zarzutu, salwarsan zostaje zatwierdzony przez władze, jako nadający się do powszechnego użytku i wypuszczony do sprzedaży.

Kolle uważa, że jedynie w ten sposób czterokrotnie wypróbowany salwarsan przedstawia gwarancję, iż dokonane z punktu widzenia obecnego stanu wiedzy badania zapewniają skuteczność oraz możliwe maximum bezpieczeństwa przy stosowaniu tego tak ważnego i rozpowszechnionego leku.

J. T y p o g r a f.

Victor PAPILIAN i Traian BENDESCU. O wpływie adrenaliny, atropiny i pilokarpiny na podstawową przemianę materji. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 2—1926).

Badania autorów nad wpływem powyższych alkaloidów na podstawową przemianę materji wykazały, że adrenalina i pilokarpina powodują powiększenie podstawowej przemiany materji, atropina zaś ją zmniejsza.

J. T y p o g r a f.

C. POPESCU—INOTESTI. O działaniu jonu wapniowego na układ roślinny człowieka. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol., Nr. 24 — 1925).

Autor badał wpływ podanego dożylnie jonu wapniowego na żrenice, ciśnienie krwi, tętno, oddech, poziom cukru we krwi i śledził zmiany, jakim ulegają te objawy pod wpływem różnych dawek wapnia, zaczynając od 0,02 do 4 gr.

Okazuje się, że dawki małe (od 0,1 do 1,0) wywołują objawy podrażnienia współczulnego: przyspieszenie tętna, wzmożenie ciśnie-

nia, rozszerzenie źrenic, podniesienie poziomu cukru we krwi, przyspieszenie oddechu.

Wapń w dawkach dużych (od 1,5 do 4,0) wywołuje objawy podrażnienia parasympatycznego, wyrażające się zwolnieniem tętna, zwiększeniem źrenic, obniżeniem poziomu cukru we krwi, zwolnieniem oddechu. Stwierdzone wzmocnienie ciśnienia tętniczego zależy od bezpośredniego podrażnienia włókien mięśniowych ściany naczyniowej.

J. T y p o g r a f.

E. L. BACKMAN, G. ERDSTROM, E. GRAHS i HULT-GREN. O wpływie chlorku wapnia i cytrynianu sodu na zawartość we krwi płytek i ciałek białych. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol., Nr. 22 — 1925).

Obecny pogląd na fizjologię płytek przypisuje im pewną rolę w zdolności krwi do krzepnięcia. Autorzy badali doświadczalnie na królikach zachowanie się płytek po zastrzykaniu soli, wywierających wybitny i biegunowo przeciwny wpływ na krzepliwość, mianowicie po zastrzykaniu chlorku wapnia, sprzyjającego powiększeniu się krzepliwości, i po zastrzykaniu cytrynianu sodu, zmniejszającego poziom wapnia i utrudniającego krzepliwość.

Okazało się, że zarówno cytrynian sodu, jak i szczególnie chlorek wapnia wywołuje przemijające zmniejszenie się liczby płytek.

Co do wpływu na krwinki białe, to sól wapniowa wywołuje przemijającą leukocytozę, cytrynian sodu zaś powoduje wybitny spadek liczby białych krwinek.

(Poglądy autorów na zmniejszające krzepliwość działania cytrynianu sodu są słuszne jedynie w doświadczeniach *in vitro*, *in vivo* cytrynian, wbrew oczekiwaniu, okazuje działanie, sprzyjające powiększeniu się krzepliwości — przypisek referenta).

J. T y p o g r a f.

E. L. BACKMAN, G. ERDSTROM, E. GRAHS i G. HULT-GREN. O wpływie adrenaliny, histaminy i nikotyny na liczbę płytek i ciałek białych krwi. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol., Nr. 22 — 1925).

Badania doświadczalne autorów na królikach wykazały, że zastrzykiwanie adrenaliny, histaminy i nikotyny na liczbę ciałek białych wybitniejszego wpływu nie wywierają.

Co się tyczy wpływu na liczbę płytek, to zastrzykiwanie adrenaliny powodują wyraźne powiększenie się ich liczby.

Histamina, powodująca hipersekrecję adrenaliny w nadnerczach, wywołuje powiększenie się liczby płytek we krwi.

Nikotyna, powodująca parę czynności wydzielniczej substancji rdzenowej nadnerczy, wywołuje wybitne zmniejszenie się liczby płytek we krwi.

Wydaje się przeto prawdopodobnym, że różny wpływ histaminy i nikotyny na liczbę płytek we krwi zależy przynajmniej częściowo od ich odmiennego działania na wydzielanie adrenaliny, która w ilości większej (przy histaminie) lub mniejszej (przy nikotynie) pobudza w różnym stopniu wytwarzanie płytek.

J. T y p o g r a f.

Radjologia.

GRÉGOIRE, BÉCLÉRE i DARBOIS. W sprawie rentgenografii macicy i przydatków. (Journal de chirurgie, Tom XXVII, Nr. 6).

Od maja 1925 roku autorzy wykonali cały szereg badań z danej dziedziny, posługując się lipjodolem i sprawdzając otrzymane wyniki na stole operacyjnym, względnie sekcyjnym. Technika omawianej rentgenografii rozkłada się na kilka etapów. W przeddzień właściwego zabiegu opróżnia się odbytnicę chorej za pomocą ławatywy oraz przepłukuje pochwą wodą z jodyną. Taką irygację powtarza się w dniu następnym, poprzedzając ją ogoleniem warg sromowych dużych. Na 45 minut przed zabiegiem wstrzykuje się chorej podskórnie morfinę lub gelskopolaminę w ilości 2—3 mgr. Po wyjodynowaniu pochwy i części pochwowej bada się macię zglębniakiem gumowym drożnym, dobierając taki, któryby możliwie był otoczony przez szyję maciczną. Zglębniak ten po wprowadzeniu do macicy wypełnia się lipjodolem, nakłada na jego zewnętrzny koniec zacisk, chwytając kuliogięm jednocześnie przednią i tylną wargę części pochwowej z prawej strony zglębniaka, powtarza to samo drugim kuliogiem po stronie lewej, tak, iż zglębniak zostaje bardzo szelnie ujęty przez szyję maciczną. Po usunięciu wzornika pochwą tamponuje się gaza, a wolny koniec zglębniaka po zdjęciu zacisku nasadza się na 20-gramową strzykawkę, zawierającą lipjodol włączając pomiędzy strzykawkę a zglębniak manometr metalowy B o u l i t t e a.

Wsuwając teraz powoli tłok strzykawkę, podnosi się ciśnienie lipjodolu do 30 cm. rtęci, a przepuszczając jednocześnie przez brzuch chorej promienie R o e n t g e n a, obserwuje się na odpowiednim ekranie, jak lipjodol wypełnia macię i jajowody oraz jak przechodzi do jamy otrzewnej, dzieląc się na drobne i ruchome kropelki. Przez nałożenie na zglębniak zacisku można w każdej chwili utrwalić dany obraz rentgenograficzny na kliszy. Zdjęcia wykonywa się w 2 wymiarach lub stosuje się zdjęcia stereoskopowe.

Przechodząc do odczytywania odnośnych rentgenogramów zauważyć należy, iż rentgenografja zdrowej macicy wykazuje zazwyczaj obecność równoramiennego trójkąta o nieco wklęsłych bokach i podstawie, przyczem długość podstawy wynosi zazwyczaj około 3 cm., gdy wysokość trójkąta waha się w granicach od 4 do 5 cm. Wierzchołek tego trójkąta jest skierowany ku dołowi. Od podstawy macicy odchodzą w obie strony cienie lipjodolu, wypełniające jamy jajowodów. Zazwyczaj udaje się rozróżnić wszystkie 3 części jajowodu: część śródstępną, uwypukloną ku dołowi, część odpowiadającą cieśni, cienką i zatokowatą, oraz część bankowatą, rozszerzoną i powyginaną. Jajniki oczywiście są niewidoczne.

W przypadkach włókniaków macicy rentgenografja tego narządu wykazuje, iż jama jej jest powiększona i zniekształcona; cień guza lub guzów uwidacznia ściśle ich lokalizację. Rentgenografja macicy z rozwijającym się w jej wnętrzu nowotworem wykazuje odpowiednio nierówności ścian lub podstawy typowego trójkąta.

Zupełnie odmienny obraz otrzymamy wówczas, gdy mamy do czynienia z torbielą przydatków; jama macicy wielkości normalnej jest odepchnięta lub przegięta w stosunku do stanu normalnego. Charakter tego przemieszczenia lub przegięcia łącznie z rentgenogramem przemieszczonych jajowodów wskazuje lokalizację torbieli i pozwala nam ustalić, iż dany twór patologiczny nie pochodzi z jajowodów. Jeśli jednak przy takim samym stanie macicy jajowód nie jest drożny dla lipjodolu, należy sądzić, iż torbiel, względnie wodniak lub ropniak, rozwijają się właśnie z danego jajowodu.

Ostatnią wreszcie kwestją, jaką może rozstrzygnąć rentgenografja, jest sprawa drożności jajowodów. Stosowany w tym celu sposób przedmuchiwania jest mniej ścisły i nie pozwala na dokładne ustalenie miejsca niedrożności w jajowodzie. Jeśli na ekranie widzimy, jak lipjodol wypełnia jajowód, poczem wylewa się do jamy otrzewnej, to sprawa jego drożności nie ulega najmniejszej wątpliwości. Jeśli natomiast jajowód na kliszy nie zawiera lipjodolu, lecz ten ostatni jest rozlany w jamie otrzewnej dość daleko od jajowodu, należy również przypuszczać, iż jajowód jest drożny. Wypełnienie się jajowodu lipjodolem bez wylewania się tegoż do jamy otrzewnej przemawia przeciwko drożności jajowodu.

D. W y s z o g r ó d.

M. JUNGERMANN. Wczesne rozpoznanie ciąży za pomocą badań rentgenologicznych. (Forstchr. a. d. Geb. d. Roentg.-tom. 35 z. 5).

Autor opracował specjalną technikę zdjęć i szczegółowo zanalizował wszystkie możliwe kombinacje, które spotykają się przy tego rodzaju zdjęciach. Różnorodność otrzymywanych obrazów zależy od miejsca, w którym płód podczas zdjęcia się znajduje i od położenia, jakie zajmuje, a położenie to jest zmienne, płody bowiem w pierwszych tygodniach ciąży pływają w jamie macicznej. Cała metoda oparta jest na otrzymaniu zdjęć jąder kostnienia, które zaczynają zjawiać się w 6 tygodniu i w 10 tygodniu znajdują się już we wszystkich kościach tułowia.

Na zasadzie dużego materiału autor dochodzi do następujących wniosków:

- 1) rentgenologiczne rozpoznanie ciąży możliwe jest od 8 — 9 tygodnia,
- 2) rozpoznanie to należy uważać za najwcześniejsze, daje ono bowiem pewne objawy ciąży na długo przed innymi objawami,
- 3) zabieg jest absolutnie nieszkodliwy ani dla matki, ani dla dziecka.

H. A d e l f a n g.

E. R. MEIER. Rozpoznanie anatomo-patologicznych postaci gruźlicy płuc na zasadzie zdjęć rentgenologicznych. (Fortschritte a. d. Geb. d. Rentg. tom. 34 z. 4).

Na podstawie dużego materiału, opracowanego klinicznie i rentgenologicznie i sekcyjnie sprawdzonego w większości przypadków, autor dochodzi do następujących wniosków:

- 1) w 75% wszystkich przypadków gruźlicy płuc można na zasa-

dzie zdjęcia rentgenologicznego postawić ścisłe rozpoznanie anatomo-patologiczne,

- 2) dają się ściśle rozróżnić postaci włóknista, wytwórcza i wysiękowa,
- 3) większa część przypadków należy jednak do form mieszanych, co również rentgenologicznie stwierdzić się daje.

H. A d e l f a n g.

R. LENK. Rozpoznanie rentgenologiczne raka oskrzeli. (fortschritte a. d. Geb. d. Roentg. tom. 34 z. 4).

Autor omawia trudności rozpoznawcze raków oskrzeli, które często nie dają się z całą pewnością stwierdzić li tylko na zasadzie badania rentgenologicznego, dają bowiem nieraz jednakowe prawie obrazy z przewlekłym nacieczeniem płatowem i z niektórymi formami gruźlicy. Jako najważniejsze cechy rozpoznania różniczkowego, autor podaje: paraliż nerwu przeponowego chorej strony, przemieszczenie tchawicy, przejście nacieczenia poza granicę płatu i wyniki nasświetlania leczniczego promieniami R o e n t g e n a, które w gruźlicy płuc zawsze dają bardzo silny odczyn ogólny, w nowotworach zaś albo żadnego odczynu nie dają, albo też, prawda bardzo rzadko, dają rozjaśnienie zacienienia płatowego.

H. A d e l f a n g.

Gruźlica.

A. BACEMEISTER. Doświadczenie praktyczne co do wyłączenia n. przeponowego w gruźlicy płuc. (B. z Kl. d. lub t. 63 z. 2).

Zabieg na nerwie przeponowym został wykonany w 95 przypadkach przez B., w tem był wyłącznym zabiegiem u 80 chorych z gruźl. płuc. Wyniki często bywały bardzo dobre i zachęcają do dalszego stosowania. Celem zabiegu jest dążenie do przekształcenia gruźlicy płuc wysiękowej w wytwórczą i wstrzymanie postępu postaci wytwórczej. Zabieg może jednak okazać się skutecznym i w przypadku obecności jam w dolnym lub nawet środkowym płacie, a także w niektórych przypadkach, w których odma z powodu długotrwałości stosowania natrafia na duże przeszkody natury ekonomicznej. Przy wykonywaniu zabiegu nie należy zapominać o możliwości istnienia nerwu dodatkowego.

M. G.

WILLJAM H. THEARLE M. D. Radykalna frenikotomia w gruźlicy płuc. (The Journal of the American Medical Association Nr. 12, 1926).

Jak wynika z badań G o e t z e g o i F e l i x a, frenikotomia przy zwykłym przecięciu nerwu przeponowego w okolicy szyjowej w 25 — 30% przypadków nie daje zupełnego porażenia odnośnej połowy przepony wskutek obecności dodatkowego nerwu przeponowego, który łączy się z pniem głównym poniżej 1-go żebra. Dlatego też autorzy stosują frenikotomię radykalną, gdzie obok powyższego przecinają nerw dodatkowy oraz łączące włókna sympatyczne i w ten sposób wywołują trwałe porażenie połowy przepony. G o e t z e wyosabnia nerw przeponowy na szyi do dolnego zwoju szyjowego, który usuwa rezeując jednocześnie odpowiedni odcinek dodatkowego n. przeponowego, który identyfikuje z korzeniem 5-go nerwu szyjowego. F e l i x natomiast wrywa szyjową i górną piersiową część nerwu przez powolne okręcanie go wokół kleszczy. W następstwie operacji występuje wiotkie porażenie połowy przepony, która po podniesieniu się w głąb klatki piersiowej, staje nieruchomo. Wysokość podniesienia się przepony zależna jest od stopnia zrostów opłucnowo-przeponowych i zmian włóknistych na podstawie płuca. Po zwykłej frenikotomii przepona podnosi się o 2 — 4 cm. natomiast po radykalnej według F e l i x a różnica w ustawieniu między obiema połowami przepony wynosi 7 cm. w końcu wdechu i 3 cm. podczas wydechu — (należy pamiętać, że po stronie prawej normalnie przepona stoi o 2 cm. wyżej). G e r m a n zauważył, że po radykalnej frenikotomii objętość płuca zmniejsza się o 1/4 — 1/3. Autor dokonywa operacji w znieczuleniu miejscowym, dostając się do nerwu przez cięcie długości 5 cm. wzdłuż tylnego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-objętkowego

Do powikłań operacyjnych należą krwotoki, bądź z naczyń przeponowych, bądź wskutek uszkodzenia tętnicy lub żyły szyjowej, omyłkowe przecięcie n. błędnego, zatory powietrzne. Występujące czasami krwiopłucie jedni tłumaczą przekrwieniem biernym płuca, przez podniesioną przeponę, inni rozerwaniem zrostów nerwu ze zmianami gruźliczemi. Zauważono również zaburzenia sercowe i od-

dechowe w postaci drobnego tętna, bólu serca i duszności, zwłaszcza w przypadkach rozległych zrostów opłucnowych.

Pod względem klinicznym zauważono po frenikotomii zmniejszenie się kaszlu, oddawanie płwociny staje się łatwiejsze i ilościowo mniejsze; stan ogólny polepszał się.

Frenikotomia nadaje się specjalnie w tych przypadkach gruźlicy, gdzie zmiany są przeważnie jednostronne i głównie umiejscowione na podstawie płuca. W szczególności zaś w przypadkach następujących:

1. We wczesnych formach, które nie uległy poprawie pod wpływem leczenia sanatoryjnego i gdzie przypuszczalnie pod dalszym wpływem tegoż leczenia choroba nie zatrzyma się.
2. W postaciach ostrych, gorączkowych, serowaciejących, nawet ze sprawą czynną w płucu drugim, gdzie torakoplastyka jest przeciwwskazana, a odma niemożliwa wskutek zrostów.
3. W przypadkach przewlekłych gdy zrasty stanowią przeszkodę dla odmy, a warunki nie upoważniają do torakoplastyki i gdy zmiany są przeważnie jednostronne, głównie na podstawie.
4. W przypadkach posuniętych, gdy niema przeciwwskazań do odmy sztucznej i torakoplastyki, należy oddać pierwszeństwo frenikotomii, że względu na niebezpieczeństwo związane z powyższymi dwoma zabiegami.
5. Jako dopełnienie odmy sztucznej (nacieki opłucnowe stają się rzadsze, insufflacje można wykonywać w dłuższych odstępach, ucisk płuca staje się jednostajniejszy) i 6. Jako dopełnienie torakoplastyki pozaopłucnowej.

Doświadczenie autora dotyczy 62 przypadków radykalnej frenikotomii, z tego 16 przypadków jako dopełnienie torakoplastyki, 11- wraz z odmą sztuczną i 35 samoistnych. W 50% przypadków wystąpiło polepszenie, w 10% wybitna poprawa. Zwłaszcza dobre wyniki dawało połączenie frenikotomii ze sztuczną odmą lub torakoplastyką pozaopłucnową.

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

J. GEHRT. O znaczeniu prognostycznym gruźleń naczyńówki. (Deut. med. W. Nr. 19 — 1926).

Występowanie gruźleń naczyńówek uważano dotąd za objaw niepomysłny, zjawiający się tylko w gruźliczym zapaleniu opon i gruźlicy prosówkowej.

Autor opisuje przypadek gruźlicy u dziecka dwuletniego po odrze którego przebieg nasuwa konieczność zrewidowania poglądów o znaczeniu prognostycznym gruźleń naczyńówek. Obok licznych objawów gruźlicy kości i skóry, w płucach znaleziono szereg drobnooplamiastych ognisk, różniących się jednak od obrazu prosówki. Na dnie oka lewego, skroniowo od brodawki, widoczne było małe ognisko w naczyniówce z niewielką obwódką barwиковą. Po pewnym czasie gruzełek ten powiększył się, jednocześnie zaczął wykazywać cechy regresywne: nierównomierność kształtów, jasne pole z barwikiem we środku, w otoczeniu zaś zjawily się nowe gruzelki prosówkowate. Po 1½ roku nastąpiło zupełne zbliznowacenie gruzelka środkowego. Jednocześnie znacznie się poprawily objawy ze strony pozostałych narządów. Rokowanie co do życia stosunkowo było dobre.

M. G o l d m a n junior.

A. HITTMAYER. Wole i gruźlica płuc. (Zeitsch. für klin. Med. 102, 4 — 5).

K o c h e r w 2% przypadków stwierdził na zwłokach swoiste zmiany w tarczycy; miały one jednak za życia tak łagodny przebieg, że tylko w 1/4 — 1/2 0/00 przypadków dawały objawy kliniczne.

Znana jest skłonność do zachorowania na gruźlicę u osobników, pozbawionych tarczycy, względnie kretynów i chorych na obrzęk śluzowaty (*myxoedema*). Niektórzy autorzy, jak M a c k e n z i e, C h a r r i n, mówią wprost o antagonizmie między czynnością tarczycy a zakażeniem gruźliczem. Według J. B a u e r a, osobnicy z wolem zdradzają skłonność do łagodnych postaci gruźlicy; chorzy zaś na ciężką gruźlicę płuc, zwłaszcza z objawami charactwa, wykazują objawy tyreotoksykozy, będące wyrazem uszkodzenia tarczycy, względnie jej czynności obronnych.

Autor starał się ustalić związek między wolem a gruźlicą płuc. Obserwacje jego obejmują materiał, składający się z 500 osób, przeważnie mieszkańców Tyrolu i Górnej Austrii.

Na podstawie swych spostrzeżeń twierdzi on, że:

- 1) wysiękowym postaciom gruźlicy towarzyszy b. często zbite lub torbielowe wole, prawie nigdy zaś wole miąższowe (*struma parenchymatosa*);
- 2) wole miąższowe w przebiegu gruźlicy płuc może odgrywać rolę pewnego czynnika ochronnego przeciwko ciężkim postaciom tej choroby, względnie przy rozszerzaniu się pro-

cesu gruźliczego i jego obostrzeniu i pogorszeniu wole to ulega zmniejszeniu i stwardnieniu.

J. Goldfeil.

LIBEROPULO. O przypadku gruźlicy płuc u syfilytyka. (Paris Médical, Nr. 44 — 1926).

Autor opisuje przypadek infekcji gruźliczej, kt. wystąpiła u osobnika dotkniętego kiał. Wassermann ++++. Badania fizykalne i rentgenologiczne przemawiały za gruźlicą płuc, choć w płwocinie laseczników Kocha nie stwierdzono, i próba skórna gruźlicza wypadła ujemnie. Z drugiej strony autor myślał o etiologii syfilytycznej. Zastosowane leczenie swoiste dało nadzwyczajną poprawę subiektywną i obiektywną. Autor wyciąga wniosek, iż postępowanie specyficzne przeciwkiłowe może wywrzeć wpływ dodatni i na infekcję gruźliczą, rozwijającą się u osobnika, dotkniętego kiał.

Józef Nusbaum.

Choroby płuc.

Arnold LAUCHE. O powstawaniu płatowego zapalenia płuc. (Deutsch. med. Woch. Nr. 2. 1927).

Płatowe zapalenie płuc powstaje na drodze zakażenia z powietrza, na drodze limfatycznej lub krwionośnej. Ponieważ cały szereg czynników przemawia za możliwością różnorodnego posuwania się infekcji, ważniejsze jest, wedl. aut., rozpatrzenie stosunku zakażonego ustroju do drobnoustrojów.

Na drodze doświadczalnej otrzymywał autor różne rodzaje zakażenia w zależności od tego, czy zwierzę było uodpornione całkowicie, częściowo lub wcale nieuodpornione; w zależności od wieku zwierzęcia, ilości zarazków i szeregu innych czynników, których zespół nazywa aut. stanem odpornościowym (Immunitätslage). W poszczególnych przypadkach przeważa rozmaity czynnik: wkraczające drobnoustroje, uraz, mniejsza odporność po „przeziębieniu“, wtórna infekcja i t. p.

Dla płatowego zapalenia płuc niezbędny jest nagły wysięk w obrębie całego płatu, a więc stan podobny do anafilaksji.

Badania histopatologiczne przemawiają za częstym posuwaniem się zakażenia drogami limfatycznymi; znajdowano drobnoustroje w przegrodach międzypęcherzykowych, zanim przedostawały się do samych pęcherzyków. Szczególna topografia gruczołów limfatycznych przyczynia się do zajęcia płatu, łączącego się z grupą pierwotnie zajętych gruczołów węzłowych, skąd ruchy oddechowe rozsiewają drobnoustroje szybko i równomiernie po całym płacie.

Zakażenie na drodze krwionośnej odbywa się z ogniska już istniejącego w organizmie; powstałe ognisko w płucach może się ograniczyć lub rozszerzyć w zależności od stanu odpornościowego; rozszerzające się z tego ogniska drogą pozajelitową białko może zmniejszyć stopień odpornościowy, wywołując anafilaksję i błyskawiczne zjawienie się wysięku w obrębie całego płatu, zwłaszcza wtedy, gdy ustrój był w stanie alergii, t. j. uprzednio zawierał te same drobnoustroje.

M. Goldmann junior.

Ch. MATTEI i F. ESCUDIER. O stosowaniu doustnem emetyka, jako środka przeciw płucnym krwotokom gruźli czym. (Presse medicale Nr. 82, 1925).

Stosowanie winianu antymonu i potasu (*tartari stibiati*) jako środka przeciwko krwiopłuciu datuje się od bardzo dawna (Stoll 1778). Mimo wielu dowodów skuteczności tego leku zarzucono go zupełnie. Autorzy wypróbowali działanie tego środka przeciwko krwotokom płucnym na 11 przypadkach ciężkiej gruźlicy z wybitną skłonnością do krwawień i opornych na wszelkie leczenie. Krwotoki te miały wszelkie cechy kliniczne krwotoków dalekich jescze i zakończonych samoistnego. Emetyk podawano w godzinę po albo przed jedzeniem w pigułkach po 0,02 do 0,05, zawsze w połączeniu z 0,01 *extr. opii*. Dawka dobową wahała się w zależności od przypadku od 0,05 do 0,15. Przeciętny czas stosowania leku wynosił około 5 dni.

Pomimo ciężkości przypadków autorzy nie mieli ani razu niepowodzenia. We wszystkich bez wyjątku przypadkach winian antymonu i potasu okazał się skutecznym, zatrzymując nawet bardzo uporczywe krwawienie w ciągu kilku minut, najpóźniej godzin.

W ośmiu na 11 przypadków stwierdzono zatrzymanie się krwawienia w kilka minut po zjawieniu się stanu mdłości. Żadnych objawów toksycznych poza mdłościami emetyk w dawkach stosowanych nie wywoływał. Autor przypuszcza, że ustanie krwawienia jest w pewnym związku przyczynowym ze stanem mdłości, stwierdzanym

u większości chorych i wytwarzającym w krążeniu małym pewien szczególny stan krwi i naczyń, sprzyjający ustaniu krwawienia.

Działanie szybkie i pewne oraz nieszkodliwość winianu antymonu i potasu, stosowanego w odpowiednich dawkach w leczeniu płucnych krwotoków gruźliczych, dowodzą, że staremu sposobowi leczenia antymonem należy się jedno z pierwszych miejsc w szeregu środków przeciw krwotokom płucnym.

J. Typograf.

Choroby serca i naczyń.

UHLENBRUCK. W sprawie upustu krwi. (Deutsch. Arch. Kl. Med. B. 154 H. 1/2).

Autor stosował upust krwi w rozmaitych przypadkach nadciśnienia i przyszedł do wniosku, że ilość A. R. (azotu resztkowego) we krwi ludzi zdrowych zwiększa się po upuszczeniu krwi o 5 — 7 mg. na 100 cm³ krwi. Potwierdzają to obliczenia teoretyczne. Z 200 cm³ krwi usuwany z krwioobiegu 600 mg. A. R. (300 mg. w 100 cm³); na miejsce wypuszczonej krwi dostaje się do naczyń 200 cm³ soków tkankowych, które przynoszą ze sobą 1200 mg. A. R. (100 cm³ soków zawiera 600 mg. A. R.). Nadmiar w ilości 600 mg. A. R. dostaje się do 7 litrów krwi osobnika dorosłego, powodując wzrost A. R. o 5 — 7%. Przyrost ten stwierdzany po 24 godz. u ludzi zdrowych, po pewnym czasie znikał ze krwi, wydzielając się przez zdrowe nerki. Inaczej dzieje się w przypadkach chorobowych. Niekiedy po upuszczeniu krwi ilość A. R. wybitnie się zwiększała, aby po pewnym czasie znów wrócić do normy, były to przypadki z nadmiernym rozpadem białka w tkankach (st. gorączkowe, śpiączka cukrzycza i inne); ten nadmierny przyrost A. R. autor motywuje większym stężeniem A. R. w sokach tkankowych; po pewnym czasie poupułstowy nadmiar azotu wydalały nerki.

Przypadki lekkiej niedomogi nerek charakteryzowało znaczne obniżenie się poziomu A. R. po upuszczeniu krwi, wówczas gdy w ciężkich cierpieniach nerek poziom A. wybitnie się zwiększał i w dodatku na stałe. Zjawisko to autorzy usiłują wytłumaczyć drażniącym działaniem mocznika tkankowego na nerki w kierunku moczopędnym. Działanie to jest bezskuteczne w przypadkach ciężkiej niedomogi nerek i dlatego ilość A. R. po upuszczeniu krwi wzrosła we krwi w tych przypadkach na stałe. Z rozważań tych wynika, że upust krwi niezawsze wpływa odtruwająco na organizm — (usunięcie ze krwi nadmiaru N.).

Goliborska.

LÖRCHER. Stosowanie rodopuryny w nadciśnieniu samoistnym. (Deutsch. med. Woch. Nr. 1 1927).

Rodopuryna jest połączeniem rodanu z metylksantyną w postaci łatwo rozpuszczalnych tabletek, zawierających po 0,1 rodanu.

Autor nie stosuje preparatu w przypadek nadciśnienia wtórnego w sprawach nerkowych; u osobników z pobudliwym układem naczynioruchowym, u których lepiej działają środki uspakajające; oraz u osobników z cierpieniami dróg oddechowych (*emphysema, bronchitis*) z obawy wtórnych spraw zapalnych w płucach.

W pierwszym tygodniu podaje L. 3 tabl. dziennie, w drugim — dwie i w trzecim — 1 tabl. w ciągu dnia. Chorzy przyzwyczajają się do obniżonego ciśnienia szybko. U osób starszych ze sklerozą naczyń wieńcowych podaje aut. 1 tabl. dziennie, wzmacniając jednocześnie czynność serca; tym sposobem zapobiega się spostrzeganej łatwości powstawania infekcji dróg oddechowych.

M. Goldmann junior.

L. SITERMANN. O dożylnym stosowaniu tinctura strophanti w niedomodze sercowej. (Deut. Med. Wochenschr. 1927, Nr. 1).

Autor stosował w 77 przypadkach chorób serca dożylnie lub podskórnie (w skórę klatki piersiowej) *tinctura strophanti* 2 — 5 kropel na 1 — 2 cm³ wody destylowanej. W żadnym z przypadków nie spostrzegł działania ubocznego. Dobre wyniki otrzymywał w skombinowanych wadach zastawkowych oraz w stanach zapaści w płatowym zapaleniu płuc; najlepsze wyniki dawała ostra niedomoga mięśnia sercowego w przypadkach wad zastawki dwudzielnej (migotanie lub trzepotanie przedsionków). W niedomodze mięśnia sercowego wskutek wad aortalnych i w ostrem zapaleniu wierzchnia metoda powyższa zawodzi.

Stosowanie dożylne *tinctura strophanti* ma według S. działać pobudzająco na inne środki nasercowe i moczopędne. W ostatecznym wyniku S. stwierdza, iż dożylne stosowanie *tinctura strophanti* działa często tam, gdzie inne środki nasercowe zawiodą, uważa przeto metodę powyższą za kamień probierczy dla sił zapasowych mięśnia sercowego.

D. Tarkowska.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

H. MALMROS. O wpływie wysokości poziomu cukru we krwi na rokowanie w cukrzycy. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 24, 1925).

Dotychczas w rokowaniu cukrzycy kierowano się głównie zasadą, że cukrzyca u osobników młodych przedstawia chorobę groźną, podczas gdy u ludzi starszych uważano ją za schorzenie znacznie mniej groźne. Tymczasem ze statystyki autora, obejmującej 137 przypadków, spostrzeganych w ciągu 10 lat, wynika, że śmiertelność z cukrzycy, która rozpoczęła się nawet w wieku starszym, aczkolwiek jest mniejsza, niż u ludzi młodych, jest jednak dość znaczna, tak, że choroba ta nie przestaje być niebezpieczną, nawet gdy się rozpoczyna w wieku późnym (śmiertelność z powodu samej cukrzycy 33%).

Autor zajął się zbadaniem wpływu, jaki na przebieg cukrzycy, wywiera wysokość poziomu cukru we krwi, i badał w tym celu jego zawartość we krwi u chorych cukrzycy, przybywających na klinikę naczo przed rozpoczęciem leczenia. Statystyka opiera się na 121 przypadkach. Czas spostrzegania chorych wynosił conajmniej 5 lat. W rachubę brano śmiertelność jedynie z powodu samej cukrzycy. Z przytoczonej tablicy wynika, że śmiertelność wzrasta względnie równoległe z wysokością poziomu cukru; bardzo niewielka w przypadkach nieznacznego podwyższenia poziomu ponad normę, staje się dużą w tych przypadkach, w których stwierdzono początkowy poziom 0,18% lub więcej; rokowanie w tych przypadkach okazuje się bardzo groźnym, albowiem śmiertelność dochodzi do 72%. Przypadki zaś, wykazujące poziom cukru powyżej 0,28%, wszystkie zakończyły się śmiercią.

O zmianie rokowania pod wpływem leczenia insuliną autor nie wspomina.

J. Typ o g r a f.

W. H. VEIL i A. STORM. Przyczynki do sprawy przemiany jodu w ustroju. (D. Arch. f. Klin. Medizin T. 147, zeszyt 3/4, V.1925).

Autorzy określali metodą Fellenberga poziom jodu we krwi. U zdrowych znaleźli oni średnią zawartość $J. = 13 \gamma \%$; w zinnie mniej, a mianowicie $8,3 \gamma \%$, $\gamma = 0,001$ mgr. 65% jodu znajduje się w postaci organicznej i jest pochodzenia endogennego (tarczycowego).

Po podaniu $0,5 \text{ KJ} = 500,000 \gamma$ poziom jodu we krwi podnosi się z $15 \gamma \%$ do $1308 \gamma \%$ (po 2 godzinach); po 9 godzinach całkowity prawie jod zostaje już wyeliminowany; 70% jodu zostaje wydzielone z moczem, reszta z kałem, przez skórę, błony śluzowe i włosy. Mniej więcej w podobny sposób zachowują się krzywe jodu we krwi i w moczu po doustnym podaniu 0,3 gr. tyrooidyny.

W 33 przypadkach wola zwykłego bez wzmoczonej lub unośledzonej czynności tarczycy poziom jodu okazał się niższy od normy, to samo w przypadkach wola operowanego.

We wszystkich przypadkach wola z hipertyroza, nie leczonych naparstnicą lub chininą, poziom jodu zawsze (w 100%) był znacznie wzmocnony. Narówni więc ze wzmocnieniem podstawowej przemiany hyperjodemia jest patognomonistycznym objawem dla choroby Basedowa. W 3 przypadkach choroby Basedowa, w których podstawowa przemiana była wzmocniona, stwierdzony brak hyperjodemii był spowodowany stosowaniem naparstnic. W hyperjodemii w chorobie Basedowa podwyższenie poziomu jodu dotyczy jodu w postaci nieorganicznej i organicznej.

Na początku miesiączkowania i w końcu ciąży stwierdzano hyperjodemję. We wszystkich przypadkach częstoskurczu pochodzenia sercowego stwierdzono znaczną hyperjodemję. Przyczynę hyperjodemii należy szukać nie w stanie serca lub gruczołów dokrewnych, lecz w układzie roślinnym. Hyperjodemia jest tutaj w związku z brakiem hamującego działania n. błędnego, co doprowadza do zaburzeń sercowych i częstoskurczu.

Pobudzenie układu sympatycznego za pomocą adrenalinę wywołowało podniesienie poziomu jodu. Ten sam efekt dał się osiągnąć przez porażenie n. błędnego atropiną. Pobudzenie układu parasympatycznego przez pilokarpinę, cholinę i naparstnicę powoduje hypojodemję z następczą hyperjodemją w okresie toksycznym.

W skomplikowanej grze hormonów gruczołów dokrewnych i układu roślinnego narówni z jonami Na, K, Ca dużą rolę odgrywa ją i jony J.

Na przebiegu krzywej jodu po próbie z insuliną, przebiegającej w kierunku z krzywą glicemii wydatnia się antagonizm między tarczycą i trzustką. Pobudzenie czynności trzustki (obniżenie gly-

cemji) prowadzi do depresji tarczycy (obniżenie poziomu jodu), środki zaś, pobudzające tarczycę, hamują czynność trzustki.

K a p ł a n.

Choroby kości i stawów.

UMBER. Zapalenie okołostawowe pochodzenia dokrewnego. (Deutsch. med. Woch. Nr. 39, 1926).

W rozpatrywaniu przyczyn cierpień stawowych przyjmuje autor dziedzicznie-konstytucjonalną gotowość chorobową, zależną od właściwości konstytucjonalnych mezenchymalnych pochodnych stawu.

Przewlekłe cierpienia stawowe dzieli U. na: 1) zapalenie stawów pochodzenia zakaźnego (Infektarthritis), 2) zapalenia okołostawowe pochodzenia gruczołowego (endokrine Periarthritis) oraz 3) *osteoarthropathia deformans*. Aby czynnik chorobowy mógł uzyskać powinowactwo stawowe, musi istnieć ów konstytucjonalny warunek wzmoczonego chemicznego powinowactwa mezenchymalnych tkanek stawu.

Przypadki grupy pierwszej stanowią wdzięczny materiał dla leczenia proteinowego, przypadki grupy trzeciej — nadają się do leczenia dietetycznego, względnie objawowego.

Cierpienie stawowe pochodzenia dokrewnego spotyka się za ledwie w 3% przypadków. Przeważnie występuje u kobiet w związku z zaburzeniami w czynności jajników, przy nieprawidłowym miesiączkowaniu, podczas porodu, w okresie przekwitania. Jako następstwa niedomogi jajnikowej zjawiać się mogą objawy zmniejszonej czynności grucz. tarczycowego, zaburzenia układu chromaffinowego i t. p.

Cierpienie rozwija się powoli, z okresowymi pogorszeniami, które często stoją w związku z występującymi perjadami. Przeważnie spotykamy i inne objawy gruczołowe, jak nadmierna pigmentacja, zaburzenia troficzne, zmiany sklerodermiczne skóry, wypadanie włosów, zaburzenia naczynioruchowe, skłonność do potów, ogólne zaburzenia w odżywianiu, względną limfocytozę, niedokrwistość. Przytem brak jakiegokolwiek danych na przebieg zakażenia.

Pierwsze zmiany nie dotyczą chrząstek, ani kości, lecz miękkich tkanek okołostawowych, zwłaszcza torebki, której zgrubienie daje zniekształcenie stawu, elastyczne, mało bolesne. Miejscem predylekcyjnym są stawy śródreżnopalcowe i śródpalcowe, przeważnie no obydwu stronach; stopniowo zajęciu ulegają i duże stawy; lekkie podniesienia ciepłoty są wówczas następstwem spraw zapalnych, lecz nieinfekcyjnych.

Roentgenologicznie w okresie początkowym występuje jedynie zgrubienie i obrzmienie torebki stawowej przy zupełnie nie naruszonej kości i chrząstce oraz braku, zapalnego odpowienienia w epifizie. Następce zmiany bliznowate w torebce dają wtórnie zmiany kształtu.

W leczeniu tej postaci zachorzeń stawowych stosował autor z dobrym skutkiem preparaty jajnikowe (oophorin — Freund i Redlich, 3 razy dz. 2 — 3 tabl. łącznie z wstrzyknięciem 20 amp. w ciągu miesiąca), względnie łączył je z preparatami tarczycy.

M. Goldman junior.

J. IMBERT (Marseille). W sprawie wyników doświadczeń nad przeszczepianiem kości. (Journal de chirurgie. Tom XXVIII, Nr. 6, Juin 1926).

Autor wykonał szereg doświadczeń na psach, którym wycinał odłamek z jednej z kości przedramienia i wszczepiał go w ten lub inny sposób. Zmiany występujące wówczas w operowanej kości, można było systematycznie obserwować przy pomocy promieni Roentgena. W pierwszej grupie doświadczeń autor wycinał z kości łokciowej walec długości 2 cm., przenoślawiał go podłużnie, poczem jedną połowę wprowadzał pomiędzy odłamki operowanej kości, a więc na poprzednie miejsce, a drugą umieszczał w tkance podskórnej. Pierwszy odłamek przetrwał całkowicie, tak, iż po upływie pewnego czasu ubytek w uszkodzonej kości wyrównał się blizną kostną, odłamek zaś, mieszczący się pod skórą, wsswał się i zanikał. W dalszej grupie doświadczeń autor wycinał z kości łokciowej psa taki sam walec; w jednym przypadku umieszczał go natychmiast na poprzednim miejscu, co doprowadzało do wzrostu i całkowitego zrośnięcia się kości, w drugim nie czynił tego. Z okostniny pozostała po wycięciu walca, tworzyła się naprawdę w tym przypadku cienka blaszka kostna, która jednak wkrótce zanikała; pozostałe odłamki operowanej kości również zanikały no nieco dłuższym czasie. Powtarzając doświadczenia z wycinaniami i ponownym umieszczeniem walca kostnego, autor modyfikował je w ten sposób, że skracał walec o tyle, aby odległość jego końców od po-

zostających dwóch odłamków kostnych nieznacznie przekraczała $\frac{1}{2}$ cm., zrost wówczas nie następował, wszystkie 3 odłamki zanikały, przyczem najdłuższy zanikał najwcześniej. Widzimy stąd, iż zbyt mały odłamek kostny, wprowadzony do ubytku kostnego, nie jest w stanie doprowadzić do wypełnienia luki kostnej. W niektórych doświadczeniach z tej grupy osteotropizm wszczepianego odcinka i blisko z nim sąsiadującej kości promieniowej przejawiał się przez powstanie zbytecznego dla ustroju zrostu tych kości. Odcinek, przyrośnięty obecnie do kości promieniowej, nie zanikał; zanikały natomiast niespołone ze sobą odłamki uszkodzonej kości łokciowej. Odłamek, wszczepiony w ubytek kostny, nie powinien konieczne stanowić pewnej całości; wystarczy, jeśli po rozszczepieniu go na małe kawałki wypełnimy temi kawałkami lukę w kości dla otrzymania zrostu. Dla udowodnienia słuszności tej zasady autor wycinał z kości łokciowej walec długości 3 cm., rozdrabiał go w znacznym stopniu i otrzymanymi odławkami wypełniał uzyskany uby-

tek. Po pewnym czasie wytwarzał się masywny walec kostny, wypełniający zrobioną lukę. Zbyt jednak skąpe rozmieszczenie odłamków doprowadza zazwyczaj tylko do ich zaniku. Większe skupianie się ich w jednym z końców ubytku powoduje zlewanie się ich w masywny walec kostny, zrastający się tylko z jednym z odłamków kości.

Warunkiem niezbędnym dla wgojenia się odłamka było chronienie go od wszelkich czynników szkodliwych.

Wszystkie doświadczenia autora udawały się tylko wówczas, gdy odłamki kostne brane były od tego samego zwierzęcia, któremu były wszczepiane. Zrost nie udawał się jednak i wówczas, gdy odłamek z jednej z końców był przeszczepiany na kończynę strony przeciwnej; wyjątek pod tym względem stanowiły młode zwierzęta.

D. W y s z o g r ó d.

Wskazówki praktyczne.

— Villa przekonał się na szeregu przypadków *moczówki prostej*, że *insulina* raz działa redukująco na ilość moczu, innym razem pozostaje bez działania. Bliższe rozejrzenie się w przypadkach własnych i zaczerpniętych z piśmiennictwa doprowadziło go do wniosku, że tylko w hyperchloremicznej moczówce prostej insulina działa antydiuretycznie. Stąd V. uważa insulinę za dobry środek różniczkowo-rozpoznawczy między moczówką prostą hyper- i hypochloremiczną.

(Klin. Woch. 1927, Nr. 19).

— *Pneumarol*, środek przeciwko *dychawicy oskrzelowej*, jest to kombinacja środków przeciwkuczowych, uśmierdzających duszność, kofajnych i wykrztuśnych, wprowadzona do leczenia przez G o r d o n a. Stosuje się w kapsułkach 3-ch gatunków i w postaci czopków. S t e i n b a c h zaleca *pneumarol*, jako środek szybko i pewnie usuwający najcięższe napady *astmy* i znacznie przedłużający paazy pomiędzy nimi. Nad innymi lekami przeciwastmowymi ma tę wyższość, że może być stosowany przez usta, wzgl. przez odbytnicę.

(Klin. Woch. 1927, Nr. 19).

— *K a u f m a n n* zaleca leczenie promieniami *Roentgena* *mięśniaków macicy i krwawień macicznych* tylko u kobiet po za okresem rozrodczym. Wyjątek jednak stanowią mięśniaki podśluzowe i podejrzanе o zwyrodnienie rakowe lub mięsakowe. U kobiet w okresie rozrodczym należy unikać prom. *Roentgena* na korzyść zabiegu operacyjnego, a to ze względu na możliwość wywołania sterylizacji trwałej jakoteż spostrzegane wielokrotnie nawroty mięśniaków po czasowej sterylizacji.

(Klin. Woch. 1927, Nr. 11).

— *S i l z e r* twierdzi, że *Hypophen* (fabr. *Gehe*) w postaci zastrzykiwań domięśniowych w ilości 0,4 ctm³ może być bez obawy wywołania pęknięcia macicy lub uszkodzenia dziecka stosowany

w okresie otwarcia macicy w razie ustania bólów porodowych. W 45% porodów środek ten znacznie skrócił trwanie porodu, a przynajmniej przywrócił dalszy bieg zatrzymanego porodu. Tylko w 4,5% przypadków hypophen okazał się nieskutecznym. W *krwawieniach atonicznych* po odejściu łożyska stosował S. wstrzykiwania dożylnie *hypophenu* z *klawipuryną* (*Gehe*).

(M. med. W. 1927, Nr. 11).

— *H o f e r* stosował w *zloczeniach miesięczkowania* przetworzy jajników — *Sistomensynę* i *Agomensynę* „Ciba“. W przypadkach obfitego krwawienia miesięczkowego doskonale wyniki dawała *Sistomensyna* w postaci zastrzykiwań domięśniowych po 1 — 2 ctm³ dziennie, a obok tego 2 — 3 razy dziennie po 2 tabletki tegoż leku. Zarówno u młodych dziewcząt, jak i u kobiet w okresie przekwitania obfite krwawienie szybko ustawało. Drugi przetwór — *Agomensyna* — okazał się wielce skutecznym w przypadkach braku miesiączki, która prawie bezpośrednio po zastosowaniu *agomensyny* powracała po wielomiesięcznej, a raz nawet po 3-letniej nieobecności.

(Med. Klin. 1927, Nr. 4).

S c h ö n e zaleca *szarą maść* w leczeniu *zapalenia gruczołów potowych pod pachą*. Stosowanie leku odbywa się w sposób następujący: Rozciera się 5 gramów szarej maści na muślinie, na to nakłada się materiał nieprzemakalny, który pokrywa się długim paskiem muślinu i przytwierdza się plastrzem lepkiem na przedniej i tylnej powierzchni barku. Czasami wypada jeszcze przymocować opatrunek za pomocą plastra, przeprowadzonego przez dolną powierzchnię muślinu w kierunku klatki piersiowej. Opatrunek pozostaje bez zmiany w ciągu 3 — 6 dni, czasami wypada go w tym czasie odnowić.

(M. med. Woch. 1927, Nr. 7).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z d. 10 lutego 1927 r.

Dnia 10 lutego 1927 r. odbyło się doroczne Walne Zebranie członków Towarzystwa Medycyny Społecznej. Na przewodniczącą zaproponowano d-ra Ignacego Grundzacha, na asesora — d-ra Juliana Weisblata, na sekretarza — d-ra Ludwika Justmana.

Sekretarz Towarzystwa odczytał sprawozdanie Zarządu z działalności Towarzystwa w roku 1926. Skład Zarządu Towarzystwa był następujący: prezes — Kazimierz Dłusk i, wiceprezesi — Jan Adamski i Zygmunt Srebrny, sekretarz — Wilhelm Knappe, skarbnik — Władysław Heflich, bibliotekarz — Henryk Trenkner, członkowie — Mikołaj Kwaśniewski, Julian Maleciński, Adolf Szwarec. Zarząd kooptował jeszcze do współpracy — Ludwika Justmana i Zygmunta Szymonowskiego; oprócz tego udział w posiedzeniach zarządu brali stale dawniejsi jego członkowie: Maurycy Bornsztajn, Mieczysław Gantz, Adolf Koral, Józef Kowalczewski, Ludwik Narkiewicz i Władysław Szenajch.

Członkami Komisji rewizyjnej byli: Mieczysław Konopacki, Adolf Koral i Przemysław Rudzki.

W roku 1926 Towarzystwo poniosło stratę przez śmierć następujących członków: Jana Brauna, asystenta szpitala na Czystem, Wacława Gawłowskiego — znanego działacza na polu sanitarnym i społecznym, Juliana Kramsztyka — nestora pedjatrów polskich i Tadeusza Rozenfelda.

Liczba członków Towarzystwa wynosiła 259.

W roku sprawozdawczym Towarzystwo obchodziło dziesięciolecie swego istnienia. Z tej okazji zarząd wystąpił z wnioskiem nadania tytułu członka honorowego Rafałowi Radziwiłłowiczowi — założycielowi i pierwszemu prezesowi Towarzystwa, Kazimierzowi Dłuskiemu — obecnemu prezesowi, Edwardowi Flatauowi — założycielowi sekcji klinicznej, Samuelowi Goldflamowi — nestorowi neurologów polskich i znanemu działaczowi społecznemu, Ludwikowi Rajchmanowi — dyrektorowi Państwowego Instytutu Higjeny i Szymonowi Starkiewiczowi — założycielowi pierwszego w kraju uzdrowiska dla dzieci gruźliczych — wszystkim w uznaniu ich zasług naukowych i społecznych. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie. Wręczenie artystycznie wykonanych dyplomów członkom honorowym odbyło się na uroczystym jubileuszowym posiedzeniu dn. 16 grudnia 1926 r.

W roku sprawozdawczym Towarzystwo zwróciło się do Ministra Spraw Wewnętrznych z umotywowanym wnioskiem o zjednoczenie wszystkich agend zdrowia publicznego i opieki społecznej w jednym urzędzie centralnym, przyłączonym do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z lekarzem na czele, obdarzonym jaknajdalej idącym prawem samodzielną inicjatywy. Towarzystwo ogłosiło protest przeciwko uchwale Senatu Akademickiego Uniwersytetu Warsz., zamykającej prosektorjum dla studentów żydów, dopóki nie będą dostarczane zwłoki żydowskie w dostatecznej liczbie.

W roku sprawozdawczym odbyło się 7 posiedzeń plenarnych, na których wygłoszone były następujące referaty z medycyny społecznej: 1) Wskazania naukowe do przerwania ciąży ze stanowiska różnych specjalności—Bornsztajn, Gantz, Garlicka, Justman, Knappe, Wl. Sterling, Szwarc, Wernic. 2) O ośrodku zdrowia w Mokotowie—Lubczyński. 3) Badania nad płonią w związku z akcją szczepionką według Dicków—Celarek i Sparrow. 4) „Co dały u nas dotychczasowe próby socjalizacji medycyny”—L. Zamenhof. 5) Kasy Chorych w stosunku do służby zdrowia komunalnej, rządowej i do lecznictwa ogólnego—Sęczyński. 6) O zasadach walki społecznej z jaglicą w Polsce—Szwarc. 7) Teoria i praktyka ostatnich lat działalności Kasy Chorych—Kaszubski. 8) Czem jest a czem winna być Kasa Chorych—Justman. 9) Projekty nowelizacji ustawy Kasy Chorych—Makowski. 10) Próby dochodzenia ojcostwa na zasadzie badań biologicznych—Hirszfild.

Prezydjum sekcji klinicznej stanowili: Edward Flatau i Zygmunt Szymanowski—prezesi, Marcei Landsberg i Lucjan Jelenkiewicz—sekretarze. Sekcja odbyła 9 posiedzeń pokazowych i 10 odczytowych programowych. Na posiedzeniach pokazowych były również wygłaszane krótkie odczyty po pokazach. Sekcja ożywiła ruch naukowy wśród lekarzy warszawskich i zasilala pracami naukowymi Warszawskie Czasopismo Lekarskie.

W ciągu roku odbyły się 4 zebrania klubowe, na których uproszeni prelegenci wygłosili odczyty na tematy nielekarskie.

Towarzystwo otrzymało w darze bibliotekę po zmarłych kolegach: Jerzym Brunnerze, Zygmuncie Wulfsonie i Adolfie Szpilrajnie. Nadto Towarzystwo otrzymywało niemal wszystkie pisma lekarskie polskie i liczne oddbitki prac.

Na walnym zebraniu uchwalono podnieść nieznacznie składkę członkowską. Na miejsce kol. Kwasińskiego, który wyjechał z Warszawy, wybrano do Zarządu prof. Zygmunta Szymanowskiego; Komisja rewizyjna została w dotychczasowym składzie.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych

W Wiedeńskim Tow. rentgenologicznym przedstawił Borak przypadek zupełnego zniknięcia raka uda pod wpływem promieni Roentgena. Wyleczenie trwa od 2 lat i 3 miesięcy i różni się od zwykłego tą drogą osiąganego wyleczenia tem, że dotknięte cierpieniem miejsce nie uległo zabliznieniu, lecz pozostawiło duży defekt tkankowy nieholesny, który wymagał pokrycia plastycznego. Przypadek ten dowodzi, że działanie promieniami Roentgena na nowotwory polega na intymnym ich stosunku do komórek rakowych, w którym tkanka łączna i inne komórki tkankowe nie grają roli pośredniczącej.

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

W temże Towarzystwie Mayer i Eisinger mówili o wynikach badania rentgenologicznego kości skroniowych w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego. Pytania, stawiane przez otjarę rentgenologów, dotyczą w tych razach budowy anatomicznej kości skroniowej i jej stanu patologicznego. Pierwsze pytanie rentgenologja rozstrzygnęła w zupełności: informuje ona dokładnie o położeniu zatoki esowatej i o rodzaju pneumatyzacji. Nie tak stanowczo może odpowiedzieć rentgenolog, czy i w jakim stopniu przeszła sprawa zapalna na wyrostek sutkowy. W latach 1925 i 1926 zbadano w instytucie rentgenologicznym prof. Holzknichta 160 chorych, u których klinicznie stwierdzono lub podejrzewano zapalenie wyrostka sutkowego. Z tej liczby 46 wyzdrowiało bez operacji, 114 było operowanych. Z pomiędzy 46 nieoperowanych badania rentgenologiczne wyrostka sutkowego u 31 dało wynik ujemny, u 15 dodatni. Ten pozornie mylny wynik daje się wytłumaczyć możliwością samowyleczenia istniejącego już powikłania kostnego. Ze 114 przypadków operowanych wynik badania rentgenowskiego w 80 był zgodny z obrazem, znalezionym podczas operacji. W 34 przypadkach stwierdzono wybitną rozbieżność pomiędzy obrazem rentgenowskim a klinicznym, względnie operacyjnym. W 4 z tych przypadków operacja wykazała makroskopowo brak zmian w kości, ujawniła jednak ropę i trochę ziarniny w komórkach wyrostka sutkowego, co usprawiedliwilo wykonanie zabiegu. W 10 przypadkach upłynęło 8 — 22 dni pomiędzy badaniem rentgenowskim a operacją. Z 20 pozostałych przypadków w 10 można było mylnie rozpoznanie objaśnić błędami technicznymi lub niedostateczną wprawą w odczytywaniu obrazu rentgenowskiego.

Wynika z tego wszystkiego, że badanie rentgenologiczne przypadków zapalenia ostrego ucha środkowego, pomimo pewnych braków, oddaje jednak klinice usługi poważne.

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

Zjazdy.

VI Zjazd Lekarzy i działaczy Sanitarnych Miejskich w Łodzi.

(24 — 25 kwietnia 1927 r.).

W niedzielę, dn. 24.IV. r. b. odbyło się w sali łódzkiej Rady Miejskiej uroczyste otwarcie VI Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich. Zjazd zagał wiceprezydent m. Łodzi Wojewódzki, który na wstępie uczcił przemówieniem pamięć tragicznie zmarłego prezydenta ś. p. Cynarskiego, inicjatora Zjazdu. Na przewodniczącego powołano Naczelnika Wydziału Zdrowia Magistratu m. Warszawy, d-ra Wincentego Boguckiego, na którego wniosek wystano telegramy holdownicze do pp. Prezydenta Rzeczypospolitej, prezesa Rady Ministrów, Marszałka Piłsudskiego, oraz Ministra Spraw Wewnętrznych, d-ra Składkowskiego.

Wygłaszanie odczytów odbywało się, zgodnie z programem na posiedzeniach przed — i popołudniowych dn. 24 i 25 kwietnia. W przerwach zwiedzano rozmaite urządzenia miejskie, a w drugim dniu Zjazdu przewodniczący dr. Bogucki w towarzystwie prof. Karaffy-Korbuta, dyrektora Zalewskiego i radnej Credowej złożył wieniec na mogile ś. p. prezydenta Cynarskiego. Na bankiecie, wydanym przez miasto, na cześć uczestników Zjazdu, przemawiali przedstawiciele wielu instytucji samorządowych, zawodowych i naukowych. Ostatnim mówcą był dr. Bogucki, który postawił szereg wniosków, zmierzających do skoordynowania działalności w zakresie sanitarnym rządu, samorządu i Kasy Chorych. Na wniosek tegoż mówcy postanowiono upoważnić komitet wykonawczy do podjęcia akcji celem przywrócenia

Ministerstwa Zdrowia Publicznego, obejmującego poza służbą zdrowia również agendy Opieki Społecznej.

W drugim dniu Zjazdu po wygłoszeniu zapowiedzianych odczytów, uchwalono następujące, przyjęte przez Zjazd wnioski:

W sprawie higieny pracy.

1. Zważywszy, iż współczesna higiena pracy i technika sanitarna posiada wystarczające środki dla uzdrowienia pracy zawodowej w przemyśle i rzemiosłach, VI Zjazd uznaje, że w celu skoordynowania badań naukowych i powiększenia ich wydajności należy utworzyć „Centralny Instytut Pracy“ wraz z muzeum pracy.

2. Zjazd uchwała, iż niezbędnym jest skodyfikowanie i ujednostajnienie ustawodawstwa, dotyczącej prawnej ochrony pracy, z uwzględnieniem wymagań współczesnej higieny.

3. Zjazd uznaje za konieczne utworzenie Inspekcji Higieniczno-Lekarskiej, jako specjalnej sekcji Min. Pracy i Opieki Społecznej, działającej w porozumieniu z Inspektorem Pracy.

4. Uznając znaczenie i celowość prac inspektorek fabrycznych w zakresie kontroli i opieki nad pracą kobiet i młodocianych, Zjazd domaga się jaknajszybszego utworzenia Inspektoratów Kobięcych w ośrodkach o masowym zatrudnieniu kobiet.

5. Wobec tego, iż ustawa z dn. 2—VII. 1924 r. o ochronie pracy kobiet i młodocianych dotychczas nie jest wprowadzona w życie w całej swej rozciągłości Zjazd uznaje, że Państwo i Samorządy winny jak najprędzej przystąpić do organizacji żłobków w swych instytucjach i zakładach, dając tem przykład przedsiębiorstwom prywatnym.

6. Zjazd domaga się, aby niewykonywanie wobec kobiet za-

kazu pracy nocnej, oraz gwałcenie liczby przewidzianych w ustawie obowiązujących godzin ich pracy, było surowo karane.

7. Zważywszy, iż ochrona zdrowia i rozwój fizyczny pracowników fabrycznych stanowią zagadnienie pierwszorzędnej doniosłości, w którego pomysłnym rozwiązaniu są zainteresowani przemysłowcy w interesie produkcji; Organizacje robotnicze—zgodnie z celem swojego istnienia; Kasy Chorych — w dążeniu do zmniejszenia nieprodukcyjnych wydatków na lecznictwo, spowodowanych nadmierną ilością uszkodzeń cielesnych, chorobowością i śmiertelnością ubezpieczonych: Państwowe Zakłady Ubezpieczeń od Wypadków—ze względu na konieczność zmniejszenia sum, wypłacanych inwalidom pracy tytułem rent; Samorządy — ze względu na konieczność zmniejszenia wydatków na opiekę społeczną nad obywatelami przedwcześnie pozbawionymi zdolności do pracy zarobkowej, wreszcie Władze Państwowe w trosce o dobro Państwa i dobro Narodu.

VI Zjazd uznaje za konieczne skoordynowanie i wzmocnienie działalności wyżej wymienionych czynników.

W a l k a z d y m e m.

1. Uwzględniając stan zanieczyszczenia powietrza w naszych miastach VI Zjazd uważa za konieczne zwrócić się do Rządu z prośbą o jak najszybsze wydanie ustawy o ochronie powietrza od zanieczyszczenia dymem, oraz objęcia kontroli nad zadymieniem miast.

2. Zjazd uznaje, iż pożądane jest, by Związek Miast Polskich ogłosił konkurs na pracę o skutecznych sposobach walki z zadymieniem miast.

S z p i t a l n i c t w o.

1. VI Zjazd uchwała:

a) Koniecznym jest jak najrychlejsze wydanie ustawy szpitalnej.

b) Koniecznym jest tworzenie związków celowych dla prowadzenia szpitali dla umysłowo chorych, wenerycznych, gruźliczych i innych.

c) Koniecznym jest skreślenie w Ustawie o Kasach Chorych punktu 2 art. 43, obciążającego budżety samorządów.

d) Uznać za celowe, ażeby lekarze szpitali samorządowych byli stałymi etatowymi pracownikami miasta.

2. Wobec groźnej klęski mieszkaniowej, mającej olbrzymi wpływ na szerzenie się gruźlicy i innych chorób, VI Zjazd stwierdza konieczność podjęcia przez czynniki samorządowe i rządowe akcji budowlanej na szeroką skalę, oraz wydatnego popierania współdzielczego ruchu budowlanego.

Zjazd uchwała:

a) Zaopatrzenie mieszkańców w dostateczną ilość dobrej wody do picia (wodociągów) i racjonalne odprowadzenie z miasta ście-

ków (kanalizacja) stanowi pierwszorzędne i podstawowe zadanie władz komunalnych przedewszystkiem w miastach, liczących ponad 25 tysięcy mieszkańców.

b) Mając na względzie nie tylko zdrowie ludności, ale również interesy miasta, do urzeczywistnienia tego zadania przystępować należy wzorem m. Łodzi, nie czekając na poprawę ogólnych warunków finansowych, względnie na otrzymanie pożyczki zewnętrznej, a przeciwnie—opierając się na zwykłych budżetowych środkach i przeznaczając na cele związane z budową wodociągu i kanalizacji rok rocznie, chociażby nieznaczny odsetek sum budżetowych.

3. VI Zjazd popierając całkowicie inicjatywę Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia dotyczącą prowadzenia doświadczeń nad ściekami, podkreśla konieczność natychmiastowego uruchomienia istniejącej w Warszawie stacji doświadczalnej.

4. Wobec doniosłego znaczenia ogródków działkowych dla zdrowotności miast, szczególnie w walce z gruźlicą i alkoholizmem Zjazd uchwała:

Zwrócić się do Związku Miast Polskich, by wezwał zarządy miast do tworzenia jak najliczniejszych ogródków działkowych, przewidując szczególnie przy rozbudowie miast odpowiednie obszary na ich zakładanie.

5. VI Zjazd Zwraca się do Komitetu Wykonawczego z prośbą o ponowne podjęcie kroków w kierunku zrealizowania uchwał VI Zjazdu, dotyczących reorganizacji służby zdrowia w Polsce.

W s p r a w i e u b e z p i e c z e ń s p o ł e c z n y c h.

VI Zjazd Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich w Łodzi wita z uznaniem inicjatywę rządu w sprawie uporządkowania i usprawnienia ubezpieczeń społecznych w Polsce przez opracowanie nowej ustawy ubezpieczeniowej.

Zjazd wyraża nadzieję, że nowa ustawa przyczyni się do podniesienia zdrowotności w kraju, zachowania i pomnożenia sił wytwórczych, zapewnienia zdrowia przyszłym pokoleniom i pomnożenia wzrostu załudnienia i uniknięcia zwyrodnienia rasy. Przy opracowaniu tej ustawy niezbędna jest współpraca lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich oraz zawodowych organizacji lekarskich.

Uznając doniosłe znaczenie ubezpieczeń społecznych i lecznictwa kasowego dla zdrowotności miast polskich, pragnie Zjazd współdziałać przy uporządkowaniu ubezpieczeń społecznych w Polsce i poleca komitetowi wykonawczemu VI Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich szczegółowe rozpatrzenie projektu nowej ustawy ubezpieczeniowej oraz przedstawienie swej opinii czynnikom rządowym.

Następny, VII z kolei Zjazd Lekarzy i Działaczy Sanitarnych Miejskich odbył się ma w r. 1928 w Katowicach.

Krytyka Lekarska.

Stare prawdy o cytatach.

Zdarzyło mi się w ostatnich dniach być świadkiem polemiki naukowej, w której prelegent w odpowiedzi na krytykę pewnego poglądu tłumaczył się tem, że pogląd ten, jak to zaznaczył w odczycie, wypowiedziany został przez taką a taką powagę naukową. Prelegentowi nie przyszło tedy wcale na myśl, że owa powaga naukowa mogłaby nie mieć racji, i dopiero dyskutant na taki zuchwał krok się zdobył.

Zacytowanie zdania autorytetu uwalnia od odpowiedzialności za podzielenie tegoż zdania. „Αὐτὸς ἔφη,” mówili uczniowie Demostenesa, i to wystarczać miało do zamknięcia ust przeciwnikowi.

Oto jedna z demoralizujących stron cytata „Źródłem obfitości cytat, a, niestety, i ich wynikiem”, powiada Zygmunt Krąmszycki¹⁾, „jest tylko zależność umysłowa: odwyknięcie od myśli, brak wiary w siebie i przypuszczenie, że inni również nam nie ufają”. Należy, rzecz prosta, traktować z odpowiednim szacunkiem i powagą zdanie wytrawnego w danej

sprawie człowieka, ale bezkrytyczna czołobitność zabija tylko indywidualność własną i nie przyczynia się do wszechstronnego wyjaśnienia sprawy, przeciwnie, utrudnia wydobycie prawdy na światło dzienne. Jeżeli tedy cytata dosłowna, wierna może być zaporą do poszukiwania prawdy, to już absolutnie jest szkodliwa i niebezpieczna, gdy tekst jej został w jakikolwiek sposób zmieniony: krzywdzi autora i bronionej lub zwalczanej przezeń tezy, a tem samem i prawdziwie uszczerbek przynosi.

Jeden z nieżyjących już kolegów opowiadał mi kiedyś, że w pewnej książce swojej, wydanej i w języku niemieckim, zacytował jakieś zdanie Laënneca. Po upływie kilku miesięcy od ukazania się w druku owej książki otrzymał od D-ra S. z Frankfurtu nad Menem list z uprzejmą prośbą o wskazanie mu pracy Laënneca, z której owo zdanie zaczerpnął. Nasz kolega odpisał, że znalazł je w takim a takim artykule Dra K. z Berlina. Upłynęło znów sporo czasu, aż kolega nasz otrzymał od D-ra S. list mniej więcej treści następującej: „Zwróciłem się w wiadomej sprawie do Dra K., który mi zakomunikował, że inkryminowaną cytata z Laënneca wiał z pracy Dra B., ten zaś

1) Krytyka Lekarska 1897. Str. 156 i 157. Notatki.

znowu odesłał mnie do innego źródła, ale nie do samego Laënneca. Zabrałem się zatem do wertowania prac Laënneca o gruźlicy²⁾ i mogę Szan. Kolegę zapewnić, że autor ten nigdy podobnej myśli nie wypowiedział³⁾.

Tu mamy już do czynienia z karygodną swawolą, z niesumiennością autora, cytującego cudze zdanie, niesumiennością, której następstwem jest szerzenie fałszu nieraz z pokolenia w pokolenie. Raz taka fałszywa cytata zawdzięcza swe powstanie fantazji cytującego, innym razem nie dość ściśle oddanie cudzej myśli wynika bądź to z chęci pokrycia swojej idei powagą głośnego nazwiska, bądź ze zwykłego niedbalstwa, ale w każdym razie jest szkodliwe.

W pewnej pracy polskiej³⁾, której ocenę przed wielu laty ogłosiłem, autor przypisuje cytowanemu przez siebie uczonemu niemieckiemu obserwację około stu przypadków pewnych nowotworów, gdy uczony ten pisze: „unter meinen 56 Fällen...“ Ten sam autor zdradza się dalej, że prac, które cytuje, wcale nie czytał (przynajmniej w oryginalnej). Oto dwa przykłady. O pewnym lekarzu wiedeńskim pisze autor, że „usunął w r. 1887 (?)... guzik (rak)“. Opatrznie daty znakiem zapytania dowodzi, że autor miał wątpliwości co do tej daty, podaje jednak równocześnie źródło, z którego jakoby cytata powyższą zaczerpnął. Gdyby atoli istotnie pracę cytowaną czytał, nie miałby wątpliwości, kiedy kwestjonowana operacja była dokonana, gdyż operator w owym cytowanym przez naszego autora źródle pisze: „Am 7 Juli 1885 kam Herr P...“

Przykład drugi. Przy nazwisku pewnego lekarza dodaje nasz autor w nawiasie (Niemcy?), czyli informuje nas, że narodowość owego lekarza nie jest mu dokładnie znana, podaje jednak źródło, z którego jakoby czerpał. Gdyby istotnie tak było, to wszelka wątpliwość co do narodowości owego lekarza musiałaby być wyłączona, gdyż nad tytułem jego pracy czytamy: „Aus dem St. Hedwig Krankenhaus zu Ber-

2) Cytata dotyczyła gruźlicy.

3) Ze względów łatwo zrozumiałych nie wymieniam autora, ani tytułu pracy.

lin“, zaś przy nazwisku autora: „Oberarzt der Chirurgischen Abtheilung“.

Wymieniłem w mojej ocenie i inne jeszcze zauważone nieścisłości, a dodać muszę, że bynajmniej nie sprawdzałem całego, obficie w pracy zgromadzonego materiału statystycznego. Dla mnie statystyka ta nie może już być dokumentem miarodajnym, jest nim jednak dla niewtajemniczonych, którzy od kilku dziesiątków lat powołują się nań: wnioski zeń wyciągają.

Czasem nie brak sumienności w cytowaniu lub nadmiar polotu poetyckiego są sprawcami wprowadzenia w błąd czytelnika i paczenia prawdy: nieścisła cytata bywa następstwem niezrozumienia myśli autora, o ile jest podana nie dosłownie, lecz w streszczeniu, albo też, gdy idzie o cytata cudzoziemską, źle przetłumaczoną przez autora, oczywiście nie znającego dokładnie języka, z którego przekładu dokonał. I taki przykład w wymienionej ocenie podałem.

Cytujemy nieraz bez zastrzeżeń rozmaite doniesienia z dziedziny rozpoznawania chorób i ich leczenia. Kto jednak przystąpił do sprawdzania takich „faktów“, przekonywa się, że sprawa w rzeczywistości wygląda zupełnie inaczej. Często te „wynałazki“ i „odkrycia“ powstają nawet nie na gruncie złej woli, lecz znajdują się w związku z brakiem zmysłu krytycznego ich autorów. Rozpowszechniania drogą cytata takich nieskontrolowanych dostatecznie zdobywszy naukowych należy unikać.

Nie pójdę w sceptycyzmie tak daleko, jak jeden z koryfeuszów medycyny niemieckiej, który, rozgoryczony pewnymi fantazjami naukowymi, powiedział mi kiedyś: „Glauben Sie nicht daran, was man schreibt“. „W takim razie“, odrzekłem, „musiałbym nie wierzyć i temu, co Pan pisze“. „Dopóki pan nie sprawdzi, niech pan nie wierzy. Autor, nawet krytyczny, nieraz upaja się swoim pomysłem i sugestjonuje nim siebie i innych“.

Cum grano salis należy zaakceptować aforyzmy mistrza niemieckiego.

Z. Srebrny (Warszawa).

MEDYCINA SPOŁECZNA

Nowy projekt ubezpieczeń społecznych opracowany przez M. P. i O. S.

Podał

Dr. Tadeusz KASZUBSKI (Warszawa).

M. P. i O. S. opracowało projekt ubezpieczeń na wypadek choroby, śmierci, niezdolności do pracy, starości i rodzin na wypadek śmierci ubezpieczonego. Projekt ten z jednej strony wprowadza te ubezpieczenia do tych dzielnic, które ich przy zaborcach nie posiadały, z drugiej strony poprawia i uzupełnia ubezpieczenia, pozostawione przez państwa zaborcze, w głębie ujęty system.

Potrzeby ubezpieczeń społecznych lekarzom nie trzeba chyba dowodzić. Wprawdzie, niestety, nie brak pseudo-uczonych i pseudo-głębokich rozpraw na temat zbyteczności i szkodliwości ubezpieczeń społecznych, pisanych przez lekarzy, że wspomnę choćby pracę Weilera „Antisoziale Wirkung der sozialer

Fürsorge“ (München Med. Woch. N. 4 z 1927 r.).

Są to jednak, że się tak wyrażę, głosy epoki minioniej, głosy pozagrobowe.

Konieczność jednolitego prawodawstwa na całym obszarze państwa jest jasna, jakie zaś korzyści daje połączenie, scalenie wszelkiego rodzaju ubezpieczeń, postaram się wykazać dowodnie na przykładzie, dla lekarzy najbardziej zrozumiałym i przekonywającym.

Chory powinien być leczony albo aż do wyzdrowienia, albo aż do uznania choroby jego za nieuleczalną, t. j. do inwalidztwa. Żadne ubezpieczenie na wypadek choroby w ten sposób ze względów finansowych sprawy ująć nie było w stanie. Ustawy wszystkich państw wyznaczały więc mniejszy lub większy okres czasu, który „wolno“ było chorować. Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. maksymalny okres 39-tygodniowy. Przy połączeniu ubezpieczeń Kasa Chorych (w projekcie nazwana Kasą Ubezpieczeń), leczy po staremu do 39 tygodni, po tym zaś czasie koszty leczenia przejmują

Zakład ubezpieczeń społecznych i przedłuża je aż do wyłączenia lub uznania inwalidztwa (art. 146).

Projekt ma dwie wybitne cechy: dąży do zniesienia istniejących obecnie prawie równoległych instytucyj nadzorczych — Okręgowych i Głównych Urzędów ubezpieczeń i Związku Kas i Ogólno-Państwowego Związku Kas — łącząc je w Zakłady Ubezpieczeń Społecznych i Związek Zakładów Ubezpieczeń. Słusznie też, niestety, nie dowierzając uspołecznieniu i ubezpieczonych i ubezpieczających, wprowadza do Zarządów ciał tych nominatów, mianowanych przez M. P. i O. P.: do Zarządów Zakładów Ubezpieczeń 1/3, do Zarządów Związków Zakładów, aż 1/2 liczby członków (art. 61 i 72).

Jest to swego rodzaju hamulec i nadzór.

Wychodząc najwidoczniej z tego samego założenia M. P. i O. S. nie pozwala na zbyt lekkomyślne traktowanie Lekarza Naczelnego i Dyrektora, zachowując dla siebie prawo zatwierdzenia zarówno przy powołaniu, jak i zwolnieniu ich (art. 461/76). Ostatnie zresztą niesłusznie, bo w ten sposób lekarzy naczelnych i dyrektorów stawia wyżej nawet, niż zarządy (w których przecież będzie miało swoich nominatów Ministerstwo).

Wskutek tej do pewnego stopnia słusznej nieufności poleca na niezgodne z ustawą uchwały Zarządów prezesom ich odwoływać się do M. P. i O. S. Niesłusznie jednak projekt pozwala zatrzymywać je dłużej, niż na 2 tygodnie, o ile M. P. i O. S. zawiadomi, że rozstrzygnięcie o prawności uchwały odkłada na później (art. 75). Musi być jasno stwierdzone, że w przeciągu 2 tygodni M. P. i O. S. obowiązane jest sprawę rozstrzygnąć, inaczej mogłaby biurokracja zahamować pracę Zarządów całkowicie.

Liczba członków i Rad i Zarządów zostaje zmniejszona. Może to choć w części ukrócić gadulstwo. Zarządy będą wybierane większością głosów, a nie proporcjonalnie.

Dla lekarzy projekt ważny jest z dwu punktów widzenia: zawodowo-lekarskiego i społecznego.

Zgóry należy stwierdzić, że pod względem zawodowo-lekarskim projekt wydaje mi się, wbrew chęci projektodawców, przychylniejszy dla lekarzy, niż ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o ubezpieczeniu na wypadek choroby. To jest wpływ życia. Najniechętniejsze nawet czynniki dla lekarzy musiały zrozumieć, że lekarz jest integralnym składnikiem wszystkich ubezpieczeń społecznych, a w szczególności ubezpieczenia na wypadek choroby. Projekt więc daje głos pozornie doradcy (art. 45) lekarzowi naczelnemu w sprawach lecznictwa, faktycznie zaś decydujący, bo lekarz nacz. może spowodować rozstrzygnięcie wniosków, dotyczących się lecznictwa przez M. P. i O. S. (art. 45).

Z lekarzami ma być zawarta umowa piśmienna (art. 112); do spraw z lekarzami przewiduje się Komisje rozjemcze (art. 112/51). Do komisji tej wybierają przedstawicieli lekarze, 2 zarząd danej kasy Ubezpieczeń (Chorych), przewodniczący superarbitr, wybrani wspólnie. Artykuł ten zwiększa wpływ lekarzy, boć według ustawy z dnia 19 maja 1920 r. lekarze danej Kasy wybierali 1 przedstawiciela, drugiego zaś dana Izba Lekarska, bądź co bądź też instytucja trzecia. Należy artykuł ten uzupełnić przepisem: apelacja od wyroku Komisji Rozjemczej nie ma mocy wstrzymującej. Projekt z pewną modyfikacją przejmuje przepi-

sy ustawy niemieckiej, dotyczące się umowy z lekarzami. Za wzorem niemieckim sprawę umów z lekarzami ujęmuje w przepisy prawne. We wzorze niemieckim ujęcie jest niewątpliwie lepsze — umowę mogą wymóc zarówno Zarządy kas, jak i lekarze, jednak do zawarcia nowej każda ze stron obowiązana jest wykonywać przepisy umowy. Jeżeli w przeciągu 2 miesięcy nie zostanie zawarta umowa nowa, wkraczają władze nadzorcze.

Projekt M. P. i O. S. w art. 57 ustanawia: „dla rozstrzygnięcia zbiorowych sporów, co do zawierania lub rozwiązywania zawartych umów między lekarzami a Zarządem kasy, tworzy się przy Zakładach Ubezpieczeń Społecznych na przeciąg 1 roku komisję arbitrażową oraz przy M. P. i O. S. wyższą komisję arbitrażową“.

„Odwołanie się od Komisji arbitrażowej do wyższej komisji arbitrażowej ma moc wstrzymującą; aż do ostatecznego rozstrzygnięcia sporu obydwie strony obowiązane są wykonywać dotychczasową umowę. Decyzja ma moc wiążącą obydwie strony. W razie niestosowania się do tej decyzji winni odpowiadają, jak za naruszenie obowiązującej umowy i obowiązani są do zwrotu strat stąd wynikłych w drodze powództwa cywilnego“.

Wszystko w porządku. Nadużycia zarówno z jednej, jak i drugiej strony są wyłączone. W obydwu komisjach miałyby jednak przewodniczyć poniekąd strona — w komisji arbitrażowej przewodniczący Zakładu Ubezpieczeń, w wyższej komisji arbitrażowej delegat M. P. i O. S. By zachować istotnie bezstronność, przewodniczyć winien sędzia, wyznaczony przez Sąd Okręgowy.

Jasnym sformułowaniu art. 52 przeczy art. 54, że „do zakresu działań Zakładu Ubezpieczeń należy zawieranie umów z lekarzami“. Więc i lekarze winni mieć scentralizowaną instytucję do zawierania umów, np. Izbę Lekarską. Jeszcze bardziej gmatwa sprawę artykułu 112, że Komisji arbitrażowej spory podlegają tylko za zgodą obu stron.

Ta „zgoda obu stron“ wprowadzałaby stan poprzedni, jest zbyteczna i przeczy kategorycznemu sformułowaniu art. 52.

Lekarze zostają nareszcie oficjalnie dopuszczeni do wpływu na lecznictwo. Ma być Rada lekarska (art. 117), której skład ustanowi statut Kasy Chorych. Ponieważ zaufania dla zrozumienia potrzeb lecznictwa trudno spodziewać się od Zarządów Kas, raczej ciwnie, że będą one nadal uważać lekarzy za czynnik, który niestety trzeba tolerować tylko, organizacja Rady Lek. musi być ujęta w formie przepisów prawa, jak komisje rozjemcze, arbitrażowe i t. d. Rada winna się składać z 5 członków wybranych przez lekarzy danej kasy. Odszkodowania winny być płacone według norm przewidzianych dla członków innych komisji. Rada może powoływać rzeczoznawców, bez jej opinii żadne sprawy, dotyczące się lecznictwa i lekarzy, nie mogą być rozstrzygane i wprowadzane.

Art. 26 (płatny pracownik Kasy nie może być wybrany do Rady Kasy) odbiera możliwość wyboru lekarza do Rady K. Ponieważ poza lekarzami kas ubezpieczonych lekarzy niema, równałoby się to niemal wyłączeniu lekarzy od prawa wyboru do Rady Kas. Byłoby to tembardziej niesłuszne, że z lekarzami kasy zawierać muszą umowy i że lekarz nie jest

zwykłym urzędnikiem kasy. Do art. 26 musi być dodane uzupełnienie — przepis art. 26 może być stosowany tylko do lekarzy administracyjnych Kasy.

Artykuły o nominatach do Zarządów Zakładów i Związku Zakładów Ubezpieczeń należy uzupełnić, że w liczbie nominatów muszą być zawsze 2 lekarze

System ambulatoryjny zostaje przez art. 112 wprowadzony słusznie, jako zasada: za szpitale itd. projekt ustawy nakazuje płacić całą taksę, a nie 50%, jak dotychczas. Apteki natomiast (art. 19) obowiązane są dawać opust od cen. Chory ma prawo wolnego wyboru lekarza między tymi lekarzami, z którymi kasa zawiera umowę (art. 112). M. P. i O. S. ma obawę, że lekarze przy wprowadzaniu kas mogą nie zechcieć zawrzeć umowy z nimi. Nie może narzucić lekarzom, nie pozostających w żadnym stosunku z kasą, arbitrażu. Za wspólną zgodą proponuje ten arbitraż (art. 112), jednak, obawiając się, że umowa do skutku może nie dojść, chce pomoc lekarską zapewnić przepisami art. 221 „o ile w wypadku art. 112 (braku zgody na komisję arbitrażową, braku umowy itd.) trzeci lekarz wzbrania się wykonywać praktykę lekarską w stosunku do osób, uprawnionych do świadczeń kasy, ulega każdorazowo w drodze przewidzianej przez art. 9 ustawy z dnia 9 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej, grzywnie w wysokości 5 do 10-ciu całkowitej opłaty za poradę lekarską według cennika, przewidzianego z art. 21 cyt. ustawy, niezależnie od zwrotu niesłusznie pobranych sum, o ileby te zostały pobrane, z doliczeniem 5% za każdy miesiąc od dnia obowiązku zwrotu wymienionych sum. W razie powtórzenia się wykroczeń przewidzianych w art. poprzednim, po dwukrotnem zastosowaniu grzywny, winni pozbawieni będą w drodze sądowo-karnej prawa wykonywania praktyki na okres do 6 miesięcy“.

Państwo, wprowadzając przymusowe ubezpieczenia społeczne, obowiązane jest zapewnić ubezpieczonym pomoc lekarską. Lekarze zaś, ponieważ od państwa otrzymują wyłączne prawo leczenia, nie mogą państwu odmówić w pewnych wypadkach pomocy (epidemie, nagłe wypadki i t. d.). Należy więc uznać za słuszne dążenie, by zapewnić pomoc lekarską ubezpieczonym nawet, gdy umowa nie zostanie przez daną Kasę zawarta z lekarzami. Artykuł jednak 221 zbyt mocno sprawę zaostrza i grozi przeróżnymi karami. Mógłby być krótko i dobitnie sformułowany w ten sposób:

„Gdyby z przedstawicielstwem Zawodowych organizacyj lekarzy Kasa Ch. z jakichkolwiek powodów umowy zbiorowej zawrzeć nie mogła, lekarze winni ubezpieczonym udzielać pomocy i porad według najniższych norm cennika danej Izby Lekarskiej“.

Z całym naciskiem podkreślić trzeba, że nie może być umów indywidualnych, a tylko zbiorowe z przedstawicielami organizacyj zawodowych lekarskich. Przy dopuszczalności umów indywidualnych zapanowałby zupełny chaos, któryby zarówno mniej koleżeńsko nastrojeni lekarze, jak K. Ch., wyzyskiwały na szkodę lecznictwa i zawodu lekarskiego.

Również art. 112 musi być uzupełniony, w taki sposób: „z przedstawicielstwem zawodowych organizacyj lekarzy danego okręgu K. Ch. zawierają zbiorowe pisemne umowy. Lekarze pojedynczy mogą być

dopuszczani do pracy w K. Ch. tylko na zasadach umowy zbiorowej“.

Art. 96 pozwala umieszczać chorych w szpitalach i t. d. „według wyższej taksy“. Dawałoby to pole do nadużyć zarówno ze strony ubezpieczonych, jak i ciał zarządzających, a może nawet i ze strony lekarzy. Każdy dygnitarz miałby tysiąc powodów, by umieszczono go „według wyższej taksy“. Zaś każdy szpital i t. d., w razie potrzeby i tak może chorego umieścić w lepszych warunkach (np. przenieść do pokoiku).

Strona społeczna przedstawia się nie mniej podatnio. Projekt jest, że tak powiem, przeniknięty myślą, że każdy ma prawo do pracy. Dlatego nagłówek jest sformułowany „ustawa o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby oraz ubezpieczeniu robotników na wypadek śmierci ubezpieczonego“. Ubezpieczenie od bezrobocia nie zostało włączone do ogólnego systemu niewątpliwie tylko z powodów finansowych tudzież niemożliwości opracowania zasad ogólnych. Wszystkie ryzyka społeczne podciąga się pod jedno pojęcie — niezdolności zarobkowania. Z tej idei wypływa natychmiast druga, że każdy jest obowiązany do pracy, że nawet zupełny inwalida jeszcze coś robić może i powinien; żeby go zmusić do tego projekt nie uznaje 100% odszkodowania na wypadek niezdolności do pracy. Najwyższa stawka odszkodowania oznaczona jest tylko na 80% i tylko, jeśli utrata zdolności do pracy wynika wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby zawodowej.

Przebija się w projekcie również myśl, że koszty ubezpieczeń społecznych winny zawierać się w płacy pracowników, że więc ponosić je winien ubezpieczający. Koszty ubezpieczenia od wypadków—0,25% od zarobku — ponosi całkowicie przedsiębiorca. Część składki ubezpieczeniowej na wypadek choroby i starości, wynoszącej 10 procent (6% na wypadek choroby) płacy pracownika, „może“ przedsiębiorca w wysokości 2/5 stracić pracownikowi. W tem sformułowaniu „może“ widać jasno, że właściwie stracić nie należałoby, i koszty ubezpieczenia winien ponieść pracodawca. Względy oportunistyczne nie pozwoliły postawić sprawy wyraźnie.

Pracownicy umysłowi, którzy są wobec projektu specjalnej ustawy o ubezpieczeniach społecznych dla nich wyłączeni z projektu M. P. i O. S., muszą być ubezpieczeni tylko na wypadek choroby. Opłaty na ten cel wynosiłyby tylko 6% zarobku.

Inwalida wskutek starości — wiek prekluzyjny oznaczono na lat 65, co jest stanowczo za wysoko — otrzymuje najwyżej 40% przeciętnej wszystkich płac ustawowych, odpowiadających grupom zarobkowym ubezpieczonego w ostatnich 104 tygodniach składkowych. Aby uzyskać rentę na starość, ubezpieczony musi opłacić najmniej 104 składki tygodniowe, czyli być ubezpieczonym najmniej 2 lata.

Wdowa i dzieci mają prawo do dziedziczenia renty. Renta wdowia wynosi 1/2 sumy, jaką otrzymywał lub mógłby otrzymywać zmarły, renta sieroty wynosi 1/5, a sieroty zupełnej 1/3 tej kwoty.

Świadczenia naogół zostają rozszerzone. Zasiłek szpitalny dla samotnych podniesiono do 20%. Okres uprawnienia do zasiłku pługowego przedłużono do 12 tyg., okres udzielania pomocy leczniczej dla rodzin z 13 na 16 tygodni. Proteż zębowych Kasy udzielać muszą obowiązkowo. Zwiększa się również

liczba uprawnionych do świadczeń na wszystkie osoby, posiadające wspólne gospodarstwo z ubezpieczonym. Należy rozumieć tu nieślubne żony i dzieci zapewne. Niestety, sformułowanie jest wadliwe i dawałoby tysiąc powodów do nadużyć. Dochody natomiast zostają znacznie zmniejszone, zamiast 6½% składka na K. Ch. ma wynosić 6%, składka oblicza się nie o 17, lecz od 6 dni pracy w tygodniu.

Wydatki zostają znacznie zwiększone. Za szpital K. Ch. mają płacić nie 50% taksy, lecz całe 100%, protezy zębowe przestają być świadczeniem nadzwyczajnym, a stają się świadczeniem obowiązkowym, zwiększa się liczba ludzi, mających prawo do leczenia, również przedłuża się okres jego; za wszelkie czynności w Radach, Zarządach i t. d. przewiduje się opłaty.

Dla polityki ludnościowej państwa i zdrowotności społeczeństwa nie może być obojętny los matek karmiących. Również zabezpieczenie na starość, jak i los wdów i sierot jest sprawą, obchodzącą całe społeczeństwo. Więc też skarb państwa będzie ponosił również pewne ciężary. Zasiłków pługowego i dla karmiących będzie pokrywał 40%, do renty inwalidzkiej będzie dopłacał 15 zł., do renty wdowiej 7,50, a do renty sierocej 1 do 3 zł. Sumy te będą zwracane Zakł. Ubezp.

Chociaż pod względem zawodowo-lekarskim i społecznym projekt przedstawia się bardzo dodatnio, to, niestety, nie można tego powiedzieć o jego podstawach finansowych. Wprawdzie poniekąd siłę finan-

sową Kas ma gwarantować duża liczba członków — 5000 członków najmniej. Pewne oszczędności powstaną ze zmienionych przepisów o funduszu zapasowym, z powodu zwrotu kosztów leczenia w chorobach zawodowych i nieszczęśliwych wypadkach, z powodu przejęcia przez Zakłady Ubezp. pewnych funkcji leczniczych (szpitale, sanatoria). Wszystko to jednak nie wystarcza.

Wybitny działacz społeczny, którego wiedzy fachowej ani dobrych intencji nikt w wątpliwość poddać nie może, obliczył, że, gdyby dzisiejszy dochód K. Ch. oznaczyć jako 100%, to wydatki w rozmiarze dotychczasowych świadczeń przy wprowadzeniu projektu wynosiłyby 131,45%, przy świadczeniach, przewidzianych przez projekt, aż 171,3%.

Należy więc, by:

1. Zakłady Ubezpieczeń Sp. pokrywały 1/3 wydatków administracyjnych Kas Ch, ponieważ z aparatu tego będą korzystały.

2. Państwo winno pokrywać 1/3 wydatków administracyjnych Kas, ponieważ z aparatu tego będzie korzystało (znosi dlatego swoje agendy — Okręgowe i Główne Urzędy Ubezpieczeń).

3. Podnieść udział państwa w wydatkach.

4. Zakłady Ubezpieczeń winny całkowicie pokrywać koszty leczenia choroników (po 39 tygodniach) i koszty leczenia chorób zawodowych oraz chorób wskutek nieszczęśliwych wypadków.

Sprawy zawodowe

PROTOKÓŁ DOROCZNEGO SPRAWOZDAWCZEGO POSIEDZENIA NACZELNEJ IZBY LEKARSKIEJ Z DNIA 30 STYCZNIA 1927 R.

Obecni doktorzy: Bączkiewicz, Śmiechowski, Krzyżkowski, Metelski, Przyborowski, Wojno (Warszawa), Czerniecki w zastępstwie Papee'go, Kuhn, Waygiel, Franke, Nowicki — 2 głosy — za nieobecnego Wolfa (Lwów), Jerzykowski, Wieleński, Dymiński, Stejnborn (Poznań), Zakrzewski — 2 głosy — 1 za nieobecnego Wróblewskiego, Wrześniowski — 2 głosy — jeden za nieobecnego Strzebińskiego (Kraków), Tomaszewski — 2 głosy — 1 za nieobecnego Skusiewicza (Łódź), Drożdż, Wiszniewski (Lublin).

Razem 20 delegatów, reprezentujących 24 głosy.

Dr. Makowski usprawiedliwił swoją nieobecność chorobą. Dr. Garlicka i dr. Róbin uzasadnili także swoją nieobecność piśmiennie, motywując tem, że nie chcą przybyć do lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej, według ich mniemania wspólnego z lokalem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

Wszyscy zastępcy przedstawili odpowiednie dokumenty w należytej formie, uprawniające ich do głosowania.

Przewodniczący je odczytał.

Izba Wileńsko-Nowogródzka delegatów nie przysłała, ponieważ jest w okresie organizacyjnym i wybory nie zostały jeszcze przeprowadzone.

Przewodniczący zagalął posiedzenie i skonstatował, że jest pracomocne, ponieważ obecni reprezentują 24 głosy na 28 członków Izby Naczelnej.

Na wniosek Przewodniczącego uczczono przez powstanie pamięć ś. p. D-ra Ignacego Sochackiego, członka Naczelnej Izby Lekarskiej i D-rów ś. p. Wacława Gawłowskiego i Juliana Grabowskiego, członków Sądu N. I. L.

Przedstawiony porządek dzienny przyjęto, tylko sprawa specyfików została zdjeta z porządku dziennego na życzenie wnioskodawców, delegatów Lwowskich, poczem przyjęto regulamin obrad.

Sekretarz Naczelnej Izby Lekarskiej odczytał sprawozdanie z działalności Zarządu za r. 1926, sprawozdanie przyjęto bez dyskusji.

Wice-Przewodniczący Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej odczytał sprawozdanie z działalności Sądu N. I. L.

Na wniosek Sądu N. I. L. uchwalono wszystkimi głosami, aby w celu zmniejszenia obciążenia wydatkami na Sąd N. I. L. ogółu lekarzy, pozostawić uchwałę Wydziału Sądzącego obciążenie skazanego całością lub częścią kosztów, jakie wynikają z postępowania sądowego zgodnie z punktem a § 48 regulaminu Sądu N. I. L.

Na wniosek Prezydium Sądu N. I. L. uchwalono większością głosów, zgodnie z życzeniem sędziów zamiejscowych podnieść dyety przyznawane im za czas pobytu w Warszawie do wysokości bardziej zbliżonej do normy kosztów utrzymania, mianowicie do 40 złotych za dobę.

Ponieważ dla wyboru delegatów do Sądu N. I. L. ze strony Izby Wileńsko-Nowogródzkiej należałoby zwołać specjalne plenarne posiedzenie Naczelnej Izby Lekarskiej, przeto na wniosek sprawozdawcy sądowego D-ra Śmiechowskiego uchwalono jednoznacznie upoważnić Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej do wyboru tych delegatów po porozumieniu się z Zarządem Izby Lekarskiej Wileńskiej na czas do następnego plenarnego posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej.

W dalszym ciągu przystąpiono do wyborów zastępców delegatów do Naczelnej Izby Lekarskiej wobec zrzeczenia się tej godności z ważnych, przewidzianych ustawą powodów 6-eiu zastępców zamieszkałych w Warszawie. Dr. Tomaszewski występuje z wnioskiem, aby sprawę wyborów zastępców odłożyć do rozpatrzenia sprawy lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej, gdyż w razie decyzji zmiany lokalu głosowałby na D-ra Garlicką, mając nadzieję, że w takim wypadku przyjąłaby wybór. Wobec odrzucenia tego wniosku Dr. Tomaszewski oświadcza, że w głosowaniu na zastępców udziału nie bierze. W wyniku głosowania zostali wybrani na zastępców doktorzy: Jan Belkowski (20 głosów), Teodor Podczaski (19 głosów), Zdzisław Sławiński (17 głosów), Kazimierz Jasielwicz (15 głosów), Marja Szczodrowska (15 głosów), Bronisław Szerszyński (14 głosów). Głosowało 20 członków.

W wyborach uzupełniających do Sądu N. I. L. przy 23-ch głosujących zostali wybrani na zastępców doktorzy: Leopold Brębn-

neisen (20 głosów), Edward Jarociński (20 głosów), Włodzimierz Hertz (16 głosów) i na delegata do Izby Łódzkiej — Władysław Szernajch (13 głosów).

W wyborach uzupełniających do Komisji Rewizyjnej Naczelnej Izby Lekarskiej wybrana została Dr. Zofja Wojnowna (19 głosów na 20 głosujących).

W zastępstwie chorego skarbnika odczytał Dr. Śmiechowski sprawozdanie kasowe.

W imieniu Komisji Rewizyjnej odczytał protokół Komisji Dr. Wiszniewski. Komisja stwierdziła, że wszystkie księgi oraz dokumenty znalazła w należyłym porządku i wnosi o udzielenie Zarządowi absolutorjum, co Izba jednogłośnie przyjęła.

Przy rozpatrywaniu odczytanego przez D-ra Śmiechowskiego projektu budżetu na rok 1927 na pierwszy punkt wzięto wniosek D-ra G arlickiej, domagający się zmiany lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej, ponieważ lokal obecny jest odnajęty od Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, które po wypadkach majowych wywiesiło we wspólnym przedpokoju ogłoszenie ostrzegające członków Stowarzyszenia przed wprowadzaniem do lokalu Stowarzyszenia jako gości lekarzy-oficerów, którzy brali w maju czynny udział w walce bratobójczej. Na wstępie delegacji Izby lubelskiej doktorzy Wiszniewski i Drożdź i delegat Izby Łódzkiej Dr. Tomaszewski złożyli następujące oświadczenie: „Uważamy, że posiedzenie Naczelnej Izby Lekarskiej nie powinno się odbywać w lokalu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, ponieważ to uniemożliwia pewnej liczbie lekarzy członków Naczelnej Izby Lekarskiej wzięcie udziału w obradach. W dniu dzisiejszym jesteśmy obecni na posiedzeniu Izby Naczelnej jedynie ze względu na lojalność wobec naszych Izb“. Po tym oświadczeniu został przez D-ra Krzyckiego odczytany referat, przedstawiający wczorajszego przebieg sprawy lokalu i wyjaśniający stanowisko Zarządu. Stanowisko to streszcza się w następujących punktach:

1) Naczelna Izba Lekarska odnajmuje od Stowarzyszenia Lekarzy Polskich od 4-eh lat lokal i ma swój wyłączny dla urzędowania pokój; na posiedzenia ogólne Izby ma zagwarantowany wyłączność dla siebie cały lokal; wszyscy członkowie i interesanci N. I. L. mają dostęp zupełnie swobodny do lokalu Izby, nie mając żadnej potrzeby wchodzić z członkami Stowarzyszenia.

2) Naczelna Izba Lekarska jest sublokatorem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich i wszelkie prawa sublokatora ma zagwarantowane. Nigdy sublokator nie jest odpowiedzialny za przekonania i czyny gospodarza lokalu, nie naraża swej apolityczności i obiektywizmu przez to, że gospodarz jest innych zasad lub religii.

3) Lokal obecnie daje następujące wygody dla urzędowania Izby: a) telefon i stałą obsługę jego, stałą obecność w lokalu jednego z 3-eh woźnych Stowarzyszenia, co w lokalu zupełnie izolowanym pociągałoby znaczne koszty, b) usuwa wszelkie czynności gospodarcze, jak zakupy i przechowanie opału, remont, utrzymywanie czystości, jak również poczwała korzystać z mebli.

4) Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej uznaje, że lokal obecny jest czasowy i nie odpowiada co do wygód potrzebom instytucji, reprezentującej cały stan lekarski i dał dowód tego wnosząc do preliminarza budżetowego za rok ubiegły 10,000 złotych (co zostało odrzucone), a na rok 1927 — 1000 złotych, jako zapoczątkowanie kapitału na budowę „Domu Lekarskiego“ przy współudziale wszystkich zrzeszeń, instytucji i towarzystw lekarskich, pod którego dachem wszystkie one mogłyby się ulokować bez względu na różnicę przekonań i celów swoich. Czasowo wobec ciężkich warunków finansowych stanu lekarskiego i wprost niepokonalnych trudności wynalezienia dogodnego lokalu, jak również braku środków finansowych Naczelna Izba Lekarska musi zadawalniać się obecnym swym lokalem.

5) Koszta wynajęcia lokalu oddzielnego dla Naczelnej Izby Lekarskiej z umeblowaniem, utrzymaniem woźnego, według przybliżonego preliminarza, wyniosą ogółem bez kosztów przeprowadzki około 24655 złotych.

6) Naczelna Izba Lekarska jako organ urzędowy, oparty na wyborach, dokonanych przez cały stan lekarski musi i powinna być apolityczna. Apolityczność i obiektywizm Naczelnej Izby Lekarskiej nie są naruszone przez odnajmowanie lokalu od instytucji, z której zapatrywaniem nie wszyscy lekarze się zgadzają. Podejmowanie zaś podobnej akcji na terenie Naczelnej Izby Lekarskiej i to przez członków jej pełni ją w atmosferę tarć politycznych, co jest wysoce niebezpieczne. Już sam fakt zawiązania „Koła Demokratycznego Rady Izby Warszawsko-Białostockiej“, które enuncjacje swoje rozesało w II-giej połowie stycznia 1927 r. dowodzi tendencji unodobania Izby do Sejmu z walkami partynicmi, podziałem radnych na koła i pchania Izb na tory walk politycznych. Roznamietnienie przybrało nawet już obecnie takie rozmiary, że pewna grupa lekarzy uważała za

odpowiednie w liście do Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej zawiadomić ją, że żądanie, by posiedzenie doroczne Naczelnej Izby Lekarskiej nie odbywało się w lokalu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich zakomunikowała Departamentowi Zdrowia Publicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Po referacie D-ra Krzyckiego wywiązała się żywa dyskusja pomiędzy 3-ma zwolennikami jaknajrychlejszej zmiany lokalu i wszystkimi innymi członkami Naczelnej Izby Lekarskiej. Pierwsi, aczkolwiek jeden z nich podkreślił zupełną apolityczność Przewodniczącego w przeprowadzaniu spraw Izby, utrzymywali, że zmiana lokalu jest nieodzownie potrzebna dla umożliwienia bywania na posiedzeniach zwolenników przewrotu majowego, którzy w przeciwnym razie mogliby być narażeni na nieprzyjemności, dalej zarzucali wogóle warszawskim lekarzom rozpolitykowanie i twierdzili, że właściciel lokalu nie powinien afiszować swych politycznych przekonań wobec sublokatora. Pozostali członkowie Izby byli zdania, że są to zarzuty czysto formalne, ponieważ sublokator nie może odpowiadać za przekonania właściciela lokalu, że wprowadzają politykę do Izby ci jej członkowie, którzy wszczęli całą tę sprawę, że wreszcie, chociaż Izba Naczelna dąży do innego dogodniejszego lokalu ze względu na szepczość pomieszczenia w obecnym, to trudno będzie uskutecznić to z powodu braku potrzebnych do tego kilkudziesięciu tysięcy złotych, pozbywanie się więc obecnego lokalu bardzo taniego i położonego w centrum miasta byłoby lekkomyślnością, zwłaszcza, że nawet składanie fundusów na budowę własnego domu, było nieuchane ze względu na zły stan ekonomiczny lekarzy, a przytem brano pod uwagę, że zbudowanie w centrum miasta własnego domu, wymagałoby bardzo znacznych kosztów. Po dyskusji przedstawione zostały dwa wnioski: D-ra Frankiego o przyjęcie do wiadomości postępowania Zarządu w sprawie lokalu Naczelnej Izby Lekarskiej i D-rów Tomaszewskiego, Drożdża i Wiszniewskiego o poruczenie Zarządowi przeniesienia Izby Naczelnej do innego lokalu do dnia 1-go lipca r. b. Za drugim wnioskiem głosowali tylko wnioskodawcy, za pierwszym wszyscy pozostali członkowie. Wobec takiego wyniku głosowania wzmiankowani 3-ej doktorzy złożyli oświadczenie, że nie będą na przyszłość brali udziału w posiedzeniach aż do zmiany lokalu.

W związku z preliminarzem budżetowym Dr. Krzyckiego w Izbie zdał sprawę z prac komisji do wydawania organu urzędowego Izb Lekarskich. Z kilku ofert nadesłanych do komisji najkorzystniejsza, zdaniem referenta, jest oferta Lekarskiego Towarzystwa Wydawniczego w Warszawie, które za sumę 10,000 złotych rocznie obowiązuje się wydawać dwutygodnik w nakładzie 8000 egzemplarzy objętości 8 stron formatu „Nowin Lekarskich“. W dyskusji podniesiono, że pomienione koszta należałoby uzupełnić jeszcze 2 tysiącami złotych na redagowanie risma, z drugiej zaś strony tak „Polska Gazeta Lekarska“ iak i „Nowiny Lekarskie“ chętnie umieszczają komunikaty Naczelnej Izby Lekarskiej bezpłatnie*). Nadto Nacelnik Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej Dr. Przyborski podkreślił, że dla wydawania organu urzędowego Izb należałoby uzyskać zgodę Rad wszystkich Izb; co się tyczy Izby Warszawsko-Białostockiej, to uważa, że przeznaczenie pewnej stałej sumy na podobne wydawnictwo może zbyt obciążyłyby członków Izby, gdy tymczasem wydawane dotychczas biuletyny wychodzą sporadycznie, zależnie od stanu finansowego Izby. W rezultacie, biorąc pod uwagę ciężki stan ekonomiczny lekarzy, uchwalono większością głosów skreślić wniesione do budżetu 10000 złotych na urzędowe wydawnictwo Izb Lekarskich i sprawę odłożyć do przyszłego roku. Za pracę w komisji dla wydawania organu Izb postanowiono podziękować D-rowsi Józefowi Polakowi i D-rowsi Józefowi Mazurkowi.

Przewodniczący komisji ubezpieczeń Dr. Krzycki przedstawił w związku z pozycją 5000 złotych na koszta opracowania i wprowadzenia wzajemnych ubezpieczeń, opracowany przez D-ra Tadeusza Poznńskiego projekt wzajemnych ubezpieczeń i nrócz tego oferte prywatnego Towarzystwa „Piaś“ i „Włoskiego Towarzystwa“. Projekt ten i oferty zostały już przesłane wszystkim Izbom. Postanowiono prosić Izby o przysyłanie w ciągu paru tygodni opinii, aby można było w najbliższym czasie zwołać Zjazd delegatów dla ostatecznego opracowania tej sprawy. Pośpiech jest wskazany ze względu na projektowne przez Rząd przymusowe ubezpieczenie pracowników umysłowych, które ma być niekorzystne dla lekarzy. Izba poleciła Zarządowi pilnie baczyć na akcje Rządu w tej sprawie, celem zajęcia stanowiska w odpowiedniej chwili. W dyskusji nad sprawą ubezpieczenia większość członków opowiedziała się za przy-

* Redakcja „Warsz. Czasop. Lek.“ również „chętnie umieszczająca Komunikaty Nacz. Izby Lek. bezpłatnie“, ze zdziwieniem zauważyła w tem miejscu brak wzmianki o swym piśmie.

musem, jednak z tem zastrzeżeniem, że składki powinny być niskie. Co się tyczy rzekomego nierównomiernego obciążenia starszych i młodszych członków Izby, to podkreślono, że różnice te z biegiem czasu się wyrównają. Co do zagadnienia, czy należy prowadzić ubezpieczenia we własnym Zarządzie, czy też ubezpieczać się w prywatnych towarzystwach, wypowiedziano się na korzyść ubezpieczeń własnych, a to z tego powodu, że podczas wojny zazwyczaj prywatne towarzystwa stają się niewypłacalne. Delegat Izby Lwowskiej opowiedział się za systemem oddzielnych kas ubezpieczeniowych w Izbach, które z biegiem czasu mogłyby się połączyć, natomiast referent przeciwnie uważał za wskazane utworzenie odradu kasy ubezpieczeniowej obejmującej wszystkie Izby, a to celem zmniejszenia kosztów administracyjnych. W końcu Izba zwraca się z prośbą do komisji o kontynuowanie pracy na zasadach przedstwień przez referenta i uchwała przesłać podziękowanie za udział w pracy komisji: p. H o r o w i t z o w i, naczelnikowi Wydziału Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, D-r o w i B u j a l s k i e m u, J a k i m i a k o w i, G o ź d z i c k i e m u, L u x e n b u r g o w i.

Po rozpatrzeniu tych głównych zasadniczych punktów, związanych z budżetem, przystąpiono do szczegółowego rozpatrzenia poszczególnych pozycji i wprowadzono następujące zmiany. Koszta opracowania ustawy ubezpieczeniowej obniżono z 5000 do 1000 złotych, skreślono pozycję prowadzenia własnego organu prasowego Izby (10000 złotych), zredukowano koszt przedstawicielstwa w Związku Międzynarodowym Lekarzy (A. P. I. M.) w Paryżu do 1500 złotych, skreślono fundusz rezerwy, postanowiono, aby norma djet, uchwalonych dla sędziów, obowiązywała i w stosunku do członków Naczelnej Izby Lekarskiej. W ten sposób budżet cały sprawozdano w wydatkach do 30250 złotych, a ponieważ przewidywane dochody za wpisowe od spraw sądowych N. I. L. i zwrot kosztów sądowych powinny wynosić 3250 złotych, przeto suma do pokrycia przez poszczególne Izby wynosi 27000 złotych. Przy 30 delegatach (dwu z Wilna) do Izby Naczelnej wypada, że każda Izba winna wnieść za każdego swego delegata 900 złotych. Następnie potwierdzono dotychczasowe pełnomocnictwa dla Zarządu z zastrzeżeniem złożenia sprawozdania na najbliższym posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej. Za tym zastrzeżeniem głosowało 13 członków.

Potwierdzono również dawną uchwałę, aby „wobec znacznych kosztów połączonych z przyjazdem z prowincji, tymczasowo, aż do czasu uregulowania stosunków finansowych w kraju, członkowie, ewentualnie zastępcy członków N. I. L. z prowincji, mogli otrzymać na piśmie mandaty od tych członków Izby Naczelnej, którzy nie mogą przybyć na Zebranie i przy głosowaniu rozporządzali tyłu głosami ile mandatów otrzymali“.

W tym momencie Przewodniczący przekazuje przewodnictwo Wice-Przewodniczącemu D-r o w i J e r z y k o w s k i e m u z Poznania, poczem przedstawia opracowany przez siebie następujący „Program działalności Izby Lekarskich na podstawie art. 1-go Ustawy o ustroju i zakresie działania Izby Lekarskich i art. 22-go Ustawy o przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej“.

I. SPRAWY ZAWODOWE.

1) Ustalenie norm pracy i płacy przez poszczególne Izby. Wkroczenie w warunki pracy i płacy we wszystkich organizacjach pomocy lekarskiej — szpitale, lecznice, kasy chorych, pomoc dla urzędników państwowych, w magistratach, sejmikach i t. p., mając na uwadze przede wszystkim dobro chorych, należyta ich obsługa i warunki higieniczne.

2) Wzajemne ubezpieczenia.

3) Pośrednictwo pracy. Planowe udzielanie posad i pracy lekarskiej — regulowanie współzawodnictwa i wogóle stosunków zarobkowych i konkursowych.

4) Opracowanie deontologii lekarskiej.

(Zjazd Sądów do Izby Lekarskich).

5) Biuro porad prawnych dla lekarzy przy Izbach.

II. SPRAWY ZDROWIA PUBLICZNEGO.

1) Zajęcie stanowiska w sprawie organizacji Służby Zdrowia w Państwie.

2) Współdziałanie Izby w sprawach zdrowia publicznego z Rządem i Samorządami na podstawie własnej inicjatywy. Zwolnienie przez Izby konferencji w tych sprawach z udziałem nie tylko lekarzy, ale i działaczy samorządowych i rządowych. Jako pierwszy temat z tego działu: Najpilniejsze potrzeby zdrowotne wsi, miasteczek i miast na podstawie dokładnych informacji i ankiet.

Po dyskusji co do każdego punktu program przyjęto i wyrażono Przewodniczącemu podziękowanie za podjęcie inicjatywy i opracowanie programu w tak ważnych sprawach, poczem na wniosek D-ra Ś m i e c h o w s k i e g o uchwalono, co następuje: Zarząd

rozszle uchwałę do wszystkich Izby z żądaniem, aby w ciągu 2-ch miesięcy Zarządy przedstawiły plan wykonania tych uchwał, a to w celu z jednej strony ujednostajnienia działalności i z drugiej strony komunikowania wzajemnego Izby w tym względzie powstałej inicjatywy. Zarząd złoży szczegółowe sprawozdanie na przyszłym posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej. W tym miejscu przewodnictwo obejmuje znów Dr. B a c z k i e w i c z.

W sprawie przynależności lekarzy do Izby Dr. P r z y b o r o w s k i referuje wniosek Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej następującej treści: Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej w sprawie „pojęcia praktyki lekarskiej“ wnosi na zasadzie dotychczasowego doświadczenia następującą formułę i prosi o jej przyjęcie: Obowiązek należenia do Izby Lekarskiej obejmuje wszystkich lekarzy, którzy wykonywają zawód lekarski w jakiegokolwiek jego formie na zasadzie uzyskania dyplomu lekarskiego.

W tej sprawie względem lekarzy wojskowych Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wnosi, aby Izba Naczelna wystąpiła do Min. Spraw Wewn. o zmianę reskryptu Ministra Zdrowia z dnia 5-go stycznia 1923 r. jako niezgodnego z ustawą i wydanie nowego zarządzenia w porozumieniu z Departamentem Sanitarnym Ministerstwa Spraw Wojskowych, któreby zmieniło zarządzenie tego Departamentu L. 6755/25 z roku 1925. Do czasu wydania nowego zarządzenia sprawy muszą być załatwiane stosownie do istniejącego przepisu t. j. że lekarze wojskowi, nie zajmujący się praktyką prywatną, mogą nie należeć do Izby. Wniosek powyższy Izby Warszawsko-Białostockiej przyjęto jednogłośnie. W związku z tem rozpatrywano sprawę przynależności do Izby Lwowskiej D-ra Napoleona G a s i o r o w s k i e g o z powodu zaalenia, jakie w tej sprawie wniósł do Naczelnej Izby Lekarskiej. Ponieważ Naczelna Izba Lekarska ustaliła jak powyżej swój pogląd na pojęcie praktyki lekarskiej, sprawy tej w szczególności nie rozpatrywano i zdecydowano rozstrzygnąć ją w sensie ustalonej powyżej definicji.

W ciągu ubiegłego roku stosunek władz państwowych do Izby Lekarskiej bardzo się zaostrzył; sprawę tę zreferował Dr. Ś m i e c h o w s k i. Władze nadzorcze w ostatnich czasach poczęły coraz częściej ingerować do spraw izbowych, specjalnie sądowych. Najwyższy Trybunał Administracyjny wydał wyroki przeczące samorządności Izby Lekarskich, podkreślonej tak mocno w wyroku tegoż Trybunału z dnia 16.IV. 1923 r. L. Rej. 1057/23. W wyroku z dnia 23-go lutego 1926 r. L. Rej. 145/25 Trybunał orzekł, że pojęcie zwierzchniej władzy nadzorczej odnosi się i do kontroli i do kształtowania się pojęć etycznych, a samorządne przedstawicielstwo stanu lekarskiego ma być tylko organem pomocniczym, powołanym „do współdziałania“ z Ministrem Zdrowia w przedmiocie funkcjonowania zawodu lekarskiego. Władza nadzorcza ma prawo decydować, kiedy wchodzi w grę kwestja merytorycznego orzekania w sprawach zawodowej etyki lekarskiej. W tym samym wyroku Trybunał znosi prawo Naczelnej Izby Lekarskiej do zabierania głosu w razie konfliktu między Rządem a Izbą Okręgową. Sąd Najwyższy wyrokiem z dnia 22. IV. 1926 r. wydanym przez cały komplet Izby II-giej (Nr. sprawy II. K. 2130/25) uznał lekarzy, pracujących w Kasach Chorych za kontraktowych urzędników samorządowej instytucji państwowej i na mocy tego lekarze, wymienieni w wyroku, za popełnione przestępstwo służbowe powinni podlegać odpowiedzialności na mocy przepisów zawartych w części 37-ej kodeksu karnego. Kasy Chorych z wyroku tego, dotyczącego tylko 2-ch lekarzy, wyciągnęły wniosek, uogólniający taką zasadę. Zapatrywanie to jest mylne, gdyż tak zasadnicze orzeczenia może wydać tylko Najwyższy Trybunał Administracyjny. Władza nadzorcza interesowała się specjalnie sprawami, rozstrzyganymi w Sądach Izby. Tak, doszło do wiadomości Izby Naczelnej, że zażądano przysłania aktów sprawy osądzonej przez Sąd Izby Naczelnej i przez Sąd Izby Lubelskiej. Oprócz tego władza nadzorcza nakazała wstrzymanie wykonania uchwał Zarządu, przekazujących sprawę Sądowi Izby w Izbach: Poznańsko-Pomorskiej, Krakowskiej i Warszawsko-Białostockiej. Na skutek tak niepomysłnych dla stanu lekarskiego wyroków Trybunału Administracyjnego, Sądu Najwyższego i aktów nadzoru ze strony Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych zastanawiano się nad środkami zaradczymi i proponowano poruszenie opinii publicznej drogą prasy i czynników sejmowych, a względem lekarzy, wyłamujących się z solidarności koleżeńkiej, postanowiono kierować się opracowanymi przez Sąd N. I. Lek. prawidłami postępowania lekarzy, zrzeszeń lekarskich, Związku Lekarzy P. P. i Izby Lekarskich względem Kas Chorych zgodnie z przepisami ustaw lekarskich z 2. XII. 1921 r. poz. 762 i 763.

W sprawie przysięgi dla Sędziów Sądów Izby przedstawił Dr. Ś m i e c h o w s k i z uchwałą Zarządu w pełnym składzie do zatwierdzającej wiadomości następujący komunikat: Stosownie do postanowienia Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 28 lutego 1926 r. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej zwrócił się do wszystkich Izby Lekar-

skich o wypowiedzenie zdania w sprawie składania przysięgi przez Sędziów Izby Lekarskiej przy obejmowaniu przez nich urzędu Sędziów. Postanowienie brzmiało: „Sprawę tę rozstrzygnąć na podstawie opinii poszczególnych Izb“. Zgodnie z opinią Naczelnej Izby Lekarskiej i żądaniem Sądu N. I. L. za wprowadzeniem przysięgi w brzmieniu przyjętem przez pełny skład Sądu N. I. L. wypowiedziały się Izba Lekarska Warszawsko - Białostocka, Poznańsko - Pomorska, Lubelska i Lwowska; za wprowadzeniem przysięgi jednak z zastrzeżeniem nie ujawnionem w piśmie co do tekstu przysięgi — Izba Lekarska w Krakowie; przeciwko wprowadzeniu przysięgi wypowiedziała się jedynie Izba Lekarska Łódzka. Na skutek tego Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej, stwierdzając, że większość Izb Okręgowych powzięła uchwałę zgodnie z opinią Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej postanawia wznowić w podaniu, zgłoszonym w r. 1925 do Min. Spraw Wewn. o nowelizacji ustawy z dnia 2.XII. 1921 r. poz. 763 w punkcie dotyczącym art. 38 rzeczonej ustawy, żądanie umieszczenia ustępu chwilowo zawieszono, a dotyczącego ustawowego wprowadzenia przysięgi dla Sędziów. Po odczytaniu powyższego komunikatu Dr. Tomaszewski zapytał się, czy powyższe uchwały zapadły w Radach Izb, czy na Zarządach, na co otrzymał odpowiedź, że uchwały w Izbie Lubelskiej, Łódzkiej i Krakowskiej zapadły na Radach, w pozostałych Izbach na Zarządach. Komunikat powyższy został przyjęty do zatwierdzającej wiadomości przez wszystkich członków z wyjątkiem Dr-ów Drożdża, Wiszniewskiego i Tomaszewskiego (reprezentującego 2 głosy).

W sprawie wniosku Dr-a Garlickiej, dotyczącego jawności posiedzeń Rad Izb i posiedzenia plenarnego Naczelnej Izby Lekarskiej, uchwalono, że Naczelna Izba Lekarska nie może dawać pod tym względem dyrektyw Radom, jawność zaś posiedzeń swoich uważa za niewłaściwą, ponieważ jako urząd i instytucja odwoławcza musi poruszać nieraz sprawy osobiste i poufne. Uchwała ta zapadła przy 2-ch głosach sprzeciwu.

W sprawie zaprojektowanej przez Izbę Łódzką jawności posiedzeń Sądu Izby, akceptowano odpowiedź Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej, że tajność Sądów Izb jako dyscyplinarnych jest obowiązująca na zasadzie art. 38-go ustawy z dnia 2.XII. 1921 r. poz. 763. W dyskusji delegat Izby Łódzkiej Dr. Tomaszewski i delegat Izby Krakowskiej Dr. Zakrzewski wyrazili zdanie, że członek Zarządu powinien być Rzecznikiem Prawa w sprawach, które Zarząd zainicjuje. Dr. Śmiechowski wyjaśnił, że na zasadzie art. 35 ustawy z dnia 2.XII. 1921 r. poz. 763 Przewodniczący Sądu wyznacza Rzecznika Dyscyplinarnego z pośród członków Sądu. Zarząd Izby może w każdym wypadku porozumieć się z Przewodniczącym Sądu co do osoby Rzecznika Dyscyplinarnego.

Dr. Wrześniowski przedstawił opracowany przez Izbę Krakowską wzór karty rejestracyjnej dla członków Izb, zawierający 14 rubryk. Wzór ten przyjęto z dodaniem 15-ej i 16-ej rubryki.

Obecnie przedstawia się ona jak następuje:

KARTA REJESTRACYJNA.

- 1) Imię i nazwisko.
- 2) Miejsce i data urodzenia.
- 3) Narodowość i wyznanie.
- 4) Stopień naukowy z podaniem uniwersytetu i daty otrzymania dyplomu.
- 5) Miejsce stałego pobytu, adres.
Przynależność do gminy.
- 6) Miejsce czasowego pobytu (dla lekarzy zdrojowych i sezonowych)
- 7) Podanie wyłącznej lub przeważnej gałęzi specjalnej zawodu.
- 8) Posady zawodowe lekarskie (rządowe, samorządowe, prywatne, w Kasach Chorych i t. p.). Inne źródła dochodów.
- 9) Godności, urzędy honorowe, odznaczenia.
- 10) Stopień wojskowy w czynnej służbie lub rezerwie.
11. Stan rodzinny (żona, dzieci i ich wiek).
Osoby utrzymywane z dochodów lekarza.
- 12) Przynależność do organizacji lekarskich.
- 13 Data osiedlenia się teraźniejszego.
- 14) Poprzednie miejsce i czas zamieszkania.
- 15) Czy i gdzie jest ubezpieczony.
- 16) Czy ma zapewnioną emeryturę.

Na podstawie zestawienia wyników ankiety o ogłoszeniach

lekarskich, opracowanego przez Dr-a Śmiechowskiego, postanowiono sprawę przepisów o ogłoszeniach z powodu znacznej rozbieżności w zapatrywaniach na nią poszczególnych Izb pozostawić do rozstrzygnięcia Izdom Okręgowym z zaznaczeniem, że powinno się dążyć do ograniczenia ilości ogłoszeń.

W związku z postępującą pauperyzacją lekarzy zastanawiano się na wniosek Izby Lwowskiej nad niezdrową konkurencją wytworzoną przez instytucje rządowe, kliniki i szpitale wojskowe, które zajmują się leczeniem i wykonywaniem analiz prywatnych pacjentów. Referent Dr. Krzyżkowski zakomunikował, że w wyniku przeprowadzonej przez Naczelną Izbę Lekarską ankiety, na którą dały odpowiedź: Izba Warszawsko-Białostocka, Krakowska i Poznańsko-Pomorska, tego rodzaju niezdrowa konkurencja została stwierdzona tylko w Warszawie, jednak została przerwana wskutek wystąpienia Naczelnej Izby Lekarskiej.

Dr. Krzyżkowski referuje podjętą przez Izbę Lwowską sprawę leczenia przez Kasę Chorych w Gródku Jagiellońskim prywatnych pacjentów w kasowym zakładzie helio-elektro-terapeutycznym. Kasa Chorych działa w tym wypadku na podstawie reskryptu Ministra Pracy i Opieki Społecznej, na mocy którego Kasy Chorych mogą leczyć w zakładach swoich osoby nieubezpieczone w Kasie w tych wypadkach, gdy w danej miejscowości niema odpowiednich zakładów prywatnych. Izba Lwowska uważa, że reskrypt ten godzi w interesy lekarzy wolnopraktykujących i robi wyłom w ustawie o Kasach Chorych, pozwalając, by Kasy Chorych stały się zakładami leczniczymi dla publiczności i ciągnęły z tego materialne korzyści; z tego powodu Izba Lwowska prosi Naczelną Izbę Lekarską o poczynienie starań co do uchylecia tego reskryptu. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej nie przychylił się do prośby Izby Lwowskiej, uważając, że leczenie prywatnych chorych w zakładach kasowych jest dla interesów chorych pożyteczne tam, gdzie prywatnych zakładów tego rodzaju niema, dla interesów zaś lekarzy nieszkodliwy. Wobec tej rozbieżności zdań Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej i Izby Lwowskiej sprawa została przez Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej przekazana do rozstrzygnięcia plenum Naczelnej Izby Lekarskiej.

Z przeprowadzonej dyskusji ujawniło się, że Zarząd Kasy Chorych w Gródku Jagiellońskim zezwala na leczenie w kasowym zakładzie helio-elektro-terapeutycznym nie wszystkich potrzebujących go pacjentów, lecz tylko skierowanych przez niektórych lekarzy. Wobec powyższego Naczelna Izba Lekarska, podzielając w zasadzie stanowisko Zarządu N. I. L., poleciła mu wystąpić z przedstawieniem u właściwych władz: 1) aby Zarządy Kas Chorych zezwalały w podobnych wypadkach na leczenie w zakładach kasowych wszystkich pacjentów bez względu na to, przez jakich lekarzy są skierowani i 2) aby z chwilą powstania odpowiedniego zakładu leczniczego prywatnego bezzwłocznie przerywały przyjmowanie do leczenia prywatnych pacjentów. Ponieważ we Lwowie dopiero w ostatnich czasach zaczęto wprowadzać ambulatorja szpitalne, które wpływają na ograniczenie praktyki prywatnej, przeto Izba Lwowska wystąpiła z wnioskiem o poczynienie starań w kierunku zniesienia ambulatorjów szpitalnych i ograniczenia ambulatorjów klinicznych tylko dla prawdziwie ubogich chorych. W dyskusji podniesiono, że ambulatorja szpitalne w innych dzielnicach istnieją już oddawna i że zniesienie ich byłoby niemożliwe ze względu na ogólny upadek ekonomiczny a także z tego powodu, że dają one możność segregowania chorych i dostarczają materiału dla oddziałów klinik (zwłaszcza operacyjnego).

W sprawie nowelizacji ustawy o ubezpieczeniu społecznym na wypadek choroby delegaci Lwowscy podkreślają niezbędność uchwalenia górnej granicy dochodu, poza którą przymus ubezpieczenia ustaje, niedopuszczalność dobrowolnych zgłoszeń na członków Kas Chorych i nieodzowną konieczność, aby na czele Kas Chorych stali lekarze. Wyjaśniono, że sprawy te zostały uwzględnione w złożonym w swoim czasie memorjale do Władz.

Delegaci Lwowscy proszą o interwencję w sprawie zastosowania pocztowych opłat ryczałtowych do korespondencji Izb Lekarskich. Postanowiono przekazać tę sprawę Zarządowi Naczelnej Izby Lekarskiej, który porozumie się z właściwymi władzami.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz:

Przewodniczący:

(—) Dr. Metelski.

(—) Dr. Bączkiewicz.

Wiadomości bieżące.

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zwróciło się z następującym okólnikiem do Magistratu m. st. Warszawy:
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdro-

wia) zarządziło w kocu roku ubiegłego lustrację szpitali miejskich warszawskich. Celem lustracji było sprawdzenie braków i niedomagań tych szpitali. Wobec panujących wówczas epidemii plonicz i du-

ru brzuszego kwestja należytego funkcjonowania aparatu szpitalnego stolicy nabrała specjalnego znaczenia. Niezależnie jednak od epidemji kwestja ta ma ogromne znaczenie ze względu na ścisły jej związek z rozwinięciem akcji w dziedzinie medycyny i higieny zapobiegawczej, której powodzenie jest w znacznym stopniu uzależnione od sprawności aparatu szpitalnego.

Lustracja, przeprowadzona w obecności inspektora lekarskiego Wydziału szpitalnictwa i opieki społecznej Magistratu, dała możność skonstatowania całego szeregu braków, dotyczących całokształtu aparatu szpitalnego z jednej strony i z drugiej poszczególnych jego części, względnie poszczególnych jednostek szpitalnych.

Wydział szpitalnictwa otrzymał w swoim czasie zestawienie spostrzeżeń, dotyczących tych niedomagań. Byłoby zbyteczne powtarzanie ich.

Natomiast Ministerstwo uważa za niezbędne podkreślenie z całym naciekim ostatecznych zaleceń swoich pod względem czasu, kierunku i sposobów usuwania tych niedomagań, a mianowicie:

I. Rozbudowa i inwestycje.

1. Należy skończyć z bezcelowym rozbudowywaniem i przebudowywaniem szpitali miejskich — należy opracować nowy plan szpitalnictwa z uwzględnieniem jego potrzeb na lat 30 naprzód (przy obliczeniu przyrostu normalnego ludności na 2% rocznie ludność miasta w tym okresie zdwoi się). Przytem w całości winno się uwzględnić takie specjalne części, jak dom wychowawczo-leczniczy dla prostytucy, szpital dla rakowatych, przeniesienie Instytutu Oftalmicznego i t. p.

2. Do wykonania tego planu należy przystąpić możliwie szybko, osobiście w częściach, których urzeczywistnienie jest potrzebą nagłą. Są to szpitale centralne — dla chorych zakaźnych i dla chorych psychiatrycznych.

3. Należy w rychłym czasie przystąpić do rozbudowy szpitala dla dzieci im. Karola i Marji, wykorzystując istniejącą obok posesję, która jest do nabycia. Szpital ten winien być doprowadzony do liczby 400 — 500 łóżek.

4. Należy przystąpić do rozbudowy dobrze zapoczątkowanego zakładu położniczego przy ul. Karowej. Plan rozbudowy istnieje, również miejsce — posesja obok, która może być odkupiona.

5. Również należy pomyśleć o potrzebach szybko rozrastającej się dzielnicy Pragi. Tu winien być planowo rozbudowany szpital Przemienienia Pańskiego, posiadający dostateczny w tym celu teren. Należy również wybudować nowy zakład położniczy w miejsce zakładu św. Elżbiety. Utrzymanie takich małych zakładów wogóle jest niecelowe i zbyt kosztowne (w r. 1925 było przeciętnie dziennie 30 chorych). Jeżeli będzie wybudowany centralny dla Pragi zakład położniczy na 200, to do niego można byłoby przenieść oddział ginekologiczny szpitala Przemienienia Pańskiego, urządzając natomiast na jego terenie pawilon zakaźny, o ile szpital centralny dla zakaźnych będzie wybudowany po drugiej stronie Wisły, od strony Warszawy.

6. Należy przyspieszyć zakończenie budowy sanatorium w Otwocku niezależnie od uwzględnienia potrzeb gruźlicy w ogólnym planie (pkt. 1).

7. Należy również przyspieszyć zakończenie nowego pawilonu szpitala św. Stanisława oraz magazynu szpitala św. Ducha.

8. W istniejących szpitalach należy przystąpić do zaopatrzenia ich w należycie urządzone ubikacje gospodarcze — kuchnie, pralnie, kamery dezynfekcyjne (szpital Dz. Jezus, św. Łazarza, św. Ducha, św. Stanisława).

II. Administracja ogólna i wewnętrzna.

1. Wobec wielkich potrzeb w zakresie organizacyjno-administracyjnym należałoby zreorganizować zarząd zwierzchni szpitalny, wydziałając go z Wydziału szpitalnictwa i opieki społecznej i przyłączając do Wydziału Zdrowia Publicznego.

Szeroki zakres spraw gospodarczych i budżetowych oraz specjalny ich charakter przemawiają za przyłączeniem spraw szpitalnych do powyższego Wydziału, względnie za utworzeniem oddziału szpitalnictwa przy tym Wydziale.

2. Administrację wewnętrzną poszczególnych szpitali należałoby uprościć i ujednostajnić. Należy przytem dążyć do zesrodkowania kierownictwa i odpowiedzialności za całokształt życia szpitalnego w jednych rękach — lekarza naczelnego, odbierając mu ordynatorstwo (osobiście w jednostkach ponad 100 łóżek).

III. Gospodarstwo i budżet.

1. Pod względem budżetowo-gospodarczym należy dopuszczać większą samodzielność ze względu na odrębny charakter pewnych jednostek szpitalnych. Ustanowienie indywidualnej taksy dla poszczególnych szpitali. Taksy wogóle są za wysokie.

2. Właściwy organ dla zwierzchniego zarządu szpitali winien mieć bliższy wgląd w sprawy wydajności gospodarki w majątkach fundacyj szpitalnych, co między innymi wyrazić się może w zastrze-

żeniu temu organowi prawa opinjowania budżetów tych majątków, oraz w żądaniu szczegółowych sprawozdań od Agri'u, jako instytucji bezpośrednio niemi administrującej.

3. Zaopatrywanie szpitali winno być scentralizowane w celu obniżenia cen, przytem organowi, powołanemu w pkt. 2, powinny przysługiwać odpowiednie uprawnienia nadzorcze w tym względzie.

4. Stosunek wydatków administracyjnych powinien być wydatnie obniżony na korzyść wydatków higieniczno-lekarskich.

5. Winna być ustalona specjalna inspekcja gospodarcza w postaci bodaj 2-ech inspektorów gospodarczych, podporządkowana inspekcji lekarskiej. To samo dotyczy inspekcji technicznej.

IV. Personal.

1. Zarząd zwierzchni szpitalny winien dążyć do podniesienia kwalifikacyj specjalnych personelu szpitalnego, poczynając od stanowisk najwyższych i kończąc na najniższych.

a) większe zainteresowanie lekarzy naczelnych całokształtem gospodarki szpitalnej, umożliwienie im zapoznawania się z postawieniem jej zagranicą.

b) urządzenie specjalnych kursów dla intendentów,

„ „ „ dla ordynatorów,

„ „ „ dla niższego personelu, oso-

biłwie w szpitalach takich, jak zakaźne, dla umysłowo chorych.

Należy zaniechać wprowadzonych w poszczególnych szpitalach zmian pracowników na jeden dzień w tygodniu przysyłanymi z zewnątrz. Osobiście niedopuszczalne jest to w szpitalach dla zakaźnych, dziecięcych, psychiatrycznych i zakładach położniczych.

2. Podniesienie poziomu pielęgniarstwa szpitalnego przez stałe zastępowanie personelu o niższych kwalifikacjach personelem należycie przeszkolonym.

W tym celu winny być wydajnie popierane szkoły pielęgniarzki o najmniej 2-letnim kursie nauki.

Należy wprowadzić specjalną inspekcję pielęgniarzką przy zwierzchnim zarządzie szpitalnym.

2. Należy dążyć do wprowadzenia specjalnego personelu dietetyczek kierujących (opinujących) i nadzorujących dietetyką szpitalną, uwzględniając jednak zalecenie w pkt. 5.III.

4. Szkoła położnych jest nieuzasadnionym ciężarem dla budżetu szpitalnictwa. Do ponoszenia części ciężaru winien Magistrat postarać się o współpracę względnie pomoc zainteresowanych samorządów powiatowych. Wówczas można będzie postawić ją na należytej wysokości (przedewszystkiem zaopatrzyć w internat), względnie liczba uczeni winna być znacznie zmniejszona i szkolenie oparte o jeden zakład specjalnie do tego przygotowany i urządzony (nigdzie niema oddziału dla osesków oraz należyście postawionego działu pielęgniarstwa osesków).

V. Lecznictwo.

1. Dążyć należy do centralizacji pracowni pomocniczych w poszczególnych szpitalach, oraz do organizowania pracy w większych pracowniach większych szpitali tak, ażeby mogły obsłużyć mniejsze szpitale (Wassermann, specjalne oddziały światło-lecznicze—Pinsen, Roentgenowskie, głębokie naświetlania, mechano-terapeutyczne, hydro-terapeutyczne etc.).

2. Tam, gdzie są prowadzone ambulatorja, należy zwrócić uwagę na stronę zapobiegczą (higijena zapobiegawcza), na system rejestracji i stałego kontaktu ambulatorjum z chorym, na propagandę higieny (jak w szpitalu Karola i Marji); osobiście dotyczy to szpitali specjalnych, jak weneryczne, psychiatryczne, zakłady położnicze, oczne.

3. Wobec spełnienia poszczególnych szpitali wolontariuszami winno się zwrócić baczną uwagę, ażeby w związku z tem nie doznawał uszczerbku normalny bieg życia szpitalnego.

VI. Apteki.

Centralizacja aptek i skasowanie prowadzonych przez niewykwalifikowane siostry.

VII. Higijena.

1. Zaopatrzenie należyte szpitali w dostateczną ilość wody i urządzeń do korzystania z niej (klozety, łazienki, umywalnie itp.); uwzględnić należy dostarczenie w dostatecznej ilości wody gorącej.

2. Usilne wietrzenie sal chorych.

3. Zaopatrzenie okien w siatki od much.

4. Zaopatrzenie szpitali w dostateczną ilość bielizny i odzieży dla chorych.

5. Wprowadzenie racjonalnej dietetyki, nieopartej tylko na kalkulacji kosztów żywienia.

6. Szerokie uwzględnienie higieny w kursach intendentów, ordynatorów i reszty personelu.

7. Wydanie specjalnych przepisów higienicznych dobrze przemyślanych i opracowanych.

VIII. Statystyka.

Opracowanie i wprowadzenie dokładnej i jednolitej statystyki we wszystkich szpitalach, oraz odpowiednia organizacja tego działu w zarządzie centralnym.

Zalecenia powyższe wskazują raczej kierunek, w jakim należy dążyć w celu ogólnej naprawy w zakresie szpitalnictwa.

Uwzględniając potrzeby naglące poszczególnych szpitali i możliwość ich rychłego usunięcia, Ministerstwo zaleca jako pilne następujące:

A. Względem wszystkich szpitali:

1. Należy usunąć zjawisko stałego nadmiernego przepełnienia poszczególnych zakładów lub szpitali, rozmieszczając chorych tych zakładów równomiernie na odpowiednich oddziałach wszystkich szpitali.

Dotyczy to przede wszystkim zakładu położniczego św. Zofii i szpitali Wolskiego i św. Jana Bożego.

Co do innych szpitali, to stan ich obłożenia winien być regulowany tak, ażeby nie przekraczał faktycznej możliwości należytego obsłużenia chorych, osobliwie mając na względzie niedostateczność ich ubikacyj pomocniczych, a przede wszystkim gospodarczych (kuchnie, pralnie).

2) Należy zabezpieczyć należyte odżywianie chorych w szpitalach. Niezbędne jest wprowadzenie norm żywienia, opartych na współczesnych wymaganiach w zakresie dietyki szpitalnej.

3. Należy dać chorym, znajdującym się w szpitalach, możliwe warunki w zakresie higieny osobistej; w tym względzie należy uzupełnić braki bielizny pościelowej i odzieży, zwiększyć liczbę łazienek i klozetów w szpitalach, nakazać należyte i częste wietrzenie ubikacji szpitalnych.

4. Wobec położenia szpitali w najludniejszych dzielnicach miasta, okna szpitali, a przynajmniej część ich otwierana dla wietrzeźnia, winny być osiatkowane. W ten sposób zabezpieczy się ubikacje szpitalne od much, a przez to usunie się możliwość przenoszenia przez muchy infekcji ze szpitali do domów prywatnych. Niemniej usunięta zostanie możliwość przenikania do sal szpitalnych komarów, a w ten sposób zapobiegnie się szerzeniu się malarji od chorych, leczonych na tę chorobę w szpitalach, na zewnątrz i odwrotnie.

Dotyczy to wszystkich szpitali, jak zakaźnych, tak i ogólnych.

5. Ze względu na braki kwalifikacyjnej personelu, obsługującego chorych, należy wydać ostre zarządzenia, dotyczące utrzymywania porządku w szpitalach oraz zabezpieczenia należytego usuwania wydzielin chorych (dokładne odkażenie przed usuwaniem do kanałów miejskich).

6. Należy uporządkować sprawę mieszkań dla służby szpitalnej, wynajmując, do czasu wybudowania specjalnych domów na terenie poszczególnych szpitali, mieszkania prywatne w sąsiedztwie szpitali. Wyjątek stanowią szpitale zakaźne, dziecięce i zakłady położnicze. Absolutnie niedopuszczalne jest zamieszkiwanie służby na salach chorych lub obok, w najbliższym sąsiedztwie.

7. Należy zaniechać wprowadzonych w poszczególnych szpitalach zmian pracowników na jeden dzień w tygodniu przysyłanymi z zewnątrz. Osobliwie niedopuszczalne jest to w szpitalach dla zakaźnych, dziecięcych, psychiatrycznych i zakładach położniczych.

8. Należy zakazać zatrudniania chorych w kuchniach, piekarniach, pralniach i magazynach szpitalnych. Wstęp chorych do tych ubikacyj winien być surowo wzbroniony, o czym powinny pouczać chorych odpowiednie napisy.

9. Należy wydać przepisy, normujące pracę lekarzy szpitalnych, w szczególności określające czas oraz podział pracy.

10. Należy poddać rewizji wysokość taksy szpitalnej, oraz dodatkowych opłat za wszelkie badania i zabiegi.

B. Względem poszczególnych szpitali.

1. Należy rozszerzyć względnie przebudować kuchnie szpitalne w szpitalach: Dz. Jezus, św. Ducha, Wolskim, św. Stanisława, św. Zofii, św. Łazarza.

2. Należy rozszerzyć względnie rozbudować pralnie w szpitalach Dz. Jezus, św. Ducha i św. Łazarza.

3. Należy zaprzestać umieszczania chorych zakaźnych w szpitalu przy ul. Złotej.

4. Należy zlikwidować oddział dla umysłowo chorych w szpitalu starozakonnym na Czystym, względnie zmniejszyć go, zamieniając go przytem na oddział psychiatryczny przejściowy względnie obserwacyjny.

5. To samo dotyczy oddziału (pawilonu) prostytutek w szpitalu św. Łazarza.

6. To samo dotyczy oddziału położniczo-ginekologicznego w tym szpitalu, którego potrzeba przy szpitalu wybitnie skórnym i wenerycznym jest nieuzasadniona.

7. Ambulatorjum przy szpitalu św. Łazarza należy znacznie rozszerzyć.

8. Należy zlikwidować mieszkanie służby obok sali operacyjnej w szpitalu św. Ducha.

9. Należy rozstrzygnąć kwestję możliwego urządzenia oddziału urologicznego oraz światłoleczniczego w szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze.

Ministerstwo wzywa Magistrat do przedłożenia w terminie czterotygodniowym sprawozdania o zarządzeniach, wydanych w związku z powyższymi zaleceniami, które już były w swoim czasie podane do wiadomości Wydziału szpitalnictwa, w jakim czasie i jakiego rodzaju zarządzenia Magistrat zamierza wydać w celu usunięcia zauważonych w szpitalnictwie braków. Ministerstwo zwraca przytem uwagę, że usunięcia braków, uwzględnionych wyżej jako pilne, będzie żądało w czasie jaknajkrótszym.

(—) Adamski

Kierownik Departamentu.

— Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) wydało ulotkę i plakat o durze plamistym w formie zarówno pięknej, jak i bardzo pouczającej.

— W dniach 28, 29, 30 czerwca i 1 lipca odbędzie się w Poznaniu V Zjazd Higienistów Polskich. Tematem obrad Zjazdu, który zgrupował w stolicy Wielkopolski kilkuset zainteresowanych, będą dwa aktualne zagadnienia, a mianowicie, organizacja zdrowia publicznego w samorządach i walka z kłeską mieszkaniową. Sfery rządowe okazały dla Zjazdu poznańskiego wielkie zainteresowanie, zgłaszając referaty, które wygłoszą przedstawiciele Ministerstwa Skarbu i Banku Gospodarstwa Krajowego. Dalej zgłosili referaty również przedstawiciele Związku Miast.

Uczestnikami Zjazdu oprócz członków Tow. Higienicznego mogą być przedstawiciele instytucji i władz zainteresowanych w organizacji zdrowia publicznego, prezydenci i burmistrzowie miast, radni, lawnicy, członkowie rad powiatowych i miejskich, delegaci towarzystw społecznych, inżynierowie, architekci, lekarze, ekonomiści i finansisci oraz wszyscy miłośnicy higieny.

Celem przygotowania przyjęcia gości zjazdowych ukonstytuował się pod przewodnictwem p. prezydenta Ratajskiego i w obecności prezesa Tow. Higj. p. dr. Polaka z Warszawy specjalny komitet poznański, na którego czele stanął znany higienista profesor Uniw. Pozn., p. dr. Paweł Gantkowski. W skład komitetu wchodził poza tem pp. dr. Górski, naczelnik woj. wydz. zdrowia, inż. Hedinger, prezes rady miejskiej, prof. dr. Karwowski, prezes Wydz. Lekarskiego Tow. Przyj. Nauk, Krzyżankiewicz, dyr. Targów Poznańskich, Mizgalski, dyr. miejsk. urzędu policyjnego, prof. dr. Piasecki, dr. Tadeusz Szulc, nacz. lekarz miejski, dr. Wierusz, lekarz powiatowy, Zalewski, dyr. miejsk. urzędu statystycznego.

Sekretarzem generalnym wybrano p. wyższego radcę krajowego Cybulskiego, a na czele poszczególnych sekcji stanęli: prasowej prezes Synd. Dzien. Powidzki, finansowej dr. Damm, informacyjnej dyr. Ant. Wolski, kwaterunkowej wyższy radca kraj Wybierański, sekcji komunikacyjnej inż. Saller i inż. Górnicki, lekarskiej prof. Karwowski, doc. dr. Dymiński, prof. dr. Padlewski, sekcji pań dr. Marja Grossmannówna, sekcji rozrywkowej radca Robiński i dyr. Zalewski.

Wysokość składki zjazdowej ustalono na 15 zł. (w czem opłata za Pamiętnik zjazdu, który zawierać będzie referaty). Pożądane jest wczesne zgłaszanie się uczestników zjazdu p. adr. sekr. gen. p. radcy Cybulskiego, Poznań, Starostwo Krajowe, celem ustalenia liczby druków, odznak zjazdowych i t. d.

— Koło Medyków Studentów Un. Warsz. przysłało nam następujący komunikat:

W związku z ukazaniem się „Informatora Leczniczego“ i nadsyłaniem do Koła Medyków S. U. W. całego szeregu zażeń związanych z powyższym wydawnictwem, Koło Medyków S. U. W. podaje do wiadomości, iż było tylko współwydawcą, którego rola ograniczała się do kontroli nad treścią i formą wydawnictwa, zaś kwestja akwizycji ogłoszeń, deklarowania cen na nie, sprawa rachunków, kwitów, wszelkimi wpływami z tytułu akwizycji kolportażem i t. p. zajmowało się Centralne Biuro Informacyjnej Prasowych, które na mocy § 12 umowy z Kołem Medyków S. U. W. ponosi wszelką odpowiedzialność za te sprawy.

Koło Medyków S. U. W. nie upoważniało przedstawiciela C. B. I. P. p. Piotrowskiego Henryka do sprzedaży wydawnictwa z ramienia Koła, ani też do zbierania jakichkolwiek ofiar i datków na rzecz Koła, posiadane swego czasu przez p. Piotrowskiego zaświadczenie Koła Medyków, ułatwiające mu jedynie zbieranie ogłoszeń do „Informatora“ zostało od p. Piotrowskiego, po wydrukowaniu powyższego wydawnictwa, w grudniu 1926 r. wycofane.

Wszystkich tych, którzy wpłacali p. Piotrowskiemu jakiegokolwiek datki i ofiary na rzecz Koła, prosimy o łaskawe nadesłanie pod adresem Koła wszelkich danych, celem skierowania sprawy na drogę sądową.

Koło Medyków zaznacza również, iż p. Piotrowski Henryk nie jest członkiem Koła, ani studentem Wydziału Lekarskiego U. W. od dnia 27.VI. 1924.

— W siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich Widok 23 w maju r. b. odbędą się dyskusyjne posiedzenia, na których zostaną wygłoszone następujące odczyty:

1. Piątek 13 maja o godz. 8.15 wieczorem, prof. Aleksander Janowski. „Wrażenia z odbytej podróży po Brazylii i Argentynie“.

2. Piątek 20 maja 8.15 wiecz., prof. Stefan Pieńkowski. „Nowe zdobycze promieni Roentgenowskich“.

— Sekretariat Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego zawiadamia, że tegoroczny Zjazd Otolaryngologów polskich odbędzie się d. 28 maja r. b. w Warszawie. Dotychczas zgłoszone zostały następujące odczyty:

Lubliner (Warszawa). O opatrywaniu ran po operacji doszczętej. Łaskiewicz (Poznań). 1) W sprawie odczynów biologicznych w twardzieli; 2) Kamienie ślinianek i ich przewodów; 3) Uwagi w sprawie leczenia galwanokaustycznego gruczołu krtań. Schwarzbart (Kraków). 1) Typy niemoty i ich leczenia; 2) Zagadnienie reformy otolaryngologii na naszych uniwersytetach (referat dyskusyjny). Wniosek do prezydium: Wybranie komisji dla ujednostajnienia słownictwa oto-laryngologicznego. T. Zalewski (Lwów). 1) Klinika twardzieli; 2) O postępowaniu operacyjnym w torbielach zębowych. Dobrzański (Lwów). 1) O znieczuleniu miejscowym w oto-laryngologii na podstawie materiału Kliniki Lwowskiej; 2) Rzadki przypadek brodawczaka twardego nosa. Dobrzański i Kędziński (Lwów). Znieczulenie powierzchniowe a ciśnienie krwi. Wygodzki (Warszawa). O komplikacjach po tonsillektomii. Gottfryd (Warszawa). Zapalenie ropne opon mózgowych usznego pochodzenia. Mackiewicz (Warszawa). O powikłaniach krtańowych w przebiegu ostatniej epidemii grypy. Dworzecki (Warszawa). Kazuistyka spraw zapalnych błędnika. Goldinberg (Warszawa). Powikłania uszne podczas ostatniej epidemii płonicy. Kenigstein (Warszawa). O nawrotach po zapaleniu wyrostka sutkowego. Karbowski (Warszawa). 1) Badania anatomiczne nad wodociągami śliniaka u psów; 2) Zmiany w narządzie słuchu w chorobie Pageta. Hellin (Warszawa). Bliźnięta a otoryno-laryngologia. Peski (Warszawa). 1) Temat zastrzeżony; 2) O działaniu gazów trujących na górny odcinek dróg oddechowych. Dobrowolski (Warszawa). Temat zastrzeżony. B. Chorażycki (Warszawa). Budowa anatomiczna górnej ściany zewnętrznego przewodu słuchowego. M. Hertz (Warszawa). O wpływie insuliny na przebieg ropnych spraw ucha środkowego.

Sekretarz: B. Chorażycki.

— Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego w Sosnowcu nadesłało nam następujący komunikat:

Doroczne Zebranie Ogólne Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego w Sosnowcu w dniu 26 stycznia 1927 r. przyjąwszy do wiadomości motywy podane przez Zarząd T-wa (nieodpowiednie postępowanie p. D-ra Metery w stosunku do p. D-ra Kosibowicza, które wywołało zatarg (uchylenie się od wyroku Sądu Koleżeńskiego przy T-wie Lekarskim, zwołanego na prośbę p. D-ra Metery, łamistrajkowstwo) wykluczyło p. D-ra Metere z grona T-wa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

Sekretarz:

Prezes:

Dr. Krogulski. Dr. med. M. Kozłowski.

— W czasie od 23 do 26 maja r. b. odbywać się będzie we Franzensbadzie II międzynarodowy kurs chorób kobiecych i sercowych. Pomiędzy prelegentami znajdujemy znane nazwiska profeso-

rów niemieckich, austriackich i węgierskich. Z Polaków wykładaczką będzie doc. Semerau-Siemianowski z Warszawy: O nerwicach naczyńniowo-sercowych na tle niedomogi gruczołów płciowych.

— W związku z mającym odbyć się w Warszawie Zjazdem Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów donosi „Klinische Wochenschrift“ w numerze 18 z r. b., co następuje: Na zapytanie, skierowane do Niemieckiego Towarzystwa Chirurgicznego w sprawie udziału w tegorocznym Zjeździe Międzyn. Tow. Chir. Zarząd Niem. Tow. Chir. powziął następującą decyzję: „Zarząd Niem. Tow. Chir. nie może przyjąć zaproszenia na Zjazd Międzynar. Tow. Chir. w Warszawie, gdyż musi trwać przy swoim żądaniu, wyrażonym na posiedzeniu Zarządu z dn. 8 stycznia 1927 r., aby zarówno w formie, jak w treści nieuzasadniony i wysoce obelżywy wniosek paryski z dn. 22 lipca 1920 r. został przez Kongres bez żadnych ograniczeń cofnięty. Nie znalazł się też żaden szanowany i głośny chirurg niemiecki, któryby wyraził gotowość przyjęcia delegatury na Zjazd w Warszawie“. Decyzja ta została na posiedzeniu plenarnym Niem. Tow. Chir. z dn. 20 kwietnia r. 1927 jednogłośnie przyjęta.

SPROSTOWANIE.

W Nr. 5 „Warsz. Czasop. Lek.“ na str. 208 szpalta prawa w ostatniej wiad. bież. po wyrazach: „Zarząd Związku Lekarzy P. P.“ należy dodać: „w Radomiu“.

NADESLANO DO REDAKCJI.

— H. Higier. Dzieci neuropatyczne i psychopatyczne. Odb. z „Nowin Lekarskich“. Roczn. 38, Zesz. 13 — 14. 1926.

Prof. Dr. Trzebiński, Blane, Oesterlein i Bieganski. 3 „Logiki Medycyny“. Odb. z „Nowin Lekarskich“. Roczn. 38, Zesz. 23. 1926.

— Prof. Dr. Fr. Walter. Rzęzączka u mężczyzn. Nakł. Okręg. Związku Kas Chorych w Krakowie.

— Okólniki i pisma okólnie Okręgowego Urzędu Ubezpieczeń we Lwowie. Bibl. Okr. Zw. Kas Chorych w Krakowie. T. X.

— Wł. Mikulowski. Troubles de l'équilibre humoral chez l'enfant. Odb. z Arch. de Méd. des Enf. T. XXX, Nr. 3, 1927.

— Tenże. Ueber die Besredka'sche Tuberkuloseaktion bei Kindern. Odb. z Schweiz. Md. Woch. Nr. 6, 1927.

— Tenże. Sur quelques rares complications de la fièvre typhoïde. Odb. z Revue Franç. de Pédiatr. T. II, Nr. 6, 1926.

— Tenże. Ein Beitrag zur Klinik der Vagotonie. Odb. z Monatschr. f. Kinderh. T. 35.

— Tenże. Syndrome rare opso-myoelonique observé chez un enfant au cours d'une encéphalite. Odb. z Arch. de Méd. des Enf., Nr. 5, 1926.

— Tenże. Le diagnostic de l'adénopathie tracheo-bronchique tuberc. chez l'enfant. Odb. z Ann. de Méd. T. XIX, Nr. 1, 1926.

— Tenże. Les consultations externes d'enfants et la prophylaxie des mal. enf. Odb. z Revue d'Hygiène. T. XLVIII, Nr. 9, 1926.

— Tenże. Contribution à la clinique de la coqueluche et de la syph. congén. de l'enfant. Odb. z Revue Franç. de Pédiatrie. T. II, Nr. 3, 1926.

— Tenże. O bakterjofagach d'Hérela. Odb. z Ped. Polsk. T. VI, Z. 1, 1926.

— Tenże. O zespole hyposphyxji u wogotoników. Odb. z Pediatr. Polsk. T. VI, Z. 5, 1926.

— Tenże. Cholera infantum w świetle poglądów Marfana. Odb. z Pediatr. Polsk. T. VI, Z. 1, 1926.

— Przegląd polskiego piśmiennictwa lekarskiego za 1923 — 1926 r., dotyczący się preparatów leczniczych wyrabianych przez Zakł. Chem. Ludwik Spiess i Syn. Warszawa.

— Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka. T. II. Nr. Nr. 1 — 2.

TRĘŚĆ: R. HERTZ. Angina piersiowa. — H. SPARROW i R. KACZYŃSKI. Znaczenie szczepień ochronnych w zwalczaniu płonicy. — H. KULIGOWSKA. Znaczenie próby benzydynamy w badaniach sądowo-lekarskich. — P. MARTYSZEWSKI. W sprawie techniki sztucznej odmy piersiowej. — D. SZENKIER. Ropień gruczołu krkowego u chłopca 2 1/2 rocznego. — A. BIERNACKI. O twardzieli (Seleroma) (Streszcz. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — Z. SREBRNY. Stare prawdy o cytatach. — J. KASZUBSKI. Nowy projekt ubezpieczeń społecznych, opracowany przez M. P. i O. S. — Protokół posiedzenia Naczelnej Izby Lekarskiej. — Wiadomości bieżące. Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: R. HERTZ. L'angine de poitrine. — H. SPARROW i R. KACZYŃSKI. L'importance de la vaccination préventive dans la scarlatine. — H. KULIGOWSKA. L'importance de l'examen à la benzidine dans la pratique médico-légale. — P. MARTYSZEWSKI. La technique du pneumothorax artificiel. — D. SZENKIER. Abscès de la prostate chez un garçon du 2 1/2 ans. — A. BIERNACKI. Sur le sclérome. — (Rev. gén.) Z. SREBRNY. Sur les citations. — J. KASZUBSKI. Le nouveau projet de l'assurance sociale préparé par le Min. du Trav. et de la Prév. Sociale.