

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, 30 STYCZNIA 1930 R.

Nr. 5

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O tak zwanych nacieczeniach wczesnych i ich znaczeniu w rozwoju suchot płucnych u dorosłych.

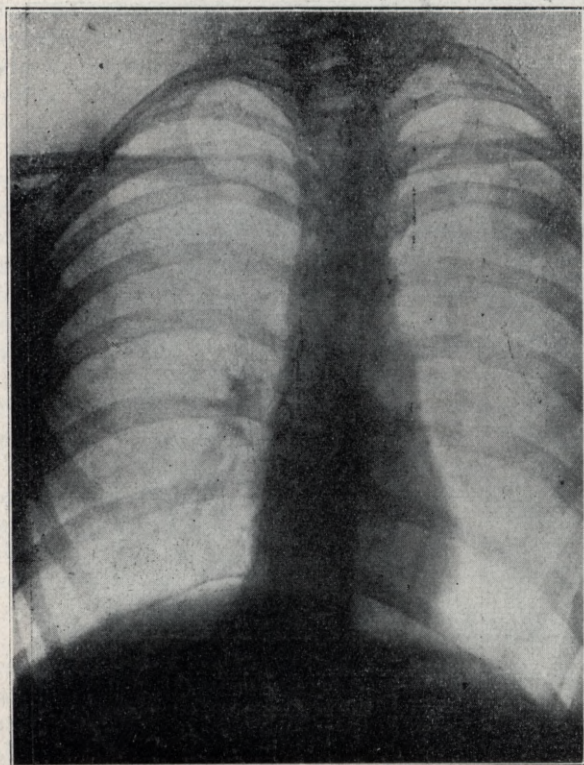
Podał

Henryk ADELFIANG (Warszawa).

(Dokończenie).

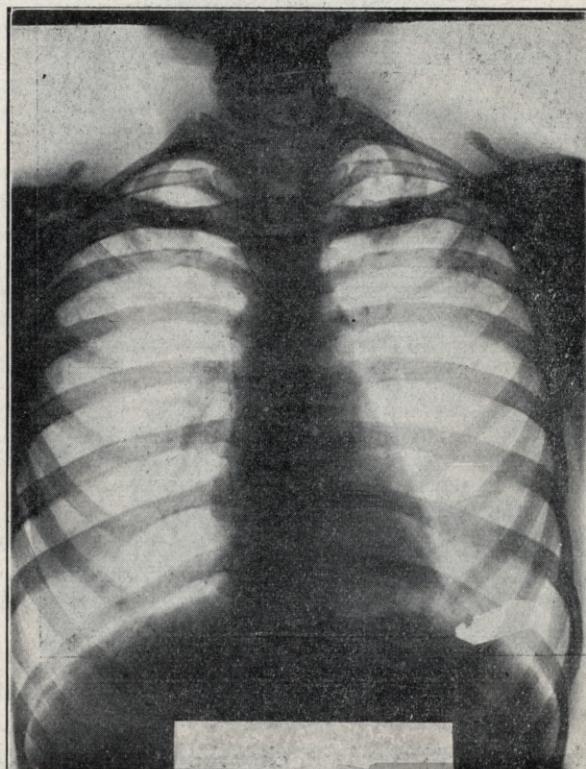
Przypadek II dotyczy 20-letniego robotnika fabrycznego, pochodzącego z rodziny gruźliczej. Mieszka z dwiema siostrami, z których jedna stale prawie leży w łóżku. Chory kilkakrotnie zapadał „na grypę” w przeciągu ostatniego roku, ale pracy więcej, niż na trzy dni, nie przerywał. Ostatnio

Badanie rentgenologiczne stwierdziło: okrągłe nacieczenie wczesne pod obojczykiem lewym z jaśniejszym środkiem, prawdopodobnie jama. Silne nasycenie obwódki i ostre kontury pozwalają przypuszczać, że sprawa jest w okresie induracji. Ale, niestety, po stronie prawej stwierdza się na obwodzie płuc, między żebrami II-III, pochodne nacieczenie, o rozlanych i nieostrzych konturach, które całą sprawę przedstawia w świetle o wiele gorszym i daje rokowanie złe. W szczycie prawym znajduje się drobne zwapniałe ognisko. Czy można je uważać za punkt wyjścia sprawy chorobowej? Uważam, że nie. Jest ono powodem uczulonego, alergicznego stanu ustroju, ale nacieczenie jest skutkiem renifekcji egzogennej.



Rys. 3.

kaszle i gorączkuje do 37.5. Leczy się na gruźlicę szczytów.



Rys. 4.

Przypadek III dotyczy robotnika J. K. lat 23, który podobno nigdy nie chorował, a i teraz czuje się dobrze. W prze-

ciągu ostatnich kilku tygodni kilkakrotnie pokazywało się trochę krwi w płwocinie podczas kaszlu. Rodzice zmarli z powodów, bliżej mu nieznanych, rodzeństwa niema.

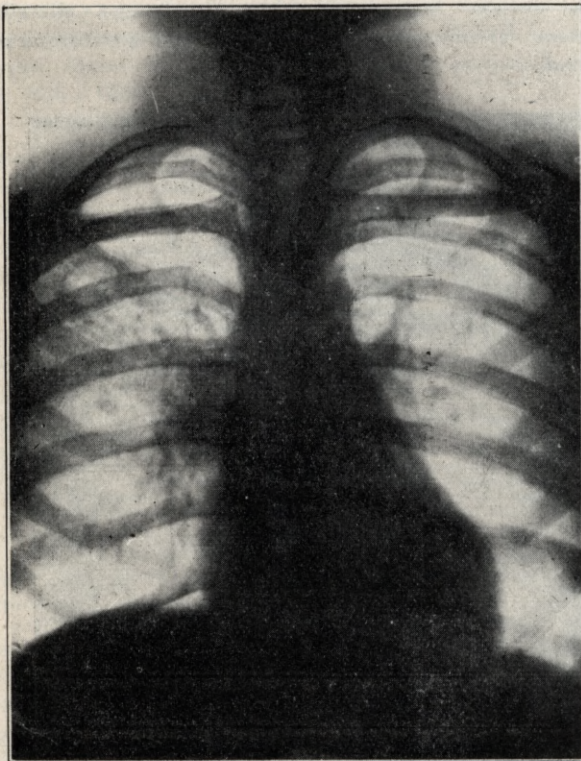
Badanie rentgenologiczne stwierdziło: dużą jamę w dolnych częściach płatu górnego lewego i dwie drobniejsze w częściach przyśrodkowych. Duże nacieczenie w środkowej części wnęki i prawdopodobnie nacieczenie pochodne w części górnej pod końcem żebra I. Szczyty są wolne od ognisk.

Analiza powyższego przypadku pozwala stwierdzić, że mamy do czynienia ze skutkami starszego nacieczenia wczesnego i z nacieczeniem przerzutowym do części górnej tegoż płuca.

Umieszczenie sprawy chorobowej w szczycie ilustruje przypadek IV, dotyczący chorego M. B. lat 21, skarżącego się na osłabienie ogólne, stan podgorączkowy i kaszel. Wywiad: matka chora na płuca, jedna siostra zmarła w wieku młodym na zapalenie mózgu.

Badanie rentgenologiczne wykrywa nacieczenie z jamą rozpadową w szczycie lewym. Żadnych zmian w innych częściach płuc poza zwapniałym ogniskiem pod tymże obojczykiem prawym.

Przypadki V i VI są identyczne co do typowych wywiadów „grypowych” i wielkości nacieków, różniących się umiejscowieniem sprawy chorobowej. Jednakże rozwój sprawy chorobowej jest różny w obu przypadkach. W przypadku V widzimy już drobną jamę na obwodzie, i ten przypadek w stosunkowo krótkim czasie dał rozsianą sprawę w obu płucach. W przypadku VI nacieczenie zginęło prawie bez śladu.



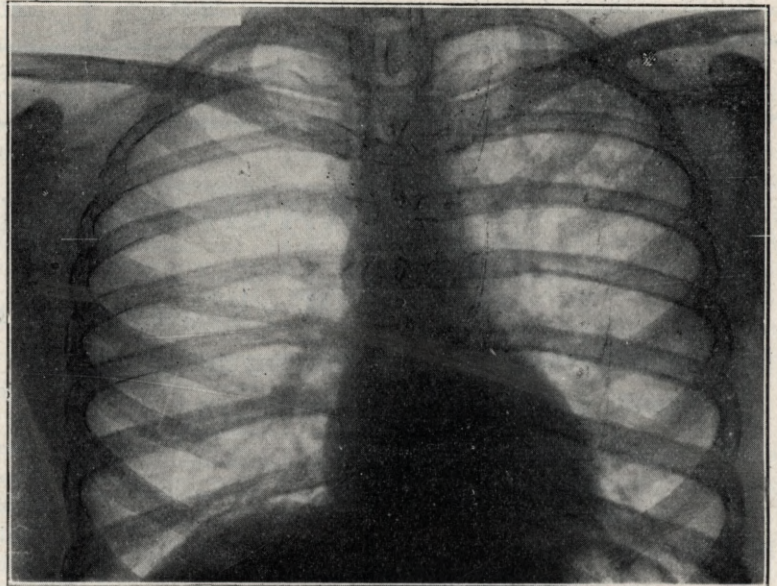
Rys. 5.

Dalszy rozwój sprawy chorobowej wykazują przypadki następujące.

Przypadek VII dotyczy 22-letniej mężatki S. H. pochodzącej z rodziny zdrowej. Mąż, z którym żyje 3 lata jest ciężko chory na płuca. Pacjentka czuje się źle od roku.

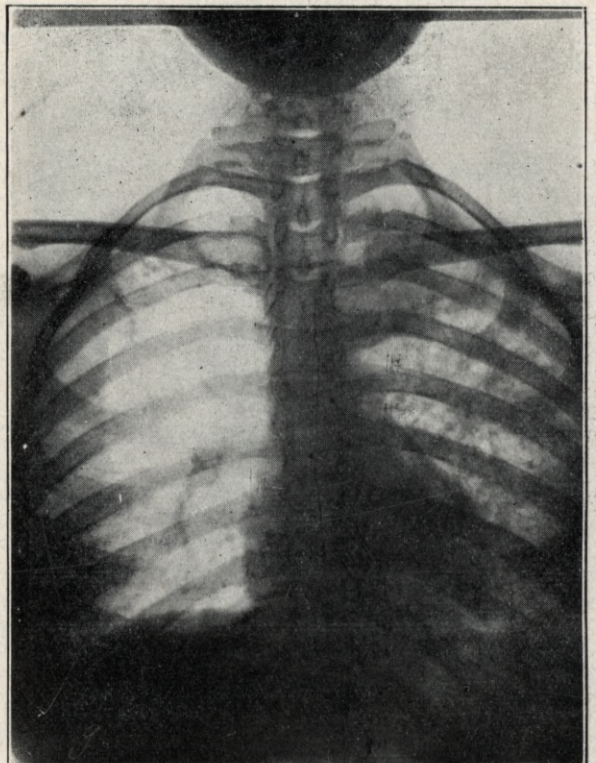
Obecnie gorączkuje do 38 kaszle i miewa od czasu do czasu drobne krwioplucia.

Badanie rentgenologiczne stwierdza: dużą jamę, leżącą pod obojczykiem w części obwodowej, i drobnoogniskowe zmiany wraz ze stwardniałymi smugami, rozszanymi w płacie górnym. Szczegółowa analiza obrazu rentgenologicznego pozwala ustalić dwojaki rodzaj zmiany: jedne — starsze, w postaci stwardniałych ognisk, sklerotycznych smug i jamy o twardej i grubej obwódce, drugie — leżące niżej,



Rys. 6.

o charakterze wysiękowym, z nieostreimi rozlaniami brzegami.



Rys. 7.

Tak samo i w przypadku VIII, dotyczącym 29-letniego robotnika E. P. chorego od 9 miesięcy, stwierdzamy

starsze zmiany w górnym płacie lewym z dość dużą jamą pod obojczykiem, przy zupełnie wolnym szczycie, i świeże nacieczenie w szczycie prawym z utworzonymi się dwiema drobnymi jamami.

Te dwa przypadki ilustrują dalszy przebieg suchot od wczesnego nacieku, jamy rozpadowej, poprzez okresowo występujące rozsianie sprawy chorobowej w obu płucach.

Wreszcie ostatni przypadek, IX, dotyczący 23-letniego D. Z. który przed 4 laty chorował przez dłuższy czas i leczył się w sanatorium w Zakopanem z powodu gruźlicy szczytu prawego. Wyzdrowiał i wrócił do pracy. Ostatnia choroba trwa od kilku miesięcy i przebiega ciężko, z wysoką ciepłotą. W tym przypadku zdjęcie rentgenowskie jest jakby prehistorją choroby w sensie odtworzenia jej przebiegu anatomopatologicznego. Stwierdzamy tu szereg zwapniałych ognisk pod obojczykiem prawym przy zupełnie wolnym szczycie, jako pozostałość po wczesnym nacieku podobojczykowym. Ponadto — rozsiana, wysiękowa wtórna sprawa w całym płucu lewym. Co było powodem rozsiania sprawy w płucu lewym, po zaleczeniu sprawy w prawym, nie może być z całą ścisłością stwierdzone. Możliwa jest reinfekcja endogenna, ale nie wyłączona jest i egzogenna, choć brak odpowiednich danych w wywiadzie.

* *

*

III

Przedstawiłem szereg przypadków nacieków podobojczykowych i ich dalszy rozwój w sensie suchot płucnych. Przypadków tego rodzaju jest bardzo dużo, lecz rzadko bywają rozpoznawane. Rozpoznanie ich bowiem nie należy do łatwych. Potrzebne są do tego dwie rzeczy: doświadczenie rentgenologiczne i nowoczesny aparat rentgenowski. Ponadto należy o nich zawsze myśleć przy prześwietlaniu klatki piersiowej, „Das Fruehfiltrat draengt sich nicht auf, es muss gesucht werden” — powiada Nicol. Rzeczywiście musimy ich szukać i to bardzo gruntownie. A znalezienie takiego nacieku w bardzo wczesnym okresie ratuje przeważnie życie chorego. Doświadczenie bowiem wykazało, że racjonalna terapia — a w tych przypadkach mowa może być tylko o odmie sztucznej — zastosowana bardzo wcześnie, nawet przy istnieniu jamy wczesnej, prawie zawsze daje wyniki bardzo dobre, aż do zupełnego wyleczenia. Jednak w okresach późniejszych, w rozsianej sprawie, przy istniejących zrostach i stwardniałej ścianie jamy — wyników niema żadnych.

Dlatego też, powtarzam, tak ważne jest badanie rentgenologiczne wczesne. Szczególniej w przypadkach gruźlicy otwartej powinno być poddane takiemu badaniu całe otoczenie chorego. Wówczas nacieki wczesne będą stwierdzane częściej, i walka z nimi będzie racjonalniejsza.

Poruszam tu sprawy, które w większości przypadków wychodzą poza zakres działania lekarza praktyka, a są raczej zadaniem przychodni przeciwgruźliczej. Ale obowiązkiem lekarza jest takie osoby z otoczenia chorego kierować do przychodni.

Jeżeli przejdziemy teraz do pytania, czy wszystkie obserwowane przez nas przypadki suchot płucnych powstały z nacieczeń wczesnych podobojczykowych, jak tego chcą dowieść niektórzy

skrajni ekstremiści, to na zasadzie danych z piśmiennictwa i własnego doświadczenia, opartego na ogromnym materiale zakładu rentgenologicznego W. K. Ch., dochodzimy do następujących wniosków:

1) Przypadki rozwoju suchot płucnych, biorące początek od sprawy szczytowej zwykłej (nie wsiękowej). Są to przypadki o bardzo powolnym rozwoju sprawy chorobowej trwającym lata całe, przypadki, należące do wspomnianych już 7% stwierdzonych statystycznie przez wielu autorów.

2) Postacie suchot płucnych rozwijających się od wnęk. Spotyka się je przeważnie u dzieci i rzadziej u ludzi starszych. Obserwowałem postacie te, rozwijające się na tle cukrzycy, u ludzi starych.

3) Przypadki drobnoogniskowej rozsianej gruźlicy, przeważnie bez jam rozpadowych, rozprzestrzeniającej się drogą oskrzelową, — czyli *phtisis peribronchialis disseminata*.

Wszystkie te trzy grupy schorzeń mają przebieg naogół łagodny i trwają przez szereg lat.

Musimy przyznać, że dużo odsetek obserwowanych przez nas przypadków — są to postacie jamisto rozpadowe z bardzo charakterystycznym umiejscowieniem jamy w okolicy obojczyków, postacie o przebiegu bardzo złośliwym rychło kończące się śmiercią.

Wszystkie te postacie pochodzą od nacieków wczesnych, bez względu na to, gdzie nacieki te są umiejscowione; czy w szczycie, czy pod obojczykiem, czy w innym miejscu płuc.

Na zasadzie powyższych wywodów oraz na podstawie opisu szeregu przypadków, obrazujących początek i przebieg suchot płucnych — od nacieczenia wczesnego, do rozsianej sprawy w obu płucach — stwierdzamy następujące różnice w dawnych i nowych teoriach o rozwoju suchot płucnych.

1) Dawne teorie twierdziły, że suchoty płucne rozpoczynają się w szczytach płucnych. Dla poglądów nowych pierwotne umiejscowienie sprawy nie ma żadnego znaczenia. Ważne jest tu tylko stwierdzenie nacieczenia wczesnego, które, podług danych dotychczasowych, leży najczęściej pod obojczykiem.

2) Dawne poglądy i teorie twierdziły, że suchoty płuc rozwijają się powoli — od małego gruzełka; nowe badania udowadniają, że pierwotnie mamy ostrą sprawę zapalno-wysiękową, która powoli przeistacza się w ognisko gruźlicze.

3) Podług teorii starych ogniska gruźlicze nigdy nie mogły zginąć zupełnie, mogły tylko stwardnieć, zserowacieć lub zwapnieć. Podług poglądów nowych ognisko takie może zniknąć bez śladu.

4) Wreszcie podług poglądów starszych rozpoznanie wczesne gruźlicy płuc polegało na stwierdzeniu najdrobniejszego ogniska. Nacieczenia duże uważano za daleko posunięte stany chorobowe, za postać serowatego zapalenia płuc. Nowe poglądy idą w kierunku odwrotnym: nacieczenie duże, o charakterze wysiękowym jest początkiem sprawy chorobowej, ogniska zaś drobne, — smugi cieniowe i t. p. — są to ślady przebytego nacieczenia wczesnego.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chirurgicznego C.
szpitala starozakonných w Warszawie
(Kierownik: Dr. med. A. Wertheim)

Przyczynę do leczenia przetok ślinnych.

Podał

Dr. med. I. BORKOWSKI
asystent oddziału.

Wzmianki w naszym piśmiennictwie, dotyczące wyleczenia przetoki ślinnej, są nieliczne (w ostatnim 40-leciu znalazłem tylko jedną pracę z r. 1899, ogłoszoną przez A. Gabszewicza).

Okoliczność ta upoważnia mnie do podania opisu przypadku, wyleczonego drogą prostego bardo, a przez długie lata zapomnianego zabiegu.

H. W. — 45-letniemu pośrednikowi z Radomia usunięto przed 10 laty duży martwak prawej wstępującej gałęzi żuchwy; w obrębie blizny na policzku pozostał otworek, z którego podczas żucia pokarmów obficie wydzielala się ślina. Chorożo z początku leczono zachowawczo — lapiowaniem i przyżeganiem, a przed 3 laty operowano. Chory przybył na oddział 21.X.28 r. i wówczas podjęto próbę zastosowania starej metody Deroy (1690 r.) — zwyczajne przebicie policzka ogłoszonej przed 200 przeszło laty, zmodyfikowanej potem przez Monro i Vedrine, a ostatnio przypomnianej przez Kauscha.

Jak wiadomo, sposób ten polega na przebicciu przetoki w kierunku śluzówki policzka za pomocą igły, opatrzonej grubą nitką jedwabną. Iglę wykluwa się w miejscu, odpowiadającym normalnemu ujściu przewodu, poczem łączy się oba końce nitki, tworząc pętlę. Pętlę tą kilka razy dziennie przesuwają tam i z powrotem w ciągu kilku tygodni. Zabieg ten powtarzano kilkakrotnie bezskutecznie. Prawdopodobnie przyczyna niepowodzenia tkwiła w zbyt wczesnym usunięciu nitki. Wobec tego spróbowano metody De Guisea, polegającej na wytworzeniu wewnętrznej przetoki za pomocą wężła, dalej okrajano brzegi przetoki i zamknięto ją plastycznie, ale, tą drogą chorego nie udało się wyleczyć. Również i naświetlanie promieniami Roentgena nie dało wyniku.

W dniu 11.VIII. b. r. chory przybył na oddział, prosząc o usunięcie w jakikolwiek sposób przetoki i zgadzając się na każdy zabieg chirurgiczny.

Na prawym policzku w odległości 6 cm. od ucha — stwierdzono bliznę gwiazdowatą, wielkości złotówki, mocno zrosniętą z podłożem; w dolnej połowie blizny — otworek; wprowadzony zgłębnik grubości 1 mm. wchodzi do kanału dążącego ku tyłowi i ku górze długości 0,5 cm. Podczas żucia „naczcho“ przez wspomniany otworek wydziela się kropkami przezroczysty, bezbarwny płyn — ślina, zaś podczas żucia pokarmów stałych, szczególnie przyprawionych, płyn ten cieknie „ciurkiem“. Mieliśmy zatem do czynienia z typową zewnętrzną zupełną przetoką przewodu ślinnego. Wobec nieudanych poprzednio prób zamknięcia przetoki za pomocą prostych zabiegów nie pozostawało, zdaje się, nic innego, jak wyluszczenie lub zniszczenie przyusznicy. Żadna z tych dróg nie jest wolna od niebezpieczeństw. Wyluszczenie gruczołu (Küttner, Tichoff) prawie zawsze prowadzi do uszkodzenia nerwu twarowego; zniszczenie zaś gruczołu można osiągnąć przez podwiązanie przetoki (Wiborg, M. Donatti i in.), co często prowadzi do ostrego ropnego zapalenia gruczołu z następczą ropowicą policzka, — bądź drogą wycięcie

nerwu usznoskroniowego wraz z towarzyszącymi nerwami wydzielniczymi — sposobem Leriche'a, Herzena. Zabiegi te pozbawiają jednak chorego tak ważnego narządu, jakim jest ślinianka przyuszna, przytem dwa pierwsze są w stosunku do samego cierpienia zbyt poważne, trzeci zaś niepewny (Brüssowa). Wobec tego, opierając się na pewnym doświadczeniu, zdobyłem w klinice Kauscha, gdzie spostrzegłem szereg ciężkich przetok po postrzałach, wyleczonych metodą Deroy — Monro — Vedrine — Kausch postanowiłem, niezrażony poprzednim niepowodzeniem, raz jeszcze zastosować u naszego chorego metodę powyższą.

Bez znieczulenia w wylot przetoki wkłułem możliwie głęboko do kanału długą, grubą, ostrą, lekko wygiętą igłę z nitką jedwabną średnicy około 1 mm.; prowadziłem ją możliwie dłuższą drogą ukośnie ku dołowi poprzez policzek do jamy ustnej; koniec nitki, wyprowadzony z jamy ustnej, związałem z końcem zewnętrznym, tworząc pętlę. Bezpośrednio po zabiegu zacząłem przesuwac nitkę w kanale kilkanaście razy dziennie, nie powierając tej czynności choremu. Pierwotny obrzęk policzka i szczękoscisk, wywołane narazie stanem zapalnym przyusznicy, oraz ropna wydzielina z przetoki znikły w ciągu tygodnia pod wpływem wilgotnych okładów; ciepłota dochodziła do 37,9 stop.; bóle usmierzano za pomocą lekkich narkotyków. Po 4 tygodniach nitkę usunąłem, poczem okrwawiłem łyżeczką zewnętrzne ujście przetoki, zalecając jednocześnie płynną dietę oraz doustnie atropinę po 0,0005 trzy razy dziennie. Nazajutrz po usunięciu nitki zacząłem zwnętrzną ranę energicznie lapiować. Wobec szybkiego zmniejszania się ujścia przetoki i niemożności zastosowania azotanu srebra w paleczce, natapiałem cienką warstwę lapisu na przetyczki od igieł i te wprowadzałem do otworka. Po upływie 6 tygodni przetoka zamknęła się; chory zaczął wyraźnie odczuwać wilgotnienie śluzówki prawego policzka. Pomimo energicznego żucia stałych pokarmów przetoka więcej się nie otworzyła, i dn. 3.X. b. r. chory opuścił oddział wyleczony; naprzeciwko I-go górnego trzonowca na śluzówce policzka widać czerwoną plamkę z otworkiem pośrodku, z którego podczas żucia wydzielają się krople przezroczystego płynu — est to ujście nowoutworzonego przewodu ślinnego.

Leczenie przetok ślinnych jest próbą cierpliwości ze strony chirurga i chorego.

Jakkolwiek na podstawie jednego przypadku nie należy przesądzać wartości metody operacyjnej, to jednak metoda, zastosowana u naszego chorego, posiada bezsprzecznie duże zalety: technika jej jest prosta, zabieg jest zupełnie bezpieczny, chory może leczyć się ambulatoryjnie, wynik czynnościowy nie pozostawia nic do życzenia, również i pod względem kosmetycznym jest ta metoda bez zarzutu, gdyż oszczędza nowych blizn na policzku. Dlatego też ośmielam się zwrócić uwagę czytelników na zalety metody Deroy — Monro — Vedrine — Kauscha, którą niewątpliwie warto wypróbować w każdym przypadku przed wykonaniem zabiegu poważniejszego.

PIŚMIENNICTWO.

1. Kausch W. Die Speichelfistel hinter d. Ohre, Ztbl. f. Chir. Nr. 17 r. 1925 (z rysunkiem).
2. Kirschner—Nordman. Die Chirurgie, T. IV 3. Gabszewicz A. Przetoki przewodu śliniankowego. Gaz. Lek. Nr. 34 str. 876 r. 1899.
4. Brüssowa R. S. Die Entnervung der Speicheldrüse nach Leriche, rbl. f. Chir. Nr. 6 r. 1928.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem ²M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Nowsze poglądy na rolę i znaczenie niektórych elektrolitów ustroju.

Podał

Benedykt GLASS (Warszawa.)

(C. d. — p. № 4)

6. Elektrolity ustroju.

W ustroju elektrolity występują w różnych postaciach: w postaci stałej (sole wapniowe kości), jako sole nieorganiczne (np. chlorek sodu, dwuwęglany), jako związki organiczne (sól sodowa kwasu oksymasłowego, połączenia z białkami wapnia, sodu i chloru). Potas nie tworzy białczanów. W komórce występują elektrolity w postaci zjonizowanej, co udowodnił Höber przez określanie przewodnictwa elektrycznego,

Ilość wapnia surowicy w warunkach prawidłowych wynosi od 10 mg.‰ do 12 mg.‰ (met. de Waarda i Kramera-Tisdalla). Z tej ilości około 3 mg.‰ przypada na postać zjonizowaną (Rona-Takashi, Brinkmann). Z reszty 25—30% przypada na białczany, reszta — na niezdisocjonowane sole organiczne. Wahania poziomu wapnia surowicy zależą w znacznym stopniu od stężenia jonów wapniowych. Na to stężenie znaczny wpływ wywiera wielkość zasobu zasad: przy zwiększonym zasobie zasad zwiększa się ilość wapnia, przy zmniejszonym — zmniejsza. Zawartość wapnia w krwi całkowitej jest mniejsza, gdyż krwinki nie zawierają wapnia.

Ilość potasu surowicy waha się od 18 mg.‰ do 22 mg.‰ (Kramer — Tisdall). Ilość potasu w krwi całkowitej wynosi przeciętnie od 150 mg.‰ do 190 mg.‰ i podlega znacznym wahaniom.

Ważne znaczenie posiada stosunek potasu surowicy do wapnia surowicy. Współczynnik ten u osobników zdrowych waha się od 1,5 do 2,0 (Salitówna i Sokołowska).

Zawartość sodu w surowicy wynosi według Schmidta 3,43 gr. ‰, według Kramera i Tisdalla — 3,35 gr. ‰, według Bluma — 3,2 gr. ‰ — 3,3 gr. ‰. Większa część sodu, bo około 2,3 gr. ‰, występuje w postaci chlorku sodu, reszta w postaci dwuwęglanów, białczanów i innych związków organicznych.

Poziom fosforu nieorganicznego surowicy wynosi około 5 mg.‰; pozatem fosfor występuje w postaci organicznej, której główną część stanowi kwas laktacydogenfosforowy.

Poziom magneu w surowicy jest bardzo niski: według Pincussena i Dimitrjevicha wynosi od 1,9 mg.‰ do 3,9 mg.‰.

Zawartość potasu i wapnia w płynie mózgowo-rdzeniowym różni się od poziomu tych elektrolitów w surowicy. Zawartość potasu waha się od 14,31 mg. % do 22,67 mg. % (Berencsy), wapnia od 5,3 mg. proc. do 8,4 mg. proc. według Berencsyego, od 4,52 mg. proc. do 5,50 mg. proc. we-

dług Cantarowa. Współczynnik K/Ca waha się od 2,13 do 3,62 (Berencsy), z powodu mniejszej zawartości wapnia jest wyższy od współczynnika K/Ca surowicy.

Zawartość elektrolitów w narządach jest niesłychanie trudna do określenia. Jeden i ten sam autor otrzymuje różne cyfry dla tego samego narządu. Według Katza zawartość elektrolitów w mięśniach człowieka wynosi (w mg. proc.): K—320, Na—79, Mg—21, P—203, Cl—70, Fe—14, S—207.

Duże wahania w poziomie elektrolitów w narządach tłumaczyć można niedokładnością metod lub też różnicą zawartości elektrolitów w zależności od stanu czynnościowego danego narządu (S. G. Zondek).

Już wyżej była mowa o synergji działania elektrolitów i układu nerwowego roślinnego. Szereg badań doświadczalnych potwierdza istnienie tego związku. Po zastrzyknięciu adrenaliny poziom wapnia surowicy wzrasta (Lewaczek, Condorelli), poziom potasu i sodu się obniża (Condorelli), zmniejsza się współczynnik K/Ca (Walther i Gordonoff, Petersen, Lewinson i Arquin). Również po zastrzyknięciu atropiny zmniejsza się wartość współczynnika K/Ca, natomiast wzrasta po zastrzyknięciu acetylcholin (Walther i Gordonoff).

Zastrzyknięcie histaminy daje w surowicy zwiększenie potasu i nieznaczne wzniesienie wapnia, we krwi całkowitej — nieznaczne zwiększenie potasu i spadek wapnia — a więc zwiększenie współczynnika K/Ca (Kuschinsky — doświadczenia na psach).

Lami wykazał, że dożylne podanie soli wapnia daje takie same zwiększenie działania swoisto-dynamicznego białka, jak zastrzyknięcie adrenaliny. Pozatem zastrzyknięcie jonów wapniowych znieść może obniżający wpływ ergotaminy na swoiste działanie dynamiczne białka. Obniżenie swoistego dynamicznego działania białka otrzymuje się zarówno po ergotaminie, jak i po zastrzyknięciu 10 cm³ roztworu 2 proc. chlorku potasu.

Zmiany w wartości współczynnika K/Ca, uzyskiwane na drodze doświadczalnej, są krótkotrwałe. Organizm przeciwstawia się zaburzeniom równowagi stosunku potasu do wapnia. Berencsy znajdował po podaniu soli wapniowych i po zastrzyknięciu Parathormonu Collipa zwiększenie poziomu nie tylko wapnia, ale i, jakby wyrównawcze, potasu — co prawda, mniej znaczne i powolniejsze. Spiro uważa, że organizm posiada mechanizm rezerwowy dla potasu w postaci krwinek, które w miarę potrzeby wydzielają lub pochłaniają potas.

Ważne znaczenie praktyczne mają badania nad działaniem jonów potasowych na ośrodki oddechowe. Doświadczenia Hilarowicza i Szajny wykazały, że jon potasowy wywiera działanie regulujące na czynność ośrodków oddechowych: przy oddechu szybkim i płytkim chlorek potasu powoduje jego zwolnienie i pogłębienie, przy wol-

nym—znaczne przyspieszenie rytmu oddechowego. Szajna wykazał, że jon potasowy, działający wprost na dno IV komory, niweczy hamujący wpływ drażnienia dośrodkowego końca nerwu błędnego na oddychanie i przywraca ośrodkom oddechowym normalne napięcie, patologicznie wzmożone wskutek działania strychniny. Kroetz uważa, że w pobudzaniu ośrodka oddechowego znaczną rolę odgrywają elektrolity, a mianowicie, wahania t. zw. współczynnika Gollwitzer-Meiera $\frac{K}{Ca}$.

Odrębne stanowisko w układzie elektrolitów zajmuje magn. Nie wywiera, tak jak sód, potas, wapń, w stężeniach, spotykanych w ustroju, działania na izolowane serce, jelita i inne narządy. Odgrywać ma jednak według Delbeta znaczną rolę w procesach życiowych. Weiske stwierdził, że ilość magnu w organizmie zmniejsza się z wiekiem, podczas gdy ilość fosforu nie ulega zmianie, a ilość wapnia się zwiększa. Badania Bretea wykazały, że stosunek $\frac{Ca}{Mg}$ w jądrach osobników dojrzałych wynosi 1, natomiast u starców zwiększa się do 3.

Antagonizm między jodem wapniowym a jodem magnowym uwidacznia się w tem, że zastrzyknięcie soli wapniowych momentalnie znosi uśpienie, wywołane przez siarczan magnu. Badania, przeprow. dzone w związku z tem zjawiskiem przez Spiro i Heussera na ludziach w narkozie chloroformowo-eterowej, wykazały, że w stanie tym stosunek wapnia do magnu ulegał zmniejszeniu. Prawdopodobnie we śnie, kiedy przeważa napięcie układu nerwu błędnego i zmniejszeniu ulega ilość wapnia, współczynnik $\frac{Ca}{Mg}$ również ulega zmniejszeniu (Heilig i Haft).

7. Niektóre dane z patologii elektrolitów.

Tężyczka.

Wspólną cechą wszystkich postaci tężyczki (pooperacyjnej, pochodzenia żołądkowego, oddechowego, małych dzieci) jest zwiększenie pobudliwości mięśni. Doświadczalnie udało się otrzymać objawy tężyczki na izolowanych mięśniach, odżywianych płynem Ringera, pozbawionym wapnia lub z nadmiarem potasu. W tężycze pooperacyjnej Gross i Underhill znajdowali (u psów) zwiększenie potasu z 30 mg% na 40 mg%, wzrost współczynnika K/Ca z 5 na 10-13, w przypadkach Elmera i Schepsa ilość potasu wynosiła 23,8 mg%, 38,47 mg%, 23,85 mg%, 29,82 mg%, ilość wapnia opadała do 6,8 mg%, 4,9 mg%, 7,6 mg%, 7,1 mg%, współczynnik K/Ca odpowiednio wzrastał do 3,5, 7,8, 3,8, 4,2. W spazmofilji dziecięcej zawartość wapnia spadała do 6 mg%, ilość potasu wzrastała do 26 mg%. Howland i Mariotte wykrywali w tężycze dziecięcej spadek wapnia do 5 mg%. Nie można jednak uważać za przyczynę występowania tężyczki jedynie obniżenie się poziomu wapnia surowicy. Istnieje cały szereg stanów chorobowych, w których wykrywa się zmniejszenie ilości wapnia bez objawów tężyczki np. marskość nerek (H. Zondek, Petow i Siebert), po zastrzyknięciu surowicy (Billigheimer, Dresel i Katz). Objawy tężyczki wy-

stępować mogą wskutek wzmożenia zasadowości krwi (Grant, Goldmann, György i Vollmer, w przypadku Gollwitzer-Meiera do 117,4 Vol.%, CO₂) po obfitych wymiotach, wskutek długotrwałego oddychania. Chociaż wzrost P_H krwi powoduje zmianę stopnia dysocjacji soli wapniowych w sensie zmniejszenia ilości jonów wapnia, całkowita ilość wapnia w tych postaciach tężyczki pozostawała bez zmiany. W. F. Koch, Paton, Noel i Findlay, Findlay i Sharpe, Frank i Kühnan wykrywali w tężycze zwiększenie ilości guanidyny, a Haden i Orr — zwiększenie azotu resztkowego, wskutek czego autorzy ci łączyli powstawanie tężyczki ze wzmożeniem produktów rozpadu białka.

Zwiększenie się ilości wapnia w surowicy (Gold, Elmer i Scheps) i ustępowanie objawów tężyczki po podaniu parathormonu Collipa wskazuje, że przyczyny tej choroby dopatrywać się należy w niemożności wiązania wapnia z kolidami białkowymi (Klinke), a krótkotrwałe efekty lecznicze po podawaniu soli wapniowych tłumaczyć tem, że chwilowe stworzenie nadmiaru wapnia w ustroju powodować może, na zasadzie prawa działania mas, również chwilowe wzmożenie jego wiązania.

Schorzenia układu kostnego.

Układ kostny odgrywa do pewnego stopnia rolę regulatora poziomu wapnia w ustroju: może magazynować nadmiar wapnia, a w razie zwiększonego zapotrzebowania — może wapń oddawać (Heubner i Rona).

Ustrój ludzki, zagrożony zakwaszeniem swych tkanek, broni się nie tylko zobojętnieniem kwasów węglanem sodowym i amoniakiem, lecz także za pomocą wiązania kwasów z wapniem, pobieranym z wielkiego zapasu węglanu wapnia oraz fosforanu trójwapniowego, zawartego w układzie kostnym (Gobel).

Kostnienie polega na przeprowadzaniu rozpuszczalnych soli wapniowych w związki nierozpuszczalne. Według Freudenberga i Györgyego kostnienie składa się z 3 okresów: w okresie pierwszym białko chrząstki łączy się z jodem wapniowym na białczan wapnia; w okresie drugim białczan wapnia wychwytuje anjony fosforowy i węglowy i tworzy białczan fosforowo-wapniowy; w okresie trzecim następuje uwolnienie się białka z pozostawieniem nierozpuszczalnych fosforanu i węglanu wapnia-białko uwolnione znów zdolne jest do przerobienia całego cyklu wychwytywania wapnia.

Jak wiadomo, sole wapniowe odkładają się w tkance obumarłej lub schorzałej, a zatem mniej wartościowej. Dzieje się to bądź ze szkodą dla organizmu, jak np. odkładanie się wapnia w ścianach naczyń krwionośnych, bądź też z korzyścią: wapnienie ognisk gruźliczych, otarbanie się włóscin. Można przypuścić, że tkanka zdrowa w przebiegu prawidłowej przemiany materji wytwarza pewien czynnik obronny, nie pozwalający na wypadanie soli wapniowych, natomiast tkanka schorzała o nieprawidłowej przemianie materji i chrząstka o zwolnionej przemianie materji są pozbawione tego czynu.

Zaburzenia w kostnieniu występują w przebiegu dwóch schorzeń: krzywicy i osteomalacji (zmięknienie kości). Krzywicę zalicza się do awitaminoz, w osteomalacji znaczną rolę odgrywają hormony gruczołowe, zwłaszcza jajnikowy, i zakwaszenie ustroju (G o e b e l).

Krzywicę wywołać można doświadczalnie bądź przez pozbawienie pokarmu witaminy D, bądź też przez wyłączenie z pokarmu wapnia i fosforu. Dziecko zdrowe ma w surowicy 5,0-5,4 mg% nieorganicznego fosforu (H o w l a n d i K r a m e r, H e s s, G y ö r g y), dziecko krzywicze w ostrym przebiegu choroby — około 2,4 mg% (H o w l a n d i K r a m e r, I v e r s e n, F r e u d e n b e r g i G y ö r g y). Jak wiadomo, leczenie krzywicy polega nie na podawaniu wapnia, lecz witaminy D i fosforu, gdyż organizm nie ma zdolności wiązania wapnia.

Choroby nerek.

W nefrozie i moczówce prostej na pierwszy plan występują zaburzenia w wydalaniu i zatrzymywaniu chlorku sodu.

W końcowych okresach marskości nerek mamy wzmożenie potasu i fosforu (B o l l i n g e r i B r e h) i zmniejszenie wapnia w surowicy (H. Z o n d e k, S i e b e r t i P e t o w). L i e b e r m a n n uważa obniżenie wapnia poniżej 9,5 mg% za stały objaw niedomogi nerkowej.

Choroby narządu krążenia.

B u r g e r znajdował zawsze w przebiegu

schorzeń narządu krążenia wzmożenie zawartości potasu surowicy. T e p l o f f i K o s c h e w n i k o w a w przebiegu tych schorzeń bez dyskompensacji znajdowali w surowicy prawidłowy poziom wapnia, normę lub nieznaczne zwiększenie potasu. W okresie dyskompensacji wykrywali oni spadek wapnia, chloru i fosforu, zawartość potasu utrzymywała się w granicach normy. Również J a n s e n, K y l i n, K i s c h wykrywali w dyskompensacji obniżenie poziomu wapnia, przyczem w przypadkach, przebiegających z obrzękami, zawartość wapnia spadała do 6 mg% (K i s c h) lub do 9 mg% (K y l i n).

W nadciśnieniu samoistnym wykrywali H e r z f e l d i L u b o w s k i, J a n s e n, K y l i n obniżenie poziomu wapnia surowicy. Badania S a l i t ó w n y i S o k o ł o w s k i e j wykazały, że w I-im i II-im okresie nadciśnienia (w *hypertensio essentialis variabilis* i *hypertensio essentialis variabilis cum nephrosclerosi* — J a n u s z k i e w i c z) poziom potasu jest wyższy, niż w okresie III-im (*hypertensio essentialis stabilis* — J a n u s z k i e w i c z). Przebiegająca zawartość wapnia zmniejszała się od I-go do III-go okresu w miarę zwiększania się zmian nerkowych. W ogólnym zestawieniu S a l i t ó w n a i S o k o ł o w s k a znalazły zwiększenie się współczynnika K/Ca w 27% przypadków, normę (od 1,5 do 2,0) w 70,3% i zmniejszenie w 1%.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Farmakologia kliniczna i doświadczalna oraz toksykologia.

F. GOTOWKO. W sprawie resorpcji adrenaliny w tkance podskórnej. (Ukr. Med. Archiw. t. IV, z. 2).

Autor zastrzykiwał podskórnie psom w ciągu siedmiu kolejnych dni adrenalinę w ilości 0,0001-0,002 na kilogram wagi i mierzył im kimografjonom Ludwiga ciśnienie przed i po zastrzyknięciu. Zarówno w pierwszym, jak i ostatnim dniu badań ciśnienie po zastrzyknięciu obniżało się. Co ważniejsze, w ostatnim dniu badań ciśnienie, mierzone przed zastrzyknięciem adrenaliny, nie wykazywało żadnych charakterystycznych zmian, w stosunku do ciśnienia z pierwszego dnia badań: było ono albo niezmienione albo nieco wyższe, albo też znacznie niższe. Natomiast dożylnie wprowadzenie adrenaliny podnosiło znacznie ciśnienie u tych samych psów. Dowodzi to nie powolnej resorpcji adrenaliny z tkanki podskórnej, bo przy najpowolniejszym wchłanianiu się w siódmym dniu musiałyby się dostawać do krwi takie ilości adrenaliny, których wprowadzenie dożylnie powoduje podniesienie ciśnienia, lecz tego, że adrenalina ulega już w miejscu zastrzyknięcia rozkładowi. Wobec tego należy uważać podskórne podawanie adrenaliny za bezcelowe.

Henryk L a n d a u

H. KRASSO. O zatruciu kwasem salicylowym (aspiryna). (Wien. kl. Woch. 50/1929).

Opisany jest przypadek zatrucia kwasem salicylowym, w którym chora zażyła w celu samobójczym 30 gr. (t. j. 60,

tabletek) aspiryny. Bezpośrednie objawy zatrucia wyrażały się w szumie w uszach, osłabieniu słuchu, zaburzeniach wzroku, miganiu przed oczami, podmiotowej duszności, wymiotach, silnym osłabieniu, uczuciu pragnienia, senności. Skóra była bardzo wilgotna, twarz zaczerwieniona, śluzówki jamy ustnej i gardzieli suche. Najbardziej uderzającym objawem był wielki oddech K u s s m a u l a. Ze strony narządu krążenia stwierdzono tylko częstoskurcz i obniżenie się ciśnienia krwi. Temperatura była podniesiona. W moczu znaleziono objawy uszkodzenia nerek: białkomocz (do $\frac{1}{2}$ 0/00), przejściowy lekki krwimocz, wałeczkomocz. Na czwarty dzień wystąpiły objawy ze strony wątroby w postaci urobilinurji i urobilinogenurji bez zwiększenia zawartości bilirubiny we krwi. We krwi była niedokrewność typu pierwotnego, leukocytoza z nieznaczną limfopenją. Wszystkie te objawy ustąpiły szybko, bo w ciągu tygodnia. Leczenie zatrucia kwasem salicylowym polega na płukaniu żołądka celem usunięcia jadu; pozatem jest ono czysto objawowe; w razie zaburzeń ze strony narządu krążenia podaje się środki nasercowe, przy objawach zakwaszenia (oddech K u s s m a u l a)—duże ilości zasad.

Henryk L a n d a u

C. LEWINA. Leczenie węglem ostrego zatrucia fenolem. (Ukr. Med. Archiw. t. IV, z. 2).

Z doświadczeń na 30 psach, u których wywołano ostre zatrucie fenolem, wynika, że:

- 1) minimalna dawka śmiertelna dla psa wynosi 0,4 g. na kilogram wagi w 2 $\frac{1}{2}$ 0/0 roztworze;
- 2) wymioty w ostrem zatruciu fenolem są częste i występują u psów leczonych i nieleczonych;

- 3) ruchy antyperystaltyczne żołądka idą w parze z ruchami antyperystaltycznymi kiszek, wskutek czego węgiel z zaadsorbowanym fenolem pozostaje w ustroju;
- 4) węgiel, dodany do $2\frac{1}{2}\%$ roztworu fenolu, ekstrahuje z niego w ciągu 2 minut przy wstrząsaniu 80% fenolu;
- 5) przyrząd Wulfa ułatwia szybkie wstrząsanie, wprowadzanie i usuwanie płynów z żołądka;
- 6) ilość płynu do płukania żołądka przy dawkach 0,4—1,0 g. fenolu na kilogram wagi musi być dostatecznie duża (3—10 l.);
- 7) wprowadzanie węgla bez następczego jego usuwania z ustroju psa daje ujemne wyniki; węgiel musi być szybko usunięty za pomocą płukania żołądka i podawania salicylnych środków przeczyszczających (siarczan sodu);
- 8) nawet jeśli podano psu śmiertelne dawki fenolu, rozpoczęte po 15—20 minutach leczenie węglem okazuje się skuteczne.

Henryk Landau.

Choroby zakaźne

∞ Henryk BROKMAN. **Badania nad patogenezą płonicy.** (Warszawa, 1929. Odbitka z „Medycyny dośw. i społecznej” str. 181).

Tytuł, którym autor opatrzył swą monografię, niezupełnie odpowiada treści, gdyż badania nad patogenezą (i etjologią) płonicy obejmują tylko rozdziały IV i V. W rozdziale I autor omawia etjologię i patogenezę chorób zakaźnych wogóle, rozdziały II i III poświęcone są sprawie odporności przeciwbłoniczej i przeciwczerwonkowej, a ostatnie rozdziały — VI i VII — zapobieganiu i seroterapii płonicy.

Jak widać z tego przeglądu poszczególnych rozdziałów, autor ujął zagadnienie płonicy bardzo wyczerpująco i w monografii swej nie pominął żadnego szczegółu, mającego jakikolwiek związek z płonicą.

Fakt zjawienia się w polskim piśmiennictwie monografii o płonicy należy powitać z tem większą radością, iż od czasu badań Dicków temat ten wzbudził nanowo zainteresowanie świata naukowego i stał się punktem wyjścia bardzo licznych prac w St. Zjednoczonych i Europie oraz gorących dyskusyj na zjazdach naukowych. Krytyczne opracowanie tego piśmiennictwa potrzebne było zarówno ze względu na konieczność zaznajomienia lekarzy polskich z całokształtem badań w tej dziedzinie, jak również z wynikami praktycznymi (seroterapia i szczepienia ochronne).

Dobrze, że zadania tego podjął się najbardziej do tego powołany z polskich autorów, który obok doskonałej znajomości dziedziny odporności rozporządza pokaźnym dorobkiem prac własnych o płonicy.

Praca Brokmana jest zupełnie nieprzeciętnej wartości. Z jednej strony mamy przed sobą nadzwyczaj sumienne zebrane piśmiennictwo z dokładnym uwzględnieniem prac polskich, z drugiej — ocenę i krytykę spornych poglądów, ułatwiająca czytelnikowi orjentację w tej dziedzinie.

Stanowisko autora w sprawie etjologii płonicy zgodne jest z poglądem Dicków, Friedemanna i Schottmüllera, t. j. uważa on, iż zarazkiem, wywołującym płonicę, jest paciorkowiec. Odczyn Dicka jest podług Brokmana odczynem toksycznym, a jad Dicków — prawdziwą toksyną na wzór toksyny błoniczej. Autor nie zgadza się z poglądem Groera, podług którego jad płonicy jest jadem wtórnie toksycznym, a odczyn Dicka — odczynem alergicznym.

Omawiając patogenezę płonicy, autor przeprowadza szczegółową analizę roli paciorkowca i jego toksyny w róż-

nych okresach przebiegu klinicznego (angina, wysypka, powikłania), stojąc konsekwentnie na stanowisku teorii toksycznej, reprezentowanej przez Dicków i Friedemanna. Poglądu anafilaktycznego Selmy Meyer autor nie uznaje, zaznacza jednak, że objawy drugiego okresu płonicy zależą od stanu alergicznego ustroju. Allergję tę wywołuje przebyte pierwsze okresu płonicy.

Tego rodzaju ujęcie patogenezы płonicy zgodne jest z poglądem Friedemanna i łączy dawną teorię anafilaktyczną z nową teorią toksyczną Dicków.

Ostatnie rozdziały o znaczeniu czysto praktycznym: zapobieganie płonicy i seroterapia są równie krytycznie ujęte, jak i poprzednie. Zakończenie stanowi wykaz piśmiennictwa, obejmujący 355 prac (do zestawienia tego wkładły się — z winy zapewne korekty — omyłki).

W pracy Brokmana piśmiennictwo polskie zyskało bardzo wartościową monografię, która powinna znaleźć jak najliczniejszych czytelników.

H. Frenklowa (Łódź).

R. TUNNICLIFF i T. CROOK. **O zdrowych nosicielach płonicy.** (J. Am. Med. Ass. Tom- 92, Nr. 18, 1929)

Autorzy opisują szereg przypadków, w których płonica była przeniesiona przez zupełnie zdrowego na pozór osobnika. W niektórych przypadkach np. dzieci były zupełnie odosobnione od świata zewnętrznego przez szereg dni, a jednakże zapadły na płonicę. Przy bliższym badaniu okazało się, że ojciec rodziny — jedyna osoba, która była w kontakcie z światem zewnętrznym — był nosicielem zarazków. Z gardzieli bowiem ojca (zupełnie zresztą zdrowego) wyhodowano paciorkowce płonicze.

Podkreślając doniosłe znaczenie wykrycia takich utajonych nosicieli autorzy podają dość prosty sposób wykazywania nosicielstwa.

B. G.

F. COSTE. M. LEBLOND i P. E. VANNIER. **O wartości poszukiwania paciorkowca hemolitycznego w gardle chorych na płonicę.** (Presse Méd. 87. 1929).

Posiew z gardła, zrobiony w pierwszych dniach płonicy, wykazuje w 95% przypadków obecność paciorkowca hemolitycznego. Fakt ten może służyć jako moment różniczkowy między płonicą a osutkami o wyglądzie „płoniczym pochodzenia toksycznego (osutki pokarmowe, lekowe, zwłaszcza arsenikowe i rtęciowe), zakaźnego (rashes ospy naturalnej i wietrznej i t. p.) spowodowanych wprowadzeniem obcego białka. Wynik dodatni posiewu nie ma znaczenia decydującego, ujemny natomiast pozwala prawie napewno wyłączyć płonicę. Rozpowszechnienie paciorkowca hemolizującego w otoczeniu chorych na płonicę jest olbrzymie, wskutek czego chorzy tacy, przebywając na ogólnych salach dla płonicy, wykazują przez bardzo długi okres czasu obecność paciorkowca w gardle, podczas gdy po izolowaniu ich w separatkach paciorkowiec w krótkim czasie znika. Fakt ten nie jest obojętny dla zapobiegania płonicy, gdyż przypadki szkarlatyny są częstsze w otoczeniu ozdrowieńców — nosicieli paciorkowców, aniżeli ozdrowieńców, nie posiadających w gardle paciorkowca hemolitycznego.

Henryk Landau

BORMANN. **Powikłania i leczenie płonicy surowicą.** (D. m. W Nr. 37. 1929).

W każdym przypadku płonicy poza początkowymi objawami zatrucia można się doszukać objawów septycznych, przejawiających się w lekkiej postaci jako obrzęk gruczołów

podszczękowych i górnych szyjnych. Surowica antytoksykcyjna zastosowana w 3-4 dniu choroby w ilości 25-100 cm³ w zależności od ciężkości przypadku usuwa początkowe objawy zatrucia i wpływa dodatnio na istniejące już powikłania oraz zapobiega występowaniu następczych powikłań. Zbyt późne podanie surowicy, jak również stosowanie surowic ze zbyt małą zawartością antytoksyn nie tylko nie daje efektu leczniczego, ale często sprzyja powstaniu powikłań. Dana surowica niweczy działanie ektotoksyn, nie wpływając na same drobno-ustroje, dlatego skuteczność jej jest największa tylko w okresach początkowych.

Wanda Franzówna.

Choroby narządów trawienia.

P. CARNOT. O zespole Koeniga w zwężeniach jelit cienkich. (Parls medical № 14 z r. 1928.)

Sprawa ta rozwija się nieraz w ciągu wielu lat. Objawy początkowe dość niewyraźne (tępe bóle brzucha nie dające się ściśle umiejscowić, wzdęcia, nudności, wymioty, biegunki naprzemian z zaparciem), po pewnym czasie ustępują miejsca gwałtownym bólom napadowym.

W tym to okresie można już stwierdzić objawy charakterystyczne, jak: 1) zespół Koeniga, wskazujący na wysiłki wyższych odcinków jelita, zmierzające do przepchnięcia treści poprzez zwężenie; 2) zespół pseudoascytyczny z bulgotaniem i tępością opukową, wskazujący na rozciągnięcie wyższych pętli jelita; 3) zespół radiologiczny — obraz typowy pęcherzy plynno-gazowych (*gaz bubble sign*), zjawiający się w okresie rozdęcia porażonych pętli jelita.

Zespół Koeniga obejmuje cztery objawy: 1) napady kolki brzusznej, nagle występujące, gwałtowne i naogół krótkotrwałe, powtarzające się przez szereg godzin, by potem ustąć na dłuższy okres czasu; 2) stawianie się jelit, uwidaczniające się w postaci kul twardych, wielkości głowy dziecka, obdarzonej silnymi ruchami perystaltycznymi. Umiejscowione są naogół niżej, aniżeli w niedrożnościach żołądkowo-dwunastniczych, 3) bulgotanie; 4) wypróżnienia plynno-gazowe, w postaci gęstej grochówki, zmieszanej z gazem

Niekiedy obserwuje się wymioty kałowe.

Zespół pseudoascytyczny z bulgotaniem i stawianiem opukowem może wystąpić łącznie z poprzednim lub też później. Wskazuje on na wyczerpanie mięśniówki jelita, następujące po gwałtownych wysiłkach skurczowych.

Zespół radiologiczny, daje obraz dość typowy zależnie od tego, czy zwężenie jest niedawnej daty, czy też trwa dawno.

Co się tyczy patogenyzy zwężeń przewlekłych jelita, to obejmuje ona głównie 3 sprawy: gruźlicę jelit, nowotwory i sprawy zrostowe. Klinicznie niezawsze można odróżnić, z jaką postacią ma się do czynienia, i niekiedy dopiero nóż chirurga wyjaśnia etiologję sprawy.

Leczenie z natury rzeczy może być wyłącznie chirurgiczne. Daje ono wyniki dodatnie tylko wówczas, gdy udaje się usunąć przewężoną część jelita, ewentualnie gdy zakłada się zespolenie.

B. Goldstein.

CH. S. Mc. VICAR i J. F. WEIR. O istocie i leczeniu zatrucia w niedrożności jelit. (J. Am. Med. Ass. № 11, Tom 92, r. 1929.)

Przypuszczano przez pewien czas, że zatrucie powstaje na tle wessania się produktów rozpadu z pętli ponad zwę-

żeniem, jednakże treść taka, aczkolwiek dawała po zastrzyknięciu objawy podobne u zwierzęcia doświadczalnego, nie jest wcale specyficzna dla danej sprawy. Istnieje bowiem wiele takich substancyj w ustroju.

W ostatnim czasie wysuwano przypuszczenie, że przyczyną zatrucia jest spadek ilości chlorków we krwi z powodu dużych strat, poniesionych przez ustrój podczas zwracania treści. Jednakże i ta hipoteza pomimo pozornej słuszności nie może wytłomaczyć faktu, że objawy zatrucia zjawiają się o wiele wcześniej, aniżeli hipochloremja. Wprawdzie dowód chlorków oraz plynu wogóle poprawia znakomicie stan chorego, jednakże nie udało się stwierdzić z całą pewnością, czy to jest istotna przyczyna zatrucia. Badania osobiste autorów przemawiają za tem, że sprawa chorobowa zależy głównie od odwodnienia tkanek naskutek wymiotów.

B. Goldstein.

J. A. BARGEN. O swoistem leczeniu surowicą nieżyty jelit wrzodziejącego. (Arch. Int. Med. Tom 43, № 1, rok 1929.)

Autor przytacza siedm przypadków nieżyty wrzodziejącego, jelit, leczonych przesączem przygotowanym z dwoiniek okrzężnicy, które uważa za właściwe zarazki tego cierpienia.

Wszystkie przypadki wykazały wyraźną poprawę: przyrost wagi dał się stwierdzić zaraz po zastosowaniu szczepionki.

Surowica zdaje się posiadać wyraźne własności zobojętniania jądów nieżyty okrzężnicy. Wyraźnie zaznacza się to we wpływie na przebieg gorączki i tętna. Zupełnie obiektywnie można stwierdzić poprawę za pomocą rektoskopu i radjoskopji.

Tymczasem autorzy prowadzą dalsze badania nad uodparnianiem koni, co, według nich, ma się przyczynić do ulepszenia surowicy.

Wyniki dotychczasowe są o tyle zachęcające, że, będąc dokonane na prawie beznadziejnych przypadkach, dały wynik o wiele lepszy od leczenia chirurgicznego.

B. Goldstein.

C. A. POTTER. O leczeniu przetok dwunastniczych i jelitowych. (J. A. Med. Ass. Tom 92, Nr. 5. 1929.)

W gojeniu się przetok skórnych z dwunastnicy czy jelit dalszych duże znaczenie ma działanie soków trawiennych, wydzielanych przez te odcinki jelita. Soki te nadtrawiają ściany przetoki, przez co utrudniają gojenie.

Przetoki dwunastnicze powodują także utratę soku żołądkowego, i pośrednio chlorków. Naskutek tego powstaje alkalozja i hipochloremja.

O ile zastoscwać system ciągłego odsysania, to najlepiej i najszybciej goić się będą te przetoki, w których założony został sączek, otoczony paskami gazy, przepojonej wyciągiem mięsnym i rozczynem 1/10 N kwasu solnego.

To zabezpiecza przed ewentualnem przedostawaniem się żrących soków trawiennych. Kiedy zaś otwór stanie się zbyt mały, by można było prowadzić w dalszym ciągu odsysanie, same sączki z sokiem mięsnym i kwasem solnym wystarczą do zakończenia leczenia.

Samo odsysanie nie jest konieczne, może jednak do pewnego stopnia zastąpić opatrunki.

B. Goldstein.

H. W. SOPER. Rak i inne zmiany jelita cienkiego. (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr. 4, r. 1929.)

Bardzo ważne jest badanie rentgenologiczne, które jedynie może dać pewne rozpoznanie.

Zazwyczaj w tych razach można stwierdzić zaleganie barytu w jelitach cienkich. Nawet w przypadkach zwężenia tylko częściowego widać zaleganie w *ileum terminale*.

Należy wykluczyć przyczyny inne pozajelitowe. Tak np. zwężenie odźwiernika może spowodować opóźnienie transportu jelitowego. Z drugiej strony przy dokładnej obserwacji jelita niekiedy można stwierdzić po 6-9 godz. w krętnicy zupełne opróżnione, natomiast po 24 godz. w krętnicy widać wyraźne znaki obecności barytu. Może się to zdarzyć np. w przypadkach niedomykalności zastawki Bauhina, która przepuszcza treść z jelita grubego z powrotem do krętnicy.

Dość stałym objawem jest obecność krwi, przynajmniej utajonej, w kale. Atoli zdarzają się także przypadki nowotworów jelita cienkiego, nierozpadające się, a zatem nie dające odczynu na krew utajoną. Jeden taki przypadek autor właśnie opisuje.

Naogół jednak rozpoznanie nowotworów jelita cienkiego jest trudne i bardzo często niemożliwe bez zabiegu operacyjnego.

B. Goldstein

Choroby dróg moczowych.

R. M. TANDOWSKY. Próba precypitacyjna w schorzeniach nerek. (Am. J. Med. Sc. T. 178. Nr. 1. 1929).

Autor rozróżnia 2 rodzaje białkomoczu. Jeden rodzaj zawierać ma swoiste białko z mięszu nerkowego, drugi inne białka. Na tej zasadzie opierają się metody precypitacji jako środka rozpoznawczego w patologii nerek.

Dane autora przemawiają za tem, że t. zw. *nephritis interstitialis chronica* jest właściwie cierpieniem niezapalnym.

Antygen, przygotowany z nerki zapalnej, zawiera pewne substancje, których brak w antygenie nerki zdrowej.

Mocze, które dały ujemny odczyn precypitacyjny — są jak się okazuje, wolne od białka nefrytycznego. Białko zawarte w tych moczach widocznie pochodzi z innych źródeł.

Białko zatem w moczu spotykane w chorobach nerek, pochodzi w większości przypadków z innych źródeł tkankowych aniżeli nerki.

B. G.

M. F. CAMPBELL. O odruchach trzewiowo-skrónych w przebiegu ostrej niedrożności moczowodu. (J. A. M. A. Nr. 16. 1629).

Cały szereg spraw patologicznych w obrębie trzewiów jamy brzusznej odbija się na ustroju w ten sposób, że wywołuje rozmaite odruchy skórne, przeczulice i t. p.

W sprawach nerkowych skurczowych (pierwotnych czy wtórnych) powstaje przeczulica okolicy przypachwinowej po tej samej stronie, przyczem niekiedy bywa to miejsce (trójkąt pomiędzy pachwiną, m. smukłym a krawieckim) zaczerwienione i o nieco zwiększonej ciepłocie. Niekiedy powstaje skurcz *m. cremasteris*, przyczem jądro zostaje uniesione ku górze.

Objaw skórny jest dodatni w ciągu 3 dni od powstania objawów skurczowych, potem staje się ujemnym. Jest natomiast ujemny zupełnie od chwili pierwszej w przypadkach innych schorzeń o symptomatologii, zbliżonej do kamicy względnie kolki nerkowej.

Według autora jest to tak charakterystyczne i pewne, że można w razie braku objawu skórno-trzewiowego z całą pewnością wykluczyć istnienie kolki nerkowej.

Wobec łatwości i prostoty tego badania autor gorąco poleca wykonywanie go we wszystkich przypadkach, kiedy wchodzi w grę kolka nerkowa, względnie stany chorobowe o symptomatologii zbliżonej.

B. Goldstein.

C. D. CREEVY. Gorączka w przypadkach nadnerczaków. (J. Am. Med. Ass. Tom. 92, Nr. 15. 1929).

Autor podaje, że w przypadkach nadnerczaków dość często się spotyka gorączkę i to znaczną, o typie nieregularnym. Przy macalnym guzie w okolicy nerki może to nasunąć podejrzenie na *pyonephrosis*.

Geneza tej gorączki nie jest znana. Przypuszczalnie stoi ona w związku z rozpadem konórek nowotworowych, jednakże nie jest to pewne.

Gorączka jest tak częstym objawem w przebiegu nadnerczaków, że zawsze w przypadkach gorączki o niejasnym pochodzeniu należy nysleć o nadnerczaku.

B. Goldstein.

M. J. CASTAIGNÉ. Azotemia graniczna i jej rokowanie z punktu widzenia mocznicy przewlekłej. (Bull. de l'Acad. de Méd. 3 serja, t c 1)

Azotemia graniczna (azotemie - limite) chorych na nerki cechuje się ilością mocznika we krwi, wahającą się od 0,3-1,0 g. Częstość tej azotemii w przewlekłych zapaleniach nerek wynosi 75 pr. obserwowanych przypadków. Odróżnia się dwie postacie tej sprawy chorobowej; postać kwitnącą, zależną od nadużyć pokarmowych, mogącą ulec wyleczeniu lub przynajmniej pozostać bez zmiany albo nieco się pogorszyć oraz postać niedokrewną, której często towarzyszy chloruremia sucha, a czasem kwasica, a która szybko postępuje. Rozwój prawy chorobowej bywa rozmaity: w 43% przypadków obserwowano powrót do normy, w 21% stan bez zmiany w 21% powolny rozwój w kierunku hiperazotemii, 16 proc. nagłą śmierć. Prognostyczne znaczenie azotemii granicznej bywa rozmaite. Ułatwia rokowanie:

1. badanie mocznika we krwi przed i po dziesięciodniowej diecie bezsolnej i bezazotowej; znaczne zmniejszenie się ilości mocznika we krwi po przeprowadzeniu diety daje dobre rokowanie;

2. badanie suchej chloremji i rezerwy alkalicznej:

a) brak suchej retencji chlorków i kwasicy daje dobre rokowanie.

b) sucha retencja chlorków bez kwasicy wymaga poważnego rokowania, lecz chory taki może jeszcze przeżyć parę lat, choć stan jego będzie zawsze bardzo niepewny

c) jeśli, prócz suchej retencji chlorków, istnieje też stan kwasicowy, rokowanie jest bardzo poważne z krótkim terminem śmierci.

Henryk Landau.

Choroby oczu.

SALVATI. Wzmózone ciśnienie wewnątrzczaszkowe a ciśnienie wewnątrzgąłkowe. (Annales d'oculistique, grudeń 28).

Autor przeprowadził szereg badań na chorych ze wzmózonym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym celem ustalenia stosunku między wzmózaniem ciśnienia wewnątrz czaszki a wewnątrz gąłki ocznej. W badaniach tych autor posługiwał się tonometrem Baillarda. Autor przeprowadził również badania na małpach, u których sztucznie wzmagał ciśnienie wewnątrzczaszkowe i mierzył ciśnienie wewnątrzgąłkowe manometrem. Autor, na zasadzie swoich badań, przyszedł do przekonania, że między ciśnieniem wewnątrzczaszkowym a wewnątrzgąłkowym niema żadnego związku.

Hindes.

LIEBERMANN. W kwestji przełożenia mięśnia ku przodowi. (Zeitschrift für Augenheilkunde, październik 1928).

Autor w zupełności podziela zdanie Landolta, że tenotomia nie powinna być stosowana jako zabieg zasadniczy, zwłaszcza, jeśli chodzi o zez zbieżny. Tenotomia nie daje możliwości dawkowania zabiegu. Wyniki tenotomji nie zależą bowiem od przecięcia samego mięśnia, lecz od stopnia oddzielania otoczki Tenona od ścięgna mięśnia. Ponieważ połączenie otoczki z mięśniem bywa rozmaite, dlatego zdarza się często, że tenotomia, w identyczny sposób dokonana, daje różne wyniki. Po tenotomji występuje często wytrzeszcz, który przedewszystkiem zmniejsza wynik kosmetyczny, o który przeważnie chodzi przy operacji zezu. Jest rzeczą jasną, że przecięcie mięśnia prostego zewnętrznego daje ograniczenia ruchów gałki w stronę nosa. Równa się to zniesieniu lub ograniczeniu zbieżności oczu. Tem właśnie należy tłumaczyć dwojenie, które często zjawia się po tenotomji. Widzenie dwuoczne staje się niemożliwe, o ile ostrość wzroku obu oczu jest dobra. Zwolennicy tenotomji popierają swoje stanowisko faktem, że dwojenie jest objawem rzadkim. Polega to jednak, po pierwsze, na tem, że zezujące oko bywa przeważnie ambliopijne i dlatego nie bierze udziału w akcie widzenia. Po drugie chorzy, zadowoleni z osiągniętego wyniku kosmetycznego, nie zwracają zbyt wielkiej uwagi na objaw dwojenia. Autor utrzymuje, że operacja zezu winna polegać wyłącznie na skróceniu mięśnia. Niestety, wszystkie dotychczas znane sposoby skrócenia mięśnia nie dają pewnej rękojmi, że wyniki, osiągnięte bezpośrednio po operacji będą trwałe. Szwy, nałożone w mięśniu, powodują często martwicę tkanek mięśnia, twardówka zaś niezawsze wytrzymuje napięcie skróconego mięśnia. Autor do sposobu skrócenia mięśnia Mellerera, który to sposób uważa za najlepszy, wprowadza jeszcze dwa szwy zabezpieczające. W samym mięśniu, autor zakłada w odległości 3—4 min. od siebie dwie pętle. Dla łatwiejszej orientacji używa do tylnej pętli czarnego jedwabiu. Szwy przymocowuje do twardówki tuż przy rąbku. Tylko przy pożądanym wyniku do 15^o przyszywa skrócony mięsień do ścięgna. Jako drugi szew zabezpieczający służy autorowi szew cugłowy, który nakłada na początku zabiegu poprzez spojówkę i twardówkę przy samym rąbku rogówki. Podczas operacji szew ten służy do swobodnego poruszania gałką, a po skończonej operacji jako szew wzmacniający na sposób Lindnera (obydwa końce nitki przeprowadza w kącie szpary powiekowej przez skórę i wiąże je nad wałeczkiem gazy). W razie niedostatecznego wyniku autor nigdy nie przystępuje odrazu do dodatkowego zabiegu na tem samym lub drugim oku. Okazuje się bowiem często, że tak nadmierny, jak i niedostateczny wynik bezpośrednio po zabiegu sam się z czasem wyrównywa. Autor podaje też, jak postępuje przy niedostatecznym wyniku: do 10^o osłabia mięsień zezujący przez jego nacięcie w kilku miejscach. Dobre wyniki osiągnął też autor przez same odsłonięcie mięśnia przez nacięcie otoczki. Ponad 10% autor działa przez skrócenie mięśnia w drugim oku. Worek spojówkowy autor znieczula diokainą i adrenaliną. Diokaina w przeciwieństwie do kokainy nie niszczy nabłonka rogówki. Autor kładzie też nacisk na dostateczne znieczulenie samego

mięśnia 2^o/₀ nowokainą. Obowiązkiem operującego jest sprawić choremu jaknajmniej bólu; pozatem spokojne zachowanie się operowanego decyduje często o wyniku zabiegu. Autor uważa, że dostateczne znieczulenie mięśnia następuje dopiero w 10—20 minut po zastrzyknięciu. Autor oddziela otoczkę wraz ze spojówką jako jeden płat. W ten sposób rozpułchnienie tkanek, spowodowane płynem zastrzykniętym, nie przeszkadza w odsłonięciu twardówki. Autor uważa też, że poziome nacięcia tkanek nożyczkami w celu odsłonięcia twardówki nie winny być prowadzone na linii łączącej kąta szpary powiekowej, lecz wyżej lub niżej. Unika się w ten sposób wytwarzania się blizny w szparze powiekowej.

S. Hammer.

F. TERRIEN. O nowotworach tęczówki. (Arch. d'ophtalm., luty 1929 r.)

Mięsak należy do najczęściej spotykanych nowotworów jagodówki. Guz ten jednak najrzadziej umiejscawia się na tęczówce. Autor opisuje 4 przypadki nowotworów tęczówki. Jeden z przypadków przebiegał atypowo: rozpoznany klinicznie, jako mięsak, po zbadaniu histologicznem okazał się nabłoniakiem. Autor podaje 3 gatunki nowotworów: 1) raki przerzutowe, 2) nabłoniaki; 3) raki przerzutowe. Przy rozpoznawaniu nowotworów tęczówki trzeba zawsze pamiętać o tuberkulomatach, kilakach oraz o torbielach na tylnej jej powierzchni.

Hindes.

M. ARNOLD. Dalsze przyczynki do nauki o zwyrodnieniu torbielowatym plamki żółtej oraz uwagi o technice badania w świetle bezczerwienem. (Graefes Archiv. T. 122, 1929.)

Zestawienie 17 przypadków zwyrodnienia torbielowatego plamki żółtej, z których 11 dotyczy oczu z przewlekłym zapaleniem tęczówki i ciała rzęskowego. Dzięki badaniu w świetle bezczerwienem możemy stwierdzić podłoże anatomiczne obniżenia siły wzroku w niektórych przypadkach przewlekłego cierpienia przedniego odcinka bez zmętnień środowisk załamujących, które to zjawisko spostrzegane było już przez dawniejszych autorów, ale nie mogło znaleźć wytłomaczenia, gdyż badanie dna oka w świetle zwyczajnem w większości przypadków nie dawało możliwości wykrycia subtelnych zmian w płamce żółtej. Przypadki autora dotyczą przeważnie osobników młodych, a w dwóch przypadkach zwyrodnienie torbielowate plamki żółtej poprzedzało objawy zapalne w tęczówce. Zmiany torbielowate stwierdził autor również w jednym przypadku zwyrodnienia barwnikowego siatkówki oraz w trzech przypadkach odklejenia siatkówki na tle zapalnym. W dwóch przypadkach zmiany były prawdopodobnie natury starczej.

Co się tyczy techniki badania, autor uważa, że najlepiej do tego celu nadaje się lampa łukowa Vogta zasilona prądem stałym, przyczem lepszy jest stary model filtra bezczerwienego, gdyż nowy filtr Zeissa zatrzymuje za dużo promieni żółtych.

A. Zamenhof.

Wskazówki praktyczne.

Brühl sprawdzał odczyn Aschheim-Zondeka (stwierdzenie ciąży na zasadzie zmian w narządach rodnych myszy, którym zastrzykiwano mocz podejrzanych o ciążę kobiet) u 74 ciężarnych i doszedł do wniosku, że dodatni wynik od-

czynu może być uważany za prawie pewny objaw ciąży, zaś wynik ujemny tego odczynu w 100% wyłącza ciążę.

(D. m. W. 1929 N. 17).

Baer podaje nowy sposób skontrolowania *działalności serca rodzącego się dziecka*. Jeżeli ku końcowi porodu widać już częściowo główkę, a kontrola tonów serca przy pomocy stetoskopu jest niemożliwa, to krążenie kapilarne skóry głowy daje dokładne pojęcie o działaniu serca dziecka. W tym celu wywiera się palcem ucisk na skórę główki i obserwuje się, jak szybko biały kolor miejsca uciśniętego znowu zbliża się do koloru skóry otoczenia.

(J. amer. med. Assoc. 1929 N. 26).

— o —

Bardenheuer wypróbował wpływ „*diety kwaśnej*” Sauerbrucha i Herrmannsdorfera na gojenie się zmian pęcherzowych macicy. Stosowane były: ryż krzemowo-wapniowy, kombinacja kwasu fosforowego, krzemowego, solnego, mlekowego i potasu, wapnia, strontu oraz węglowodanów.

Z tego proszku położnice otrzymywały 3 razy dziennie po 2-3 łyżeczki od herbaty. Pod wpływem tej diety wydzielina maciczna (*lochja*) szybko się zmniejszała, sprawy zapalne pęcherzowe ulegały poprawie, a szczególnie prędko goiły się rany krocza.

(M. m. W. 1929 N. 29).

— o —

Kromayer poleca *wstrzykiwanie mleka w leczeniu niewiórów ropnych (bubo)*, zapewniając, że w licznych przypadkach leczenie to pozwala uniknąć zabiegu chirurgicznego, prowadząc bardzo szybko do zlikwidowania sprawy. Tam zaś, gdzie zabieg chirurgiczny musi być dokonany, zagojenie następuje prędzej, niż zwykle.

(Klin. Woch. 1929 N. 51)

— o —

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Warszawskie Koło Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radjologicznego.

XXXI posiedzenie naukowe z dnia 29 kwietnia 1929 r.

Prezes Grudziński Z. Sekretarz Adelfang H.
obecnych 28.

Porządek dzienny.

1. Lachowicz J. *Selektor Beclerea i jego zastosowanie w radjodjagnostyce 12-cy*. (ukazuje się w druku).

W dyskusji Kryński: Prelegent dał nam historyczny rzut oka na szereg przyrządów, dobrze znanych ogółowi kolegów, od szeregu lat stosowanych i przeważnie zarzuconych. Uważam, że przyrząd Woźniaka odpowiada najbardziej ogólnym wymaganiom, gdyż pozwala on na dokonanie w bardzo krótkim czasie szeregu zdjęć, odtwarzających całokształt wypełnienia się i opróżnienia 12-cy. Selektor Beclerea przedstawia prędzej wartość historyczną. Jest to przyrząd ciężki, wymagający specjalnego umocowania. Przerwa między jednym zdjęciem a drugim jest niekiedy zbyt długa. Demonstrowane przypadki nie są przekonujące, gdyż brak im ciągłości obrazu.

Mesz stosuje ekran Woźniaka, który w zupełności wystarcza. M. uważa, że wszystkie te aparaty, nawet kinematograficzne, są bardzo pomysłowe, ale chwilowo niepotrzebne.

Adelfang nie może zgodzić się z kol. Kryńskim, aby spastyczne wcięcie na krzywiźnie wielkiej w jednym z demonstrowanych przypadków uważać można było za dalszy przebieg 12-cy. Spastyczne wcięcie jest ubytkiem cieniowym, i sądzić w tym przypadku o przebiegu 12-cy na zasadzie braku cienia — nie można.

Kochanowski: Nie jest ważną rzeczą operowanie tym lub owym przyrządem, mniej lub więcej udoskonalonym, ale przyzwycajenie się do pewnego typu przyrządu i zespolenie się z nim w jeden instrument niejako, szybko i sprawnie funkcjonujący. W związku z tem jest rzeczą stosunkowo nieważną, czy posługujemy się kasetą Akerrunda, czy też selektorem, ale to, by z niego wydobyć maksimum wygody i sprawności. Pomimo pozornego skomplikowania selektor daje się opanować łatwo, i ja osobiście nie wyobrażam sobie badania bez jego użycia. Jeżeli chodzi o sprawę odróżnienia wrzodów czynnych od blizn lub zrostów okołodwunastniczych, to częstokroć nie jesteśmy w stanie na zasadzie samego badania radjologicznego sprawy zróżniczkować.

2. Kochanowski J. *Ciało obce o niskiej liczbie atomowej, stwierdzone w jamie brzusznej przy prześwietlaniu*.

3. Sabat B. *Przyczynę do rentgenodjagnostyki torbieli w jamie brzusznej*. (ukazuje się w druku).

W dyskusji Mesz: Przy pokazie przemieszcza-

nia, spowodowanego ropniem, S. nie wspominał o tem, że takie przemieszczenie może być wrodzone. M. przytacza przypadek szpitalny, gdzie podczas operacji wyrostka robaczkowego nie można było znaleźć kątnicy, i dopiero badanie rentgenologiczne stwierdziło przemieszczenie całej kątnicy na lewo. W sprawie torbieli wrzokowej pęcherzyka żółciowego M. uważa, iż wobec tego, że nie była badana ani ściana pęcherzyka, ani jego zawartość, trudno jest postawić rozpoznanie torbieli.

Orłowski badał przypadek, który w stosunku do przemieszczenia organów odpowiadał torbieli trzustki, podczas operacji jednak okazał się błędnym wątroby.

4. Sabat B. *Przypadek obcego ciała w jamie brzusznej*.

Referent demonstruje rentgenogramy chorej, u której przypadkowo, podczas badania nerka stwierdzono szczypczyki Peana w jamie brzusznej. Z wywiadu dowiedziano się, że chora operowana była przed 20 laty z powodu włókniaków macicy. Przez cały czas czuła się dobrze. Ostatnio wystąpiły nieokreślone bóle w okolicy lędźwiowej.

W dyskusji Grundzach uważa, że wobec wieku pacjentki i długiego okresu czasu interwenjować nie należy.

H. Adelfang.

Z Polskiego Towarzystwa Eugenicznego.

St. Bogdanowicz. *Współczesne prądy w wychowaniu na tle kryzysu kulturalnego*.

Prelegent uważa zagadnienie wychowania za jedno z trudniejszych teoretycznie zagadnień społecznych, ponieważ wpływ na nie wywierają głębokie nurty ewolucji dziejowej oraz liczne, często sprzeczne dążenia grup społecznych.

Znajdujemy się w dobie kryzysu kulturalnego o dużym napięciu, kryzysu, wywołanego obaleniem dogmatów, przez co duch ludzki znalazł się w mroku pełnym tajemnic. Daje się przy tem stwierdzić zanik autorytetu, zatracenie poczucia wartości. Jako ilustracja tego stanu rzeczy może służyć fakt, cytowany przez J. Adamsa, który miał miejsce na pewnym zgromadzeniu nauczycielskim w Londynie w r. 1922, przy sposobności odczytu na temat: „Co jest dobrem wychowania?”

Za dobro takie uważał prelegent punktualność, gruntowność, pracowitość i karność. Tymczasem ktoś z obecnych był zdania, że jest to przerażająca litanja cnót, które on stara się wytepić u ludzi. Przytoczony fakt jest wyrazem dwóch pedagogicznych tendencji, które zdobywają sobie coraz szerszy teren. Jedną z tych tendencji — to naturalizm pedagogiczny, którego wyrazem są poglądy d-ra Gustawa Wymckena, jednego z czołowych przedstawicieli nowego wychowania w Niemczech współczesnych.

Punktem wyjścia pedagogiki dr. Wymckena jest teza, że młodzież ma swoje własne prawa, że, odsunięta przez starszą generację od życia publicznego usługuje ona sama życie

sobie kształtować, niezależnie od bezwładnej tradycji starych konwenansów, oraz że rodzina zmusza młodzież do małpowania starszych. W konsekwencji dr. Wymckenowi chodzi nie tylko o emancypację młodzieży z pod autorytetu starszych, lecz projektuje on nawet całkowitą izolację młodzieży na „świętej wyspie młodzieży”, uważając, że ani najbardziej świadoma rodzina, ani szkoła nie mogą dać młodzieży odpowiedniego dla niej życia.

Obok naturalizmu pedagogicznego przychodzi do głosu druga tendencja, t. j. technologizm pedagogiczny, którego zadaniem, według ujęcia jednego z myślicieli jest „doskonalić technikę urządzeń, nie troszcząc się wcale o ich sens ostateczny”. Usiłowania pedagogów tego poglądu zmierzają do zbudowania potężnej inżynierji wychowawczej, mającej na celu opanowanie rozwoju duszy dziecięcej przez przystosowanie do praw, wykrytych przez eksperyment psychologiczny i pedagogiczny. Taką tendencją nacechowane są psychologia eksperymentalna i psychotechnika.

W konkluzji wywodów stwierdza prelegent, że:

- 1) przeżyjemy głęboki kryzys kulturalny, polegający na tem, że zatraciliśmy w dużej mierze poczucie wartości,
- 2) w pedagogice kryzys ten doprowadza do przerostu dwóch tendencji: naturalizmu i technologizmu wychowawczego.

St. Markusfeld. *Eugenika — nauka o hodowli ludzi — a prawo.*

Eugenika, jako nauka, jest wprawdzie młoda, jednak szeroki zakres zagadnień, którymi się ta nauka zajmuje, był przedmiotem zainteresowań już w starożytności.

Twórcą nauki eugeniki był Franciszek Galton (1822—1911), który eugenikę określił jako naukę o czynnikach, podległych kontroli społeczeństwa i zdolnych zmieniać w dobrym i złym kierunku właściwości rasy fizyczne i umysłowe u przyszłych pokoleń. W dziele „Dziedziczny geniusz” omówił Galton szczegółowo zasady eugeniki.

Myślą przewodnią eugeniki jest dążenie, aby materiał ludzki, przychodzący na świat, był najzdrowszy i najbardziej wartościowy. Idąc w tym kierunku, należy ściśle odgraniczyć eugenikę od higieny. Eugenisci twierdzą, że człowiek, przychodząc na świat, przynosi ze sobą wszystkie te czynniki, które decydują o jego zdrowiu i wartości. Dzięki higienie zaś można to, co jest, tylko wygładzić, lecz nie da się całkowicie zmienić. Kamieniem węgielnym, na którym opiera się cała eugenika, są prawa dziedziczności. Stąd przeto dąży ona do takiego dobierania rodziców, aby pokolenie było najbardziej wartościowe, aby zapobiec degeneracji rasy ludzkiej, tembardziej, że niewątpliwie stwierdzono, że odsetek genialnych jednostek z biegiem czasu maleje, i, chociaż ogólny poziom kulturalny szerokich mas podnosi się, to jednak wszystko sprowadza się do przeciętnego poziomu, i coraz mniej jest osób, genialnie uzdolnionych.

Szereg postulatów eugeniki został w mniejszym lub większym stopniu uwzględniony przez ustawodawstwo poszczególnych państw.

Sprawa doboru małżeńskiego w osunku do wieku oraz pokrewieństwa uwzględniona jest przez prawodawców niemal wszystkich państw.

Sprawa wprowadzenia świadectw przedślubnych jest obecnie propagowana w wielu krajach. W niektórych stanach Ameryki Płn. zostały wprowadzone świadectwa w drodze ustawodawczej, przyczem w jednych wystarcza, że kandydat do zawarcia małżeństwa nie jest chory wenerycznie, a w innych wymagane jest nadto, że kandydat nie jest chory umysłowo, nie jest epileptykiem, pijakiem, gruźlikiem, w innych jeszcze stwierdzenie, że nie jest przestępcą-recydywistą.

Sprawa świadectw przedślubnych w państwach europejskich znajduje się na razie w formie projektów ustawodawczych.

Całe to zagadnienie posiada i ujemną stronę, ponieważ część osobników, obarczonych dziedzicznie, a niedopuszczonych do zawarcia małżeństwa legalnego, będzie szukała zaspokojenia popędu płciowego na innej drodze, wskutek czego zwiększy się liczba płodów ze związków nielegalnych, oczywiście obciążonych dziedzicznie.

W ostatnich czasach przystąpiono do uniemożliwienia pewnym osobnikom wydawania na świat potomstwa w drodze t. zw. wyjałowienia i segregacji sposobów, zastosowanych do osobników zwyrodniałych, niepoprawnych przestępców, epileptyków, idjotów i chronicznych alkoholików i innych nieuleczalnych chorych.

Wyjałowienie czyli sterylizację zastosowano w drodze ustawowej w znacznej części Stanów Ameryki Płn. W Szwajcarii dokonywano też sterylizacji, jednak w drodze dobrowol-

nej, za zgodą opiekunów, krewnych chorych, a nawet samych chorych.

Segregację, t. j. internowanie w odpowiednich zakładach, z podziałem wg. płci, upośledzonych indywiduów, wprowadziły wszystkie Stany Ameryki Płn. przyczem internowanie następuje na skutek decyzji sądu, po wysłuchaniu opinii lekarskiej.

Żywo obchodzi eugenikę zagadnienie przerywania ciąży. Kodeksy karne prawie wszystkich państw stosują karę za wywołanie poronienia. Zagadnienie to powinno być rozpatrywane z punktu widzenia lekarskiego, społecznego i eugenicznego. Poza wypadkami przerywania ciąży, których konieczność jest zdecydowana z punktu widzenia lekarskiego, jest wielu zwolenników przerywania ciąży ze względów społecznych, do jakich zaliczyć można ciężkie warunki egzystencji i wiele innych. Należałoby tylko ustalić sposób, któryby, przy uwzględnieniu społecznego punktu widzenia, mógł zabezpieczyć przed nadużyciami,

Eugenisci, nie negując wybitnego znaczenia, jakie dla państwa posiada przyrost ludności, uważają za równie ważne aby przyrost obejmował ludzi wartościowych pod względem duchowym i fizycznym a nie degeneratów.

W sprawie przerywania ciąży w przypadkach zgwałcenia kryminalnego prelegent przytacza wniosek, wysnuty na posiedzeniu sekcji prawno-społecznej T-wa Eugen. t. j. aby w wypadku zajścia w ciążę, spowodowanym zgwałceniem, stwierdzonem w drodze urzędowej, przysługiwało kobiecie ciężarnej prawo pozbycia się płodu, a lekarzowi prawo przerywania ciąży.

Co do karalności przestępstw seksualnych, należałoby według niektórych eugenistów wyjąć z pod represji prawa homoseksualizm nieszkodliwy dla społeczeństwa, a z drugiej strony zabronić ustawowo zawierania małżeństw przez osoby zwyrodniałe pod względem seksualnym.

Wreszcie przedmiotem zainteresowań eugeniki jest sprawa emigracji, łącząca się ściśle z kwestją krzyżowania ras, której unormowaniu poświęcają zainteresowane państwa wiele uwagi i pracy.

Poruszony szereg zagadnień łączy się ściśle z dziedzinami życia społecznego, ekonomicznego i prawnego. Stąd też postulaty eugeniki nie mogą być lekceważone.

G ó r z o w a.

Z Tow. lekarskich zagranicznych.

3 interesujące przypadki *arszenikowych cierpień skóry* cytował Oppenheim na grudniowym posiedzeniu tow. lek. wiedeńskich (Wien. med. Woch. 1930 Nr. 2). W pierwszym przypadku, który początkowo brano za zwykłą łuszczycę, przyczyną zachorowania była obecność znaczna arszeniku w farbach, którymi były malowane ściany mieszkania. W drugim pacjent — szewc miał sporo do czynienia z barwioną na zielono skórą, w której stwierdzono obecność arszeniku. Poza tem ściany warsztatu były malowane na zielono, i w farbie tej wykryto arszenik. Pacjent ten zmarł. W trzecim wreszcie przypadku również miano do czynienia z arsenikowym cierpieniem skóry, zakończonem śmiercią pacjenta, lecz źródła zachorowania znaleźć nie było można.

Baumgartner, mówiąc o *pneumatomji w przypadkach ropni płuca* na posiedz. grudniowym paryskiej akademji lek. (Pr. méd. Nr. 1 r. 1930), podkreśla, że zabieg ten wskazany jest w ropniach ściśle umiejscowionych, świeżych, nie trwających dłużej, niż 2 miesiące. Ważne jest, by w tych przypadkach uprzednio nie dokonywać nakłucia lub odmy. Najlepiej poddają się zabiegom ropnie, umiejscowione u podstawy płuca. Ropnie wnękowe należy opróżniać przy pomocy bronchoskopu. Zabieg wykonywać należy w pozycji siedzącej w znieczuleniu miejscowem dwuczasowo: za pierwszym razem obnaża się opłucną, za drugim otwiera się płuco. Niebezpieczeństwem grozi tylko pierwsza połowa zabiegu.

O *stosowaniu insuliny w chirurgji poza moczówką cukrową* mówili Tavernier i Barral na posiedzeniu grudniowym tow. chirurgów lądudńskich (Pr. méd. 1930 Nr. 4). Rany atoniczne goją się niekiedy niezwykle szybko pod wpływem insuliny. U dziecka 12-letniego rozległa rana na zewnętrznej powierzchni uda nie zdradzała żadnej tendencji do zabliznienia się; pod wpływem insuliny zagoiła się w ciągu 8 dni. Szereg innych przypadków przemawia za skutecznością tego środka. Dawka insuliny nie powinna przekraczać 15 jednostek; niekiedy trzeba uciekać się do podania glukozy zarówno w stanach podglukemicznych, jak i w tych, w których

narazie nie widać poprawy, występującej wnet po podaniu glukozy. Odstawiać insulinę należy stopniowo w ciągu dni ośmiu po wyleczeniu.

Na posiedzeniu grudniowym wiedeńsk. tow. lekarzy wypowiedział Eiselsberg swoje zdanie o leczeniu raka. Zdaniem jego, i obecnie jeszcze najważniejsze są wczesne

rozpoznanie i wczesny zabieg. Śród przypadków, operowanych w klinice, nie było nawrotu po upływie 5 lat po zabiegu w przypadkach raka języka i wargi w 10 proc., raka żołądka w 7 proc., kiszki cienkiej w 35 proc., grubej w 15 proc., odbytnicy w 13 proc. Może dalszy rozwój leczenia radem zwłaszcza według metody francuskiej, da lepsze wyniki.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Zakłady lecznicze dla chorych jagliczych.

Podał

Marjan ZACHERT (Warszawa)

Po raz pierwszy z inicjatywą tworzenia oddzielnych zakładów leczniczych dla chorych na jaglicę wystąpił Kramsztyk w 1888 roku na V zjeździe lekarzy i przyrodników polskich.

W obszernym referacie o stanie jaglicy w kraju Kramsztyk zwracał uwagę, że przy słabym stanie szpitalnictwa ogólnego, a zwłaszcza małej liczbie oddziałów ocznych oraz ich małej pojemności, przyjmowanie chorych na jaglicę napotyka duże trudności, gdyż istniejące oddziały oczne zazwyczaj okazywały się niewystarczające dla pomieszczenia chorych z ciężkimi schorzeniami ocznymi, wymagającymi bądź leczenia chirurgicznego, bądź też bardzo troskliwej opieki lekarskiej. Prócz tego ze względu na zakaźny charakter choroby jest niemożliwe pozostawienie chorych jagliczych wspólnie z innymi chorymi ocznymi, co wobec szczupłości oddziałów ocznych tembardziej utrudnia przyjmowanie do szpitali tych chorych. Aby więc z jednej strony nie utrudniać pracy lekarzom na oddziałach ocznych, a z drugiej strony umożliwić chorym jagliczym należyte leczenie, uznać trzeba było jako niezbędne organizowanie specjalnych zakładów leczniczych dla chorych na jaglicę.

W kilka lat później prof. Machek na VII Zjeździe Lekarzy i Przyrodników (1894 r.) w myśl tych samych przesłanek domagał się tworzenia przy klinikach i szpitalach specjalnych oddziałów dla chorych jagliczych. Jednocześnie też prof. Machek zwracał uwagę na wielką liczbę chorych na jaglicę, zgłaszających się do szpitali, którzy nie mogą być do nich przyjęci z powodu braku miejsca, i domagał się od Krajowego Wydziału Zdrowia we Lwowie zorganizowania przy szpitalu powszechnym we Lwowie przynajmniej na miesiące letnie wielkiego zakładu leczniczego, do którego byliby przyjmowani na dogodnych warunkach chorzy na jaglicę, przybywający z różnych, odległych często, miejscowości.

Racjonalny i piękny projekt Macheka, który mógłby być podwaliną skutecznej akcji zwalzenia jaglicy w Galicji, a także w innych częściach Polski, nie został zrealizowany z powodu niemożności boczdyia potrzebnych na ten cel fundusów

W okresie wojny światowej prof. Emil Godlewski, przewodniczący sekcji sanitarnej Krakowskiego Komitetu Książęco-Biskupiego dla niesienia pomocy ofiarom wojny, i prof. Kazimierz Majewski, dyrektor Kliniki Okulistycznej w Krakowie członek tegoż Komitetu, ze względu na szerzącą się w sposób niepokojący jaglicę wśród jeńców i uciekinierów wojennych a zwłaszcza ich dzieci, przebywających w austriackich obozach koncentracyjnych, podjęli starania o wyeliminowanie z tych obozów chorych na jaglicę i o zorganizowanie dla nich leczenia, a przede wszystkim o utworzenie specjalnego schroniska dla pomieszczenia i leczenia chorych na jaglicę dzieci.

Zrealizowania tego zadania podjął się Krakowski Komitet Książęco-Biskupi dla niesienia pomocy ofiarom wojny, który po przeprowadzeniu badań w obozach koncentracyjnych wyodrębnił około 200 dzieci chorych na jaglicę i umieścił je w uzyskanych na ten cel barakach stacji emigracyjnej w Oświęcimiu.

W ten sposób przyszło w 1916 roku do utworzenia w Polsce zawiązku pierwszego zakładu leczniczego dla dzieci chorych na jaglicę.

Zadaniem pierwotnym tego zakładu było zapewnienie chorym na jaglicę dzieciom, wyeliminowanym z obozów koncentracyjnych, należytego leczenia i dobrej opieki, i z tego powodu schronisko początkowo miało charakter instytucji prowizorycznej, doraźnej. Gdy jednak w toku pracy okazało się, że, prócz dzieci chorych na jaglicę w obozach koncentracyjnych, znajdowało się również dużo dzieci chorych na jaglicę w różnych zakładach opiekuńczych, i że w celu uchronienia ich przed zgubnymi następstwami jaglicy należy je także wyeliminować z tych środowisk i umieścić w schronisku leczniczym, to stało się koniecznym przekształcenie schroniska prowizorycznego w stały zakład leczniczy i odpowiednie jego zreorganizowanie i rozszerzenie.

Ponieważ jaglica jest chorobą przewlekłą, wymagającą długotrwałego i żmudnego leczenia oraz odosobnienia chorych od otoczenia zdrowego, a więc powstrzymania od uczęszczania do szkoły i wspólnych warsztatów pracy, przeto zakład leczniczy dla dzieci jagliczych, aby nie zahamować normalnego ich rozwoju w czasie długotrwałego pobytu w zakładzie, musiał dzieciom chorym zapewnić w obrębie zakładu obok należytego leczenia także warunki dla normalnego rozwoju i wykształcenia umysłowego i ogólnego oraz praktycznego przygotowania do samodzielnego życia po wyleczeniu i wypisaniu z zakładu.

Wszystkie te uboczne choć tak niezmiernie ważne zadania wychowania zakład leczniczy musiał spełniać, aby odpowiedzieć potrzebom życia. Rzecz naturalna, że zakres i sposób wypełnienia tych zadań został ograniczony przez wskazania lecznicze i musiał odbywać się pod kontrolą i w ramach, wyznaczonych przez lekarzy, aby główne zadanie zakładu, t. j. leczenie, nie ulegało zahamowaniu lub udaremnieniu.

W ten sposób zakład obok zadań leczniczych wziął na siebie także funkcje wychowania, gdyż okazało się, że, jedynie jednocząc te dwie funkcje, zakład może racjonalnie i skutecznie zwalczać jaglicę wśród dzieci.

Taką w ogólnych zarysach przyjęło strukturę i charakter schronisko jaglicze do przeniesienia go w 1919 roku z Oświęcimia do baraków wojskowych w Witkowicach pod Krakowem i po jego przekształceniu na stały zakład leczniczy dla chorych na jaglicę dzieci.

Ten typ i charakter zakładu stał się pierwowzorem dla następnych zakładów leczniczych, które niebawem zaczęły powstawać w celu zapewnienia wielkiej liczbie chorych na jaglicę dzieci należytego leczenia i wychowania na czas choroby, które jedynie dało się osiągnąć w tego rodzaju zakładach.

W roku 1918 po odzyskaniu niepodległości państwowej rozpoczęła się masowa repatriacja wielkich mas ludności do kraju, wśród których znajdowało się wiele dzieci, które utraciły lub zagubiły swych rodziców i opiekunów. Przez obserwacyjne stacje pograniczne dla repatriantów w Baranowiczach, Równem i innych miejscowościach przeszło około 18,000 dzieci, pozbawionych opiekunów, przyczem dość znaczny odsetek tych dzieci dotknięty był jaglicą.

Wskutek tego przyływu jaglicy z zewnątrz wkrótce wypełnił się całkowicie I-szy zakład leczniczy w Witkowicach i zaszła potrzeba utworzenia nowych zakładów tego typu dla zapewnienia leczenia i opieki napływającym chorym.

Rada Główna Opiekuńcza, która z ramienia Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej zajmowała się rozmieszczeniem dzieci repatriantów, mając znaczną liczbę dzieci chorych na jaglicę, zmuszona była utworzyć w r. 1920 w Pruszkowie oddzielne schronisko dla około 300 dzieci jagliczych.

W roku 1923 Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia przystępuje do zorganizowania pod własnym zarządem szpitala jagliczego dla około 200 dzieci w Białymstoku. Szpital ten był przeznaczony przede wszystkim dla dzieci jagliczych, pochodzących z województw wschodnich, aby w ten sposób odciążyć zakłady jaglicze w Krakowie i Pruszkowie, a jednocześnie uniknąć niepotrzebnego transportu dzieci jagliczych ze wschodu włąb kraju nawet na zachód, co nie było wskazane ze względu na możliwość rozwleczenia jaglicy. W roku 1924 Zakład ten został przeniesiony do Wilna.

W tymże roku Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia i Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej przystąpiły do zorganizowania czwartego zakładu leczniczego w Maczkach (Granica — woj. Kieleckie) dla około 150 dzieci jagliczych z repat-

racji. Zakład ten w roku 1926 został przeniesiony do Częstochowy i w następstwie znacznie rozszerzony. Zarząd nad zakładem tym sprawował Społeczny Komitet woj. Kieleckiego, utworzony przez woj. Manteuffla.

Mimo zorganizowania powyżej wyszczególnionych zakładów leczniczych, w których znajdowało pomieszczenie około 1,000 chorych na jaglicę dzieci, duża liczba dzieci jagliczych nie została wyodrębniona i pozostawała bez należytego leczenia, bądź w różnych schroniskach, bądź też w opiekunów i rodziców.

Zwłaszcza przebywanie dzieci jagliczych w różnych schroniskach wraz z dziećmi zdrowymi okazało się bardzo szkodliwe, gdyż niebawem zaczęły się mnożyć zachorowania na jaglicę wśród dzieci takich schronisk i zakładów opiekuńczych.

Przeprowadzona w roku 1924 z polecenia Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia przez lekarzy powiatowych kontrola stanu oczu dzieci w 162 zakładach opiekuńczych wykazała na 9,451 badanych u 1,252 objawy jaglicy t. j. u 13,25% ogólnej liczby badanych. Ten fakt wskazywał na konieczność dalszego tworzenia zakładów leczniczych, gdzie możnaby izolować i zapewnić leczenie wykrytym w zakładach opiekuńczych chorym na jaglicę.

Z inicjatywy b. Ministra Zdrowia Publicznego, dra Witolda Głodzki, Polsko-Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom organizuje w r. 1925 przy poparciu Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej dwa dalsze zakłady jaglicze: jeden dla chłopców w Warszawie na 150 łóżek i drugi dla dziewcząt w Śremie (woj. Poznańskie) również na 150 łóżek.

Ale, rzecz naturalna, i te zakłady nie mogły pokryć zapotrzebowania, gdyż na podstawie szczegółowego przeglądu, przeprowadzonego przez okulistów (1924-1926) w 784 zakładach opiekuńczych na ogólną liczbę 920 zarejestrowanych, rozmieszczonych na terenie całego państwa, okazało się na 40,782 dzieci zbadanych 5,349 dzieci, t. j. 13,12% chorych na jaglicę.

Tak znaczna liczba dzieci jagliczych nie mogła znaleźć pomieszczenia w istniejących zakładach leczniczych. Nie mogło być też mowy o zorganizowaniu w szybkim tempie odpowiedniej liczby nowych zakładów leczniczo-wychowawczych na wzór już istniejących, gdyż na organizację i utrzymanie tego rodzaju zakładów potrzebne były znaczne środki materialne, których w tych rozmiarach ani rząd, ani samorządy na ten cel przeznaczyć nie mogły.

Z powodu niemożności izolowania chorych na jaglicę dzieci w specjalnych zakładach leczniczych i uwolnienia na tej drodze zakładów opiekuńczych od chorych, którzy byli szerzycielami jaglicy, Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia postanowiła przeprowadzić koncentrację chorych na jaglicę w zwykłych zakładach opiekuńczych, specjalnie na ten cel wyznaczonych, aby w ten sposób pozostałe zakłady opiekuńcze uwolnić od szerzycieli choroby i przeszkodzić dalszemu szerzeniu się w nich jaglicy,

W tym celu w roku 1926 zostaje wydane przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia w porozumieniu z Ministerstwem Pracy i Opieki Spo-

lecznej zarządzenie*) do władz wojewódzkich, aby na terenie poszczególnych województw zakłady opiekuńcze, które posiadają więcej, niż 50% chorych na jaglicę, przeznaczyć wyłącznie dla dzieci jagliczych, zastępując w nich dzieci zdrowe przez chore, sprowadzone z innych okolicznych zakładów opiekuńczych, i w ten sposób z jednej strony uwolnić jaknajwięcej zakładów opiekuńczych od chorych, którzy w nich szerzyli jaglicę, a z drugiej strony skoncentrować chorych na jaglicę w pewnych ośrodkach dla ułatwienia racjonalnego leczenia.

Wskutek tego zarządzenia najbardziej zainteresowane związki samorządowe przystąpiły przy pomocy finansowej Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej do odpowiedniego przystosowania wybranych zakładów opiekuńczych do nowych zadań i skoncentrowania w nich chorych na jaglicę.

Tego typu zakłady jaglicze przedewszystkiem zostały zorganizowane na terenie wojew. Polskiego, gdzie 96% zakładów było zajagliczonych, a 52% dzieci cierpiało na jaglicę.

Z inicjatywy wojewody Młodzianowskiego został tutaj zawiązany Komitet do walki z jaglicą**), który niebawem zorganizował trzy zakłady jaglicze, a mianowicie w Domaczewie dla 120 chłopców i Kobryniu dla 150 dziewcząt chrześcijańskich, chorych na jaglicę, oraz w Pińsku dla 80 dzieci jagliczych żydowskich.

Na ter. woj. Nowogródzkiego Sejmik Nowogródzki zamienił ochronę w Nowogródku na zakład jagliczy, w którym zostało skoncentrowane około 80 dzieci chorych na jaglicę, wybranych z okolicznych zakładów opiekuńczych. To samo uczynił Sejmik Baranowicki, organizując zakład jagliczy w Baranowiczach na 120 dzieci jagliczych, wybranych z innych zakładów opiekuńczych.

Za tym przykładem niebawem poszło także woj. Wołyńskie, gdzie w zakładzie w Brzuchowicach skoncentrowano 80 dzieci jagliczych, a w zakładzie w Adamówce około 60 dzieci jagliczych. Również na terenie woj. Wileńskiego dzieci, chore na jaglicę, które nie znalazły pomieszczenia w zakładach leczniczych w Wilnie, a które były rozproszone po różnych zakładach opiekuńczych, zostały skoncentrowane w zakładzie w Święcianach (80 dzieci) i Wilejce (60 dzieci).

W wyszczególnionych powyżej 9-ciu zakładach izolacyjnych, zorganizowanych przy stosunkowo małych kosztach na terenie 4-ch województw wschodnich, znalazło pomieszczenie około 800 dzieci chorych na jaglicę, i w ten sposób znaczną część zakładów opiekuńczych, na terenie tych województw położonych, a silnie zajagliczonych, można było oczyścić i zwolnić od dzieci chorych na jaglicę, zakażających zdrowych współwychowanków tych zakładów.

*) Okólnik L. Z Z. 5806/26 z dnia 30.V.26.r

**) Do Komitetu zostali powołani: 1) przedstawiciel Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia (Dr. Zaorski), 2) przedstawiciel Wojewódzkiego Wydziału Pracy i Opieki Społecznej 3) Kuratorjum szkolnego i 4) T-wa „TOZ” opieki nad sierotami żydowskimi w Polsce.

Zakłady izolacyjne miały takie same zadania do spełnienia, co i specjalne zakłady lecznicze dla chorych na jaglicę, t. j. zapewnienia chorym pensjonarzom w obrębie zakładu systematycznego leczenia przy jednoczesnym kontynuowaniu wychowania.

W tym celu przy każdym zakładzie jagliczym został ustanowiony specjalny lekarz-trachomatolog oraz pielęgniarka, którzy prowadzili leczenie oraz roztaczali nadzór nad należyłą izolacją chorych. Prócz tego w obrębie zakładu zostały zorganizowane oddziały szkolne oraz różne warsztaty i pracownie, prowadzone przez nauczycieli i instruktorów, w których chorzy mogli kontynuować swoje wykształcenie i ogólne wychowanie.

Jednak w zakładach jagliczych wszystkie te urządzenia były prymitywne i improwizowane, wskutek czego izolacja i leczenie, kształcenie i wychowanie chorych, przebywających w tych zakładach, nie mogło być przeważnie tak poprawnie prowadzone, a przeto nie można było oczekiwać osiągnięcia takich samych rezultatów z działalnością tych improwizowanych zakładów jagliczych, jakie dawały zakłady lecznicze, odpowiednio zorganizowane i wyposażone. Mimo to zakłady jaglicze oddały akcji zwalczania jaglicy bardzo doniosłe usługi przez to, że umożliwiły w krótkim czasie wyodrębnienie z zakładów opiekuńczych i izolowanie znacznej liczby chorych na jaglicę, którzy, przebywając w zakładach opiekuńczych, szerzyliby dalej jaglicę wśród swego otoczenia.

W rezultacie w końcu roku 1926 mieliśmy następujący arsenał dla zwalczania jaglicy w zakładach opiekuńczych:

a) 7 specjalnych zakładów leczniczych, dość dobrze urządzonych i wyposażonych, w których znajdowało leczenie około 1,400 chorych (Witkowiec na 380 miejsc, Wilno — 100 miejsc dla chłopców i 30 miejsc dla dziewcząt, Częstochowa — 150 miejsc, Warszawa — 250 miejsc, Śrem — 180 miejsc, Pruszków 300 miejsc),

i b) 9 zakładów jagliczych prowizorycznych (Kobryń — 150 miejsc, Domaczew — 120 miejsc, Pińsk — 80 miejsc, Brzuchowice — 80 miejsc, Adamówka — 60 miejsc, Święciany — 60 miejsc, Wilejka — 60 miejsc, Baranowice — 120 miejsc, Nowogródek — 80 miejsc), gdzie przebywało około 800 chorych,

oraz c) kilkanaście zakładów opiekuńczych, przy których urządzono prowizoryczne oddziały jaglicze dla tych chorych, którzy z jakichkolwiek względów nie mogli być usunięci z zakładów i umieszczeni w zakładach pierwszych dwóch kategorii (np. oddział jagliczy na 120 chorych w zakładzie w Studzińcu, w zakładzie w Wejherowie — na 140, w zakładzie w Prądniku Czerwonym na 80 chorych, w Prużanach — na 60 chorych i t. p.).

Ten arsenał był już prawie że dostateczny dla podjęcia zwalczania jaglicy w zakładach opiekuńczych, gdyż pozwalał na doraźne usunięcie z zakładów opiekuńczych znacznej części (około 60 proc.) chorych na jaglicę dzieci, a przy należytem wyzyskaniu miejsc i usprawnieniu leczenia w zakładach leczniczych dawał warunki do zupełnego

opanowania szerzenia się w zakładach opiekuńczych jaglicy przez możliwość izolacji i leczenia wszystkich chorych z zakładów opiekuńczych w zakładach jagliczych.

Z tego też powodu w roku 1927 nie zacho-

dziła już potrzeba dalszego tworzenia nowych zakładów jagliczych, ale raczej reorganizowania istniejących zakładów w ten sposób, aby mogły one sprawniej i lepiej pracować.

Sprawy zawodowe

Działalność lekarska wobec projektu nowej polskiej ustawy o wykroczeniach.

Podał

Władysław BIERNACKI (Warszawa)

Komisja Kodyfikacyjna Rzeczypospolitej Polskiej wydała drukiem projekt ustawy o wykroczeniach, który pod pewnym względem wzbudzić winien żywe zainteresowanie i świata lekarskiego polskiego.

Artykuł 35 projektu tego głosi bowiem:

„ § 1. Kto, będąc lekarzem, dopuszcza się zabiegów wbrew woli *) chorego lub jego opiekuna, ulega karze aresztu do czterech miesięcy lub grzywny do 5000 złotych, albo obu karom łącznie.

§ 2. Ściganie odbywa się na wniosek porządkowego.

Projektując taką redakcję ustawy, ustawodawca kierował się, niewątpliwie, najszlachetniejszymi pobudkami ochrony najcenniejszego dobra, jakim jest zdrowie ludzkie, przed karygodnymi eksperymentami, opisywanymi — zrzadka — tu i ówdzie na łamach literatury lekarskiej; przed przewidywanym — niedopuszczalnym — traktowaniem człowieka wręcz jako zwierzęcia doświadczalnego; przed despotycznym nakoniec narzucaniem choremu woli lekarza, może skądinąd nawet zbawiennej, gwałcącej jednak prawo chorego dowolnego rozporządzania się sobą (w tych, zapewne, jednak przypadkach, gdy niedość przemyślane rozporządzenie się chorego sobą nie zagraża bezpośrednio życiu tegoż chorego).

Motywy te pełne szlachetnej i głębokiej myśli dały jednak ustawę, która działalność lekarską zawsze utrudni, a w wielu wypadkach przyniesie choremu krzywdę niepowetowaną, chyba, że lekarze praktykujący, zasłaniając się artykułem prawa o wyższej konieczności (z części ogólnej kodeksu karnego), zechcą — w przypadkach szczególnie poważnych — nie liczyć się z sankcjami karnymi (choćby najwyższymi), wynikającymi z omawianego artykułu ustawy o wykroczeniach.

Gdyby jednak tak być miało i musiało, zapytałby trzeba, czy wprowadzenie ustawy w danym jej brzmieniu byłoby celowe i uzasadnione? Czy warto, wprowadzając nową ustawę, tak ją redagować, by jedynym wyjściem, niekiedy, musiało być stara „wyższa konieczność”? Czy można rzucić na szalę wag Temidy z jednej strony życie

chorego, a z drugiej, odwagę cywilną lekarza — do przekroczenia prawa?

Prawda, jest w tej nowej ustawie o wykroczeniach inny artykuł, który sankcjami karnymi bezpośrednio zmusza lekarza, w przypadkach większej wagi, do znalezienia w sobie dość tej odwagi.

Artykuł 22 tejsze ustawy obwieszcza, że

„ kto wbrew swoim obowiązkom zawodowym nie udzieli pomocy, znajdującemu się w niebezpieczeństwie, ulega karze do czterech miesięcy, lub grzywny do 5000 złotych, albo obu karom łącznie.

W wypadkach poważniejszych, wytwarza się więc przed lekarzem sytuacja z bylin prasłowiańskich: w którąkolwiek stronę zwróci się jego decyzja — w każdej czeka go kara aresztu do 4 miesięcy, lub grzywna do 5000 złotych, albo obie te kary łącznie. Chyba, że „wyższa konieczność” go od nich uwolni!

Zrozumiałą jest rzeczą, że w myśl nakazów swego sumienia, kierując się drogowskazami etyki lekarskiej — w przypadkach, grożących życiu chorego — lekarz wahać się nie będzie, choćby musiał popełnić czyn, podwakroć ustawą zakazany, jak np. rozkawałkowanie płodu wbrew woli położnicy, o ile to tylko życie położnicy uratować zdoła. Ratowanie zagrożonego życia ludzkiego jest prawem najwyższemu!

Jednak pozostają przypadki pozornie mniejszej wagi, przypadki nie zagrażające może życiu bezpośrednio. Gdy lekarz wywoła szkodę przez zaniechanie sposobów leczenia, koniecznych w danym przypadku i za konieczne mu wiadomych, wobec sumienia lekarskiego jest winien bezwzględnie. A wobec nowej ustawy? Czy lekarz może nie kazać obciąć kołtuna choremu dziecku, dostarczonemu gdzieś na Polesiu do szpitala, bo ciemnota rodziców i przesąd miejscowy tego wzbrania? Czy też może uczynić to, co mu wiedza jego każe, szykując jednak z góry pieniądze na opłacenie przynajmniej grzywny?

Czy lekarzowi — wobec sprzeciwu rodziców — wolno jest nie wykonać zbawczej tracheotomii? Czy wolno mu patrzeć w męce i bezradnie na dziecko, któremu rodzice nie pozwalają wykonać koniecznej operacji, widząc w cierpieniu znak woli Bożej? A wypadek taki miał wszak miejsce w praktyce d-ra W e r e s a j e w a!

Gdy do lekarza zwróci się uczeń, który — przedwcześnie w męty życia zanurzony — prosić go będzie o ratunek przed kiłą, czy choćby tylko zaniechaną rzeźączką — czy lekarz będzie miał moralne prawo odesłać go do rodziców czy opiekunów po wyraz ich zgody, wiedząc, że młodzieniec ten — przez wstyd fałszywy, przez brak

*) W druku projektu na str. 40 wiersz 14 od góry znajdujemy redakcję pierwotną: „bez zgody”, która następnie zmieniona już została na „wbrew woli”.

współzycia w rodzinie — o zgodę taką ojca nie poprosi, za wszelką ceną pragnąc właśnie przed ojcem czy opieką domową chorobę swą ukryć. I raczej pójdzie nieszczęśliwy chłopiec szukać pomocy u znachorów czy felczerów*), rad u „doświadczonych” kolegów, raczej zaniedba całkowicie swą chorobę — niż dostarczy lekarzowi zgodę opiekuna na wstrzykiwanie salwarsanu, czy szczepionki przeciwrzeżączkowej!

A może w tym wypadku lekarzowi wolno będzie ograniczyć się do negatywnego oświadczenia woli chorego i jego ewent. opiekunów: do braku wyraźnego sprzeciwu? Lecz wtedy w innych wypadkach, czy rozumowanie lekarza winno być inne?

Kwestją nie mniej ciekawą będzie ściślejsze określenie wieku, do którego chory winien przedstawiać zgodę swych opiekunów. Na pierwszy rzut oka zdawaćby się mogło, że sprawa to bezsporna, iż chory nieletni winien występować łącznie z opiekunami dotąd, dopóki prawnie nie może rozporządzać się żadnym swem dobrem dowolnie, a więc do swej pełnoletności, wzgl. wcześniejszego urzędowego uwłasnowolnienia. Jednak, sądząc z artykułu P. Stanisława Czerwińskiego, prokuratora przy Sądzie Najwyższym, „Zabiegi lekarskie a odpowiedzialność karna lekarzy”, umieszczonego w Nr. II „Głosu Sądownictwa” z roku 1929, wypada myśleć, że i ta kwestja jest jeszcze sporna, gdyż p. prokurator Czerwiński utożsamia prawo chorych-dzieci do dowolnego rozporządzania się swem zdrowiem i życiem z poczytalnością ich sądowo-karną. W ten sposób — na terenie b. zaboru rosyjskiego — w myśl p. Czerwińskiego, już dziecko powyżej lat 10 będzie w prawie upoważnić lekarza do dokonywania nad nim najbardziej ryzykownych i niebezpiecznych zabiegów. Dlaczego jednak jednostce nieletniej prawo zabrania własnowolnego rozporządzania się bez zgody opiekunów wszelkiem dobrem materialnem nawet mniejszej wartości, a ma w tym wypadku jedynie zezwalać wyjątkowo na rozporządzenie się najcenniejszym dobrem nie materialnem: zdrowiem? Czy zgoda dziecka wobec poziomu rozwojowego jego wieku mieć może jakąkolwiek istotną wartość głębszą i czy może ona rozgrzeszać dojrzałego człowieka, wykształconego lekarza przed skutkami karnymi przemyślanych czynów, które bez tego rozgrzeszenia groziłyby mu aresztem i grzywną — wyrazić trzeba bardzo poważne zastrzeżenia. Wątpić jednak można, czy twierdzenia p. prokuratora Czerwińskiego idą po myśli ustawodawcy!

Zabezpieczenie chorych przed wypróbowywaniem na nich w szpitalach i klinikach nowych środków czy zabiegów, przed przykrościami służenia za materiał badawczy nawet dla uczniów medycyny da się osiągnąć jedynie na drodze, wskazanej przez etykę lekarską, natomiast nie da się osiągnąć przez wprowadzenie do kodeksu karnego omawianego tu artykułu, choć przy projektowaniu go ta myśl humanitarna przyświecała ustawodaw-

cy. Lekarze rozumieją przeważnie potrzebę i szlachetność humanitaryzmu, nie gorzej niż prawnicy, jednak są w położeniu bez wyjścia: nauka musi iść naprzód i buduje się, niestety, na tych mniejszych, czy większych przykrościach chorych klinicznych: wiekopomne i błogosławione dziś przez ludzkłość odkrycia w dziedzinie medycyny musiały być kiedyś, na kimś pierwszym wypróbowane, a najzasłużeńsi dla mas cierpiących lekarze byli kiedyś — niewątpliwie dość męczącymi chorych — uczniami medycyny. Przykrości chorych klinicznych są wobec nich przeważnie wynagradzane w dostatecznym stopniu korzyściami, jakie im daje pobyt w klinikach: opieka i wiedza znakomitych praktyków. Warunki ekonomiczne ludności zawsze dadzą dostateczną liczbę kandydatów na ograniczoną liczbę miejsc klinicznych, i zamierzenia ustawodawcy całkowicie sparaliżuje żądanie przy zgłaszaniu się do kliniki czy szpitala pisemnych zobowiązań, że wszelkie zabiegi lekarskie czynione będą na nich za ich wyraźną zgodą. Oprzeć się temu żądaniu nie zechce nikt, komu chodzić będzie o dostanie się do szpitala czy kliniki.

Ze względów konieczności życiowych, obrona interesów chorych wtedy tylko może nie kolidować z ich własnymi interesami i nie będzie narażała ich zdrowia i nawet życia, jeżeli brzmienie projektowanego artykułu — o ile ustawodawca dalej uważać go będzie za bezwzględnie niezbędną*) — określi wyraźnie w jakich wypadkach lekarzowi, idącemu za głosem swego sumienia i wiedzy, wolno będzie — w interesie chorych — przy leczeniu nie liczyć się z ich zgodą i zgodą ich opieki.

Zdaniem naszym, *maximum* ustępstw, jakie mogłyby być, uczynione przez lekarzy dążeniom prawnym, sprowadzićby się musiało do takiego brzmienia omawianego artykułu:

§ 1. Kto, będąc lekarzem, (felczerem) i połączoną, wbrew woli chorego lub jego opiekuna, dopuszcza się zabiegów, nie będących niezbędnymi dla zdrowia chorego, ulega karze aresztu do 4 miesięcy lub grzywnie do 5000 złotych, albo obu karom łącznie.

§ 2. Ściganie odbywa się na wniosek przekrzywdzonego.

Wobec życiowego znaczenia omawianej ustawy jest — zdaniem naszym — niezmiernie wskazane, aby zrzeczenia społeczności lekarskiej udzieliły jej nieco uwagi obecnie, gdy jest ona jeszcze tylko projektem. W imię godności swego stanu świat lekarski nie może dać się ubiec nikomu w trosce o dobro, o słuszne interesy chorych, lecz — właśnie ze względu na dobro chorych — żądać musi nieustępliwie prawa do owocnego wykonywania zawodu.

*) Jak wynika z wywodów powyższych, mamy bardzo poważne obawy, że artykuł omawiany celu, zamierzonego przez ustawodawcę, wogóle nie osiągnie; natomiast jesteśmy przekonani, że korzyść, jaką w nader nielicznych wypadkach, przynieść on chorym niekiedy może, zostanie opłaconą, zbyt drogo, w przeważającej większości wypadków, mnóstwem procesów wywołanych urojeniem ze strony chorych, ich lekkomyślnością, a nawet próbami szantażowania lekarzy.

*) W tem miejscu nasnwa się mimowoli pytanie: o felczerach i położnych art. 35 milczy, czy im wolno dopuszczać się zabiegów „wbrew woli chorego lub jego opiekunów“?

O d c i n e k,

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCYNY

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4)

Fryderyk Hoffman.

Urodził się w Halle w r. 1660, zmarł w r. 1742. Jeden z najzdolniejszych uczniów szkoły Boerhaave. Głęboki znawca filozofii, fizyki i chemii, nie zadowolili się światopoglądem swego mistrza, który trzymał się więcej kierunku pozytywistycznego, lecz starał się zgłębić tajemnicę mechanizmu ustrojowego. Stworzył teorię, według której ustrój nasz — to maszyna hydrauliczna, pracująca według zasad „wyższej mechaniki”, polegającej na wprowadzeniu w napięcie naszych organów przez pośrednictwo wypełniającego wszechświat „eteru”.

Czynnik ten zzewnątrz przedostaje się drogą krwi do mózgu, skąd przez pośrednictwo nerwów powoduje odpowiednie napięcie całego ustroju. Choroba jest to skutek zbyt mocnego, lub też zbyt słabego napięcia. Ogólne wzmoczenie napięcia miało według H. sprowadzać stany gorączkowe, częściowe zaś — zaburzenia lokalne w postaci przekrwienia, krwawień, wysięków, zapaleń, a nawet guzów. Obniżenie napięcia — atonję oraz zatory naczyń.

A więc znowu powrócił do starej zamierchłej teorii metodycznych z okresu przedgalenowskiego — do apriorystycznych poglądów na *status strictus* (stan napięcia), *status laxus* (stan rozluźnienia) organizmu.

Oczywiście, teoria Hoffmanna, jako zupełnie apriorystyczna, nie mogła wytrzymać krytyki i, uległszy kilkakrotnemu zmodyfikowaniu, musiała pójść w zapomnienie. Jak się jednak okazało, nie nazawsze, gdyż dziś znowu wypłynęła na powierzchnię w postaci *vago-sympathicotoni*. Zaiste, odgrywa ona w medycynie rolę upiora — żyda wiecznego tułacza!

O ile w patologii Hoffmann odznaczał się dużą fantazją, w terapii był on niemal ascetą. Uznawał za ledwie kilka środków. Do dnia dzisiejszego nie straciły swej popularności tak zwane „krople Hoffmanna” (*Liquor anodynus mineralis*).

Poza działalnością naukową Hoffmann poświęcił dużo czasu stronie etycznej medycyny. Napisał głośną w swoim czasie pracę „*Medicus politicus*”, która składa się z 3 części: 1) *De religione et studiis medicis*, 2) *De medici officio circa personas externas* i 3) *De prudentia medici circa aegros*. W ostatniej części w 10 rozdziałach szczegółowo omawia obowiązki lekarza w stosunku do chorego, występuje ostro przeciw niewłaściwemu zachowaniu się lekarzy wobec pacjentów, zwłaszcza przeciw lekceważeniu niedoli chorego: „*miserrima res est medici, cui semper bene, quando aliis male*”.

Albrecht von Haller.

Urodził się w Bernie w r. 1708, zmarł tamże w r. 1777. Najzdolniejszy uczeń Boerhaave, je-

den z najuniwersalniejszych lekarzy wszystkich czasów, przypominający rozmachem swego geniuszu Galena, Paracelsa, Cardano i t. p. W jednej osobie matematyk, botanik, fizjolog, anatom, lekarz i poeta, pozostawił z tych wszystkich dziedzin olbrzymią spuściznę naukową. Badał szczegółowo faunę i florę Alp, opisał je w wyczerpującym dziele: „*Enumeratio stirpium Helvetiarum*”.

W Getyndze, dokąd był powołany, jako profesor jednocześnie anatomii, chirurgii i botaniki, obok muzeum anatomicznego założył również ogród botaniczny. Zdobył sobie olbrzymią sławę jako internista i chirurg. Wzywany był do dworów Francji, Anglii, Niemiec i Rosji. Napisał mnóstwo pięknych utworów poświęconych swojej ojczyźnie. Wreszcie syt sławy na schyłku życia powrócił do rodzinnego miasta, którego już więcej nie opuszczał.

W medycynie Haller zasłynął, jako odkrywca pobudliwości (*Irritabilitas*) mięśniowej. Stwierdził, mianowicie, że mięśnie reagują bezpośrednio na bodźce mechaniczne przez skurcz, gdy nerwy objawiają tylko zdolność czuciową. Odkrycie to wzmocniło chwycące się już wówczas stanowisko jatromechaniki i było punktem wyjścia dla późniejszych badań Galwaniego i Wolty. Stworzyło ono nowe podwaliny fizjologii i patologii, według których ciało nasze miało stale podlegać wpływowi różnych bodźców zewnętrznych. Równowaga wobec tych bodźców miała oznaczać zdrowie, brak zaś jej — chorobę. Teoria Hallera różniła się od teorii Hoffmanna tem, że ostatni wyobrażał sobie ją materialistycznie w postaci eteru, pierwszy więcej mechanicznie.

Obaj, najzdolniejsi uczniowie Boerhaave, byli zwalczani przez ówczesny świat lekarski nietyle ze względu na ich teorie, ile na wstrzeźliwość w terapii. W wykładach swoich przeciwstawiali się kategorycznie polifarmacji, uprawianej bezkrytycznie przez ówczesnych lekarzy, zalecając jedynie djetykę i nieliczne środki symptomatyczne.

Haller, jako poeta i marzyciel, jeszcze więcej, niż kolega jego Hoffmann, dbał o czystość sztandaru lekarskiego, stawiając dobro chorego na pierwszym planie. Casanova, który skrzętnie zbierał w swoich pamiętnikach życiorysy współczesnych mu mężów wybitnych, wyraża się o Hallerze z czcią i zachwytem, zaznaczając, że zasadą jego było własnym przykładem, a nie słowami pouczać innych.

Ideologia Hoffmanna, zmodyfikowana przez Hallera, uległa dalszemu przekształceniu w teorii J. Browna — szkota, który nadał jej jeszcze więcej oderwaną budowę, graniczącą niemal ze spirytyzmem. Nazywano go żartobliwie spirytualistą nietylko ze względu na jego teorię, lecz również na zwyczaj zbyt częstego zaglądania do kieliszka, który przyspieszył jego śmierć.

Giovanni Battista Morgagni.

Urodził się w r. 1682, zmarł w r. 1777. Z trudem torował sobie medycyna drogę do po-

zytywizmu poprzez mgłę fantastycznych teorii wieku 18-go. Jednym z najwybitniejszych przedstawicieli kierunku pozytywistycznego tego okresu był Giovanni Morgagni. Studja swe w kierunku kliniki i anatomji patologicznej odbył w Bolonii, Wenecji, Padwie. Klasyczne dzieło jego pod tytułem: „*De sedibus et causis morborum per anatomiam indagatis*” poraz pierwszy porusza stosunek wzajemny kliniki i anatomji patologicznej. Zasługa Morgagniego polega nie na tem, że zebrał obfity materiał anatomiczno-patologiczny obcy i własny, lecz, że pierwszy opracował go w związku z kliniką, ustalając ich zależność genetyczną. Rozpoczęte przez niego prace w nowym kierunku znalazły atoli mało uznania wśród wyznawców abstrakcyjnej ideologii lekarskiej wieku 18-go. Powrócono do nich dopiero w drugiej połowie wieku 19-go, w okresie rozkwitu mikroskopji i anatomji patologicznej. Virchow, twórca nowoczesnej anatomji patologicznej, składając należny hołd Morgagniemu, nazwał go „założycielem szkoły anatomicznego myślenia w medycynie”.

Po skromnym Morgagnim niedużo pozostało wspomnień. Jedyny list, zachowany po nim, dotyczy sprawy bardzo intymnej. Prosi w nim swego przyjaciela prof. Vallesnieriego, aby zamówił dlań ubranie wobec oczekujących go wykładów w Padwie Ze ścisłością skrupulatnego anatoma wymienia przy tej okazji wszystkie wymiary swego ciała. Czy miało to być świadectwem jego ścisłości naukowej, czy dbałości o elegancję, z listu trudno wnioskować. W każdym razie jest to wcale oryginalny pomysł, czysto naukowy, w zastosowaniu do sztuki krawieckiej.

Leopold Auenbrugger

Urodził się w Grazu w r. 1722, zmarł w Wiedniu w r. 1809. Obok Morgagniego był to drugi lekarz w tym okresie, który nie zapuszczał się w arkana myśli filozoficznych, lecz szukał odpowiedzi na różne zagadnienia bezpośrednio w obserwacjach klinicznych. Zasłynął, jako odkrywca perkusji. W swej pracy klasycznej pod tytułem: „*Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi*” wprowadził nową metodę, stanowiącą do dnia dzisiejszego podstawę „diagnozyki fizykალnej”.

Pomimo całej doniosłości i praktycznej wartości tego odkrycia nie znalazło ono zwolenników w swoim czasie. Przyczyn tego negatywnego stosunku do tej nowej metody należy szukać nietylko w spirytualistycznych fantazjach współczesnego świata lekarskiego, lecz również, niestety, w nienormalnych, pełnych zawiści stosunkach zawodowych no... i nieumiejętności Auenbruggera należytego reklamowania swego odkrycia. Toteż przeszło ono do tego stopnia bez wrażenia, że, niezależnie od niego, wpadł jakoby na ten sam pomysł współczesnik jego we Francji słynny lekarz Napoleona Corvisart, który dowiedziawszy się później o odkryciu Auenbruggera, z godnością dżentlemana rzekł się pierwszeństwa na korzyść swego wiedeńskiego kolegi.

Dla ścisłości należy zaznaczyć, że pierwsza myśl o perkusji należy się Hippokratesowi, który stosował ją w tympanitach (patrz: Hippokrat.es).

Johann Peter Frank

Urodził się w Wiedniu w r. 1745, zmarł w r. 1821. Studja swe rozpoczął od teologii i filozofji. Po ukończeniu medycyny w Strasburgu i kilkuletniej pracy w Heidelbergu został w r. 1784 powołany na stanowisko profesora fizjologii w Getyndze, a następnie kliniki wewnętrznej w Padwie. Na tem ostatniem stanowisku zreformował stosunki sanitarne w całej Lombardji. Główną jego zasługą było zapoczątkowanie medycyny społecznej, której poświęcił swe klasyczne dzieło pod tytułem: „*Policja medyczna*”. On to był założycielem pierwszycj katedry w tej dziedzinie na uniwersytecie w Getyndze i słusznie uważany jest za twórcę higieny. Przez długie lata piastował później stanowisko profesora anatomji patologicznej w Wiedniu. Rodzinne jednak jego miasto okazało się w stosunku do niego mniej gościnnem. Z powodu artykułu, wymierzonego przez F. przeciw celibatowi księżemu, zmuszony był opuścić Wiedeń, skąd przez Wilno przeniósł się do Petersburga, jako lekarz przyboczny Aleksandra I i profesor Akademji Medyko-Chirurgicznej. Na schyłku życia został ponownie zaproszony do ojczyzny, gdzie wśród nieustającej pracy i olbrzymiej popularności zakończył ostatnie swoje lata. Wiedeń w uznaniu jego zasług wystawił mu piękny pomnik.

O Franku za życia jego kursowały liczne anegdoty. Sam on opowiadał o sobie następującą.

Pewnego razu został wezwany do 90-letniego starca pijaka, dotkniętego uporczywym kaszlem. Frank poradził mu, aby przynajmniej zrana wstrzymywał się od picia. „Młokosie” oburzył się starzec, „spróbuj sam naprzód pić 90 lat, a później zabraniać używania wina tym, którzy dotychczas pili je bez żadnej szkody dla siebie!” Skonfundowany taką odprawą Frank nazajutrz opowiedział o tej przygodzie swemu również bardzo sędziwemu ojcu, który, wysłuchawszy go, poradził mu na przyszłość nie leczyć chorych starszych od siebie. Frank mało wierzył w samą sztukę lekarską, opierając punkt ciężkości na higienie i djetetyce.

Opowiadają, że na łożu śmierci, otoczony przez 8 lekarzy, miał się wyrazić: „przypomina mi się grenadjer francuski w bitwie pod Wagram, który poległ rażony 8 kulami. Do licha! aż 8 kul trzeba było, aby odebrać życie jednemu grenadjerowi!”

Simon André Tissot.

Urodził się w r. 1728, zmarł w Lozannie w r. 1797. Słynny lekarz, rówieśnik i najbliższy przyjaciel Hallera. Zasłużył się w medycynie głównie, jako popularyzator wiedzy lekarskiej. Z wielu ogłoszonych przez niego w tym kierunku dzieł do dnia dzisiejszego cieszy się jeszcze poczytnością broszurka „*O onaniźmie i chorobach ludzi uczonych*”, przełożona na wiele języków.

Tissot, szwajcar z pochodzenia, nie odznaczał się wykwintnemi manierami, choć lubił często być kostycznym. Pewnego razu w rozmowie ze znany dziejopisem angielskim Gibbonem, który wraz z nim ubiegał się o względy pewnej pięknej damy, pani E. Foster, miał się wyrazić, że, gdyby ona zachorowała od jego mdłych przechwałek, on ją uzdrowi. Na to Gibbon odrzekł: „gdyby jednak

pani F. miała umrzeć od pańskich przepisów, ja ją unieśmiertelnię”.

John Howard

Urodził się w Hackney pod Londynem w r. 1726, zmarł w r. 1790. Zasłynął jako wielki reformator więziennictwa i szpitalnictwa. Podczas podróży do Portugalji został w czasie wojny wtrącony do więzienia francuskiego, do oddziału dla jeńców wojennych, gdzie na własnej skórze zapoznał się z okropnościami życia więziennego. Pod wpływem straszliwych przeżyć postanowił resztę swego życia poświęcić całkowicie losowi nieszczęsnych więźniów. Wróciwszy do Anglii, ogłosił pracę pod tytułem: „O stanie więzień w Anglii i Walji”, która szybko nabrała wielkiego rozgłosu i spowodowała aż dwa bile parlamentu angielskiego w tej sprawie. Akcja, zapoczątkowana przez Howarda, odbiła się echem w innych krajach i wpłynęła znacznie na poprawę stosunków więziennictwa w Europie.

Howard badał szczegółowo również stan szpitali epidemicznych i sprawie tej poświęcił wyczerpujące dzieło pod tytułem: Stan lazaretów w Europie. W tym celu odbył kilka podróży do południowej Rosji, gdzie, badając epidemję dżumy, padł ofiarą swego szczytnego obowiązku. Miasto Cherson w Rosji wystawiło mu w holdzie pomnik.

Opowiadają o Howardzie, że pewnego razu podczas zwiedzania więzień wiedeńskich został zapytany przez cesarza Józefa, jakie zrobiły na nim wrażenie? Howard odpowiedział szczerze: „jak najgorsze” — „A jednak”, zauważył cesarz, „u was w Anglii wieszają więźniów, u nas skazują ich tylko na dożywocie”. „Nie przeczę”, odparł Howard, „lecz wolę dać się powiesić w Anglii, niż być w więzieniu Waszej Cesarskiej Mości”.

William Hunter

Urodził się w r. 1718, zmarł w Londynie w r. 1783. Wybitny anatom, przez długi czas zajmował stanowisko profesora na uniwersytecie Londyńskim. Do roku 1750, jako praktyk, zajmował się chirurgią. Od tego czasu poświęcił się wyłącznie ginekologii i położnictwu. Cały swój majątek ofiarował na cele naukowe i zbiory numizmatyczne, których był gorliwym zbieraczem. Jego klasyczne dzieło: „Anatomja macicy ciężarnej” była owocem 20-letnich studjów (*Decidua Hunteri*). Założone przez niego muzeum przeszło później na własność miasta Glasgowa.

O Hunterze kursowały bardzo ciekawe anegdoty na temat jego prac, jako anatoma i chirurga. W Anglii w owym czasie sekcje nie były przewidziane prawem. Tylko zwłoki przestępców przy karze zastrzonej mogły podlegać oględzinom pośmiertnym. Nauka zmuszona była w tych warunkach, jak za czasów Vesala, uciekać się do nielegalnej kontrabandy. W Londynie powstał specjalny fach tak zwanych „resurrection-men”, którzy za pewną opłatą podejmowali się dostarczania zwłok. Byli to ludzie, którzy w nocy, z narażeniem własnego życia, wygrzebywali zwłoki ze świeżych mogił. Hunter, jak inni, zmuszony był również tą drogą zamawiać dla

siebie materiał sekcyjny. Pewnego razu, jak sam opowiadał, oczekiwał swego dostawcy bezowocnie całą noc. Nad ranem ku wielkiemu jego przerażeniu przybyła żona dostawcy, sprowadziwszy przy pomocy obcej zwłoki własnego męża, postrzelonego podczas nocnej wyprawy. Spadkobierczyni firmy, pragnąc żywić się sumiennie z otrzymanego zamówienia i chcąc zachować nadal klienta, w ten sposób zaznaczyła gotowość prowadzenia w dalszym ciągu przedsiębiorstwa.

Zaiste, imponujący przykład solidności firmy, znamionujący zimną krew synów Albionu!

Edward Jenner

Urodził się w r. 1749 w Berkeley w Anglii, zmarł w r. 1823. Był uczniem Jana Huntera a brata Williama. Studja nad ospą krowią rozpoczął w r. 1780. Rok 1796 był rokiem pierwszego zaszczepienia jej, i o tym radosnym dla siebie fakcie zakomunikował Jenner w liście swemu przyjacielowi Gardenowi. W rok potem Jenner złożył rękopis swej pracy na ten temat Królewskiemu Towarzystwu Londyńskiemu, lecz praca została zdyskwalifikowana. Jenner zmuszony był ogłosić ją własnym kosztem w oddzielnym wydaniu. Jak zwykle, wiedza toruje sobie drogę pomimo przeszkód, choćby ją nawet stawiali przysięgli obrońcy nauki. W r. 1805, Napoleon wbrew opinii rzeczoznawców wprowadził przymusowe szczepienie ospy w swojej armji. W r. 1807 z okazji 59-lecia swoich urodzin Jenner skarżył się w innym liście, że choć cały świat cywilizowany od Gangesu do Missisipi przyjął jego szczepionkę, jedyna Anglja zachowywała się wciąż sceptycznie. Typowy przykład, jak trudno być prorokiem we własnym kraju. Zresztą, w Anglii dotychczas szczepienie ospy nie jest obowiązujące.

Nie wszyscy wiedzą, że Jenner, odkrywca szczepienia przeciwospowego, pierwszy opisał anatomicznie dusznicę bolesną. W liście swoim do Dra Parryego podaje dokładnie, jaką drogą zapoznał się z tą sprawą.

Sekując pewnego razu zwłoki lekarza Cartera, zmarłego na dusznicę bolesną i szukając przyczyny jego śmierci w sercu, usiłował przeciąć je poprzek u postawy. Nagle przy krajaniu wyczuł jakąś przeszkodę w rodzaju kamienia. Przypuszczając, że to „tynek opadł z sufitu”, rozejrzał się dookoła, zaczął sprawę badać bliżej i przekonał się, że to były zwapniałe naczynia wieńcowe. Odkrycie to nasunęło mu myśl uzależnienia dusznicy bolesnej od zmian w naczyniach wieńcowych. Wkrótce potem miał możność przekonania się o słuszności swej hipotezy. Po pewnym czasie zapadł na dusznicę bolesną jego nauczyciel Jan Hunter. Jenner rozpoznał u niego za życia zwapnienie naczyń sercowych, a kiedy Hunter zmarł, dokonana na nim sekcja potwierdziła w zupełności to rozpoznanie.

Ciekawy ten, a mało znany epizod z dziejów medycyny podaje do wiadomości klinicystów-monografów dusznicy bolesnej.

Christoph Wilhelm Hufeland

Urodził się w r. 1762 w Turyngji, zmarł w r. 1836. Był profesorem szczegółowej patologji i terapii na

uniwersytecie w Jenie, a następnie dyrektorem kolegium Medycznego w Berlinie i naczelnym lekarzem szpitala „Charité”. Należał do wybitniejszych postaci niemieckiego świata lekarskiego nie tylko pod względem naukowym, lecz również społeczno-etycznym. Był założycielem Instytutu Poliklinicznego i Towarzystwa Chirurgicznego w Berlinie. Podczas pobytu w Wejmarze założył tam pierwsze prosekutorjum. Dużo energii poświęcił sprawom zawodowym lekarskim, o które troszczył się materialnie i etycznie. Przyjacielem Kanta i Goethego, umiał obydwóch zainteresować medycyną i często z nimi w tej sprawie korespondował.

Pod względem medycznym był zwolennikiem kierunku eklektycznego, wybierając ze wszystkich systemów to, co zdaniem jego, było najlepsze. Dzięki jego autorytetowi udało się w Niemczech przeprowadzić na szeroką skalę szczepienie ochronne ospy. Pomimo głębokiej wiedzy i krytycznego umysłu nie umiał jednak ocenić należycie wielu doniosłych zdobyczy ówczesnej medycyny, jak, na przykład, perkusji i auskultacji, a nawet sceptycznie odnosił się do anatomji patologicznej, która w owym czasie w innych krajach zdążyła zająć już należne jej stanowisko kliniczne.

Najpopularniejszym dziełem Hufelanda była jego „Makrobiotyka czyli sztuka

przedłużenia życia ludzkiego”, przetłumaczona nawet na język chiński.

Praca ta wywołała dużą dyskusję w świecie nie tylko lekarskim i spowodowała niezmiernie ciekawą wymianę myśli między Hufelandem, Kantem i Goethem.

Jako lekarz—praktyk, działacz społeczny i głęboki umysł filozoficzny, Hufeland pozostawił wiele nader ciekawych aforyzmów o dużej wartości etycznej. Dewizą jego było: „Zdrowie dla chorego, cześć dla mężnego, szczęście dla cierpiących i wolność dla niewolnych”. „Między głową ludzką a kulą ziemską”, mówił H., „istnieje wielkie podobieństwo: obie są kuliste, każda wyobraża siebie jako świat oddzielny, gdyż świat każdego z nas egzystuje tylko w naszej głowie”. W swoich radach pod adresem młodych lekarzy Hufeland wypowiedział zdanie, że, jakkolwiek zawód lekarski uspasabia do sarkazmu i satyry, nikomu one jednak tak nie szkodzą, jak lekarzowi. Publiczność naogół woli leczyć się u lekarzy nawet ograniczonych, niż sarkastycznych, choćby bardzo zdolnych. „Ludzie łatwiej przebaczą obrazę, niż kpiny”.

Aforyzm ten, oparty na subtelnej spostrzegawczości, winien być dewizą każdego lekarza—praktyka.

(d. c. n.)

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	25 XII-31 XII 1929	1/I-4/I 1930	5/I-11/I 1930	12/I-18 I 1930
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	2 (0)	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny	131 (13) *	130 (7)	270 (33)	342 (21)
Dur rzekomy	0	0	0	0
Dur osutkowy	23 (2)	15 (1)	28 (1)	67 (5)
Dur powrotny	0	0	3 (1)	0
Czerwonka	7 (0)	0	5 (0)	7 (0)
Plonica	238 (21)	213 (8)	452 (21)	577 (39)
Blonica	189 (15)	163 (12)	382 (22)	387 (19)
Zapal. op. mózg. . . .	11 (2)	5 (1)	6 (4)	13 (3)
Odra	632 (11)	432 (6)	1215 (10)	1050 (12)
Róża	34 (3)	57 (0)	84 (2)	79 (1)
Krzusiec	74 (7)	104 (2)	183 (9)	204 (13)
Malarja	1 (0)	1 (0)	4 (0)	3 (0)
Posoczn. polog. . . .	18 (3)	10 (2)	29 (7)	34 (10)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	103 (0)	47 (0)	218 (0)	348 (0)
Wąglik	0	0	0	0
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	0	0	0	4 (0)
Wścieklizna	0	0	0	0 (1)
Zatr. jad. kielb. . . .	13 (0)	0	0	0
Chor. Heins-Medina . .	0	1 (0)	1 (0)	0
Inne choroby zakaźne	55 (3)	64 (0)	178 (8)	207 (10)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana

Komisarza Rządu m. st. Warszawy, w sprawie Zjazdu Naczelników wojewódzkich wydziałów zdrowia.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, że w dniach 3 i 4 lutego r. b. odbędzie się w Warszawie w gmachu Departamentu V Służby Zdrowia przy ul. Nowowiejskiej 39 Zjazd Naczelników w Wydziałów Zdrowia Urzędów Wojewódzkich z następującym porządkiem dziennym:

1. Akcja sanitarno-porządkowa w latach 1927—1929 oraz plan działalności na 1930 rok — ref. p. Inż. Rudolf.
2. Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych;
 - a) Przebieg ostrych chorób zakaźnych w 1929 r. — ref. p. Naczelnik Dr. Palester;
 - b) Najnowsze kierunki w zwalczaniu chorób zakaźnych — ref. Dyrektor Państwowego Zakładu Higieny Prof. Dr. Hirszfeld;
3. Zwalczanie przewlekłych chorób zakaźnych i chorób społecznych;
 - a) Jednolitość w zwalczaniu gruźlicy na terenie państwa — ref. p. Dr. Skokowska-Rudolfowa;
 - b) Regulamin dla przychodni przeciwwenerycznych — ref. p. Dr. Borkowski;
 - c) Zamierzenia na najbliższy okres w zakresie zwalczania jaglicy — ref. p. Dr. Zachert;
 - d) Działalność państwowa w zakresie zwalczania alkoholizmu w roku ubiegłym i plan na okres najbliższy — ref. p. Szymański;
 - e) Zarządzenia, zmierzające do zwalczania narkomanji — ref. p. Naczelnik Gawiński.
4. Higiena społeczna:
 - a) Aktualne prądy w leczeniu kas chorych i ustosunkowanie się do nich nadzoru ze strony Pań-

stwowej Służby Zdrowia — ref. Dyrektor Głównego Urzędu Ubezpieczeń p. Gettel i p. Dr. Sęczyk;

- b) Rola ośrodków zdrowia w administracji sanitarnej — ref. p. Dr. Tubiasz;
 - c) Zamierzenia w zakresie opieki społecznej nad umysłowo chorymi — ref. p. Dyrektor Dr. Łuniewski.
5. Projekt ustawy o pomocy lekarskiej dla najuboższej ludności wsi — ref. p. Radca Strowski.
6. Instrukcje.
- a) Pomoc lekarska dla urzędników państwowych.
 - b) Spis personelu lekarskiego i pomocniczego.
 - c) Świadectwa lekarskie — ref. p. Naczelnik Dr. Jarniński.

Referat w czytaniu nie może być dłuższy nad 15 minut.

O powyższem zechce Pan Wojewoda powiadomić Naczelnika Wydziału Zdrowia Publicznego z tem, że, jeśli by uważał za potrzebne podnieść na Zjeździe jeszcze jakieś tematy poza wyżej wymienionemi, może do dnia 25 stycznia r. b. przesłać do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych tytuł tematu wraz z krótkim jego streszczeniem celem ewentualnego wniesienia na porządek dzienny Zjazdu.

(—) Piestrzyński,

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów w sprawie kosztów, związanych ze zwalczaniem gruźlicy.

Polski Związek przeciwigruźliczy rozesał w dniu 15.XI 1929 za Nr. 6985/29 ankietę do Magistratów miast, samorządów powiatowych i kas chorych w sprawie kosztów, związanych ze zwalczaniem gruźlicy.

Wobec dużego znaczenia tej ankiety Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o zalecenie wymienionym instytucjom dokładnego i możliwie szybkiego wypełnienia tej ankiety.

(—) Piestrzyński,

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do wszystkich PP. Wojewodów oraz Komisarza Rządu na m. st. Warszawę w sprawie ulg dla urzędników państwowych w Krynicy.

Celem umożliwienia urzędnikom państwowym wyzyskania urlopów wypoczynkowych dla celów leczniczych oraz ułatwienia leczenia się rodzinom tych urzędników, Państwowy Zakład Zdrojowy w Krynicy będzie udzielać urzędnikom państwowym, korzystającym z urlopów wypoczynkowych, oraz rodzinom urzędników w czasie od I.X. — 15.XII. i od I.III — 31.V. (z wyjątkiem miesiąca kwietnia, w którym zakład jest zamknięty) 50% zniżki na mieszkanie w domu zdrojowym oraz na wszelkie zabiegi lecznicze.

Urzednicy, którzy korzystają już ze zniżek na zabiegi lecznicze z tytułu pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, nie mogą równocześnie korzystać ze zniżek na podstawie niniejszego zarządzenia.

Zarazem nadmienia się, że dzierżawca restauracji w domu zdrojowym w Krynicy będzie udzielać w tych okresach osobom, wyżej wskazanym, 25% zniżki od cennikowych cen potraw i napojów.

Wszelką korespondencję w tych sprawach należy kierować bezpośrednio do zarządu Państwowego Zakładu Zdrojowego w Krynicy.

(—) Piestrzyński,

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy, w sprawie recept lekarskich, zawierających środki i substancje odurzające.

W myśl § 7 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 maja 1929 r. Dz. U. Nr. 48 poz. 402 o detalicznej sprzedaży substancji przetworów odurzających apteki winny zatrzymywać recepty i za potrzebowania na wydane środki odurzające. Zgodnie z tym przepisem do rachunków za lekarstwa, dostarczane przez apteki za koszt Skarbu Państwa z tytułu pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, będą dołączone tylko odpisy oryginalnych recept. Odpisy takie winny być uznane za wystarczający dowód wydania lekarstwa.

Równocześnie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, że w najbliższym czasie ulegnie znowelizowaniu rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 30 czerwca 1926 r. w sprawie wydawania z aptek środków leczniczych (Dz. U. Nr. 68 poz. 401) w tym sensie, że apteki będą obowiązane zatrzymywać wszystkie oryginalne recepty. Do rachunków zatem za wszystkie lekarstwa, dostarczane z tytułu pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, będą od chwili wejścia w życie nowego rozporządzenia dołączone tylko odpisy recept.

Panom Inspektorom Farmaceutycznym należy polecić aby co miesiąc sprawdzali rachunek przynajmniej jednej z aptek przez porównanie posiadanych przez nią oryginałów ze złożonemi przy rachunku odpisami. Sprawdzanie takie byłoby najdogodniejsze w czasie zwykłej rewizji apteki.

W razie ujawnienia nadużyć, wynikających ze złożenia odpisów, niezgodnych z oryginałem, sprawę należy skierować na drogę sądowo-karną o oszustwo.

(—) Piestrzyński,

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— D. 26 stycznia r. b. w sali Rady Miejskiej m. Warszawy odbyła się żałobna akademja ku czci ś. p. D-ra Wincentego Boguckiego, b. wiceprezydenta miasta. Wobec licznie zebranej publiczności wygłosili przemówienia: poseł na sejm prof. Stanisław Kalinowski, wiceprezydent m. st. Warszawy, poseł na sejm prof. Ryszard Błędowski i naczelnik Wydziału Zdrowia Magistratu Dr. Czesław Wroczyński.

— W grudniu r. ubiegłego odbyła się w Ministerstwie W. R. i O. P. konferencja w sprawie dostarczania zwłok żydowskich do prosektorjów.

W konferencji wzięli udział między innymi rektor Uniw. Jagiell. prof. Kostanecki, delegaci Uniwersytetów warszawskiego, wileńskiego i lwowskiego, prezes gminy żydowskiej warszawskiej i krakowskiej oraz przedstawiciel gminy żydowskiej lwowskiej i wileńskiej tudzież nadrabina warszawski prof. Schorr.

W wyniku tej konferencji stwierdzono, że kwestja dostarczania zwłok żydowskich może być załatwiona ku zadowoleniu wszystkich zainteresowanych w niej stron.

W sprawie tej zabrał głos na łamach „Naszego Przeglądu” kol. Henryk Higier, wykazując z właściwą sobie erudycją na zasadzie odpowiednich cytata, że „ani Bibija, ani Talmud nie zabrania zasadniczo.. dokonywania sekcji, a przykłady odnośne.. przytacza sam Talmud”, że „pogląd, iż sekcja jest grzechem lub znęcaniem się.. jest błędny, takiego bowiem twierdzenia niema nigdzie w księgach świętych i naukowych”.

Kolega Higier słusznie powiada, że „tym właśnie osobnikom, zazwyczaj mało uświadomionym, (pragnącym nieraz podstępnie wydosłać ciało, aby je uchronić przed

sekcją — red.), działającym w dobrej wierze, oraz różnym pogrzebowym pseudo-religijnym instytucjom ortodoksyjnym należy wytłomaczyć... że staje się przez pietyzm i kult dla zwłok pozorne dobrodziejstwo „zmarlemu“, ale o wiele większa krzywda „żyjącemu“, t. j. młodzieży uniwersyteckiej oraz nauce rozpoznania i leczenia chorób u żywych, a przede wszystkim, że upór w walce o zwłoki oparty jest... na przesłankach błędnych, na fałszywych lub nieistniejących cytatach z Pisma świętego i jego późniejszych komentatorów w Talmudzie”.

— W klinice Oto-laryngologicznej U. J. K. we Lwowie, odbędzie się w dniach od 17 marca do 12 kwietnia br. Kurs Oto-laryngologii dla Lekarzy, pod osobistym kierownictwem Dyrektora Kliniki Prof. Dra T. Zalewskiego

Opłata za kurs wynosi 200 zł. — Maksymalna ilość słuchaczy 10-ci. — Zgłoszenia przyjmuje Dyrekcja Kliniki Oto-laryngologicznej, Lwów, ulica Pijarów 6.

— I Międzynarodowy Zjazd Mikrobiologii, organizowany przez Międzynarodowe Towarzystwo Mikrobiologii, odbędzie się w Paryżu w Instytucie Pasteura i w Zakładzie kongresowym w czasie od 20 do 25 lipca r. 1930.

Osoby, pragnące wziąć udział w Zjeździe, proszone są o nadsyłanie zgłoszeń oraz wpisowego w wysokości 100 frank. franc. do skarbnika Zjazdu pod adresem: M. Georges Masson, éditeur, 120, Boulevard St. Germain--- do dnia 15 czerwca 1930 r. Agencja Thos. Cook et son, 2, pl. de la Madeleine dostarcza wszelkich informacji i pośredniczy w wyszukiwaniu lokali oraz nabywaniu biletów na przejazd. Przewidywana jest wycieczka do Wersalu i Malmaison lub do Vallée de Chevreuse w cenie 90 franków oraz bankiet w cenie 65 franków. Osoby, życzące sobie wziąć udział w wycieczce, bankiecie lub w obu, proszone są o wysłanie pieniędzy pod adresem skarbnika razem z wpisowem.

— IX Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich odbędzie się w 1931 roku w Krakowie.

Tematami referatów głównych będą:

1) Reumatyzm — z referentami: prof. Ciechanowskim i prof. Latkowskim

2) Hipertyreozы — z referentami: dr. Maciągiem, doc. dr. Głaclem i prof. dr. Orzechowskim.

ZMARLI.

Aleksander Fruchtman, b. lekarz sanitarny, popularyzator higieny.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

25-I. Warsz. Koło Tow. Intern. Polsk.

1. K. Dąbrowski. Pokaz chorych po przepaleniu zrostów opłucny sposob. Jacobaeusa. 2. L. Belof. Szybkie wyleczenie śpiączki cukrzyczej insuliną. 3. S. Hrom. Pokazy 2 przypadk. rzekom. duszn. bolesn. 4. J. Held i W. Heiman. Przyp. ropnia płuc w przeb. zap. płuc krupow. wylecz. za pom. sztucz. odmy piersiowej. 5. R. Kalinowski. Cukrzyca w akromegalji. 6. K. Gerner i M. Zaleski. Absc. burs. oment. minor. 7. A. Landau, M. Fejgin i L. Lewicki. Przyczynę do mechan. powstaw. sinicy i do oznacz. rzutu minutow. i jednorazow. serca.

28-I. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. Ślaski J. Sprawozd. z I Międzynar. Kongr. Szpitaln. w Atlantic City oraz ze zwiedzenia szpitali ameryk. 2. Rutkowski J. O organizacji oddziału chirurg.

28-I. Zrzeszenie Lekarzy Rzpl. Polskiej

A. Pokazy: 1. D. Szenkier. 2 przypadki krwimoczcu niezwykłego pochodzenia. 2. J. Fliederaum. Przypadek żółtaczk. hemolitycznej nabytej, leczony prom. R. i preparatem żołądka.

B. Dyskusja nad odczytem L. Justmana. Rola czynników morfol. w schorz. przew. pokarm.

C. Odczyty: 1. P. Goldstein. Leczn. chir. gruźl. płuc na podstawie ostatn. prac i własn. doświadc. (z przezrociami) 2. J. Eisenfarb. Badanie porównawcze układu roślinnego w przypadku przełomów naczyniowych.

TREŚĆ: H. ADELFFANG. O tak zwanych nacieczeniach wczesnych i ich znaczeniu w rozwoju suchot płucnych dorosłych (Dok.) — I. BORKOWSKI. Przyczynę do leczenia przetok ślinnych. — B. GLASS. Nowsze poglądy na rolę i znaczenie niektórych elektrolitów ustroju (Str. zbior. C. d.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. ZACHERT. Zakłady lecznicze dla chorych jagliczych. — Wł. BIERNACKI. Działalność lekarska wobec projektu nowej polskiej ustawy o wykroczeniach. — L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny (C. d.) — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Kalendarzyk posiedzeń Tow. Lek.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. ADELFFANG. A propos d'infiltration ainsi nommée „précoce“ et sa signification pour la phthisie pulmonaire. — I. BORKOWSKI. Contribution au traitement des fistules salivaires. — B. GLASS. Les opinions modernes concernant le rôle et la signification de certains électrolytes de l'organisme (Rev. gén. suite). — M. ZACHERT. Maisons de santé pour les trachomatiques. — L. BIERNACKI. Rôle du médecin suivant le projet de la nouvelle législation polonaise concernant les délits. — L. ZAMENHOF. L'histoire de médecin (suite).

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.

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

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

Drukarnia „SIŁA“ Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48.