

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Rok VII

WARSZAWA, 16 STYCZNIA 1930 R.

Nr. 3

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Znaczenie stosowania odmy piersiowej sztucznej w walce z gruźlicą.

Podał

G. LEWIN (Warszawa).

(Dokończenie p. Nr. 2)

Rokowanie w każdej terapii bywa, jak wiadomo, trudniejsze i mniej pewne, niż rozpoznanie choroby. Nie inaczej dzieje się przy stosowaniu odmy sztucznej, gdyż w przypadkach stosunkowo lekkich spotykamy się nierzadko z wieloma przykremi niespodziankami, które w znaczny sposób pogarszają wynik leczenia, w przypadkach zaś ciężkich możemy otrzymać wyniki nadspodziewanie dobre, dla tego też trzeba być z rokowaniem ostrożnym.

Stosowanie O. S. jest przeciwwskazane w próścówce, w gruźlicy jelit i innych narządów wewnętrznych — z wyjątkiem niezbyt posuniętej gruźlicy krtani — chorobach nerek i niewyrównanych wadach serca. W gruźlicy krtani poprawa idzie często ręka w rękę z poprawą w płucach. Wielu autorów uważa za przeciwwskazanie i cukrzycę, ale w jednym z moich przypadków gruźlicy płuc współistniała dość ciężka postać cukrzycy, a wynik był zadawalający, i stan ogólny chorej się poprawił.

Ciąża nie stanowi przeciwwskazania.

Co do wieku, to niektórzy lekarze radzą nie stosować O. S. w starszym wieku, myśmy jednak stosowali trzy razy w wieku od 50 do 60 lat, i wyniki były nadspodziewanie dobre; jeden z tych trzech pacjentów, który chorował przez dłuższy czas na ropień płucny, wypisał się z oddziału przed 5 laty wyleczony i dotychczas jest zdrow.

U jednego chorego ze zwężeniem przełyku, który został przeniesiony z oddziału chirurgicznego na mój oddział z powodu gruźlicy ropkowej płuc, zastosowaliśmy odnę sztuczną, co bezwzględnie wpłynęło na przedłużenie życia i zmniejszenie cierpień chorego.

Podczas wykonywania zabiegu mogą występować różne powikłania; nie ulega żadnej wątpliwości, że dużo znacząca jest dobra technika, doświad-

czenie i spokój operującego, ale pomimo to nie można być zabezpieczonym przed przykremi zdarzeniami. Wśród powikłań najniebezpieczniejszy jest zator powietrzny lub gazowy, który może powstać w mózgu wskutek zranienia podczas nakłucia naczynia krwionośnego na opłucnie lub w płucu. Zator taki może wywołać nagłą śmierć. Na szczęście, zdarzenia takie są bardzo rzadkie, i dla ich uniknięcia istnieje wiele urządzeń w rodzaju strzykawki bezpieczeństwa F orlaniniego, igieł Saugmanna i t. p.

Najczęstszym powikłaniem odmy sztucznej jest wysięk surowiczy opłucny. Małe nieznaczne wysięki, które występują prawie w połowie wszystkich odm sztucznych w kącie przeponowym, nie mają żadnego znaczenia. Większe wysięki surowicze, które zdarzają się rzadziej, wysysają się przeważnie samoistnie i nie tylko nie przeszkadzają, lecz przeciwnie wspomagają leczenie, gdyż wysięk surowiczy, uciskając płuco, odgrywa taką samą rolę leczniczą, co powietrze lub gaz. Na 130 przypadków O. S. mieliśmy tylko 12 większych wysięków surowiczych (9,2%), które wessały się samoistnie i w niczem nie przeszkadzały wykonaniu dalszego zabiegu. Nie wszystkie jednak wysięki surowicze są nieszkodliwe, niektóre z nich, mające skłonności do przedwczesnego wytwarzania zrostów, powodują często przerwanie dalszego zabiegu. Wyżej wymienione wysięki surowicze o łagodnym przebiegu występują wskutek podrażnienia opłucny, te zaś wysięki surowicze, które są następstwem ognisk gruźliczych opłucny, jak również wysięki ropne zewnątrz — lub zewnątrz — pochodne kończą się przeważnie źle. Wszystkie nasze cztery przypadki ropnych wysięków — jeden w gruźlicy płuc, trzy w zgorzeli — skończyły się śmiercią.

Samoistna odma piersiowa podczas stosowania odmy sztucznej wystąpiła u nas tylko jeden raz i skończyła się względnie pomyślnie.

Odma podskórna wystąpiła w 15 przypadkach i wszystkie dobrze przeszły w ciągu kilku dni pod okładem rozgrzewającym. Jest to wprawdzie powikłanie bardzo niewinne, może ono jednak czasem przeszkodzić w ciągu pewnego czasu

dalszemu kontynuowaniu napełnień, i dlatego trzeba się starać, o ile można, temu zapobiec. Powietrze może się dostać pod skórę albo podczas wyciągania igły po skończonym zabiegu, gdyż pod skórą ciśnienie jest ujemne, albo też podczas silnego kaszlu, jeżeli ciśnienie w opłucnie jest bardziej dodatnie; aby tego uniknąć należy po skończonym zabiegu podczas wyciągania igły mocno ścisnąć palcami rurkę gumową, łączącą ją ze zbiornikiem powietrza i położyć okład uciskowy na miejsce nakłucia. Radzimy zwykle w dodatku chorym odmowywać, aby podczas kaszlu przyciskali mocno ręką ten okład.

Krwiopłucie spostrzegaliśmy w 2 przypadkach. Było ono spowodowane, jak już wzmiankowałem wyżej, najprawdopodobniej szarpnięciem zrostu opłucnowego wskutek dużego ciśnienia wpuszczonego powietrza. Po zaprzestaniu dużych napełnień — krwiopłucie ustało.

U chorych niedokrewnych i neurastenicznych występowało czasem, przeważnie podczas pierwszego nakłucia, uczucie duszności, ściskania w piersi i omdlenia, tętno było przyspieszone lub zwolnione. Objawy te prędko mijały i nie stanowiły żadnej przeszkody do dalszego wykonania zabiegu.

Działanie terapeutyczne odmy sztucznej zależy w dużej mierze od czasu jej trwania. Zbyt długie stosowanie lub zakrótkie może się szkodliwie odbić na chorym. Na pytanie jednak, jak długo trzeba odmě podtrzymywać, trudno dać odpowiedź pewną, gdyż w każdym poszczególnym przypadku trzeba inaczej postępować, jest to rzecz indywidualna, i pod tym względem ogromną rolę odgrywa doświadczenie lekarza ordynującego i jego t. zw. „nos”. To jednak jest pewne, że, jeżeli w ciągu stosowania odmy sztucznej stan ogólny chorego się pogarsza, lub w drugim lepszym płucu występuje ognisko gruźlicze, albo też przyłącza się jakieś ciężkie powikłanie w rodzaju gruźlicy jelit i t. p., w takich razach trzeba bezwarunkowo natychmiast stosowanie odmy przerwać.

Ciężkie powikłania o charakterze niegruźliczym również mogą powodować przerwanie odmy. Hoffschulte np. opisuje przypadek odmy sztucznej lewostronnej, której stosowanie musiał przerwać z powodu uporczywych wymiotów, których nie można było w żaden sposób uspokoić. Autor przytacza jeszcze kilka podobnych przypadków z piśmiennictwa francuskiego i włoskiego. Wymioty, które występują podczas stosowania odmy sztucznej prawostronnej, Russi objaśnia opuszczeniem przepony, która, uciskając wątrobę, wywołuje utrudniony odpływ żółci, co może stać się powodem zaburzeń gastrycznych. Wymioty zaś z powodu O. S. lewostronnej Hoffschulte objaśnia odruchem nerwu przeponowego i błędnego.

Jeżeli w ciągu stosowania odmy sztucznej stan ogólny chorego się poprawia, i zaczynają zniknąć prątki, gorączka i inne objawy toksyczne, to odmě tę trzeba podtrzymywać przynajmniej dwa lata. W razie wytworzenia się wysięku surowiczego opłucny o charakterze łagodnym — o czym była mowa wyżej — można od czasu do czasu wpuszczać trochę powietrza, płynu zaś nie trzeba wypuszczać, o ile nie wywołuje duszności lub zaburzeń sercowych z powodu znacznego przesunięcia śródpier-

sia. Przypadki powikłania wysiękiem surowiczym o charakterze łagodnym dają zwykle przy odmie zupełnej wyleczenie kliniczne w ciągu 1—2 lat. Wogóle lepiej jest stosować odmě sztuczną dłużej, niż krócej, ale nie wolno zapominać, że długie stosowanie odmy może ujemnie wpłynąć na zdrowe tkanki odmowanego płuca i zmniejszyć ich zdolność powrotu do funkcji normalnej. Przekonano się, że odmě niezupełną trzeba podtrzymywać znacznie dłużej, niż zupełną, a jeżeli występują przedwcześnie zrosty, które przeszkadzają napełnieniom, to należy zastosować jeden z zabiegów chirurgicznych (torakokaustyka, *phrenico-exhaeresis* lub torakoplastyka).

Ostatecznie, jak słusznie twierdzą Zinn i Sichert, nie we wszystkich przypadkach można osiągnąć te same wyniki, trzeba, rozumie się, dążyć do wyleczenia klinicznego, ale jeżeli się to w żaden sposób nie udaje, to należy się zadowolić stosunkową poprawą. W każdym razie czas trwania odmy sztucznej waha się pomiędzy 2 i 5 latami, jakkolwiek znam przypadki, gdzie podtrzymywanie odmy trwa już 8 lat.

Na pytanie, kiedy trzeba zaprzestać odmy w naciekach wczesnych, odpowiedział niedawno w obszernym artykule Herman Rubinstein. Na zasadzie 20 obserwowanych przypadków autor przychodzi również do wniosku, że pewnych wskazań co do czasu przerywania odmy jeszcze nie posiadamy, że należy postępować nie szablonowo, lecz indywidualizować w każdym poszczególnym przypadku, zgodnie z całokształtem i charakterem cierpienia i innych czynników. Rubinstein sądzi jednak, że, jeżeli w przypadkach chronicznych postaci wytwórczej stosowanie odmy sztucznej powinno trwać dwa lata, a w postaciach wysiękowych — trzy lata i więcej, to w przypadkach nacieków wczesnych czas trwania odmy powinien chyba być znacznie krótszy, choć nie jest to aksonomatem.

Odma sztuczna może odgrywać poważną rolę nie tylko pod względem klinicznym, lecz i społecznym. Faktem jest, że dzięki temu zabiegowi chory może wyzdrowieć i powrócić do pracy znacznie prędzej, niż przy wszelkich innych sposobach leczenia. Leczenie konserwatywne, wyczekujące, długoletnia kuracja w uzdrowisku jest dostępna tylko dla ludzi zamożnych, ale urzędnik, robotnik, subiekt i inni pracownicy, którzy muszą często nawet ukrywać swoją chorobę przed chlebodawcą, mogą często być uratowani jedynie za pomocą odmy sztucznej, gdyż długotrwałe leczenie i niezdolność do pracy zawsze grozi utratą posady i zwicnięciem egzystencji. Ale, niestety, z bólem serca przyznać trzeba, że u nas w obecnym stanie ekonomiczno-społecznym człowiek niezamożny nie może prawie korzystać z dobrodziejstw tego zabiegu. Przeprowadzenie kuracji za pomocą odmy sztucznej jest dla człowieka niezamożnego bardzo trudne przede wszystkim dlatego, że koszty leczenia wynoszą w szpitalach 8—10 zł., w uzdrowisku zaś miejskim w Otwocku 15 zł. dziennie, a odżywianie jest w dodatku niedostateczne. Oprócz tego nie trzeba zapominać, że wyniki O. S. w dużej mierze również zależą od stanu majątkowego i społecznego chorego, gdyż odpoczynek w dobrze zorganizowanym uzdrowisku, spokój, dobre odży-

wianie i świadomość zapewnionego bytu rodziny, są to wszystko czynniki, które powiększają szanse dobrego i trwałego wyniku. Tem właśnie objaśnia się, że wyniki stosowania w praktyce prywatnej i w sanatoriach prywatnych są znacznie lepsze, niż w szpitalach i wśród niezamożnych pacjentów, co doskonale uwidacznia się z następującej tablicy statystycznej, zestawionej przez K r u c h e n a:

TABLICA Nr VIII.

I. Wyniki z praktyki prywatnej i w sanatoriach.

Sprawozdawca	Liczba przypadk.	Wyniki zadawaln.
Zinn i Siebert (prakt. pryw.)	61	54%
Muralt Davos	70	66,5%
Tideström sanatorium	136	66,7%
Carpi Lugano	66	50%
Wolff—Eisner (prakt. pryw.)	154	92%
Sanator. Arosa	55	76%

II. Wyniki z praktyki wielkowiejskiej i wśród pacjentów niezamożnych.

Zinn i Siebert (Moabit kl. III)	183	32%
Harms (prakt. ogólna)	145	35%
Epstein Rosja	95	18%
Szpital miejski w Mannheim	193	36%
„ Kupaictwa Wiedeńskiego	66	42%
Rolleston ambulat.	50	25%
Kertzman — uzdrowisko w Rosji	56	21%

W moich przypadkach wyniki dobre również przeważają znacznie wśród pacjentów z praktyki prywatnej. Kwestją tą powinien się zainteresować, moim zdaniem, związek przeciugruźliczy.

Z tego wszystkiego, coś w pracy tej przystarczyli, mamy prawo wnioskować, że stosowanie O. S. może odgrywać poważną i pożyteczną rolę w walce z gruźlicą, lecz — powtarzam to po raz drugi — pod warunkiem, aby zabieg ten był stosowany wyłącznie w przypadkach właściwych; tam zaś, gdzie widać wyraźną skłonność do poprawy pod wpływem leczenia sanatoryjnego, trzeba unikać stosowania O. S., gdyż nigdy nie wiadomo, jakie powikłania mogą się przyłączyć w ciągu długotrwałego stosowania zabiegu. Jeszcze bardziej ostrożnym trzeba być z chorymi z głębokiej prowincji, którzy nie mogą pozostawać w szpitalu lub sanatorium przez dłuższy czas stosowania zabiegu i muszą po kilku napełnieniach powrócić do domu, gdzie pozostają bez opieki lekarskiej. Podług mnie lepiej w takich razach wcale nie rozpoczynać, niż przerywać po kilku napełnieniach. *) Nawet w przypadkach jam płucnych, tym *cheval de bataille* odmy sztucznej, widuje się samoistne wyleczenie. Wprawdzie Graeff na zjeździe przeciugruźliczym w Elster w 1921 r. twierdził, że większe jamy płucne bez interwencji chirurgicznej noszą w sobie wyrok śmierci, ale od tego czasu problemat jam płucnych był wszechstronnie badany i debatowany, powstała wprost powódź prac za i przeciw wywodom Graeffa i takie powagi jak

Turban, Assman, Bacmeister i inni, stoją dotychczas na tem stanowisku, że nie tylko małe, lecz nawet i większe jamy płucne mogą samoistnie się zablizniać. Schminke wyraża się o tem bardzo dowcipnie, że organizm załatwiać to musi „nieinteligentnie“, lecz zato radykalnie. Niedawno Bronkhorst ogłosił poważną pracę o leczeniu jam płucnych i na zasadzie dużego materiału klinicznego przychodzi do wniosku, że w świeżo występujących jamach nie trzeba się śpieszyć z założeniem O. S., gdyż takie jamy mogą skurczyć się i wysychać i bez pomocy tego zabiegu, stosowanie O. S. jest — zdaniem Bronkhorsta — wskazane tylko wtedy, jeżeli w ciągu kilku miesięcy nie widać tendencji do samoistnej poprawy. Tego samego zdania jest i Dłuski na zasadzie obserwacji dość dużej liczby chorych, mianowicie 650 jamowych. Otóż u 241 chorych (37,6%) nastąpiło wysychanie, u 148 chorych (22,8%) jamy zostały ściągnięte, ale objawy ich pozostały, a u 64 (9,8%) jamy zarosły bez objawów; dzięki wyłącznie leczeniu sanatoryjnemu. Dobre wyniki wykazywał średnio przeszło 16 lat. Chcę zwrócić uwagę jeszcze na jeden szczegół: otóż wielu lekarzy, jak mi wiadomo, stosuje O. S. ambulatoryjnie, jak widzieliśmy wyżej na tablicy Nr. I. Mende podaje aż 177 przypadków O. S. wykonanych ambulatoryjnie, ja jednakże nie odważyłbym się na to i nikomu tego nie radzę. Zabieg ten powinien być, moim zdaniem, wykonywany w szpitalu lub sanatorium, i chory powinien przynajmniej w ciągu pierwszych kilku napełnień pozostawać pod opieką lekarską.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku podziękowania za współpracę przy stosowaniu odmy sztucznej paniom koleżankom: Frenclerowej, Piankównie i Zigelstrajchowej, oraz kolegom; Aronowiczowi, Celnikierowi, Fellhendlerowi, Fliderbaumowi, Gleichgewichtowi, Hermelinowi, Lichtenbergowi, Mintzowi i Painowi.

PIŚMIENICTWO.

- Ascoli. Der kontralaterale Tiefdruckpneumothorax. D. M. W. 1929 Nr. 33.
- Bronkhorst. Neue Deutungen der Kavernenheilung. Beitr. z. klin. d. Tbk. 1929 B72 Hl.
- Dłuski. Przyczynek do nauki o odmie sztucznej. Warsz. Czas. Lek. 1926 Nr. 3, 4.
- Dłuski. O jamach jawnych w płucach gruźliczych (650 jamowych). Warsz. Czas. Lek. 1929 Nr. 1, 2, 3, 4.
- Dorner. Der künstliche Pneumothorax. Med. Klin. 1923, Nr. 30.
- Frischbier u. Beckman. Die Bedeutung des Frühfiltrats f. die Klin. d. Lungentub. der Erwachsenen. und ihre Fürsorge. Ztschr. f. Tbk. 1928 Bd. 52 H. 2.
- Gabe. Erfahrungen mit beiderseitigen Pneumothorax. Ztschr. f. Tbk. 1929. B. 54, H. 3.
- Graeff. Die Bedeutung der Kaverne für den Verlauf und für die Einstellung zur Therapie der Lungentub. Z. Tbk. 1927. B. 47.
- Hoffschulte. Erbrechen, als Indikation für eine frühzeitige Unterbrechung der Pneumothoraxbehand. Ztschr. f. Tbk. 1929, B. 54, H. 2.
- Katz Georg. Die Soziale u. Klinische Berechtigung zum künstlichen Pth. im Kampf gegen die Tbk. Tbk. Bibliot. 1929 Nr. 34, Str. 25.
- Kruchen. Zur Frage des therapeutischen Wertes des künstl. Pneum. bei Lungentub. Ztschr. f. Tbk. 1927. Bd. 49 H. 2 str. 112.
- Lewin. O stosow. sztucznej odmy piersiowej sposobem Forlaniego. Med. i Kron. lek. 1918 Nr. 40.
- Maendl. Die Collapstherapie d. Lungentub. Wien 1927.

*) Niech mi wolno będzie w tem miejscu wyrazić życzenie, aby młodzi koledzy, którzy wybierają się na prowincję zapoznali się w szpitalach ze stosowaniem O. S. i zaopatrzyli się w przyrząd, który kosztuje *maximum* około 100 zł,

N a r e a u. Les résultats du pneumothorax thérapeutique. Paris, 1925, Cyt. u Katza str. 22.

R u b i n s t e i n. Soll man bei infiltr. Frühformen der Lungentub. den künstlichen Pth ebensolange wie bei den tertiären Spätformen unterhalten? Ztschr. f. Tbk 1929 B 54 H 4.

S a u g m a n. Dauererfolge der Pneumothoraxbehandlung bei Lungentub. Ztschr. f. Tbk 1921 Bd 34 H 6.

S t e r l i n g S. O sztucznej odmie piersiowej. Przegl. lek. 1917 №№ 8, 9, 10, 11.

S z c z e p a ń s k i. O sztucznej odmie piersiowej. Warszawa—Lwów 1925.

T r i b o u l e t i V a l t i s, Revue de la Tub. t. X № 4. Refer. w Warsz. Czas. Lek. 1929 № 44 str. 1041.

Z i n n u. Siebert. Ergebnisse der Pneumothoraxtherapie bei Lungentub. Tbk Bibliothek 1926 № 24.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z kliniki chorób dziecięcych Un. Warsz.

(Dyr.: Prof. M. Michałowicz)

Przyczynę do analizy odczynu wodnego skórniego.

Podali

R. BARAŃSKI (Warszawa) i M. BÜSSEL (Warszawa)

Aldrich i Mc. Clure w r. 1923 ogłosili swoją pierwszą pracę o skórnym odczynie wodnym, polegającym, jak wiemy, na śródskórnym wprowadzeniu 0,2 cm.³ roztworu fizjologicznego soli i wytwarzaniu guzka. Czas trwania tego guzka jest podstawą do określenia długotrwałości odczynu. Według ogólnie przyjętego zdania, w odczynie tym posiadamy prosty, a jednocześnie dość subtelny sprawdzian stanu gospodarki wodnej ustroju. Zrozumiałem jest przeto, że odczyn ten będzie miał różny okres trwania u różnych osobników.

Im osobnik jest młodszy, tem jego odczyn wodny skórný trwa krócej. Według Leonhardta odczyn wodny u niemowląt trwa przeciętnie 29 minut, u dzieci do lat 5 — 34 minuty, u dzieci szkolnych 52 minuty.

Stan nawodnienia tkanek również nie pozostaje bez wpływu na zachowanie się odczynu wodnego. U dystrofików (inanition simple), według Ribadeau-Dumas i Tisseranda, odczyn wodny jest wybitnie skrócony i tem jest krótszy, im tkanki są bardziej odwodnione. W przypadkach zatrucia pokarmowego, które przebiega zazwyczaj ze znacznym, szybko postępującym wysuszeniem, guzek może znikać prawie natychmiast. U niektórych dystrofików odczyn wodny wydłuża się znacznie pomimo, zdawałoby się, wybitnego wyniszczenia dziecka, jak to widzimy w stanach atreptycznych: tu tkanki straciły zdolność wiązania wody wobec głęboko zasztych w nich zmian.

Najbardziej ciekawe jest jednak to, że szybkość znikania guzka pozwala sądzić o zatrzymaniu się wody w ustroju, to znaczy o gromadzeniu się wody w układzie lakunarnym (Achar'd). Otóż odczyn wodny skraca się, gdy woda zaczyna się gromadzić, przytem niezależnie od tego, w jakiej części układu szczelinowego ma to miejsce. Nie gra tu również roli i charakter zatrzymywanego płynu (przesięki, wysięki), tak samo, jak i przyczyna gromadzenia się płynu. Skracanie się odczynu wodnego występuje już w tym okresie, kiedy klinicznie nie jesteśmy jeszcze w stanie wykazać nagromadzenia się płynu, jak to bywa naprz. w stanach przedobrzkowych. Naodwrot, jeżeli ilość nagromadzonego patologicznie płynu zaczyna się zmniejszać, S. O. W. wydłuża się. I znów powolniejsze znikanie guzka, a więc wy-

dłużenie się odczynu pozwala wykryć znikanie obrzęku, cofanie się przesięku bądź wysięku lub tylko tendencję w tym kierunku już wówczas, kiedy jeszcze nie można tego stwierdzić żadną z metod dotychczasowych, to znaczy oglądaniem, wymacywaniem lub ważeniem,

Wynikałoby stąd, że przy ocenie odczynu posiada decydujące znaczenie moment znikania guzka. Jakież są przyczyny znikania guzka? Takie pytanie postawiliśmy sobie dla zanalizowania odczynu wodnego.

W sprawie tej w piśmiennictwie panują poglądy rozbieżne. Według Aldricha i Mc. Clure'a, twórców odczynu, znikanie bąbla zależy od głodu wodnego tkanek, od stopnia nasycenia ich wodą. Francuscy autorzy podzielają to zdanie -- wg. nich odczyn wodny może służyć za probierz wodochłonności tkanek (test cutané d'hydrophilie). Dla większości autorów niemieckich (Guggenheimer i Hirsch, Eisner i Kallner) decydująca rola w znikaniu odczynu przypada czynnikiem mechanicznym, a więc ciśnieniu hydrostatycznemu, stopniowi rozszerzania się szczelin tankowych i t. p. Zdaniem naszym, zjawisko to, z natury swej bardzo skomplikowane, zostało zbyt uproszczone w wyżej przytoczonych poglądach.

Dla analizy odczynu wyszliśmy z innego punktu widzenia. Postanowiliśmy uwypuklić znaczenie kilku z tych czynników, które regulują gospodarkę wodną, a tem samem mają wpływ na wsysanie się bąbla w przebiegu odczynu wodnego. Mamy tu na myśli ciśnienie onkotyczne tkanek, stan naczyń włosowatych oraz ciśnienie w nich. Jasnym jest, że przytoczone trzy momenty nie wyczerpują całokształtu regulacji gospodarki wodnej. Pozwolą one jednak rzucić jeszcze trochę światła na kwestję gospodarki wodnej, a wraz z nią i skórnego odczynu wodnego.

Odczyn wodny skórný a ciśnienie onkotyczne.

Zacznijmy od wpływu ciśnienia, wywołanego przez pęcznienie kolloidów (t. z. ciśnienia onkotycznego) na przebieg odczynu wodnego. Już *a priori* należało oczekiwać, że wzmożenie ciśnienia onkotycznego powinno skrócić czas wsysania się bąbla. Przytoczone poniżej doświadczenia potwierdzają to w zupełności. Jako środek wzmagający zdolność pęcznienia wybraliśmy wyciąg z tylnej części przysadki. Korzystaliśmy z pituglandolu, preparatu f-my Roche, który zawiera wyciąg z tylnego płatu przysadki mózgowej oraz lejka (*infundibulum*). Wyciąg ten ma niezawodne działanie na przemianę wodną w tym sensie, że powoduje zatrzymanie się wody w ustroju.

Najjaskrawiej ilustrują wpływ pituglandolu na gospodarkę wodną ustroju zwierzęcego proste doświadczenia, które przerobili Etienne i Gérard:

1) Jeżeli wstrzyknąć żabie rozczyń Ringera żaba przestaje go wydzielać, jeśli uprzednio wprowadzić pod skórę hipofizynę (działa, jak pituglandol).

2) Łapka, podwiązana i włożona do wody, nasycy się wodą więcej, o ile podlegała zadziałaniu hipofizyny.

3) Hipofizyna, wstrzyknięta żabie, wywołuje przybytek na wadze oraz obrzęki.

A więc wynikałoby stąd, że wyciąg z tylnej części przysadki wywołuje zatrzymanie się wody w ustroju głównie dzięki wzmożonemu ciśnieniu onkotycznemu.

Metodyka.

Do zbadania wpływu ciśnienia onkotycznego na przebieg o. w. zastosowaliśmy następującą metodykę. Jako materiał do badań posłużyły nam dzieci zdrowe, rekonwalescenci lub też chore, jednak na takie cierpienia, które absolutnie nie odbijają się na gospodarce wodnej dziecka. Jako zasadę postawiliśmy sobie, do doświadczeń posiłkować się jedynie temi dziećmi, które wykazywały normalną przemianę wodną. Sprawdzanie tej ostatniej miało miejsce za pomocą zwykłej próby wodnej. Dziecko przez cały czas leżało w łóżku i djeta (zwykła mieszana) była przez cały czas doświadczeń jednakowa. W pierwszym dniu do świadczenia robiono skórny odczyn wodny. W razie jakichkolwiek wątpliwości odczyn skórny powtarzano. Odczyn robiono stale o jednej i tej samej godzinie, jednym numerem igły. Odczyn wykonywały stale te same osoby. Odczytywanie miało miejsce na podstawie wrażeń wzrokowych, głównie jednak dotykowych. W razie jakiegokolwiek wątpliwości, co do ustalenia momentu znikania odczynów prosiliśmy o kontrolę inne osoby. Odczyn wykonywano na przedramionach, na powierzchniach zginaczy. Dla ustalenia stanu gospodarki wodnej w następnym dniu poddawano danego osobnika zwykłej próbie wodnej, stosując 25 cm.³ wody na kilo wagi naczczo. Próba wodna trwała przez 5 godzin, od 7—12. W tym czasie co godzina określano ilość moczu, badano stężenie i ustalano wagę dziecka, aby zdać sobie sprawę z pozanerkowego wydalania wody. Przez czas próby wodnej dziecko było naczczo, potem otrzymywało swoje zwykłe pożywienie. Z chwilą ukończenia próby wodnej ustalano ogólną ilość moczu za przeciąg czasu od godziny 12 aż do 7 rano następnego dnia. Następnie przerabiano ponowną próbę wodną przy równoczesnym wstrzyknięciu pod skórę osobnika badanego pituglandolu. Wstrzykiwano go o godzinie 7 rano, to znaczy w tym czasie, gdy badany miał rozpocząć picie wody. Stosowano go w dawkach zgodnie z Lustem. Próbę wodną z pituglandolem robiono, aby przekonać się, czy przypadek nie jest oporny w stosunku do pituglandolu. Dalsze postępowanie sprowadzało się do skontrolowania, jak zachowuje się odczyn wodny pod wpływem pituglandolu. W tym celu o godzinie 9-ej rano wstrzykiwano badanemu osobnikowi pituglandol, a w 2 godziny póź-

niej robiono odczyn wodny. Dwugodzinny okres między wstrzyknięciem pituglandolu a dokonaniem o. w. ustalono po stwierdzeniu, że w tym czasie pituglandol jeszcze działa. Dla ustalenia, czy woda, podana wraz z pituglandolem, nie jest w stanie zmienić o. w. wykonanego po uprzedniej iniekcji pituglandolu, w całym szeregu przypadków przerobiono następujące doświadczenia. Badanego osobnika poddawano zwykłej próbie wodnej. O godzinie 7 rano wstrzykiwano mu pituglandol, a w 2 godziny później dokonywano na nim o. w. Chcieliśmy w ten sposób skontrolować, czy pituglandol, mając do wiązania nadmiar wolnej wody, potrafi jeszcze na tyle wzmocnić ciśnienie onkotyczne tkanek, aby skrócić o. w. Jak wiadomo, pituglandol wywiera działanie głównie na wiązanie wody wolnej, t. zn. nadmiaru wody w stosunku do miana wodnego, konstytucyjnie właściwego każdemu osobnikowi. Między poszczególnymi doświadczeniami u danego osobnika były robione pod kontrolą wagi częste przerwy, aby mieć pewność, że jego gospodarka wodna doszła w momencie rozpoczynania nowego doświadczenia do swojej równowagi. W ten sposób wszystkie doświadczenia możnaby ująć w następujący schemat: 1 dzień — odczyn wodny; 2 dzień — zwykła próba wodna; 3-ci lub 4-ty — pituglandol pod skórę, w dwie godziny później odczyn wodny; 4-ty lub 5-ty — próba wodna, przy jednocześnie podanym pituglandolu pod skórę, na początku doświadczenia, więc o godzinie 7-ej rano; 6-ty lub 7-my — to samo, co w poprzednim doświadczeniu, tylko o godzinie 9-tej, t. zn. w dwie godziny po iniekcji pituglandolu przerabiano odczyn wodny.

Protokoły doświadczeń są przytoczone in extenso w Pedj. Polsk. T. 9, Z. 2, 1929.

Tu będziemy się posiłkowali tylko ich wynikami.

Wpływ pituglandolu na przebieg próby wodnej.

Przed ustaleniem, jak wpływa pituglandol na zachowanie się S. O. W., sprawdziliśmy działanie tego preparatu na przebieg próby wodnej. Badanie to miało na celu z jednej strony ustalenie, czy dany osobnik jest na pituglandol dostatecznie wrażliwy, z drugiej zaś strony możliwość porównania S. O. W. z próbą wodną, która, jak wiemy, najlepiej odzwierciadla gospodarkę wodną danego ustroju. Otóż okazało się, że nie było przypadku, gdzieby pituglandol nie wpłynął na przebieg próby wodnej, wywołując mniejsze lub większe zmiany w torze wydzielenia wody. W przebiegu zwykłej próby wodnej widzimy zazwyczaj wyrzucanie całej przyjętej wody na drodze nerkowej już w pierwszych 2 godzinach. Po pituglandolu występuje wybitne zmniejszenie diurezy, w niektórych przypadkach przez cały czas trwania próby wodnej. Zasługuje na uwagę niżej przytoczony przypadek Nr. 21, w którym zastosowano tylko 0,3 cm.³ pituglandolu, to znaczy, mniej niż połowę normalnej dla dziecka w tym wieku dawki. Oligurja jednak utrzymywała się przez cały czas trwania próby wodnej.

Czasem oligurja trwa krócej, a diureza zaczyna się zwiększać w ostatnich godzinach trwania

№ 21 Wł. N., t. 14, L. ks. gł. 3144/1928.

Przebieg próby wodnej.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar własc.	Waga	Uwagi
7	750 gr. wody naczczo		30300 +750	
8	165	1005	30850	
9	450	1005	30350	
10	150	1006	30180	
11	60	1006	30100	
12	225	1005	29850	1050
do 7 rano				

Epilepsia.

Przebieg próby wodnej przy równoczesnem podaniu 0,3 pitugl. pod skórę.

Godzina	Ilość moczu	Ciężar własc.	Waga	Uwagi
7	750 cm ³ wody naczczo +0,3 pitugl.		30150 +750	
8	45	1020	30800	
9	40	1020	30720	
10	25	1030	30670	
11	20	1018	30600	
12	40	1015	30400	170
do 7 rano	900	1018		

próby wodnej. Stężenie moczu oczywiście zachowuje się odwrotnie proporcjonalnie do dobowej ilości wydzielonego moczu.

Dalej, pod wpływem pituglandolu w przebiegu próby wodnej obserwowaliśmy przesunięcie wydalania wody na tory pozanerkowe. Widzimy to wyraźnie w 7 przypadkach, a wśród nich i w przytoczonym wyżej 21-ym. Przyjrzyjmy się temu ostatniemu. Przy próbie wodnej zwykłej dziecko wydzieliło 1200 grm., z tego na drodze pozanerkowej 150 grm. Po podaniu zaś pituglandolu w tym samym czasie ogółem wydzieliło 900 grm., z tego

pozanerkowo 730 grm., a więc różnica wybitna. Zjawisko to może się wydawać trochę dziwne, wiemy bowiem, że wyciąg z tylnej części przysadki nie tylko zamyka sączek nerkowy, lecz i wywołuje zwężenie naczyń płucnych, a częstokroć i skóry, czyli zmniejsza wydzielanie wody na wielu drogach, rzadziej na wszystkich. W tem miejscu wypada jednak podkreślić, że dane te są zaczerpnięte z kliniki dorosłych, u dzieci, być może, zachowują się one odmiennie, co znajduje uzasadnienie w fakcie, że podczas doświadczeń z pituglandolem u dzieci nie widzieliśmy ani razu zblednięcia skóry.

Najgłówniejszą jednak rzeczą jest, że ustrój pod wpływem pituglandolu bezwzględnie zatrzymuje wodę, najczęściej w przeciągu pierwszych dwóch godzin, rzadziej zatrzymywanie trwa od 2-ch do 4-ch godzin. W pięciu tylko przypadkach retencja wybitnie zaznacza się na przestrzeni całej próby wodnej. We wszystkich tych przypadkach ustrój przez 5 godzin wydzielił mniej, niż podano mu wody dla próby wodnej.

L. p.	Ilość wody wypitej przy próbie wodn.	Ogółem wy- dalił przy próbie zwyk.	Ogółem wy- dalił przy próbie wod- nej po pitugl.
2	500	800	400
4	500	830	200
8	750	1030	400
10	425	600	275
20	1000	1800	900

W związku z przesunięciem się wydalania wody przez nerki na ostatnie godziny próby wodnej, widzieliśmy w niektórych przypadkach odwróconą próbę wodną, co świadczyłoby o tem, że pituglandol miał działanie krótkotrwałe.

Działanie pituglandolu zależy częściowo od właściwości konstytucyjnych ustroju, częściowo od wielkości dawki i sposobu zastosowania. Doszliśmy do wniosku, że naogół wystarczają dawki niższe, niż początkowo przez nas stosowane. Jako przykład może posłużyć wyżej cytowany przypadek Nr. 21, w którym zmiany w próbie wodnej są widoczne na całej jej przestrzeni, mimo małej dawki pituglandolu. Stosowaliśmy pituglandol przeważnie pod skórę, raz jeden śródskórnym, w ilości 0,2 cm.³ Efekt był bodaj większy, niż po podaniu 0,5 cm.³ pod skórę. Dalsze badania nasze w tej sprawie wykazały, że pituglandol, podany śródskórnym, działa w ten sam sposób, jak przy stosowaniu go podskórnym. Ogólny wniosek z doświadczeń z pituglandolem jest ten, że pituglandol wpływa we wszystkich przypadkach na zatrzymanie wody w ustroju, zaś długotrwałość jego działania jest różna.

(Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Nowsze poglądy na rolę i znaczenie niektórych elektrolitów ustroju.

Podał

Benedykt GLASS (Warszawa).

Tematem poniższego referatu będzie zestawienie badań nad temi elektrolitami, które występują w ustroju w postaci zjonizowanej. W pierwszym rzędzie będzie mowa o potasie, wapnie, fosforze, magne. Nie chcąc wkraczać w zbyt obszerną dziedzinę regulacji kwasowo-zasadowej i obręzków, nie będę dłużej zatrzymywał się nad sodem i chlorem (gospodarka chlorowa była tematem wyczerpującego odczytu Jerzego Glassa*).

1. Parę d'anych z chemji fizycznej.

W zależności od stosunku fizykalnego do wody, podzielił Graham wszystkie ciała na krystaloidy i koloidy. Krystaloidy rozpuszczają się, tworząc roztwory jednolite, posiadają zdolność krystalizowania i przechodzenia przez półprzepuszczalne błony. Natomiast koloidy rozpuszczają się, tworząc roztwór niejednolity, t. zw. zawieszinę, nie krystalizują i nie przechodzą przez błony.

Badania późniejsze wykazały, że to samo ciało, w zależności od rozpuszczalnika, zachowuje się bądź jak koloid, bądź jak krystaloid. Naprzykład sole metali ziem alkalicznych i wyższych kwasów tłuszczowych zachowują się w roztworze alkoholowym, jak krystaloidy, natomiast w roztworze wodnym posiadają własność koloidów (Krafft). Sól kuchenna zachowuje się wręcz odwrotnie. Obecnie też mówi się jedynie o stanie koloidalnym, bądź też krystaloidalnym danego ciała. Roztwory koloidalne nazywamy solami (hydrosol, alkoholosol itd.), przeciwieństwem do stanu „sol“ jest stan „żel“.

W zależności od stopnia powinowactwa do wody rozróżniamy koloidy wodopowinowate i wodoodbojętne (Perrin) czyli zawieszinowe (Hoerber). Do pierwszych należą białka, żelatyna, guma, do drugich—metale, ich tlenki itd.

Charakterystyczną własnością koloidów jest t. zw. flokulacja czyli skłaczanie. Zjawisko to polega na tem, że w pewnych warunkach powinowactwo poszczególnych cząsteczek koloidu między sobą staje się większe od powinowactwa cząsteczek tych do rozpuszczalnika. Proces ten jest przeważnie odwracalny i występować może pod wpływem różnych soli. Do strącenia koloidu wodochłonnego należy użyć więcej soli, niż do wytrącenia z roztworu koloidu wodoodbojętne. Każda zmiana stanu koloidalnego idzie równolegle ze zmianą stosunku jego do wody. Prawie wszystkie składniki komórki organizmu, a więc różne białka, lipoidy, glikogen, kw. moczowy itd. znajdują się w ustroju w stanie koloidalnym. Każda tkanka (a więc i krew) jest ściśle określonym układem koloidalnym. Stan koloidalny stale ulega zmianom. Plazma włókna

mięsnego w spoczynku znajduje się w innym stanie, niż plazma włókna mięsnego w skurczu. W tkankach rozpuszczalnikiem dla koloidów jest woda. Zmiany fizykalne stanu koloidalnego, występujące przy każdej czynności komórki, mają swe podłoże w zmianie stosunku koloidu do wody.

Każda cząstka zawiesziny koloidalnej posiada określony ładunek. Przy przepuszczaniu prądu elektrycznego przez zawieszinę koloidalną cząstki jej wędrują, w zależności od swego ładunku, do katody względnie do anody (kataforeza). Jeśli cząstki te są nieruchome, wówczas przy przepuszczaniu prądu woda przesuwana się w stosunku do nich (elektroendosmoza). Zjawiska te zostały poparte doświadczeniami Wiedemanna i Quinckego. Dla wytłumaczenia powstania elektrycznego ładunku cząsteczek koloidu Quincke wprowadził pojęcie „elektrycznej dwuwarstwy“ (elektrische Doppelschicht). Przyjmuje on, że na granicy między cząstkami koloidu a wodą znajdują się dwie warstwy, składające się z jonów, o ładunku elektrycznym przeciwnym. Obecnie objaśnia się powstanie ładunku elektrycznego cząstki koloidu na zasadzie zjawiska adsorbcji. Zdolność adsorbcyjna kationów i anionów — tak samo zresztą jak i innych ciał, jest różna. Badania Lachsa i Michaelisa, Michaelisa i Rony wykazały, że przy tym samym anionie zdolność adsorbcyjna kationów układa się w następujący szereg:

$$\text{Na}^+ < \text{Ca}^{++} < \text{Mg}^{++} < \text{Al}^{+++} < \text{Cu}^{++} < \text{As}^+ < \text{Hg}^+ < \text{H}^+ < \text{NH}_4^+$$

natomiast zdolność adsorbcyjna anionów (przy tym samym kationie):

$$\text{SO}_4^{--} < \text{Cl}^- < \text{Br}^- < \text{I}^- < \text{CNS}^- < \text{OH}^-$$

Różna zdolność adsorbcyjna kationów i anionów tłumaczy nam następujące zjawisko; węgiel pochłania z rozcieńczonego roztworu kwasu solnego nieco więcej H^+ niż Cl^- . Wydaje się więc, że węgiel posiada ładunek dodatni w stosunku do roztworu. Powierzchnia graniczna dwóch ciał wykazuje stale pewną różnicę potencjałów. Przyczyną powstania napięcia (różnicy potencjałów) jest minimalna różnica w chłonięciu anionu i kationu. Przyczyna powstania różnicy potencjałów w roztworze koloidalnym, pozornie nie zawierającym elektrolitów, polega na tem, że niema zawiesziny koloidalnej, któraby nie była zanieczyszczona: każdy kwas krzemowy zawiera domieszkę wapnia, tlenek żelaza zawiera chlor itd. (Michaelis i Rona).

Równomierny ładunek cząsteczek zawiesziny jest przyczyną ich wzajemnego odpychania się, różniomierny ładunek cząstek zawiesziny i cząstek wody powoduje ich przyciąganie. Cząsteczki zawiesziny mają względem siebie powinowactwo chemiczne, między cząsteczkami zawiesziny i wody powinowactwa tego niema. Pewna określona wartość różnicy potencjałów między cząsteczkami zawie-

*) Praca Jerzego Glassa wkrótce ukaże się w „Warsz. Czasop. Lek.“.

siny i wody wystarcza, by przewyciężyć chemiczne powinowactwo cząsteczek zawiesziny między sobą. Poniżej tej wartości siła przyciągania pomiędzy cząsteczkami zawiesziny i wody staje się mniejsza od chemicznego powinowactwa cząsteczek zawiesziny pomiędzy sobą, — cząsteczki łączą się z sobą, i koloid ulega strąceniu. Wytrącenie koloidu jest największą możliwą zmianą jego stanu, następuje całkowite oddzielenie się koloidu od rozpuszczalnika, względnie od wody.

Wszystkie czynniki, które zmienić mogą wielkość ładunku elektrycznego, wpłynąć mogą na stan koloidu. Decydujący wpływ będą wywierały ciała, posiadające własny ładunek elektryczny — a więc w pierwszym rzędzie elektrolity. Jak wynika z powyższego, przyczyną utrzymywania się ciała w roztworze koloidalnym jest różnica potencjałów (— napięcie), powstała na powierzchni granicznej zetknięcia się wody z cząsteczkami zawiesziny. Zmiana stanu koloidalnego zachodzi wtedy, gdy zmienia się napięcie. Stosuje się to jednak przedewszystkiem do koloidów wodoobojętnych — nie tyczy się natomiast w całej rozciągłości koloidów wodochłonnych, do których należy większość białek. Wobec tego, że do wytrącenia z roztworu koloidu wodochłonnego należy użyć stosunkowo dużej ilości elektrolitów, i że ładunek ich elektryczny nie odgrywa roli, wypowiedział L o e b pogląd, że różnica między koloidem wodochłonnym a wodoobojętnym polega na mechanizmie rozpuszczania się: pierwszego — dzięki powinowactwu chemicznemu do wody, drugiego — dzięki elektrycznej dwuwarstwie.

Jest rzeczą ciekawą, że kationy wywierają różne działanie na zawiesinę koloidalną. Badania nefelometryczne zawiesziny białkowej (S z a j n a) wykazały, że jony potasowy i sodowy w niskich stężeniach zwiększają powinowactwo cząsteczek zawieszonych do wody, w stężeniach wyższych strącają białko (a zatem w stężeniach wyższych niszczą komórki, w niższych — zwiększają pobudliwość). Jony wapniowy i magnowy nawię w małych stężeniach obniżają powinowactwo do wody (i dlatego w najmniejszych ilościach mogą porażać komórkę).

Działanie elektrolitów nie ogranicza się jedynie do koloidów wodoobojętnych. Jedną z własności koloidów wodochłonnych jest zdolność pęcznienia, co ściśle się wiąże z powinowactwem do wody (B e c h h o l d). Pęcznienie niektórych koloidów odbywać się może niemal nieograniczenie — aż do chwili, kiedy cząsteczki koloidu oddziela się całkowicie od siebie, i utworzy się roztwór. Tak zachowuje się np. białko. U innych koloidów natomiast pęcznienie prędko osiąga swoją granicę — np. u drzewa. Możliwy jest, oczywiście, cały szereg przejść. O ważnym znaczeniu zdolności pęcznienia koloidów dla przejawów życia świadczyć może to, że szereg autorów ujmuje kurczenie się włókienek mięsnych jako pęcznienie koloidu.

Znaczny wpływ wywierają na zjawisko pęcznienia elektrolity — przyczem ciekawem jest, że zarówno kwasy, jak i zasady (a zatem H⁺ i OH⁻) zwiększają zdolność pęcznienia. Wzmoczenie zdolności pęcznienia zależy jednak od koncentracji H⁺ lub OH⁻: ponad pewne stężenie roz-

twory kwasów lub zasad hamują pęcznienie. Sole posiadają przeważnie obniżające działanie na zdolność pęcznienia. Badając działanie soli o wspólnym kationie i o różnych anjonach (w jednakowych stężeniach cząsteczkowych), otrzymał Hofmeister w zależności od siły działania następujący szereg (t. zw. szereg Hofmeistera): SO₄²⁻, jon winny, jon cytrynowy <CH₃COO⁻ <Cl⁻ <Br⁻ NO₃⁻ <I⁻ <CNS⁻ (co znaczy, że działanie anjonu SO₄²⁻ jest najsłabsze, anjonu CNS⁻ — najsilniejsze).

Badania wpływów anjonów na wytrącanie kurzego białka (Hofmeister), na hemolizę (Höber), na podrażnienie mięśni (Schwarz) wykazały, że anjony, w zależności od siły swego działania, układają się zawsze w szereg Hofmeistera.

Badania wpływu kationów na białko tkanki żywej, dokonane ostatnio przez Hołobuta, wykazały, że jon potasowy wzmagą pęcznienie, natomiast jony wapniowy i magnowy zmniejszają pęcznienie białka żywej tkanki.

2. Prawo Donnana.

Jon białkowy różni się od jonów krystaloidów tem, że z powodu swej wielkości nie posiada zdolności dyfundowania przez błony. Ta cecha jonów białkowych jest przyczyną odrębności reakcji białek (L o e b).

Znaczenie nieprzechodzenia jonów białkowych przez błonę uwidacznia się w prawie Donnana. Prawo to ustala, jaki będzie podział elektrolitów w dwóch roztworach, oddzielonych od siebie błoną, gdy po jednej stronie znajdują się jony, nie posiadające zdolności dyfuzji przez tę błonę. Jeśli po jednej stronie błony mamy roztwór chlorku sodu, po stronie drugiej — chlorku sodu i białczanu sodu, to chlorek sodu po obu stronach dysocjuje na Na⁺ i Cl⁻, białczan sodu — na Na⁺ i anjon białkowy. Dzięki dyfuzji wytwarza się równowaga, lecz nie w ten sposób, że po jednej i po drugiej stronie będą jednakowe ilości Na⁺ i Cl⁻ — gdyż w tym wypadku po stronie białczanu byłaby przewaga anjonów — lecz według zasady Donnana tak, że po stronie koloidu będzie mniej Cl⁻ niż po stronie drugiej, natomiast więcej Na⁺. Wobec tego, że po obu stronach błony mamy różne stężenia jonów, wytwarza się pewna różnica potencjałów, którą można określić ilościowo.

3. Budowa komórki.

Przez wiele lat zastanawiano się, czy komórka zwierzęca posiada otoczkę i w jaki sposób przyjmuje i wydziela pewne substancje. Szereg badaczy (Traube, Meyerhof, Warburg) ustalił, że przyjmowanie przez komórkę substancji odżywczych odbywa się na zasadzie adsorpcji. Pogląd ten uczynił zbędnym przyjęcie istnienia błony komórkowej.

Poznanie składu plazmy komórkowej zawdzięczamy wielu badaczom, jak: Lilienfeld, Lepeschkin, Nathanson, Freundlich, Velisch, Della Valle i inni.

Główną częścią składową komórki są białka i lipoidy. Z białek nukleoproteidy są elementem komórkowym, albuminy i globuliny występują w płynach ustrojowych. Wszelkiej czynności ko-

mórki towarzyszy zmiana struktury plazmy komórkowej. Zmiany te są oczywiście odwracalne. Zmianą nieodwracalną jest t. zw. koagulacja, mająca jakoby znaczenie przy podziale komórki.

Struktura komórki nie jest jednolita. Według Krausego, Moellendorfa, Speka i innych plazma komórkowa składa się z dwóch substancji: jednej ubogiej w koloidy, a bogatej w wodę, i drugiej o dużej zawartości koloidów, a małej zawartości wody, która to substancja w postaci niezliczonej liczby kuleczek, w postaci zawiesiny, pływa jak gdyby w pierwszej. Wszelkie zmiany stanu komórki uwarunkowane są przez zmiany, zachodzące pomiędzy cząsteczkami koloidalnymi a substancją płynną. Z drugiej strony komórkę uważać możemy jako zbiorowisko powierzchni granicznych, będących przyczyną powstania różnicy potencjałów. Każda zmiana stanu koloidalnego idzie w parze ze zmianą wielkości powierzchni kuleczek zawiesiny, a co się z tem wiąże, ze zmianą po-

wierzchni granicznych i różnicy potencjałów. Jest rzeczą jasną, że elektrolity, wpływając na zmianę stanu koloidalnego, wpływać będą na przyjmowanie różnych substancji. Że rzeczywiście tak jest, dowodzą tego liczne doświadczenia. Boethe, Grücs, Wertheimer, Pohle stwierdzili, że zdolność przyjmowania barwników (kwaśnych i zasadowych) uzależniona jest od stężenia elektrolitów. Wiechmann stwierdził, że wapń nie pozwala na przenikanie bromu do czerwonych ciałek krwi. Chiari i Januschke przez podawanie soli wapniowych powstrzymywali powstawanie zapalenia spojówek po wkropleniu terpentyny. S. G. Zondek łagodził jonom wapniowym działanie chloralhydratu i chininy na serce. Świadczy to, że Ca²⁺ zmienia strukturę koloidalną i własności powierzchni granicznych o tyle, że stwarzają się nowe warunki dla adsorpcji różnych substancji.

(C. d. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Fizjologia normalna i patologiczna.

O. NIKOLAJEV. Rola jonów i elektrolitów w procesie wydzielania śliny. (Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 223 t. rok 1929.)

Doświadczenia były wykonywane na gruczole podszczękowym izolowanym, przez który przepuszczano płyn Ringer-Locka. Preparat taki zachowuje swoją działalność 2 a nawet 3 dni. Temperatura optymalna jest 37°.

Przy przepuszczaniu płynu Ringer-Locka mamy stałe ograniczone wydzielanie śliny. Podrażnienie *chordae tympani*, której pobudliwość jest zachowana przez 5-6 godzin, woliuje wzmożenie wydzielania.

Dodanie do płynu odżywczego chlorku wapnia powoduje zwiększenie wydzielania śliny po dodaniu zaś chlorku sodu lub potasu jak również chlorku magnezu wydzielanie zostaje zahamowane.

Przesunięcie reakcji płynu odżywczego w kierunku zasadowym (przez dodanie Na H CO₃) powoduje zwiększenie wydzielania, w kierunku kwasowym przez dodanie HCl — wydzielanie hamuje.

J. K.

N. M. LEŚNIK. Badania nad czynnością wydzielniczą żołądka. (Arch. f. Verd. Kr. tom 45 № 3/4. 1929.)

Autor rozważa zagadnienie chemizmu żołądkowego w odniesieniu do rozmaitych posiłków próbnych.

Szczególnie zastanawia się nad t. zw. posiłkiem Zimnickiego, który jakoby nie daje jednolitych wyników zarówno w cierpieniach żołądka organicznych jak i czynnościowych.

Metoda Zimnickiego nie odzwierciadla poza to czynności żołądka, raczej oddaje ona sumę wszystkich czynników oddziałujących na wydzielanie żołądka.

Stosowanie wagi i sympatyko tonicznych leków nie jest miarodajne jako sprawdzian; te zmiany, bowiem, jakie zachodzą, mogą się zdarzyć także samoistnie.

Toteż wprowadzanie leków sympatyko czy wago-tonicznych podskórnie nie jest celowe, jako nie podlegające dostatecznemu kryterjum.

Z tych powodów autor wypowiada się przeciwko metodzie Zimnickiego, zabierającej dużo czasu lekarzowi, męczącej dla chorego, a przytem nie dającej dostatecznych wyników

rozpoznawczych. Może ona być stosowana, gdy chodzi o określenie zaniku wydzielania. Niezupełne głodzenie pozostaje bez wpływu na czynność wydzielniczą żołądka.

B. Goldstein.

K. H. STAUDER. O zawartości lipazy w soku dwunastniczym. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 45, № 3/4.)

W treści dwunastnicy zebranej na czczo ilość lipazy jest mniej więcej stała. Wynosi ona (metodą aktywatorów) przeciętnie 0,64 jednostki lipazy, = 6,4 cm³ n/5 KOH lub też 15,30^{0/0} rozszczepienia tłuszczowego.

We wszystkich normalnych żołądkach ilość lipazy była większa na wysokości szczytu trawienia, przeciętnie o 50^{0/0} od ilości na czczo.

Frakcjonowane badanie soku dwunastnicy u osobników o zdrowych narządach wykazało, że poszczególne frakcje w 50^{0/0} przypadków dają wartości podobne. W sprawach patologicznych wyniki nie są jednolite.

Żółć posiada wybitne własności aktywujące. W normalnych przypadkach wpływ żółci zwiększa więc wartości lipolityczne w treści dwunastniczej. W sprawach patologicznych tego się nie stwierdza.

Pomiędzy kwasotą żołądka natoniast, a lipolizą żadnego stosunku nie stwierdzono.

Ilościowe określenia zaczynu lipolitycznego w treści dwunastniczej na razie nie mają wielkiego znaczenia. Nie mając bowiem dokładnych danych o ilości lipazy w soku dwunastniczym normalnym, trudno wypowiedzieć się o zaburzeniach ilościowych w stanach chorobowych.

B. Goldstein.

UWAGA: Za jednostkę lipazy uważa się tę ilość, która odszczepia 24^{0/0} z 2½ gr. oliwy, przy 30° Cels.

C. W. LIEB. Wpływ 12 miesięcznej diety wyłącznie mięsnej na ustrój ludzki. (J. Am. Med. Ass. tom 93, № 1 1929.)

Autor podaje swoje spostrzeżenia nad 2 osobnikami, którzy odżywiali się wyłącznie dietą mięsną w ciągu 12 miesięcy.

Djeta ta składała się wyłącznie z mięsa. Napoje — z herbaty, kawy oraz wody. Napoje były bez dodatku mleka i przytem niesłodzone.

Przemiana podstawowa była o jakie 10-20% niższa (od standardowej D u - B o i s).

Waga ciała obniżyła się nieco w ciągu pierwszych miesięcy, później pozostawała niezmienną.

Nerki zachowywały się bez zarzutu przez cały czas trwania doświadczenia. Wydalanie mocznika wzrosło o 100%.

Co do przemiany wapniowej, to, mimo przypuszczenia, że w diecie kwasiczej, jaką jest czysto mięsna, ilość wapnia w ustroju uległ zmniejszeniu, przez cały czas trwania doświadczenia nie stwierdzono wcale odwapnienia ustroju.

Skład krwi nie uległ zasadniczo żadnym zmianom, nieznacznie wzrosły tylko ilość kwasu moczowego oraz lipemja, Ciekawe było zachowanie się krzywej tolerancji na cukier, która przypominała wykresy u cukrzyczych.

Co do flory bakteryjnej jelit, to nie można było stwierdzić przewagi flory gnilnej. W stolcu, który miał odczyn kwaśny (od PH = 6,0 do 6,8), nie stwierdzono ani krwi, ani śluzu.

B. Goldstein

Chor. narządów trawienia.

E. D. NEWEL i inni. **Przypadek olbrzymiego wyrostka robaczkowego.** (J. Am. Med. Ass. t. 92. Nr. 24. 1929.)

Autorzy przytaczają przypadek niezwykle dużego wyrostka robaczkowego usuniętego podczas zabiegu.

Jak się okazało był to torbielowato zwyrodniały wyrostek, który ważył 659 gr. Światło w części przylegającej do kątnicy wynosiło do 3 cm. Drobnowidzowe rozpoznanie było: torbiel, śluzakowata.

Pacjent czuł się po zabiegu zupełnie dobrze.

B. G.

D. de RIVAS. **Czerwiwość pod postacią zapalenia wyrostka robaczkowego.** (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr. 14 1929).

Autor wskazuje na dość liczne przypadki czerwiwości, przebiegające pod postacią kliniczną zapalenia wyrostka robaczkowego.

Szczególnie częste są te stany u osobników młodocianych i u dzieci, które wykazują największy odsetek zakażeń pasorzytami.

Z robaków, wchodzących w rachubę, należy wymienić: *oxyuris vermicularis*, *trichocephalus dispar* rzadziej *schistosomiasis* i *ascariasis*.

Rzecz prosta, że zabieg operacyjny nawet w przypadkach bezpośredniego podrażnienia wyrostka przez pasorzyty nie daje wyleczenia.

Dokładne badanie kału w kierunku jaj pasorzytów we wszystkich przypadkach, gdzie zachodzi podejrzenie czerwiwości zapobiega niejednokrotnie zbędnym zabiegom chirurgicznym.

B. Goldstein

F. JERARD i W. WASHBURN. **O rozległych resekcjach jelita cienkiego.** (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr. 22/ 1929).

Autor przytacza przypadek resekcji aż 19 stop zgorzelnego jelita cienkiego, przyczem pacjent zniósł dobrze jeszcze drugą operację z powodu niedrożności jelit. Obecnie w 2½ roku po zabiegu jest zdrow i dobrze się czuje.

Z literatury znane są przypadki usuwania mniej lub więcej rozległych odcinków jelit cienkich z dobrym wynikiem. Rekord pod tym względem stanowił ma przypadek Doerflera, który w 30 godzin po skręcie kiszek dokonał resekcji całego niemal jelita cienkiego. Pozostało tylko 12 cm. za zagięciem dwunastniczo-jelitowym i 20 cm. nad zastawką Bauhina. Po 6 latach pacjent czuł się bardzo dobrze.

Badania, przeprowadzone na psach, wykazały, że po rozległych resekcjach następują zmiany w odżywianiu ustroju zależne głównie od niedostatecznego wchłaniania treści pokarmowej, wzmożonego gnicia i t. p.

Djeta u tego rodzaju chorych winna się oprzeć na węglowodanach i łatwo przyswajalnych białkach, tłuszcze są znoszone znacznie gorzej.

Trzeba zresztą pamiętać, że resekcja winna być przeprowadzona możliwie oszczędnie, choć jest ona niekiedy jedynym ratunkiem.

Rokowanie w przypadkach rozległych resekcji jest zawsze poważne. Czasem jeszcze po szeregu lat może nagle nastąpić dekompensacja odżywiania i rychła śmierć.

B. Goldstein,

W. C. FOSTER. **Ostra niedrożność jelit.** (Journ. of the Am. Med. Ass. Tom 91. № 20 r. 1928.)

Na zasadzie szeregu badań doświadczalnych autor dzieli ostre niedrożności jelit na 2 grupy, różniące się od siebie zarówno pod względem przebiegu, jak i śmiertelności.

W niedrożnościach wysokich przebieg jest szybszy i gwałtowniejszy, ponieważ jelita w tym miejscu są wrażliwsze, i rozciągnięcie następuje znacznie prędzej. Ze względu na warunki anatomiczne tego odcinka jelitowego martwica następuje szybciej wskutek rozciągania przez nagromadzoną wydzielinę.

Stopień rozdzęcia pętli, utrata krwi, natężenie urazu i bólów są zależne od długości uciśniętego odcinka jelita. Z drugiej strony rodzaj i rozległość niedrożności naczyń krwionośnych wpływają na stopień urazu przez wywołanie martwicy.

Śmierć na drodze wstrząsu może nastąpić nawet w nieobecności drobnoustrojów w zajętem jelicie, o ile uszkodzenie jest rozległe. Trzeba się jednakże liczyć w warunkach doświadczalnych z możliwością odruchu z uszkodzonego jelita.

W typie II-pętli krótkiej, gdzie zgorzel następuje znacznie wolniej, zaś śluzówka jest uszkodzona, następuje wessanie się trujących produktów rozpadu, które powstają w jelicie i tkankach obumierających. Występują wówczas objawy zatrucia.

Pęknięcie następuje w zależności od szybkości wzdęcia i zmian w ścianach jelita.

Po upływie 24 godzin wchodzi ponadto w grę utrata płynów i chlorków wskutek wymiotów.

Leczenie wyłącznie chirurgiczne.

Najlepszym znieczuleniem jest miejscowe, ewentualnie w połączeniu z ogólnym. Znieczulenie takie wpływa na jelito, zmniejszając rozdzęcie i zapobiegając powstaniu wstrząsu.

Doprowadzanie płynów drogą doustrną jest przeciwwskazaniem ze względu na możliwość dalszego rozciągania elita i zwiększenia wymiotów. Nie wolno również podawać środków przeczyszczających. Nie wolno też dawać środków odurzających, jak morfina, ze względu na możliwość wprowadzenia w błąd otoczenia. Dopiero po obciążeniu chorego przez chirurga morfina i jej pochodne są dopuszczalne.

Co się tyczy treści, znajdującej się w jelicie ponad miejscem niedrożności, to w przypadkach widocznych zmian w ścianach jelita płyn ten należy usunąć, by zapobiec wchłanianiu się substancji trujących.

Założenie enterostomji jest o tyle wskazane, że nadaje się ona do wprowadzania płynów, które w tym stanie są bardzo potrzebne.

Doprowadzanie chlorku sodu oraz cukru gronowego ma na celu nietylko wyrównanie ciśnienia osmotycznego, lecz wypłukanie ustroju z toksyn oraz pobudzenie diurezy.

Ciśnienie krwi jest zazwyczaj obniżone. Od pierwszej chwili należy walczyć z zapaścią.

B. Goldstein,

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

L. S. P. DAWIDSON. **Anaemia pernicioza.** Badania eksperymentalne i kliniczne (Le Sang Nr. 3, 1929)

Autor podkreśla znaczenie usposobienia konstytucjonalnego lub skłonności dziedzicznej do anemji Czynniki ze-

wewnętrzne jak *botriocephalus*, *lues*, ciężkie zakażenia i. t. d. o ile wogóle mogą być odnalezione, odgrywają rolę jedynie czynników wywołujących.

O ile chodzi o mechanizm powstawania anemii złośliwej, to pewne światło rzuca na tę sprawę fakt, że wątroba, podana doustnie, lub też ciało otrzymane z niej przez *Cohna* i *Westa*, powodują natychmiastową poprawę. Należy wobec tego przypuszczać, że w wątrobie znajduje się nieznanne dotychczas ciało, które normalnie warunkuje wytwarzanie krwinek, a którego brak u chorych na anemię złośliwą. Ten brak może być wy tłumaczony bądź tem, że wątroba nie otrzymuje materiałów potrzebnych do syntetyzowanego ciała, bądź tem, że wątroba nie jest zdolna wytworzyć to ciało z materiałów otrzymanych. Nienormalny stan przewodu pokarmowego, stale obserwowany w anemii (*glossitis*, *gastritis*, *enteritis*, *achlorhydria*) może być przyczyną tak jednego, jak i drugiego zjawiska.

Z wywodów powyższych wynika, że anemię złośliwą należy uważać za chorobę „z braku” — taką, jak z jednej strony są awitaminozy, zaś z drugiej choroby gruczolów dokrewnych.

Jeżeli chodzi o florę bakteryjną przewodu pokarmowego w anemii złośliwej, to jak wykazały szczegółowe badania autora, pod względem jakościowym żadnych odchyżeń od normy nie daje się stwierdzić, natomiast ilościowo w anemii złośliwej spotykamy się z niemal stałym znacznym powiększeniem flory bakteryjnej, w szczególności *b. Welchii*.

Achlorhidria soku żołądkowego jest warunkiem koniecznym anemii złośliwej, nie jest jednak dla niej patognomiczna, gdyż może się zdarzać i bez, anemii. Głównymi jej cechami są: 1^o pochodzenie konstytucyjne, a nawet dziedziczne, 2^o niezmierna stałość, niezależnie od stanu choroby. Zarówno podczas nasileń, jak i remisji achlorhidria pozostaje bez zmiany. Skutkiem braku kwasu solnego w żołądku i górnych częściach jelit znajdujemy obfitą florę bakteryjną. Prawdopodobnie wpływa ona na wchłanianie toksyn współdziałając przy wytwarzaniu się anemii, nie jest jednak jej właściwą przyczyną, gdyż podczas remisji flora bakteryjna nie ulega żadnej zmianie. Nie skuteczność podawania kwasu solnego nawet w wielkich dawkach tłumaczy się tem, że, jak wykazały doświadczenia, nie jest on w najmniejszym stopniu w stanie wyjałowić żołądka.

W dalszym ciągu swej pracy autor omawia dokładnie sposób leczenia i znaczenie terapeutyczne wątroby i jej wyciągów.

Badania nad skutecznością różnych wyciągów wątrobowych, wykonane na zwierzętach, nie dały pozytywnych rezultatów, gdyż jak się okazało, anemie eksperymentalne, wywołane przez wstrzykiwanie ciał hemolizujących (woda destylowana, toksyna *b. Welchii*, fenylhydrazyna) nie reagują na kurację wątrobową. Fakt ten potwierdza znaczenie czynnika konstytucyjnego w etiologii anemii złośliwej.

Ważne znaczenie prognostyczne przy określaniu skuteczności leczenia wątroba ma badanie krwi na młode formy krwinek, mianowicie na t. zw. „retikulocyty”. Normalnie liczba retikulocytów wynosi 1 na 100 czerwonych ciałek krwi. Liczba w anemii złośliwej pozostaje bądź taka sama, bądź też jest nieznacznie zwiększona. Natychmiast po rozpoczęciu leczenia wątroba, liczba retikulocytów gwałtownie się zwiększa, proporcjonalnie do ilości dostarczonego hormonu i do zdolności funkcjonalnej szpiku kostnego, dochodząc do 40 na 100 czerw. ciałek. Jeżeli reakcja ta nie występuje, lub występuje w słabej formie świadczy to o ciężkim stanie anemii lub jej formie aplastycznej.

W leczeniu anemii złośliwej, poza stosowaniem wątroby, inne dawniej podawane środki należy uważać za zbyt bezużyteczne. Transfuzję krwi można stosować wtedy, gdy stan chorego jest

tak ciężki, że ustrój nie jest zdolny zresorbować i zużytkować wątroby.

Wątrobę należy podawać na surowo lub lekko podgotowaną. Sok, otrzymany z wątroby, który należy stosować u tych chorych, którzy jeszcze nie znoszą stałego pożywienia, jest mniej wartościowy. Gotowanie niszczy substancję działającą.

Ilości wątroby, które należy podawać, są indywidualne. U jednych dodatni efekt uzyskuje się przy stosowaniu $\frac{1}{4}$ funta dziennie, u innych dopiero $\frac{3}{4}$ f. Autor ostrzega przed stosowaniem zbyt małych ilości wątroby, co zdarza się b. często, gdyż nie uzyskuje się wtedy żadnej poprawy i stan chorego pogarsza się.

Po ustaleniu dawki, która wywołuje wyraźny odczyn retikulocytowy, należy ją stosować tak długo, aż liczba ciałek czerwonych wyniesie ok. 5.000.000 i wtedy można ją obniżyć. Należy pamiętać, że wątroba, tak samo jak insulina, nie jest środkiem leczniczym w ścisłym znaczeniu.

Różne wyciągi wątrobowe są naogół również skuteczne, choć wartości ich ustępuje wartości samej wątroby. Stosuje się je przedewszystkiem wtedy, gdy współrzędnie istnieje schorzenie nerek z powiększeniem ilości mocznika we krwi.

Stosowanie wątroby pozostaje bezskuteczne: 1^o gdy diagnoza anemii złośliwej jest błędna, 2^o gdy podajemy wątrobę w niedostatecznej ilości ugotowaną lub ekstrakty źle działające, 3^o gdy występują w anemii złośliwej komplikacje lub infekcje, 4^o (wg amerykańców) gdy stosowano zbyt częste transfuzje krwi.

J. Konorski

W. S. MIDDLETON. O zachowaniu się rozmaitych anemii wobec diety wątrobowej. (J. Am. Med. Ass. Tom 91. Nr. 12. r. 1928)

Z pośród 40 pacjentów z niedokrewnością wtórną 14-u reagowało dobrze na leczenie wątrobowe. Prawdopodobnie nie jest to jakiś odczyn swoisty, gdyż nie widać było wystąpienia retikulocytów, jak w niedokrewności złośliwej. W 6 przypadkach nie było nawet zwiększenia liczby czerwonych ciałek.

Nieogłędne stosowanie diety wątrobowej we wszystkich przypadkach niedokrewności wtórnej bez różnicy etiologii odbija się bardzo ujemnie na budzecie chorych mniej zamożnych, pomijając już małą skuteczność tej diety.

Wyciąg kw. solnego z popiołu spalonej wątroby posiada wybitne zdolności regeneracyjne, które przypisywano zawartości w popiele żelaza. Prócz tego zawarta jest jeszcze jakaś nieznaną bliżej substancją.

Badania świeższe wykazały w popiele także obecność miedzi. I rzeczywiście, dodawanie miedzi w ilościach 0,05 — 0,1 mlgr. na 0,5 mgr. żelaza z popiołu wątrobowego okazało się nadzwyczaj skuteczne. Autorzy oceniają dzienne dawki miedzi, wprowadzane do ustroju przy diecie wątrobowej, na 4 mlgr. przy ilości żelaza odpowiadającej 25 mlgr.

Próbowano podawać żelazo i miedź także w anemii, odzywczej (przy odżywianiu mlekiem) ze skutkiem niepewnym; W każdym razie miedź nie jest tym czynnikiem, który powoduje poprawę w niedokrewności złośliwej.

B. G.

C. L. CUMMER. O schorzeniach krwi w kile. (J. of the Am. Med. Ass. 91 Tom, Nr 10, rocznik 1928).

Omawiając sprawę schorzeń krwi w przebiegu kily, autor rozróżnia 4 grupy chorobowe:

1. Niedokrewność w przebiegu wczesnych okresów kily wrodzonej; 2. niedokrewność w przebiegu kily późnej; a) ze zmianami, jak w niedokrewności złośliwej, b) ze zmianami, jak w niedokrewności wtórnej, przyczem mogą one przebiegać z powiększeniem śledziony lub bez niego; 3. białaczka kilowa;

4. niedokrewność na tle hemolitycznym wskutek hemoglobinurji napadowej.

Niedokrewność może wystąpić w każdym okresie kiły, jest naogół częstsza u kobiet, aniżeli u mężczyzn. Przeważają postaci łagodne typu anemji wtórnej.

Co się tyczy przypadków niedokrewności złośliwej, to dotychczas nie udało się wykazać bezpośredniego związku przyczynowego z kiłą.

Niedokrewność, występująca w przebiegu późniejszych okresów kiły, może współistnieć ze zmianami w narządach wewnętrznych — żołądka, wątroby, układu krążenia. Mogą one zatem stanowić jedną z tak zwanych oznak zwyrodnienia kilowego.

Co do postaci przebiegających bez powiększenia śledziony, to niedokrewność może osiągnąć bardzo znaczny stopień.

Postaci z powiększeniem śledziony mogą naśladować zespół Bantiego. Niektórzy nawet uważają, że żadnych różnic niema pomiędzy temi 2 stanami. W każdym przypadku chor. Bantiego należy wyłączyć kiłę.

Splenomegalje w przebiegu kiły wrodzonej zdarzają się niezbyt rzadko. Dzieci takie zazwyczaj są niedorozwinięte i po usunięciu śledziony poprawiają się znakomicie.

Przypadki białaczki zarówno szpikowej, jak i limfatycznej (ta ostatnia jest częstsza) zdarzają się w przebiegu kiły.

Białaczki luetyczne mają częstokroć przebieg atypowy. Częste są białaczki ostre.

Hemoglobinurja napadowa jest powszechnie uważana za następstwo kiły i słusznie. Przeważna liczba przypadków hemoglobinurji napadowej wykazuje odczyn Wassermann'a dodatni. Także leczenie swoiste daje najlepsze wyniki.

Co do leczenia spraw hematologicznych w przebiegu kiły, to należy ostrożnie stosować zarówno preparaty rtęciowe, jak i arsenikowe, by nie wywołać zmniejszenia ilości hemoglobiny i liczby czerwonych krwinek.

Działanie połączeń jodowych nie jest pewne.

Transfuzje winny być stosowane, o ile chory jest bardzo wycieńczony, by umożliwić leczenie swoiste.

Splenektomia jest wskazana w przypadkach powiększenia śledziony.

B. G.

R. POINSO, G. ZUCCOLI i M. RECORDIER. Trzy nowe przypadki *lymphogranulomatosis maligna bez świerzbiączki i eozynofilji* (Le sang Nr. 5 r. 1929).

Autorzy przytaczają 3 przypadki choroby Hodgkina przebiegającej bez świerzbiączki i eozynofilji. Dwa z tych przypadków zostały potwierdzone na sekcji. Ponieważ przypadki te nie są bynajmniej odosobnione, a zdarzają się dość często, ponieważ z drugiej strony opisano przypadki z świerzbiączką i eozynofilją, które okazały się w następstwie typową leukemją, autorzy proponują wyłączyć powyższe objawy z objawów patognomicznych dla *lymphogranulomatosis maligna*.

J. K.

S. NAHABETIAN i B. MANNELIAN. Wycięcie śledziony w III okresie choroby Bantiego. (Pr. Med. 98/1929).

Autorzy podają przypadek choroby Bantiego z wodobrzuszem (III okres), w którym wycięcie śledziony doprowadza do ustąpienia wodobrzusza i wzrostu liczb czerwonych krążków krwi z 1800000 na 4800000.

Henryk Landau

Wskazówki praktyczne.

W leczeniu uporczywych *szumów usznych pochodzenia błędnikowego* zaleca Heymann: sole bromowe, ewentualnie w połączeniu z jodkiem potasu, lub weronalu 0,4, bromku sodu 0,2 — trzy razy dziennie po jednym proszku, dalej — chininę w pigułkach po 0,01 do kuracji dłuższych, strychninę w pigułkach po 0,001 i atropinę w takiej samej dawce (3 razy dziennie po 1 pigułce); również i perełki nautisanu. Można stosować także wcierania spirytusowe, gorące kąpiele nożne, środki przeczyszczające, pijawki na okolicę wyrostka sutkowego i prąd galwaniczny.

(Münch. m. W. 1929 N. 46).

—o—

Przeciwno *podrażnieniu opon mózgowych po nakłuciu łądźwiowem* radzi Paleso używanie bardzo cienkich igieł, wypuszczanie możliwie małych ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, wstrzykiwanie odpowiedniej ilości roztworu fizjologicznego soli kuchennej w miejsce wypuszczonego płynu, le-

żenie na plecach w pozycji z uniesioną miednicą, piramidon i przetwory przysadki.

(D. Ztschr. f. Nervenhlk. 1929. str. 71).

—o—

Weitz miał dobre wyniki *leczenia kiły wrodzonej u drobnych dzieci malarją wraz ze zwykłą kuracją przeciwkiłową*. Wyniki były lepsze, niż w razie stosowania samej tylko kuracji przeciwkiłowej (Monatsschr. f. Kindhlk. 1929 T. 43).

—o—

Knauer proponuje *uodparnianie przeciwko odrze*, zarówno jak i jej leczenie, za pomocą *surowicy lekarzy i pielęgniarek*, zajętych w oddziałach odrowych. K. wychodzi z założenia, że osoby, znajdujące się w ciągłym kontakcie z chorymi na odrę, skutkiem stałego wchłaniania w siebie zarazka odrowego, muszą mieć we krwi większy zapas przeciwciał. Nadawałyby się do tego i matki chorych dzieci. Konieczne jest wczesne zastrzyknięcie surowicy. Wyniki mają być dobre.

(Jahrb. f. Kindhlk. 1929 t. 123)

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Okulistyczne
(oddział warszawski).

Warszawskie koło polskiego lekarskiego
towarzystwa radiologicznego.

III i XXX posiedzenie naukowe z dnia 16 marca 1929 r

Przewodniczący: Prof. Dr. Med. K. Noiszewski
Doc. Dr. Med. Z. Grudziński

Sekretarze: Dr. med. A. Wiczorek
Dr. med. H. Adelfang
obecnych 67.

1. Melanowski W. i Grudziński Z. O *zdjęciach pozakoścowych gałki ocznej*.

2. Grudziński Z. O *dokładnej lokalizacji ciał obcych w oku metodą własną* (ukáže się w druku).

W dyskusji Sabat stwierdza:

Metod, służących do lokalizacji ciała obcego w oku, jest wiele, nie świadczy to bynajmniej o ich małej wartości. Poszczególne z nich posiadają swoje zalety i niedomagania. Jedna zleca się prostotą i łatwością zastosowania, wyniki jej jednak są mniej dokładne, inna daje dokładniejsze wyniki,

jest jednak żmudna w użyciu, wymaga dużo czasu i kosztownych przyrządów. Niezawsze zależy na bardzo dokładnej, — że tak powiem, — milimetrowej lokalizacji. Zdaje mi się, że nieraz bardzo dokładne dane umiejscowienia wychodzą poza granice możliwości wyzyskania ich przez okulistę. Dwufazowa metoda Köhlera dzisiaj jeszcze mimo istnienia metod, umożliwiających bardzo dokładną lokalizację, posiada wielką wartość, wystarcza bowiem w wielu przypadkach. Z drugiej strony zdarzają się przypadki, w których mimo najdokładniejszej lokalizacji operator ciała obcego nie jest w stanie wyjąć. Według statystyki, dotyczącej uszkodzeń oka w czasie wyjątków wojny, metoda Holzknechta i Mengelberga, umożliwiająca oznaczenie, w którym okcie i w jakiej odległości od powierzchni gałki ocznej znajduje się ciało obce, okazała się wystarczająca w przeważnej liczbie przypadków. Mówca posługiwał się tą metodą, a także i swoją własną dotychczas nieopisaną, umożliwiającą łatwe i dokładne oznaczenie, w którym okcie i w jakiej odległości od powierzchni gałki ocznej znajduje się ciało metalowe. Metoda ta polega na tem, że, gdy dwa zdjęcia rentgenowskie orientacyjne (boczne i przednie) każą przypuszczać, że ciało obce znajduje się w gałce ocznej, robi się 2 zdjęcia trójfazowe: 1) boczne i 2) osiowe. W czasie pierwszego z tych zdjęć chory przy nieruchomo ułożonej głowie patrzy kolejno w jeden z trzech w pewnej odległości od oka umieszczonych znaczków, w każdy przez 1/3 część czasu ekspozycji, mianowicie w znaczek, znajdujący się wprost przed okiem, nasepnie w znaczek, którego widzenie wymaga obrotu oka do góry (ku czole), następnie w znaczek, którego widzenie wymaga obrotu oka w dół (ku stopom). Gdy ciało metalowe znajduje się w gałce ocznej otrzymuje się na zdjęciu 3 jego obrazy z wyjątkiem, gdy ciało obce znajduje się w czolowej osi obrotu oka. Gdy łuk koła, wykreślony przez 3 punkty, otrzymane na rentgenogramie (3 obrazy ciała obcego), wypukłością swoją zwrócony jest ku przodowi, ciało obce znajduje się w przedniej połowie gałki ocznej, gdy jest zwrócony ku tyłowi, ciało obce znajduje się w tylnej połowie, gdy jest zwrócony do góry, w górnej połowie, gdy jest zwrócony na dół, w dolnej połowie gałki ocznej; gdy łuk ten jest zwrócony ku przodowi i do góry, ciało obce znajduje się w przednim, górnym kwadrancie gałki ocznej i t.d. W czasie ekspozycji zdjęcia osiowego chory wpatruje się w 3 fazach zdjęcia kolejno w jeden z trzech znaczków: 1) w znaczek, znajdujący się wprost przed okiem, 2) w znaczek, którego widzenie wymaga obrotu gałki ocznej ku nosowi, 3) w znaczek, którego widzenie wymaga obrotu gałki ocznej ku skroni. Gdy ciało obce znajduje się w obrębie gałki ocznej, otrzymuje się na rentgenogramie 3 jego obrazy, z wyjątkiem, gdy ciało obce znajduje się w pionowej osi obrotu oka. Gdy łuk koła, wykreślony przez te 3 punkty, wypukłością swoją zwrócony jest ku nosowi, ciało obce znajduje się w połowie przynosowej gałki ocznej, gdy jest zwrócony ku skroni, ciało obce znajduje się w połowie przyskraniowej gałki ocznej. W ten sposób przy pomocy dwóch zdjęć oznaczamy oktant, w którym znajduje się ciało obce. Z długości zaś promieni obu łuków kołowych oznaczamy odległość ciała obcego od powierzchni gałki ocznej. Ciało obce, tkwiące tuż poza gałką oczną w powięzi oka, w tkance tłuszczowej lub w przednich końcach mięśni oka, może przy silniejszym obrocie oka poruszyć się nieco wraz z niem, wskutek czego na zdjęciu trójfazowym może powstać potrójny obraz tego ciała obcego, podobnie jakby ono znajdowało się w obrębie gałki ocznej, co może być powodem mylnej lokalizacji. Ażeby tego uniknąć, nie należy znaczków, na które chory kolejno ma się patrzeć, zbyt daleko umieszczać jeden od drugiego. Najlepiej jest, gdy odległość znaczków jednego od drugiego wynosi 40 cm przy 150 cm. oddaleniu oka od znaczków. Mówca w szpitalu Ujazdowskim posługiwał się również metodą Swena-Bowena. Metoda ta polega na oznaczeniu na rentgenogramie położenia ciała obcego w odniesieniu do cieni wskaźników, ustawionych w znanej odległości od środka rogówki — razem z okiem rentgenografowanych. Przy przesunięciu lampy sporządza się 2 zdjęcia na jednym filmie, który po wywołaniu nakłada się na płytę szklaną z układem współrzędnych. Na podstawie określonych kierunków i odległości oznacza się bardzo dokładnie położenie ciała obcego w oku, wyrażając odległościami w milimetrach od płaszczyzn poziomej, strzałkowej i czolowej, przechodzących przez środek rogówki. O wartości metody kol. Grudzińskiego będzie można wyrobić sobie zdanie, gdy metoda ta zostanie szczegółowo opisana. Z umiejscowieniem ciała obcego w gałce ocznej przez oznaczenie południka i równoleżnika spotykamy się już w metodzie Comberga.

(Autoreferat)

Zawadowski widzi łatwość pomyłki rozpoznawczej w tych metodach, które używają do pomocy schematów oka normalnego. Wielkość oka waha się w dużych granicach, więc pomyłka może sięgać kilku milimetrów. Ujemną stroną metod, opartych na zasadzie fizjologicznej, jest ta okoliczność, że ciała obce, znajdujące się tuż poza gałką mogą wykonywać wraz z nią ruchy, stąd można łatwo wyciągnąć fałszywy wniosek, że znajdują się one wewnątrz gałki. Wojno, Zofja: Ciało obce magnetyczne niezbyt małe, niewykłane w ciałku rzęskowym lub zorganizowanym wysięku można usunąć z oka zapomocą wielkiego elektromagnesu nawet bez dokładnego określenia, w którym miejscu gałki ocznej ono się znajduje. Ścisła lokalizacja natomiast jest niezbędna dla usuwania wszystkich ciał niemagnetycznych, a nawet i magnetycznych, ale bardzo drobnych i uwikłanych. Ponieważ ściśle położenia ciał obcych w oku, gałki oczne, zawierające ciała obce, nie dające się wyciągnąć elektromagnesami, w większości przypadków musiały być wyluszczone. Dlatego my okuliści z wielką radością i wdzięcznością patrzemy na pracę kol. Grudzińskiego w nadziei, że pozwoli nam ona uratować wiele oczu.

Melanowski; Doktora Sabata przepraszam, że może nie nazbyt wyraźnie mówilem i tem tłumaczę zaszle nieporozumienie. Oczywiście i zawsze uważam za absolutnie konieczne jaknajdokładniejsze umiejscowienie — tembardziej że, jak powiedziałem i ono niezawsze wystarczy do wydobycia ciała obcego. Kol. Wojno nie pozwolę sobie odpowiedzieć, że, jeśli świadomie w oku pozostawiłem ciało obce w ciałku rzęskowym, to i ze względu na to, że znajduje się ono tam bez zagrażenia od 1922 roku, i że chory na oko widzi 1/10 i nie życzy sobie oka narażać na wyluszczenie, a wszak jest rzeczą znaną, że grzebanie w ciałku rzęskowym łatwo spowoduje wyluszczenie. Zrobiłem to, zresztą, po naradzie z kolegami, w których doświadczenie wierzę i bynajmniej na zarzut lekkomyślności za to nie zasługuję. Wracając do sprawy lokalizacji, podkreślam, że sprawę tę, drzemającą dotąd do czasów ostatnich, poruszyłem parę miesięcy temu i nie chcę wytykać palcem, kto mi wtedy w namiętej replikę dowodził, że lokalizacja nie jest tu ważna, że decyduje tu magnes, który, jak pociągnie — to dobrze, a jak nie pociągnie — to i lokalizacja nic nie pomoże, *Sapienti sat.*

W przemówieniu końcowem Grudziński odpowiada Zawadowskiemu, że schematy oka normalnego istotnie nie zawsze odpowiadają wymiarom rzeczywistym w danym przypadku. Jednak okoliczność ta bywa niedogodnością i przyczyną pomyłek jedynie w metodach geometrycznych. W tych bowiem metodach za punkt wyjścia rozliczeń bierze się znaczek, leżący przed gałką oczną, odchylenia więc wielkości gałki mają bardzo wielki wpływ na dokładność odpowiedzi. Inaczej jest w metodach fizjologicznych, w szczególności w metodzie mojej. Tutaj za punkt wyjścia obliczeń służy środek oka. Omyłka, gdyby się zdarzyła, byłaby bardzo małą. Metoda moja oparta jest na układzie centrów i osi oka, a odpowiedź daje w współrzędnych biegunowych, Omyłka odnosić by się mogła do odległości od powierzchni. Pamiętając o tem, można jednak czynić poprawki w schemacie zależnie od wieku chorego i innych okoliczności.

Ponieważ ciała obce, leżące poza gałką, mogą wykonywać ruchy wraz z gałką, o ile leżą w jej pobliżu, więc przy nieumiejętnym stosowaniu metod fizjologicznych możnaby ciała te przyjmować za wewnątrzgałkowe. Okoliczność tę uważano dawniej za ujemną stronę metod fizjologicznych. W mojej metodzie pomyłka taka jest wyłączone, gdyż możliwość jej usuwają zupełnie zdjęcia kontrolujące. Pokazują one, że ruchy ciała obcego są znacznie mniejsze, niż byłyby one, gdyby ciało było wewnątrzgałkowe. Stąd wniosek, że ciało obce leży poza gałką.

Sabatowi prelegent odpowiada, że metoda jego, pokazana podczas dyskusji, mogła mieć wartość dawniej, kiedy metody umiejscowienia nie były jeszcze udoskonalone. Dzisiaj metoda Sabata, jako bardzo nieścisła, jest już nie na czasie. Uzasadnienie matematyczne metody, przedstawionej przez prelegenta, było sprawdzone przez zawodowych matematyków i będzie w całości wydrukowane w „Polskim Przeglądzie Radiologicznym”.

H. Adelfang

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Para komunikuje na posiedzeniu listopadowem akademii lekarskiej (Pr. méd. Nr. 94), że udało mu się z pomocą

szczepień przeciwbłoniczych doprowadzić do zniknięcia błonicy w dwu gminach wysokich Alp. Stosowana była anatoksyna. Dzięki zaszczepieniu wszystkich dzieci dwa przypadki błonicy wśród dorosłych nie wywołały, zdaniem P., ani jednego zachorowania wśród dzieci.

Martin, Loiseau i Laffaille na tem samym posiedzeniu wypowiadają swoje zdanie co do skuteczności szczepień przeciwbłoniczych na podstawie czteroletniego doświadczenia, opartego na materiale internatu w Vitry, w którym znajduje się 900 dzieci. Według nich szczepienie może być wtedy skuteczne, jeśli wszystkie dzieci podlegają uodpornieniu lub są uważane za odporne, jeśli wszyscy nowi uczniowie są poddawani szczepieniu możliwie wnet po wstąpieniu i jeśli wynik szczepień bywa kontrolowany w 4 tygodnie po ostatnim zastrzyknięciu anatoksyny. W tych warunkach ani razu nie stwierdzono błonicy u osobników uodpornianych po upływie 4 tygodni i 3 zastrzyknięciach anatoksyny.

Na posiedzeniu towarzystwa szpitali brukselskich w listopadzie (Pr. méd. Nr. 94) Wybaun demonstrował przypadek posocznicy paciorkowcowej wyłączonej po zastosowaniu ropnia leczniczego. Chłopiec ośmioletni dostał po zapaleniu gardzieli ropnego zająca wyrostka sutkowego. Po zabiegu ciepłota stała się hektyczna. Z krwi wyhodowano paciorkowce z lekka hemolizujące. Szczepienie odpowiednią szczepionką pozostało bez wyniku. Podobnie bez skutku pozostało zastrzyknięcie peptonu. Wtedy zastrzyknięto pod skórę 3 czwar-

te cm. terpentyny, a gdy to nie sprowadziło ropnia, wprowadzono 2 cm. terpentyny; wytworzył się ropień i ciepłota opadła do normy.

Nattan, Larrier i Richard przekonali się w swych doświadczeniach (tow. biol. paryskie 9 listop. — Pr. méd. Nr. 95), że surowica przeciwbłonicza np. przechodzi przez łożysko. Odbywa się to dość wolno, lecz miano we krwi jest dosyć wysokie. Można by tedy uzyskać dziedziczne czynne uczulenie, wstrzykując matce surowicę antytoksyyczną. Przemawiałoby to również na korzyść przypuszczenia Ramona że w zespole antytoksyicznym z jądrem antygenowem związane są nierozdzielnie produkty humoralne.

Do interesujących wyników doszli w swych doświadczeniach Rafflin i Saradiszwill, którzy zauważyli, że po wstrzyknięciu histaminy otrzymuje się alkalozę krwi i moczu z wydzielaniem się chloru, zaś po adrenalinie — kwasicę z zatrzymaniem chloru. (Tow. biol. paryskie — Pr. méd. Nr. 95).

Wreszcie na tem samym posiedzeniu Hazard mówił o antagonizmie między tropanolem i pilokarpiną w stosunku do gruczołu podszczękowego. Okazało się, że tropanol może zmniejszyć, a nawet doprowadzić do zera wydzielanie się śliny podszczękowej, spowodowane przez zastrzyknięcie pilokarpiny. Najwidoczniej oba te alkaloidy atakują te same elementy nerwowe wydzielnicze gruczołów podszczękowych.

Z j a z d y

Sprawozdanie

z XIII Międzynarodowego Kongresu Okulistycznego w Amsterdamie.

Pomiędzy 5 a 13 września 1929 r. odbył się w Amsterdamie XIII Międzynarodowy Kongres Okulistyczny.

Był to pierwszy tego rodzaju kongres po wojnie. Kongresy takie, poczynając od 1857 roku, zbierały się perjodycznie i odgrywały bardzo doniosłą rolę w rozwoju wiedzy okulistycznej, atoli z powodu wojny światowej i jej następstw przez szereg lat nie było warunków do odbycia międzynarodowego kongresu.

Praca nad rozwojem i postępowaniem okulistyki była możliwa jedynie wśród pewnych grup narodowych, co, rzecz naturalna, niekorzystnie wpływało na ogólne tempo jej rozwoju. Dlatego też okuliści anglo-amerykańscy na kongresie w 1925 r. w Waszyngtonie powołali specjalną komisję do nawiązania stałych stosunków pomiędzy okulistami wszystkich krajów i wznowienia odbywania perjodycznych kongresów międzynarodowych.

Z inicjatywy tej komisji, której przewodniczącym był E. Collins z Londynu, odbyła się w Hadze w lipcu 1927 r. konferencja przygotowawcza, na którą przybyło 43 delegatów z 24 krajów.

Z Polski na tę konferencję pojechali prof. J. Szymański (Wilno) i prof. W. Kapuściński (Poznań).

Na konferencji tej zdecydowano urządzić XIII z rzędu kongres międzynarodowy okulistów w Amsterdamie we wrześniu 1929 r. i powołano Radę Międzynarodową dla przygotowania kongresu i stałego kierownictwa międzynarodową współpracą.

W skład Międzynarodowej Rady weszli: J. van der Hoeve (Holandia), jako prezydent, K. K. Lundsgaard (Danja), jako wiceprezydent, Leslie Paton (Anglja), jako skarbnik, E. Makx (Holandia), jako sekretarz, oraz Axenfeld (Niemcy); W. G. M. Byers (Kanada), Coppez (Belgja), Marquez (Hiszpanja), Meller (Austria), V. Morax (Francja) i de Schweinitz (Stany Zjednoczone Ameryki Północnej).

Rada Międzynarodowa z pomocą holenderskiego komitetu doskonale wywiązała się z przyjętych na się obowiązków i na oznaczony termin kongres zwołała.

Na XIII Kongres Okulistyczny przybyło około 1,200 okulistów ze wszystkich części świata. Zjawili się tutaj okuliści z Ameryki Północnej i Południowej, Afryki, Azji, Australji oraz wszystkich niemal krajów Europy. Ogółem reprezentowane były 43 kraje. 31 państw przysłało na kongres oficjalne delegacje. W ten sposób kongres ten istotnie miał charakter w całym tego słowa znaczeniu międzynarodowy.

Zauważyć się dał brak udziału w kongresie okulistów rosyjskich, którzy mimo zgłoszenia na kongres nie przybyli.

Z Polski wzięło udział w kongresie 17 osób, a mianowicie:

1. Dr. J. Szymański, Prof. Uniwersytetu Wileńskiego,
2. „ K. Noiszewski, „ „ Warszawskiego,
3. „ W. Kapuściński „ „ Poznańskiego,
4. „ H. Melanowski, docent „ Warszawskiego,
5. „ Reiss „ „ Lwowskiego,
6. „ Abramowicz „ „ Wileńskiego,
7. „ L. Czyżewski, naczelny lekarz instytutu oftalmicznego w Warszawie,
8. „ Karnicki płk., kierownik oddziału okulistycznego szpitala wojskowego w Warszawie,
9. „ Poll mjr., kierownik badań okulistycznych w Centrum badań wojskowo-lotniczych,
10. „ M. Zachert, kierownik referatu zwalczania jaglicy w Departamencie V Szuby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych,
11. „ Kępiński z Warszawy,
12. „ Szaad z Torunia,
13. „ Pines z Białegostoku,
14. „ Mincowa z Łodzi,
15. „ Braustein z Lublina,
16. „ Skowroński z Poznania,
17. „ Lion ze Lwowa.

Z próśb wymienionych oficjalnymi delegatami byli: Prof. J. Szymański, Marszałek Senatu, Delegat Rządu i szef delegacji,

Prof. K. Noiszewski, delegat Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego oraz delegat Towarzystwa Okulistów Polskich,

Dr. Karnicki, delegat Ministerstwa Spraw Wojskowych,

Dr. M. Zachert, „ „ Spraw Wewnętrznych

Uroczyste posiedzenie inauguracyjne kongresu odbyło się w dniu 5 września r. b. w Amsterdamie z udziałem królowej holenderskiej Wilhelminy, jej dworu i rządu oraz licznych przedstawicieli nauki i delegacji różnych instytucyj.

Aktu otwarcia dokonała królowa, która też objęła protektorat nad kongresem.

Przemówienie wstępne wygłosił prof. van der Hoeve, prezydent kongresu, który w imieniu Międzynarodowej Rady i Narodowego (holenderskiego) Komitetu Organizacyjnego piwiał członków kongresu, a mianowicie grupę: angielską, francuską, włoską, niemiecką i hiszpańską oddzielnie we właściwym języku oraz inne grupy językowe wspólnie po francusku i życzył, aby wzajemna współpraca wszystkich przyby-

łych na kongres przyczyniła się do postępu i rozwoju nauki, a okulistyki w szczególności.

Następne przemówienia powitalne wygłosili przedstawiciele grup językowych: angielskiej, francuskiej, włoskiej, niemieckiej i hiszpańskiej, dalej przedstawiciele różnych części świata, więc Ameryki Północnej i Południowej, Azji, Afryki i Australii i wreszcie przedstawiciele małych krajów, jak na przykład Egipt. To posiedzenie było wspaniałą manifestacją na rzecz międzynarodowej współpracy okulistów wszystkich krajów.

Na kongres zgłoszono około 260 wykładów i referatów z różnych dziedzin okulistyki i pokrewnych działów medycyny. Cały ten bogaty dorobek naukowy był rozważany na 6 posiedzeniach plenarnych i 15 posiedzeniach sekcyjnych.

Głównymi tematami kongresu były następujące zagadnienia:

- I — Etiologia i leczenie jaskry.
- II — Geografia i organizacja społecznej walki z jaglicą,
- III — Rozpoznawanie nowotworów ponadsiodełkowych,
- IV — Etiologia i leczenie odczepienia siatkówki,
- V — Zaćma.

Na rozważanie każdego z tych tematów zostało poświęcone jedno posiedzenie plenarne.

I. Etiologia i leczenie jaskry.

Posiedzeniu, poświęconemu etiologii i leczeniu jaskry, przewodniczył Dr. Oufroy z Paryża, wykłady zaś programowe wygłosili: Dr. Duke Elder (Londyn), Dr. Hagen (Oslo), Dr. Magilot (Paryż) i Dr. Wessely (Monachium), przedstawiając wyczerpująco obecny stan poglądów na to zagadnienie. Prócz tego zostało jeszcze wygłoszonych 6 referatów uzupełniających oraz szereg mówców, między innymi doc. Abramowicz z Wilna, zabierało głos w ożywionej dyskusji.

II. Geografia i organizacja społecznej walki z jaglicą.

Posiedzeniu przewodniczył Prof. Krückman z Berlina. Wykłady programowe wygłosili:

1. Grönholm (Helsingfors) — o jaglicy na Litwie, Łotwie, w Estonii, Finlandii, Szwecji, Norwegii i Danii. W wykładzie tym Grönholm podał geograficzne rozmieszczenie jaglicy w krajach nadbałtyckich.
2. Grosz (Budapeszt) — o jaglicy na Węgrzech, w Niemczech, Anglii i kolonjach angielskich, Jugosławii i Bułgarii.
3. Maggiore (Sassari) — o jaglicy we Włoszech, Belgii, Rumunii, Polsce i Czechosłowacji.
4. Soría (Barcelona) — o jaglicy w Hiszpanii, Portugalii, Francji.
4. Mijaschita (Tokio) — o jaglicy w Japonii i Chinach.
6. Sobhy-Bey (Kair) — o jaglicy w Egipcie, Sudanie, Palestynie, Syrii, Arabii i Turcji.
7. Wibaut (Amsterdam) o rozpowszechnieniu jaglicy na świecie.

Prócz tego z powodu nieprzybycia prelegentów nie zostały wygłoszone sympozja Dra Arganara z (Buenos-Ayres) o jaglicy w Północnej i Południowej Ameryce oraz Prof. Selenskowski (Leningrad) o jaglicy w Rosji.

Prof. Grönholm wykazał, że z krajów północnych najwięcej zjagliczona jest Litwa, gdzie około 10% ogółu ludności dotknięte jest tem schorzeniem; mniejsze nasilenie wykazuje na Łotwie (około 5%) i Estonii (4%) oraz Finlandii (20%), a najmniejsze w Szwecji, Norwegii i Danii, gdzie zaledwie na kilka tysięcy mieszkańców trafia się jeden chory na jaglicę.

Prof. Grosz, organizator akcji zwalczania jaglicy na Węgrzech, przedstawił zasady organizacyjne, na których była oparta akcja, oraz wyniki, jakie dzięki niej osiągnięto w stosunkowo krótkim czasie na Węgrzech, jakoteż w innych krajach jak w Prusach, Holandii itp., gdzie zastosowano planową akcję zwalczania jaglicy i gdzie dzięki temu osiągnięto wkrótce znaczne zmniejszenie się nasilenia jaglicy.

Prof. Grosz, który ma duże doświadczenie w zakresie zwalczania jaglicy, wyraził się z uznaniem o akcji zwalczania jaglicy w Polsce, zwłaszcza zaś o systemie tworzenia specjalnych zakładów leczniczych dla dzieci, w których dzieci chore są pod stałym nadzorem lekarskim przez czas dłuższy, niż to jest możliwe w zwykłych szpitalach. Wogóle Prof. Grosz jest zdania, że najracjonalniej jest zwalczać jaglicę u dzieci, gdyż najłatwiej i najczęściej ulegają zakażeniu.

Wreszcie za bardzo ważną sprawę Prof. Grosz uważa wyjaśnienie etiologii jaglicy, Rząd węgierski, aby zachęcić do studjów, ogłosił nagrodę za pracę w tej dziedzinie w kwocie 2.000 fr. szw., która jest dostępna dla każdego.

Dr. Maggiore w swym obszernym wykładzie zajmował się przede wszystkim sprawą jaglicy we Włoszech i Tripolisie. We Włoszech, zwłaszcza na południu, jaglica jest silnie rozpowszechniona, np. na Sardynii w szkołach jest 10—12% chorych na jaglicę, w Tripolisie — 25-80% ludności jest dotknięte tą chorobą.

Następnie przedstawił stan jaglicy w Belgii, gdzie przed 50-ciu laty była ta choroba bardzo rozpowszechniona, a teraz trafia się u 0,5% badanych, i Rumunii, gdzie natężenie jaglicy jest wciąż dość duże (w klinikach okulistycznych chorzy z jaglicą stanowią około 20% ogólnej liczby chorych), oraz Czechosłowacji, gdzie jaglica również jest dość częstym zjawiskiem.

Wreszcie dość wyczerpująco przedstawił, opierając się na pracach Prof. Majewskiego i Dra Zacherta, statystykę i rozszedlenie jaglicy w Polsce, gdzie przeciętnie 1 do 2% ludności dotknięte było jaglicą w pierwszych latach po wojnie.

Pozostali autorowie w wykładach swoich zobrazowali obecny stan rozpowszechnienia jaglicy w innych krajach Europy oraz Azji i Afryce, starając się wyszukać przyczyny, które powodują nasilenie tej choroby.

Bardzo doniosłej pracy podjął się Dr. Wibaut, który na podstawie materiałów, dostarczonych mu przez powyższych autorów, opracował mapę rozszedlenia jaglicy. Mapa ta poglądowo przedstawia, że jaglica znajduje się we wszystkich częściach świata i na wszelkich szerokościach i długościach geograficznych. Dr. Wibaut podzielił kraje według stopnia zjagliczenia na osiem grup. Polskę zaliczył do grupy trzeciej, t. j. takiej, gdzie procent chorych na jaglicę wynosi od 2 do 4,9 zaludnienia. W rzeczywistości jednak w Polsce mamy tylko 1-2% chorych na jaglicę.

Z tego też powodu Prof. Szymański, szef delegacji polskiej, zgłosił zastrzeżenie przeciwko temu niewłaściwemu zaseregowaniu Polski do grupy trzeciej, kiedy na podstawie ogłoszonych prac statystycznych należało ją zaliczyć do drugiej grupy krajów — gdzie chorzy na jaglicę nie przekraczają 2% ludności.

Poza powyższymi wykładami programowymi zostały wygłoszone następujące referaty:

1. Brückner (Praga) — Jaglica w Czechosłowacji i
2. Cuenod (Tunis) — Jaglica i akcja przeciwjaglicza w Tunisie.
3. S. Ticho (Jerozolima) — O jaglicy w Palestynie.
4. Bargy (Salcills) — Walka z jaglicą w Indo-Chinach francuskich.
5. Birch-Hirschfeld (Królewiec) — Zwalczanie jaglicy w Prusach wschodnich.
6. Toulant (Algier) — Jaglica w Tunisie.
7. Zachert (Warszawa) — Jaglica i jej zwalczanie w Polsce.
8. Pavia i Busseldorp (Buenos-Ayres) — Zwalczanie jaglicy i zakaźnych chorób ocznych w Argentynie.
9. Hanke (Wiedeń) — Jaglica w Austrii.
10. Vefik-Bey (Angora) — Jaglica w Turcji.
11. Merida (Malaga) — Teoria morska etiologii jaglicy.
12. Brana (Budapeszt) — Zagadnienie profilaktyki jaglicy.

W referatach powyższych autorowie przede wszystkim starali się uzupełnić wiadomości co do stanu rozpowszechnienia przyczyn lokalnych szerzenia się jaglicy i organizacji zwalczania jaglicy w poszczególnych krajach.

Dr. Cuenod omawiał prace instytutu Pasteura w Tunisie, które niemalże przyczyniły się do ustalenia zakażnego pochodzenia jaglicy; wspominał także o badaniach Dra Zacherta nad epidemiologią jaglicy w Tunisie, które wykazały, że zakażenie jaglicą w Tunisie występuje u dzieci zaraz w pierwszych miesiącach życia.

Dr. Toulant w swym referacie zwrócił uwagę, że statystyka jaglicza, którą dzisiaj posiłkujemy się, jest bardzo niepewna, gdyż często nie wiemy właściwie, co to jest jaglica, i dlatego zaproponował, aby zagadnienie jaglicy było głównym tematem następnego kongresu. Dalej Dr. Toulant zaproponował, aby przyszły kongres rozważył i podjął inicjatywę uregulowania międzynarodowej emigracji i imigracji chorych na jaglicę, która jest powodem rozwoju jaglicy z jednych krajów do drugich.

Dr. Zachert przedstawił przyczyny wzmocnienia się

nasilenia jaglicy w Polsce po wojnie (masowy napływ reemigracji, zarażonej jaglicą, z Rosji) oraz plan organizacji zwalczania jaglicy w Polsce, biorąc przedewszystkiem pod uwagę zwalczanie jaglicy u dzieci i osiągnięte w ciągu kilku ostatnich lat wyniki.

W zakładach opiekuńczych zamkniętych w 1924 roku było 13 proc. chorych na jaglicę, w 1929 już wykazano tylko 6 proc. chorych.

Interesujące uwagi z zakresu profilaktyki jaglicy podał Dr. Brana, który wskazywał na konieczność koordynacji akcji zwalczania jaglicy z akcją zwalczania i zapobiegania gruźlicy, chorobom wenerycznym, alkoholizmowi i poprawę higieny społecznej.

Te wykłady i referaty nie wyczerpywały olbrzymiego materiału prac, poświęconych jaglicy, które zostały kongresowi przedstawione. Dalszych 16 referatów i kilkadziesiąt komunikatów z powodu braku czasu nie mogły być już rozpatrywane na kongresie i dlatego na wniosek Dra Lacey z Paryża powzięto decyzję, aby Międzynarodowa Rada Kongresu powołała komisję, któraby cały nagromadzony na kongresie materiał w sprawie epidemiologii i organizacji społecznej walki z jaglicą rozważyła oraz stale pracowała nad koordynacją międzynarodowej akcji w tej dziedzinie.

III. Rozpoznawanie nowotworów ponadsiodełkowych. Temu posiedzeniu przewodniczył Prof. Wilmer (Ameryka).

Wykłady programowe wygłosili: Dr. Christianesen (Kopenhaga), Cushing (Boston), Gordon Holmes (Londyn) i Van Bogaert (Anvers), poczem w dyskusji wygłoszono jeszcze 4 referaty uzupełniające.

IV. Odczepienie siatkówki.

Przewodniczącym tego posiedzenia był prof. Szymański z Wilna.

Wygłoszonych zostało 12 referatów z zakresu etiologii i leczenia oderwania siatkówki. Duże zainteresowanie wywołał referat Prof. Gonin z Lozany o miejscowym leczeniu oderwania siatkówki. Autor przedstawił swoją metodę leczenia siatkówki za pomocą głębokich przyżęgań elektrokauterem twardówki w miejscu rozerwania siatkówki oraz rezultaty, osiągnięte tą metodą w czasie wieloletniej praktyki.

Na tem posiedzeniu wygłosił także referat Prof. Kapuściński z Poznania — o różnicy objawów przy oderwaniu siatkówki starcem i pochodzenia krótkowzrocznego. Zauważyć trzeba, że Prof. Szymański, zamykając to posiedzenie, jako przewodniczący, zakończył swoje przemówienie po polsku.

V. Ząćm a.

Przewodniczył Prof. Gonin z Lozany. Wygłoszonych zostało 8 referatów na temat różnych metod operacyjnych ząćmy, przyczem demonstrowano filmy wykonywania wydobycia ząćmy w torebce metodą Baraquera i Elschniga.

Poza powyższymi zagadnieniami, które były przedmiotem szczegółowych rozważań na pięciu posiedzeniach plenarnych, odbyło się jeszcze jedno posiedzenie plenarne, na którym 28 autorów wygłosiło komunikaty i demonstrowało swoje wynalazki z zakresu techniki badania i nowych metod operacyjnych. To posiedzenie ze względu na jego praktyczne znaczenia cieszyło się szczególnie dużym zainteresowaniem.

Na tych posiedzeniach została wyczerpana zaledwie 1/3 ogólnej liczby referatów, zgłoszonych na kongres. Pozostało eszce około 170 referatów, dotyczących zagadnień, nieobjętych powyżej wzmiankowane głównymi tematami, i te referaty były wygłoszone na 15 posiedzeniach sekcyjnych.

Współcześnie obradowały trzy sekcje. Na każdym posiedzeniu sekcyjnym rozważano po kilka lub kilkanaście referatów o pokrewnym zakresie, jak naprzykład, dotyczących refrakcji, zapalenia współczulnego, schorzeń rogówki, siatkówki, nerwu wzrokowego i t.p. zagadnień okulistycznych.

W krótkim tem sprawozdaniu nie sposób jest wymienić wszystkich tematów, jakie na posiedzeniach tych były omawiane. Nadmienię tylko co do jaglicy, że zagadnieniem tem zajmowano się w toku rozpraw niemal na wszystkich posiedzeniach przy sposobności omawiania odpowiednich tematów oraz że wygłoszono kilka referatów specjalnych, dotyczących etiologii, symptomatologii i leczenia jaglicy.

Między innymi Ch. Roche z Marsylii mówił o zaraźliwości jaglicy na podstawie obserwacji klinicznych, Doc. Melanowski z Warszawy — o wynikach poszukiwań praktyka jaglicy Nogushego, przeprowadzonych w zakładzie leczniczym dla dzieci jagliczych w Warszawie, Prof. Pascheff z Sofji — O specyficznym zapaleniu rogówki pochodzenia jagliczego i Fracassi z Arezzo — o chirurgicznym leczeniu jaglicy,

Ogólnie powiedzieć można, że w toku obrad tego kongresu zostały poruszone niemal wszystkie zagadnienia okulistyczne i że zostały one przedstawione w świetle ostatnich badań współczesnych teorii naukowych. W tem to nowoczesnym ujęciu całej wiedzy okulistycznej zawarty jest zbiorowy wysiłek pracy naukowej kongresu.

Polska grupa brała dość żywy udział w pracach kongresu. Polacy uczestniczyli we wszystkich niemal posiedzeniach, wygłaszając bądź referaty, bądź zabierając głos w dyskusji.

Referaty wygłosili:

1. Prof. Noiszewski (Warszawa) — O ostrości wzroku oraz rozpoznawaniu i lokalizowaniu objawów ocznych.
2. Prof. Noiszewski — Korowe rzutowanie na siatkówkę oraz halucynacje prawdziwe i pseudo-halucynacje.
3. Prof. Szymański (Wilno) — Operacja pół-Eliota.
4. Prof. Kapuściński (Poznań) — O oderwaniu siatkówki starcem i przy krótkowzroczności.
5. Doc. Melanowski (Warszawa) — Badania bakteriologiczne nad jaglicą.
6. Doc. Melanowski — O specjalizacji okulistycznej.
7. Doc. Abramowicz (Wilno) — O nowym sposobie mierzenia szkieł cylindrycznych.
8. Doc. Reiss (Lwów) — Nowy objaw endoftalmji metastatycznej u djabetyków.
9. Dr. Zachert (Warszawa) — Jaglica i jej zwalczanie w Polsce.
10. Dr. Pines (Białystok) — Operacyjne leczenie zapalenia rogówki przy Acnerosacea.

Niemal wszystkie powyższe referaty zostały wygłoszone po francusku. Wogóle w toku obrad Polacy przeważnie posługiwali się językiem francuskim.

Pierwsza część obrad kongresu odbyła się w Amsterdamie pomiędzy 5 a 10 września, druga zaś część kongresu pomiędzy 11—13 września, — w Scheweningen pod Hagą od 11—13 września 1929 r. włącznie.

W Amsterdamie do dyspozycji kongresu został oddany nowoczesnie urządzony i wspaniale wyposażony we wszystkie naukowe urządzenia Instytut Kolonialny. Tutaj także urządzono wystawę historyczną okularów, która była artystycznym uzupełnieniem naukowych prac kongresu. Na wystawie tej zgromadzono bogate zbiory reprodukcji, odnoszących się do historii okularów, przyczem opracowana została historia formy okularów, ich rodzaju, sposobu fabrykacji i sprzedaży, zdobnictwa i zastosowania okularów w sztuce.

Do składu komitetu Organizacyjnego tej wystawy został powołany między innymi Doc. Reiss ze Lwowa, badacz historii okularów, który też zorganizował bardzo interesujący dział tej wystawy, a mianowicie, zastosowanie okularów w karykaturze i satyrze, w którym pomieścił własne bogate zbiory reprodukcji, odnoszących się do tego zagadnienia.

Holenderski Komitet Organizacyjny postarał się także aby umożliwić uczestnikom kongresu poznanie tego kraju nizin i kanałów i w tym celu zorganizował szereg niezmiernie interesujących wycieczek do szeregu miast i miejscowości, słynących bądź jako ogniska starej kultury, jak Leiden, Delft, bądź ośrodków przemysłowo-handlowych, jak port w Rotterdamie, Amsterdamie, bądź też uroczych zakątków rybackich, jak Marken, Wolderdam, gdzie kultura ludowa zachowała doskonale zwyczaje i stroje.

Nie zapomniano również o towarzyskiem zbliżeniu członków kongresu. Urządzono cały szereg towarzyskich zebrań i przyjęć oficjalnych dla umożliwienia wzajemnego porozumienia się i towarzyskiego zbliżenia. Zwłaszcza oficjalnym przyjęciom nie było poprostu końca. Z ważniejszych wymienię: raut na zamku królewskim, na którym Prof. Szymański w imieniu kongresu przemawiał do królowej, raut w sali rycerskiej w Hadze, wydany przez rząd holenderski, przyjęcie, wydane przez miasto Hagę, i wreszcie bankiet oficjalny. Dzięki tym przyjęciom stosunki towarzyskie pomiędzy członkami kongresu znacznie się zacieśniły, co niewątpliwie przyczyni się do ożywienia międzynarodowej współpracy naukowej.

W dniu 13 września w Scheweningen zakończył swe prace XIII Kongres Okulistyczny.

Na posiedzeniu końcowym zdecydowano, aby następny kongres odbył się w Madrycie w 1933 roku. Dla przygotowania tego kongresu oraz kierowania międzynarodową współpracą naukową w zakresie okulistyki ukonstytuowano nową Międzynarodową Radę Okulistyczną, której prezesem został Prof. L u n d s g a a r d, Duńczyk. Polacy przedstawicielstwa w Radzie Okulistycznej nie uzyskali. Zadaniem przyszłej delegacji polskiej na następny kongres powinno być zdobycie stanowiska w Radzie Okulistycznej i osiągnięcie w ten sposób bezpośredniego wpływu na kierowanie międzynarodową współpracą w dziedzinie okulistyki.

Po kongresie w dniu 14 września w Scheweningen odbyły się dwie konferencje: pierwsza — zwołana przez prezydium kongresu dla utworzenia związku międzynarodowego dla zwalczania jaglicy, którego prezesem został Prof. G r o s z z Budapesztu, i druga -- zwołana przez Ligę Czerwonego Krzyża w celu utworzenia międzynarodowego związku dla zwalczania ślepoty. Prezesem tego ostatniego związku został wybrany Prof. L a p e r s o n e z Paryża.

(—) Dr. Marjan Zachert
Delegat Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
(Departamentu Służby Zdrowia).

K r y t y k a l e k a r s k a

Rafał Radziwiłłowicz, jako prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej *)

W roku 1905, kiedy rewolucja objęła całe państwo rosyjskie w związku z niefortunną wojną japońską, ruch wolnościowy ogarnął również zabór rosyjski naszego kraju. Odłamy lewicowe naszego społeczeństwa jawnie wystąpiły do walki z zdezerorientowanym rządem najeźdźców, który przez sto lat swej gospodarki biurokratycznej powstrzymał w Królestwie Polskiem rozwój kultury naszego narodu we wszystkich jego dziedzinach. Los ten stał się udziałem również i medycyny we wszystkich jej odłamach.

Ogłoszona pod presją anarchji w całym państwie rosyjskiem zapowiedź Mikołaja II nadania narodowi konstytucji, a poszczególnym dzielnicom — samorządu społecznego pobudziła elementy lewicowe świata lekarskiego w Warszawie do pracy w kierunku zorientowania społeczeństwa co do ciężących na niem obowiązków w zakresie zdrowia publicznego. W tym celu zawiązało się zrzeszenie lekarskie, które pod nazwą Związku Lekarzy Polskich przystąpiło do pracy. Na czele tego Związku stanął Rafał Radziwiłłowicz. Zrozumiał on, że przed przystąpieniem do twórczej pracy planowej koniecznym jest zestawienie bilansu społecznego, przedstawienie aktualnego stanu w różnych dziedzinach, aby na tej podstawie opracować plan przyszłej organizacji. Tą myślą wiedziony Związek Lekarzy Polskich opracował zbiorowymi siłami dziedzinę opieki nad zdrowiem publicznym. Dział opieki nad chorymi umysłowymi szeroko przedstawił Radziwiłłowicz. Według jego oceny opieka nad obłąkanymi stanowiła wówczas najsmutniejszą kartę dziejów naszej kultury. Szpitale dla psychicznie chorych rozporządzały wówczas zaledwie liczbą tysiąca miejsc. Gospodarka i finanse tych instytucyj znajdowały się w stanie zupełnego rozstroju, niepozabawione w niektórych wypadkach cech niewątpliwej rozrzutności i nawet nadużyć.

Szpitalne dla psychicznie chorych stały się przedmiotem rusefikacji, rozsądnymi rosyjskiej idei państwowej, urzędy i posady szpitalne były synekurami dla urzędników rosyjskich, polityka wdzierła się do instytucyj dobroczynnych i zaj-

mowała w nich miejsce naczelnę; fundusze, których wszędzie było zamało, szły na budowę cerkwi prawosławnych, na Czerwony Krzyż, na dodatki do pensyj, nagrody dla Rosjan i t. p. Ten stan szpitali dla psychicznie chorych był tak opłakany, ruina ich tak znaczna, że żadne reformy powierzchowne, żadne środki dorywcze poprawy spowodowałyby nie mogły. Usunąć zło, wprowadzić szpitalnictwo dla psychicznie chorych na prawidłowe tory mogła tylko reforma radykalna — oddanie tej sprawy pod zarząd gmin samorządowych i zawiadywanie autonomicznej Komisji zdrowia publicznego, jako centralnej władzy naczelnnej. Tylko powołanie wszystkich obywateli do udziału i kontroli w sprawach tej opieki potrafi, według Radziwiłłowicza, zaradzić jej potrzebom i postawić ją na poziomie, odpowiadającym wymaganiom czasu.

Zarys planu reorganizacji opieki nad psychicznie chorymi szczegółowo opracował Radziwiłłowicz. Istniejące instytucje szpitalne wystarczały zaledwie dla Warszawy i gubernji Warszawskiej. Dla pozostałych części kraju należy pobudować nowe szpitale po 500—600 łóżek: po jednym na każde dwie gubernje. Każdy taki szpital winien być ośrodkiem, obejmującym całokształt opieki nad obłąkanymi w danej części kraju, i zajmując się organizacją i kierownictwem opieki rodzinnej nad chorymi, pozostającymi poza szpitalem (patronage familiale). Obok dostatecznej liczby dobrze urządzonych pomieszczeń dla chorych, powinien każdy taki szpital być zaopatrzone we wszystkie środki i metody lecznicze, posiadać własne pracownie naukowe, ażeby móc utrzymać się na poziomie wymagań nauki i czasu. Zarząd powinien być zbiorowy z udziałem lekarzy: na czele jego powinien stać lekarz, odpowiednio teoretycznie i praktycznie przygotowany. Każdy szpital powinien posiadać swą własną autonomję. Centralna komisja zdrowia publicznego, posiadając zwierzchni nadzór nad każdym, dążyć będzie do nadania jednolitości ich czynnościom przez podniesienie każdego do poziomu współcześnie najwyższego.

Obszerna ta praca Radziwiłłowicza uwydatnia większość cech jego wszechstronnego umysłu: jasny pogląd na sprawę, sprawiedliwą ocenę zjawisk społecznych, pragnienie dźwignięcia społeczeństwa z chwilowego jego upadku i postawienie jego instytucyj na wyżynach współczesnej ideologii, wiarę w państwowo-twórcze instynkty współobywateli, których wszystkich zarówno powołu-

*) Umieszczając artykuł niniejszy w dziale „Krytyka Lekarska”, stosujemy się do programu „Krytyki Lekarskiej” Zygmunta Kramsztyka, który to program obejmował także życiorysy.

je do pracy dla dobra kraju na podstawach najszerzej pojętych zasad demokracji: w braterstwie i równości. Jedyny zarzut, który możnaby mu zrobić w tem miejscu, jest to zarzut idealizmu, nieliczącego się z rzeczywistością. Radziwiłłowicz stawiał w swym umyśle wszystkich współobywateli narówni z sobą, wszyscy według niego są owiani jednako pragnieniem dobra społecznego, wszyscy są jednakowo zainteresowani, wszyscy pragną jedynie wcielenia ideału dobra, piękna i sprawiedliwości. Radziwiłłowicz pozostał młodzieńcem pełnym entuzjazmu do końca swego życia.

Członkowie Związku Lekarzy zabrali się do pracy za jego przykładem, i oto w kilka miesięcy po założeniu Związku opuścił prasę tom zatytułowany „Medycyna w Samorządzie”, w którym według planu Radziwiłłowicza opracowano wszystkie działy gospodarki państwowej, mającej związek ze zdrowiem publicznym, jako to: szpitalnictwo, pomoc położnicza, opieka nad niemowlęciem i dzieckiem, pomoc lekarska dla ludności miejskiej i wiejskiej, walka z prostytutką i nauczanie medycyny w Uniwersytecie Warszawskim.

W roku 1906 nastąpiła w państwie rosyjskiem reakcja i stołypinowskie represje. Związek, jako nazbyt czynny, policja kazała rozwiązać. Śród aktywnych umysłów lekarskich zapanował zastój, który trwał lat dziesięć.

W roku 1916 po wyjściu Rosjan z kraju, ogłoszono wybory do pierwszej rady miejskiej, która miała kierować sprawami miasta na zasadach samorządu. Lekarze i aptekarze stanowili oddzielną kurję wyborczą, która miała wprowadzić do rady miejskiej trzech przedstawicieli. Przy omawianiu kandydatów na te trzy stanowiska odrazu zarysował się rozłam w świecie lekarskim warszawskim; rozłam był tak jaskrawy, że o porozumieniu dwóch kierunków ideologii społecznej nie mogło być mowy: były to kierunki: nacjonalistyczny i demokratyczny. Demokraci skupili się dokoła komitetu wyborczego, na którego czele stanął Radziwiłłowicz. Akcja tego komitetu uwieńczona była całkowitem niemal zwycięstwem. Gdy bowiem jedyny przedstawiciel obozu nacjonalistycznego zrzekł się dobrowolnie swojego mandatu — wszystkie trzy stanowiska przypadły w udziale obozowi demokratycznemu, pomimo iż liczebnie nie dorównywał on przeciwnikom. Sukces ten demokracja zawdzięczała sile argumentów, wygłaszanych przez Radziwiłłowicza, i jego autorytetowi, który pociągnął za sobą wielu głoszących z obozu przeciwnego.

Grono lekarzy, skupione podówczas w demokratycznym lekarskim komitecie wyborczym, postanowiło nie rozwiązywać się po dokonaniu wyborów, lecz utworzyć zrzeszenie stałe, które odnowiłoby tradycję Związku Lekarzy Polskich, rozwiązanego przez władze rosyjskie w r. 1906, i podjęłoby ponownie zadanie pracy twórczej nad rozwojem naszej kultury demokratycznej w zakresie lekarskim. Temu zrzeszeniu nadano, na wniosek profesora Szenajcha, nazwę Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. Na czele Towarzystwa, jako jego pierwszy prezes, stanął znowu Rafał Radziwiłłowicz i ujął ster jego swą pewną i doświadczoną ręką.

Nadał on od samego początku Towarzystwu

taką organizację, któraby najbardziej zrzeszeniu pracę ułatwiła i wobec ogromu zadań zapewniła tej pracy największą wydajność. Wysunął on na czoło szereg zadań najpilniejszych z zakresu medycyny i higieny społecznej, na których urzeczywistnienie społeczeństwo nasze czekało oddawna. Do opracowania każdego z tych zagadnień powołał komisje, które stworzyły oddzielne ogniwa organizacyjne Towarzystwa. W ten sposób jednostkami składowymi nowego zrzeszenia byli nie członkowie oddzielni, lecz zbiorowiska członków, skupione około jakiegoś zagadnienia konkretnego. Komisje te posiadały własne zarządy, czuwające nad biegiem ich prac i za nie odpowiedzialne; przewodniczący komisyj wchodził do zarządu głównego, jako jego członek, tworząc w ten sposób łącznik pomiędzy komisjami a zarządem. Ten typ organizacji, odmienny od zwykłego praktykowanego w zrzeszeniach tego rodzaju, wydawał się Radziwiłłowiczowi najodpowiedniejszym w stosunku do zadań, jakie Towarzystwo sobie zakresliło. Każdy członek Towarzystwa obowiązany był uczestniczyć w pracach przynajmniej jednej z komisyj; członkowie bierni, t. j. opłacający składki, lecz nie biorący czynnego udziału w pracach Towarzystwa, uważani byli za zbytecznych. Członkowie podzielili się na 7 komisyj, a mianowicie: Komisję szpitalnictwa, opieki nad psychicznie chorymi, opieki nad dziećmi i młodzieżą, komisję zawodowo-lekarską, medycyny wojennej, zdrowotności publicznej i studjów lekarskich.

Świeżo powstały samorząd miejski wysunął na porządek dzienny szereg zagadnień z zakresu medycyny społecznej, które stały się tematem prac komisyj. Tematy te poddano na komisji zbiorowi specjalistów w każdej dziedzinie, przedyskutowano je na zebraniach plenarnych ogółu członków Towarzystwa, po uprzedniej ocenie przedstawionych wniosków w zarządzie. Każde zagadnienie starano się pogłębić naukowo, nie tracąc z oczu praktycznego charakteru omawianej sprawy, t. j. dostosowano wymagania naukowe do warunków realnych przeżywanego okresu, licząc się z „chwila osobiwa”, mając zawsze na uwadze możliwość wcielenia w życie przez władze żądań, z którymi się do nich zwracano. W wyniku tych usiłowań przesłano Magistratowi i Radzie miejskiej szereg memoriałów.

Wynik prac pierwszych czterech miesięcy działalności Towarzystwa stanowi pierwszy tom wydawnictwa p. t. „Medycyna Społeczna”, do którego wstęp napisał sam Radziwiłłowicz, opisując w nim, jak właśnie przedstawiłem, organizację i cele Towarzystwa.

Oczywiście, na czele komisji opieki nad psychicznie chorymi stanął Radziwiłłowicz, którego obszerna praca, zatytułowana „Potrzeby psychiatryczne Warszawy” i odpowiedni memoriał do „Świetnego Magistratu Stołecznego m. Warszawy” umieszczony jest w pierwszym tomie „Medycyny Społecznej”.

Zarówno w wyżej przytoczonej organizacji Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, jak i w pracy jego i memoriale przebiega znowu obok jego społecznego doświadczenia i rozległej wiedzy jego — duch demokratyczny. To nie zarząd kieru-

je sprawami Towarzystwa, to kierują nimi komisje, a w nich członkowie równouprawnieni, którzy wysyłają do Zarządu swoich przedstawicieli, korzystających w pełni z praw członków Zarządu. Wszyscy obowiązani są brać czynny udział w pracach Towarzystwa, wspólnym zgodnym wysiłkiem ma się dźwigać Towarzystwo — bierność uznana jest za hamulec, który należy z drogi usuwać. Nie o składki, nie o pieniądze, lecz o zasoby ducha, o myśl płodną, twórczą chodzić powinno, o wspólny wysiłek dla wspólnego dobra.

Hej, ramię do ramienia! Wspólnymi łańcuchy
Opaszmy ziemskie kolisko!

Zestrzelmy myśli w jedno ognisko

I w jedno ognisko duchy!

Dalej, bryło, z posad świata!

Nowemi Cię pchniemy tory,

Aż opleśniałej zbywszy się kory,

Zielone przypomnisz lata.

Oto znowu przebija przez niego entuzjazm młodzieńczy, wiara we wspólny wysiłek i w możność skierowania myśli i ducha w jedno wspólne ognisko,

W memorjale swym Radziwiłłowicz pisze: „Społeczna strona opieki nad psychicznie chorymi u nas właściwie nie istnieje; składały się na to warunki dotychczasowe, które usuwały całkowicie społeczeństwo od wszelkiej pracy zbiorowej w życiu publicznym, nawet w dziedzinie dobroczynnej, całą troskę o te sprawy przekazywały czynnikiem państwowym. Wskutek tego wiele spraw, które na zachodzie rozwiązuje pomyślnie inicjatywa społeczna, u nas wcale nie rozwiązano, a pozostałe rozwiązano niedostatecznie i w sposób biurokratyczny, martwy; bo rzecz oczywista, że bez czynnego i bezpośredniego udziału samego społeczeństwa sprawa opieki nad chorymi nietylko przez czynniki państwowe, ale nawet i samorządowe prawidłowo i sprawnie rozwiązana być nie może”.

Tak kolektywnie pragnie Radziwiłłowicz rozwiązywać zagadnienia społeczne, ufny w to, że wszyscy, biorący w tej pracy czynny udział, dołożą swoje cegiełki, z których powstanie gmach trwalszy, niż gdyby go budował pojedynczy, choćby najzdolniejszy architekt. Marzyciel ten zrozumieć nie chce, że społeczeństwo i naród potrafi niekiedy być martwą bryłą, odpychającą od siebie wszelkie fale ożywcze, skłoną do obojętnej bierności, i że nieraz potrzeba potężnych wstrząśnień, ażeby masę tę skłonić nietylko do czynu, ale nawet do myślenia, i że społeczeństwo potrafi wspólnym wysiłkiem niejedną inicjatywę zbawienną raczej zgnieść w zarodku ze szkodą dla samego siebie, niż należycie pożytek jej ocenić.

Prace następnego okresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej złożyły się na drugi tom wydawnictwa w którym Radziwiłłowicz zgłosił swój projekt „Państwowego Urzędu Opieki nad psychicznie chorymi”. Po szerokim uzasadnieniu potrzeby takiego urzędu, Radziwiłłowicz wysłał w imieniu Towarzystwa do Prezesa Rady Ministrów odpowiedni memorjał. W krótkim czasie Ministerstwo Zdrowia Publicznego istotnie utworzyło taki urząd i kierownictwo jego powierzyło Radziwiłłowiczowi.

W roku 1918 Radziwiłłowicz wraz z Zygmuntem Kramsztykiem mieli konferencję z Prezesem Rady Ministrów i Ministrem Spraw

Wewnętrznych, p. Staniszewskim, w sprawie konieczności utworzenia oddzielnego Ministerstwa Zdrowia Publicznego — czego wynikiem było powołanie do życia w tymże roku takiego Ministerstwa. Na uwagę zasługuje fakt, że żadna z istniejących poza Towarzystwem Medycyny Społecznej organizacyj lekarskich, do których Towarzystwo zwróciło się o poparcie swojego wniosku, myśli tej poprzeć nie chciała.

W roku 1922 Rafał Radziwiłłowicz złożył urząd Prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, zamierzając poświęcić swój czas wyłącznie studjom akademickim wobec powołania go na docenta Uniwersytetu Warszawskiego w dziedzinie psychjatrii — nie rozstał się jednak z Towarzystwem, przeciwnie, przyobiecwał w miarę możliwości popierać je i współdziałać. Spособność ku temu nastęrczyła się rychło.

W roku 1923 odbyły się wybory do pierwszej Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. Znowu utworzył się Komitet Wyborczy Demokratyczny, który przeprowadził do Rady swoich kandydatów, a wśród nich Radziwiłłowicza i Dłuskiego, jako czołowych kandydatów.

Radni utworzyli „Koło demokratyczne członków Rady Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej”, którego kierunek ujął w swe ręce Radziwiłłowicz, by na terenie Izby stać na straży zasad demokratycznych. Głos jego i autorytet i tu również nakazywał stronie przeciwnej uszanowanie haseł postępowych i słuszności sprawy — co jednak na terenie pierwszej Rady Izby było zadaniem niełatwym.

Radziwiłłowicz, jako prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, podtrzymywał godność Towarzystwa, był jego sztandarowym człowiekiem: wnosił on pojęcia postępowe i demokratyczne do każdego zagadnienia, roztaczał dokoła siebie atmosferę czystej etyki i był tym czynnikiem, który przykładem swoim zachęcał innych do wiary w ostateczne zwycięstwo ideału sprawiedliwości społecznej.

Był on dla nas niezapomnianym przewodnikiem, serdecznym przyjacielem i nieocenionym towarzyszem.

W roku 1926, kiedy obchodzono jubileusz dziesięciolecia Towarzystwa, wręczono uroczystie Radziwiłłowiczowi dyplom honorowy, największą odznakę, jaką Towarzystwo rozporządza.

Wkrótce potem Radziwiłłowicz opuścił Warszawę, powołany do Wilna na katedrę psychjatrii w Uniwersytecie Stefana Batorego. W drugim roku szczytnej pracy na tem nowem stanowisku śmierć przecięła pasmo pracowitego życia tego człowieka, obdarzonego niezwykłym umysłem i wielkim sercem.

Imię Rafała Radziwiłłowicza wryło się niezatartymi zgłoskami w dziejach Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, jak zresztą na wszystkich placówkach, które stworzył lub na których cele stawał — jako człowiek o wyjątkowej konstrukcji duchowej, który siłą promieniejących z siebie wartości pociągnął i innych na wyżyny.

Cześć Jego pamięci!

W. Knappe (Warszawa)

(Przemówienie, wygłoszone na plenarnem posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej d. 28 listopada 1929 r.).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Przerywanie ciąży w prawodawstwie.*)

Podąła

Stanisława ADAMOWICZOWA (Warszawa).

Ustawodawstwo, dotyczące przerywania ciąży można podzielić na 3 grupy, do pierwszej grupy należą państwa, które rozpatrują zagadnienie przerywania ciąży wyłącznie z punktu widzenia ochrony życia powstającego dziecka (np. Anglja, Francja, Niemcy), do drugiej zaliczyć należy państwa, które, wychodząc z tego samego założenia, uwzględniają jednak w pewnej mierze ochronę zdrowia kobiety (np. Holandja, Włochy), wreszcie trzecią grupę stanowi Rosja Sowiecka, która rozpatruje całą sprawę wyłącznie ze stanowiska ochrony zdrowia kobiety.

Po wielkiej wojnie w całym szeregu państw wprowadzono pewne zmiany, zmierzające do zmniejszenia sankcyj karnych. Nowy Kodeks Karny niemiecki (1926 r.) złagodził nieco brzmienie artykułu 218—220 Kodeksu Karnego 1870 roku, pozostawił jednak karę więzienia (termin nieokreślony) zarówno dla kobiety ciężarnej, która dokonała u siebie uśmiercenia lub spędzenia płodu, oraz dla osób, które jej w tem dopomagały. O ile przerywanie ciąży zostało dokonane bez zgody kobiety ciężarnej, lub jest uprawiane jako zawód, winni karani są ciężkim więzieniem. Nawet w razie istnienia okoliczności łagodzących wymierzona zostanie kara więzienia na przeciąg czasu nie krótszy, niż 3 miesiące. Próby przerywania ciąży podlegają również karze.

Stary Kodeks Karny Niemiecki skazywał kobietę, przerywającą ciążę, na ciężkie więzienie do lat 5, a o ile zachodziły okoliczności łagodzące, karał ją więzieniem, trwającym nie mniej, niż 6 miesięcy. W nowym Kodeksie, jak widzimy okres kary nie jest ustalony, wymiar jej pozostawiony jest do uznania sądu. Artykuł 22 Kodeksu Karnego z 1926 r. stanowi wprawdzie, iż kara wszelka może być znizowana lub całkiem zawieszona, o ile przestępstwo zostało dokonane w ostatecznej potrzebie, ale w stosunku do sztucznego poronienia Kodeks nie zawiera żadnych wskazówek, kiedy przerywanie ciąży może być uważane za dokonane w ostatecznej potrzebie; sądy jednak władne są zastosowywać artykuł i do tych spraw. Na powszechnym zjeździe lekarzy niemieckich w 1926 r. przy omawianiu projektu kodeksu karnego odzywały się głosy za złagodzeniem represyj w stosunku do poronień. Referent prof. F o l m a n proponował niepociąganie do odpowiedzialności karnej kobiety, przerywającej ciążę, o ile ciąża była następstwem gwałtu, oraz w razie wskazań lekarskich i eugenicznych. Prof. H i r s c h uważał, iż przerywanie ciąży nie powinno być karane, o ile ma za sobą wskazania lekarskie i eugeniczne do których zalicza: idjotyzm, pomieszanie zmysłów, wrodzoną

głuchoniemotę oraz epilepsję. W obronie niekaralności przerywania ciąży, dokonywanego wyłącznie na podstawie wskazań społecznych, nie odezwał się ani jeden głos.

Reklamowanie środków, powodujących przerywanie ciąży, oraz wystawianie ich w miejscu publicznym, karane jest przez nowy Kodeks niemiecki więzieniem na przeciąg czasu do lat 2.

We Francji, zgodnie z ustawą 1923 roku, kobieta ciężarna, która przerwała sztucznie ciążę, podlega karze więzienia od 6 miesięcy do lat 2 oraz grzywnie od 100 do 2.000 fr. Personel lekarski lub farmaceutyczny oraz wszelkie osoby, które dokonały przerywania ciąży, lub które dopomogły kobiecie ciężarnej w tej sprawie, lub wskazały jej, jak poronienie może być dokonane, skazywane są na więzienie od 1 roku do lat 5-ciu oraz grzywnę od 500 do 10.000 franków. Kara zostaje wymierzona niezależnie od tego, czy przerywanie ciąży zostało dokonane za zgodą, czy też bez zgody ciężarnej, oraz niezależnie od sposobu, który został zastosowany. Ponadto personel lekarski i farmaceutyczny może być pozbawiony dyplomów na pewien okres czasu lub na stałe. Wreszcie trybunał może skazać winnych na wysiedlenie na okres czasu od lat 2 do 10.

Ustawa z 27 marca 1923 roku zastąpiła we Francji artykuł 317 Kodeksu z 1810 roku, zgodnie z którym kobieta ciężarna i osoby trzecie, winne przerywania ciąży, podlegały ciężkiemu więzieniu (roboty przymusowe) na okres 5 do 10 lat, a personel lekarski od 5 do 20 lat. Ten surowy wymiar kar sprawił w praktyce, iż sąd przysięgłych, któremu podlegały sprawy o przerywanie ciąży, w większości przypadków uniewinniał oskarżonych. Po dokonaniu zmian w prawodawstwie w 1923 roku, sprawy, pozostające w związku ze sztucznym przerywaniem ciąży, przeszły do trybunałów policyjnych, ściśle przestrzegających litery prawa. To też kary za przerywanie ciąży, złagodzone ustawą, stały się bardziej realne i liczba wyroków wybitnie wzrosła.

W uzasadnieniach do ustawy z 1923 roku jako powód karalności przerywania ciąży wskazana jest konieczność zapobiegania zmniejszeniu się przyrostu ludności (depopulation).

W Belgji ostrze Kodeksu Karnego jest skierowane przeciwko personelowi lekarskiemu, który w wypadku dokonania zabiegu ponosi znacznie surowszą karę, niż inne osoby współdziałające.

Prawodawstwo angielskie w stosunku do przerywania ciąży zajmuje stanowisko analogiczne do ustawodawstwa francuskiego. Karze podlega zarówno kobieta ciężarna, jak i osoba trzecia, biorąca udział w zabiegu, chociażby ciążę nie było. Został tu przewidziany wypadek „pomyłki co do obiektu”. Kwestja zgody kobiety ciężarnej nie jest poruszana w prawodawstwie angielskim, które, zarówno jak i prawodawstwo francuskie, ochrania tylko kiełkujące życie.

W grupie państw skandynawskich (Danja, Norwegja i Szwecja) spotykamy się z podobnym ujęciem artykułu kodeksu karnego, dotyczącego

*) W pracy tej korzystałam między innymi z materiałów, zebranych przez dr. J. Byczkova i ogłoszonych w prasie lekarskiej rosyjskiej.

przerwywania ciąży. W Szwecji podlega karze więzienia kobieta, która przerwała u siebie ciążę, o ile poronienie zostało skutecznie dokonane. Takiej samej karze podlegają osoby trzecie współdziałające. Kara zostaje zwiększona, o ile osoba współdziałająca uprawia przerywanie ciąży jako zawód, działa dla zarobku, lub bez zgody kobiety ciężarnej. Kodeks karny szwedzki przewiduje nawet przypadek naturalnego przerywania ciąży, który nastąpił wskutek braku ostrożności ze strony matki.

W Holandji ustawodawstwo przewiduje wymiar dwu rodzajów kar, w zależności od wieku ciężarnej: karę więzienia do 6 miesięcy lub grzywnę do 600 guldenów dla osób, które dokonały przerywania ciąży, dostarczyły środków lub udzieliły wskazówek, jak należy wywołać poronienie sztuczne, kobiecie w wieku poniżej 16 lat. Podobne przewinienie w stosunku do kobiety powyżej lat 16 karze się więzieniem do lat 3, lub grzywną do 3000 guldenów. Ten podział w wymiarze kar w zależności od wieku i odpowiedzialnie kary obciążają również i kobietę, przerywającą ciążę. Wymiar kary zostaje zwiększony o $\frac{1}{3}$, o ile przerywanie ciąży zostało dokonane dla zarobku, jest uprawiane jako zawód, lub też zostało dokonane przez personel lekarski. Kara zostaje zwiększona dwukrotnie w wypadku dokonania poronienia bez zgody kobiety ciężarnej, lub o ile ten zabieg spowodował śmierć ciężarnej. W ustawodawstwie holenderskim widzimy pewne dążenie do ochrony zdrowia kobiety, przerywającej ciążę.

Z podobną tendencją spotykamy się również w prawodawstwie włoskiem. Kara za przerywanie ciąży zwiększona jest dwukrotnie (do 5 lat więzienia), o ile przerywanie ciąży zostało dokonane bez zgody ciężarnej albo w sposób, bardziej zagrażający jej zdrowiu, niż ten, na który wyraziła ona zgodę. Kara zostaje złagodzona do 6 miesięcy pozbawienia wolności, o ile przerywanie ciąży zostaje dokonane celem uratowania honoru własnej żony, matki, córki lub siostry.

Kodeksy karne Hiszpanji i Portugalji przewidują również złagodzenie kary za przerywanie ciąży, o ile zabieg był dokonany dla uratowania honoru. Te same poglądy znajdujemy i w artykule kodeksu w sprawie dzieciobójstwa — i tu wymiar kary jest mniejszy, o ile przestępstwo zostało popełnione dla zachowania czci. Najwyższy wymiar kary w Hiszpanji (10 lat więzienia) jest stosowany do aptekarzy, sprzedających środki, powodujące poronienie, bez recepty lekarskiej.

Ustawodawstwo wszystkich kantonów Szwajcarii karze więzieniem za przerywanie ciąży kobietę ciężarną oraz osoby, które jej w tem dopomogły. W 1923 roku radny kantonu Bazylei Welt wniósł projekt ustawy, zezwalającej na dokonywanie poronień za zgodą kobiety ciężarnej przez lekarza w okresie pierwszych trzech miesięcy ciąży. Projekt ten został odrzucony. Podobny los spotkał analogiczny projekt ustawy, wniesiony do parlamentu austriackiego w 1919 roku.

W stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, gdzie każdy stan posiada własny Kodeks Karny, we wszystkich kodeksach przewidziana jest

karalność kobiety, przerywającej ciążę, oraz osób trzecich współdziałających. Jednakże w ustawodawstwie poszczególnych stanów poczynione zostały w ostatnich latach pewne zmiany. W Ohio kobieta ciężarna zwolniona zostaje od kar, o ile potrafi udowodnić, iż przerwała ciążę wskutek ciężkiego zbiegu okoliczności. Srozszej karze podlegają osoby współdziałające, o ile uprawiają przerywanie ciąży, jako zawód. W stanie New York i w niektórych innych wolno dokonywać przerywania ciąży na podstawie orzeczenia lekarskiego, wydanego przez konsylium, składające się niemniej, niż z dwu lekarzy. W stanie Virginia nie podlega karze osoba trzecia, która dokonała przerywania ciąży, o ile działała z dobrych pobudek (in good faith). W stanach Arkansas i Lusiana kobieta nie podlega karze i występuje w sądzie tylko w charakterze świadka, ale osoba trzecia odpowiada według Kodeksu Karnego, nawet, o ile tylko wskazała kobiecie ciężarnej, gdzie można się zaopatrzyć w środki do sztucznego przerywania ciąży. W stanie Nebraska sąd może pozbawić na zawsze prawa praktyki lekarza, który bezpośrednio dokonał przerywania ciąży lub dał pacjentce środek, wywołujący poronienie. W stanie Pensylwania więzienie czeka każdego, kto przechowuje środki, przerywające ciążę, nawet, o ile nie zostało udowodnione, iż środki te były przeznaczone na sprzedaż lub miały być komuś doręczone celem dokonania poronienia. W stanie Oklahoma kara pieniężna grozi redaktorowi pisma, które podało jakąś wiadomość, mogącą być użytą do wywołania poronienia. W szeregu stanów sprzedaż środków, zapobiegających ciąży, pociąga za sobą odpowiedzialność karną.

Kodeks Karny nowoczesnej Turcji z 1923 roku zwalnia od wszelkiej odpowiedzialności prawnej kobietę, przerywającą ciążę, ale karze surowo osoby trzecie — współdziałające. Kara zwiększa się, o ile poronienie zostało dokonane przez lekarza lub aptekarza. O ile przerywanie ciąży wywołało chorobę lub utratę zdolności do pracy kobiety ciężarnej, prawo nakłada na osoby, które dokonały zabiegu, koszty leczenia i utrzymywania chorej.

Wreszcie nowy kodeks karny argentyński zwalnia od odpowiedzialności zarówno kobietę ciężarną, jak i osoby, które jej w przerywaniu ciąży dopomogły, o ile zabieg został dokonany celem wybawienia kobiety od następstw przestępstwa (gwałt i t. p.).

(Dok. nast.)

Uzupełnienie

do artykułu Leokadii Karpf p. t. „Dozór nad żywnością w Polsce i jego rozwój” w nr. 49 Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego z dnia 5 grudnia 1929 r. Na str. 1166 w tabelce statystycznej dodaje się:

Rok	Liczba prób zbadanych	Liczba prób zakwestjon.	%
1928	89. 234	20. 251	22.6

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	1/XII-7/XII	8 XII-14/XII	15/XII-21/XII	22 XII-28 XII
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	433(37)*	375 (19)	323 (23)	184 (21)
Dur rzekomy	0	0	0	0
Dur osutkowy	19 (3)	22 (4)	17 (1)	18 (0)
Dur powrotny	1 (0)	0	0	0
Czerwonka	22 (3)	11 (0)	7 (0)	6 (2)
Plonica	677 (47)	593 (29)	513 (31)	322 (20)
Błonica	440 (22)	385 (23)	410 (18)	262 (13)
Zapal. op. mózg.	6 (1)	10 (2)	11 (1)	6 (2)
Odra	1352 (6)	1428 (12)	1286 (0)	797 (12)
Róża	92 (3)	82 (4)	84 (7)	53 (4)
Krzusiec	353 (6)	215 (6)	250 (10)	112 (5)
Malarja	6 (0)	2 (0)	1 (0)	1 (0)
Posoczn. połog.	21 (10)	23 (4)	26 (6)	20 (3)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	291 (0)	388 (0)	259 (0)	105 (0)
Wąglik	0	0	0	0
Nosacizna	0	0	0	0
Włośnica	3 (0)	44 (0)	1 (0)	1 (0)
Wścieklizna	0	0	0 (1)	0
Zatr. jad. kielb.	0	0	5 (0)	0
Chor. Heine-Medina	1 (0)	0	0	0
Inne choroby zakaźne	213 (3)	157 (2)	218 (3)	135 (5)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie walki z epidemią błonicy — szczepienia zapobiegawcze.

Błonica (dyfterja) jest jedną z najgroźniejszych chorób wieku dziecięcego. Wprowadzona do lecznictwa w r. 1894 surowica przeciwbłonicza, która okazała się wielkim dobrodziejstwem dla ludzkości, wydatnie, bo prawie 10-krotnie, zmniejszyła śmiertelność na błonicę, nie wywarła jednak wpływu na zmniejszenie się nasilenia epidemii błonicy. Po wprowadzeniu surowicy przeciwbłoniczej nasilenie błonicy utrzymywało się w ciągu szeregu lat mniej więcej na jednakowym poziomie, w ostatnim jednak 3-leciu nasilenie błonicy wzrosło, jak to ilustrują niżej przytoczone dane statystyczne.

Według zestawienia przypadków błonicy, zgłoszonych w 32 krajach całego świata:

W latach:	1923	1924	1925	1926	1927	1928
zachorowało:	347750	361156	347730	351506	393917	397762

W niektórych państwach wzrost ten w ciągu 2-ech ostatnich lat przedstawia się bardzo poważnie:

we Francji w r. 1923 zareg.	11033 p. błonicy,	w r. 1928—18898 p.
w Anglii	„ „ „ 40009 „ „ „ „	—61134 p.
w Czechach	„ „ „ 3150 „ „ „ „	—12444 p.

W Polsce również w ciągu lat ostatnich błonica wzrosła się znacznie:

Lata	Zachorowania	Zgony	Odsetek
1919	1815	219	12
1920	3178	387	12,1
1921	4130	544	13,1
1922	4228	414	9,8
1923	3694	426	11,2
1924	4838	494	10,2
1925	5888	567	9,6
1926	6826	622	9,1
1927	8640	824	9,5
1928	10460	863	8,3

W r. 1929 za okres 44 tygodni, t. j. do 2 listopada włącznie, zarejestrowano o 333 przypadki błonicy więcej, niż w r. 1928 za ten sam okres czasu.

Jednocześnie ze wzrostem liczby zachorowań na błonicę w niektórych krajach podnosi się znacznie w górę odsetek zgonów. Szczególną uwagę zwraca częstość przypadków toksycznych, w których surowica przeciwbłonicza nie daje należytego efektu.

Sytuacja więc przedstawia się groźnie. Natomiast walka z błonicą przy zastosowaniu zwykłych metod napotyka wielkie trudności. Przebieg choroby przy zastosowaniu surowicy znacznie się skraca, wiele przypadków nie dochodzi do wiadomości władz sanitarnych, chory nie zostaje dostatecznie izolowany i szerzy chorobę wśród otoczenia. Ilek przytem dzieci ginie wskutek niezastosowania względnie zbyt późnego zastosowania surowicy wskutek nieorientowania się rodziców z jaką chorobą mają do czynienia.

Największą jednak [trudnością w walce z błonicą jest niemożność unieszkodliwienia wielkiej liczby nosicieli bakterij błoniczych. Nosicielami bowiem zjadliwych zarazków błonicy są nie tylko ozdrowieńcy po błonicy, lecz mogą być i osoby z otoczenia chorych oraz osoby, które same błonicy nie przechodziły i z chorymi na błonicę nie stykały się. Stwierdzono, iż zależnie od środowiska 2 do 12 proc. ludzi jest nosicielami błonicy. Nosicielstwo bakterij błoniczych może trwać bardzo długo w ciągu miesięcy i lat. Około 90 proc. przypadków błonicy jest spowodowanych przez zakażenie się od nosicieli, żadnych zaś środków do leczenia nosicielstwa nie posiadamy. To jest główną groźną szerzenia się błonicy.

Jedynym i zupełnie pewnym środkiem walki z tą chorobą są szczepienia przeciwbłonicze, które znalazły szerokie zastosowanie w Stanach Zjednoczonych Ameryki, już od 15 lat, a obecnie są one stosowane już we wszystkich państwach Europy i Ameryki.

W Ameryce Północnej większość dzieci w wieku szkolnym podlega szczepieniu przeciwko błonicy. W samym tylko, New Yorku szczepieniu podlega rocznie około 125.000 dzieci. We Francji liczba dzieci, zaszczepionych ochronnie anatoksyną, przekroczyła już obecnie milion. W Parlamencie francuskim złożony został projekt ustawy o obowiązkowych szczepieniach przeciwbłoniczych.

Początkowo do szczepień używano mieszanki toksyny z antytoksyną, obecnie jest w powszechnym użyciu anatoksyna profesora Ramona. Jest to toksyna błonicza przekształcona i unieszkodliwiona zapomocą formaliny i ciepła tak, iż przestała być toksyczna, zachowując całkowicie swą siłę, uodporniającą szczepienia z anatoksyną, i nie wywołuje żadnych powikłań w ustroju szczepionych.

Szczepienia ochronne winny być poprzedzone szczepieniami na odczyn skórny Schick'a i stosowane są tylko u dzie-

ci wrażliwych, t. j. u tych, u których występuje reakcja po próbnym szczepieniu i które zatem nie posiadają w swym krwiobiegu gotowej antytoksyny.

Jakież wyniki dała dotychczasowa akcja szczepień przeciwbłonniczych?

Dzieci Schick +, czyli wrażliwe na błonicę, po zastosowaniu całkowitych szczepień uodporniających, stają się Schick-, czyli nabywają odporności. Odsetek uodpornionych w ten sposób dzieci wynosi około 80 — 90 proc.

Dzieci, które zostały uodpornione i przestały reagować na toksynę, zachowują tę odporność przez całe życie. A więc niema potrzeby szczepienia po pewnym czasie powtarzać, tak, jak tego wymaga uodpornienie przeciw durowi brzuszному, ospie i innym chorobom zakaźnym. Wyjątki z tej reguły należą do rzadkości.

Nie ulega obecnie wątpliwości, że anatoksyna błonicza jest jedną z najwspanialszych zdobyczy nauki w ostatnim 10-leciu.

Polska była jednym z najpierwszych krajów w Europie, który zainteresował się szczepieniami przeciwbłonniczymi. Państwowy Zakład Higieny w Warszawie już w r. 1922 dążył do spopularyzowania szczepień ochronnych przeciwbłonniczych.

Materiał, zebrany przez Państwowy Zakład Higieny w ciągu 7 lat, zawiera obserwacje nad kilkuset dziećmi, które zostały zbadane na wrażliwość i zaszczepione. Wyniki tych obserwacji potwierdzają w zupełności dane światowe o skuteczności i zupełnej nieszkodliwości szczepień ochronnych za pomocą anatoksyny.

Obecnie Państwowy Zakład Higieny wprowadził również do użytku szczepionkę mieszaną, zawierającą anatoksynę błonniczą i płoniczą (szczepionkę „B. P.”).

Akcja szczepień przeciwbłonniczych na terenie całej Rzeczypospolitej dotąd nie znalazła szerszego zastosowania. Wobec groźnego szerzenia się błonicy w Polsce, akcja ta powinna bezwzględnie przybrać jaknajszersze rozmiary i dorównać zakresowi, w jakim szczepienia przeciwbłonnicze stosowane są w Stanach Zjednoczonych Ameryki i w państwach Europy, jak np. we Francji, Niemczech, Czechach i t. d.

Powołując się na artykuł 12 ustawy z dnia 25 lipca 1919 r. (Dz. U. Nr. 67 poz. 402) o zwalczaniu chorób zakaźnych oraz innych, występujących nagminnie, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) poleca przeprowadzić szczepienia przeciwbłonnicze przede wszystkim we wszystkich przedszkolach, szkołach oraz przytułkach i ochronkach, i to w jaknajszerszych rozmiarach.

Szczepienia takie powinny być z reguły zorganizowane na początku roku szkolnego. Od szczepień zwolnić należy tylko dzieci, których rodzice zgłaszają wyraźny sprzeciw.

Akcję szczepień przeciwbłonniczych należy drogą odczytów i pogadanek spopularyzować wśród ogółu ludności.

Szczepienia powinny być poprzedzone próbą na wrażliwość wg. metody Schicka.

Szczepić należy tylko dzieci wrażliwe. Do szczepień należy używać anatoksyny błonicznej względnie szczepionki mieszanej „B. P.”, wyrabianej przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.

Sposób użycia szczepionek podany był w okólnikach tutejszych L. Z. Z. 5606 25 z 5.X. 1925 w sprawie odczynów Schick'a i Dick'ów i szczepień zapobiegawczych przeciwko błonicy i płonicy, oraz L. Z. Z. 4105-28 z 16 lipca 1928 r. Zresztą

odpowiednie wskazówki dołączane są do każdej porcji szczepionki, przesyłanej przez Państwowy Zakład Higieny w Warszawie.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) dostarcza szczepionki bezpłatnie. Zamówienia należy kierować do Ministerstwa (Departament Służby Zdrowia) stosownie do okólnika tutejszego Nr. 33 (Nr. Z. Z. 166-27) z dnia lutego 1927 r.

Należy prowadzić dokładną ewidencję osób, szczepionych przeciwko błonicy, i nadsyłać do Ministerstwa roczne sprawozdania o szczepieniach przeciwbłonniczych stosownie do okólnika tutejszego L. Z. Z. 357-25 z dn. 22 stycznia 1925 r. W zestawieniach statystycznych szczepień zapobiegawczych należy wypełniać rubrykę „rodzaj szczepionki”, przyczem dane liczbowe, dotyczące osób, szczepionych szczepionką „B. P.”, powinny być podane tylko w wykazach osób, szczepionych przeciwko płonicy, celem uniknięcia niedokładności.

Powyższe zechce Pan Wojewoda (Komisarz Rządu) podać wszystkim Starostwom do wiadomości i ściślego zastosowania się.

Za Dyrektora

Departamentu Służby Zdrowia

(-) Adamski.

— W Warszawie w końcu roku ubiegłego powstał Komitet Szczepień Przeciwbłonniczych, w którego skład weszli: prof. dr. Hirsfeld z Państwowego Zakładu Higieny, jako przewodniczący, dr. Wroczyński, Naczelnik Wydziału Zdrowia, jako sekretarz, doc. dr. Ławrynowicz, Miejski Instytut Higieniczny, dr. Roszkowski z Sekcji Higieny Szkolnej, dr. Palester z Departamentu V Służby Zdrowia, dr. Szpikowski z Kasy Chorych m. Warszawy.

Akcję finansuje Departament V Służby Zdrowia, Magistrat oraz Kasa Chorych.

Komitet powołał do zorganizowania szczepień doc. dr. H. Sparrow i oddał pod jego kierunek 2 kolumny szczepienne. Po wstępnych pracach organizacyjnych kolumny przystąpią od dnia 1.I. 1930 do przeprowadzenia szczepień ochronnych, przede wszystkim wśród dzieci najmłodszych, w żłobkach, przytułkach i przedszkolach, a następnie w szkołach. Jednocześnie na terenie Warszawy będą funkcjonowały stale punkty szczepienne.

Wobec znajdującej się stale na wysokim poziomie liczby zachorowań i zgonów na błonicę sprawa szczepień ochronnych przeciwko tej chorobie powinna znaleźć wybitne poparcie ze strony świata lekarskiego. Spodziewane tu jest energiczne współdziałanie ze strony lekarzy domowych i pediatrów. Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) słusznie poleca przeprowadzenie szczepień przeciwbłonniczych w przedszkolach, szkołach, przytułkach i ochronkach. Wydział Zdrowia m. Berlina również żąda przeprowadzenia w szerszych, niż dotychczasowe, ramach szczepień ochronnych przeciwko błonicy, a w szczególności u dzieci w wieku przedszkolnym. Zarazem kładzie się w odezwie nacisk na niedostateczność jednorazowego szczepienia i zaleca się w miarę możliwości nawet trzykrotne szczepienie.

Mamy niepłonną nadzieję, że na nasze punkty szczepienne przeciwbłonnicze zgłaszać się będą codziennie liczne zastępy dzieci.

— W siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich (Widok 23) odbędą się w styczniu 1930 r. odczyty wraz z dyskusją o godzinie 20^{1/4}.

10 Stycznia, piątek.

Koło lekarzy Kasy chorych: Dr. Norbert Metelski.
O leczeniu ambulatoryjnym w Kasach chorych.

17 Stycznia, piątek.

Dr. Juljan Słaski. Wrażenia z wycieczki szpitalnej po
Stanach Zjednoczonych.

24 Stycznia, piątek.

Mec. Jan Nowodworski. Tajemnica zawodowa
lekarza.

— Nr. 24-ty (święteczny) „Dziecka i Matki” wyszedł
w zwiększonym formacie i przynosi następujące artykuły:
„Dzieci a kolendy” St. Pfauhauser, „Co im dać na gwiazdkę”
N. Jastrzębskiej, „Zabawki z niczego” S. Bjernstjern, „Dzieci,
zabawki i dorośli” J. Prażmowskiej, „Wilja dla dzieci”
M. Morzkowskiej, „Czy dzieci mogą wychodzić wieczorem”
Dr. N. Kłosińskiej „Niemowlę na wolnym powietrzu” Dr. Z.
Michejdżiny oraz cały szereg modeli ubrań dla dzieci i lalek.

Numer uzupełniają: powieść szopeczkowa E. Szulberg
„Śmierć śmierci”, L. Krzemienieckiej „Pierwsza gwiazdka”
oraz dział odpowiedzi Redakcji w sprawie zapytań czytelników.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

14. I. Zrzeszenie Lekarzy Rzpl. Polskiej.

a) Pokazy. H. Higier. Rzadka postać hemitonji
przewlekłej ze zniekształceniem tułowia.

b) Komunikaty. M. Szour. Przyczynek do sym-
ptomatologii białaczki ostrej.

c) Odczyty: 1) F. Gleichgewicht. *Foetor ex ore*
i jego leczenie. 2) L. Justman. Znaczenie ustalenia obrazu
anatomicznego w rozpoznawaniu schorzeń przewodu pokar-
mowego.

22. I. Polskie Towarzystwo Gastrologiczne.

1) Pokazy. 2. L. Justman. Znaczenie niedomogi
wątrobowej dla kliniki i leczenia schorzeń dróg żółciowych.
3. H. Adelfang. O badaniu rentgenologicznym schorzeń
wrostka rabaczkowego.

18. I. Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

1. Sznajderman. — Hemitremor pourazowy.
2. Herman. — Przypadek choroby Oppenheima (my-
atonia congenita).
3. Potok — Tetanus cephalicus.
4. Sterling. — Szczególna inwersja objawu Bru-
dzińskiego.
5. Jermułowicz. — Herpes trigemini z rozległym
rozprzestrzenieniem sensacyj kaulgicznych. Guz przysio-
delkowy.
6. Wolff. — Encephalomyelitis disseminata epidemica
7. Krakowski i Potok. — Sclerosis lateralis
8. Higier. — Skurcz terysny lat 25 trwający.
9. Sanicki i Choróbski. — Nacieczenie o-
gólne płynem mózgowo-rdzeniowym karku i szyi oraz opryszczka
języka po operacji guza słuchowego.

TREŚĆ: G. LEWIN. Znaczenie stosowania odmy piersiowej sztucznej w walce z gruźlicą (Dok.)—R. BARAŃSKI i M. BUS-
SEL. Przyczynek do analizy odczynu wodnego skórno. — B. GLASS. Nowe poglądy na rolę i znaczenie niektórych elektroli-
tów ustroju. (Str. zbior.) —Streszczenia pojedyncze i oceny książek.—Wskazówki praktyczne.—Posiedzenia Towarzystw Lekarskich —
Zjazdy — W. KNAPPE. Rafał Radziwiłłowicz, jako prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. — St. ADAMOWICZOWA.
Przerywanie ciąży w kodeksach karnych różnych państw. — Wiadomości bieżące.—Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: G. LEWIN. La valeur du pneumothorax artificiel dans la lutte contre la tuber-
culose. (fin). R. BARAŃSKI et M. BUSSEL. Contribution à l'analyse de la réaction cutanée contre l'eau. B. GLASS. Les opi-
nions modernes concernant le rôle et la signification de certains électrolytes de l'organisme. W. KNAPPE. Rafał Radziwił-
łowicz, comme président de la Société Polonaise de la médecine sociale. St. ADAMO'WICZ. L'avortement artificiel dans les codes
pénaux des pays divers.

WARUNKI PRENUMERATY:

W Warszawie 12 Zł., na prowincji 14 Zł., zagranicą 16 Zł., kwartalnie.

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do
drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96.

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

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.