

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. 12

WARSZAWA, 15 SIERPNIĄ 1927 R.

Rok IV.

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Fizjopatologia przysadki mózgowej oraz dna III komory *).

Podał

E. HERMAN (Warszawa).

(Dokończenie).

Metabolizm podstawowy w niedomodze przysadkowej.

Otluszczenie wewnątrzpochodne może powstać w odniesieniu do gruczołów dokrewnych albo na tle niedomogi tarczycy, albo na podłożu niedostatecznej czynności wydzielniczej przysadki, albo wreszcie jako czynnik zaburzeń gruczołów płciowych.

W otluszczeniu przysadkowym, jak wykazali Rachelę Plaut, Liebesny, Knipping i inni, właściwa przemiana podstawowa jest prawidłowa, natomiast pobudliwość pokarmowa, działanie specyficzno-dynamiczne białka jest obniżone. W otluszczeniu tarczycznym np. przeciwnie przemiana podstawowa jest obniżona, zaś specyficzno-dynamiczne działanie pokarmu normalne¹⁾.

W 10 przyp., badanych przez Rachelę Plaut, metabolizm trawienny był mało zmieniony, w 2 przypadkach wahał się między — 7 do — 16%, w 3-ch

*) Według odczytu, wygłoszonego w dniu 27 lutego 1926 r. w Sekcji Klinicznej Towarzystwa Medycyny Społecznej w Warszawie.

1) patrz A. Oszackiego. — *Choroby przemiany materji i energii u człowieka*. (Kraków, 1925, wyd. Polskiej Akad. Umiejtn.). Autor określa, jako *metabolizm poborowy* czyli *trawienny* — wzmoczenie obrotu energetycznego, wyrażające się w zwiększonej ilości pobranego tlenu, wzgl. wydalonego bezwodnika kwasu węglowego, spowodowane pobraniem pokarmów, ściśle mówiąc, ciał pożytecznych.

Wyrazem *metabolizmu oddechowego minimalnego* są ilości zużytego tlenu lub wydalonego kwasu węglowego w odniesieniu do pewnego czasu, otrzymane u człowieka naczczo w stanie zupełnego spokoju, w obojętnej ciepłocie otoczenia; zaś *metabolizm oddechowy minimalny* odniesiony do 1 m² powierzchni ciała nazywa się *metabolizmem podstawowym* albo *powierzchniowym*.

Powyższe określenia, zaczerpnięte z dzieła Oszackiego, przytaczam dla czytelnika nieobeznanego ze sprawą metabolizmu.

przyp. + 0, w 3-ch przyp. + 6 do + 10 %, w 1 przyp. + 30%.

Klein, Müller, Scheuwert i Steuber badali przemianę podstawową przy podawaniu wyciągów z przysadki i przekonali się, że, gdy w okresie przed podawaniem wyciągów przemiana była normalna, to przy regularnem podawaniu wyciągów z przysadki wystąpiło jej obniżenie, a więc zwolnienie przemiany materji.

To obniżenie występowało zarówno po iniekcji tylnego, jak i przedniego płata. Knipping przez podawanie wyciągów z przedniego płata przysadki uzyskał wzmoczenie pobudliwości pokarmowej w przypadkach niedomogi przysadkowej z obniżoną pobudliwością poborową. Wobec tego, że w otluszczeniu konstytucjonalnem spostrzegala R. Plaut również kombinację normalnego metabolizmu podstawowego z obniżoną pobudliwością pokarmową, jak to ma miejsce w przysadkowym otluszczeniu, toteż autorka uważa otluszczenie konstytucjonalne jako wyraz zaburzenia przysadki (p. A. Oszacki).

Moczołwa cukrowa.

(*Diabetes mellitus*).

Do ważnych zespołów, spotykanych w przebiegu schorzeń przysadkowych, zaliczyć należy zaburzenia w przemianie węglowodanowej. Zwiększoną tolerancję węglowodanową poznaliśmy już poprzednio, jako objaw niedomogi płata tylnego, wzgl. pośrodkowego przysadki.

Z drugiej strony w przypadkach nadmiernej czynności przysadki, zwł. w gruczołakach płata przedniego, powodujących akromegalję, bardzo często występuje cukromocz.

Borhardt na 176 przypadków akromegalji stwierdził w 63 cukromocz. Tak samo i w doświadczeniach nad przysadką często zjawia się przemijający cukromocz.

W akromegalji cukromocz występuje zazwyczaj w okresie późniejszym, jest zmienny, dobrze przez chorych tolerowany, niezależny od ilości cukru wprowadzonego w pokarmach (v. Noorden, Schlesin-

ger), aczkolwiek weale nierzadko towarzyszą mu objawy charakterystyczne dla moczówki cukrowej, jak świąd skóry, czyraki, zgorzel i inne. Rzadziej powoduje acetonemję i śpiączkę.

Podłoże anatomopatologiczne cukromoczu przysadkowego może być różne, a więc przedewszystkiem guzy przysadki. Gdy guz powiększa się i uciska na płat pośrodkowy i tylny, wywołując niedomogę tych płatów, wówczas cukromocz zastąpiony może być zwiększoną tolerancją na węglowodany, przyczem zmianie tej towarzyszyć niekiedy mogą i inne objawy niedomogi przysadkowej, jak otłuszczenie, aplazja gruczołów płciowych i t. d. (Schlesinger, Borhardt, Cushing).

Ważną jest rzeczą, jaka jest patogeneza cukromoczu w guzach przysadki, wiadomo bowiem, że układ nerwowy odgrywa rolę niepoślednią w powstawaniu cukromoczu; zachodziłoby więc pytanie, czy cukromocz w guzach przysadki jest skutkiem zaburzeń czynnościowych samej przysadki, czy też wynikiem ucisku guza na podstawę mózgu, jak to sadzą Loeb, Camus — Roussy i inni.

Spostrzeżenia anatomokliniczne nie mogą dotychczas rozstrzygnąć tego sporu, gdyż jedne dotyczą guzów, uciskających na dno III komory, inne guzów ściśle wewnątrzsiodełkowych.

Wypada więc zwrócić się do badań eksperymentalnych, dawnych i nowszych, dotyczących cukromoczu pochodzenia ośrodkowego.

Już Claude Bernard w r. 1857 za pomocą nakłucia dna IV komory wywoływał eksperymentalnie cukromocz. Brugsch, Dresel i Lewy wykazali, że w nakłuciu u Claude Bernarda wchodzi w grę podrażnienie małej grupy komórek roślinnego jądra opuszki, mianowicie t. zw. jądra grzbietowego n. błędnego. Z drugiej strony uszkodzenie komórek w opuszce, leżących bardziej dogłowowo od jądra poprzedniego, powoduje ozniżenie cukru we krwi. Widzimy zatem, że w opuszce leżą jądra, których podrażnienie daje wręcz odmienny wynik w stosunku do zawartości cukru we krwi:

Natomiast w nowszych czasach Caselli (1901), Aschner (1912), Camus i Roussy (1914), Leschke, Bailey i Bremer, uszkadzając dno III komory, otrzymywali cukromocz, jednak przeważnie przemijający i niestale występujący.

Gournay i Le Grand wykazali ostatnio, że trudność ta w otrzymywaniu eksperymentalnego cukromoczu w przeciwstawieniu do łatwego wywoływania moczówki prostej pochodzi stąd, iż ośrodkiem, regulującym metabolizm węglowodanowy, są jądra przykomorowe (*nuclei paraventriculares*), które, jako leżące głębiej, mniej są dostępne w doświadczeniach, aniżeli głębiej leżące jądra własne guza popielatego (*nuclei proprii tubercis*) — ośrodki gospodarki wodnej.

Jako ilustrację anatomokliniczną przytaczają spostrzeżenia Lhermitte'a i Raedera z r. 1922, dotyczące osobnika z cukromoczem, u którego badanie histologiczne wykazało kilak w miejscu, odpowiadającym jądrom przykomorowym (*nuclei paraventriculares*).

Jaka jest patogeneza bezpośrednia cukromoczu w schorzeniach przysadkowych?

Wielu autorów sądzi, że każdy cukromocz (a więc

i przysadkowy) jest pochodzenia trzustkowego. Może tu istnieć korelacja pomiędzy guzem popielatym a przysadką, ale ostatecznym etapem jest pono zawsze trzustka.

Dallemagne, Hausmann, Pineles i Morris stwierdzili zmiany nieznaczne w trzustce w przypadkach cukromoczu w akromegalji. Kraus i Reisinger w przypadkach akromegalji znaleźli w trzustce stwardnienie z zanikiem wysepek, zaś w przypadku gruźlicy przysadki z cukromoczem — marskość trzustki. E. Kraus miał stwierdzić w przypadku moczówki cukrowej zmniejszenie liczby komórek kwasochłonnych, i na tej zasadzie przypisuje im czynność, regulującą metabolizm węglowodanowy; badania kontrolne, przeprowadzone przez Schabala, nie potwierdziły jednak tych wyników.

Urechia i Nitescu z Bukaresztu, wycinając trzustkę, powodowali ciężki cukromocz ze zmianami następczemi w jądrach przykomorowych. Lewy i Dresel wykazali, że w związku z piqure diabetique dna IV komory (jądro grzbietowe n. błędnego) spostrzega się zwyrodnienie jąder przykomorowych.

Jeśli wszystkie dane powyższe wziąć pod uwagę, a zwłaszcza również i znaczenie w tym względzie ciała prążkowanego (*corpus striatum*), to przyjąć wypadnie, zgodnie z Dreslem, iż zawartość cukru we krwi zależna jest od ciała prążkowanego, wywierającego wpływ na ośrodki roślinne na dnie III komory, od których zależne są ośrodki antagonistyczne w obrębie opuszki. Włókna, współczulne przytem mobilizować mają cukier, zaś błędne hamować wydalanie cukru z wątroby.

Interesującą wydaje się nam kwestja wpływu insuliny na zawartość cukru we krwi u akromegalików, jakoteż wpływ pituitryny na jednoczesne działanie insuliny, wreszcie zachowanie się akromegalików względem obciążenia węglowodanami.

Badania, przeprowadzone na prośbę moją przez kol. Aronowicza u jednej z naszych chorych z wybitną akromegalją, dały wyniki następujące:

Cukier we krwi naczecz metodą Hagedorna i Jensena — 1.II — 0,28% (normalnie 0,09 — 0,10%),

po iniekcji 20 jednostek insuliny — 0,22%!

obniżenie cukru wyniosło zatem — 0,06%.

16.II u tej chorej:

cukier naczecz — 0,322%,

po spożyciu 50,0 dekstrozy: po ½ godz. 0,33%; po 1 godz. 0,358%; po 1½ godz. 0,314%.

10.II naczecz 0,275%: Po 1 cm. Hypofizyny (Hoechst) 0,245%.

15.II naczecz 0,33%; po 1 cm. Hypofizyny + 20 jednostek insuliny 0,26+.

Druga chora Konst... naczecz 0,24%, po 10 jedn. insuliny 0,20%.

Natomiast chory cukrzycowy naczecz we krwi cukru miał 0,131%, a po spożyciu 50 gr. dekstrozy 0,278% po ½ godz.; po 1 godz. 0,241%, po 1½ godz. 0,134%.

Widzimy stąd, że insulina w przyp. naszym nie wywołuje zbytnej hypoglikemji, z drugiej znowu strony obciążenie cukrem pokarmów jest w akromegalji dobrze znoszone.

Zaburzenia wzrostu i rozwoju.

Do zespołów ściśle przysadkowych zaliczamy w pierwszym rzędzie zaburzenia wzrostu oraz rozwoju, przyczem wyrazem nadmiernego wydzielania są akromegalja i gigantyzm, zaś niedomogi przysadkowej — nanosomja i infantyilizm.

Dla akromegalji charakterystyczny jest zwiększony wymiar odcinków dystalnych w porównaniu z długością ciała, dla gigantyzmu — zwiększony wymiar podłużny ciała, zwłaszcza dolnych kończyn (Fromment).

Jaki jest stosunek do siebie obu tych zaburzeń wzrostu?

Brissaud sądził, że gigantyzm występuje, gdy schorzenie przysadki zjawia się w okresie jeszcze niezrośniętych nasad, akromegalja — po zarośnięciu nasad. Catola podaje jednak przypadek, w którym akromegalja rozwinęła się przed skostnieniem rowków nasadowych. Tak samo przeciw hipotezie Brissaud przemawia przyp. Rodrigueza, w którym akromegalja i gigantyzm rozwinęły się jednocześnie w okresie wczesnej młodości. Meige podaje, że akromegalja nigdy nie poprzedza gigantyzmu, podczas gdy często następuje po nim. Prawdopodobnie gigantyzm i akromegalja zależne są od różnorodnej dysfunkcji przysadki. Dziś przeważa zdanie, że akromegalja jest wyłącznie pochodzenia przysadkowego.

Dane anatomopatologiczne wykazują, że w przypadkach akromegalji stwierdza się z reguły guz w przysadce zwł. w płacie przednim i to o budowie gruczolaka kwasochłonnego.

Roussy na pytanie, czy każda akromegalja jest zawsze spowodowana przez guz przysadki, nie daje odpowiedzi stanowczej i zaznacza, że przyczyna akromegalji nie leży w zwykłej wzmożonej czynności gruczolu (hyperfunkcji), lecz w dysfunkcji powstałej wskutek nowotworu.

Biedl wyraża przypuszczenie, że komórki główne przysadki produkują wydzielinę dla wzrostu części miękkich ciała, — komórki kwasochłonne — dla wzrostu części okostnowych, zaś — zasadochłonne — dla wzrostu chrząstek.

Za znaczeniem komórek głównych przemawiają objawy akromegalji w ciąży.

Przypadki akromegalji bez guza przysadki uważa Fromment za źle rozpoznane (*leontiasis ossea, osteoarthropathie hypertrophiantes* i in.). Poza zdeklarowaną postacią akromegalji, odróżniamy dziś postacie poronne, które Leopold Léwi i Vonauz wyodrębniają, jako *leontiasis ossea*, a Ehrman i Diukin, jako *acromegaloidismus*.

Zdradzają się one klinicznie drobnymi objawami, jak rozstawione zęby szczęki dolnej, długi język, osobliwy rozwój zmarszczek i t. d.; obok tego często stwierdza się zaburzenia tarczycy i gruczolów płciowych.

Eksperymentalnie objawów nadmiernej czynności przysadki (*hyperpituitarismus*) nie udało się dotychczas wywołać.

Jak się zachowuje metabolizm podstawowy w akromegalji (*hyperpituitarismus*)? Lablé i Stévenin w 2 przypadkach akromegalji stwierdzili wyraźne wzmocnienie przemiany gazowej. Montes Pareja również znalazł wzmocnienie me-

tabolizmu podstawowego w akromegalji; wzmocnienie to jest jednak często paraliżowane przez jednoczesne zmniejszenie czynności tarczycy, któremu odpowiada znowu obniżenie metabolizmu. Tak samo zwiększenie metabolizmu w akromegalji spostrzegali Magnus Levy, Salomon, Cushing, Boothley Maranon — Carrasco.

Ostatnio ukazała się praca Cestan, Sendrail i Lassale o metabolizmie u akromegalików, dotycząca 2 przypadków: w jednym z nich autorzy stwierdzili zwiększenie metabolizmu o 20,5% (43,4), w drugim zaś zmniejszenie o 33% (26,1); w III przyp. wreszcie było prawdopodobnie zajęcie dna III komory lub lejka, gdyż prócz akromegalji był wielomocz, zaburzenia gruczolów płciowych oraz snu. Badacze ci przypuszczają, że podrażnienie jąder dna III komory przez guz (gruczolak) powoduje zwiększenie metabolizmu, podczas gdy uszkodzenie wywołuje zmniejszenie. Posługiwali się w swych badaniach aparatem Lafona.

W przeciwstawieniu do akromegalji i gigantyzmu, które są wyrazem nadmiernej czynności przysadki, nanosomja i infantyilizm są wynikiem niedomogi przysadkowej. Meige określa infantyilizm, jako trwanie u osobnika zbliżonego do okresu dojrzewania lub po przejściu tego okresu — cech morfologicznych, należących do wieku dziecięcego: drobny szkielet i narządy wewnętrzne, brak pewnych jąder kostnienia i niezarośnięte szpary nasadowe, nadwrażliwość układu nerwowego oraz niedorozwój gruczolów płciowych.

Infantyilizm przysadkowy towarzyszy często moczówce prostej i zwyrodnieniu tłuszczowo-płciowemu, a więc zespołom, będącym również wyrazem niedomogi przysadkowej. Opoterapja wywiera niekiedy wpływ korzystny na te zespoły.

Na podstawie wszystkich dotychczasowych danych, nie ulega dylematowi, że płatek przedni przysadki jest gruczolem wzrostu, tak, iż nawet Camus i Roussy, zwolennicy roli dominującej guza popielatego, nie odejmują przysadce znaczenia w tym zakresie.

Robertson izolował z przedniego płata substancję, która wpływa na wzrost, t. zw. „tethelinę“. Drummond i Cannan podają jednak, że tethelina daje się rozłożyć, jako mieszanina lipidów, na składniki prostsze, między innymi na phrenosinę. Inni autorzy nie potwierdzają wpływu tetheliny na wzrost. Tethelina, podług badań Bermanna, nie wpływa na diurezę w moczówce prostej, aczkolwiek wymaga ciśnienia krwi.

Do czynności przypisywanych przysadce, wzgl. guzowi popielatemu należy również regulacja ciepła i regulacja przemiany białkowej.

Regulacja ciepła.

W regulacji ciepła dopatrzeć się musimy pewnego związku pomiędzy przysadką a międzymózgowiem.

Chorzy, cierpiący na niedomogę przysadki, wykazują ciepłotę poniżej normalnej. Ciekawe dane w tym względzie przyniosły doświadczenia Hashimoto z Wiednia, przytoczone przez Schiffa, mianowicie: wycięcie przysadki lub przecięcie szy-

puly przysadki pociąga za sobą niską ciepłotę zwierzęcia, utratę zdolności gorączkowania oraz zachowanie się poikilotermiczne; zastrzyknięcie wyciągu z przysadki znosi te zaburzenia. Z drugiej znowu strony, dzięki doświadczeniom I sen-schmidta, Krehla, Citrona i Leschke-go, Otta, Schnitzlera i innych, nie ulega dziś najmniejszej wątpliwości, że w międzymózgowiu, mianowicie w okolicy guza popielatego leżą ośrodki, regulujące ciepłotę ustrojową; uszkodzenie tych ośrodków powoduje utratę zdolności regulowania ciepłoty oraz zdolności gorączkowania, przyczem, według Meyera, istnieje osobny ośrodek zimna i ciepła. Ośrodki te są podporządkowane ośrodkom wyższym w ciele prążkowanym (*corpus striatum*); w nerwie współczulnym przebiegać mają drogi, przynoszące bodźce, wzmagające ciepłotę ciała, zaś w nerwie błędnym hamujące tworzenie ciepła i zwiększające oddawanie ciepła.

Widzimy zatem, że zarówno uszkodzenie przysadki, jak i dna III komory wywoływać może analogiczne zaburzenia w regulacji ciepła.

Musimy więc przyjąć, na co słusznie uwagę zwraca Schiff, że istnieje w tym względzie pomiędzy przysadką a guzem popielatym współzależność, czy przez to, że drogi ciepłne przechodzą od międzymózgowia poprzez przysadkę (co jest wątpliwe), czy też na skutek tego, iż hormon przysadki uczuła ośrodki ciepłne międzymózgowia. Mamy szereg spostrzeżeń klinicznych z tego zakresu. Np. przypadek Stettnera, dotyczący oseska z wodogłowiem, u którego ciepłota ciała wynosiła 28° i zachowywała się poikilotermicznie; wypuszczenie płynu m.-rdz. (zmniejszenie chwilowe wodogłowia) powodowało wzniesienie ciepłoty do 36°. Za umiejscowieniem regulatorów ciepłoty ciała w ośrodkach dna III komory przemawiają nagle wzniesienia ciepłoty u chorvch na nagminne zapalenie mózgowia, wysoka ciepłota, towarzysząca krwotokom do III-ej komory, i inne; natomiast niska ciepłota ciała u chorvch ze zwyrodnieniem tłuszczowo-pleciowem wskazuje raczej na przysadkę.

Regulacja białka.

Najmniej miejsca poświęcimy sprawom regulacji białka, ponieważ badania w tym kierunku są niedostateczne w odniesieniu do międzymózgowia, a zwł. przysadki. Pewnem jest, że regulacja białka pozostaje w zależności od układu roślinnego i jego ośrodków, zacem przemawia chociażby wzmózone wydalanie azotu w gorączce, której zależność od ośrodków na dnie III komory nazwaliśmy. Przypomnie, że Eppinger, Falta i Rudinger pierwsi spostrzegli, iako wvnik uszkodzenia opuszki wzmózona przemiana białka, zaś Leschke i Schneider, uszkadzające międzymózgowie, wywoływali zahamowanie przemiany białkowej.

Inne czynności przysadki.

Z innych czynności przysadki, o których, ze względu na brak bliższego stosunku do dna III komory oraz na ograniczone ramy wykładu, wspomnieć możemy jedynie pobieżnie, na wzmiarke zasługują: nagle wzmózenie ciśnienia tętniczego po doży-

niem zastrzyknięciu wyciągu z przysadki (Oliver i Schaefer), różniące się od wpływu wyciągu z nadnerczy dłuższem trwaniem działania. Dochodzi ono do skutku zarówno przez skurcz naczyń, jak i przez wzmózenie akcji serca. Podług Cyona wyciągi z przysadki zawierają dwie substancje czynne: jedna (*hypofizyna*) wpływa na czynność serca, druga — na ciśnienie tętnicze.

Dalej *pituitryna* wpływa na macicę i pęcherz moczowy. Pod działaniem *pituitryny* macica królika kureczy się maksymalnie, przyczem wzmagają się pobudliwość elektryczna nerwów macicznych. W związku z powyższem pozostaje zastosowanie lecznicze wyciągów z przysadki: działanie pobudzające na macicę w porodzie; w ginekologii, jako *haemostaticum* i *stypticum*; działanie pobudzające ciśnienie w stanach zapaści.

Współzależność przysadki z innymi gruczołami dokrewnymi.

W końcu wypada omówić chociażby pokrótce współzależność przysadki z innymi gruczołami dokrewnymi, boć przecież o korelacjach gruczołów wewnątrzwydzielniczych dziś nikt nie wątpi.

O niektórych rodzajach tej korelacji mówiliśmy, zwłaszcza o współzależności przysadki z gruczołami płciowemi w zwyrodnieniu tłuszczowo-pleciowem oraz infantylizmie.

Ciekawe są zmiany w przysadce w czasie ciąży.

Przysadka w ciąży ulega, jak wiadomo, często obrzmieniu, przyczem zjawiają się w niej osobliwe t. zw. komórki ciąży (*Schwangerschaftszellen*), pochodzące z komórek głównych. Obrzmienie przysadki w ciąży powodować może pewne objawy kliniczne, jak np. lekkie oznaki akromegalizmu. Löhlein znalazł u 90% ciężarnych w ostatnim miesiącu ciąży zwężenie połowicze pola widzenia. Natomiast Stargardt i Scholl zbadali 68 ciężarnych i w żadnym przypadku tego nie stwierdzili. Beckerhaus zbadł 150 kobiet w klinice położniczej w Kiel i tylko u 2 z nich stwierdził skroniowe zwężenie pola widzenia na barwy. Abramowicz w klinice Wileńskiej spostrzegł pewne zmiany.

Usunięcie gruczołów płciowych u zwierząt powoduje obrzmienie przysadki i zwiększenie liczby komórek eozynochłonnych (t. zw. *Kastrationshypophyse*). Podobnie ulega przysadka obrzmieniu po usunięciu *tarczycy*.

Biedl zwraca uwagę na ciężkie zmiany, jakie występują w płacie pośrodkowym przysadki zwierząt po wycięciu tarczycy; płat ten ulegał wyraźnemu przerostowi. Wreszcie zmiany w przysadce w postaci przerostu zwł. płata pośrodkowego i przedniego stwierdził Bell po *epinefrectomji*, natomiast Kraus po *pankreatomji* spostrzegł zanik przysadki. O zmianach w trzustce w zależności od przysadki i odwrotnie wspominaliśmy również przy omawianiu patogenezy moczówki cukrowej.

ZESTAWIENIE:

Układ przysadkowy i międzymózgowy.

Jeśli zestawić wszystko, cośmy tu o anatomji i fizjologii przysadki oraz dna III komory powiedzieli, to wypadnie podkreślić ścisłą łączność, jaka zachodzi

pomiędzy dnem III komory (guzem popielatym) a przysadką mózgową.

Widzieliśmy, że:

1) anatomicznie tworzą one jedną całość, którą nazwać można częścią guzoprzysadkową podwzgórza (*pars tuberohypophysaris hypothalami*);

2) histologicznie stwierdzono włókna (amyelinowe), biegnące od komórek na dnie III komory do przysadki, mianowicie przeważnie do jej płata pośrodkowego;

3) fizjologicznie — wydzielina przysadki daje się prześledzić aż do guza popielatego; błękit zastrzyknięty do przysadki (E d i n g e r) można wzdłuż dróg okolonaczyniowych wykazać aż u podstawy guza popielatego;

4) eksperymentalnie i klinicznie — wiele objawów i zespołów wywołać można zarówno drogą uszkodzeń przysadki (lejka), jak i dna II komory.

Pozostaje więc uznać zarówno z punktu widzenia anatomicznego, jak i fizjologicznego, istnienie odrębnego układu przysadko-między-mózgowego.

Hormon przysadki uczula zapewne ośrodki ważniejszych czynności roślinnych, usadowione na dnie III komory (w guzie popielatym)!

Jest to w obecnym stanie wiedzy ostatnie słowo panujących w sprawie tej poglądów.

Przedmiotem wykładu naszego była w pierwszym rzędzie fizjopatologia przysadki mózgowej oraz dna III komory.

Dlatego też celowo nie mówiliśmy zupełnie o tak ważnych sprawach chorobowych, jak guzy przysadki, którym zamierzamy poświęcić wykład specjalny.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Zakładu Fizjologii Univ. S. B. w Wilnie.

(Kierownik: Prof. Dr. M. EIGER).

O zależności ciał azotowych bezbiałkowych od układu nerwowego współczulnego i obokwspółczulnego.

Podali:

Prof. Dr. M. EIGER (Wilno) i

Mag. Chem. i stud. med. S. RUBINSTEIN (Wilno).

Doniesienie tymczasowe.

Gdy w r. 1915 jeden z nas (E i g e r)¹⁾ dowiódł zależności tworzenia się glikogenu w wątrobie od nerwu błędnego, wówczas już została wypowiedziana w pracy tej myśl użycia zastosowanej tam metody również do badania zależności przemiany purynowej, tłuszczowej i t. d. od układu nerwowego autonomicznego.

W związku z pracą tą wpływ układu nerwowego roślinnego na przemianę węglowodanową został w Zakładzie naszym opracowany specjalnie przez M. E i g e r a i J. H u r y n o w i c z ó w n ą²⁾ i opisany dokładnie w pracy szczegółowej, wykonanej przez J. H u r y n o w i c z ó w n ą³⁾.

Odsyłając czytelnika w sprawie szczegółów do pracy specjalnej J. H u r y n o w i c z ó w n y, zaznaczymy na tem miejscu tylko najważniejsze fakty, których dowieść się udało między innymi, a mianowicie:

a) nerwy błędne, szczególnie prawy, odgrywają pierwszorzędną rolę w przemianie węglowodano-

wej, gdyż drażnienie prądem indukcyjnym poszczególnych lub obydwu nerwów błędnych w klatce piersiowej — powoduje wyraźne obniżenie się poziomu cukru we krwi. Natomiast samo przecięcie nerwów błędnych, również szczególnie prawego, wzmacnia zawartość cukru we krwi;

b) doświadczenia z przecinaniem tych nerwów, zarówno błędnych, jak i współczulnych, pozwalają wnioskować, że podobnie, jak w działaniu tych nerwów na czynność mechaniczną mięśnia sercowego, oba układy — współczulny i obokwspółczulny — stale regulują przemianę węglowodanową w wątrobie i we krwi, działając antagonistycznie, i są stale w stanie fizjologicznego napięcia.

O wpływie układu roślinnego na przemianę ciał azotowych bezbiałkowych spotkaliśmy dotychczas w piśmiennictwie dla nas dostępnem wiadomości niezwykle skąpe. F. U m b e r w dziele swoim⁴⁾ wypowiada tylko przypuszczenie, że napad dny jest jakby burzą w układzie roślinnym (Der Gichtanfall ist gewissermassen ein Gewitter im vegetativen System).

Według U m b e r a, podczas napadu dny ma przeważać wpływ układu obokwspółczulnego. D r e s e l i U l l m a n n stwierdzili na królikach, że kofeina i diuretyna wzmagają wydzielanie się allantoiny, że jednakże to wzmożone wydzielanie nie zachodzi po przecięciu nerwu trzewnego (*nervus splanchnicus*). Sprawą wpływu układu roślinnego na allantoinę, względnie ciała purynowe i mocznik, zajmowali się wprawdzie B r u g s c h, D r e s e l, L e w v i M i c h a e l i s, jednakże, jak to stwierdza E. T o e n n i e s s e n w swojej monografji⁵⁾, doświadczenia te są niedostateczne.

Ażeby stwierdzić i zbadać wpływ układu roślin-

1) M. Eiger: Der Einfluss des Nervus vagus auf die Glykogenbildung in der Leber u. eine neue Methode zur Untersuchung des Leberstoffwechsels in seiner Abhängigkeit vom Nervensystem. Zentralblatt für Physiologie, Band XXX, Nr. 11, S. 445, 1915.

2) M. Eiger i J. Hurynowiczówna: Doniesienie tymczasowe: Wpływ insuliny na układ nerwowy wegetatywny. Neurologja Polska 1927.

3) J. Hurynowiczówna: Wpływ insuliny na układ nerwowy wegetatywny. Dissert. Inaug. Wilno 1927, oraz Pam. Tow. Lek. Wil. 1927.

4) U m b e r Friedrich: Ernährung- u. Stoffwechselkrankheiten, Auflage III, Urban-Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1925.

5) T o e n n i e s s e n E.: Die Bedeutung des vegetativen Nervensystems für die Wärmeregulation und den Stoffwechsel. Ergebn. der inn. Mediz. u. Kinderh., Berlin, Springer, 1923, s. 197. (Conf. Müller. L. R.: Das vegetative Nervensystem. Berlin, Springer 1923 oraz 2-gie wydanie tegoż dzieła p. t. Die Lebensnerven. Springer 1926.

tego na przemianę ciał azotowych bezbiałkowych, wykonano szereg specjalnych doświadczeń na zwierzętach: na psach i królikach (liczba doświadczeń dotychczas 12). Opis metodyki wraz z protokołami doświadczeń głównych i kontrolnych, wyniki liczbowe ogólne oraz poszczególnych frakcji chemicznych ogłoszone będą po ukończeniu doświadczeń przez Rubinsteina a w jego pracy specjalnej.

Na tem miejscu ograniczymy się do streszczenia ogólnych wyników dotychczasowych.

Za pomocą mikrometody chemicznej badano „azot bezbiałkowy“ we krwi całkowitej lub w surowicy pobieranej z żyły wątrobowej przed i po przecięciu odpowiednich nerwów układu roślinnego oraz przed i po drażnieniu tychże nerwów.

Okazało się, że:

- 1) przecięcie nerwu błędnego jednostronne lub obustronne w klatce piersiowej poniżej serca wywołuje zarówno we krwi i surowicy krwi żyły wątrobowej, jakoteż biodrowej stale wybitne zmniejszenie się ciał azotowych bezbiałkowych;
- 2) drażnienie natomiast nerwu błędnego wywołuje wybitne wzmoczenie ilości tych ciał;
- 3) przecięcie obustronne nerwów układu współzucznego wywołuje wyraźne powiększenie się ilości tych ciał; natomiast
- 4) drażnienie nerwów układu współzucznego wywołuje wyraźne ich zmniejszenie we krwi, względnie w surowicy.

Z doświadczeń tych wynika niezawodnie i bezpośrednio, że

- a) układ nerwowy roślinny stale wywiera wpływ na przemianę ciał azotowych bezbiałkowych;
- b) oba układy — współzuczny i obokwspółzuczny — stale regulują przemianę ciał tych w ustroju oraz poziom ich we krwi ustroju, działając antagonistycznie, i są stale w stanie fizjologicznego napięcia.

Z 1-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego.

(Ordynator: Dr. A. LANDAU).

Parę uwag o leczeniu cukrzycy.

Podali

A. LANDAU, M. FEJGIN i J. HELD (Warszawa).

W ostatnich paru latach trzykrotnie już zabieraliśmy głos w piśmiennictwie w sprawie współczesnego leczenia cukrzycy — 2 razy *ex re* wprowadzenia insuliny do lecznictwa, ostatnio zaś omawialiśmy zasady nowej djetetyki cukrzycy. Sprawa ta jednak wciąż jest aktualna: dotychczas toczą się dyskusje i spory na temat zwiększonego, czy zmniejszonego poziomu podstawowej przemiany materji i konieczności skąpszego, czy obfitszego odżywiania tych chorych, jak również nie są ostatecznie ustalone poglądy co do sposobu stosowania insuliny, jej dawkowania i stosunku jej do djety. Ażeby więc uniknąć niepotrzebnego powtarzania tych samych przesłanek teoretycznych i wniosków ogólnych, na których opieraliśmy się w naszych poprzednich artykułach, dotyczących tej kwestji, sądzimy, że

najlepszym zobrazowaniem naszych poglądów, najwywniośniej argumentem na korzyść naszego stanowiska będzie szczegółowy opis przebiegu kuracji w 2-eh średnio ciężkich przypadkach cukrzycy, które spotrzeglaliśmy ostatnio na oddziale.

Przypadek I. (demonstrowany w Tow. Lek. i Sekcji Klinicznej Tow. Med. Społecznej).

J. S. Uczeń. lat 10, na 2 miesiące przed przybyciem do szpitala zaczął odczuwać uporeczywe pragnienie (wypijał po 10 szklanek wody dziennie) i oddawał dużo moczu. Jednocześnie wystąpiło osłabienie, zasychanie w gardle, senność i szczeniupienie, pomimo zachowania łaknienia. Badanie moczu wykazało 6% cukru; aceton +. Od 6 tygodni otrzymuje codziennie 3 — 4 razy insulinę podskórnie (około 60 jedn. dziennie) — ale cukier w moczu (około 50 grm. na dobę) i aceton utrzymują się stale. W chwili przybycia na oddział — poza nieznaczną anginią (drobne czopy w lewym migdalku) w narządach wewnętrznych żadnych zmian nie stwierdzono. Badanie moczu wykazało: 85,7 gr. cukru na dobę, aceton i kwas octoowy wyrażony: liczba V. Slyckea a 2700 na dobę, (norma od 500 do 700), azotu pozabiałkowego 8,2 grm., amonjaku 1,6 grm. na dobę — co wynosiło 20% azotu całkowitego (norma do 5%) i wskazywało na znaczny stopień zakwaszenia ustroju. Rezerwa alkali w krwi (spółobem V. Slyckea a) wynosiła zaledwie 29 cm³ CO₂ w 100 cm. sz. osocza (norma 56—65), zawartość cukru we krwi — 1,8%, waga — 33,5 kłgr., wzrost 143 cm., powierzchnia — 1,18 m². Pacjent wzięty został na djety, zawierającą 39,6 grm. białka, 93,25 grm. tłuszczu i 115 grm. węglowodanów w ogólnej wartości cieplnej 1460 ciepłostek, a mianowicie: 2 szklanki mleka, 2 jaja, 60 grm. masła, 500 grm. jabłek, 50 grm. chleba żytniego, 25 grm. migdałów, 30 grm. wina czerwonego, jarzyny (kapusta, pomidory, ogórek, kalafior, szpinak)1). Wstrzykiwano mu przytem 40 jedn. insuliny (2×20 j.) dziennie, zamiast poprzednich 60. I oto już w następnej dobie po przybyciu do szpitala — dnia 7.I, jak wynika z tablicy Nr. 1 (takie są skrupulatnie prowadzone w każdym przypadku cukrzycy), dobowa wydajność cukru obniżyła się do 2,1 grm. (w nocnej porcji cukru 0), liczba V. Slyckea a w moczu — do 1132 na dobę, chociaż obecność acetonu i kwasu octoowego, znaczny odsetek amonjaku (1,4 grm. na dobę — 27% całkowitego azotu) i wysoka zawartość cukru we krwi (2,16/100) wskazują, iż sytuacja nie jest jeszcze w zupełności opanowana. Dnia 8.I pacjent otrzymał tylko 20 jedn. insuliny zamiast 40. Wydajność cukru wzrosła znów do 31,9 gr., acetonu było 46 młgr. na dobę. Ale odczyn Gerharta znikł, liczba V. Slyckea a obniżyła się do 676: zawartość azotu amonjakałnego (0,9 grm.) wynosiła jeszcze 17% azotu całkowitego, wydalanego w moczu (5,2 gr.), odpowiadającego zresztą ilości spożywanego białka: ilość białka w pokarmach 40 grm. = 6,4 grm. azotu; jeżeli odliczyć stąd straty azotu z kałem, to okaże się, iż pacjent znajdował się w równowadze azotowej, ew. minimalną część spożywanego białka zaoszczędzał, niewątpliwie celem pokrycia dawniej poniesionych strat białkowych. Wobec zwiększonej wydajności cukru wrócono do poprzedniej dawki 40 jedn. insuliny. W dalszym przebiegu nastąpiła teraz szybka i efektowna poprawa. Dobowa wydajność cukru wynosi 9 grm. dn. 9.I, 5,8 gr. — dn. 10.I, 12 grm. dn. 11.I, a od 13.I, cukier znika z moczu zupełnie. Jednocześnie ustępują szybko wszelkie ślady kwasicy. Liczba V. Slyckea a wynosi około 600 na dobę, azot amonjakałny utrzymuje się na poziomie 5% całkowitego wydalanego azotu w moczu, który również tylko wykazuje bardzo nieznaczne wahania z dnia na dzień (od 4,8 do 5,8 gr.); rezerwa zasad we krwi wznosi się do do 50,1 cm. sz. CO₂ w 100 cm. sz. osocza w dn. 9.I; poziom cukru we krwi nacezo obniża się stopniowo i stale z 2,40/100 w dn. 9.I do 20/100 — 12.I, 1,80/100 — dnia 13.I, 1,560/100 — 15.I, 1,30/100 — dn. 31.I. — Poczynając od 15.I (w tydzień po przybyciu do szpitala), zaczęto stopniowo zmniejszać dawkę insuliny. A mianowicie od 15.I do 18.I 3×10 jedn., 2×15 jedn., 18.I — 2×12 jedn., 21.I — 20 jedn., potem 16,15 jedn., a 1.II otrzymał 10 jednostek, 8.II — 4 jednostki na dobę. Pacjent ciągle pozostawał bez cukru, pomimo iż od 18.I dodano mu do djety jeszcze 15 grm. tranu i 20 gr. wina dziennie. Dopiero 9.II — przy 4-eh jedn. insuliny dziennie, zjawił się cukier w moczu dziennym (0,4% — 2,8 gr. na dobę). Podniesienie dawki insuliny do 6-u, potem do 8-u jedn. na dobę pozwoliło mu dn. 15.II wypisać się w bardzo dobrym stanie ze śladami tylko cukru (od 3-eh do 5-ciu gr. na dobę) w moczu — przy 8-u jedn. insuliny dziennie, przyczem djeta, wynosiła 1940 ciepłostek — w tem 115 gr. węglowodanów. Na wadze przybyło mu w ciągu 5-o tygodniowego pobytu w szpitalu 2,1 kilogram.

1) Ogólną wartość cieplną pożywienia, należną choremu, odczytujemy z nader pomocnych tablic Wilder i Sandforda na podstawie następujących danych: płci, wieku, wzrostu i wagi ciała.

TABLICA I.

Data	Ilość do- bowa mocy	Wydajność cukru z dnia	Wydajność cukru z noczy	Wydajność cukru do- bowa	Aceton	Kwas acetooc- towy	V. Słycke w moczu	Azot (Kjeldahl) w moczu	Azot amonjak	Stosunek N(NH ₃) do N całk. w moczu	Cukier we krwi 0/00	V. Słycke we krwi w cm. na 100 cm ³ osoczu	Dawka insuliny	Waga w klg.	N. pokarmu	Białka	Tłuszcze	Węglow.	Ciepł.
I mies.																			
6.	1540	33,5	52,2	85,5	—	śląd.	2800	8,2	1,6	200/0	1,8	29	40 (20—20)	33,3	Djelta	17,0gr.	18,0gr.	24,5gr.	320
7.	650	2,1	0	2,1	—	0	1132	5,2	1,4	27	2,1		40 (20—10—10)	33,6	1) 2 szkl. mleka	12,6	12,1	—	160
8.	500	24,4	9,5	31,9	46 mgr.	0	676	5,1	0,9	17	2,45		20 (10—10)	33,6	2) 2 jajka	0,3	50,4	0,3	480
9.	760	4,6	4,7	9,3	40	0	620	5,3	0,52	9,50/0	2,4	50,1	40 (15—10—15)	33,9	3) masła 60 gr.	2,5	—	63,0	250
10.	850	5,8	0	5,8	śląd	0	510	5,2	0,32	6	2,25		40	33,9	4) jabłek 500 gr.	—	—	—	—
11.	1440	9,0	3,0	12,1	0	0	600	5,4	0,3	5,6	2,0		40 (15—15—10)	34,0	5) chleba żytniego	3,0	0,2	23,5	110
12.	1540	2,5	0	2,5	0	0	620	5,6	0,32	5,7	1,8		40	34,3	6) migdałów 25 gr.	4,2	12,5	3,7	132
13.	1800	0	0	0	0	0	600	4,8	0,28	5,4	—		40	34,4	7) Wina czerwone- nego 30 gr.	—	—	—	25
14.	2000	0	0	0	0	0	710	5,8	0,38	6,6	1,56		40	34,4	8) tranu 15 gr.	—	—	—	126
15.	1640	0	0	0	0	0	660	5,5	0,3	5,2	—		30 (10—10—10)	34,3	9) wina cz. 20 gr.	—	—	—	17
16.	1600	0	0	0	0	0	700	5,8	0,32	5,4	1,48		30 (15—15)	34,4	Od 12-II dodatkowo:	—	—	—	—
17.	1600	0	0	0	0	0	700	6,0	0,32	5,4	—		24 (12—12)	34,4	Od 12-II dodatkowo:	—	—	—	—
18.	1600	0	0	0	0	0	730	6,0	0,3	5,0	—		24	34,4	10) szynki 50 gr.	12,25	18,25	18,25	220
19.	1350	0	0	0	0	0	—	6,1	0,29	4,8	—		24	34,3		—	—	—	—
20.	1300	0	0	0	0	0	680	6,0	0,3	5,0	—		20 (10—10)	34,3		—	—	—	—
21.	1800	0	0	0	0	0	730	5,8	0,32	5,4	—		20	34,4		—	—	—	—
22.	1530	0	0	0	0	0	720	5,8	0,33	5,6	1,34	41	20	34,4		—	—	—	—
23.	1700	0	0	0	0	0	—	6,2	0,33	—	—		20	34,6		—	—	—	—
24.	1800	0	0	0	0	0	—	6,6	0,33	5,0	—		18 (10—8)	34,7		—	—	—	—
25.	2100	0	0	0	0	0	720	6,3	0,34	5,5	—		16 (8—8)	35,3		—	—	—	—
26.	1550	0	0	0	0	0	—	6,6	0,32	5,1	—		14 (7—7)	35,0		—	—	—	—
27.	1300	0	0	0	0	0	700	6,2	0,3	4,9	—		12 (6—6)	35,3		—	—	—	—
28.	1350	0	0	0	0	0	—	6,6	0,36	—	—		10 (5—5)	35,3		—	—	—	—
29.	1450	0	1,5	1,5	0	0	680	6,6	0,36	5,3	—		11 (6—5)	35,4		—	—	—	—
30.	1500	0,7	0	0,7	0	0	—	6,4	0,32	5,0	1,3		12 (6—6)	35,6		—	—	—	—
31.	1550	0	0	0	0	0	620	6,4	0,32	5,0	—		12 (6—6)	36,0		—	—	—	—
II mies.																			
1.	1550	0	0	0	0	0	—	5,8	0,28	4,8	—		10 (5—5)	35,7		—	—	—	—
2.	1220	0	0	0	0	0	560	6,0	0,3	5,0	—		9 (4—5)	36,3		—	—	—	—
3.	1300	0	0	0	0	0	—	6,0	0,29	4,9	—		8 (4—4)	35,6		—	—	—	—
4.	1700	0	0	0	0	0	580	6,0	0,29	4,9	—		7 (4—3)	36,0		—	—	—	—
5.	1500	0	0	0	0	0	600	6,0	0,21	3,4	—		6 (3—3)	35,8		—	—	—	—
6.	1300	0	2,8	2,8	0	0	620	6,2	0,29	4,8	—		4	35,4		—	—	—	—
7.	1500	1,4	0	1,4	0	0	600	6,0	0,28	4,7	—		6	35,7		—	—	—	—
8.	950	0,4	0	0,4	0	0	620	8,2	0,38	4,6	—		8	35,6		—	—	—	—
9.	950	1,0	0,9	1,9	0	0	640	8,3	0,4	4,8	—		8	35,6		—	—	—	—

A. Oprócz powyższego chorego spożywał dzien-
nie od 600 do 800 grm. jarzyn (szpinak,
kapusta, ogórek kwaśny, pomidory i t. p.),
które ze względu na nieznaczną stosunko-
wo wartość ciepłą, nie były umieszczone
w tabliczce, wyż. wyszczególnionej.

W przebiegu tego przypadku podkreślić trzeba kilka momentów.

Przed przybyciem do szpitala pacjent nasz pomimo stosunkowo bardzo znacznej dawki insuliny (60 j. dziennie) wydzieliał stale znaczne ilości cukru, acetonu i kwasu acetoctowego. Otóż z wywiadów okazało się, iż otrzymywał on djetę zupełnie nieodpowiednią pod względem jakościowym i ilościowym, albowiem przy ogólnej wartości powyżej 3000 ciepłostek na dobę zawierała ona 3-krotnie więcej białka w postaci mięsa przeważnie i 2 razy więcej tłuszczu, aniżeli djeta szpitalna; ilości węglowodanów w djecie domowej i szpitalnej były mniej — więcej jednakowe. Samo tylko wprowadzenie racjonalnej djety, ułożonej w myśl zasad, o których już pisaliśmy 3-krotnie — $\frac{2}{3}$ grm. — 1 gr. białka i około 30 ciepł. na kilo wagi i dobę; stosunek tłuszczów i węglowodanów w gramach mniej więcej, jak 1:1 (obliczone na ciepłostki tłuszcze biorą w tej djecie udział dwa razy większy od węglowodanów) — pozwoliło w krótkim czasie nietylko radykalnie wpłynąć na przebieg schorzenia w sensie natchemiasowego prawie ustąpienia kwasicy i znacznego podniesienia tolerancji węglowodanowej, ale umożliwiło zmniejszenie ilości insuliny do minimum (6—8 jedn. na dobę). Waga pacjenta wzrosła o 2 klogr. przeszło w ciągu 5-otygodniowej kuracji, a zawartość cukru we krwi naczeto spadła z $2,4\%$ do $1,4\%$ w tym czasie. Z przykładu tego wynikać się zdaje nieźle, że djeta, pomimo wprowadzenia do kliniki insuliny, nie przestała być bardzo ważnym czynnikiem leczniczym w cukrzycy. Słuszna jest, jak widzimy, przestroga Allen'a, o której wspomnieliśmy już w poprzedniej pracy, że zarówno przy niskich, jak i przy wysokich dawkach insuliny możemy natrafić na opadanie tolerancji i wzrost kwasicy, jeżeli podajemy chorym nieodpowiednio ułożoną djetę. Szczególne zaś w tym względzie znaczenie posiada, jak nas wielokrotne doświadczenie pouczyło, zredukowanie ilości białka do minimum ($\frac{2}{3}$ gr. na 1 kilogr. wagi) — i djeta bezmięсна, — przynajmniej w początkowym okresie kuracji.

Przypadek 2. Chory E. N., lat 21, od 4-eh lat cierpi na cukrzycę. Przed 2-ma laty przybył do szpitala z 4% cukru, acetonem i kwasem acetoctowym w moczu. Po 3-tygodniowym leczeniu wypisał się bez cukru i acetonu, otrzymując 20 jedn. insuliny na dobę. Od tego czasu stale był na insulynie (do 60 jedn. dziennie czasami) i przy djecie o wartości cieplnej 2300 — 2400 ciepł. na dobę — miał od 0% do 1% cukru w moczu. — Przed 2-ma miesiącami zaraził się rzeżączką, która w 2 tygodnie przed obecnym zgłoszeniem się do szpitala wywołała objawy ze strony pęcherza moczowego (częsta i bolesna mikcja z parciem na moc, ropomocz etc).

Bezpośrednio przed przybyciem do szpitala, pacjent, wskutek pozostawionej — przy zastrzyknięciu insuliny — igły w pośladdku prawym, miał dokonaną incyzję Rozmiary rany $3 \times 1\frac{1}{2}$ cm., głębokości $1\frac{1}{2}$ cm., brzegi i dno rany pokryte szarym nalotem.

Zawartość cukru w moczu wzrosła do 2% pomimo 70 jedn. insuliny dziennie, zjawily się także ślady acetonu i kwasu acetoctowego. W dniu przybycia na oddział pacjent nasz na dobę wydzielil 19 grm. cukru, 0,1 gr. acetonu i wyraźne ślady kwasu acetoctowego. Badanie przedmiotowe poza rozszaniem furczeniami i świstami, liczniejszemi w dole obydwu płuc — zmian w narządach wewnętrznych nie wykazało. W moczu stwierdzono 0,030/00 białka, 13,3 gr. cukru na dobę, po 200 — 300 ciałek ropnych w p. w. i dwoinki Neissera w osadzie. Zasoł zasad wynosił według V. Slyckea 55 cm. sz. CO₂ w 100 cm. sz. osocza, liczba V. Slyckea w moczu wynosiła 500, azotu niebiałkowego — 8,2 gr. na dobę, w tem — 7,5% w postaci amonjaku (0,6 gr.); zawartość cukru we krwi — 2, 570/00 — podawano wtedy 50 jedn. (2 × 25 jedn.) insuliny dziennie (p. tabl. Nr. 2). Djeta — 1550 ciepł. na dobę zawierała 60 gr. białka, 93,7 gr. tłuszczu i 108 gr. węglowodanów, a mianowicie: 4 jaja, 3 szklanki mleka, 20 gr. sera, 65 gr. masła, 550 gr. jabłek, 10 gr. migdałów, 40 gr. wi-

na czerwonego i jarzyny w ilości około 600 — 800 grm.: kalafior, kapusta, ogórek, pomidory i t. d. Pacjent nasz ważył 55,7 kilogr., otrzymywał więc około 28 ciepł. i około 1 gr. białka na 1 kilo wagi i dobę z zupełnym wyłączeniem mięsa z djety. — W dalszym przebiegu, jak to z tabl. wynika, wydajność cukru w moczu wahała się w ciągu 10 dni około 10 gr. na dobę (przy 55 jedn. insuliny dziennie), 11-go dnia pobytu w szpitalu opadła do 1,8 gr., następnie zaś wynosiła od 0 — do 2 — 3 grm przy tej samej ilości insuliny (50 jedn. stale).

Nadmienić należy, iż utrzymywaliśmy dawkę insuliny bez zmiany ze względu na obecność rany w pośladdku, która dopiero pod koniec pobytu chorego w szpitalu zagoiła się zupełnie, i z uwagi na obecność rzeżączki.

Aceton zginął definitywnie dopiero na 5-ty dzień. Dobowa ilość azotu niebiałkowego w moczu zupełnie ściśle odpowiada ilości spożywanego białka, utrzymując się przez cały czas na jednakowym poziomie — około 10 gr. (60 gr. białka pokarmowego = 9,6 grm. N.).

Widzimy więc tutaj wyraźniej jeszcze, aniżeli w poprzednim przypadku, jak doskonale dostosowuje się ustrój do niewielkiej ilości białka, podawanych w naszej djecie. Waga pacjenta wzrosła o 1 kilo w ciągu kuracji, natomiast tolerancja w stosunku do węglowodanów poprawiła się znakomicie, chociaż dawki insuliny nie zmienialiśmy zupełnie. Wpływ uszczuplonego dowozu białka na tolerancję węglowodanową i kwasieć stanowi czynnik leczniczy nietylko objawowy, ale i przyczynowy, jak wnosić można ze stopnicowego i stałego obniżania się glikemji w naszych przypadkach. Tutaj np., podobnie jak i w poprzednim przyp., zawartość cukru we krwi w ciągu 3-tygodniowej kuracji obniżyła się z $2,57\%$ na $1,52\%$ (p. tabl. 2). Sama bowiem insulina, nawet wprowadzona w stosunkowo znacznych ilościach, nie pozwala osiągnąć stałego zmniejszenia hyperglikemji, jeżeli nie stosujemy równocześnie racjonalnie ułożonej djety. Przeciwnie — poza przenirajacem jej działaniem na przeciąg paru godzin tylko bezpośrednio po zasrzyknięciu możemy mieć nawet stale idące pogarszanie się objawów, jak to z wywiadów przytoczonych tu przypadków (szczególnie 1-go) wypływa. I dlatego i nadal uważać musimy za niezwykle ważny czynnik leczniczy w cukrzycy wpływ djety, ułożonej w myśl tylokrotnie omawianych już zasad, jako skąpokaloryczną, małowiałkową i na pewien czas bezmięsną. W dłuższej perspektywie chronicznego przebiegu cukrzycy insulina mieć może jedynie znaczenie środka pomocniczego, którego nie wolno zbyt nadużywać, bo struna, wydająca nawet najładniejsze dźwięki, jeżeli przeciągnięta, z łatwością pęka.

Widzimy przeto, iż w zwykłym chronicznym przebiegu moczówki cukrowej korzystać należy zarówno z racjonalnej djety, jak insuliny, stosując oba środki łącznie lub każdy z osobna, zależnie od sytuacji, w jakiej się chory znajduje. Stany przedśpiączkowe i rozwinięta śpiączka, wszelkie powikłania gorączkowe, a zwłaszcza septyczne, różne powikłania, wymagające niezbędnie pomocy chirurgicznej, słowem — wszystkie stany chorobowe, w których jeszcze do niedawna nad głową chorego wisi miecz Damoklesa, są terenem, na którym wszechwładnie panuje insulina. Ale i tutaj należy ułożyć djeta zdolna jest działanie insuliny znakomicie wzmocnić, jak i, przeciwnie, błędy djetetyczne mogą jej cudowny wpływ całkowicie spalizować.

PISMIENICTWO.

A. Landau, M. Fejgin i B. Lopiński: Polska Gaz. Lek., str. 48, r. 1924. A. Landau i M. Fejgin: Polska Gaz. Lek. str. 433, rok 1924. A. Landau i M. Fejgin: Nr. 46, r. 1926.

T A B L I C A № 2.

Data	Ilość do- bowa moczu	Wydajność cukru z dnia	Wydajność cukru z nocy	Dobowa wydajność cukru	Aceton	Kwas acetoct.	Azot całk. moczu	N-amoni.	Stosunek N (NH ₃) do N całk.	Cukier we krwi ⁰	V-Sl. we krwi	Dawka Insuliny	Waga kg.	II. D J E T A	Białka gr.	Tłuszcze gr.	Węglow. gr.	Ciepł.
15.IV	600	13 gr.	0,3 gr.	13,3 gr.	śląd	—	8,2 gr.	0,6 gr.	7,50%	2,570/00	55	50 (2×25)	55,7	1) 4 jaja:	25,2	24,2	—	320
16.IV	1120	8,8	2,7	11,5	"	—	8,9	0,62	6,80%	—	—	"	55,7	2) 3 szklanki mleka	23,0	7,0	36,0	300
17.IV	1100	6,0	5,5	10,5	"	—	9,2	0,65	7,10%	2,320/00	—	"	56,3	3) Sera bia- łego 20 gr.	7,0	2,5	0,8	60
18.IV	1100	2,2	8,8	11,0	"	—	8,4	0,66	7,80%	—	—	"	56,9	4) Jabłek 500 gr.	2,5	—	—	275
19.IV	1500	5,2	3,6	8,8	"	—	9,0	0,64	7,10%	2,120/00	—	55 (25-20-10)	57,0	5) Masła 65 gr.	2,5	—	69,0	275
20.IV	1600	5,7	2,7	8,4	—	—	9,4	0,63	6,50%	—	—	"	57,2	Migdałów 10 gr.	0,3	54,0	0,3	520
21.IV	1700	7,5	2,7	10,2	—	—	9,8	0,66	6,60%	—	—	"	57,2	Wino czerw. 40 gr.	2,0	5,0	2,0	50
22.IV	1400	0,8	4,8	5,6	—	—	10,1	0,69	6,80%	1,80/00	—	50 (25+25)	56,9					
23.IV	2200	8,4	8,0	16,4	śląd	—	10,0	7,0	7,00%	—	—	55 (15-20-10)	56,7					
24.IV	1400	4,8	2,4	7,2	—	—	9,6	0,63	6,50%	—	—	60 (25-20-15)	56,7					
25.IV	1000	—	1,8	1,8	—	—	—	—	—	—	—	55 (25-20-10)	56,6					
26.IV	1200	0,7	—	0,7	—	—	9,8	0,63	6,40%	1,650/00	—	"	56,6					
27.IV	1420	—	—	—	—	—	—	0,6	—	—	—	"	56,5					
28.IV	1650	—	15,0	15,0	śląd	—	—	0,71	—	—	—	45 (25-20)	57,2					
29.IV	1540	—	—	—	—	—	—	0,62	—	1,80/00	—	50 (25-25)	57,0					
30.IV	1600	9,0	—	9,0	—	—	—	0,6	—	—	—	"	56,9					
2.V	1340	—	—	—	—	—	—	0,61	—	—	—	"	56,9					
3.V	1930	2,4	4,3	6,7	—	—	10,3	0,62	6,00%	2,00/00	—	"	56,8					
4.V	1650	1,6	2,5	4,1	—	—	9,6	0,6	6,20%	—	—	"	56,8					
5.V	1400	—	—	—	—	—	9,4	0,58	6,10%	—	—	"	56,9					
6.V	1550	—	—	—	—	—	9,0	0,52	—	—	—	"	57,2					
7.V	1370	—	2,3	2,3	—	—	9,4	0,5	—	1,520/00	—	"	56,9					

B. Oprócz powyższego chory spożywał dzien-
nie od 600 do 800 grm. jarzyn (szpinak, ka-
pusta, ogórek kwaśny, pomidory itp.), któ-
re ze względu na nieznaczną stosunkowo
wartość ciepłą, nie były umieszczone w ta-
bliczce, wyżej wyszczególnionej.

Z praktyki prywatnej.

O otwarciu operacyjnym uchyłka jamy bębenkowej i jamy sutkowej (Atticotomia) przez przewód słuchowy zewnętrzny.

Podał

B. KARBOWSKI (Warszawa).

Rozmach chirurgiczny, panujący w otjatrji innej więcej od lat dwudziestu, nie tylko pogłębił znajomość patologji schorzeń kości skalistej i znajomość powodowanych przez te schorzenia powikłań wewnątrzczaszkowych, ale i rozszerzył znacznie teren operacyjny. Obecnie zabiegi chirurgiczne otjatrów nie ograniczają się do wyrostka sutkowego, lecz obejmują całą kość skalistą i przylegające części ośrodkowego układu nerwowego.

Alle każdemu bezstronnie oceniającemu wyniki operacyjne trudno się oprzeć wrażeniu, że są zabiegi operacyjne, dotychczas *largu manu* stosowane, których wyniki nie są współmierne z rozmiarem wykonanego zabiegu i ze związanym z zabiegiem okresem pooperacyjnym. Rzecz jasna, że w przypadkach, w których mamy do czynienia z ostrem ropnem zapaleniem, lub z przewlekłą sprawą obostrzoną, albo z rozwijającym się powikłaniem, bądź to ze strony ucha wewnętrznego, bądź opon lub też mózgowia, zabieg nasz musi stworzyć szeroki dostęp do ogniska; celem głównym jest tu uratowanie życia chorego, — inne względy są na drugim planie. Inaczej jednak sprawa przedstawia się wówczas, kiedy mamy przewlekłą sprawę ropną z t. zw. brzeźnem przedziurawieniem, wskazującym na sprawę chorobową bądź to w kości skalistej, bądź to w kosteczkach słuchowych ucha środkowego. W takich razach dolegliwościami chorego są okresowe bóle głowy, ropotok i upośledzenie słuchu. Ropotok i upośledzenie słuchu skłaniają chorego do poddania się zabiegowi chirurgicznemu. Prawdą jest, że cierpiący na przewlekłe ropienie z t. zw. brzeźnem przedziurawieniem może być zagrożony powikłaniem wewnątrzczaszkowym, ale nie myśl o ewentualnem powikłaniu, lecz chęć pozbycia się ropienia i ew. możliwość poprawy słuchu zmuszają chorego do szukania pomocy chirurgicznej.

Jak wynika z nowszych statystyk większych klinik, technicznie prawidłowo wykonana operacja doszczętna zabezpiecza chorego przed ewentualnem powikłaniem wewnątrzczaszkowym. Mniej pomyślne są wyniki, dotyczące ropotoku. W przypadkach, w których sprawa chorobowa jest w uchyłku, w zatoce sutkowej i komórkach sutkowych, operacja doszczętna usuwa ropotok; nie udaje się natomiast opanować ropotoku w przypadkach, w których poza zmianami w uchyłku są zmiany zapalne w śluzówce ucha środkowego, w trąbce Eustachiusza. Poprawnie wykonany zabieg, doszczętnie usunięta schorzała śluzówka z wnek i ze wzgórką, jak i dokładne oczyszczenie i wyskrobanie ujścia trąbki nie gwarantują nam zupełnego zaprzestania ropienia.

Niezadawalające są również wyniki operacji pod względem poprawy słuchu. W wielu przypadkach w następstwie operacji słuch pogarsza się; niekiedy dochodzi do zupełnej jego utraty. Pogorzenie słuchu jest prawdopodobnie następstwem manipulacji podczas operacji na ścianie błędnika. Doświadczenie wykazuje, że w tych przypadkach, w których otrzymujemy kompletną epidermizację, słuch jest bardziej upośledzony, niż w przypadkach, w których ucho środkowe nie epidermizuje się. W przypadkach zupełnej epidermizacji mamy prawdopodobnie do czynienia z upośledzeniem unaczynienia w części przewodu słuchowego *ductus cochlearis* przylegającej do wzgórką jamy bębenkowej. Trudności w opanowaniu ropienia w tych przypadkach, w których błona śluzowa ucha środkowego jest chorzala, stwierdzony ujemny wpływ zbyt dokładnego wyskrobania ucha środkowego na słuch przyczyniły się do spopularyzowania stanowiska, jakie zajął Beck. Beck ucho środkowe możliwie wyłącza z terenu operacyjnego, wychodząc ze słusznego założenia, że przez samą naturę wytworzony wał ochronny wraz z zachowaną częścią błony bębenkowej najbardziej przeciwdziałać może dokuczliwemu ropieniu z trąbki Eustachiusza.

Stan ucha przed operacją pozwala nam przewidywać, jakie będą rezultaty wykonanego zabiegu. Najlepsze warunki do zupełnego wyleczenia po dokonanej operacji dają przypadki, w których mamy wyłącznie schorzenie uchyłka i jamy sutkowej, bez udziału jamy bębenkowej lub też z wygojoną sprawą jamy bębenkowej; w przypadkach zaś, w których oprócz schorzenia uchyłka i jamy sutkowej mamy ropienie w jamie bębenkowej i w trąbce Eustachiusza — w takich przypadkach rzadko udaje się otrzymać zupełne wyleczenie.

Z kwalifikowaniem do doszczętniej operacji należy być powściągliwym specjalnie u dzieci. Brühl słusznie żąda, ażeby w młodym wieku doszczętnie operować tylko wtedy, kiedy wymagają tego wyjątkowe warunki. Nawet wówczas, kiedy są wyjątkowo ciężkie zmiany w uchu środkowym, w uchyłku i w narządzie dowodzącym słuchu (sprawy szkarlatynowe, odrowe), należy ograniczyć się tylko do antrotomji i do usuwania bocznej ściany uchyłka bez naruszenia kosteczek. Są notowane przypadki, w których obustronnie wykonana operacja doprowadziła do takiego upośledzenia słuchu, że doszło do zaniku mowy u dzieci, które słyzały i mówiły: dzieci stały się głuchonieme. Pamiętać też należy, że u dzieci jamy po dokonanej operacji doszczętniej są dużych rozmiarów na skutek braku lub niedostatecznej eburneacji wyrostka. W miejscu, odpowiadającym jamie sutkowej, często nie otrzymujemy epidermizacji. Tłomaczy się to niedostatecznem ukryciem miejsc odległych od bazy odżywczej.

Z tych względów u dzieci i w młodym wieku w przypadkach ostrych i podostrych musimy się starać ograniczyć zabieg do koniecznych rozmiarów; jeżeli niema niebezpieczeństwa dla życia, należy otworzyć uchyłek jamy bębenkowej, wyskrobać ziarninę, nie naruszając narządu dowodzącego słuchu, t. j. kosteczek.

Jest pewna analogja między temi przypadkami o

przebiegu ostrym lub podostym a przypadkami o przebiegu przewlekłym, w których niema wskazania do większego zabiegu, lecz w których po uwzględnieniu warunków anatomopatologicznych decydujemy się na t. zw. zachowawczą doszczepienie operację, t. j. na oczyszczenie ogniska z zachowaniem narządu dowodzącego — błony bębenkowej i kosteczek.

Hoffmann był pierwszy, który zdecydował się na wykonanie zabiegu operacyjnego przez zewnętrzny przewód słuchowy w przypadkach z ogniskiem chorobowym, obejmującym wyłącznie uchylek jamy bębenkowej i jamę sutkową. Za przykładem Hoffmanna poszli bracia Thies, Richter, Carlovitz i Eicken.

Operacja polega na tem, że wycinamy płat skórny przewodu w obrębie górnej i tylnej ściany przewodu. Płat niektórzy odcinają, niektórzy zachowują. Cienkimi dłutami, ostatnio są również używane specjalne fraizy, usuwamy zewnętrzną ścianę uchylku, w ten sposób stwarzamy sobie dostęp do jamy sutkowej, którą otwieramy możliwie szeroko. Carlovitz wycina płat z przewodu według Körnera i za pomocą specjalnego wziernika usuwa płat z pola widzenia: w ten sposób udaje mu się opanować każdą przewlekłą sprawę wyrostka sutkowego. Większość jednak otochirurgów, którzy operują przez przewód, jest zdania, że wskazana jest operacja przez przewód tylko w przypadkach, w których mamy małych rozmiarów guz perlisy z przedziurawieniem w błonie Schrapnela lub próchnicę w uchylku czy też w jamie sutkowej bez objawów obostrzenia.

Operację przez przewód wykonałem w całym szeregu przypadków. Pozwólę sobie przytoczyć w krótkości opis tych przypadków, które demonstrowałem bądź to w Tow. otolar., bądź to na posiedzeniach lekarskich ogólnych.

Przyp. I Pac. 50-letnia cierpiała dłuższy czas na bóle głowy, umiejscowione w pr. skroni. Po pewnym czasie przyłączyły się zawroty głowy; chód stał się chwiejny; bywały też nudności, które się potęgowały do wymiotów. Chora była pod obserwacją neurologów i internistów z podejrzeniem cierpienia tylnej jamy czaszkowej. Badanie otologiczne wykazało, że przyczyną skarg chorej był perlak w uchylku jamy bębenkowej, który zniszczył częściowo poziomy kostny kanał półkolisty. Badanie narządu słuchu wykazało: pr. ucho — błona bębenkowa (*pars tensa*) zmętniała i wciągnięta; błona Schrapnela przedziurawiona; w otworze widoczne są luski perliste. Ucisk na miejsce przedziurawienia wywołuje silny zawrót głowy i oczopląs (objaw przetokowy). Zawroty głowy występowały również na skutek wzmoczonego ucisku w przewodzie usznym.

lewe ucho słuch: szept — 1/4 mtr. a ₁ = — 40 C ₅ = — 5	pr. ucho błona wciągnięta blizna w miejsce błony Schrapnela szept — 2 mtr. a ₁ = — 25 C ₅ = — 4
--	---

Ze względu na wiek chorej i znaczne wycieńczenie zdecydowałem się na dokonanie zabiegu przez przewód. W miejscowym znieczuleniu oddzielona została skóra i okostna z górnej i częściowo z tylnej ściany przewodu. Dłutem małych rozmiarów usunąłem boczną ścianę uchylku. Perlak wielkości grochu wydobylem. Po luźnym wytambowaniu jamy operacyjnej nałożony został opatrunek. Po operacji bóle głowy, zataczanie się i nudności ustąpiły. Rana pooperacyjna zablizniła się już w końcu trzeciego tygodnia. Chorą w cztery tygodnie po operacji demonstrowałem w Tow. otolaryngologicznym, jako wyleczoną: po roku na posiedzeniu Zrzeszenia lekarzy bez nawrotu perlaka.

Przypadek II. Pac. 17-letnia R. R. cierpiała od lat najmłodszych na przewlekłe cuchnące ropienie z silnym rozrostem ziarniny (*Otitis med. chr. polyposa*). Chora leczona była dwukrotnie na oddziale specjalnym w szpitalu. Na czystym bez widocznej poprawy. Ba-

danie chorej wykazało: brak błony bębenkowej; jama bębenkowa wypełniona ziarniną; po oczyszczeniu jamy bębenkowej z ziarniny łatwo było się przekonać, że uchylek również wypełniony jest ziarniną.

pr. ucho słuch — norma	lewe ucho szept — 1/2 mtr. a ₁ = — 35 C ₅ = — 5
----------------------------------	---

Zastosowałem metodę operacyjną przez przewód. Obnażona została górna i tylna ściana kostna przewodu. Uchylek i jama sutkowa zostały szeroko otwarte i wyskrobane. W ciągu czterech tygodni chora wlewała do ucha wodę utlenioną ze spirytusem i kwasem bornym. Po roku chorą, zupełnie wyleczoną, demonstrowałem na posiedzeniu Zrzeszenia lekarzy. Po dwóch latach na posiedzeniu Tow. otolar. 31.XII.1926 r.

Przypadek III. Pac. B. S. lat 24. Cierpi na ropną sprawę w następstwie szkarlatyny od lat dziecińczych. Były okresy, kiedy chory miał bóle ucha i głowy. Ropotok był stale obfity i cuchnący. Był niejednokrotnie w leczeniu, które nie dało rezultatów. Chory był zakwalifikowany do operacji radykalnej. Badanie wykazało: błonę bębenkową zniszczoną, brzeg tylny-górny obnażony; na wzgórkach jamy bębenkowej ziarnina. Ropa obfita, cuchnąca.

pr. ucho słuch: szept — 1/4 mtr. a ₁ = — 45 C ₅ = — 5	lewe ucho norma
---	---------------------------

Operacja przez przewód: po obnażeniu górnej i tylnej ściany przewodu usunięta została boczna ściana uchylka, od tyłu wydłutowałem dostęp do jamy sutkowej. Po czterech tygodniach pole operacyjne było zabliznione; był jeszcze minimalny wyciek z jamy sutkowej; po 5 tygodniach ucho było zupełnie suche, tuż przy kanale półkolistym poziomym wdochny kawałek kosteczki słuchowej zablizniony. Sondą wchodzimy z łatwością do jamy sutkowej.

słuch: szept — 2 mtr. a ₁ = — 30 C ₅ = — 5
--

Chorego demonstrowałem 31.XII 1926 r. na posiedzeniu Tow. otolar.

Przypadek IV. Pac. K. F. 22 lat cierpi na ropienie przewlekłe i częste bóle głowy od lat najmłodszych. Była niejednokrotnie leczona metodami zachowawczymi. Badanie otoskopowe wykazuje: zniszczenie błony bębenkowej lewej, tylny-górny brzeg obnażony.

(residua post otit med. chronicam) słuch lewego ucha — 1 1/2 mtr. pr. ucho słuch — 1 mtr. szeptu a ₁ = — 25 C ₅ = — 4	a ₁ = — 30 C ₅ = — 5
--	---

Operacja w miejscowym znieczuleniu. Obnażenie tylny-górnej części przewodu kostnego. Wydłutowanie tegoż do zupełnego obnażenia kosteczek słuchowych. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Ropienie w podanym przypadku trwało około dwóch miesięcy z powodu próchnicy kosteczek. Bez usunięcia narządu dowodzącego doszło do zupełnego zabliznienia uchylka jamy bębenkowej.

Przyp. demonstrowałem na posiedzeniu Zrzeszenia lekarzy.

Przypadek V. Pac. S. Cierpi na bóle głowy, na szum i osłabienie słuchu. Badanie za pomocą wziernika wykazuje zmętnienie błony bębenkowej i znaczną retrakcję. Błony Schrapnela (*pars flaccida tympani*) obustronnie przedziurawione, z małych bardzo otworów wydobywają się masy perliste.

pr. ucho słuch: szept — 1/4 mtr. a ₁ = — 35 C ₅ = — 7	lewe ucho szept — 1/4 mtr. a ₁ = — 30 C ₅ = — 6
---	---

Operacja w miejscowym znieczuleniu. Uchylki zostały szeroko otwarte. Po usunięciu części tylny-górnej przewodu, usunięte zostały szorstwe masy perliste, za którymi kryły się kosteczki słuchowe częściowo zniszczone. W ciągu czterech tygodni nastąpiło zupełne zabliznienie ran. Leczenie pooperacyjne polegało na wlewaniu wody utlenionej ze spirytusem i kw. bornym. Badanie po 9 miesiącach wykazało zupełne wygojenie sprawy; kosteczki w uchylku częściowo zniekształcone; kowadełko ma kształt normalny. Tylny-górny kawałek kosteczki częściowo zniszczona pokryta cienką blizną. Bóle głowy ustąpiły, szum znacznie słabszy.

Badanie słuchu 25.I 1927 r.

szept 5 — 6 mtr. obustronnie
 a, = — 10
 Cs = — norma
 a, Schwabach + 8
 a, Rinne — 2
 Weber nie lateralizuje
 Górna gran. — norma
 Dolna gran. Gz = 24
 A, = Schwabach + 10
 A, = Rinne — 5

Chory demonstrowany był na posiedzeniu Tow. Otolaryj. 27.I.27 r.

Przez przewód zewnętrzny bez cięcia zewnętrzno operowałem 13 chorych. W 12 przypadkach otrzymałem zupełne wyleczenie. W jednym przypadku ropotoku nie udało się opanować. Możliwe jest, że w tym przypadku próchnica w uchyłku była na tle gruźliczem. W żadnym z operowanych przez przewód przypadków nie zanotowałem pogorszenia słuchu; w kilku przypadkach była poprawa słuchu; w jednym stwierdziłem niebywałą wprost poprawę słuchu (patrz przyp. V).

Operacja przez przewód zewnętrzny słuchowy (Attico-antrotomia) ma następujące zalety:

1) Zabieg może być wykonany w miejscowym znieczuleniu w warunkach ambulatoryjnych.

- 2) Zabieg ogranicza się wyłącznie do schorzonego terenu bez wytworzenia dużej rany kostnej.
- 3) Przebieg pooperacyjny jest znacznie skrócony i wymaga zaledwie kilku opatrunków.
- 4) Narząd dowodzący słuchu zostaje zachowany; słuch nie wykazuje pogorszenia, niekiedy poprawę.

Warunkiem nieodzownym dla wykonania operacji przez przewód jest dostatecznie szeroki dostęp, t. j. normalnie szeroki przewód. W przypadkach, w których przewód jest zwężony, dostęp do ogniska jest niedostateczny — metody tej zastosować nie możemy. Nie należy również operować przez przewód słuchowy bez cięcia zewnętrznego w takich przypadkach, w których przypuszczamy większe ogniska, obejmujące cały wyrostek sutkowy. Tego rodzaju przypadki mogą również być operowane przez przewód, wymagają jednak odłuszczenia przewodu błoniastego za pomocą cięcia zewnętrznego u nasady małżowiny. Na oddziale D-ra Z a w a d z k i e g o w dwóch przypadkach metodę tę zastosowałem. O wynikach operacyjnych zakomunikuję w najbliższej przyszłości.

Streszczenia zbiorowe.

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: E. FLATAU).

Rola witamin w djetetyce dziecięcej*).

Podał

Józef KON (Łódź).

(Dokończenie — p. Nr. 10).

Widzieliśmy, jak we wszystkich awitaminozach występują cechy t. zw. dystrofji, której objawy stale te same towarzyszą w różnym nasileniu wszystkim tym chorobom i, stanowiąc niejako wstęp do nich, mogą niekiedy nawet maskować znacznie później dopiero zjawiające się objawy swoiste.

Trzeba się zastanowić nad wcale nieprostą sprawą patogenezy tych dystrofji awitaminowych. Jesteśmy w tych przypadkach świadkami, że dziecko lub zwierzę doświadcza, otrzymując w pożywieniu dostateczną ilość białka, tłuszczu, węglowodanów i soli, a tylko pozbawione tej czy innej witaminy, nie rozwija się należycie. Szukając objaśnienia dla tego faktu, F u n k, A n d e r s o n i i n. stwierdzili, że wydzielanie soku żołądkowego i wchłanianie jelitowe są przy djetetyce bezwitaminowej upośledzone, że nadto apetyt słabnie, i dlatego może nastąpić względny głód, co doprowadza do dystrofji. W ramach podanego przedtem podziału *maladies de carence* mielibyśmy więc tu do czynienia z *carence de digestion et resorption*.

Jednak nowsze badania Bickla i jego szkoły całe to zagadnienie znacznie pogłębiły. Bicklowi i jego współpracownikom udało się karmić psy przez dłuższy czas pożywieniem nie zawierającym witamin. Z niezwykłą cierpliwością doprowadzali ci badacze

pozbawionym apetytu zwierzętom pożywienie, często w sposób sztuczny, jednocześnie przeprowadzając bardzo dokładne badania nad całą przemianą materji. Okazało się, że wchłanianie składników pożywienia zupełnie nie było na razie upośledzone, a jednak waga zwierząt spadła. U jednego z psów w ciągu czterech miesięcy udawało się stwierdzać dobre wchłanianie przy jednoczesnym zmniejszeniu zużycia tlenu i wzrastającej ilości azotu w moczu, czyli ujemnym bilansie azotowym. Pies ten stracił 1/3 swojej pierwotnej wagi. Dopiero w ostatnim okresie przed śmiercią stwierdzono upośledzone wchłanianie jelitowe. Autorzy stwierdzili więc zachowanie się przemiany podobne, jak w głodzie, t. j. spadek wagi, utratę glikogenu z wątroby i mięśni, utratę tłuszczu, wreszcie rozpad białka i ujemny bilans azotowy, pomimo kalorycznie wystarczającego odżywiania i dobrego wchłaniania. Dalej, pomimo wchłaniania wszystkich substancji, pomimo rozpadu własnego białka zużycie tlenu jest obniżone. (W doświadczeniach A b d e r h a l d e n a, G y ö r g y e g o również zużycie O przez tkanki było obniżone przy braku witamin). Żadnych objawów głodu w postaci kwasicy, acetonemji, aminokwasów w moczu etc. nie stwierdza się przed końcowym okresem życia. Widzimy więc, że mamy tu do czynienia z jakąś postacią głodu wewnętrznego, komórkowego, o którym była mowa przy wyliczaniu postaci *maladies de carence*.

Z dokładnych obliczeń Bickla wynika, że pies doświadcza stracił w ciągu 107 dni 688 grm. białka, co może odpowiadać 911 grm. protoplazmy, podczas gdy cały spadek wagi zwierzęcia wynosił 3,9 kg. Należy więc przyjąć, że różnicę między temi liczbami stanowi utrata tłuszczu i węglowodanów, należałoby więc oczekiwać wzmózonej przemiany gazowej, nasilonego utleniania. Tymczasem, jak już wspomniano, do-

* Wygłoszone w Łódzkim Tow. Lek. w marcu 1926 r.

kładne obliczenia A b d e r h a l d e n a, L o e v y e g o wykazały, że w tym stanie zużycie tlenu ulegało obniżeniu. Obliczenia wykazały, że współczynnik oddechowyy też ulegał obniżeniu. Jeżeli współczynnik oddechowyy jest mniejszy, a jednocześnie ilość zużytego tlenu też jest mniejsza, to musi być ograniczone spalanie węgla na CO_2 .

Pomimo wydalania dużej ilości azotu nie znaleziono w moczu odchyłań od zwykłego stosunku między poszczególnymi składnikami azotowemi moczu (moczownik, kreatyna, amoniak, kwas moczowy były wydalone w zwykłej proporcji). Nie znaleziono też związków ketonowych, któreby mogły wskazywać na nieprawidłowy rozpad tłuszczu. Znajdowano tylko hyperglikemję i glikozurję. Nie stwierdza się więc żadnego upośledzenia w utlenianiu białka i tłuszczu (brak pośrednich lub patologicznych produktów przemiany materji), stwierdza się natomiast nadmierny rozpad i osłabione utlenianie.

Trzeba więc według B i c k l a przyjmując, że dla prawidłowego utleniania białka i tłuszczu przy skąpem zużyciu tlenu źródłem reszty tlenu są węglowodany, które ulegają jakiemś nieprawidłowemu rozkładowi, i których węgiel nie spala się na CO_2 , tylko w jakiś inny sposób zostaje wydany. Jeżeli nie cały C spali się na CO_2 , to pewna ilość tlenu zostaje zaoszczędzona, jednocześnie wytwarza się mniej CO_2 , czyli spełnione są warunki, jakie spotykamy u psa żywionego bez witamin. Według B i c k l a więc zawikłane stosunki w przemianie materji u psa, żywionego bez witamin, sprowadzają się do zaburzenia przemiany węglowodanowej, która ma być kluczem do zagadki, jak się odbywa wzmoczony rozpad przy zmniejszonym zużyciu tlenu.

Poszukiwania tych nieznanych związków, które unoszą z sobą z organizmu węgiel nie spalony na CO_2 , skierowane zostały przedewszystkiem na mocz. Okazało się, że stosunek C:N w moczu u psów B i c k l a wzrastał. Ponieważ azót wydzielano się dużo, bo bilans N był ujemny, więc jest rzeczą jasną, że mocz zawierał więcej, niż zwykle, C. Jednocześnie obliczenia wykazały, że żaden ze znanych związków węgla nie był wydany z moczem w takiej ilości, aby móc wytłumaczyć ten nadmiar wydalanego C. B i c k e l nazywa to zaburzenie przemiany węglowodanowej, polegające na nieprawidłowym zużyciu węgla, który nie ulega utlenianiu, „*carbonuria dysoxydativa*“.

Z tych prac wynika, że *signum* awitaminozy — to wydzielanie dużego ułamka węgla w postaci nieutleniającej z moczem kosztem CO_2 , wydalanego przez płuca.

Ani białko, ani cukier, ani kwas glukuronowy, ani związki ketonowe, ani tłuszcz, ani kwas mlekowy, ani aminokwasy, ani mocznik, ani kreatynina, ani allantoina, jednym słowem, żaden ze znanych nam związków nie okazał się nosicielem tego niespalonego węgla.

W cukrzycy glukoza i związki ketonowe są nosicielami niespalonego węgla, wiemy, że przez zadziałanie insuliny hyperglikemja i glikozurja zmniejszają się. Otóż B i c k e l i C o l a z o stwierdzili rzecz niezmiernie interesującą, że u psa, dotkniętego awitaminozą, również insulina może działać leczniczo, gdyż

glikozurja i hyperglikemja, spotykane u tych psów, zmniejszają się, ilość węgla, wydalanego z moczem w nieznaney postaci, również spada, i życie zwierzęcia zostaje przedłużone. Skutek insuliny, mianowicie zahamowanie tej *carbonuria dysoxydativa*, jest dowodem, że przedewszystkiem przemiana węglowodanów jest zaburzona w dystrofji awitaminowej, bo tam przecież trzeba zawsze szukać punktu uchwytu dla insuliny.

Widzimy, że prace B i c k l a nad rolą witamin otwierają bardzo szerokie horyzonty dla całej nauki o przemianie materji. Musimy uznać, że działanie witamin dotyczy całej masy komórkowej organizmu i środowiska płynnego, które te komórki otacza. Jony, hormony i witaminy działają wspólną drogą.

Należy przypuścić, że zaburzenie przemiany, spotykane w awitaminozach, nie tylko tym stanom jest właściwe. Pod tym względem dużo można się spodziewać po bliższych badaniach nad innymi dystrofjami niemowlęciami. Zaburzenie to, zwane ogólnie „*carbonuria dysoxydativa*“, może pochodzić z niedostatecznego utleniania węgla białkowego, tłuszczowego lub węglowodanowego, czyli, że pochodzenie wydalanego w taki sposób węgla może być albuminowe, lipidowe lub glikogenowe. Różniczkowanie tu jest trudne, gdyż różne frakcje przemiany materji wkraczają wzajemnie jedna w drugą. W cukrzycy mamy np. zaburzenie w przemianie tłuszczów, wynikające z wadliwego spalania cukrów. Podobno są przypadki cukrzycy, w których nie cały nadmiar węgla, wydalanego z moczem, daje się wyliczyć z glukozy i związków ketonowych, może więc i tu jakieś obce związki węgla, podobnie jak w awitaminozie, występują.

Wiemy, jak względnie łatwo niemowlę dystroficzne może wpaść w stan toksyczny, w t. zw. *coma toxicum*. Wiemy, że klinicznie stan ten ma dużo wspólnego z *coma diabeticum*, że w ostatnich czasach w tych toksycznych stanach niemowlęcych stosuje się insulinę i cukier gronowy z niezłym skutkiem. Te spostrzeżenia stanowią otwarte wrota dla dalszych badań i analogji w kierunku pogłębienia naszych wiadomości o patogenezie zaburzeń w stanie odżywiania u niemowląt wogóle, a dystrofji awitaminowej w szczególności.

W n i o s k i.

- 1) Nieznane bliżej, ale napewno istniejące czynniki djetetyczne, zwane ogólnie witaminami, pod względem znaczenia dla organizmu stoją na równi z białkami, tłuszczami i węglowodanami, co najwyraźniej odbija się na organizmach młodych, rosnących, na dzieciach.
- 2) Witaminy odgrywają pierwszorzędną rolę w asymilacji pokarmów przez tkanki, we wroście, w walce z chorobami zakaźnymi.
- 3) Każde niemowlę do 6 miesięcy otrzymuje dostateczną ilość witamin w pokarmie matki lub mleku krowim, o ile to mleko jest bez zarzutu.
- 4) Od 6 mies. należy dodawać niemowlęciu różnych witamin w postaci jarzyn, masła, owoców, tranu.
- 5) Każda choroba zakaźna u dziecka, a zwłaszcza u niemolecia, może dać powód do awitaminozy, gdyż idzie ona w parze z nadmiernym zużyciem

witamin. Dlatego w czasie i po chorobach zakaźnych należy bardzo obficie odżywiać dzieci witaminami.

- 6) Istnieje cały szereg stanów dystroficznych u niemowląt o cechach klinicznie mało charakterystycznych, gdzie, pomimo nieobecności objawów specyficznych, podłożem choroby jest brak witamin w diecie, co potwierdza skutecznie terapia witaminowa.
- 7) Bliższe poznanie zaburzeń w przemianie materji, wywołanych brakiem witamin, otwiera nowe horyzonty przed nauką o odżywianiu i o chorobach przemiany materji. Problemata witamin styka się z problematami działania hormonów i jonów, porusza kwestję t. zw. kacheksji czyli charactwa i jest w ścisłym związku z zagadnieniami patogenetyki zaburzeń w stanie odżywiania u niemowląt.
- 8) Stosowanie witamin daje wielkie nadzieje skutecznego zwalczania śmiertelności i chorób zakaźnych, zmniejsza w znacznym stopniu niebezpieczeństwo t. zw. hospitalizacji niemowląt i, jak powiada Czerny, jest najważniejszym postępowaniem

w dziedzinie parenteralnych zaburzeń niemowlęcych.

PISMIENICTWO.

Abels: Erg. d. in. Med. u. K. 1924, T. 26. Abderhalden i Wertheimer: Klin. Woch. 1922, Nr. 4; Bickel: Klin. Woch. 1922, Nr. 3, 1925 Nr. 12; Dtsch. med. Woch. 1922, Nr. 29; Münch. med. Woch. 1924. Beumer: Dtsch. med. Woch. 1925 Nr. 48. Bloch: Jahr. f. K. T. 89 — 90. Degkwitz: Dtsch. med. Woch. 1925 Nr. 48. Eckstein: Arch. f. K. T. 73, H. 1, 1923. Finkelstein: Lehrbuch 1924. Funk: Med. dośw. i spol. 1925; Vitaminy. De Gennes Lucien: Presse Méd. 1925 Nr. 72. György: Dtsch. med. Woch. 1925 Nr. 48. Heymann: Klin. Woch. 1926 Nr. 2. Glauzmann: Klin. Woch. 1922 Nr. 13. Israeli Fränkel: Klin. Woch. 1926 Nr. 3. Kottmann: Klin. Woch. 1922 Nr. 13. Langstein i Edelstein: Zeitschr. f. K. 1918 T. 17. Nassau: Dtsch. med. Woch. 1926 Nr. 8 i 9. Müller: Klin. Woch. 1922 Nr. 24. Mouriquand: Presse méd. 1925 Nr. 89. Meyer i Nassau: Klin. Woch. 1925 Nr. 50. Peiper: Klin. Woch. 1922 Nr. 25. Pogorschelsky: Ztschr. f. K. T. 35, 1923. Reyher: Arch. f. K. 1925, H. 3 i 4. Stoelzner: Erg. d. in. med. u. K. T. 24, 1923; Münch. med. Woch. 1921, Nr. 46. Stepp: Erg. d. in. med. u. K. T. 23, 1923; Klin. Woch. 1925 Nr. 18; Wendt: Klin. Woch. 1925 Nr. 50. Weitbrecht: Arch. f. K. 1922, T. 71, H. 3.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Serologia i Bakterjologia.

L. HIRSZFELD. Serologia konstytucyjna w związku z badaniem grup krwi. (Weichards Ergebn. d. Hyg. Bakteriolog. et c. T. VIII. Str. 367—512. 1926.)¹⁾

Dziwięcioarkuszowa monografia Hirszfelda zawiera zestawienie całkowitej literatury omawianej dziedziny i krytyczną jej ocenę. Ogromna część pracy doświadczałnej jest dziełem autora i wyszła z jego pracowni. Do niego również należy większa część założeń teoretycznych i wniosków, wkraczających w różnorodne dziedziny badania naukowego. Pisanie sprawozdania z takiej monografii budzi cały zespół uczuć dodatnich. Z jednej strony mamy przed sobą jednolity czyn naukowy pierwszorzędnej wartości, nie oderwana teorię, opartą na dialektyce, lecz twór, tętniący życiem, w pełni rozwoju, w najwyższym stopniu pobudzający do myślenia i odśladający na każdym kroku nowe i rozległe horyzonty. Z drugiej strony praca ta zrodziła się i rośnie tu na miejscu w naszych polskich powojennych niewypowiedzianych trudnych warunkach. Jest to jeden z najpiękniejszych przykładów i świadectw odradzania się twórczej myśli naukowej polskiej.

Na samym wstępie autor określa zagadnienie naczelne całej pracy. W obrębie jednego i tego samego gatunku istnieje różniczkowanie poszczególnych osobników pod względem serologicznym. Własności serologiczne ustroju normalnego należą do jego cech konstytucyjnych. Odczyn odpornościowy są nie samą tylko odpowiedzią na bodzice zewnętrzny. Odpowiedź ta zależy w pierwszym rzędzie od konstytucyjnych cech serologicznych ustroju. Autor wprowadza pojęcie serogenezy ustroju, jako odpowiednik morfogenezy. Jest to nawskroś nowe sformułowanie zagadnienia odporności, o którego doniosłości czytelnik przekona się niebawem, sformułowanie, świadczące o zgola nieprzeciętnej wyobraźni twórczej autora w najlepszym znaczeniu tego wyrazu. We wstępie również autor wspomina z prawdziwym pietyzmem nazwisko swego pierwszego nauczyciela D u n g e r n a i przypisuje mu zasługę skierowania jego pierwszych kroków na pole fizjologii, w stronę badania zjawisk normalnych. Było to istotnie rzeczą nową w okresie, gdy cała bakterjologia i serologia obracała się wyłącznie w dziedzinie patologji.

Autor zaczyna od definicji izoprzeciwciał (wyraz ten jest niewątpliwie dziwolągostem językowym, uciekamy się do niego z konieczności, ażeby nie mówić za każdym razem o izoaglutyninach, izolizynach i t. p.). Mogą one istnieć tylko tam, gdzie mamy do czynienia ze zróżniczkowaniem antygenowem w obrębie gatunku. Izo-

antygeny wywołują odczyn odpornościowy u osobników, należących do tego samego gatunku. Izoprzeciwciała reagują z tkankami i komórkami osobników tego samego gatunku. Zagadnienia tego dotyczy praca D u n g e r n a i Hirszfelda, wykonana na psach, uodparnianych krwią innych psów. Właściwe jednak oświetlenie nadaje tej sprawie koncepcja grup krwi ludzkiej, sformułowana przez Landsteinerja. Autor ten stwierdził, że krew ludzka zawiera dwojakie krwinki i dwojakie surowice, zlepiające się na krzyż. Poza to u niektórych osobników krwinki nie zlepiają się wcale, a surowica zlepia wszelkie krwinki, zaś u innych jeszcze krwinki zlepiają się pod działaniem każdej surowicy, a zato surowica zupełnie zlepniająca nie zawiera. Obok tego obowiązuje zasada naczelna, wyłączająca zlepianie krwinek pod wpływem własnej surowicy osobnika. Wzór Landsteinerja w postaci ostatnio ogólnie przyjętej brzmi, jak następuje:

Grupa	I	II	III	IV
Krwinki	O	A	B	AB
Surowice	AntyA i AntyB	AntyB	AntyA	O

U ludzi izoaglutyniny są zjawiskiem normalnym. U psów występują tylko pod wpływem uodpornienia. I w jednym i w drugim wypadku ustosunkowanie wzajemne krwinek i surowicy podlega tym samym prawom. Kapitalnym krokiem naprzód było stwierdzenie konstytucyjnego charakteru cech aglutynacyjnych krwi. D u n g e r n i Hirszfeld zbadali w tym względzie 72 rodziny profesorskie w Heidelbergu. Wnioski, oparte na zbadaniu ogółem 348 osób, brzmią, jak następuje: 1) Jeżeli krew rodziców należy do jednej i tej samej grupy, to krew wszystkich dzieci również do niej należy, aczkolwiek możliwe są pojedyncze wyjątki. 2) Cecha grupowa krwi, występująca u rodziców, zjawia się u potomstwa, ale tylko częściowo. 3) Cecha, nie występująca u rodziców, nie zjawia się nigdy u dzieci. 4) Jeżeli jedno z rodziców ma grupę A, a drugie grupę B, wówczas obie grupy mogą występować obok siebie u jednego i tego samego dziecka. 5) Jeżeli jedno z rodziców ma grupę AB, a drugie grupę O, to dzieci mogą mieć grupę A lub grupę B osobno. Z powyższego wynika, 1) że dziedziczenie grup podlega regule Mendla, 2) że grupy A i B dziedziczą się samodzielnie i od siebie niezależnie, 3) że odpowiednie cechy ustępujące (recesywne) są to nie-A i nie-B. Prawo dziedziczenia grup w takim sformułowaniu daje dostateczną podstawę dla orzeczeń sądowo-lekarskich w sprawie dochodzenia ojcostwa. Praca D u n g e r n a i Hirszfelda nie od razu znalazła oddźwięk i w pierwszej chwili przeszła bez większego wrażenia. Wojna wysunęła na plan pierwszy inne zagadnienia. Popiero pośrednią drogą przez antropologję (o czem powyżej niebawem) przysłała kolej na kwestję dziedziczenia grup, która dzi-

¹⁾ Ze względu na wielką wartość i wybitne znaczenie omawianej pracy, podajemy ją w obszerniejszym streszczeniu. (Red.).

siaj ma wielką i ciekawą literaturę. Prawdziwą ozdobą monografii Hirszfelda są tablice, poświęcone tej sprawie, obejmujące cały materiał, dotąd przez różnych autorów ogłoszony, częściowo nawet uzupełniony na zasadzie specjalnie przeprowadzonej korespondencji z autorami. Tablice, uwzględniające nie tylko grupy krwi, ale i płeć dzieci, będą odąd niezbędne dla każdego badacza, pracującego w tej dziedzinie. Obejmują one 1278 rodzin i 3193 dzieci. Zasady, sformułowane w pracy Dunggerna i Hirszfelda, znajdują w nich zupełne potwierdzenie. Zakładnie w 36 dzieci (1,1%) znaleziono grupy krwi, których nie było u rodziców. Wchodzi tu w rachubę zarówno błędy w technice badania, jak i związki niesłubne lub wręczcie mutacje, nie przewidziane przez teorię. Pomijamy tu analizę wzoru dziedziczności grup, którą autor przeprowadza bardzo skrupulatnie ze swego punktu widzenia, zakładając istnienie grup, przyjętych przez Landsteina. Autor rozpatruje krytycznie koncepcje innych badaczy, którzy formułują grupy odmienne (Ottenberg, Bernstein) głównie na podstawie odchyleń statystyki u dzieci w porównaniu z rodzicami. Hirszfeld wprowadza tu moment nowy, niezależny od wyników analizy matematycznej, a mianowicie wartość selekcyjną grup, która może się odbijać na różnicy wrażliwości na choroby zakaźne i, co ważniejsze, na szansach życiowych potomstwa, zależnie od grupy krwi. Z jednej strony wzajemna obecność grupowa rodziców może się odbijać na szansach zapłodnienia. Z drugiej obecność serologiczna matki względem płodu może wpływać niepomysłnie na rozwój płodu, zwłaszcza w razie nieszczelności bariery łożyskowej. To wszystko wpływa na zespół danych statystycznych. Nie możemy tu iść we wszystkich szczegółach za subtelną analizą autora. Podkreśliśmy tylko kombinację najdramatyczniejszą. Oto dziecko AB, urodzone z matki O, jest zjawiskiem zgoła wyjątkowym. Autor znalazł zaledwie 4 takie przypadki w całej rozpatrywanej statystyce. Materiał położniczy przemawia za tem, że ciąża w takich przypadkach napotyka poważne trudności, a nawet może zawsze jest połączona z objawami chorobowymi (rzucawka, płód niedonoszony). Otwiera się tu rozległe pole pracy w dziedzinie fizjologii i patologii ciąży.

Badanie grup odbiło się, jak dotąd, może najdonioślejszym echem w dziedzinie antropologii. I tu pierwsza praca wyszła z pod pióra autora. Badania, przedsięwzięte przez niego wraz z żoną na froncie wojsk Ententy w Salonikach, stanowią punkt zwrotny w antropologii dzisiejszej. Okazja była istotnie zupełnie wyjątkowa, wskutek nagromadzenia w jednym miejscu przedstawicieli różnych ludów i ras. Ogółem zbadali oni około 6,500 osób. Znaleźli u wszystkich grup A i grupę B oraz ich kombinacje. Okazało się nadto, że idąc od zachodu ku wschodowi, notujemy wszędzie spadek grupy A i przyrost grupy B. Stosunek ten, czyli wskaźnik grupowy, wyraża się dla Anglików liczbą 4,5, a dla Hindusów 0,6. Zestawienie na wykresie wykazuje stopniowość tych przebiegów. Rzecz szczególna, że praca ta na razie była źle przyjęta. Jeden z najpoważniejszych lekarskich tygodników angielskich nie chciał jej wcale drukować. Było to w roku 1919. — Jakże inaczej wygląda sytuacja dzisiaj! Badania ras ludzkich z punktu widzenia grup objęły już całą kulę ziemską, a liczba pojedynczych badań liczy się na setki tysięcy. Jedno z pierwszych miejsc w tej dziedzinie zajmuje praca Halberówny i Mydlarskiego nad polskim materiałem żołnierskim (przeszło 11,000 osób). Żniwo dla antropologii jest nie tylko obfite, ale i nad wszelki wyraz jakościowo cenne. Cechy grupowe krwi łatwe do stwierdzenia, a niewątpliwie konstytucyjne, stały się pierwszorzędnym instrumentem do wykrywania pokrewieństwa rasowego. Okazało się, że cechy serologiczne należą do najstaższych, gdyż pozostają bez zmiany we wszelkich szerokościach geograficznych, we wszystkich klimatach i w najbardziej zmienionych warunkach życia. Pozwalają czytać, jak w otwartej księdze, dzieje wdrówek rodzaju ludzkiego. Ta sama metoda sięga do samego rdzenia kwestji pochodzenia człowieka. Badanie małp człekokształtnych, wykonane naprzód przez Dunggerna i Hirszfelda, a potem na większą skalę przez Landsteina, stwierdziło u nich obecność tych samych grup, co u człowieka, aczkolwiek w innej kombinacji. U szympanosów przeważa grupa A, u orangutanów znajdujemy obie grupy. Być może, że człowiek i małpy człekokształtne są to równoległe gałęzie, wyrosłe z jakiegoś jednego wspólnego pnia.

Tylko małpy człekokształtne mają te same grupy, co człowiek, i mają krwinki, zlepiające się pod działaniem odpowiednich surowic ludzkich i *vice versa*. Wszystkie inne gatunki zwierzęce zachowują się inaczej. Spotykamy i u nich grupy, które również przekazują się dziedzicznie, ale surowice i krwinki zlepiają się wzajemnie tylko w obrębie danego gatunku. Są pewne wskazówki, że niektóre grupy zwierzęce odpowiadają ludzkiej grupie A, że istnieje powinowactwo grupowe, występujące wbrew różnicom gatunkowym. Niewątpliwie i tu istnieć muszą związki filogenetyczne, ale w tej mierze wiemy jeszcze bardzo niewiele.

Zarówno analiza dziedziczności grup serologicznych, jak i ich stosunek do ras ludzkich i gatunków zwierzęcych, wychodziły z założenia, że grupy krwi istnieją i stanowią cechę konstytucyjną ustroju. Zachodził tu pytanie, jaki sens fizjologiczny i odpornościowy kryje się w zjawisku izoaglutynacji. Podstawą zasadniczą jest różniczkowanie biochemiczne krwi w obrębie jednego i tego samego gatunku. (Gdzie niema różniczkowania, tam niema grupy. Ale i te gatunki, które mają krew, grupowo różniczkowaną, zachowują się niejednako. Autor rozróżnia w tym względzie 3 typy ustrojów. Pierwszy nie posiada rozprzeciwiał normalnych i wytwarza je dopiero pod wpływem swoistych bodźców odpornościowych (płes, koza). Gatunki drugiego typu mają izoprzeciwiała tylko częściowo; obok surowic zlepiających znajdujemy inne, pozbawione tej cechy (owca, koń, świnia). Trzeci typ posiada zawsze przeciwiwała normalne. Do tego typu należy człowiek i małpy człekokształtne. Izoprzeciwiała, zarówno normalne, jak odpornościowe, podlegają naczelnej zasadzie, która głosi, że nie reagują one nigdy z własnymi krwinkami ustroju i powstają mogą tylko o tyle, o ile wprowadzane do ustroju krwinki obce mają jakiegś cechy, różniące je od krwinek własnych. Wynika stąd, że charakter antygenowy danego ciała nie może być uwarunkowany wyłącznie jego własnościami fizycznymi i chemicznymi. Czynnikiem rozstrzygającym jest jego obecność w stosunku do elementów uodpornionego ustroju. Badania nad antygenem Forssmana, wykonane przez autora i Halberównę, które tu pomijamy, jako zbyt specjalne, doprowadziły do jeszcze ścisłego zdefiniowania sprawy obecności antygenowej. Dotyczy ona nie całości ustroju en bloc, ale elementów krwiobiegowych, a więc zarówno krwi, jak i stykających się z nią komórek śródbłonkowych. Wynika stąd, że ustrój nie może zawierać, ani wytwarzać przeciwiwał, reagujących z komórkami, zarówno ruchomymi, jak stałymi, znajdującymi się w obrębie układu krwionośnego. Zasada ta jest sprzeczna ze zjawiskiem autoaglutynacji, t. j. ze zlepianiem się krwinek pod działaniem surowicy własnej. Autor wyjaśnia tę sprzeczność na podstawie szeregu prac, wykonanych w jego zakładzie, i wykrywa zależność autoaglutynacji od czynników innej kategorii, a mianowicie od temperatury. Zjawisko to występuje tem lepiej, im temperatura jest niższa. W temperaturze ciała autoaglutynacji niema wcale. Temperatura ciała spełnia w tym wypadku rolę czynnika ochronnego, zabezpieczającego ustrój przed zlepianiem się krwinek własnych *intra vitam*. W najogólniejszym sformułowaniu powstawanie przeciwiwał podlega więc następującemu prawu: ustrój nie wytwarza nigdy przeciwiwał, skierowanych przeciwko substancjom, zawartym w jego krwiobiegu, i wiążących się ze swym antygenem w warunkach fizjologicznych. W warunkach zmienionych substancja krwiobiegowa własna może nabrać cech obcości.

Różniczkowanie grupowe w toku ontogenezy i wpływ grup na ciążę należą do najciekawszych ustępów monografii. Autor wychodzi z założenia, że dziecko wprawdzie dziedziczy grupy krwi po obojgu rodzicach, ale że wpływ matki zaznacza się jeszcze dodatkowo wskutek tego, że bariery łożyskowa może być niejednako przepuszczalna dla osocza macierzystego (w zależności od grupy krwi matki) i może niekiedy być nieszczelna wogóle. Autor wprowadza pojęcie ciąży homospecyficznej, gdy dziecko ma krwinki tej samej grupy, co matka, i heterospecyficznej, gdy krwinki dziecka mają grupę odmienną i wskutek tego mogą podlegać uszkodzeniu w przypadku zetknięcia się z osoczem macierzystym. Krwinki płodu różniczkują się grupowo bardzo wcześnie (4 mies. ciąży), ale surowica nie zawiera przeciwiwał własnych jeszcze w chwili urodzenia. Izoprzeciwiała rozwijają się w ciągu pierwszych dwu lat życia. Krew noworodka może zawierać przeciwiwała, przesączone ze krwi macierzystej. Dotyczy to zarówno izoaglutynin, jak antytoksyn przeciwbłonniczych lub hemolizyn, rozpuszczających krwinki baranie. Przesączenie w ciąży homospecyficznij O na O jest najczęstsze, bo w 90% przypadków, A—A wykazuje 10%, B—B 30%. W ciąży heterospecyficznij A—O lub B—O (pierwsza litera oznacza grupę krwi matki) autor otrzymał grupy pośrednie. Przekazywanie izoprzeciwiał ze krwi matki do krwi płodu stanowi cechę konstytucyjną, skorelowaną z grupą krwi. Ciekawy jest wpływ ciąży heterospecyficznij na rozwój płodu, związany zapewne ze szkodliwym wpływem izoprzeciwiał krwi macierzystej, przenikających do płodu przez bariery łożyskową. Autor zestawil ze Zborowskim w 720 porodach grupę krwi matki oraz grupę krwi i wagę noworodka. Noworodki homospecyficzne są przecięciowo cięższe od heterospecyficznych, zwłaszcza w grupach matek O i A. Wyrazem szkodliwego wpływu ciąży heterospecyficznij jest także przewaga ilościowa dzieci, mających grupę krwi matki, w porównaniu z dziećmi z grupą krwi ojca. Prawdopodobnie dzieje się to wskutek tego, że część płodów heterospecyficznych nie dosięga kresu rozwoju. Najwybitniejszym wyrazem tego wpływu jest wspomniany już brak zupełny niemal (zaledwie kilka wyjątków) noworodków AB, urodzonych z matek O.

W tym wypadku szkodliwy wpływ krwi macierzystej, zawierającej jednocześnie izoprzeciwiacza antyA i antyB, jest największy. Powstaje tu szereg pytań, dotyczących roli ciąży heterospecyficznej, jako czynnika chorobotwórczego. Wchodzi tu w rachubę zwłaszcza etjologiczna rola nieszczelności barjery łożyskowej. Np. poronienia narywkowe matek kilowych mogą zależeć nie tylko od bezpośredniego wpływu zarazka na płód, ale i od procesu kilowego w łożysku, sprwadającego jego nieszczelność i, co zatem idzie, uszkodzenie płodu przez krew macierzystą. Niepłodność niektórych małżeństw może także zależeć od zbyt wielkiej rozbieżności serologicznej między rodzicami. Eugenika i hodowla mogą tu znaleźć wiele nowych i ciekawych punktów widzenia. Cały ten rozdział roztacza przed nami zespół zagadnień równie doniosłych, jak fascynujących.

Z. S z y m a n o w s k i.
(Dok. nast.)

Lecznictwo.

Ś Mieczysław KOSIŃSKI. Technika mięsienia leczniczego (masaż) z 60 rycinami w tekście według oryginalnych zdjęć. Kraków 1927. Nakł. Okręgowego Związku Kas Chorych.

Biblioteka Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie znów powiększyła się o jedno pożyteczne wydawnictwo. Brak odpowiedniego podręcznika masażu odczuwał się dotkliwie. Lukę tę postarał się wypełnić Dr. M. K o s i ń s k i. W części ogólnej książki mamy opisane zasady mięsienia, fizjologiczne znaczenie mięsienia, wreszcie różne sposoby mięsienia (głaskanie, nagniatanie i t. d.). Część szczegółowa zawiera mięsienie poszczególnych części ciała i mięsienie ogólne. Podręcznik opracowany treściwie i jasno, szkoda tylko, że prócz techniki mięsienia nie zawiera wskazań szczegółowych

J. R.

E. MAKAI. Leczenie zapaleń produktami zapalnymi (autopyoterapia). (Deutsch. med. Woch. Nr. 14. 1927).

Wyciągniętą z ogniska zapalnego ropę wstrzykuje autor pod skórę; miejsce wstrzyknięcia przeważnie nie daje żadnego odczynu, bądź powstają nacieczenia lub ropnie, wysysające się samoistnie. Zabieg ten pobudza ustępowanie sprawy zapalnej, przyczem działanie to jest ogólne; tak samo działa wstrzyknięcie wydzielin błony śluzowej nosa, płwociny, moczu, płynu mózgowo-rdzeniowego, płynu białeczkowego, emulsji z ziarniny zapalnej, cząstek guzów. Autor zauważył, że wtórne sprawy zapalne rozwijały się częściej wtedy, gdy przed wstrzyknięciem ropy bakterje zabijano. Ilość wstrzykniętej ropy wahała się od $\frac{1}{2}$ cm³ do 5 cm³. Dla przyspieszenia gojenia się wyciągał aut. z ogniska pierwotnego możliwie najwięcej ropy, poczem nakładał opatrunek uciskający. W przypadkach z wysoką gorączką uprzedniego dnia wstrzykiwał 1 cm³ 20% oleju terpentynowego domięśniowo.

Zabieg powyższy stosował aut. w 260 przypadkach, przytem wynik był tem lepszy, im wcześniej robiono wstrzyknięcie; powtarzano je od 5 do 10 razy.

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

P. SAXL. O oddziaływaniu na układ śródbłonkowo-siatkzowy w celach leczniczych. (W. Med. Woch. 26, 1927).

W walce z zakażeniem obok krwi bierze udział układ śródbłonkowo-siatkzowy (U. S. S.). Układ ten składa się z komórek miążgi śledzionowej, komórek K u p f e r a w wątrobie, śródbłonna naczyńowego płuc, nadnercza, przysadki, a według A s c h o f f a, także z komórek wędrujących tkanki łącznej, t. zw. histiocytów, które mogą wywędrowywać do krwi i są równoznaczne z monocytami. Komórki te zwą układem żernym, gdyż posiadają zdolność wylapywania ze krwi barwników i innych substancji koloidalnych. Pożeranie to dotyczy także drobnoustrojów dzięki obecności w komórkach U. S. S. substancji bakterjobójczych oraz litycznych.

Obok tych własności posiada U. S. S. duży wpływ na skuteczność wielu zabiegów leczniczych, który się zaznacza przedewszystkiem podczas wstrzykiwań dożylnych. Działanie leku, podanego dożylnie, jest krótkotrwałe, albowiem lek ten bardzo prędko znika ze krwi, pochłonięty, według badań autora, przez U. S. S. Za słusnością tego poglądu przemawia dłuższe krążenie leków we krwi po uprzednim zahamowaniu czynności U. S. S.; osiągnąć to można przez wstrzyknięcie pod skórę pituitryny na 10 minut przed zamierzoną iniekcją dożylną, bądź przez powtórne wstrzyknięcie leku do żyły w 15—30 minut po pierwszym, kiedy czynność U. S. S. jest zahamowana przez pierwszy zabieg (blokada U. S. S.).

Odrzuwający wpływ upustu krwi na organizm ma być także

zasługą U. S. S. Wiadomo jest oddawna, że upust krwi znaczniejszego stopnia powoduje przechodzenie z tkanek do krwi wody i soli. Możliwe, że przechodzenie to odbywa się dzięki odbarczeniu U. S. S. i oddawaniu przezeń do krwi substancji, w nim nagromadzonych; wraz z temi substancjami dostają się do krwi także przeciwiacza, nagromadzone, według autora, w U. S. S. Z podobnym odbarczeniem U. S. S. mamy do czynienia we wstrząsie po podaniu peptonu, substancji białkowych, barwników, zawieszin koloidalnych i t. p. Za każdym razem następuje oddawanie przez U. S. S. do krwi czynników bakterjobójczych. Według autora, w podobny sposób odbarczeniem U. S. S. należy tłumaczyć skuteczność działania salwarsanu nie tylko w kile, ale także w zgorzeli, ropniach i t. p., oraz bezskuteczność tego leku po uprzednim zahamowaniu czynności U. S. S., co zostało doświadczalnie sprawdzone na zwierzętach.

G o l i b o r s k a.

Gruźlica.

E. HARDE i P. FOCSA. Odporność myszy dotkniętych nowotworami w stosunku do mało złośliwych prątków gruźlicy. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 21 — 1925).

Autorzy badali, jak zachowuje się w stosunku do zakażenia gruźliczego odporność ustroju rakowatego oraz komórek samego guza. Badania wykonano na myszach, dotkniętych albo rakami smoistymi albo szczepionych mięsakami. Zastrzykiwano im zawieszinę prątków gruźliczych bydliczych mało jadowitych dla myszy normalnych.

Okazało się, że odporność ogólna tych myszy, nosicieli nowotworów, nie uległa żadnym zmianom. Nie stwierdzono również żadnego szczególnego powinowactwa komórek nowotworowych do bydliczych prątków gruźlicy, gdyż zastrzykiwania dożylnie nie wywołały żadnych zmian gruźliczych w nowotworach, i nie znaleziono w nich ani jednego prątka. Gdy zaś zastrzykiwano prątki wprost do guza, wówczas w przypadkach raków otrzymano prawdziwą hodowlę wewnątrz guza, w przypadkach zaś szczepionych mięsaków podobnego wyniku nie osiągnięto.

J. T y p o g r a f.

M. SALAMON. i De POTTER. O związku między cholesterynemlą i ciśnieniem krwi u chorych gruźliczych. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 29 — 1925).

Chorobie Brighta, cukrzycy, miadźdzy, stanom zapalnym aorty i tętnic towarzyszy prawie zawsze hypercholesterynemja. Równie częste jest w tych cierpieniach wzmoczenie ciśnienia tętniczego. Zależność wzajemna między temi dwoma stanami pozostaje dotychczas nierozstrzygnięta. Autorzy badali u 50 chorych gruźliczych, czy istnieje jakiś stosunek między poziomem cholesteryny we krwi i wysokością ciśnienia tętniczego, i stwierdzili, że żadnej zależności wzajemnej między temi dwoma czynnikami niema.

J. T y p o g r a f.

HANS DORENDORF. O gruźliczem zacieczeniu umiejscowionem pod obojczykiem. (Med. Kl. 18, 1927).

Obok zasadniczych postaci gruźlicy: dziecięcej o wielorakim umiejscowieniu i gruźlicy u osób dorosłych, rozpoczynającej się od szczytów, dość często spotykamy jeszcze postać, rozpoczynającą się pod obojczykiem. A s s m a n stwierdził na całym szeregu przypadków niewątpliwie ograniczone ogniska gruźlicze pod obojczykiem i poniżej w środkowym i dolnym płacie płuc przy zupełnie zdrowych szczytach. Tę postać gruźlicy cechuje brak objawów klinicznych przez dość długi przeciąg czasu. Pierwsze objawy dają się stwierdzić tylko za pomocą promieni X. Objawy wczesnego okresu tej postaci gruźlicy są bardzo nikle: zle samopoczucie, brak łaknienia, nieznaczny spadek wagi, pocenie się oraz niekiedy bóle w klatce piersiowej na tle ograniczonego zapalenia opłucny, często jednak brak nawet i tych objawów. Kaszel zjawia się w okresie późniejszym, kiedy tkanka zmieniona poczyną ulegać rozpadowi, wówczas też zjawia się stan podgorączkowy. Za pomocą badania fizykalnego także i w tym okresie nie stwierdzamy: najczęściej rozpoznajemy grype, póki nagle krwiopłucną lub przypadkowe badanie płwociny (liczne prątki) nie wyjaśni sytuacji. Dalsze losy takiego ograniczonego ogniska mogą być trojakie: może ono uleść całkowitemu wessaniu, zbliznowaceniu lub, w przypadku niepomyślnym, zserowaceni i szerzyć się na otoczenie. W miarę wysysania się masy serowatej powstają jamy, które mogą bardzo szybko się zwiększać lub znikać. Przyczyną tak szybkich zmian jest niezmienną tkanką płucną otoczenia, która nie wykazuje zmian bliznowatych typowych dla tkanki, otaczającej jamy w gruźlicy trzyczłonowej, toteż łatwo się zapada lub rozpada. W dalszym przebiegu dookoła takiego ogniska widzimy ogniska przerzuto-

we. Niekiedy może dojść do uogólnienia się gruźlicy na drodze krwionośnej. Dalsze lcsy ognisk przerzutowych są takie same, jak ogniska pierwotnego. Szybkie znikanie dużych ognisk wtórnych przemawia raczej za odczynem zapalnym nieswoistym dookoła małych ognisk gruźliczych.

Ta postać gruźlicy, rozpoczynająca się pod obojętym, przebiega podostrze i daje dość dobre rokowanie, nawet w przypadkach wysiania. Leczenie w okresie pierwszym ogólne, w okresie jany — sztuczna odma

G o l i b o r s k a.

LEPSKAJA i RACHLIN. Insulina jako środek tuczący w gruźlicy. (Deutsch. med. Woch. Nr. 13, 1927).

W przypadkach gruźlicy włóknistej nie postępującej, przebiegających z długotrwałą utratą lanknienia i ogólnym upośledzeniem odżywiania, przeprowadzali aut. kuracje tuczające, zastrzykując w ciągu 3 do 5 tygodni od 10 do 54 jednostek insuliny dziennie; przyrost na wadze wynosił średnio 1 kg. na tydzień. Poprawa stanu ogólnego utrzymywała się przez czas dłuższy.

M. G o l d m a n junior.

Choroby gardła, nosa i uszów.

HAKEN. Angina monocytowa z zejściem śmiertelnym. (Deutsch. med. Woch. Nr. 13, 1927).

Autor opisuje 3 przypadki u dzieci do lat 8, które przedstawiały obraz ciężkiej anginy zgorzelinowej; czas trwania wynosił od 3 do 15 dni; we wszystkich przyłączyły się ciężkie objawy posocznicy, dwukrotnie — krwotoki z błon śluzowych. W trzech przyp. sledziona była powiększona, w dwóch — obrzmiała były gruczoły chłonne. W I-ym przyp. znaleziono początkowo bakterje błonicy, potem laseczki wrzecionowate, w II-im — gronkowce, w III-im — paciorkowce.

W obrazie krwi liczba monocytów dochodziła do 32%, odczyn na oksydazę był ujemny.

Obrazy secyjne nie wyjaśniły sposobu, ani źródła powstawania monocytów.

M. G o l d m a n junior.

E. URBANTSCHITSCH. Mucosus-Meningitis. (Zeitschrift f. Hals- und Ohrenheilkunde, 1926, T. 16, Z. 1).

Otjatra wiedeński opisuje 8 własnych przypadków rzadkiej, a nader ciężkiej postaci zapalenia opon, zazwyczaj po zapaleniu ucha środkowego tegoż pochodzenia (*Streptococcus mucosus*), zaliczając skąpe piśmiennictwo (Ruttin, Schmiegelow, Beck, Mayer, Leidler, Soyka), obejmujące prawie wyłącznie przypadki z ostatniego dziesięciolecia i z klinik wiedeńskich, gdzie najczęściej studjowano i poznano odmianę „śluzową“.

Zarówno otitis, jak meningitis tego pochodzenia przebiegają bardzo swoiście, odmiennie od innych ropnych postaci (*Streptococcus pyogenes*). Zapalenie opon zaczyna się zwykle w następstwie zapalenia ucha środkowego, ledwie widocznego, często bez wypuklenia błony bębenkowej i bez wycieku lub z wyciekami bardzo krótkotrwałym. Okres utajony zapalenia opon trwa długo i bywa stale przeoczany przez lekarza. Ciepłota rzadko przekracza 37^o. Płeć męska znacznie przeważa (17:5), wiek późniejszy góruje (50 — 70 lat). Przebieg złośliwy, zaledwie 1 na 22 przypadki uszedł cało. Zakrzepy zatok są rzadkie, ropa w oponach jest stale, zwłaszcza na podstawie mózgu, tu i owdzie obraz anatomo-patologiczny *septico-pyemias diffusae*.

O ile się rozpoznanie stawia wcześniej — na zasadzie bakteriologicznego badania płynu mózgowo-rdzeniowego, to wskazana jest trepanacja o b u wyrostków sutkowych.

H. H i g i e r.

Choroby kobiet i położnictwo.

L. HABERLANDT. Wyjąławianie samic za pomocą hormonów. (Ztrbl. f. Gyn. Nr. 23, 1927).

Wychodząc z założenia, że w czasie ciąży jajniki wytwarzają substancje, hamujące jajczkowanie, autor wywoływał czasowe wyjąławianie samic, wprowadzając do ich organizmu wspomniane substancje, z początku przez przeszczepianie jajników z samic ciężarnych, następnie drogą zastrzykiwań podskórnych wyciągów z jajników i z macie ciężarnych (gdyż i w macicy podobno są zawarte substancje, hamujące jajczkowanie) i wreszcie podając te preparaty przez usta. Tę ostatnią drogę podkreśla autor, jako środek, którym, jego zdaniem, będzie posługiwała się w przyszłości medycyna praktyczna celem sztucznego wywoływania niepłodności.

S. G o r d o n.

BÜBEN. Wpływ diatermji na miesięczkowanie i jej lecznicze działanie w miesięczkowaniu bolesnem. (Ztrbl. f. Gyn. Nr. 23, 1927).

Autor, stosując diatermję w okresie między perjadami w ten sposób, że przerywał ją tuż przed mającym nastąpić perjodem, a wznowiał zaraz po skończonej miesięczce, stwierdził statystycznie, iż perjody stawały się obfitsze lub też znacznie się przedłużały. Biorąc powyższe pod uwagę, autor przychodzi do wniosku, iż 1) podesza perjodu diatermję należy przerywać, 2) że diatermja może być doskonałym środkiem w leczeniu miesięczki bolesnej, zależnej od niedorozwoju macicy (przyczyna bólów ma tkwić w niestosunku między pojemnością macicy a ilością zbierającej się krwi). Wywołując przekrwienie, czynimy macię bardziej rozpuhloną i zdolniejszą do wzrostu. — Wiadomo, że bóle miesięczkowe często znikają po stosunkach płciowych i w czasie ciąży — również dzięki przekrwieniu. Z 52-ch przypadków miesięczki bolesnej autor stwierdził w ten sposób znaczne polepszenie w 41. (Była stosowana diatermja 3-razy na tydzień w okresie między perjadami, temp. 41—45^o, około 20 minut; 3—4 sesje po 10 posiedzeń każda).

S. G o r d o n.

Oskar KORTHAUER. Cięcie cesarskie w przypadkach łożyska przodującego. (Ztrbl. f. Gyn. Nr. 23, 1927).

Autor, statystycznie podkreślając znacznie mniejszą śmiertelność matek w przypadkach łożyska przodującego od czasu częstszego rozwiązywania tych rodzajcych drogą cięcia cesarskiego, dowodzi, że śmiertelność byłaby jeszcze mniejsza, gdyby rozszerzono wskazania ze względu na stan matki, nawet przy stwierdzonej śmierci płodu. Autor przytacza 2 przypadki, z których w jednym nie dokonano cięcia cesarskiego, lecz przy bocznie przodującym łożysku, wobec rozwarcia na 4 palce i martwego płodu, zakończono poród obrotem na nóżkę. Przypadek ten zakończył się śmiercią rodzącej, pomimo, że przybyła do zakładu w stanie anemji umiarkowanej. W drugim zaś przypadku, kiedy chorą przywieziono bez tętna (łożysko przodujące środkowe), i płód był również martwy, po dokonaniu cięcia pacjentkę uratowano. Autor jest zdania, że, gdyby i w I-m przypadku zastosowano cięcie cesarskie, chora pozostałaby przy życiu. Na dowód tego, iż cięcie cesarskie jest najracjonalniejszym zabiegiem w przypadkach łożyska przodującego, autor przytacza zdanie S t o e c k l a, który dowodzi, iż 1) cięcie cesarskie jest zabiegiem stosunkowo najmniej „krwawym“, 2) w wielu razach stanowi jedyny sposób uratowania pacjentki, 3) najpewniej zatrzymuje krwawienie, 4) daje najlepszym sposobem najbardziej aseptycznym, 4) daje najlepsze rokowanie dla płodów donoszonych i dla większości niedonoszonych, lecz zdolnych do życia. W artykule swym autor również podkreśla konieczność natychmiastowego przekazania każdej chorej, krwawiącej przy końcu ciąży, do kliniki, bez uprzedniego badania wewnętrznego, zostawiając badanie dopiero na ten czas, kiedy już wszystko w klinice do cięcia będzie gotowe (stracił bowiem raz chorą, która właśnie zaczęła obficie krwawić tuż po badaniu). Autor jest przeciwny tamponadzie, która, jego zdaniem, wywołując bóle, wzmacnia krwawienie i zwiększa możliwość zakażenia. Autor tak dalece rozszerza wskazania do cięcia, że jest gotów rozwiązywać tą drogą nawet te przypadki, w których krwawienia zależne są od przedwczesnie odlejącego się, prawidłowo usadowionego łożyska.

S. G o r d o n.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

Prof. Dr. Franciszek WALTER. Rzeżączka u mężczyzn. Kraków 1927. Cena 3,50 zł.

Jako 3-ci zeszyt „Lekarza Praktyka“, biblioteki okręgowej Związku Kas Chorych w Krakowie, wydana została nakładem tegoż Związku: „Rzeżączka u mężczyzn“, wykład kliniczny Prof. D-ra Franciszka W a l t e r a, dyr. kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiellońskiego. Książka, napisana jasno, przejrzysto, obejmuje wszystko, do czego w danej sprawie nauka doszła, wydana została starannie, jest bardzo tania. Powinna się ona znaleźć w rękach każdego lekarza i każdego działacza społecznego, który z chorobami wenerycznymi, jako kłeską społeczną, się styka. Zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnienie.

Stanisław M a r k u s f e l d.

Tb. PANKHEISER. Leczenie przewlekłej powikłanej rzeżączki gonoyatrenem. (Deutsch. med. Woch. 1927 Nr. 11).

Przeważnie należy stosować gonoyatren domięśniowo, a tylko przy pierwszych objawach powikłania lub w celach prowokacyjnych dożylnie. U kobiet zaleca się stosowanie dożylnie dla zapobieżenia

szerezeniu się rzeźączki ku górze, ale gdy już wystąpiło powikłanie ze strony przydatków—wskazane jest zastrzyknięcie domięśniowe. Jeżeli idzie o działanie prowokacyjne (np. dla przekonania się, czy dany osobnik może zawrzeć związek małżeński), to przy braku objawów klinicznych silny odczyn ogólny po zastrzyknięciu dożylnym powinien skłonić do powtórnego dokładnego zbadania klinicznego, które często wykrywa stare ognisko w sterczu (*prostata*) lub pęcherzyku nasiennym.

Z. S. r.

PLAUT. Leczenie chorobami zakaźnymi stanów poza- krążkowych (metalles). (Klin. Monatsb. f. Augenh. styczeń 1927.)

Leczenie malarją daje pewien odsetek śmiertelności.

Należy ją stosować przedewszystkiem u paralityków. W wią-
rdzenia nadaje się lepiej lecznie łagodniejszym w przebiegu

durem powrotnym. Uciekać się do tej metody należy jednak tylko w razie silnych bólów strzelających, nie poddających się żadnemu innemu leczeniu.

Co do leczenia wiodowego zaniku nerwu wzrokowego chorobami zakaźnymi, to doświadczenia w tym kierunku jeszcze brak.

Stosowali je B e h r r i F i s c h e r - A s c h e r, otrzymali jednak wyniki sprzeczne.

Należałoby metodę tę wypróbować na większym materiale pa-
ralityków i taboparalityków z zanikiem — nerwu.

S. K a t z ó w n a.

Wskazówki praktyczne.

— P a s k e r t zaleca *kulki (globuli) pochwowe* następującego składu: *Ichthyol.* 0,3, *Glycerin.* 0,2, *Carbol.* 0,02 (najwyższa dawka 0,1 na raz, 0,5 w ciągu dnia). *Butyr. cacao* 3,0. *M. f. globul. vaginates.* D. t. d. Nr. XX. S. Zrana i wieczorem założyć 1 kulkę.

(Med. Klin. 1927, Nr. 30).

— K a g l j u g i n leczy *cuchnący niezbyt nosa* zastrzykiwaniami *insuliny* i miał wyniki bardzo zachęcające. Insulina zmienia poziom cukru we krwi, a skutkiem tego zmienia się także obieg soków ustroju w tkankach, więcej soków dopływa do błony śluzowej, która staje się bogatsza w wodę i nie wysycha tak łatwo.

(Cas. lek. cesk. 1927, NNr. 13 — 14).

— *Gelonida antineuralgica* jest to kombinacja fosforanu kodeiny 0,01 z fenacetyną 0,25 i kwasem acetylsalicylowym 0,25. Według B ü r g i e g o kombinacja ta przy minimalnej toksyczności odznacza się wybitnym działaniem kojącym i przeciwgorączkowym. Spostrzeżenia kliniczne na dużym materiale wykazały wielką wartość leczniczą *Gelonida antineuralgica*.

(Münch. med. Woch. 1927, Nr. 16).

— D i n g m a n n uważa *Gelonida Aluminię subacetici* Nr. 1 za bezwzględnie pewny środek *przeciwczwerniowy*. Leczenie przeprowadza w sposób następujący: dziesięć minut przed jedzeniem dostają dzieci 2 razy dziennie po jednej pasylce gramowej (mniejsze dzieci pół

pastylki), zrana — środek przeczyszczający, wieczorem lawatywa z odwaru czosnku z cebulą. Oprócz niezbędnych wymagań czystości (wymycie odbytu po wypróżnieniu wodą z mydłem, krótko obcięte paznokcie), wkłada się dzieciom na noc spodenki po uprzednim wysmarowaniu okolicy odbytu maścią z precypitatu białego. Leczenie trwa 8 dni, a po 10 dniach powtarza się nanowo. Bardzo ciężkie przypadki wymagają kilkakrotnej kuracji.

(Münch. med. Woch. 1927, Nr. 15).

— W leczeniu *pryszczycy* używa D ö r n e r nowego przetworu siarki *Auligenu*. Jest to związek organiczny siarki, bisetylskantonogen, zawierający 52% siarki. W wielu przypadkach uporczywej, przewlekłej pryszczycy środek ten okazał się bardzo skutecznym. Również w lojotoku i w *acne vulgaris juvenilis* otrzymał D. doskonałe wyniki. Stosowany był auligen w postaci 6% maści na wazelinie. W pryszczycy odbytu dobrze działały czopki z auligenem.

(Münch. med. Woch. 1927, Nr. 21).

— W a g n e r - K a t z leczyła z dobrym skutkiem 2 przypadki *lupus erythematoses*, które opierały się wszelkiemu leczeniu, za pomocą *Triphalu (Natrium aurothio-benzimidazolcarbonicum)*. Pomyślne działanie ujawniło się już po 2 zastrzyknięciu. Początkowa dawka 0,0025, a więc 10 razy mniejsza, niż zalecona przez fabrykę w Hoechst.

(D. med. Woch. 1927, Nr. 24).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

Posiedzenie kliniczne z dnia 4.X. 1926 r.

Obecnych członków 35, gości 17.

M i k u ł o w s k i omawia i demonstrowuje 2 *przypadki duru brzuszego o niezwykłym przebiegu*.

Pierwszy dotyczy 4-letniego chłopca, u którego dur brzuszny rozpoczął się objawami zapalenia miedniczek nerkowych i pęcherza z bólami, przypominającymi kamice. Drugi dotyczy 3-letniej dziewczynki, u której dur rozpoczął się ostrym krwotocznym zapaleniem nerek i małopłytkowością objawową z plamicą skóry. Omawia trudności rozpoznawcze w obu przypadkach. (Streszczenie własne).

W dyskusji B r o k m a n zapytuje o bakterjologiczne badanie moczu w przypadku pierwszym, gdyż lasecznik E b e r t h a, jako czynnik etjologiczny, można przyjąć z pewnym prawdopodobieństwem jedynie wtedy, gdy przy stosowaniu różnych pożywek, a więc i buljonu nie wyrosną inne bakterje (w I-ym rzędzie *b. coli*) poza lasecznikami E b e r t h a.

S z e n a j e h podkreśla rzadkość przypadków. W pierwszym przypadku na tle tyfusu rozwijało się zapalenie miedniczek i pęcherza, w drugim zapalenie nerek z plamicą krwotoczną.

M i c h a ł o w i e z drugi przypadek traktuje, jako dur brzuszny u tromboopenika.

T r e n k n e r zapytuje o czas wystąpienia bólów przy oddawaniu moczu w I-ym przypadku.

M i k u ł o w s k i powołuje się na H u t i n e l a, który wy-

rażnie podkreśla rzadkość komplikacji nerkowych i miedniczkowych u dzieci w przebiegu duru. Małopłytkowość obserwowana wraz z objawami plamicy i wzmogoną rezystencją krwinek ustępowały u chorej w ślad za ustąpieniem zapalenia nerek B e c k z Tubingi obserwował w przebiegu różnych ostrych chorób zakaźnych w związku z nasileniem gorączki — spadek nieraz gwałtowny liczby płytek we krwi.

B a r a ń s k i i B u s s e l wygłaszają odczyt p. t. „*Przyczynę do badań nad nowasurolem u dzieci*”. Będzie drukowany w „Pedjatrji Polskiej”.

D y s k u s j a:

M i c h a ł o w i e z. Specjalista chorób nerkowych będzie szukał w nowasurole środka, pozwalającego mu odróżnić gospodarkę wodną tkankową od gospodarki wodnej nerkowej. Konstytucjonalista widzi w nowasurole środek, potwierdzający pogląd, że wodna gospodarka tkankowa wykazuje wyraźną zależność od warunków konstytucjonalnych.

B a r a ń s k i wyluszcza obecne poglądy na zaporowe mechanizmy ustroju dla gospodarki wodnej oraz mówi o wartości próby wodnej V o l h a r d a zmodyfikowanej, t. zn. przerabianej bez usunięcia normalnej diety dziecka.

P a u m r i t t e r Paweł przedstawia i omawia *przypadek moczówki prostej*. Będzie ogłoszony drukiem.

D y s k u s j a:

V e n u l e t radzi zastosować tytułem próby nowasurole, jako środek, mobilizujący wydalanie soli, oraz przerobienie odczynu WR z płynem m-rdzeniowym.

Mikułowski sądzi, że w danym przypadku należałoby stosować nowasurol lub bismut.

Według Barańskiego przedstawiony przypadek nadaje się do spawzenia stanu mechanizmu zaporowego. Barański obawiałby się podawać nowasurol, wobec prawdopodobnie bardzo niskiego napięcia tego mechanizmu, radziłby podać pepton, jako antagonistę w stosunku do nowasurolu.

Bussel uważa podawanie nowasurolu w danym przypadku dla celów leczniczych na niewskazane.

Baumritter stwierdza, że w tej chwili jeszcze nie wszystkie badania zostały skończone.

Posiedzenie kliniczne z dnia 20.X. 1926 r.

Obecnych członków 27, gości 22.

Lyskawiański przedstawia przypadek napadowego kołatania serca (*tachycardia paroxysmalis essentialis*) u 6-letniej dziewczynki.

W dyskusji Stankiewicz podkreśla niezależność dwóch cierpień, obserwowanych w danym przypadku — napadowego kołatania serca i ortostatycznego białkomoczu, oraz pyta o postępowanie lecznicze w czasie napadu.

Baumritter pyta, czy nie była stosowana w danym przypadku chinidyna.

Lyskawiański chinidyny nie stosował. Leczenie podczas napadu było czysto mechaniczne (ucisk gałki ocznej).

Cywińska omawia przypadek potwierdzonego sekcyjnie gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu paratyfusu B. u dziecka 10-miesięcznego.

Przypadek nasuwał pewne trudności rozpoznawcze. Objawy zajęcia opon mózgowordzeniowych przy nieznacznie podniesionej ciepłocie ciała, dane z wywiadów o możliwości zakażenia gruźliczego przemawiały za *meningitis tbc*. Wysokie zaś miano aglutynacyjne odczynu zlepnego z prątkami paratyfusu B. oraz przewaga leukocytów wielojądrczastych w płynie mózgowordzeniowym a także ostry początek sprawy chorobowej i świetny wygląd dziecka nasuwały przypuszczenie możliwego zajęcia opon mózgowordzeniowych w przebiegu duru rzekomego. Sprawy, przebiegającej częstokroć nietypowo u niemowląt.

Dyskusja:

Dla Szenajcha przypadek jest niezmiernie ciekawy z patogenezy punktu widzenia. Szenajch wskazuje przytem na długotrwałość cierpienia w danym przypadku i potrzebę drugiej dodatkowej infekcji, która szybko zakończyła sprawę.

Trenkner sądzi, że względnie dobry stan odżywiania dziecka wskazuje na niedawność rozsiania się sprawy gruźliczej.

Barański przedstawia przypadek marskości wątroby, dotyczący 2 i półletniej dziewczynki.

Dziecko to pochodzi od rodziców zdrowych, dziedzicznie nie obciążonych. Do chwili ostatniej choroby poza odrą i kokluszem w 2 roku życia na nic nie chorowała i rozwijała się dobrze. Choroba rozpoczęła się „nagle“ krwawymi wymiotami. W dziesięć dni później stwierdzono wolny płyn w jamie brzusznej. W końcu trzeciego tygodnia od początku choroby przyjęta do kliniki. Tu na podstawie wybitnych zaburzeń w krwiobiegu żyły wrotnej (*ascites, caput medusae*) oraz bardzo twardej guzkowatej na powierzchni wątroby stwierdzono *cirrhosis hepatis*. Przytem wobec ujemnych WR i SG we krwi i płynie m.-rdz. dziecka oraz braku jakiegokolwiek zmian w sercu prelegent skłania się do rozpoznania w danym przypadku marskości typu Laënneca. Pod względem czynnościowym wątroba nie wykazuje dużego upośledzenia — bilirubina i choleścyrina we krwi w granicach normy, moczu i kału bez żadnych zmian, próba z dektrozą dała wynik ujemny, jedynie kryza Widala dała krótkotrwałą leukopenję. Stan dziecka przez czas pobytu w klinice bardzo ciężki.

W dyskusji Mikułowski sądzi, że należało poświęcić chwilę czasu na przeprowadzenie różniczkowania z *pericarditis adhaesiva* i równoczesną *cirrhosis* Picka.

Lyskawiański mówi o zawodnem działaniu nowasurolu przy dłuższym jego stosowaniu, pyta dalej o zachowanie się tętna. Szenajch ma pewne wątpliwości co do rozpoznania. Sądzi, że częściej spotyka się kilaki wątroby.

Stankiewicz nie uważa marskości wątroby o typie Laënneca u dzieci za rzecz bardzo rzadką. Podkreśla wybitne działanie nowasurolu w danym przypadku.

Michałowicz sądzi, że najprawdopodobniejsze jest rozpoznanie, ustalone przez referenta. O zespole Picka oczywiście musiało się myśleć w pierwszej linii, jednak brak zmian w sercu kazał wyłączyć tę sprawę.

Brokman podkreśla, że przeciw zespolemi Picka w danym przypadku przedewszystkiem przemawiają ujemne odczyny tuberkulinowe.

Barański w odpowiedzi zaznacza, że nie nie upoważnia do rozumowania, że koklusz prawdopodobnie przebiegał z zapaleniem płuc, na tem zaś tle bardzo prawdopodobne są zmiany zapalne osierdzia. Tętno było wprawdzie częste, jednak nie trzeba zapominać o tem, że temperatura wahała się na poziomie 39°. O braku wyniku środków nasercowych nie może być w danym przypadku mowy, gdyż nie były one wogóle stosowane, jeśli nie liczyć jedno — czy dwukrotnego podania dziecku kamfory przez cały czas jego pobytu w klinice. W końcu podkreśla brak jakiegokolwiek zmian w sercu przy badaniu fizykalnem i rentgenologicznem, które mogłyby przemawiać za zespolem Picka. Nowasurol ma działanie par excellence tkankowe, jednak nie jest pozbawiony działania nerkowego. Skierowanie rozpoznania na tory kilowe chce uzależnić od wyników odczynu WR. ze krwią matki i płynu mózgowordzeniowego dziecka (jak się później okazało, ujemne).

Baumritter P. demonstruje i omawia przypadek ciężkiej dystrofji u 1½ rocznego dziecka. W przypadku tym zauważono poprawę stanu ogólnego, wyraźne zwiększenie się lankienia oraz stały i zadawalający przyrost wagi po zastosowaniu w ciągu miesiąca zastrzyków insuliny (początkowo 3. następnie 6 jednostek *pro die*). Jednocześnie dziecko otrzymywało mieszkankę wysokowartościową oraz było naświetlane lampą krzemową (Streszczenie własne).

Gromski wygłasza odczyt pod t. „O zasadach obliczania śmiertelności dzieci w opiece otwartej“. Będzie drukowany w „Opiece nad dzieckiem“.

Posiedzenie kliniczne z dnia 3.XI. 1926 r.

Obecnych członków 39, gości 32.

Na wstępie Michałowicz poświęca kilka słów pamięci zmarłego niedawno O. Heubnera. Obecni uczcili pamięć Jego przez powstanie.

Mikułowski wygłasza odczyt p. t. „O nowych poglądach na patogenę zakażeń kiszkiowych“. Będzie drukowany w „Pedjatrji Polskiej“.

W dyskusji Przesmycki zaznacza, że doświadczenia na zwierzętach nie dadzą się przenieść na człowieka. Patogeneza zakażeń kiszkiowych nie jest jeszcze zupełnie ustalona. Doświadczenia Kocha i Pfeiffera nie rozwiązały sprawy patogeny cholery. Dziwi Przesmyckiego, że prelegent tak mało poświęcił uwagi czerwonce, której patogenę jest najlepiej opracowana.

Zdaniem Mikułowskiego uwagi Przesmyckiego polegają na nieporozumieniu, — bo właśnie jedną z głównych idei referatu była chęć wykazania, że w świetle badań krytycznych Sanarelliego przyjmowane dotąd za „epokowe i klasyczne“ doświadczenia Kocha i Pfeiffera nad patogenę cholery zostały obalone.

Doświadczenia Besredki na zwierzętach, zakażonych bakteriami czerwonki, w zasadzie potwierdziły pojęcie enterotropizmu Sanarelliego. Jednak Besredka nie wskazuje drogi naturalnej inwazji zarazka do ustroju ludzkiego.

Popowski wygłasza odczyt p. t. „O pewnych zjawiskach, zaobserwowanych przy naświetlaniu tuszczów“. Doświadczenia były dokonywane na kliszach fotograficznych w sposób następujący. Do szklanych szerokich szalek był nalewany badany płyn, na szalkach zaś potem w ciemni była nakładana kliszka, skierowana emulsją ku doliwi. Kliszę owijano przytem ciemnym papierem, wycinając w papierze odpowiedni deseń. Wszystko to było wkładane do szczelnie zamkniętych pudełek i pozostawiane w ciemni na przeciąg 24 godzin. W ten sposób Pop. dla całego szeregu naświetlanych tuszczów stwierdził fotoaktywność, zaznaczającą się wyraźnymi zmianami na kliszach.

Ujemne całkowicie wyniki P. otrzymał przy badaniu (naświetlanych i nienaświetl.) żółtka kurzego, słoniny, mięsa, rozcynnych cukru, mleka, gliceryny, soku cytrynowego, białka kurzego.

Przy analizie okazało się, że wyniki dodatnie otrzymano wyłącznie z frakcjami petrolinowymi.

Tran, naświetlany przez 9 godzin, jak również oliwa, naświetlana przez 9 godzin, działają na kliszę słabiej, niż naświetlane przez pół godz. Tran, nagrzewany na łaźni wodnej przy dostępie tlenu powietrza i nagrzewany na łaźni przez 4 godziny w atmosferze CO₂, działają na kliszę jednakowo. Zmian na kliszach nie otrzymywano, gdy badane tuszce były zamknięte w parafinowanych pudełkach z okienkami z fluorytu i kwarcu.

Michałowicz podaje genezę pracy referenta. W pracy tej Michałowicz widzi chęć stwierdzenia pewnej łączności, jaka zachodzi z jednej strony między właściwościami biologicznymi naświetlanych tłuszczów a ich własnościami fizycznymi lub chemicznymi.

Brokman zapytuje, czy nie da się połączyć występowania zapachu tranowego tłuszczów ze zjawiającymi się własnościami ich reagowania na klisze fotograficzne.

Przyłęcki radzi przeprowadzić doświadczenie z czystymi chemicznie ciałami. Myśli przede wszystkim o nienasyconych kwasach tłuszczowych.

Popowski analogii między zapachem tranowym tłuszczów a ich działaniem na klisze nie spostrzegł. Reagowania na kliszę nie chce uzależniać od zawartości w tłuszczach witaminy A.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

18-ty Zjazd Niemieckiego Tow. Rentgenologicznego w Wiesbaden dn. 28 — 30 kwietnia 1927 r.

Dietlen (Hamburg) i Assmann referują temat następujący: „Znaczenie badań rentgenologicznych płuc i śródpiersia dla medycyny wewnętrznej”. Referenci wskazują na to, że z małymi wyjątkami rozpoznania rentgenologiczne płuc i śródpiersia nie są zupełnie samodzielne: prawie w każdym pozornie niezależnym rozpoznaniu rentgenologicznym tkwią wiadomości lub nieswiadomie części wiadomości, zaczerpniętych z innych dziedzin. „Najlepszym dżagnostą, czy nazywa się on klinicystą, czy też rentgenologiem, jest ten, który do odczytywania danych rentgenologicznych przystępuje z dobrymi wiadomościami klinicznymi i anatomicznymi i z dużym darem orientacji”. Omawiając szczegóły rozpoznania szeregu cierpień płucnych, refer. mówią o znaczeniu rentgenologicznego rozpoznania zapalenia płuc; poza danymi o umiejscowieniu i rozległości sprawy chorobowej pozwala ono wykryć cierpienie przed wystąpieniem klasycznych objawów klinicznych. Obraz rentgenologiczny wykazuje początek zmian chorobowych we wnętrzu, tak, iż możliwe jest limfatyczne powstawanie zapalenia płuc. Sprawa chorobowa może ograniczyć się tylko do wnęki płuc, i wówczas postawienie właściwego rozpoznania utrudnia różniczkowanie z nowotworem, kłką i gruźlicą.

Szczególnie jest trudno odróżnić pierwotne chroniczne zapalenie płuc od raka. Pomocną wówczas bywa bronchografia, pozwalająca wcześniej wykryć wżęcenie oskrzeli i braki w wypełnianiu się. W sprawie wczesnego rozpoznawania kłki płuc refer. wypowiadają się z dużą rezerwą. Szczególnie zalecają ostrożność w stawianiu rozpoznania *ex juvantibus*.

(Klin. Woch. 1927, Nr. 28).

Na 51-ym Zjeździe Niemieckiego Tow. Chirurgicznego jednym z głównych tematów była: *Chirurgja trzustki*. Referował Schmidt (Frankfurt). Na podłożu anatomiczne ostrej martwicy trzustki składa się martwica, wynaczynienia i zapalenie, przyczem martwica jest częściowo sprawą pierwotną. W 66,8% przypadków przyczynę schorzenia stanowią cierpienia dróg żółciowych, zwłaszcza kamica żółciowa, znacznie rzadziej wrzód dwunastnicy i inne momenty. Trzustka jest bardzo wrażliwa na urazy i oddziaływa na nie ostrą martwicą, z tego też względu należy unikać zabiegów, obrażających trzustkę. Po za tem istnieje osobnicza wrażliwość trzustki. Przyczyną martwicy bywają również zakaźne i jałowe zatryby po operacjach lub ropieniach. Martwicę trzustki rozpoznaje się obecnie częściej, niż dawniej; w 65% zdarza się u kobiet, przeważnie otyłych. Wczesna operacja jest bardzo wskazana. W 76,3% daje wyleczenie.

Bergmann omawia *martwicę trzustki z punktu widzenia internistycznego*. Samostrawienie i jego następstwo — samozatrucie jest najważniejszym momentem w powstawaniu ostrej martwicy trzustki. Bierne uodpornienie jest niemożliwe, natomiast lecznicze zastosowanie trypsyny ma pod względem teoretycznym widoki powodzenia. Dużą grupę stanowią lekkie przewlekłe zaburzenia trzustkowe, powtarzające się podobnie jak zapalenie wyrostka robaczkowego: spraw tych dawniej nie umiano rozróżniać. Przewlekłe zapalenie trzustki daje bóle, promieniujące w okolice płców, nerek, nad- i podbrzusza i do ud.

Promieniujące bóle, występujące po dodwunastniczym zastosowaniu eteru, przemawiają za schorzeniem trzustki. W ostrych napadach trzustkowych występuje hypoglikemia. Bóle z promieniowaniem ku stronie lewej, zdarzające się nierzadko po cholecyctektomji, odnieść należy do zastojów wydzieliny trzustki i jej podrażnienia.

(Klin. Woch. 1927, Nr. 24)

L. J.

Zjazdy.

III-ci Zjazd Pedjatrów Polskich.

W dniach 26—27—28 i 29 czerwca r. b. odbył się w Wilnie trzeci z kolei Zjazd Pedjatrów Polskich. Otwarcie Zjazdu oraz posiedzenia odbywały się w szalenie zapelnionej auli kolumnowej Uniwersytetu Stefana Batorego. Prócz kolegów miejscowych w obradach wzięło udział 120 uczestników przyjezdnych ze wszystkich stron i ośrodków pedjatrycznych Rzplitej Polskiej. Po przepięknym zagajeniu posiedzenia przez Sekretarza stałego Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego, Docenta Władysława Szenaicha, przewodniczący komisji organizacyjnej, Profesor Władysław Jasiński, odczytał sprawozdanie i regulamin Zjazdu. Po dokonaniu wyboru prezydium Zjazdu i członków komisji uchwał, przystąpiono do obrad.

Przedmiotem obrad były sprawy i zagadnienia, dotyczące szpitalnictwa, opieki nad dzieckiem, odżywiania niemowląt, przebiegu chorób zakaźnych u dzieci i gruźlicy wieku dziecięcego. Ogółem zgłoszonych było 56 prac. Liczba ta wymownie świadczy o twórczej działalności poszczególnych placówek pedjatrycznych w Warszawie, Lwowie, Łodzi, Poznaniu, Wilnie i t. d. W krótkim doniesieniu trudno jest objąć całokształt pracy i wyników 3-go Zjazdu Pedjatrów Polskich, to też poruszę na tem miejscu najważniejsze zagadnienia.

Z referatu kol. T. Mogilnickiego „Stan szpitalnictwa dzisiejszego w Polsce i jego zadania” (temat główny) wynika, że niezbędna jest potrzeba budowy całej sieci szpitali dziecięcych u nas. Jest to sprawa nagląca. W ciągu ostatnich lat dziesięciu nie powstał w Polsce ani jeden szpital dla dzieci, prócz klinik w Warszawie, Poznaniu i Wilnie. Szpitale dziecięce są bardzo nieliczne, istnieją tylko w większych miastach, jedynie w województwach zachodnich. Niektóre mniejsze miasta mają tylko specjalne oddziały, przeznaczone dla chorych dzieci. Na orientacyjnej mapie Rzplitej Polskiej referent zaznacza, że w 7 województwach niema ani jednego szpitala dziecięcego. Żadna z Kas chorych na terenie Polski nie posiada ani

jednego własnego szpitala dla dzieci. Najważniejszym bowiem zadaniem szpitalnictwa dziecięcego, prócz samego leczenia, jest wychowanie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w duchu zasad nowoczesnej pedjatrii i szerzenia higieny wśród publiczności.

Docent Wl. Szenaich omawiał sprawę urzędzenia i prowadzenia szpitala dziecięcego. Szpital dziecięcy cechuje odrębność co do wielkości, liczby pawilonów, oddziałów, wielkości sal, pawilonu obserwacyjnego i ambulatoryjnego; dalej personel lekarski i rozkład pracy, służba społeczna i opiekuńcza.

Sprawę potrzeb pedjatrii Polskiej omawiał W. Mikulowski. J. Bogdanowicz podkreślił konieczność zmiany przepisów, dotyczących dzieci po przebytych chorobach zakaźnych. Obecnie bowiem obowiązujące przepisy pod tym względem należy uważać za przestarzałe. W ciągu ostatnich lat epidemiologia i profilaktyka chorób zakaźnych posunęła się znacznie naprzód.

Kol. St. Łyskawiński i Z. Brichtha omawiali sprawę opieki nad noworodkami w zakładach położniczych i nowsze zdobycze w zakresie opieki nad noworodkami.

Niezmiernie interesujące dane przedstawił L. Rostkowski o walce z jaglicą u dzieci w Wileńszczyźnie.

Jaglica zbiera tu plon obfity, albowiem liczba zakażonych dosięga 18,6%. Akcją walki z jaglicą, zdaniem prelegenta, należy przebieść na teren szkół powszechnych.

Kwestję dzieci nieślubnych w związku z zagadnieniem opieki społecznej omówił wyczerpująco i rzeczowo M. Gromski.

Drugie posiedzenie pierwszego dnia Zjazdu „Tematy zgłoszone” wypełnione zostały omalże w całości przez W. Mikulowskiego. Liczba referatów — 4. A więc: badania nad lepkością krwi u dzieci (praca wspólna z H. Chmielowską); badania nad zawartością kwasu moczowego w moczu u dzieci (praca wspólna z J. Jaroszewską); zastosowanie przesączu buljonowego

Besredki w leczeniu ropnego zapalenia płuc u dzieci: zastosowanie chromoneuroskopji metodą Flatau a w klinice dziecka.

Niewymownie ciekawe i wyczerpujące dane, oparte na licznym materiale, przedstawił prof. A. Wrzosek „O ciepłocie u dzieci w wieku szkolnym“.

K. Cieszyński omawiał próby skórnych odczynów czerwiowych u dzieci, a A. Chwalińskowski leczenie cukrzycy dziecięcej w klinice lwowskiej.

S. Gogolewska-Löwenhoff omawiała sprawę odczynu mastizolowego w płynach mózgowo-rdzeniowych u dzieci w przypadkach zapalenia opon mózgowych, kily, wodogłowia i nowotworów mózgowia.

Drugi dzień Zjazdu (posiedzenie 3-cie) w całości zostało poświęcone sprawie zaburzeń w odżywianiu u niemowląt (temat główny). Referenci R. Stankiewicz i prof. M. Michałowicz.

Pierwszy omawiał „patogenezę zaburzeń w odżywianiu u niemowląt“: ogólną etjologję zaburzeń, czynniki konstytucyjne, metabolizm białek, wodorów węgla, tłuszczów, przemianę wodną i udział ciał mineralnych a także rolę gruczołów dokrewnych i gospodarki wodnej oraz udział wątroby w patogenie stanów toksycznych u dzieci: dalek wpływ ciśnienia atmosferycznego, pory roku na powstawanie zaburzeń w odżywianiu oraz pielęgnacji i warunków socjalnych niemowlęcia.

Prof. M. Michałowicz referował „Zasadnicze wytyczne dla wyboru sztucznych mieszanek przy odżywianiu niemowląt“. Zdaniem M. mieszanki dla niemowląt muszą być skonstruowane możliwie prosto i odpowiadać przede wszystkim zasadniczym potrzebom ustroju niemowlęcego. Po za tem wybór poszczególnej mieszanki musi zależeć od stanu zdrowia dziecka. Stąd wypływa potrzeba prostej i przejrzystej klasyfikacji stanów chorobowych dziecka z punktu widzenia zaburzeń w przyswajaniu i trawieniu. Klasyfikując zaburzenia, M. dzieli je na 3 kategorie:

- 1) Zaburzenia, toczące się w świetle jelit;
- 2) Zaburzenia, toczące się poza światłem jelit (w ustroju);
- 3) Zaburzenia, toczące się w świetle jelit i po za światłem jelit (w ustroju).

W uzupełnieniu tematu głównego tematy zgłoszone omawiały szczegóły zasadniczego zagadnienia: Zmiany w krążeniu w przebiegu zaburzeń w odżywianiu u niemowląt (J. Judt). Spostrzeżenia nad odżywianiem niemowląt w Zagłębiu Dąbrowskim (H. Nasilowski). Kilka uwag w sprawie leczenia ciężkich zaburzeń w odżywianiu u niemowląt za pomocą przetaczania krwi do otrzewny (R. Stankiewicz). Odrębność w przebiegu błonicy krtani u niemowląt (W. Szenajch), nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u niemowląt (S. Łyskawiński), duru brzuszno (M. Cywińska i A. Skwarczyńska), płonicy u niemowląt (Bogdanowicz), przypadek kily wrodzonej u 2-letniego dziecka (W. Mikulowski).

Czwarte posiedzenie (2-gi dzień Zjazdu) zostało poświęcone płonicy. Patogenezę płonicy w świetle badań doświadczalnych i klinicznych omawiał H. Brokman. Metodykę szczepień przeciw-płoniczych i wynik szczepienia w świetle epidemji ubiegłej referowali: (J. Celarek, H. Sparrow i R. Kaczyński). Odczynach Fanconiego i Dicków (W. Szenajch i J. Bogdanowicz) O znaczeniu odczynu Dicków dla oceny wartości szczepień ochronnych — (S. Progulski i F. Reidlich).

Sprawę hematologii odry referowali (F. Reidlich i J. Materkowska). O krztuścu w wieku dziecięcym (W. Mikulowski).

Ciekawe spostrzeżenia o własnościach biologicznych surowic w przebiegu chorób zakaźnych komunikowali (H. Brokman, Przesmycki i Wierzbowska).

Trzeci dzień Zjazdu — posiedzenie piąte i ostatnie odbyło się w klinice chorób dziecięcych U. S. B. i było poświęcone gruźlicy wieku dziecięcego.

Tematy główne: 1) Biologia gruźlicy wieku dziecięcego (referent H. Brokman); 2) Klinika gruźlicy wieku dziecięcego (referent S. Popowski).

H. Brokman omawiał biologiczne podłoże poszczególnych okresów gruźlicy u dzieci, przyjmując za podstawę klasyfikację Rankego; uwzględnił referent przy tem główne czynniki zarówno ustrojowe, jak i też zewnętrzne, które warunkują przebieg cierpienia gruźliczego w różnych postaciach.

S. Popowski w krótkich zarysach dał klinikę okresu anteallergicznego. Szerzej omawiał przebieg kliniczny pierwotnego zrostu, gruźlicę gruczołów okołoskrzelowych u dzieci w wieku starszym oraz podstawy rokowania w gruźlicy wieku niemowlęcego. Świadomie referent pominął gruźlicze zapalenie opon mózgowych i gruźlicę prosówkową u dzieci, ponieważ oba te zagadnienia zostały poruszone w sekcji pediatrycznej ostatniego Zjazdu Przyrodników i Lekarzy. Nie omawiał również sprawy gruźlicy płuc, gdyż poglądy na tę postać chorobową nie uległy istotnej zmianie do chwili obecnej.

Końcowe posiedzenie zostało wyczerpane tematami zgłoszonymi, które uzupełniały zagadnienia gruźlicy wieku dziecięcego. E. Glowacki referował „O jamach w gruźlicy płuc u niemowląt i dzieci na podstawie 150 obserwowanych przypadków“. S. Popowski i J. Wandycz omawiali rokowanie w otwartej gruźlicy płuc u dzieci w wieku szkolnym.

R. Barański i J. Kolaço przedstawili próby szukania prątka gruźliczego z uwzględnieniem postaci przesączalnych w płynach mózgowo-rdzeniowych u dzieci z gruźlicą płuc. (Doniesienie tymczasowe). S. Fritzi i E. Meisels omawiali zespół kliniczno-radiologiczny wysięków międzypłatowo-wnękowych u dzieci. Po czem nastąpiło zamknięcie Zjazdu i uchwały.

W krótkim streszczeniu trudno jest omówić całokształt poszczególnych zagadnień i tematów, które były przedmiotem obrad III-go Zjazdu Pedjatrów Polskich w Wilnie. Poprzestałem przeto tylko na krótkim szkicu, zatrzymując się nieco szczegółowiej na tematach głównych. Ci, którzy zainteresują się bliżej temi zagadnieniami, znajdują poszczególne prace w całości w numerze Pedjatrji Polskiej, poświęconym trzeciemu Zjazdowi. Rzut jednak oka na poruszone tematy wymownie świadczy o wysokim poziomie naukowym Zjazdu. Trzeba tylko podziwiać sprężystość komitetu organizacyjnego Zjazdu, że się tak pięknie i chlubnie wywiązał z trudnego zadania, a to dzięki tylko świetnej organizacji, uprzednio głęboko pomysłanej i sprawnej. Doprawdy, wierzyć się nie chce, aby w ciągu niespełna 2½ dni (5 posiedzeń) można było wyczerpać 56 prac i należycie je rozsegregować! Całkowicie przeto uznanie należy się zupełnie zasłużeń Komitetowi organizacyjnemu za tak sprawne i piękne wywiązanie się z zadania ku ogólnemu zadowoleniu wszystkich koleżków, biorących udział w Zjeździe Pedjatrów Polskich.

Nie mniej umiejętnie i przyjemnie została zorganizowana i wypełniona towarzyska strona Zjazdu. Należy ona do bardzo i bardzo udanych, co z uznaniem podkreślam: zwiedzanie miasta, wspólny obiad, bankiet, wycieczka uczestników do Werek i Druskienik, zwiedzanie kąpieliska. Zarząd kąpielowy w Druskienikach podejmował wycieczkowiec obiadem. Nastrój wszystkich uczestników bez wyjątku był nad wyraz przyjemny i wesoły, co w dużej mierze zawdzięczać należy uprzejmości i gościnności przystojowej gospodarzy.

Obrady Zjazdu zakończone zostały szeregiem doniosłych uchwał i wniosków.

Czwarty Zjazd Pedjatrów Polskich odbędzie się w 1930 roku we Lwowie. Jako tematy tymczasowo ustalono:

- 1) Tematy, dotyczące noworodków.
- 2) Opieka społeczna nad dziećmi.
- 3) Przemiana materji u dzieci.
- 4) Nowe zdobycze z dziedziny chorób zakaźnych u dzieci.

R. Stankiewicz (Warszawa).

Przegląd terapeutyczny.

Z oddziału 3B chorób wewnętrznych Szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

(Ordynator: Władysław JANOWSKI).

Współczesny stan leczenia wewnętrznego kamicy żółciowej.

Podał

Lucjan JELENKIEWICZ (Warszawa).

(Dokończenie)

3. Leczenie fizykalne.

Rozporządzając nowymi metodami leczenia kamicy, nigdy pomijać nie powinniśmy starego sposobu stosowania ciepła, do którego należy uciekać się we wszystkich przypadkach kamicy powiklanej i niepowiklanej z wyjątkiem tych, w których gwałtowność sprawy zapalnej pęcherzyka zmusza do zastosowania zimna. Skuteczność leczenia kamicy w zdrojowiskach dużo ma do zawdzięczenia umiejętnie i systematycznie stosowanym okładom błotnym. W grę tu wchodzi działanie ciepła przeciwzapalne, powstające na drodze wywołania miejscowego przekrwienia. Pamiętać však trzeba, że uspokojenie przewlekłego stanu zapalnego pęcherzyka żółciowego jest głównym celem, jaki ma się przed sobą w leczeniu kamicy żółciowej. Osiągnięcie tego celu często równa się wyleczeniu klinicznemu kamicy, które niekiedy wymaga usunięcia kamieni.

W stosowaniu ciepła mamy również na względzie działanie jego spazmolityczne, prowadzące do uspokojenia objawów bólowych. Ciepło stosujemy w postaci kompresów rozgrzewających zwykłych, worków z lniem siemieniem i okładów z błota, wzgl. mułu, których sprzedaż poza zdrojowiskiem coraz więcej się rozpowszechnia. Stosuje się również diatermię.

4. Leczenie spazmolityczne.

Aczkolwiek znacznie rozszerzyły się nasze wiadomości o sposobie powstawania objawów bólowych kamicy, o roli, jaką odgrywa przytem nerwowy układ roślinny, jednak w odpowiednim postępowaniu naszym mała zaznaczyła się zmiana. Silne napady kolki uśmierzamy wstrzyknięciem morfiny, wzgl. pantoponu, do którego dodajemy $\frac{1}{2}$ —1 mgr. atropiny, mając na względzie uspokojenie bolesnych kureczów pęcherzyka żółciowego drogą porażenia zakończeń nerwu błędnego, jak również przeciwdziałanie wymiotom, które mogą wystąpić u osób wrażliwych na morfinę.

Dla uspokojenia bólów przewlekłych stosuje się atropinę, eumidrynę, belladonnę, papawerynę, papawidrynę, kodeinę i t. p. B r u g s c h zaproponował podawanie kamfory, rozpuszczonej w olejku mentolowym (*Camph. tr.* 2.0; *Ol. Ment. piper.* 8,0 — 3 razy dziennie po 20 kropli w kapsułkach żelatynowych). Dobrze działające przeciwbólowe — spazmolityczne przytoczonej recepty widywali J a n o w s k i i R. H e r t z

5. Postępowanie dietetyczne.

Podobnie, jak sprawa chorobowa pęcherzyka żółciowego wykazuje rozległe oddziaływanie na przewod pokarmowy, liczyć się też trzeba z oddziaływaniem odwrotnym i zwracać w leczeniu kamicy żółciowej baczną w tym kierunku uwagę. Rozchodzi się o możliwość wyzwalania się napadów bólowych na drodze odruchowej z powodu niestrawności i o pierwotne, wzgl. wznawiające się zakażenie dróg żółciowych, wychodzące z przewodu pokarmowego.

Pamiętać też trzeba, że, jak to wykazują badania, oparte na zglebnikowaniu dwunastnicy, poszczególne składniki pokarmowe, dostając się do dwunastnicy, są środkami cholokinetycznymi; jako też takie powodują drogą skurezu opróżnianie się pęcherzyka żółciowego i wywierają w ten sposób przedewszystkiem działanie pożądane. Jeszcze N a u n y n powiedział, że dostatecznie obfity obiad jest najlepszym środkiem żółciopędnym. Z praktyki jednak leczenia pęcherzyka żółciowego środkami cholokinetycznymi wiemy, że są one w działaniu swem obosieczne; czasem bowiem mogą spowodować napady bólowe i są niepożądane wówczas, kiedy ostry stan zapalny pęcherzyka nakazuje pozostawienie go w spokoju pod względem ruchowym.

W postępowaniu dietetycznym liczyć się wreszcie musimy z współistniejącą skazą cholesterynową, zmuszającą do ograniczenia pokarmów, zawierających nadmierną ilość cholesteryny. Pod uwagę brać też trzeba towarzyszącą często skazie cholesterynowej otyłość. Wspomnę tu, że niektóre pokarmy zawierają z jednej strony dużo cholesteryny, z drugiej zaś mają silne działanie cholokinetyczne (śmietanka — stwierdzono zapomocą cholecystografji), które może być wyzyskane leczniczo.

Wszystko to wskazuje, że postępowanie dietetyczne w kamicy żółciowej, podobnie jak stosowanie środków leczniczych, powinno być dostosowane do każdego przypadku.

Z ogólnych rzeczy przytoczyć trzeba następujące. Unikanie pokarmów ciężko strawnych, długo zalegających w żołądku, do których w pierwszym rzędzie należą niektóre tłuszcze, majonezy. Unikanie pokarmów, drażniących żołądek, jak czosnek, cebula, pieprz, chrzan i t. p.; pokarmów zimnych, zwłaszcza zimnych napojów, źle znoszonych przez chorych kamicy i wywołujących u nich bóle. W przypadkach zwykłych, bezgorączkowych i niepowikłanych obfitość pokarmów, dostosowana do tuszy, i spożywanie jedzenia częste, co ma na celu zapobieganie dłuższemu zaleganiu żółci w pęcherzyku. Do większych ograniczeń dietetycznych uciekać się należy w przypadkach z ostrym stanem zapalnym pęcherzyka i dróg żółciowych.

Wreszcie jedzenie musi być lekkostrawne, płynne, możliwie jaknajbardziej oszczędzające przewod pokarmowy. Tam, gdzie sprawą chorobową dotknięty jest sam miąższ wątrobowy (żółtaczka, powiększenie wątroby), ograniczać należy ilość spożywanego białka, szczególnie zaś mięsa i podawać większe ilości węglowodanów, również zabronić trzeba używania alkoholu.

Baczną uwagę należy poświęcić współistniejącym

zaburzeniom czynnościowym żołądka i dostosować dje-
tę do niedokwaśności, wzgl. nadkwaśności.

Wreszcie szczególnie baczna uwaga trzeba zwrócić
na regularne wypróżnienia. Zaparcie jest dla chorych
kamicznych specjalnie szkodliwe, gdyż może być łoż-
niem, nasilającym zakażenie pęcherzyka.

6. Leczenie w zdrojowiskach.

Ryl czas, kiedy wielu lekarzy ze względów nau-
kowych, nie licząc się z faktami empirji, podawało
w wątpliwość leczenie kamicy w zdrojowiskach. W
owych czasach sprawę chorobową ściśle wiązało się z
obecnością kamieni w pęcherzyku i nie wierzono, by
Karlsbad lub inne zdrojowisko mogło się specjalnie
przeznaczyc do usunięcia tych kamieni. Współczesne
dane naukowe pozwalają nam lepiej ocenić to, co wnie-
sła empirja. Gdy wnękamy w złożony zespół choro-
bowy, jakim jest kamica żółciowa, widzimy, że leczenie
szczegóły leczenia jej w zdrojowiskach odpowiadają
naszym poglądom na patogenezę cierpienia i na spo-
sób działania stosowanych tam środków.

Przedewszystkiem zrozumieliśmy działanie wód
słonnych. Skondensowany efekt tego działania ilustru-
je odruch pęcherzykowy, powstający po wleciu przez
złębniak dwunastniczy roztworu siarczanu magnezu.
Lepiej też oceniamy lecznicze znaczenie spokoju psy-
chicznego, rozporządzamy bowiem danymi, rzucającą

mi światło na rolę nerwowego układu roślinnego w
przebiegu kamicy żółciowej.

Zadaniem lekarza jest uwzględnienie słusznych
wskazań i wybór odpowiedniego zdrojowiska.

W końcu zaznaczyć trzeba, że przedstawione za-
sady leczenia, odpowiednio jednak dostosowane, obo-
wiązuja również w leczeniu chorych kamicznych, któ-
rzy musieli być poddani operacji, aby skutek tej ostat-
niej nie był tylko przemijający.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Cytowane według: W. Janowski, Pol. Arch. Med. Wew.,
T. II, Z. IV. 2) Aschoff i Baumeister: Die Cholelithiasis.
Jena. 1909. 3) Chauffard: La lithiase biliaire. Paris 1922.
4) Aschoff: Deut. med. Woch. 1926, Nr. 42 i 43. 5) Kehr. Chole-
lithiasis. Kraus u. Brugsch: Spez. Path. u. Therapie d. inner.
r. u. y: Presse Méd. 1926, Nr. 12. 6) Bergmann: Deut. med. Woch.
1926, Nr. 42 i 43. 7) Umber: Klin. Woch. 1923, Nr. 13. 8) Sin-
ger: Münch. med. Woch. 1923, Nr. 3. 9) Brugsch i Hor-
ster: Klin. Woch. 1923, Nr. 33. 10) Neubauer: Klin. Woch.
1922, Nr. 23. 11) Neubauer: Klin. Woch. 1924, Nr. 20. 12) A d-
iersberg i Neubauer: Wien. Arch. f. innere Med. B. X.
13) Kalk i Schöndube: Klin. Woch. 1925, str. 2516. 14) J e-
lenkiewicz: Pol. Arch. Med. Wew. T. II, Z. I. 15) Allard:
Deut. med. Woch. 1924, 1924, Nr. 50. 16) Cytowane według:
Strauss Therap. der Gegenw. 1927, Nr. 2. 17) Chiray, Parel,
Marie: Presse Méd. 1926, Nr. 82. 20) Kalk i Schöndube:
Klin. Woch. 1924, Nr. 47; Klin. Woch. 1925, Nr. 14; 21) Schönd-
ube: Deut. med. Woch. 1926, Nr. 12.

Odcinek.

Z zagadnień psychologii lekarskiej.

Podał

Dr. med. i fil. Władysław MEDYNSKI (Kraków).

„Cały rozwój człowieka idzie od chęćnia,
jako dążenia mimowolnego, do chęćnia, jako dą-
żenia świadomego“.

H. Höf f d i n g.

„Życie psychiczne bezwiedne jest najrozle-
głszą i najbogatszą sferą życia zwierzęcego du-
chowego, kryje w sobie pierwowzory wszelkich
form właściwych życiu świadomemu, a więc
i wyobrażeń, i uczuć i woli. Świadomość jest tyl-
ko widzialną powierzchnią tych niewidzialnych
głębi, jakie ewolucja zwierzęca nagromadziła
w szeregu wieków“.

J. Och o r o w i e z.

Życie psychiczne człowieka — to pewna, nie da-
jąca się podzielić całość, pewna zwarta wewnątrznie
jedność, która jednością nie przestaje być nawet w bar-
dzo daleko posuniętych okresach rozstroju psychiczne-
go. Choroba psychiczna może wpłynąć na dość znaczne
przeobrażenie się tej jedności, może ją nawet gruntow-
nie przetworzyć, lecz nie naruszy jedności, jako tak-
kiej. Pod jednością należy rozumieć nie tylko dziedzi-
nę wyraźnej świadomości, lecz także te wszystkie prze-
życia, które obejmujemy nazwą życia podświadomego,
podświadomości. Leży ona już poza granicami wyraź-
nej świadomości, lecz należy ciągle jeszcze do składu
życia psychicznego.

A b r a m o w s k i⁽¹⁾ patrzy na podświadomość nie
jako na martwy zbiornik fizjologicznych usposobień,

przyzwyczajęń i śladów, lecz jako na masę psychicz-
ną wzruszeniową, żywą i twórczą, gdzie w utajeniu,
nieдоступnem dla introspekcji naszej, odbywają się
ustawiczne ruchy, przesuwanie się, zmiany układu
składników, przeobrażania się grup, zmiany napięć i
tonów wzruszeniowych, jednym słowem, ustawiczne
wrzenie i życie, które możemy wykazać doświadczalnie,
ująć w liczby i określić w stopniach miary, podobnie
jak utajoną energję fizyczną.

H a m i l t o n, znakomity psycholog angielski, po-
równał dziedzinę ducha do głębokiego górskiego je-
ziora, w którym świadomości odpowiada powierzchnia,

natomiast podświadomości jego głębia. Powstające
w głębi wiry wrywają się niespodziewanie na jego
powierzchnię, mącąc spokojną, lustrzaną jego toń⁽²⁾.
Niewątpliwie ogromna większość naszego życia psy-
chicznego przebiega w sposób podświadomy. Cała dzie-
dzina czuć ustrojowych należy do tej sfery. Wszystkie
sprawy, związane z naszym życiem roślinnem, objętem
zakresem układu współczulnego, wszystkie takie spra-
wy, jak krwioobieg, odżywianie, oddychanie, wydziela-
nie gruczołów i t. p., odgrywające tak doniosłą rolę
w życiu duchowem, przebiegają w sposób podświadomy.
W postrzeganiu również stwierdzamy fakty pod-
świadomości, prz. w powstawaniu t. zw. pierwotnych
obrazów pamięciowych, kiedy nie było świadomego po-
strzegania, lecz w świadomości wyłaniają się od razu
obrazy pamięciowe, odtwarzające podświadome po-
strzeżenia. — Całą dziedzinę naszych wspomnień wy-
pełniają sprawy podświadome, są one, istnieją, żyją,
ale istnieją i żyją w sposób utajony pod progiem świa-
domości, wypływają tylko w pewnych chwilach na jej

powierzchnię. Nieobca podświadomości jest również dziedzina myślenia; urabianie materiału myślowego we wniosku również często odbywa się pod progiem świadomości. „Cała jaźń nasza, samowiedza z podświadomego wyrasta krzenia“ (Radziwiłłowicz l. c.).

I. Jakże często staramy się przypomnieć sobie nazwisko autora, niedawno przeczytanego utworu, a jednak nie jesteśmy w stanie tego uczynić, choć bardzo wysilamy się w tym celu. Zaprzestajemy o tem myśleć. Po niejakiś czasie pożądanе nazwisko wypływa w świadomości naszej, co dowodzi, że, choć świadomie myśleć przestaliśmy, przecież odbywała się widocznie nadal praca mózgowa, ukryta pod progiem świadomości, praca podświadoma.

Zastanawiamy się niejednokrotnie nad rozwiązaniem jakiegoś zadania, rebusu lub lamigłównki. Rozwiązanie jakoś nie przychodzi. Później, gdy już nasza świadomość dłuższy przeciąg czasu zajęta jest innymi myślami, zostaje nagle zaalarmowana gotowym rozwiązaniem zadania, które musiało się odbyć w sferze pozaswiadomej. I jeszcze jeden przykład. Przygotowujemy pracę naukową, do której zbieramy przez powien czas materiał. Materiał jest dość obszerny, na razie jeszcze w stanie chaotycznym, nie jesteśmy w możności odpowiednio go ułożyć. Odkładamy naszą pracę, pozornie przestaliśmy nawet o niej myśleć, lecz poza naszą świadomością odbywała się nadal praca organizacyjna, która często dostarcza świadomości prawie że gotowy materiał, odpowiednio ułożony i opracowany, powiedziałbym „intelektualnie strawiony“.

I nie tylko te procesy intelektualne mogą odbywać się i w znacznej mierze odbywają się w sferze podświadomej, lecz to samo możemy powiedzieć i o dziedzinie uczuć. Często wszak nie jesteśmy w stanie określić, od czego w gruncie rzeczy zależy nasza sympatja lub antypatja, przywiązanie lub nienawiść, gniew, miłość lub szacunek. Niejednokrotnie nie mamy nawet wyobrażenia, gdzie jest właściwe ich źródło, lub że uczucia te wogóle w nas istnieją, dopokąd jakiś fakt codzienny nie wyjaśni nam tego, jak nprz. nagły wyjazd, a zatem tęsknota, mówią nam o przywiązaniu do pewnej osoby, o którym dotąd nie mieliśmy nawet wyobrażenia. Śmiało też można powiedzieć, że wraz z podświadomym rozwojem procesów intelektualnych i uczuciowych, idą z niemi w parze wszelkiego rodzaju popędy, których źródła w tejże sferze szukać należy. Cała masa pracy psychicznej odbywa się poza progiem świadomości: tam powstaje cała mozaika wrażeń, tam tworzą się przedziwne odmiany uczuć, rozwijają się i walczą o zwycięstwo popędy. Nie jesteśmy świadkami tej pracy, nie odczuwamy jej, lecz dowiadujemy się o niej z jej rezultatów, które wypływają na powierzchnię świadomości — uświadamiają się. — Doniosłe znaczenie podświadomości, o którym przekonali się najdobitniej psychjatrzy, nie ulega dziś już wątpliwości. Dłuższy czas sądzono nawet, że podświadomość, jako część duszy, znajdująca się poza introspekcją, nie może być przedmiotem obserwacji, nie może podlegać doświadczeniu. Dopiero badania psychjatryczne rzuciły pewne światło na metody doświadczonego badania podświadomości, znalazły już nawet dość obszernie zastosowanie w laboratorjach psychologicznych. Szczególnie ważną rolę — sądzimy — mogą odegrać wyniki tych badań w medycynie sądowej, gdyż wszystkie sprawy, wynikłe z popędów, impulsów, silnych

wzruszeń i t. p., w głębiach podświadomości mają niechybnie swe źródło powstawania.

II. Jeśli będziemy śledzić za stosunkiem sfery świadomej do podświadomej, to dość musimy do wniosku, że, w miarę naszego rozwoju, te procesy psychiczne, które początkowo odbywały się świadomie, później zbliżają się do sfery podświadomej, stają się automatycznymi. Gdy uczę się czytać, odnoszę się świadomie do każdej litery, świadomie sylabizuję i wypwiadam głośno słowa. Z czasem proces ten nie odbywa się już więcej w podobny sposób, lecz podczas czytania staram się zapałować tylko nad treścią czytanego, proces zaś czytania odbywa się zupełnie mechanicznie. Muzyk, który długo musiał pracować, aby wyćwiczyć cały szereg subtelnych ruchów ręki, czyni to początkowo świadomie, z czasem, gdy gra, przestaje o nich myśleć, mechanizm ich uległ już pewnej organizacji, świadomość zaś może się od nich w zupełności uwolnić. — Obserwujemy u dziecka naukę chodzenia. Czyni to ono początkowo z wielkim wysiłkiem, lecz w miarę wprawy, drogą mozolnych ćwiczeń, chodzenie coraz bardziej przestaje być świadomym, aż w końcu zamienia się na proces automatyczny. To sprowadzenie procesów świadomych do procesów czysto automatycznych jest niezbędnym warunkiem wszelkiego postępu, każdej pracy, w szczególności twórczej. Proste wrażenia świadomości przenoszą się do sfery podświadomej, jednocześnie świadomość przyjmuje akty bardziej skomplikowane z podświadomości.

Świadomość więc, zawdzięczając pracy podświadomej, jest zawsze gotowa do przyjęcia świeżych wrażeń, a w ten sposób postępek wraz z naszym doskonaleniem się zwiększa się w miarę tego, jak coraz większa liczba procesów psychicznych odbywa się poza świadomością. — Aby zagadnienie podświadomości należycie oświetlić, należy się przedewszystkiem na chwilę porozumieć co do treści pojęcia świadomości, a wytknięcie jej zakresu już samo przez się rzuci pewne światło na jej dalszy ciąg — podświadomość.

III. Pierwotną świadomość, jak świadczą o tem prace biologów, można sprowadzić do ogólnej wrażliwości, właściwej wszystkim istotom żyjącym. Jest ona pierwszym objawem zjawiska, które później uległo zmianie w szeroko pojętą świadomość. Zjawienie się świadomości w dziejach ewolucji jest dalszym ciągiem początkowej rozwojowej pracy, albowiem świadomość, jakkolwiek w stanie utajonym, istniała w pierwotnej materji, powoli wyloniła się pod nieustającym od wieków wpływem środowiska. Nie jako nowa siła zjawia się świadomość, lecz rozwija się stopniowo i powoli. Zdaniem Herzena³⁾, „świadomość jest ściśle związana z funkcjonalną dezintegracją komórek nerwowych“. Świadomość stanowi tylko drobną cząstkę naszego życia umysłowego, nasza osobowość psychiczna o wiele jest rozleglejsza od naszej świadomości. Istnieją pewne rodzaje świadomości ograniczonej, niejasnej, obok wyraźnej, określonej. Owe rodzaje świadomości towarzyszą pewnej liczbie czynów, składających się na naszą osobowość psychiczną. Stosownie do swego stopnia natężenia, powstają stany świadome lub nawpół świadome, o rozmaitej sile. Obszerna dziedzina, z której świadomość jest wyłączona, otrzymała nazwę świadomości niezjawisk niezjawisk.

Dodać trzeba, że świadomość i niezjawisk wzajemnie, druga staje się zrozumiałszą

dzięki światłu, padającemu z pierwszej, świadomość bywa nieraz tak przyćmiona, iż wkracza w dziedzinę podświadomości. — O istocie świadomości nie da się wiele powiedzieć, a definicja jej spotyka się z wieloma trudnościami. Ochorowicz (4) określa świadomość, jako „zdolność wewnętrzną, właściwą duszy naszej, spostrzegania wszystkiego, co wchodzi w zakres naszego życia duchowego, a więc wszelkich pojęć, myśli, uczuć i pragnień. Zapominanie i przypominanie świadczyłyby o tem, iż świadomość ogarnia w danej chwili tylko cząstkę tego, cośmy dostrzegli, ujeli myślą i czuli, stąd odpowiednio do charakteru pojęć i uczuć, przemagających w obrębie świadomości, bywa mowa o świadomości moralnej, politycznej, religijnej i t. p.“

Dla Sully'ego (5) świadomość = wiadomości, ja wiem. Murray (6) określa świadomość, jako wiedzę o tem, czego doznaję, co wewnętrznym czuję, i jest to odróżniająca cecha umysłu albo jaźni. Titchner (7), przez świadomość rozumie to, co w danej chwili w duszy zachodzi, lub inaczej, „duszę w chwili obecnej“. Dla Abramowskiego (8) „wszelki stan świadomości jest w pewnym stopniu stanem uwagi, proces zaś uwagi różni się od stanów bez uwagi tylko natężeniem sprawy wyobrazeniowej (odtwórczej). We wszystkich stanach świadomości jest zlew dwu mas: percepcyjnej i apercpcyjnej. Nie zwracać uwagi na dany przedmiot, to znaczy nie mieć żadnej świadomości tego przedmiotu. Zwrócić uwagę w małym stopniu, znaczy mieć o nim niejasną świadomość“. Fouillé (9) powiada: „świadomość całkowita obejmuje miljarde wrażeń i reakcyj, współczesnych i następczych, będących ze sobą w ciągłości, nie zaś wprost zetknięciu. Jedną część tylko tych wrażeń wytwarza ten rodzaj powtórzenia się, podwójności, która stanowi świadomość samowiedną, uwagę czyli apercpcję“. — Warunki świadomości mogą się zmieniać, a to wskutek tego, że nastąpiły pewne zmiany w mózgu, jak, np. dobre lub złe odżywianie. Wskutek tego powstaną różne stany świadomości, które możemy jednak zaliczyć do stanu fizjologicznego, do stanu czuwania. Istnieją jednak poza normalną świadomością inne stany świadomości, które moglibyśmy nazwać „świadomością senną“, „świadomością hipnotyczną“ i t. p.

IV. Kiedy istotnie zaczyna się życie świadome osobnika ludzkiego — na razie trudno rozstrzygnąć. Nieokreślone i senne musi być (Höffding) życie świadome przed urodzeniem.

Wśród zmysłów zapewne działa dotyk, już tutaj możemy zauważyć przeciwieństwo między jaźnią i rzeczami, między stroną czucia życiowego, ruchowego i czuć dotykowych. Jest to niewątpliwie wyrazem dopiero świtającej świadomości, o charakterze dość chaotycznym, i odpowiada stopniowemu rozwojowi mózgu w stanie zarodkowym. Jeruzalem (10) tak opisuje ten stan:

„Początkiem życia psychicznego jest zdaje się ciemne pcczucie życia, wahające się pomiędzy dwoma przeciwnymi sobie stanami przyjemności i przykrości. Uczucia te musimy uważać za pierwotny, całkiem jeszcze nie zróżnicowany odczyn świadomości na podniety, działające w otoczeniu i wewnątrz ciała. Uczuciu temu wcale nie towarzyszy, jak się zdaje, wy-

braźnia, i ma ono jeszcze charakter zupełnie niewyraźny. Czegoś podobnego doświadczamy, gdy się budzimy z głębokiego snu lub omdlenia, i podobnyż stan możemy przypuszczać i u noworodków. Fizjologia bynajmniej nie neguje życia psychicznego w znaczeniu świadomości. stara się jednak stwierdzić, czy widoczne ruchy cielesne upoważniają do twierdzenia, że z nimi wiąże się świadomość. Zapoznać się z życiem świadomym można tam, gdzie jest nam ono bezpośrednio dane, a więc w swej własnej świadomości. Ścisłe psychologiczne stanowisko bada tylko zjawiska życia świadomego, gdyż tylko o nich cokolwiek powiedzieć możemy. Lecz i świadomość, jak już powiedzieliśmy, nie jest bynajmniej światem zamkniętym, wciąż wynurzają się jakieś nowe zjawiska, których my, na tem ścisłym psychologicznym stanowisku nie możemy wyprowadzić z czegoś wcześniejszego. Między świadomością a nieświadomością zachodzi wzajemne działanie, jak noworodek budzi się z podświadomego stanu, tak sen jest również codziennym przejściem od podświadomego stanu do stanu świadomości. W instynkcie i przyzwyczajeniu mamy te wybitne postaci, w których podświadomość kieruje jakoby świadomością, świadomość zaś, wytwarzając coraz nowsze nalogi, wywiera swój wpływ na podświadomość. Jeśli świadomość pozostanie czas dłuższy w stanie jednopostaciowym, nie będzie ulegała zmianie, wówczas zaczyna ulegać przeobrażeniu w świadomość senną lub hipnotyczną. Wiadomo, że, gdy będziemy działali jednocześnie na kogoś, nprz. przez skupienie jego uwagi na jednym punkcie, to można go będzie przeprowadzić w stan hipnotyczny, stan, który tem się różni od normalnego, że osobnik jest dość dość wrażliwy na sugestję i rozkazy innych osób. Osoba zahipnotyzowana, jak to łatwo można stwierdzić, nie jest pozbawiona świadomości zupełnie, lecz tylko posiada świadomość inną, niż normalnie, obszerniejszą i rozleglejszą od niej, gdyż wie w tym stanie, co się działo z nią w stanie czuwania, w tym zaś stanie nie wie o wypadkach z okresu snu hipnotycznego. Podobną odmianę świadomości możemy zaobserwować u mistyka, który tem się różni od hipnotyka, że uległ autosugestji przez zagłębienie się w jedną myśl o bóstwie. Zmiany budzą świadomość, wpływają na jej bystrość i poziom: ciszę dopiero wówczas dokładnie uświadamiamy sobie, gdy powracamy z gwarnej zebrania.

Ostre przeciwieństwa i zmiany musiały też zapewne obudzić świadomość i w jej rozwoju podczas gorącej walki o byt. Początkowo panuje w niej jeszcze dość znaczny brak związku, podobnie jak w chorobowo rozkładającej się świadomości lub w świadomości dziecka, którą Höffding zbliża do „szeregu iskier, dorywczo wynurzających się pierwiastków, których stosunek wzajemny jest luźny i zewnętrzny“.

Trudne budzenie się ze snu lub omdlenia również dostarcza wielu ciekawych spostrzeżeń stopniowego przejścia od chaotycznej świadomości, prawie że nieświadomości do zupełnie jasnej świadomości. Przypominam sobie dokładnie stan mój, gdym przed paru laty spadł z konia. Upadkowi towarzyszyło zupełne omdlenie. Leżałem czas pewien bez świadomości. Czasu tego nie jestem w stanie określić. W każdym razie z tego okresu nie jestem w stanie nie

sobie przypomnieć. Ten okres dla mnie nie istnieje. Stopniowo zaczęła powracać świadomość, która rozpoczęła się od samowiedzy, poczucia tego, że istnieje, że żyję, choć nie miałem wyobrażenia w jakim stanie. Nie orjentowałem się wcale w tem, gdzie jestem, w jakim czasie, w jakich warunkach, oraz co się wkoło mnie dzieje. Powoli świadomość zaczęła obejmować i

otoczenie, a więc stwierdziłem, że jest noc, że leże na ulicy, choć nie byłem w stanie jeszcze powiązać zaszyłych faktów. Później dopiero zacząłem kojarzyć minione wrażenia, lecz to, co się działo od chwili upadku do powrotu świadomości, pozostało nazawsze przeżyciem nieświadomem. (C. d. n.).

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Angielskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego. (Ministry of Health).

Podał

Dr. Stanisław TUBIASZ (Warszawa).

Ogólny nadzór nad sprawami zdrowia publicznego w Anglii i Walji należy do Ministerstwa Zdrowia Publicznego (Ministry of Health) w Londynie. Szkocja posiada własny Urząd Zdrowia (Scottish Board of Health). W Północnej Irlandji sprawy zdrowotne należą do kompetencji Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Ministry of Home Affairs), a w wolnem państwie Irlandzkim są one załatwiane przez różne departamenty, gdyż kwestje administracji sanitarnej nie są tam jeszcze ostatecznie unormowane. W mojem sprawozdaniu będę miał na widoku wyłącznie Min. Zdr. Publ. dla Anglii i Walji (38,158,000 mieszkańców).

Władze sanitarne powstały w Anglii z czynników opieki społecznej. Jeszcze za czasów królowej Elżbiety zaczęły powstawać w poszczególnych parafjach i miasteczkach instytucje dobroczynne, opiekujące się ubogimi, kalekami, starcami, a potem i chorymi. Z początku tworzone dorywczo, przybrały one z czasem charakter instytucyj samorządowych, których zarząd był obierany przez ogół ludności, płacącej podatki, i stopniowo coraz bardziej wkraczały w dziedzinę lecznictwa i higieny społecznej. Powstawały one głównie na tle ruchu religijnego tak potężnego w Anglii, jako wyraz miłości bliźniego i współczucia dla ubogich. Dlatego też aż do chwili obecnej działalność władz sanitarnych w Anglii nie ma charakteru wyłącznie naukowo-lekarskiego, chociaż do tego celu zdąża, i z tego również powodu na czele akcji sanitarnej stoją dotychczas nielekarze, gdyż świat lekarski dopiero stosunkowo niedawno przyłączył się do tego ruchu. Jednakże znaczenie i powaga wpływów świata lekarskiego na terenie akcji sanitarnej wzrasta z dnia na dzień.

Wspomniane wyżej zarządy parafjalne nad instytucjami opieki nad ubogimi, czyli t. zw. Poor Law Commissions, względne Boards of Guardians zostały sankcjonowane prawem z roku 1838 i wprowadzone na całym terytorjum Anglii i Walji wtedy, kiedy z powodu szalonego rozwoju przemysłowego, połączonego z proletaryzacją ludności, opieka społeczna stała się nieodzowną koniecznością, i zakres jej obejmował coraz szersze koła. W związku z tem wyłoniła się potrzeba utworzenia urzędu centralnego dla sprawowania nadzoru nad licznymi towarzystwami i instytucjami dobroczynnymi, które wyrastały, jak grzyby po deszczu. To też już w roku 1848 powstaje centralny urząd, któremu nadano nazwę The General Board of Health. W

dziesięć lat potem prawa i obowiązki tego urzędu przelano na Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Home Office), zaś w roku 1871 nowy akt parlamentu stworzył Local Government Board, który zarządzał całą rozległą sferą spraw samorządowych, a nie tylko sprawami, dotyczącymi zdrowia.

Urząd ten kierował sprawami zdrowotnymi prawie 50 lat, aż do roku 1919, kiedy wobec uznania olbrzymiego znaczenia spraw sanitarnych, na podstawie doświadczenia, zdobytego podczas wojny światowej, utworzone zostało Ministerstwo Zdrowia Publicznego. Akt parlamentu z roku 1919 nie udzielał nowo powstałemu Ministerstwu żadnych nowych uprawnień. Scalono tylko prawie wszystkie działy administracji sanitarnej, rozmieszczone dotychczas po różnych urzędach, w jednym urzędzie centralnym z Ministerstwem na czele, pozostawiając jednak w dalszym ciągu w jego rękach cały szereg innych spraw, będących tylko w luźnym związku ze sprawami zdrowotnymi. Do Ministerstwa Zdrowia Publicznego w całości lub częściowo włączono następujące urzędy wraz z czynnościami, które wyliczam:

1) Local Government Board (Ministerstwo do Spraw Samorządowych): a) Higjena ogólna, a więc zaopatrywanie w wodę, usuwanie nieczystości, przestrzeganie czystości, budownictwo domów mieszkalnych, nadzór nad żywnością, kąpiele i pralnie; b) Higjena specjalna, a -więc zwalczanie chorób wogóle, a w szczególne zakaźnych, budowa szpitali, opieka nad matką i dzieckiem, zwalczanie gruźlicy i chorób wenerycznych, szczepienie ospy; c) Higjena międzynarodowa; d) Statystyka demograficzna; e) Zarządzanie instytucjami, powstałymi na podstawie Poor Law (patrz wyżej); f) Administracja instytucyj Ubezpieczeń na starość (Old Age Pensions).

2) National Health Insurance Organisations (Organizacje Państwowe Ubezpieczenia na wypadek choroby) czyli Kasy Chorych, które obejmują około 12½ miliona ubezpieczonych w Anglii i 800,000 w Walji.

3) Board of Education (Ministerstwo Oświecenia): a) opieka nad kobietami ciężarnymi i karmiącymi, jakoteż nad dzieckiem do 5 roku życia, b) inspekcja lekarska i leczenie dzieci szkolnych, wykonywane obecnie wspólnie z Ministerstwem Oświecenia.

4) Privy Council (Rada Stanu) — kontrola kwalifikacyj i nadzór nad sprawowaniem się położnych.

5) Home Office (Ministerstwo Spraw Wewnętrznych): a) opieka nad noworodkiem, b) częściowe uprawnienia w zakresie opieki nad chorymi umysłowo i niedorozwiniętymi.

Natomiast w kierunku odwrotnym cały szereg uprawnień byłego Local Government Board przekazano innemu urzędowi, jako bardziej kompetentnym. W

ten sposób powstało prawie zupełne zespolenie akcji sanitarnej w jednym urzędzie. Pewna liczba działów administracji sanitarnej pozostaje jednakże i nadal poza Ministerstwem Zdrowia Publicznego (np. opieka sanitarna nad marynarką handlową, nad zdrowiem urzędników i t. d.), lub też są wykonywane wspólnie z innymi urzędami. W każdym razie w roku 1918 centralnych urzędów, zajmujących się sprawami sanitarnymi, było 21, zaś w roku 1924—tylko 9. Dążeniem angielskiej służby zdrowia jest objąć również te wyłamujące się dotychczas działy administracji sanitarnej, i, według słów kierowników Min. Zdr. Publ. w Anglii, akcja ta ma duże widoki powodzenia.

Na tle tego krótko naszkicowanego rozwoju historycznego łatwiejszą będzie do zrozumienia dziwna i skomplikowana budowa Ministerstwa Zdrowia, którą postaram się teraz zwięźle opisać.

Na czele Ministerstwa stoi Minister, parlamentaryzista, nie-lekarz, który jako głównych doradców posiada poza kilkoma sekretarzami, prawnikami, również i lekarza. Tym Głównym Lekarzem (Chief Medical Officer) jest od wielu lat Sir George Newman, człowiek o wielkim doświadczeniu i niezmożonej energii w przeprowadzaniu swych zamierzeń. Ten, t. zw. Główny Lekarz jest w znacznym stopniu osobą decydującą co do strony lekarsko-sanitarnej każdej sprawy, wpływającej do Ministerstwa. Posiada on oczywiście, jako pomocników, cały sztab pracowników lekarzy i nielekarzy. Nb. Główny Lekarz Ministerstwa Zdrowia jest jednocześnie Głównym Lekarzem w Ministerstwie Oświecenia, i w ten sposób zostało ustalone zgodne współdziałanie obu urzędów; przyczem w zasadzie politykę higieny szkolnej, ogólne zasady i wskazówki opracowuje Ministerstwo Zdrowia, podczas gdy wykonawstwo znajduje się w rękach Ministerstwa Oświecenia.

Ministerstwo Zdrowia w swej konstrukcji obecnej posiada przede wszystkim t. zw. Działy Administracyjne (Administrative Divisions), są to:

Dział I¹⁾ — Administracja Samorządów: oznaczanie i zmiany obszarów jednostek samorządowych, budowa dróg, budowa urzędów, gazownie, straż pożarna, ochrona brzegów morskich, wywłaszczenia, nabywanie i sprzedaż terenów przez samorzady, zapomogi dla bezrobotnych, usuwanie ścieków, usuwanie śmieci, boiska, parki, kąpieliska, sprawy zadymienia, zaopatrywanie w wodę, zanieczyszczanie rzek, chowanie zmarłych, zatwierdzanie podatków i rozporządzeń, wydawanych przez władze samorządowe, nadzór ogólny nad skarbowością władz lokalnych.

Dział II — Opieka nad matką i dzieckiem, nad ślepyimi i t. d. — Nadzór nad akcją opieki nad matką i dzieckiem, statystyka narodzin, kontrola położnych, opieka nad ślepyimi, walka z rakiem, kontrola finansowa samorządów w tych dziedzinach oraz inne sprawy, nie przekazane pozostałym wydziałom.

Dział III — Choroby zakaźne, gruźlica, choroby weneryczne i nadzór nad żywnością. — Wszystkie sprawy, wchodzące w zakres tych zagadnień.

Dział V²⁾ — Lecznictwo i praktyka lekarska. —

1) Podział i porządek wyliczenia zachowuję według wydawnictwa oficjalnego: Ministry of Health. Distribution of Business. January 1924.

2) Działu IV niema.

Rejestracja dentystów i pielęgniarek, szpitale ogólne, opieka nad chorymi umysłowo i niedorozwiniętymi, sprawy farmaceutyczne, badania naukowe lekarskie, szkoła higieny, umowy sanitarne międzynarodowe, Kasy Chorych, sprawy lekarzy praktykujących.

Dział VI — Administracja wewnętrzna (Establishment). — Mianowania, przenosiny, awanse, urlopy, usuwanie i karanie urzędników; odbiór, rozdział i przechowywanie korespondencji; powielanie i druki, śledzenie za biegiem prac w parlamencie i przygotowywanie odpowiedzi na interpelacje, przepisywanie na maszynie i stenografja.

Dział VII — Kontrola rachunkowości i statystyka samorządów. — Decyzje w sprawie udzielania lub nieudzielania kredytów, nadzór nad kontrolerami na prowincji, nadzór nad ściąganiem podatków i udzielanie pozwoleń na odstępowanie od przepisów obowiązujących, kontrola spłat pożyczek, wypłacanie samorządowi zwrotów za poniesione wydatki, skarbowa i inne statystyki samorządów, sprawozdania.

Dział IX³⁾ — Budowa domów i burzenie domów nieodpowiednich. — Plany i projekty nowych terenów, usuwanie zabudowań niehigienicznych, apelacje i t. p.

Dział XI⁴⁾ — Planowanie miast. — Zatwierdzanie planów regulacyjnych, rozpatrywanie odwołań przeciwko postanowieniom władz lokalnych.

Dział XII — Opieka nad ubogimi (Poor Law): i Ubezpieczenia na starość (Old Age Pensions). — Administracja ogólna wszystkich instytucyj opieki nad ubogimi, odwołania w sprawach pensji na starość.

Na czele każdego takiego działu administracyjnego stoi jeden lub kilku podsekretarzy (Assistant Secretary), którym znów podlegają t. zw. pryncypałowiciele (Principals) i t. d. Wszyscy ci urzędnicy nie są lekarzami, a załatwiają wszystkie sprawy z punktu widzenia techniki administracyjnej. Poza temi działami administracyjnymi istnieją wszakże również działy o charakterze specjalnym, a więc:

Dział wywiadowczy — przygotowuje specjalne ankiety i sprawozdania, opracowywanie sprawozdań rocznych, rozsyłanie wycinków czasopism, udzielanie wskazówek legislacyjnych, wywiady dla prasy, zbieranie danych o sprawach zdrowotnych zagranicą, udzielanie odpowiedzi na zapytania z zagranicy, śledzenie za piśmiennictwem zagranicznym, biblioteka.

Dział prawny — ogólne wskazówki prawne; przygotowywanie i wydawanie przepisów prawnych; prowadzenie w sądach spraw, w których Ministerstwo jest zaangażowane, załatwianie odwołań od postanowień władz lokalnych.

Dział Ubezpieczeniowy — administracja t. zw. towarzystw uznanych (approved societies), czyli Kas Chorych, decyzje co do przymusu należenia do Kasy, stosowanie wyjątków, ubezpieczenia w armji i marynarce.

Dział Rachunkowo-Budżetowy — pożyczki i zapomogi, udzielane przez Ministerstwo, przejazdy, pensje, opinjowanie budżetów samorządowych, preliminarz budżetowy dla parlamentu, kontrakty i t. d.

Służba Zdrowia, jako jeden z działów specjalnych, podzielona jest w sposób następujący:

1) Działu VIII niema.

4) Działu X niema.

- 1) sprawy wywiadu i epidemiologja, higjena międzynarodowa, administracja sanitarna;
- 2) opieka nad matką i dzieckiem;
- 3) gruźlica, choroby weneryczne;
- 4) mleko i inne produkty spożywcze;
- 5) Kasy Chorych, leki, opieka nad ubogimi, szpitale;
- 6) sprawy sanitarne portów, choroby zakaźne, szczepienia i t. d.

Pozatem istnieje jeszcze odrębny dział architektoniczny, obsadzony przez specjalistów, i dział niezmiernie ważny — inspektorat. Pracownikami tego ostatniego działu są wybitni specjaliści (higjeniści, bakterjologowie, epidemiologowie, architekci, buchalterzy i t. p.), których zadaniem jest w razie potrzeby wyjechać na prowincję, udzielić na miejscu wskazó-

wek i złożyć sprawozdanie w centrali, która prowadzi dalszą akcję, o ile tego zachodzi potrzeba.

Na tem jeszcze nie koniec, bo poza tą armją urzędników Min. Zdrowia posiada jeszcze 4 ciała doradcze, złożone z osób doświadczonych, a mianowane przez ministra. Są to: Rada do spraw medycyny i spraw, z nią związanych; Rada do spraw miejscowej administracji sanitarnej; Rada do spraw ubezpieczeniowych; Rada do spraw higieny ogólnej. Wreszcie, jako jednostki bardziej samodzielne, ale związane z Min. Zdrowia, mamy Główny Urząd Statystyczny (Registrar General) i Radę do prowadzenia badań (Research Council).

(D. n.).

Wiadomości bieżące.

— Jak donoszą pisma polityczne, właściciel i kierownik znanego zakładu leczniczego w Kossowie, Dr. Apolinary Tarnawski, obchodził w tych dniach 50-lecie pracy lekarskiej. Z okazji tej uroczystości prof. Ignacy Chrzanoski wręczył jubilatowi odnowiony dyplom doktora Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zasłużonemu koleździe przesyłamy gratulacje.

— Staraniem Stowarzyszenia Lekarzy odbędzie się w Krynicy Zjazd lekarzy, poświęcony zagadnieniom przemiany materji i niepłodności.

Zjazd odbędzie się w dniach 28 i 29 września, tuż po zjeździe internistów w Poznaniu.

Za Komitet organizacyjny:

Sekretarz: *Morgensternowa.* w. z. Prezes: *Better.*
Sekretarz Zjazdu: *m. p. Kmietowicz.*

— XXXVI Zjazd chirurgów francuskich odbędzie się w Paryżu, w czasie od 3 do 8 października r. b. Tematy główne: 1) O sączkowaniu w chirurgji brzusznej. 2) Pericollitis et epiploitis chronica. 3) Wskazania i wyniki sympatektomji okołotętniczej w chirurgji kończyn.

— XIX Zjazd francuski medycyny wewnętrznej odbędzie się w Paryżu w czasie od 11 do 14 października r. b.

— Na tydzień od 11 do 18 września r. b. zapowiedziany jest w Berlinie V międzynarodowy Zjazd, dotyczący zagadnień dziedziczności. Jakkolwiek jednym z języków urzędowych Zjazdu jest język francuski, to jednak pomiędzy prelegentami nie znajdujemy żadnego nazwiska francuskiego.

— W londyńskim szpitalu Middlesex otwarty został Instytut biochemiczny. W mowie inauguracyjnej podkreślił sir John Bland-Sutton stosunek biochemji do medycyny. Instytut został wybudowany według wskazówek i życzeń jego kierownika, prof. Doda'sa.

— Pomiędzy Moskiewskim Instytutem Pasteura a Hamburgskim Instytutem epidemiologicznym nastąpiło porozumienie w sprawie badań nad przebiegiem epidemji, na początek głównie nad dudem. Porozumienie to ma na celu wzajemną wymianę wyników badań ku pożytkowi obu krajów.

— Od dnia 2 do dnia 8 października odbywać się będzie w Anglii „tydzień zdrowia“, wprowadzony tam od roku 1912. Tym razem „tydzień zdrowia“ odbywać się ma pod hasłem: pomoc własna w sprawach zdrowia.

OD ADMINISTRACJI

Warunki prenumeraty:

w Warszawie	złp. 9
na prowincji.	„ 10
za granicą	„ 12

Nowoprzybywający prenumeratorzy otrzymują rocznik z r 1926 za cenę 10 zł.

TRĘŚĆ: E. HERMAN. Fizjopatologia przysadki mózgowej oraz dna III komory (Dokończenie). — M. EIGER i S. RUBINSTEIN. O zależności ciał azotowych bezbiałkowych od układu nerwowego współczulnego i obokwspółczulnego. — A. LANDAU, M. FEJGIN i J. HELD. Parę uwag o leczeniu cukrzycy. — B. KARBOWSKI. O otwarciu operacyjnym uchyłka jamy bębenkowej i jamy sutkowej (Atticoantrotomia) przez przewód słuchowy zewnętrzny. — J. KON. Rola witamin w dietetyce dziecięcej (Stresz. zbior. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — L. JELENKIEWICZ. Współczesny stan leczenia wewnętrznego kamicy żółciowej. (Dokończ.). — WŁ. MEDYŃSKI. Z zagadnień psychologii lekarskiej. — St. TUBIASZ. Angielskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego (Ministry of Health). Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: E. HERMAN La physiopathologie de l'hypophyse et du plancher du III ventricule (fin). — M. EIGER, et S. RUBINSTEIN. Sur la dépendance des corps azotés non-protéiques du système nerveux sympathique et parasympathique. — A. LANDAU, M. FEJGIN i J. HELD. Quelques remarques concernant le traitement du diabète. — B. KARBOWSKI. L'atticoantrotomie par le conduit auditif externe. — J. KON. Le rôle des vitamines dans la diététique enfantine (Rév. gén. fin.). — L. JELENKIEWICZ. Sur le traitement interne de la cholélithiase (fin). — L. MEDYŃSKI. Les problèmes de la psychologie médicale. — St. TUBIASZ. Le ministère de la santé publique en Angleterre.

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

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

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