

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, 5 CZERWCA 1930 R.

Nr. 23

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O psychoterapii nerwic narządowych.*)

Podał

G BYCHOWSKI (Warszawa)

Mimo usiłowania lat ostatnich, wychodzące ze strony autorytatywnej i zmierzające do usunięcia pojęcia nerwicy wogóle, a nerwicy narządowej w szczególności, nie zanoszą się, jak mi się wydaje, w bliskiej przyszłości na to, ażeby pojęcia te istotnie znikły z naszej nozologii. Hasło „rozkład nerwicy“ pozostaje jednak tylko pobożnym życzeniem, pozostaje swojego rodzaju normatywnym ideałem, do którego dąży metodologia lekarska, ale którego, właśnie jako ideału, wcale nie osiąga.

Z tego punktu widzenia znamienne jest stanowisko Curschmanna, jednego z głównych referentów zagadnienia nerwic narządowych na zjeździe neurologów niemieckich w Hamburgu (wrzesień 1928), który jest zdania, że nawet przy jaknajdoskonalszej technice badania i po wyłączeniu wszelkich spraw o możliwym podłożu organicznym, zawsze pozostaną pewne osobniki i grupy chorobowe, w których jeden narząd (albo układ narządów) wykazuje tak odosobnioną i natarczywą dysfunkcję, iż musimy stwierdzić: tu zachodzi reakcja narządowo-nerwicowa.

Co do mnie, to pozwoliłbym sobie na wysunięcie stanowiska nieco odrębnego, w pewnym sensie bardziej radykalnego. Skłonny jestem uważać pojęcie nerwicy narządowej bynajmniej nie za zło konieczne, wynikające z naszej tymczasowej ignoracji, tylko za naturalny wyraz pewnej ewolucji w poglądach ogólnolekarskich, ewolucji, która, zdaniem moim, stanowi niewątpliwy postęp. Ewolucja ta znana jest dobrze nam wszystkim; to też nie będę się tutaj nad nią bliżej zastanawiał; wszak wiemy, że chodzi o owo przesunięcie się myślenia lekarskiego od kategorii anatomicznych do kategorii dynamicznych i czynnościowych. Okazuje się, że nie tylko cały szereg stanów chorobowych podłoża anatomicznego nie posiada, ale że nie-

wątpliwie bardzo wiele schorzeń, którym w ich stanie definitywnym odpowiada ściśle określone podłoże anatomiczne, ma zrazu — i to często przez czas dłuższy — charakter wyłącznie czynnościowy.

Takie proste zasadnicze rozważanie stwarza odrazu właściwe ramki dla zrozumienia całej doniosłości pojęcia nerwicy wogóle i nerwicy narządowej w szczególności.

Zanim przejdę do właściwego tematu moich rozważań, pragnę wysunąć jeszcze niektóre inne momenty, taksamo ogólnie już dzisiaj znane, a dla nas szczególnie ważne. Pierwszy z nich to ścisły związek, nieustanna łączność pomiędzy sferą psychiczną a tak zwanym układem hormonalno-vegetatywnym czyli gruczołowo-rślinnym. Drugi moment, stanowiący dopełnienie pierwszego, to szerokie rozpowszechnienie układu nerwowego w całym organizmie oraz istnienie wyższych jego ośrodków w szarych masach międzymózgowia. W ten sposób szeroki zakres wpływu czynników psychicznych znajduje swoje właściwe uzasadnienie przez określenie dróg, po jakich przebiega.

I zaraz tutaj musimy zdać sobie sprawę z niezmiernie doniosłego momentu, który określiłbym jako zasadę działania z dwóch biegunów. Te dwa bieguny to *psyche i soma*; dzisiaj, kiedy myślenie nasze zmierza coraz wyraźniej do przezwyciężenia tego dualizmu, i kiedy punkt widzenia biologiczny każe nam w obu tych biegunach osobowości widzieć dwa różne ogniwa jednego łańcucha albo inaczej dwa ogniska krystalizacyjne procesu życiowego, sprawa wzajemnego oddziaływania na siebie dwóch tych dziedzin przedstawia się nieco inaczej, niż to miało miejsce wówczas, kiedy w ostatnich dziesięcioleciach ubiegłego stulecia tworzyło się pojęcie psychorodności. Dzisiaj musimy rozumieć, że punkt wyjścia sprawy chorobowej — oczywiście w pierwszej linii narządowo-nerwicowej — może być równie dobrze psychiczny, jak i somatyczny. Obie te możliwości, oba te kierunki stawania się neurozy musimy bliżej nieco rozważyć, wysuwając na plan pierwszy pewne zasadnicze dla nas momenty.

Zacznijmy od punktu wyjścia somatycznego,

*) Wygłoszone w Towarzystwie Gastrologicznym w maju 1929 r.

który zdaje się być mniej skomplikowany. Interesuje on nas tutaj, oczywiście, o tyle tylko, o ile sprawa nerwicowa, przezeń zapoczątkowana, znajduje swoje odbicie w psychice albo przynajmniej może być od strony psychiki korygowana. Musimy rozróżnić tutaj dwa zasadnicze mechanizmy. Jeden — zrozumiały bez wszelkich komentarzy — to odbicie w świadomości pewnych doznań somatycznych o charakterze narządowo nerwicowym. Odbicie to ten ma przedewszystkiem skutek, że przez intensywne zwrócenie uwagi na swe doznania, niewątpliwie się one potęgują, przyczem sama dysfunkcja może niewątpliwie doznawać nasilenia.

Drugi mechanizm, bardziej złożony i niezmiernie ważny, to tak zwane zużytkowanie psychiczne doznań organicznych. Zachodzą tutaj różnorodne możliwości, które musimy bliżej rozważyć. Najprostsza daje się określić przez dosłowne zrozumienie pojęcia „zużytkowanie”. Za paradigmat może tutaj posłużyć dziecko, które wyzyskuje swój ból głowy, swoje mdłości pochodzenia żołądkowego, czy swój kaszel dla niepójścia do szkoły, prostego nieodrobienia lekcji, czy też, — co łatwo przechodzi w system — dla zapewnienia sobie wzmożonej czułości i troskliwości rodziców (specjalnie matki) albo nawet dla walki z nimi. Inne sytuacje łatwo brzemienne w konflikty, jak np. życie małżeńskie, taksamo stają się podatnym terenem dla tego rodzaju reakcji.

Widzimy odrazu, że w takich przypadkach uwzględnić musimy trzy całkiem odmienne czynniki, z których każdy wymaga oddzielnego traktowania. Mamy tu więc przed sobą dysfunkcję narządową oraz sytuację konfliktu pomiędzy osobnikiem a otoczeniem, ale mamy także pewną szczególną osobowość, która musi już mieć w sobie całkiem swoiste właściwości potę, ażeby np. reakcja neurotyczna wyrodziła się w pewien system. Do stwierdzenia tego powrócimy w części leczniczej naszych rozważań, tu dodamy jeszcze, że sama pierwotna dysfunkcja narządowa może powstać nie tylko pierwotnie, ale również od strony bieguna psychicznego — co już prowadziło nas do drugiej kategorii naszych rozważań patogenetycznych.

Łatwo zrozumieć, jak blisko pojęcie zużytkowania graniczy z pojęciem agrawacji, która jest nierzadko wstępem do zużytkowania psychicznego zaburzeń narządowych *sensu strictiori*.

Ale niezawsze mechanizm zużytkowania jest tak przejrzysty. Istnieją przypadki, gdzie przy najbardziej pogłębionej analizie albo wcale nie udaje się stwierdzić wspomnianych wyżej motywów, albo też są one jedynie czemś wtórnym i nie wystarczają do zdeterminowania i wyjaśnienia przewlekłej reakcji neurotycznej. Tutaj okazuje się cała jednostronność i niedostateczność koncepcji Adlerowskiej. Z pomocą przychodzi nam dopiero psychoanaliza.

Mechanizmy, jakie wykrywamy, okazują się wspólne i dla kategorii, którą obecnie rozważamy — punkt wyjścia bieguna somatyczny, i dla tej drugiej kategorii reakcji neurotycznych, które początek swój wywodzą z psychiki, to też najbliższe nasze rozważania mają zastosowanie jaknajbardziej ogólne.

Motywe przewodnim dla zrozumienia zachodzących tutaj bardzo częstokroć złożonych zwią-

ków genetycznych jest to, cobyśmy mogli nazwać tendencją do wyrazu. Afekty, wzruszenia i dążności psychiczne prą ku realizacji somatycznej, chcą znaleźć sobie, tak czy inaczej, jakiś widomy wyraz. Jeśli w tem swoim dążeniu natrafią — bo to nas w tej chwili interesuje — na gotową już reakcję narządową, to chwytają za nią, czepiają się jej albo wykorzystują ją do swego celu, jakim jest uzewnętrznienie.

Mechanizm, który tutaj zachodzi, może mieć trojaki aspekt zasadniczy. Pierwszy najprostsz opiera się na prostem skojarzeniu przez styczność w czasie. Pewna emocja, pewien wstrząs psychiczny trafiają osobnika jednocześnie (albo w najbliższym następstwie) z szczególną czynnością narządową, albo też z dysfunkcją normalną lub patologiczną. Przykłady: przestach czy inne wzruszenie podczas jedzenia, głębszy konflikt psychiczny podczas menstruacji, albo — jak w jednym z moich przypadków — emocja, związana z oczekiwaniem przyjazdu ojca przez małą dziewczynkę, która zapadła właśnie na zaburzenia żołądkowe. W takich przypadkach następuje powiązanie dwóch tych tak różnych zrazu procesów, następuje coś, co niekiedy ma wyraźny charakter odruchu warunkowego. Ale nawet i w takich przypadkach możemy traktować reakcję narządów neurotycznych jako stały wyraz procesu psychicznego. Rozważanie takie, którego tutaj bliżej udawadniać nie będziemy, opiera się zarówno na przesłankach teoretycznych, jak i na faktach terapeutycznych.

Gdzie jednakże stosunek ten występuje z całą wyrazistością i jasnością, to w drugiej i trzeciej grupie przypadków. Tutaj relacja wyrazu może być prosta albo symboliczna, przyczem niezawsze rozróżnienie to może być ściśle przeprowadzone, gdyż obie relacje chętnie się ze sobą łączą. Zrozumienie zachodzących tutaj związków jest szczególnie ważne, są one najczęstsze, ciekawe teoretycznie i doniosłe z punktu widzenia postępowania leczniczego. Jaskrawy przykład takiej nerwicy narządowej stanowią niektóre przypadki *hyperemesis gravidarum*. Niezadowolenie z ojca dziecka, które nosi kobieta w swem łonie, czy poprostu świadome albo nieświadome niezadowolenie z samej ciąży rodzi tendencje do pozbycia się niemiłego ciężaru, które znów znajduje swój wyraz w uporczywych wymiotach. Oczywiście, mechanizm ten w niczem nie przesądza toksycznej genezy innych przypadków.

W przykładzie tym stosunek pomiędzy tendencją a wyrazem jest zrozumiały, ale niezupełnie prosty. Widzimy tutaj mechanizm, który polega na pewnym swoistem przesunięciu. Boć przecież nie za pomocą ust mogłaby pacjentka pozbyć się ciężącego jej płodu. Takie przesunięcie — w danym przypadku możemy je nazwać przesunięciem zdółu do góry — odgrywa w tworzeniu się objawów nerwicowych ważną rolę.

Ten przykład stoi niejako pośrodku pomiędzy sprawami, gdzie związek odbywa się bez wszelkiego przesunięcia, a takimi, gdzie mamy do czynienia z mniej lub więcej skomplikowaną symboliką.

Widujemy więc z jednej strony przypadki, gdzie dysfunkcja narządowa przedstawia się jako bezpośredni wyraz tendencji psychicznych. Nerwica serca przedstawia się jako wyraz np. lęku przed

śmiercią, w nerwicy żołądka ujawnia się — jak w jednym z moich przypadków — *taedium vitae*, obrzydzenie do całej egzystencji, która wydaje się bezpłodną i bezcelową, bez jakichkolwiek szans na poprawę i bez nadziei słabego chociażby odbłasku szczęścia; chora nieświadomie nie chce zatrzymać pokarmów, tak, jak nie chce utrzymywać się przy życiu. Dodajmy tutaj nawiasem, że nigdy sprawa nie przedstawia się w sposób tak prosty, zawsze wchodzi w grę inne jeszcze czynniki — objaw czy zespół nerwicy jest zawsze, jak to nazywamy, *pre-determinowany*. Dopiero po uwzględnieniu tego współdziałania czynników możemy zrozumieć — a co najważniejsze — wyleczyć nerwicę. Wspominam o tem dlatego, że interpretacje, które tutaj ostatnio przytoczyłem, łatwo wywołują uśmiech niedowierzania, a przede wszystkim pytanie co do formy, w jakiej się dana tendencja psychiczna wyraża. Dlaczego właściwie w nerwicy żołądka, w mdłościach, wymiotach i bólach dawała np. wspomniana przeze mnie chora wyraz swemu głębokiemu zniechęceniu do życia? Otóż abstrahujemy już tutaj od czynnika ustrojowego, który wychodzi poza ramę dzisiejszych moich rozważań, a który — czy z J. Bauerem określimy go jako osobistą konstelację narządową („osobista pięta Achillesa”), czy z Adlerem i Martiusem mówić będziemy o konstytucjonalnej mało wartościowości narządowej, w każdym razie odgrywa rolę pierwszorzędą w tem, co nazywamy wyborem nerwicy. Ale pozatem istnieją zawsze jeszcze czynniki, które składają się na ten, a nie inny rodzaj wyboru. W naszym przypadku czynnikiem takim była choroba siostry, która podczas ciężkiej gruźlicy miała objawy ze strony przewodu pokarmowego. Nasza chora nieświadomie imitowała siostrę, ściśle mówiąc, pod pewnym względem z nią się identyfikowała.

Takie czynniki mają w sobie wprawdzie coś przypadkowego, nie wydają się istotne, ale tem niemniej grają niekiedy rolę decydującą.

Czynnikiem istotnym dla wyboru nerwicy jest natomiast — a zwłaszcza we wszystkich bardziej skomplikowanych przypadkach — symbolika i to, co nazywamy dzisiaj mową albo dżalektem narządowym. Moment ten jest równie ważny w sprawach o punkcie wyjścia somatycznym — użytkowanie — jak w sprawach *sensu strictiori* psychorodnych, a ponieważ jest obcy zwykłemu myśleniu klinicznemu, więc wypadnie nam nieco dłużej się na nim zatrzymać.

Tendencje psychiczne, które znajdują swój wyraz w nerwicy, są zazwyczaj nieświadome, i jako takie, są bliżej związane ze światem popędów. Popędy są zaś tak bliskie całej organizacji somatycznej osobnika, że wszelkie ich zaburzenia w pewien sposób w niej się odbijają. Organizacja życia popędowego — specjalnie jeśli chodzi o sferę seksualną — jest wielce skomplikowana w swojej budowie i rozwoju. Psychoanaliza pokazuje, że popędy w rozwoju swoim przechodzą różne fazy i transformacje, że wzajemnie się mogą zastępować, podobne w tem do elementów nieświadomego.

Jedną z najbardziej może osobliwych właściwości nieświadomego jest właśnie skłonność do symboliki i symbolizacji. Znamy ją najlepiej z analizy marzeń sennych, gdzie, jak wiadomo, przeróż-

ne sprawy, zwłaszcza z zakresu erotyki, bywają wyrażane w obrazach, zaczerpniętych z innych zgoła zakresów. Dla nas ma w tem miejscu znaczenie przede wszystkim ta symbolika, która zarówno narządy płciowe, jak i ich funkcje wyraża w postaci innych narządów i ich czynności. Przykłady pokażą, o co tutaj chodzi, przyczem postaramy się podać parę słów wyjaśnienia teoretycznego. Wspomniałem już raz o tak zw. przesunięciu z dołu do góry. Otóż usta i jama ustna i gardzielnica występują nierzadko jako symbol genitalij kobiecych. Dzieje się tak, oczywiście, nietylko naskutek podobieństwa zewnętrznego, zdeterminowane jest tu znacznie głębsze, i ono tłumaczy tę zasadniczą możliwość, że konflikty erotyczne mogą używać owego górnego odcinka przewodu pokarmowego jako swego wyrazu, mogą się na nim rozgrywać, stwarzając swoiste objawy i zespoły.

Ażeby możliwość tę zrozumieć, należy sobie uprzytomnić pewne fakty z dziedziny rozwoju *libido* i organizacji seksualnej. Otóż pierwotnie aż do okresu dojrzewania (a niezależność *libido* w czasie i miejscu od narządów płciowych jest, jak wiadomo, jednym z kardynalnych odkryć psychoanalizy) płciowość wyraża się w tak zw. popędach cząstkowych, które po części koncentrują się dookoła niektórych narządów o ważnem skądinąd znaczeniu biologicznem. Popędy te są przez to po części blisko związane z ważnymi funkcjami organizmu. Takie znaczenie erotyczne mają np. — co nas tutaj dzisiaj specjalnie interesuje — oba końcowe odcinki przewodu pokarmowego. Te popędy cząstkowe — w danym przypadku mówimy o erotyce oralnej i analnej — podlegają różnym przeobrażeniom, między innymi — jak np. oralny — wchodzi później w całość erotyki dojrzałej. Skomplikowany rozwój *libido* może, jak każdy rozwój, doznawać zahamowań, które między innymi polegają na tak zw. fiksacji poszczególnych popędów cząstkowych. Może się wydarzyć, że np. erotyka oralna zachowuje nadal już u człowieka dorosłego swoje nadmierne znaczenie i staje się niejako reprezentantem całej erotyki w ogólności.

Związek ten tłumaczy nam predylekcję nieświadomego do symbolizmu spraw seksualnych na tym właśnie terenie. Dzieć się tak będzie przede wszystkim wtedy, kiedy erotyka genitalna z tych czy innych powodów będzie niezaspokojona albo tłumiona. Wtedy *libido* zwraca się jakgdyby do swych pierwotnych okresów rozwojowych (regresja) i — jak mówimy — obsadza powtórnie te narządy, które już przedtem stanowiły pewne ogniska płciowości. Może się też zdarzyć, że taka np. erotyka oralna jest (konstytucjonalnie czy naskutek przeżyć, najczęściej i jedno i drugie) już sama przez się tak mocno zaakcentowana, że domaga się zaspokojenia. Ale będąc często nieświadoma i napotykać na wielki opór ze strony jaźni i wyższych jej instancji, dla których jest ona po części nieestetyczna albo niemoralna, a w każdym razie godna potępienia, nie może przejawiać swoich żądań i doznać należytego i bezpośredniego wyładowania i dlatego ujawnia się w postaci zamaskowanej. Postacią tą będą właśnie objawy, rozgrywane się w obrębie danego narządu. W myśl tego rozważania stanowić one będą nietylko symboliczny wyraz pewnych tendencji popędowych, ale nawet i ich zamasko-

wane, symboliczne zadowolenie. Tłumaczy to w znacznym stopniu wielką ich uporczywość.

Widzimy, że niekiedy objawy takie realizują nawet pewne określone fantazje erotyczne, jak np. *globus histericus*, który nierazko jest wyrazem nieświadomego pragnienia *fellatio*. Łatwo pojąć, jakie wybitne zatamowanie właściwej funkcji narządu może wystąpić, jako skutek opisanych mechanizmów. Przedewszystkiem rozumiemy, że walka, jaką jaźń osobnika toczy przeciwko popędowi seksualnemu, może zwrócić się również i przeciwko popędowi cząstkowemu, dążąc do stłumienia go, czyli do pokonania wroga i na tym terenie. Stąd tak częste mdłości i wymioty, wogóle trudności w przyjmowaniu pokarmu u osobników, zwłaszcza kobiecych, o silnie stłumionej erotyce, po urazach seksualnych albo w okresach wzmożonego fantazjowania erotycznego.

Prócz tego — i tu zaburzenie to nabiera charakteru ogólniejszego — nie trudno zrozumieć, że narząd, nazbyt obsadzony przez *libido*, używany niejako do celów ubocznych, może odmawiać posłuszeństwa wtedy, kiedy chodzi o jego właściwe czynności. Freud porównywa go z kucharką, która zaczyna źle pełnić swoje obowiązki wtedy, kiedy pan domu wdaje się z nią w intymniejszą zażyłość.

Dla całości obrazu musimy jeszcze dodać, że wspomniane transformacje popędów cząstkowych wiążą się z pewnymi osobliwościami charakteru, co tłumaczy się po części samym ich rozwojem. Tem tłumaczy się ta ważna okoliczność kliniczna, że pewne zespoły narządowe wiążą się nie tylko z pewnymi objawami psychoneurotycznymi, ale też z pewnymi anomaljami charakterologicznymi. Czynniki te wzajem na siebie wpływają, i dlatego tak często zupełne wyleczenie nerwicy narządowej wymagałoby terapii całej osobowości.

Związek, o jakim ostatnio wspominałem, sprawa i to także, że pewne nastawienia psychiczne — już niekoniecznie natury erotycznej — znajdują swój wyraz w objawach narządowych. Dzieje się tak, jak gdyby nieświadome, nie mogąc przemówić przez to, że per *definitionem* ma zamknięty dostęp do świadomej mowy — szukało sobie wyrazu na drodze organicznej poprzez narządy. Tutaj nieświadome korzysta z onto- i filogenetycznie starych bardzo powiązań. Tak np. erotyka, zwana analną, wiąże się z tendencjami sadystycznymi, z tendencją do opanowania, do zatrzymywania oraz z uporem.

Mamy tutaj paradigmat tego, co nazywamy mową albo dialektem narządowym (*organsprache*). Pojmujemy teraz, jakie ukryte znaczenie mogą mieć objawy przewlekłej obstrukcji, jak również przeróżne zespoły neurotyczno-biegunkowe. Zespoły te — a zwłaszcza towarzyszące im skurcze i bóle — zresztą, przeważnie wielokrotnie przedeterminowane; tak samo u osobników kobiecych wiążą się one nierazko z nieświadomymi fantazjami ciąży, co między innymi opiera się na infantylnych teoriach seksualnych, które utrzymały się niekorygowane w podświadomości, a które lokalizowały ciężę prosto w jamie brzusznej, a za miejsce urodzenia płodu uważały otwór odbytowy.

Przykłady, jakie przytoczyłem, mogły dać słabe tylko odbicie skomplikowania motywów, jakie wchodzi tutaj w grę.

Ostatnie rozważania dotyczyły, jak już zaznaczyłem, w jednakim stopniu spraw, biorących swój

początek w obu biegunach osobowości. Jeśli zatrzymamy się jeszcze przez chwilę na sprawach psychicznych *sensu strictiori*, to, oprócz wspomnianych już mechanizmów, musimy uwzględnić jeszcze znaczenie pewnych reakcji narządowych, poprostu jako korelatów przeżyć psychicznych, przedewszystkiem afektów. Jak wiadomo, pewnym afektom stale towarzyszą pewne doznania narządowe, które mogą ulec fiksacji wtedy, kiedy sam afekt staje się przewlekły albo kiedy zostaje stłumiony. Może się wtedy zdarzyć, że np. osobnik nie odczuwa już lęku, tylko odpowiadaające mu bicie serca albo zabrzenia kiszki.

Od czasów pierwszych badań Breuera i Freuda przypisujemy szczególne znaczenie mechanizmowi t.zw. konwersji, która polega na tem, że pewne przeżycia afektywne, które nie mogą ulec należytemu wyładowaniu, przekazują swoje napięcie energetyczne narządom albo systemom narządów, tutaj szukają ujścia, tworząc w ten sposób objawy neurotyczne. Reakcje takie mogą być nie tylko przejściowe — jak to ma miejsce w różnych przemijających objawach histerycznych — ale mogą utwalić się wtedy, kiedy afekty, które stanowią ich punkt wyjścia mają charakter przewlekły, a jednocześnie istnieje wybitna dyspozycja narządowo-ustrojowa albo wegetatywno-gruczołowa.

Z powyższych przesłanek wynikają jasno wskazania i możliwości oddziaływania psychoterapeutycznego. Musimy kierować się tutaj zasadą oddziaływania z dwóch biegunów, czyli uwzględniać w równej mierze czynniki psychiczne, jak i somatyczne. Podkreślam to raz jeszcze dlatego, ażeby przedstawione tutaj przeżycie uzasadnienie możliwości psychoterapeutycznych nie zostało opacznie rozumiane jako jednostronna apologia z pominięciem leczenia somatycznego.

Jeśli więc chodzi o leczenie psychiczne, to przedewszystkiem będziemy usiłowali zorientować się w charakterze związków psychosomatycznych, z jakimi mamy do czynienia, poczem przystąpimy do ich dokładniejszej analizy. Z rozważań naszych wynika z całą jasnością, że nie możemy poprzestać na terapii sugestywnej, czy to pod postacią sugestji na jawie, czy też hipnozy. Poprzedzać je musi zawsze wyjaśnienie zasadniczych związków i mechanizmów oraz bliższe zorientowanie się w całej osobowości chorego. W przypadkach, bardziej skomplikowanych, gdzie nerwica narządu jest tylko wyrazem nerwicy ogólnej, nie obejdziemy się bez psychoanalizy, w prostszych wystarczy zrozumienie osobowości i krótka analiza sytuacji psychicznej, z której wyrastają (albo którą wytwarzają) objawy chorobowe. Wielkie znaczenie ma nieraz już proste pouczenie chorego o istocie i charakterze cierpienia, zmierzające do umożliwienia mu zdystansowania się w stosunku do objawów, uznania ich za nieznaczące i nieistotne. Dotyczy to np. niektórych przypadków tak zw. nerwicy serca, gdzie każda najmniejsza sensacja wyzyskiwana bywa w kierunku wzrastającego poczucia choroby i obaw hipochondrycznych. Rodzaj naszych wyjaśnień, jakoteż i metoda leczenia psychicznego, jaką obierzemy, będzie musiała liczyć się jaknajskrupulatniej z całokształtem psychiki chorego, z jego wykształceniem i inteligencją.*)

*) Patrz pracę moją „O psychoterapii osobników mało inteligentnych” *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, 5. 24/1926.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala na Czystem.
(Ordynator: Dr. G. Lewin)

O leczeniu niedokrewności złośliwej preparatami żołądka.

Podał

Henryk LANDAU (Warszawa)

Od czasu wprowadzenia kuracji wątrobowej przez Murphy i Minot zajęła ona dominujące stanowisko w leczeniu niedokrewności złośliwej. Jak działa wątroba i jej preparaty, pozostaje dotąd sprawą otwartą, pomimo wielkiej liczby prac, poświęconych temu zagadnieniu. Czy działa ona odtruwająco, i gdzie to działanie się odbywa, czy stanowi ona bodziec dla układu krwiotwórczego (erytropojetycznego) (szpiku kostnego), czy też hamulec dla układu erytroftenicznego (śledziony) jest nierozstrzygnięte. Sądząc ze zwiększania się liczby retikulocytów po podawaniu wątroby, punktem uchwytu w jej działaniu jest szpik kostny.

Ostatnie prace autorów amerykańskich pchnęły sprawę niedokrewności złośliwej na nowe tory, zarówno teoretyczne, jak i praktyczne. Zaczęto głębiej zastanawiać się nad zależnością między achylją żołądkową a niedokrewnością złośliwą i doszukiwać się w pierwszej przyczynie tej ostatniej co już, zresztą, przedtem czynił szereg badaczy (Knud Faber, Rosnowski, Marczewski i inni). Za takim ujęciem przemawiałby fakt długotrwałego istnienia achylji żołądkowej przed wystąpieniem objawów niedokrewności złośliwej (K. Faber i Holst), występowanie niedokrewności złośliwej po rozległych wycięciach żołądka i w zwężeniach jelit (Oehme).

Castle przypuszcza, że przyczyną niedokrewności złośliwej jest niedostateczne rozszczepianie białka w achylicznym żołądku. Robił on następujące doświadczenia: chorym z niedokrewnością złośliwą podawał w ciągu 10 dni po 200 — 300 gr. surowego mięsa dziennie — obraz krwi pozostawał bez zmiany. Następnie podawał tę samą ilość mięsa zdrowym, a po godzinie trawienia wydobywał je za pomocą zgłębnikowania żołądka i podawał przez zgłębnik chorym z niedokrewnością złośliwą — liczba czerwonych ciałek krwi, ilość hemoglobiny, a zwłaszcza liczba retikulocytów zwiększały się bardzo szybko. Ten sam wynik osiągał Castle za pomocą podawania mięsa, nadtrawionego *in vitro* przez normalny ludzki sok żołądkowy, nie dawało natomiast efektu podawanie mięsa, nadtrawionego przez kupny kwas solny z pepsyną, ani też podawanie ludzkiego soku żołądkowego, otrzymanego po zastrzyknięciu histaminy. Wobec tego Castle i jego uczniowie sądzą, że pod działaniem normalnego soku żołądkowego powstaje w mięsie jakieś ciało, prawdopodobnie zaczyn, działający w niedokrewności złośliwej tak, jak wątroba, brak tego ciała w achylicznym żołądku powoduje powstanie niedokrewności złośliwej.

Opierając się na pracach Castlea i jego uczniów, Sturgis, Isaacs i Sharp zaczęli po-

dawać chorym z niedokrewnością złośliwą wysuszony i odtłuszczony za pomocą benzyny żołądek wieprzowy, przygotowany przez firmę „Parke, Davis and Company” w ten sposób, że 30 gr. suchej substancji odpowiada 218 gr. świeżego żołądka. Żołądek świński został wybrany dlatego, że jest bardziej zbliżony do ludzkiego pod względem anatomicznym i fizjologicznym, niż żołądek zwierząt przeżuwających. Preparat ten nie ma żadnego smaku i tylko lekki zapach, tak, że chorzy go chętnie przyjmowali. Podawano go w ilości 15 — 30 gr. dziennie, jako zawieszinę w wodzie, trzem chorym z niedokrewnością złośliwą. Wzrost ilości hemoglobiny i liczby czerwonych ciałek krwi był bardzo znaczny; uderzał zwłaszcza wzrost liczby retikulocytów, który był nie mniejszy, niż po podawaniu 300—600 gr. surowej wątroby.

Conner podawał swoim chorym surowy żołądek wieprzowy (w jednym przypadku gotowany) w ilości 250 gr. dziennie, zmielony w postaci sałat lub zmieszany z sokiem z pomidorów, pomarańcz i innych owoców. Surowy żołądek wieprzowy można podawać bez wielkiej obawy, gdyż włośnic (trichin) nie spotyka się w ścianie żołądka, jak to wykazały badania Edelmana, Mohlera i Eichhorna oraz Feldmanna, nie spotyka się również w żołądku świń żadnych chorób zakaźnych, któreby mogły być przeniesione na człowieka. W każdym bądź razie w czasie podawania surowego żołądka wieprzowego wskazane jest stałe badanie kału na jaja pasorzytów. Z 11 chorych, leczonych w ten sposób, 5 było zbyt krótko obserwowanych bądź wskutek opuszczenia kliniki, bądź wskutek odmowy przyjmowania surowego żołądka; w pozostałych 6 przypadkach wyniki były najzupełniej zadawalające i nie ustępowały prawie wynikom, osiąganym za pomocą wątroby i jej wyciągów pod względem przyrostu liczby czerwonych ciałek, a zwłaszcza retikulocytów oraz ilości hemoglobiny.

W Europie po raz pierwszy demonstrował Hitzemberger dn. 23.I. 1930 na posiedzeniu Towarzystwa Internistów w Wiedniu przypadek ciężkiej niedokrewności złośliwej, gdzie w bardzo krótkim czasie po rozpoczęciu podawania preparatu *Wentrimon* firmy „Degewop” nastąpiła wybitna poprawa obrazu krwi: liczba czerwonych ciałek podniosła się z 800000 na 2000000.

Z 5 przypadków Snappera i Dupreeza, leczonych tym samym preparatem firmy „Degewop”, w 3 nastąpiła wybitna poprawa, w jednym dopiero po kombinowanej kuracji żołądkowo-wątrobowej (przypadek ten był oporny również na podawanie samej wątroby), w piątym po przetaczaniu krwi i kuracji żołądkowo-wątrobowej.

W 2 przypadkach niedokrewności złośliwej Rosenowa, leczonych *wentrimonem* nastąpiła wybitna poprawa obrazu krwi i stanu ogólnego, natomiast achylja i objawy rdzeniowe pozostały bez zmiany. W 4 przypadkach wtórnej niedokrewności typu niehemolitycznego żadnej poprawy nie osiągnięto.

Po ukazaniu się pracy Sturgisa, Izacsa i Sharpa¹ w „The Journal of the Am. med. ass.“*) zwróciłem się do firmy „Ludwik Spiess i Synowie“, która natychmiast z chęcią przystąpiła do przygotowania preparatu żołądka w myśl przepisów, podanych przez autorów amerykańskich; z 1 kg. surowego żołądka otrzymano 140 gr. gotowego preparatu w proszku.

Dotychczas miałem sposobność do zastosowania preparatu w dwóch przypadkach niedokrewności złośliwej.

Przypadek 1. Chora J. K., lat 44, bez zajęcia. Zgłosiła się na oddział mego szefa dr. G. Lewina, ze skargami na osłabienie, wychudnięcie, zawroty głowy, szum w uszach, bicie serca, żółte zabarwienie oczu i skóry; miewa pieczenie języka i bóle w kościach. Łaknienie upośledzone; chora odczuwa po jedzeniu bóle w dołku podsercowym o charakterze ściskania, stolce oddaje prawidłowo, są one bardzo ciemne. Mocz ciemny, mikcja bez zaburzeń. Choroba obecna datuje się od 1½ roku, do tego czasu była zupełnie zdrowa. Przechodziła przed rokiem kurację wątrobową, po której nastąpiła poprawa. Miesiączka od 15 roku życia, regularnie co 4 tygodnie, trwa 3—4 dni, ostatnio trwa krócej i jest skąpa, niebolesna. Rodziła 5 razy, nie roniła. W dzieciństwie przechodziła odrę. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Chora wzrostu wysokiego, budowy prawidłowej, odżywiania lichego. Skóra o żółtawym odcieniu, wiotka, o słabej ilości tkanki tłuszczowej podskórnej. Czaszka budowy prawidłowej, niebolesna przy opukiwaniu. Śluzówki widoczne bardzo blade, białkówki o podżółtaczkowym zabarwieniu. Uzębienie w lichym stanie. Język bladej, gładki, na lewym brzegu drobne pęcherzyki. Gardziel bez zmian. Tarczycza niepowiększona, gruczoły chłonne niemacalne. Temperatura — stan bezgorączkowy. Płuca bez zmian. W sercu, poza szmerem skurczowym na podstawie, żadnych odchyłań od normy nie znaleziono. RR = 115/50. Brzuch miękki, nigdzie nienapięty. Lekka bolesność w okolicy dołka podsercowego. Wątroba wystaje na palec z pod łuku żebrowego, nieco tkliwa. Śledziona wy macuje się tuż pod łukiem żebrowym. Esica i kątnica niebolesne. Układ nerwowy, poza pewną bolesnością pni nerwowych i mięśni, odchyłań od normy nie wykazuje. Dno oczu bez zmian.

Mocz: urobilinogen + + +, barwniki żółciowe —. Kał: urobilinogen + + +, krew —, jaj pasorzytów, mimo kilkakrotnie wykonywanej pióby Telemanna, nie znaleziono. Badanie treści żołądkowej: naczeczko² wydobyto około 8cm.³ treści zielonkawej, nie zawierającej wolnego HCl, ogólna kwasota = 1, krew —, kwas mleczny —; w 45' po próbnym śniadaniu Bosa-Ewald a wydobyto około 30cm.³ żle przetrawionej treści, nie zawierającej wolnego HCl, ogólna kwasota = 1, mikroskopowo: skrobia, drożdże. Odczyny Wassermann i Kahna w surowicy —. Bilirubina we krwi: odczyn bezpośredni —, pośredni — 2,75 jednostek Hjymansa van den Bergha. Badanie krwi: czerwonych ciałek 810000, Hb — 23 (Sahli), wskaźnik barwnikowy 1,27; białych ciałek 3800, w tem myelocytów 10% (38), obojętnochnych 64% (2432), kwasochłonnych 4% (152), limfocytów 29% (1102), monocytów 2% (76); w czerwonym obrazie krwi: poikilocytoza i anizocytoza bardzo silnego stopnia, liczne megalocyty, polychromasia, na sto białych ciałek 8 normoblastów, 2 megaloblasty; przy przyżyciowym barwieniu 10% retikulocytów.

Chorej dano djetę Murphy i Minot z tą zmianą że zamiast wątroby chora otrzymywała zrazu po 20 gr. preparatu żołądka dziennie jednorazowo, a następnie dwa razy dziennie po 15 gr jako zawieszinę w zupie; pozątem chora

*) Za zwrócenie mi uwagi na powyższą pracę wyrażam podziękowanie kol. J. Fliederaumowi.

otrzymywała jedynie kwas solny. Chora znosiła preparat zupełnie dobrze bez żadnego protestu. Obraz krwi ulegał następującym zmianom:

Data	Czerwone ciała	Hb (Sahli)	Wsk. barw.	Normoblasty	Retikulocyty	Białe ciała	U w a g i
15.3.1930	810000	23	1,27	10% ₀	1 % ₀	3800	przed lecz.
22.3.1930	1100000	27	1, 1	5% ₀	5 % ₀	4000	
1.4.1930	1200000	40	1, 5	4% ₀	8 % ₀	4200	
8.4.1930	1400000	42	1,35	1% ₀	3 % ₀	4200	
15.4.1930	1460000	41	1,26	½% ₀	3 % ₀	5600	
22.4.1930	1710000	47	1,23	½% ₀	3 % ₀	6400	
28.4.1930	1680000	46	1,23	½% ₀	1 % ₀	6200	tydzień przerwy w leczeniu

Stan ogólny chorej poprawił się tak dalece, że chora schodzi sama z II piętra i spaceruje po ogrodzie, policzki przybrały odcień ceglasty, żółtaczki prawie zupełnie nie widać, urobilinogen w moczu powrócił do normy, a wszystkie podmiotowe dolegliwości ustąpiły. Jedynie achylja pozostała bez zmiany.

Przypadek 2 dotyczy chorego, obserwowanego na mieście przez jednego z kolegów, który zwrócił się do mnie z prośbą o użyczenie preparatu żołądka. Chory A. H., lat 61, kupiec. Cierpi z powodu braku łaknienia, osłabienia, zawrotów głowy, stolce zaparte. Miewa stany gorączkowe (ciepłota dochodzi czasem do 38.5°). Choroba obecna datuje się od 3 lat, był leczony przetaczaniem krwi, wątrobą i dużymi dawkami arsenu. Chorób wenerycznych miał nie przechodzić. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Powłoki skórne i białkówki o żółtawym odcieniu. Śluzówki widoczne blade. Język gładki. Gardziel, płuca i serce bez zmian. Wątroba wystaje na palec z pod łuku żebrowego. Śledziona niemacalna. Bolesność uciskowa mostka i kości długich. Układ nerwowy bez zmian.

Mocz: urobilinogen + + +, białko ślad min. W kale pasożytów nie znaleziono. Badanie krwi: Czerwonych ciałek 2200000, Hb — 45 (Sahli), wskaźnik barwnikowy = 1,02, białych ciałek 2400, w tem obojętnochnych 34% (816), kwasochłonnych 2% (48), limfocytów 62% (1488), monocytów 2% (48). W czerwonym obrazie: poikilocytoza i anizocytoza silnego stopnia, polychromasia, normoblasty.

Chory otrzymywał przez 10 dni po 15 gr. preparatu żołądka dziennie, jako zawieszinę w zupie oraz kwas solny. Wykonane po tym czasie badanie krwi wykazało: czerwonych ciałek 3600000, Hb — 80 (Sahli), wskaźnik barwnikowy = 1,11, białych ciałek 3800. Stan ogólny chorego poprawił się tak dalece, że mógł on powrócić do swych zwykłych zajęć.

Poza temi dwoma przypadkami niedokrewności złośliwej zastosowałem preparat żołądka w jednym przypadku wtórnej niedokrewności w przebiegu *endocarditis lenta* i w jednym przypadku żółtaczki hemolitycznej. W pierwszym przypadku chory otrzymywał po 20 gr. preparatu dziennie, żadnej poprawy jednak ani w stanie ogólnym chorego, ani w obrazie krwi nie zaobserwowałem. Chory z żółtaczką hemolityczną, który otrzymywał również po 20 gr. preparatu żołądka dziennie odczuwał poprawę stanu ogólnego, nie miewał bólów wątroby, a obraz krwi wykazywał następujące zmiany:

Data	Czerwone ciała	Hb. (Sahli)	Wsk. barw.
21.12. 1929	3860000	62	0,8
26.12. 1929	4550000	66	0,72
3. 1. 1930	5070000	75	0,74

Liczba przypadków leczonych przez nas dotąd preparatem żołądka, jest bardzo szczupła, jednak osiągnięte wyniki są najzupełniej zadawalające, tak, że możemy przyłączyć się do zdania wyżej cytowanych autorów, iż medycyna zyskała w suszonym żołądku świńskim cenny środek, którym może podobnie jak wątroba i wyciągami wątrobowymi, leczyć niedokrewność złośliwą. Jeśli w dalszych badaniach, które są konieczne ze względu na niewielką liczbę dotąd ogłoszonych przypadków, żołądek okaże się równie skuteczny jak wątroba w leczeniu niedokrewności złośliwej, będzie miał on nad nią tę przewagę, że można go podawać w mniejszych ilościach, że bywa lepiej znoszony

przez chorych, a cena jego preparatów będzie znacznie niższa, niż preparatów wątroby, co pozwoli na używanie ich i w praktyce mniej zamożnej oraz w praktyce kasowej.

PIŚMIENICTWO

1) Castle, Amr. J. med. sci. 748/1929, 2) Conner, J. am. med. ass. 388 1930, 3) Faber, Die Krankheiten des Magens und Darmes, 1924, 4) Faber i Holst, Act. med. scand., 13.8 1930, 5) Hitzenberger, Wien. kl. Woch. № 9/1930, 6) Ochme, Ther. der. Gegenw. № 1/1930, 7) Rosenow, Kl. Woch. № 14/1930, 8) Rosnowski i Marczewski, Arch. app. dig. et nutr. № 3/1929, 9) Sharp, J. am. med. ass. 749/1929, 10) Snapper, Pr. med. № 31/1930, 11) Sturgis i Isaacs, J. am. med. ass. 747/1929.

Z praktyki prywatnej

Objawy zwiastujące początek azotemji.

Podał

Jan ROGIŃSKI (Royat we Francji).

Azotemją nazywamy zatrzymywanie się ciał azotowych — mocznika — na filtrze nerkowym na skutek zmniejszonej jego przepuszczalności.

Mocznik stanowi normalną część składową moczu. Można twierdzić, że zawiera on cały azot, pochodzący ze spalania się tkanek.

Zagadnienie zatrzymywania azotu jest roztrząsane od 19 w. od czasu Brighta, który podkreślał częste współistnienie obrzęków w zapaleniem nerek. Mimo to patogenezą obrzęków nie była wyjaśniona, aż do prac Widala. Na początku wieku 20-go Widali ze swoją szkołą dowiódł, że zwiastunem zmniejszonej przepuszczalności nerek jest zatrzymywanie chlorku sodu i mocznika. Jednak zgłosił inny zespół cechuje każdą z tych dwu postaci: zatrzymywanie chlorków w organizmie wywołuje objawy rozwodnienia tkanek, zaś zatrzymywanie mocznika — objawy toksyczne, zwane azotemją, powodującą często uremję ze śpiączką, oddechem Cheyne-Stoksa, wymiotami i t. d., z zejściem nieraz śmiertelnym. Ważne jest ze względów praktycznych wykrycie azotemji na samym wstępie.

Objawem jej najczęstszym jest wzrastające otępienie. Chory traci swój zwykły pęd do pracy, staje się bezczynny, co otoczenie nieraz przyjmuje za lenistwo. Widali tak opisuje ten stan: „Jest to jakby stan narkozy, rozpoczynający się od zwykłego znużenia z wyczerpania, a kończący się sennością i śpiączką kompletną.”

Istotnie udawało mi się nieraz wykrywać azotemję na podstawie tego wyłącznie objawu.

Przypadek dotyczył 37 letniego biuralisty, bardzo energicznego, szczupłego, który zwykł spędzać niedziele i święta w swej niewielkiej posiadłości pod Paryżem, pracując w ogródku. Od czasu do czasu zasięgał mej porady z powodu lekkiego obrzęku okolicy skokowej oraz nieznacznej przyspieszenia czynności serca. Brak było wszelkich objawów choroby Brighta, brak białka w moczu. Wypoczynek 2—3 dniowy wystarczał, aby wszystko wracało do normy. Razu pewnego żona jego zwróciła uwagę na nadmierną senność pacjenta podczas zajęć, mimo iż noce przesypiał należycie. Orzekła, iż „mąż staje się leniwy, nie można z niego wydostać słowa;

dawniej bardzo rozmowny, stał się teraz milczący, wszelki wysiłek pamięci męczy go, chwilami jest on jakby nieobecny”.

Na skutek tych słów zaleciłem badanie ilościowe mocznika we krwi naczno i ku memu zdziwieniu stwierdziłem ilość 1,27 gr. Od roku chory jest pod moją opieką. Jest on dotknięty chorobą Brighta ze wzmocnionym ciśnieniem. Musiał porzucić całkowicie pracę i miewa od czasu do czasu napady uremji, mimo ścisłej diety i leczenia bardzo sumiennego.

Objawem równie ważnym i skierowującym naszą uwagę w stronę azotemji jest *swędzenie*. Obojętne przytępienie psychicznego przemawia ono na korzyść niewydolności nerek. A nawet samo tylko swędzenie może naprowadzić nas na rozpoznanie choroby Brighta, niedostrzeżonej od szeregu miesięcy.

Pamiętam przypadek, leczony w Royat: kobieta lat 48 w okresie przekwitania wykazywała zespół niedomogi jajnikowej. Skarżyła się pozatem na silne swędzenie, zwłaszcza w nocy. Szukałem śladów świerzby. Nie znalazłszy ich, zastosowałem szereg środków miejscowych bez wyniku leczniczego. Wreszcie pomyślałem o cierpieniu kilowym i nakazałem zbadać krew na odczyn W—B. Jednocześnie poleciłem określić ilość mocznika. Odczyn W. wypadł ujemnie, natomiast mocznika okazało się 1,45 gr. Upust krwi i dieta bezsolna i mało białkowa usunęły swędzenie. Po 8 dniach dolegliwość minęła, mocznik we krwi spadł do 0,67 gr.

Brak łaknienia, zwłaszcza wyrażony wstrętem do pewnych pokarmów, jak np. mięsa, winien zwrócić naszą uwagę w kierunku azotemji. Znamienne jest, że niektórzy azotemicy mają apetyt dobry, lecz często nie mogą skończyć obiadu nawet smacznego.

Przechodząc do objawów odczynnych, zwłaszcza do zapalenia siatkówki, należy podkreślić ich wagę. Okuliści uważają je za fatalne w przebiegu zajęcia nerek.

Jednakże miałem możność spostrzegania pacjenta z krwotokiem na dnie oczu, stwierdzonym przez profesora uniwersytetu paryskiego. Chory mimo to żył jeszcze lat dwa bez wszelkich dolegliwości, poczem zmarł w napadzie mocznicy.

Miałem możność pielęgnowania kolegi z Londynu, dotkniętego cierpieniem nerek z białkomoczem i objawami ze strony siatkówki, ambliopją, widzeniem podwójnym, światłowstrętem, z mroczkami, z zawołaniem wzroku, a przede wszystkim osłabieniem siły wzrokowej.

Nakłoniłem go z wielkim trudem, by zezwolił na badanie krwi na zawartość mocznika; nie chciał przypuścić, by jego prawie ślepotą wynikała z niedomogi nerek. Badanie było przekonujące; krew wykazywała ogromny nadmiar mocznika. Wkrótce potem dowiedziałem się o jego śmierci.

Nie należy również przeoczać duszności. O ile objaw ten występuje bez wyraźnej przyczyny, jeśli nawet nie ma typu Cheyne-Stokesa, winien nasuwać podejrzenie azotemji. Zazwyczaj w tych przypadkach zaczyna się od zwykłej trudności oddychania, kończy się zaś napadami astmy.

Badanie dokładne chorego nie wykrywa żadnych zmian. Badanie mocznika we krwi naprowadza na właściwą drogę i pozwala rozpoznać ukrytą chorobę Brighta.

Silna niedokrewność również naprowadza winna lekarza na przypuszczenie istnienia azotemji. Niedokrewność, występuje często pod postacią złośliwej, zwłaszcza u ludzi młodych. Spojówki stają się bezkrwiste, nasady paznokci odbarwiają się całkowicie. Tętno w tych przypadkach jest pełne i napięte w odróżnieniu od tętna w zwykłej blednicy miękkiego, zaledwie wyczu-

walnego. Rozbieżność pomiędzy bladnością chorego i siłą tętna naprowadzać winna na podejrzenie azotemji. Badanie laboratoryjne zawsze potwierdza przypuszczenie. Liczba czerwonych ciałek spada w tych przypadkach do 2 milionów, białe zaś wzrastają w liczbie do 30—40 tysięcy. Stosunek zatem białych ciałek do czerwonych zmienia się z 1 na 8—900 do 1 na 125. Odnosi się wrażenie, iż istnieje leukocytoza.

Dla dopełnienia obrazu azotemji trzeba wymienić hipertensję i dodać, iż w każdym przypadku wzmoczenia ciśnienia krwi należy badać krew na zawartość azotu. Jest to punkt badania niezbędny, gdyż pomaga nie tylko do wykrycia azotemji, wywołanej zatrzymywaniem substancji azotowych na poziomie filtru nerkowego, lecz również i przewlekłego cierpienia nerek, niedostrzeżonego dotychczas.

Na zakończenie tej krótkiej notatki pragnę dodać, iż doświadczenie, poczynione w różnych pracowniach analitycznych przy szpitalach paryskich, poucza, iż ilość mocznika powyżej 0,35 gr. na litr surowicy stanowi granicę najwyższą, poza którą rozpoczyna się intoksykacja lub zatrzymanie azotu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i pogładowe.

Balneoterapia w świetle nowych poglądów.

Podał

S. MISCHEL sen. (Truskawiec)

Iedycyna ostatniego stulecia starała się po ścisłym rozpoznaniu choroby i jej umiejscowienia z stosować możliwie wszędzie leczenie swoiste. Przedstawicielami tego kierunku byli Pasteur i Koch. Balneoterapia grała w tym okresie podzędną rolę, gdyż nie miała charakteru leczenia swoistego.

R. Schmidt był pierwszy, który zastosował parenteralne leczenie ciałami białkowymi i skierował leczenie na tory nieswoiste.—Weichard usiłuje tłumaczyć działanie tego sposobu leczenia, jako aktywowanie zarodki komórki i przestrojenie organizmu pod wpływem zadanego bodźca. Takie tedy leczenie, jak upust krwi, zastrzykiwania mleka, kazeozanu, kwasu mrówkowego, zmieniony klimat, elektryczność, wszystkie te zabiegi zostają ujęte jednolicie jako bodziec i jego odruch biologiczny, wywołujący przestrojenie organizmu. Ich widocznym wyrazem jest przesunięcie białych ciałek krwi, jonów, zmiany w przepuszczalności błon, w składzie chemicznym moczu i krwi.

Ta teoria bodźcowa rehabilituje do pewnego stopnia stare metody leczenia, jak upusty krwi, bańki, pijawki i przylepce drażniące, które niegdyś uważano za niekulturalne, a które dziś są znów powszechnie w użyciu. Ostatnio naprzykład poleca Aschner w swej terapii zmian konstytucyjnych ciała pijawki i przylepce drażniące, a celem

jego jest osiągnięcie przez to działania bodźcowego.

Schober, zastanawiając się nad sprawą lecznictwa kąpielowego, dochodzi do wniosku, że i leczenie kąpielowe jest leczeniem bodźcowym. Dziś bardzo wielu autorów podziela tę myśl Schobera (Bier, Grunow, Strasser, Weiss i bardzo wielu innych).

Przez porównanie odczynów kąpielowych z procesami biologicznymi, powstającymi w rezultacie stosowanych parenteralnie bodźców białkowych, spostrzeżono, że w obydwu wypadkach zachodzą identyczne procesy biologiczne.

Grunow stwierdził u chorych cierpiących na przewlekłe zmiany gośćcowe i zakaźne, podczas kuracji kąpielowej zmiany we krwi w postaci przesunięcia obrazu Arnetha w lewo i eozynepenję, gdy po kuracji następowało przesunięcie w prawo i eozynefilja.

Pojęcie o bodźcowym działaniu kąpieli istniało właściwie już przed Schoberem, ale w formie intuicji. Lekarze kąpielowi często uspakajali chorych, skarżących się w trakcie leczenia kąpielowego na wzmoczone bóle i ogólne osłabienie, tem, że dolegliwości te są pomyślnym objawem odczynu kąpielowego. Dziś rozumiemy, że owe bóle w czasie kuracji są odczynem miejscowym, przypominającym odczyn po zastrzyknięciu ciała białkowego.

Sabatowski zalicza kąpiele słodkowodne i mineralne do grupy lekkich bodźców ogólnych. Temperatura, zawartość soli i gazu wpływają na stopień odczynu. Przyrodolecznictwo w ścisłym

znaczeniu uważa Sabatowski również za leczenie drażniące. Skóra, jako organ *sui generis*, gra tu wybitną rolę, a reakcja z jej strony jest zależna od warunków klimatycznych i pory roku. Leczenie za pomocą bodźców dawkowanych, zwane przez niego leczeniem ćwiczebnym, ma za zadanie przyzwyczajanie do nieswoistych bodźców i wywołanie odruchów skutecznych.

Weiss z Piszczan zmienił ostatnio radykalnie swój pogląd na leczenie kąpielowe. Podczas gdy w roku 1912 przypisywał główne działanie leczenia kąpielowego składowi chemicznemu, dziś stoi także na stanowisku działania bodźcowego kąpeli, dzieląc skutki bodźca na ogólne i miejscowe.

Działanie więc balneoterapeutyczne wedle przyjętego obecnie pojęcia, nie polega całkowicie na chemicznym składzie lub koncentracji środka jako takiego, lecz na jego działaniu bodźcowym i zależy od pewnych warunków ze strony naszego ustroju, czekających na odpowiednią podniecie. Można to porównać z siłami naszymi zdolnymi do wytwarzania przeciwciał na bodziec, o którym dziś wiemy, że nie musi być swoisty.

Właściwością działania bodźców kąpielowych jest to, że kilka łagodnych bodźców zadanych po sobie w krótkich odstępach czasu zesumowuje się pod względem odczynu. Każdy z tych bodźców musi, według Schobera, leżeć poniżej maksymalnej granicy pobudliwości. Siła bodźca ujmowana jest według prawa Arndt-Schulza, t. zn., że słabe bodźce pobudzają czynności życiowe, średnie je wspierają, silne hamują, a najsilniejsze znoszą.

Porównywając ten stan odczynu kąpielowego z odczynami często brutalnymi po zastrzykiwaniach wogóle, musimy, w myśl prawa powyższego, bodźcowi kąpielowemu oddać pierwszeństwo. Nie mając, niestety, sposobów oceny z góry siły reakcji danego osobnika i nie znając jego właściwości alergicznych, ani jego osobliwości konstytucjonalnych, a w szczególności nie mając żadnych absolutnych danych co do dawkowania bodźców parenteralnych, które nawet w małych dawkach mogą wywołać odczyn brutalny, musimy balneoterapię ująć jako łagodną formę leczenia bodźcowego. Znajduje też swe zastosowanie w chorobach ostrych, podostrych i przewlekłych.

Nie od rzeczy będzie tu wspomnieć, że przy równoczesnym stosowaniu bodźca parenteralnego i podawaniu środków chemicznych doustnie wzmagają się efekty lecznicze. Leczenie to stosuje skutecznie Edelmann w schorzeniach gośćcowych przez równoczesne podawanie salicylu doustnie i małych dawek mleka dżmieśniowo.

Doświadczenia własne poczynione w Truskawcu, przekonały mnie, że przez równoczesne podawanie preparatów naparstnicowych doustnie, i stosowanie kąpeli solankowych osiągałem szybką poprawę u chorych z niedomogą mięśnia sercowego, którzy w domu mimo spokoju i intensywnego leczenia nie poprawiali się.

Punktem zaczepnym leczenia kąpielowego jest skóra, odbierająca i przenosząca bodźce do wnętrza. Wszystkie bodźce, zadane skórze, pobudzają układ wegetatywny i jego czynności regulujące oddech, krążenie i przemianę materji.

Stahl uznaje w zasadzie czynnik bodźcowy

w leczeniu kąpielowym i uzależnia wynik leczenia od dwu czynników: od wzmożonej wrażliwości miejsca odczynu, uzyskanego przez przebycie choroby, i od napięcia układu wegetatywnego. Wzmoczoną wrażliwość miejsca schorzenia wywołuje bodziec kąpielowy przez podrażnienie skóry, jako organu swoistego. Na zasadzie swych badań Stahl twierdzi, że ciepłe kąpiele pobudzają układ nerwu błędnego, a zimne nerwu sympatycznego.

Opierając się na wynikach badań Schazillo, który po zastosowaniu kąpeli borowinowych stwierdził wzmoczoną koncentrację jonów sodowych we krwi, musimy przyjąć, że końcowym efektem drażnienia skóry jest jego wpływ na koncentrację jonów, które znowu odgrywają ważną rolę w aktywowaniu protoplazmy i przestrojeniu organizmu.

Rothmann i Collenberg po podrażnieniu skóry lampą kwarcową stwierdzili wzmoczenie jonów wapniowych we krwi. — Billigheimer i Bleicher zauważyli również po podrażnieniu lampą kwarcową skóry obniżenie ciśnienia krwi o 10 do 30 mm. Hg, spadek cukru we krwi o 5 procent, wzmoczoną tolerancję cukru i hidradrenalinemję, a więc obniżenie napięcia w układzie sympatycznym. Równowaga jonów i napięcie układu wegetatywnego jest więc w wysokim stopniu zależne od działania bodźców na skórę.

Skoro już mowa o roli skóry w leczeniu kąpielowym należy wspomnieć o teorii Hoffmanna o esophylaksji skóry i jej związku z leczeniem kąpielowym. Hoffmann widzi w reakcji pokąpielowej wogóle, a wodolecznictwie w szczególności wzmoczoną czynność nabłonków skóry w kierunku wydzielania swoistych hormonów ochronnych do wnętrza organizmu. Według niego wszystkie zabiegi wodolecznicze wywołują taką czynność skóry. Na wydzielaniu tych swoistych ciał ochronnych polega zbawienne działanie zabiegów wodoleczniczych w sprawach gorączkowo-zakaźnych. Jego pogląd podziela Keysser, który w zabiegach wodoleczniczych, t. zw. hartujących, widzi tylko podrażnienie skóry, wytwarzającej ciała obronne przeciw t. zw. przeziębieniom. Hartowanie jest stałym czynnikiem ćwiczebnym skóry, pobudzającym do wydzielania tych właśnie ciał.

Freund i Gottlieb znaleźli we krwi po podrażnieniu skóry ciała, których normalnie tam nie ma, a które, wstrzyknięte zwierzęciu, wywołały odczyn w pojęciu Weicharda. Tym ciałem bodźcowym przypisuje Müller trwałe i skuteczne działanie pokąpielowe.

Do integralnej części leczenia kąpielowego należy picie wód mineralnych, a o ich sposobie działania wiadząco tyle, że mają wpływ na niektóre schorzenia, względnie na ich umiejscowienie w narządach wewnętrznych. Szkoła Wiechowskiego, która zapoczątkowała naukę o balneoterapii doświadczalnej, twierdzi, że wartością właściwą ma tylko woda mineralna u źródła. (Dlatego też proponuje Wiechowski utworzenie instytutów badawczych w samych uzdrowiskach, by usunąć błędy mniej wartościowej wody transportowanej lub sztucznej). Musimy przyjąć, że w „wodzie żywej” jest „coś”, czego do dziś nie znamy. Doświadczenia Wiechowskiego, na ten temat poczynione, prowadzą do dwu przypuszczeń. Opierając się na znanych z farmakologii faktach o wzmoc-

nem działaniu farmakodynamicznem pewnych środków, do których dodano innych składników chemicznych w bardzo drobnej ilości, sądzi Wiechowski, że istnieją do dziś niezbadane jeszcze, może bardzo drobne składniki, które aktywują znane nam z rozbiórów części składowe wód mineralnych. Drugie przypuszczenie, na którego poparcie ma Wiechowski szereg doświadczeń na zwierzętach, idzie w kierunku pojęć, znanych nam z dzisiejszego referatu, a mianowicie, w kierunku stworzenia warunków odmiennej wrażliwości na zadany bodziec. Te warunki odmiennej wrażliwości stwarza zmieniona gospodarka mineralna organizmu na skutek doprowadzonej wody mineralnej.

Jeśli wolno z wyżej przytoczonych zdań wybitnych autorów wysnuć pewne wnioski, to muszą one iść w kierunku bodźcowego lecznictwa kąpielowego. Nieswoisty bodziec stanowi dziś podstawę w leczeniu, jemu przypisuje Bier możliwość kierowania przejawami życia, bodziec bowiem jest charakterystyką życia. Już ze samej tej biologicznej zasady wynika sposób podawania bodźca. Powinien on być łagodny, ponieważ tylko w takiej formie może być przez dłuższy czas stosowany. Zsumowanie tych łagodnych bodźców daje trwałe polepszenie, osiągnięte przez wzmożoną wydolność komórki ciała, bez narażenia ustroju na niebezpieczeństwo silniejszych wstrząsów. *Vis medicatrix naturae* starych balneologów jest zatem w nowoczesnym pojęciu niczem innym, jak dodatnim odruchem ustroju za zadany bodziec.

Dla balneoterapii nadchodzi nowa era. Pojęcie *Luxus* badu musi zniknąć, a w jego miejsce przyjdą *uzdrowiska* w dosłownym tego wyrazu znaczeniu. Stosujemy w uzdrowiskach stare ludowe metody leczenia, napełnione nowym duchem. Nowoczesna nauka o bodźcowym działaniu leczenia kąpielowego, oparta na danych z biologii, dała nam możliwość wytłumaczenia, na czym polega „pukanie wody do miejsca chorego” według starego wyrażenia. Tłumacząc to naszym chorym, wzmacniamy w nich wiarę w nasze lecznictwo i odbieramy broń panoszącemu się znachorstwu (Engelmann).

W konsekwencji nieswoistego działania

lecznictwa kąpielowego mieści się w imię nauk i obowiązku obywatelskiego i ta prawda, że chorych naszych z pożytkiem dla nich możemy skutecznie leczyć w uzdrowiskach krajowych.

PIŚMIENNICTWO.

Sabatowski: Klimatoterapia oraz Hydroterapia. Schober: Ueber einheitliche Gesichtspunkte für physikalische und Balneotherapie. (Zschr. f. phys. u. d. Ther. 1921). — Heilentzündung und Heilfieber im Lichte der Balneotherapie (1922). — Balneotherapie, Herdreaktion und Protoplasmaaktivierung (M. med. W. 1923). — Die Eigenart der Quellen von Wildbad und ihre allgemeine therapeutische Wirkung. (Dr. med. W. 1924). Franz M. Groedel: Die Wirkung der Kohlensäuren Bäder auf die innersekretorischen Funktion der Haut. (Zschr. f. phys. u. d. Ther. 1922). Grunow: Proterinkörpertherapie, Esophylaxie und Wildbader Thermalbdr (1922). — Wiechowski: Die Heilquellen als Arzneimittel. (M. Kl. 1925). — Müller: Allgemeine Balneotherapie (D. med. W. 1923). — Jürgens: Ueber den Einfluss von Moorbädern auf das rote und weisse Blutbild bei Rheumatikern. (D. med. W. 1929). — A. Laquer: Physik. Therapie. (M. Kl. 1922). — Stahl: Ueber das Wesen der Vegetativen Umstimmung des Körpers und ihre Bedeutung für Phys. Path. u. Ther. (M. Kl. 1923). — Ryszkiewicz: Neue Flächenreiztherapie in der Balneologie und ihre transkutane Auswirkung. (M. Kl. 1928). — Bier: Der Reizverzug. (M. med. W. 1923). — Zimmer: Zur Bäderreaktion (Zschr. f. phys. u. d. Ther. 1921). — Engelmann: Balneologie u. Balneotherapie. Verlag. Otto Gmelin. Schmeidler: Zur Theorie der Kohlensäurebäder (M. Kl. 1926) — Strasser: Die balneologische u. hydrotherap. Behandlung der chronischen Gelenkskrankheiten. (M. Kl. 1927). Grunow: Ueber die Bedeutung von Krankheitsherden für Blut und Stoffwechselveränderungen im Verlauf von Thermalbädern (D. med. W. 1925). — Farvarger: Balneotherapie unter dem Gesichtspunkt der unspezifischen Reizkörpertherapie. (Schweitzer. med. W. 1923). — Voigt: Bedeutung des Vegetativen Systems für die Balneologie. (Kl. W. 1928). — Weiss: Das Wesen der Bäderreaktion (Ztsch. f. ärzt. Fortb. 1928). — Die physik. Therap. der Gelenkskrankheiten 1912. (Urban & Schwarzenberg). — Krebs: Die Beziehung der Esophylaxie zur physik. Therapie (D. med. W. 1922). — Stahl: Ueber Fernwirkung im Organismus. (Kl. W. 1923). — Weskott: Bäder und Kurorten 1926 Lehmanns Verlag. — Kovarschik: Fehlerhafte und missbräuchliche Anwendung der künstlichen Höhensonne (Die ärzt. Praxis 1930).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Bakterjologia i serologia.

Erich NEUMANN. Przyczynki doświadczenia do zagadnienia zawartości jadu błoniczego w surowicy ludzkiej. (Jahrb. für Kinderh. 75 tom. 5/6 zeszyt).

Autor wstrzykiwał świnkom morskim doskórnie 0,1 — 0,2 cm. surowicy krwi chorych na błonicę. Surowica, pobierana w ostrym okresie błonicy, wywoływała w większości przypadków martwicę, tem wybitniejszą, im cięższy był przypadek błonicy. Substancję, wywołującą martwicę, można również stwierdzić w surowicy pacjentów, którzy otrzymali duże dawki surowicy przeciwbłoniczej, a zatem posiadali we krwi nadmiar przeciwciał. Zdolność wywoływania martwicy posiadała również surowica rekonwalescentów, zwłaszcza intensywnie działała surowica pacjentów z porażeniami poblonicznymi.

Autor wykazał, że i w szeregu innych chorób, jak różne postaci anginy, czerwonka, gruźlica, kila, wiewiór. mo-

czówka cukrowa i róża, surowica chorych posiada własności nekrotyzujące. Surowica osobników zdrowych lub chorych na choroby niezakaźne nie wywołuje martwicy. Martwicę, wywołana przez surowicę chorych na błonicę, różni się w wyglądzie wyraźnie od martwicy, wywołanej przez czystą toksynę błoniczą, zbliża się natomiast do obrazu, wywołanego przez anginy, czerwonkę, moczówkę cukrową i kilę. Działanie nekrotyzujące surowicy chorych błoniczych znosi się przez zmieszanie z przeciwciałem błoniczym; doświadczenia autora dowiodły jednak, że surowica przeciwbłonicza zobojętnia również odczyny, wywołwane przez surowicę chorych na różę i anginę. Przy mieszaniu *in vitro* okazuje się, że surowica przeciwbłonicza oraz przeciw róży, a także normalna końska znoszą niekiedy działanie nekrotyzujące surowicy chorych błoniczych. U świnek morskich, uodpornionych biernie surowicą przeciwbłoniczą, surowica chorych błoniczych nie wywołuje martwicy, i w tem doświadczeniu jednak brak działania swoistego,

bowiem surowica przeciwpłonicza działa również skutecznie. Doświadczenia wykazały poza to, że uodpornienie surowicą przeciwbłoniczą i przeciwpłoniczą znosi działanie nekrotyzującą nie tylko surowicy chorych błoniczych, lecz surowicy szeregu innych chorych. Z licznych swych doświadczeń autor wysuwa wniosek negatywny, mianowicie, że własności nekrotyzujące surowicy chorych na błonicę, nie polegają na obecności jadu błoniczego. Jad błoniczy nie został jeszcze dotychczas w ustroju ludzkim stwierdzony. O istocie substancji zawartych w surowicy, a wywołujących martwicę, brak narazie bliższych danych.

M. Stopnicka.

E. LESCHKF. Etjologiczne przecenianie paciorkowców. (Münch. med. Woch. Nr. 15, 1930).

Rola paciorkowców w wywoływaniu chorób jest przeceniana, podczas gdy jest niedostatecznie uwzględniany ich udział w zakażeniach mieszanych. Gościec, płasawica, płonica są często powiklane zakażeniem paciorkowcami, które z powstawaniem tych chorób mają tyle wspólnego, co z grypą.

Gościec właściwy jest zakażeniem, którego zarazek, dotychczas nieznan, nie daje się przenieść na inne ustroje. Charakterystycznych dla gościa zmian histologicznych, grudek Aschoffa, nie udaje się wywołać przez doświadczalne zakażenie paciorkowcami.

Również płonica odróżnia się od *streptomycosis* swoją epidemiologią i obrazem klinicznym. W okresie początkowym choroby i w przypadkach, przebiegających błyskawicznie, bardzo często nie udaje się wcale stwierdzić paciorkowców. Działanie lecznicze surowicy przeciwszkarłatynowych nie stanowi dowodu dla etjologii płonicy, a zastosowanie ich ma na celu zwalczanie zakażenia dodatkowego, które jest głównym zadaniem w leczeniu płonicy.

F. Turyn.

Choroby narządów trawienia.

R. HILGERMANN i W. POHL. Zakażenie bakteryjne jako przyczyna zapalenia wyrostka robaczkowego. (D. m. W. Nr. 28. 1929).

Pośród licznych teorii powstawania zapalenia wyrostka robaczkowego przeważa obecnie teoria bakteryjna. Powodują je w ciężkich przypadkach drobnoustroje ropotwórcze, natomiast nie ustalono swobodnego zarazka dla tej sprawy chorobowej. Ostatnio podkreśla się epidemiczne występowanie zapalenia; w zależności od miejscowości badacze znajdowali różnego rodzaju bakterje w wyrostkach. W przypadkach ostro przebiegających przypisywali znaczenie jedynie bakterjom, w zwykłych warunkach w jelitach nie spotykanych. Podczas epidemii w 1926--1928 r. w 320 przypadkach zapalenia wyrostków ostro przebiegających przeważały głównie *pneumo-* i *streptococci*, następnie bakterje dyfterytyczne, Plaut-Vincenti i spirochety. Bakterje okrężnicy i *anterococci* znajdowano w znikomych ilościach. Na podstawie szeregu dodatkowych badań autorzy uważają sprawę zapalną w wyrostku robaczkowym za przerzut, mający punkt wyjścia najczęściej w migdałkach. Drogi szerzenia się przerzutów nie udało się ustalić. W każdym razie nie tylko zakażenie, ale i dyspozycja osobnicza decyduje o wystąpieniu sprawy chorobowej.

Wanda Franzówna.

E. i J. HORGAN. O leczeniu wrzodziejącego nieżytu okrężnicy szczepionkami swoistymi. (J. Am. Med. Ass. tom 93, Nr. 4, 1929).

Autorzy przytaczają dane co do leczenia pięciu przypadków wrzodziejącego nieżytu okrężnicy wyłącznie za pomocą szczepionek oraz przesączów bakteryjnych. Przypadki przytoczone były już to łagodne—już to bardzo ciężkie. Poprawa

dała się zauważyć już w kilka tygodni po rozpoczęciu leczenia. Poprawa była stopniowa i we wszystkich przypadkach, prócz jednego, zakończyła się zupełnym wyleczeniem.

Należy pamiętać, że nawet bez żadnego leczenia mogą w przebiegu nieżytu jelit powstawać remisje — kiedy pacjent czuje się zupełnie dobrze. Nawet okresy kilkumiesięczne samopoczucia zadawalniającego nie dowodzą wyleczenia — w przypadkach jednakże leczenia szczepionkami — poprawa jest stopniowa — zupełna i trwała.

Wprawdzie 5 przypadków jest jeszcze zbyt małą liczbą dla ustalenia wyników pewnych, jednakże przemawiają one za leczeniem wyżej przytoczoną metodą Bargaena.

Bargen wykazał, że jedyną przyczyną powstawania nieżytu wrzodziejącego jelit jest *diplostreptococcus colitidis*, gramododatni paciorkowiec.

Szczepionki i przesącze z powyższego drobnoustroju, wprowadzone podskórnie choremu na wrzodziejący nieżyt jelit, powodują szybką poprawę stanu ogólnego i miejscowego. B. Goldstein.

H. STRAUSS. Zagadnienie równowagi kwasowo-zasadowej we wrzodzie żołądka i dwunastnicy. (Arch. Verd. Kr. T. 46, Nr. 3/4).

Autor wypowiada się w tak głośnej i dyskutowanej sprawie, jak równowaga kwasowo-zasadowa we wrzodzie żołądka i dwunastnicy.

Zaznacza, że równowaga mogłaby mieć znaczenie tylko dla sprawy gojenia się wrzodów, gdyż powstawanie samych wrzodów jest prawdopodobnie sprawą konstytucjonalną.

Co zaś się tyczy wywodów Balinta i tow. co do niegojenia się ran w kwaśnym środowisku tkankowym, to przeciwstawia się im oświadczenia szkoły Sauerbrucha, która twierdzi, że właśnie zakwaszenie sprzyja gojeniu się i bliznowaceniu, popierając to stanowisko dodatnimi wynikami w dziedzinie leczenia gruźlicy.

Badania nad kwasotą moczu i zachowaniem się jej przy podawaniu zasad również niebardzo sprzyja tej teorii zakwaszenia ustroju u chorych na wrzód żołądka.

Co się tyczy dodatniego działania zasad na objawy kliniczne wrzodu, to najwybitniej rzuca się to w oczy przy dostępnym podawaniu zasad. Czy działanie ich jest przeciwkurczowe, czy zubożenie chwilowo kwas, drażniący owrzodzone miejsce, czy wręcz uśmierza ból na drodze fizykochemicznej—nie da się dotychczas dokładnie powiedzieć.

Autor jednakże uważa, że podawanie zasad w chwili występowania bólów jest celowe i to nawet w przypadkach podejrzenia na wrzód żołądka.

B. Goldstein.

H. SCHÜTZ. O colitis ulcerosa. (Der Chirurg. Zeitsch. 4, r. 1929).

Ujęcie *colitis ulcerosa* w oddzielną jednostkę chorobową nastąpiło w XX wieku. Etjologia infekcyjna sprawy pozostała bliżej niewyjaśniona. Klinicznie choroba rozpoczyna się ostro lub przewlekłe, przyczem ostry okres trwa krótko, przechodząc w przewlekły, bardzo długotrwały, przerywany ewent. zaostrzeniami, prowadzący do charactwa i śmierci. W przebiegu sprawy częste są powikłania w postaci spraw otrzewnowych, zmian miejscowych lub zakażeń natury ogólnej czy też krwotoków. Choroba dotyczy całego lub częściej części jelita. Rektoskopia, typowy obraz rentgenologiczny i wyłączenie innych spraw swoistych wspomagają rozpoznanie. Leczenie wewnętrzne nie daje zbyt dobrych wyników, wzgl. efekty przejściowe. Stąd zwrócono się do leczenia chirurgicznego, które umożliwia systematyczne płukanie chorych części jelita oraz wyłączenie ich dla przejścia kału. Z zabiegów należą tu: przetoki dla płukania wraz z appendikostomją, niedostateczną wg. Nordmanna, *colostomia*, www.praeternaturalis.eu.pl

coecostomia. Zwykle anastomozy, wśród których już najlepsza, jest najobszerniej wylączająca *ileo-sigmoidostomia*, nie są wskazane. Względnie dobra okazuje się *ileostomia* wg. Körte-Browna. Brak poprawy po tych zabiegach może być wskazanem do kolektomji. Autor opisuje szereg poszczególnych zabiegów, stosowanych przez różnych chirurgów. Statystyki wyników leczenia chirurgicznego kształtują się naogół pomyślnie (do 75,5% wyleczenia, wzgl. poprawy). Płukania prowadzi się systematycznie, środek nie odgrywa zasadniczej roli. Zamknięcie przetoki następuje po dokładnie skontrolowanem wyleczeniu. Wskazane jest dla uniknięcia nawrotu przejściowe zatkanie przetoki tamponem.

Edward Luxenburg.

Choroby serca i naczyń.

A. S. GRANGER. O obecnej koncepcji t. zw. „nadcisnienia pierwotnego”. (J. Am. Med. Ass. tom 93 Nr. 11. 1929 r.)

Nadciśnienie pierwotne czyli t. zw. „*hypertonia essentialis*” jest to zespół, cechujący się stałym ciśnieniem skurczowem powyżej 145 mm. rtęci oraz przerostem lewej komory serca bez widocznej przyczyny, chociaż nadciśnienie może istnieć w początkowych okresach bez widocznego rozszerzenia serca.

Nie znamy dotychczas żadnej określonej przyczyny powstawania tego cierpienia.

Z czynników sprzyjających należy wymienić: dziedziczność, nadmierna pobudliwość nerwów naczynio-ruchowych oraz zmiany w ośrodkach ich regulacji, jednakże nie wjemy, czy zmiany te nie zjawiają się już po wystąpieniu nadciśnienia.

Zmiany miażdżycze w tętniczkach nerkowych są niemal patognomoniczne dla tej sprawy.

Co do rokowania, to zależy ono przede wszystkim od wysokości nadciśnienia. Przyczyna śmierci szeregu chorych na nadciśnienie była: 52% z powodu niedomogi serca, 31,5% z powodu zmian w naczyniach mózgowych, 5,5% z powodu mocznicy i ok. 11% z powodu powikłań mózgowych.

Leczenie winno być skierowane przede wszystkim na uregulowanie trybu życia pacjentów, ażeby zapewnić im spokój i odpoczynek, życie bez trosk oraz umiarkowane ćwiczenia fizyczne.

Obostrzenia djetetyczne mają znaczenie tylko u otyłych osobników lub o ile wystąpią zaburzenie serca albo nerek. Leki mają tylko znaczenie drugorzędne. Najlepiej wyjaśnić pacjentowi całą sytuację możliwie w sposób ogólny.

B. Goldstein.

L. GALLAVARDIN i P. VEIL. Dwa nowe przypadki dodatkowych skurczów pochodzenia komorowego z salwami częstoskurczowemi. (Arch. des Mal. du coeur 11/1929).

Autorzy opisują dwa przypadki niemiaryowości ekstrasistolicznej pochodzenia komorowego, która nie powodowała żadnych dolegliwości podmiotowych, a nawet nie była strzegana przez pacjentów, którym nie przeszkadzała w wykonywaniu ciężkiej pracy. W obu przypadkach nie było żadnych zmian organicznych w sercu, a zaburzenia rytmu sercowego stwierdzono przypadkowo. W pierwszym przypadku skurcze dodatkowe występowały w częstych grupach po 2-3. rzadziej po 4-5 o częstości 110-120 na minutę. W drugim przypadku stwierdzano salwy ekstrasistoliczne, składające się z 8-10, wyjątkowo z 15-20 skurczów, następujących szybko po sobie, a oddzielonych przerwami rytmu normalnego, tak, iż miało się wrażenie, że istnieją dwa sprzężone rytmy sercowe: jeden powolny około 60, drugi szybki około 140 na minutę. Oba przypadki ilustrowane elektrokardjogramami.

Henryk Landau.

M. LQEPER i A. LEMAIRE. Djeta sercowo chorych i odżywianie serca. (Pr. Méd. Nr. 14/1930).

Niedomoga serca prowadzi do wzmożenia przemiany podstawowej i zakwaszenia ustroju, gdyż kwaśne produkty spalania glikogenu, aby ulec resyntezie, wymagają obecności tlenu, którego brak daje się w tych przypadkach odczuwać ustrojowi. Aby zwalczać kwasicę, należy podawać małe dawki dwuwęglanu, najlepiej sodowego, gdyż jon sodowy nie działa tak hamująco na serce, jak jon potasowy. W niedomodze sercowej ulegają zatrzymaniu w ustroju mocznik, kwas moczowy i inne produkty toksyczne, pochodzące z przemiany białkowej. Dlatego do diety sercowo chorych należy wprowadzać pokarmy, obdarzone własnościami moczopędnymi, najbardziej wskazany z nich jest cukier. W parze z zatrzymywaniem produktów przemiany białkowej idzie retencja chlorku sodowego, pociągająca za sobą zatrzymanie wody w ustroju; wymagają one stosowania diety bezsolnej i ograniczenia ilości płynów. Próbowano wykorzystać własności moczopędne soli wapnia, lecz długotrwałe ich użycie może być szkodliwe, zwłaszcza u chorych z miażdżycą. Dlatego nie chcąc zwiększać strat wapniowych u sercowo chorych z miażdżycą, należy przepisywać im dietę, ubogą w wapń. Uwzględnić należy również zmniejszoną sprawność przewodu pokarmowego w chorobach serca, w razie wybitniejszych zaburzeń ze strony tego układu powinno się ograniczyć ilość pokarmów białkowych, a nawet usunąć zupełnie z diety mięso.

Djeta winna być również przystosowana do specjalnych wymagań mięśnia sercowego, wynikających z jego składu chemicznego. Skład chemiczny mięśnia sercowego różni się od składu mięśni prążkowanych i gładkich. W porównaniu z mięśniami prążkowanymi zawiera mięsień sercowy dwa razy więcej fosforu i nieco więcej żelaza i siarki; stosunek $\frac{Ca}{Mg}$ w mięśniu sercowym wynosi 85% wobec 54% w mięśniach prążkowanych. Istnieją również różnice w składzie chemicznym rozmaitych odcinków serca, zwłaszcza w zawartości lipidów i cholesteryny komór i strefy przedsionkowo-komorowej. Lipidy występują w większej ilości w mięśniu roboczym serca, cholesteryna zaś w pęczku przedsionkowo-komorowym. Również glikogen znajduje się w większej ilości w pęczku łączącym i jego rozgałęzieniach, niż w mięśniu roboczym serca; jest on tutaj bardziej trwały, niż w ścianie komorowej, która zawiera więcej amylazy, niż specyficzny układ przewodzenia bodźców. Wewnętrzne różnice chemiczne, zachodzące w elementach komórkowych serca, są przyczyną skurczów serca i tych zmian w prądach czynnościowych, których wyrazem jest elektrokardjogram. Wszystkie składniki chemiczne krwi, z wyjątkiem, być może, białka, wywierają czynny wpływ na serce. Wapń działa na serce skurczowo, potas rozkurczowo, tak, że w antagonizmie tych jonów można upatrywać przyczynę rytmicznych skurczów mięśnia sercowego. Sercowo chory potrzebuje soli mineralnych i znajduje je w swem pożywieniu, zwłaszcza w zielonych jarzynach w postaci przyswajalnej i w ilościach nieszkodliwych; ustalenie korzystnej proporcji jest niemożliwe, wystarczy podawać jarzyny, a serce będzie z nich czerpało w miarę swych potrzeb. Lecytyna, cholesteryna, mydła sodowe (kwasów: oleinowego, palmitynowego, stearynowego) powodują silniejsze skurcze serca i wywierają ożywiający wpływ na serce, zatrute alkoholem, chloroformem, chloralem. Działają one, zapewne, dlatego, że dostarczają komórkom sercowym lipidów. Mechanizm działania lipidów jest ciemny: może być, że zwiększają one przepuszczalność komórek i przenikanie swoistych ciał pobudzających. Rola siarki (glutathionów) ze względu na jej znaczną zawartość musi być duża, ale na czym ona polega, dotąd niewiadomo.

Zasadniczym pokarmem dla serca jest cukier, wywierający działanie bądź regulujące, bądź tonizujące, na czynność

serca. W postaci glukozy przedstawia on pokarm energetyczny, w postaci glikogenu materiał zapasowy. Cukier wzmacnia działanie wielu środków nasercowych. Dla tego podawanie cukru sercowo chorym jest rzeczą niezbędną ilości jego, i warte w mleku, chlebie, ryżu, kartoflach są niewystarczające; należy podawać go, prócz tego, w postaci syropu z glukozy. W ten sposób często daje się obniżyć ciśnienie krwi, wywołać większą diurezę, pobudzić wątrobę i nerki i wzmocnić działanie naporstnicy.

Henryk Landau.

FAHRENCAMP i SCHNEIDER. Badania porównawcze nad działaniem preparatu hormonu sercowego „Hormocardiolu“ i wyciągu z mięśni. (Med. Klin. Nr. 2. 1930).

Hormocardiol jest to wyciąg z mięśnia sercowego wołu, zawierający według Haberlanda specyficzny hormon sercowy. Wywiera on działanie regulujące na niemiarowość tętna w *arhythmia perpetua* i z dobrym wynikiem stosowany jest u chorych z dusznicą bolesną. Autorzy stosowali zamiast wyciągu z m. sercowego — wyciąg z mięśni prądkowanych (pod postacią preparatu „Carnigen“ Hoechst) — doustnie i dożylnie w 50 przypadkach klinicznych i 15 ambulatoryjnych i dochodzą do wniosku, że, wbrew twierdzeniom Haberlanda, również wyciągi mięśniowe zawierają substancję czynną, oddziaływającą w podobny sposób na m. sercowy, ściśle jednak nie zdefiniowaną. Stosowanie — zalecane szczególnie w przypadkach dusznicy bolesnej. W przypadkach przewlekłych podajemy doustnie 3 razy dziennie po 20 kropeł wyciągu, stopniowo zmniejszając dawkę z 60 kropeł na 45—30—15 dziennie. W ostrym napadzie *ang. pectoris* 1—2 cm.³ wyciągu dożylnie usuwało napad; pozatem stwierdzono poprawę stanu ogólnego, przy stosowaniu dożylnym chorzy odczuwali uczucie gorąca w głowie, ustępujące po 2—3 min. Ciśnienie krwi u hipertoniców nieco spadało, u osobników bez objawów hipertencji — podnosiło się o 10—30 mm. Hg. Przy jednoczesnym podawaniu naporstnicy występowała wybitna bradykardia.

M. Segal.

Choroby kobiet i położnictwo.

TURENNE. Czasowa sterylizacja kobiety. (Gyn. et Obst. Nr. 6 Tom. IX. 1929).

Czasowa sterylizacja kobiety jest na porządku dziennym. Doświadczenia, dokonane w Rosji Sowieckiej za pomocą masowych poronień, nie dały zadawalających rezultatów. Czasowa sterylizacja, dokonana u kobiety, powinna odpowiadać następującym warunkom:

- 1) Powinna być nieszkodliwa nawet dla przyszłej ciąży.
- 2) Łatwa do wykonania.
- 3) Nie powinna wywoływać ani anatomicznych, ani funkcjonalnych zmian.
- 4) Być określona w działaniu co do czasu.

Mamy obecnie trzy sposoby sterylizacji kobiety: fizyczny (promienie X, rad i mezotor), chirurgiczny i biologiczny.

Promienie są niepewne, bo dawkowanie jest zależne od wrażliwości każdej kobiety, której nie jesteśmy w stanie określić.

Od jakiegoś czasu w Ameryce dr. Farnun próbował sterylizować kobietę za pomocą zastrzykiwań spermy i doszedł do dość dobrych rezultatów. Zastrzykiwaniami spermy wywoływał u samicy królika specyficzną precyptynę, która nie pozwalała jej zająć w ciąży. Po nim inni uczeni zajmowali się tem zagadnieniem. Mc. Carney znalazł, że wydzielina pochwy i macicy szczurów jest po zastrzyknięciu spermotoksyczna. Słowem, metoda biologiczna jest idealna, ale nie dość jeszcze dokładnie zbadana.

Autor podaje swoją metodę operacyjną, która odpowiada wyżej wymienionym 5-ciu warunkom, a mianowicie; w każdej chwili można doprowadzić kobietę do stanu przedoperacyjnego, nie wywołując żadnych ani anatomicznych, ani funkcjonalnych zmian.

Operacja składa się z następujących zabiegów: w narkozie, po cięciu Pfannenstieła, 15-20 mm. od brzuszno-końca jajowodu wzdłuż trąbki, robi się cięcie w więzadle szerokiemi długości 15-20 mm. Następnie oddziela się przednią od tylnej blaszki więzadła szerokiego i w ten otwór zakłada się koniec jajowodu, tak, aby strzępki i 1 cm. samego jajowodu mógł tam się zmieścić. Jednym szwem kapciuchowym przymocowuje się jajowód do więzadła, zeszywa się brzuch i operacja jest skończona.

E b i n.

L. PORTES. Cesarskie cięcie klasyczne, jako przerwanie ciąży, pod miejscowym znieczuleniem. (Gyn. et Obst. T. XX. Nr. 1 1929).

Autor miał okazję przerywać ciążę między 5-8 miesiącem z powodu zaburzeń sercowo-płucnych lub nerkowych i wszystkie te swoje przypadki w liczbie 12-tu operował w znieczuleniu miejscowym.

Różne sposoby przerywania ciąży, jak sondy i balony, nie są pewne, gdyż czasami wzbudzają bóle porodowe po kilku dniach. Te bóle, które często trwają bardzo długo są szkodliwe dla chorych ze wskazaniem do przerywania ciąży. Zakończenie porodu przez pochwę niezawsze jest możliwe między 5-8 miesiącem ciąży, gdy szyja jest twarda i długa, a pochwa wąska.

Główną przeszkodę do wykonania operacji brzusznej stanowi narkoza, którą właśnie autor zamienia znieczuleniem miejscowym.

Autor zastrzykuje płyn Reclus (Nowokainy 1 gr. płynu fizjolog. 200 gr, adrenaliny 1 ctm.⁸).

Biała linia zostaje znieczulona na całej długości nad i pod pępkiem w dwóch warstwach, skórną i podskórną. Czeką się 10 minut.

Po przecięciu skóry znieczula się powięź i tkankę przedotrzewnową; otwiera się brzuch bez bólu. Cięcie macicy nie wymaga znieczulenia, wyjmuje się dziecko, zeszywa się macicę, jak zwykle, brzuch tak samo.

Podczas wyjmowania dziecka chora czasami odczuwa bóle, które pochodzą tylko z naciągania macicy. Dlatego też należy wyjmować dziecko bardzo delikatnie, ażeby macica była najmniej szarpana.

E b i n.

Choroby dzieci.

J. GELDRICH. O znaczeniu obniżenia się zawartości cukru oraz o związku powyższego z zawartością kwasu mlecznego i stężeniem jonów wodorowych w płynie mózgowo-rdzeniowym w gruźliczym zapaleniu opon mózgowych. (Jahrbuch für Kinderh 74 tom 3/4 zeszyt).

Autor badał w 30 przypadkach *meningitis tbc.* systematycznie płyn mózgowo-rdzeniowy na zawartość cukru i kw. mlecznego i stwierdził, co następuje: Na początku choroby zaczyna się spadek ilości cukru, który trwa do połowy choroby; Gdy stężenie cukru osiągnie najniższy poziom, t. j. 10—20 mg. ⁰/₁₀₀ rozpoczyna się nowa faza wahań poziomu cukru najczęściej od 10 do 30 mg. ⁰/₁₀₀, niekiedy od 40 mg. ⁰/₁₀₀. W żadnym przypadku, nawet bezpośrednio przed śmiercią nie znika cukier zupełnie z płynu mózgowo-rdzeniowego. Ze względu na powyższe duże niekiedy wahania poziomu cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym należy w *meningitis tbc.* określać kilkakrotnie, gdyż jedno-

krotne określenie może dać niekiedy cyfry zbliżone do normalnych. Autor tłumaczy znikanie cukru procesem fermentacyjnym, w czasie którego cząsteczka glukozy rozkłada się na dwie cząsteczki kwasu mlecznego. Ilość kw. mlecznego w płynie mózgowo-rdzeniowym wzrasta o tyle mg^{0/0}, o ile mg^{0/0} zmniejsza się ilość cukru, suma zaś obu składników płynu pozostaje ta sama. Normalnie ilość kw. mlecznego wynosi 15 mg. proc., cukru 50—70 mg. proc., suma stanowi stałą cyfrę, wahającą się między 65—85 mg. proc. w wyjątkowych przypadkach od 60 do 90 mg. proc. W całym szeregu badań autor stwierdził słuszność powyższych założeń teoretycznych. Ilość kw. mlecznego (określana metodą Mendla i Goldscheidera) wzrastała stopniowo od 12—16 mg. proc. do 120 mg. proc. Z wyjątkiem ostatniego tygodnia choroby suma kw. mlecznego i cukru nie przekraczała teoretycznej sumy 70—90 mg. proc. Wahania ilości cukru w płynie mózgo-rdzeniowym autor tłumaczy tem, że z chwilą osiągnięcia najniższego poziomu następuje przypływ cukru ze krwi, dzięki zaś wzmózonemu przypływowi cukru, wytwarza się z kolei więcej kw. mlecznego, i stąd owo przekroczenie teoretycznej sumy. Zwiększenie się ilości kw. mlecznego powoduje powstanie bardziej kwaśnego odczynu płynu mózgowo-rdzeniowego. W płynie mózgo-rdzeniowym pH mierzone elektrometrycznie wynosi 7.42 do 7.45, w *meningitis tbc.* następuje obniżenie pH do 7.22, a niekiedy do 7.08 zwłaszcza w okresie końcowym.

Według autora powyższe badania są ważne z punktu widzenia dajagnostyki różniczkowej. W *encephalitis, poliomyelitis* i innych schorzeniach mózgowia ilość cukru i kw. mlecznego jest niezmienną, w odróżnieniu od zapalenia opon mózgowych wszelkiego rodzaju. Ponieważ jednak ropne zapa-

lenie opon mózgowych łatwo jest odróżnić, pośrednio więc zmniejszenie ilości cukru i zwiększenie ilości kw. mlecznego jest potognomiczne dla gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

M. Stopnicka

M. BODDIN. Przyczynek do kliniki wyprysku pochodzenia neurotycznego u dzieci. (Med. Klin. Nr. 8 1930 r.)

Objawy skazy wysiękowej są charakterystyczne dla wieku przełajnie niemowlęcego, natomiast wyprysk pochodzenia neurotycznego występuje w wieku późniejszym i stanowi jakby przedłużenie poprzedniego cierpienia. Wyprysk o podłożu neuropatycznym stoi w pewnym związku z dychawicą oskrzelową; u 11 pacjentów z wypryskiem wprawdzie dychawicy nie stwierdzono, ale w rodzinie były przypadki napadów astmatycznych; w 5 przypadkach wyprysku stwierdzono napady astmatyczne w dzieciństwie, w tem 2 przypadki obciążone dziedzicznie.

W przypadkach, gdzie objawy skazy wysiękowej występowały we wcześniejszych okresach niemowlęstwa, wyprysk w wieku późniejszym przebiega bardziej uporczywie, przewlekłe. U dzieci tych stwierdzono wzmózoną pobudliwość *pavor nocturnus*, lękliwość, zmienne usposobienie.

Leczenie ogólne winno być prowadzone w kierunku zmniejszenia pobudliwości nerwowej środkami wychowawczymi albo zupełną zmianą otoczenia. Miejscowo, po ustąpieniu objawów zapalnych preparaty dziegciowe najlepiej w postaci *Pix Lithantracis*. Wpływ korzystny tego środka polega przede wszystkim na osłabieniu, wzgl. usunięciu swędzenia.

M. Segal.

Wskazówki praktyczne.

Fr. Kraus poleca jako *środek przeciwbólowy* kombinację kodeiny, kofeiny, fenacetyny, weramonu i wapnia pod nazwą *Neophen* (aptekarz Dr. Richter — Praga). Zażyty na noc, przetwór ten sprowadza spokojny sen dzięki szybkiemu ustąpieniu bólu. Osobom skłonnym do zaparcia stolca radzi K. zażyć razem z neofenem jakikolwiek łagodny środek przeczyszczający. Dawka zwykła wynosi 3 pastylki dziennie, w bardzo rzadkich przypadkach 4 pastylki.

(Med. Klin. 1930 Nr. 21).

—o—

Schwa smann stosuje z dużym powodzeniem *wyciąg z mięśni w dławicy piersiowej (angina pectoris), w chromaniu przestawkowym, w padaczce oraz jako środek wzmacniający.*

(M. m. W. 1930 Nr. 18).

—o—

A. W. Bauer otrzymał dobre wyniki leczenia *nieswoistych upławów* za pomocą *wigantolu* (1—3 groszków dziennie podczas jedzenia). Szczególnie dobrze działał wigantol u małych dziewczynek i dziewcz.

(M. m. W. 1929 Nr. 23).

—o—

W *praktyce urologicznej* okazał się bardzo skuteczny przetwór *Buccosperin*, zawierający: *Extr. Bucco, Fol. uv. ursi, Acid. acetylo-salicylic., Solol., Acid. benzoic., Hexamethylentramin, Camphor. monobrom.* i olejki eteryczne. Szczególnie dobre wyniki otrzymał W. K. Fränkel w rzeżączce, ale i w sprawach niespecyficznych przetwór ten działa wybitnie dobrze. Dawka: 1—2 pastylek 3 razy dziennie. Żadnego działania ubocznego na żołądek, jelita i nerki nie spostrzegano. (Med. Welt. 1930 Nr. 11).

—o—

Stevens opisuje *zespół objawów w okresie przekwita nia kobiet*: odczętałość, nerwowość, ciepłota niżej prawidłowej, sucha skóra i obniżona przemiana podstawowa. Większość tych kobiet poprawiała się doskonale po zastosowaniu *wyciągu z tarczycy*. Dawka wynosiła: w 1-ym tygodniu 0,1 gr. dziennie, w następnych 3 tygodniach 0,05 gr. dziennie. (New England J. Med. 1929 str. 168).

—o—

W *wyprysku u dzieci* stosują lekarze francuscy maść następującego składu: *Rp. Ol. picis puriss. 2,0; Zinci oxyd. 6,0; Lanolin. 15; Vaselin. 20,0.* Nasmarować na gazę i nałożyć na noc na miejsce chore,

(Presse Méd. 1929 Nr. 69).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

115 posiedzenie kliniczne z dnia 17/XII 1929 r.

Przewodniczący: I. Blay.

A. Pokazy:

1) E. Lubelczyk: *Pokaz 4 chorych dotkniętych wrzodami żrącym, wyleczonych promieniami Roentgena.*

L. demonstrowa 4-ch chorych, w których otrzymał idealny wynik leczniczy, stosując metodę następującą: chorzy otrzymali razem na jednej serji 20H, przy filtrze 1/2 mm. cynku i 2 mm. glinu, napięciu prądu 150 KV i sile 3 m A. Chorzy byli naświetlani na 2-ch posiedzeniach, co drugi dzień, otrzymując po 10H naraz. Pierwszego dnia było naświetlane pole większe, a mianowicie około 1 cm. poza wałem wrzodu, na 3-tem zaś posiedzeniu — pole naświetlania było ograniczone wałem wrzodu.

W rozprawie Merenlender twierdzi, że nabłoniaki skóry nie poddają się wyleczeniu wyłącznie promieniami Roentgena bez uprzednich zabiegów chirurgicznych. Przeciw temu twierdzeniu oponują Higier, Rozenberg, Mesz (demonstruje odpowiednie zdjęcia) i Grynkrout. Grynkrout powołuje się na statystyki, wykazujące do 95% wyleczenia. Niepowodzenia się ma z guzami dużych rozmiarów i głębokimi. Prócz tego zwraca się uwagę na podział nowotworów skóry według Dariera, który rozróżnia histologicznie guzy bazocellularne, czule na promienie X, oraz spinocellularne, których nie należy naświetlać promieniami Roentgena z powodu ich radjorezystencji. Ten ostatni punkt widzenia został ostatnio zakwestjonowany, gdyż naświetlanie promieniami Roentgena małymi i częstymi dawkami pozwala nie licznym komórkom w stanie karjokinezy otrzymać po kolei energię świetlną w stanie największego uczulenia (prawo Bergonié — Tribondeau).

W odpowiedzi Lubelczyk szczegółowo omawia histogenezę nowotworów skóry oraz specjalnie wrzodu żrącego. W szczególności badania i poglądy w sprawie leczenia tych nowotworów Scholtza, Perthesa, Exnera, Börmanna i Linsera oraz Holcknechta. Twierdzi, że bezwzględnie do naświetlania nadają się: 1) powierzchowne nowotwory skóry; 2) nowotwory skóry, drążące głęboko, które z rozmyślonych przyczyn są trudne, albo wcale niedostępne do zabiegu operacyjnego i 3) wszystkie przypadki nieoperacyjne rozległe — pod wpływem naświetlań przypadki te, zmniejszając się, stają się operacyjne. Do operacji należy kierować głęboko drążące przypadki raka skóry, gdzie zajęta już jest tkanka mięsna. Po operacji zaś wskazane są naświetlania promieniami X. Nawet szereg przypadków operacyjnych można ze względu na wynik kosmetyczny spróbować naświetlać promieniami Roentgena z takim jednak obliczeniem, by nie opóźnić czasu do zabiegu operacyjnego, gdy się ujawni radjorezystencja nowotworu.

2) E. Solmanówna i N. Mesz. *Przypadek rwy kulszowej objawowej.*

Chory F. zgłosił się do Szpitala na Czystem na oddz. wewnętrzny G. Lewina 17/X 1929 r. ze skargami na bóle w dolnej kończynie lewej. Bóle trwają od 3-ch tygodni; pozycja leżąca bólów nie zmniejsza. Przed rokiem guzek ropiejący na pięcie lewej, usunięty operacyjnie. Stan obecny: odżywianie mierne, narządy wewnętrzne bez zmian. Blizna pooperacyjna prawie niewidoczna. W dolnej części lewego podudzia, 5 cm. powyżej stawu skokowego — guzek wielkości fasoli, tuż pod skórą, o gładkiej powierzchni, konsystencji twardej, ze skórą niezrośnięty, na ucisk niebolesny; ciemno-fioletowe zabarwienie guzka prześwieca przez skórę, która jest nad guzkiem niezmienną. Wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego wszystkie punkty diagnostyczne bolesne. Lasègne +, Fajersztejn — Osłabienie odruchów kolanowego i Achillesa po stronie lewej. Powiększenie gruczołów pachwinowych lewych. Prelegentka ze względu na wiek chorego — 65 lat i brak innych momentów etiologicznych (cukrzyca, kiła, gruźlica, zaburzenia układu nerwowego ośrodkowego i t. d.) stwierdza rwę kulszową objawową o podłożu nowotworowym. Zdjęcie Roentg. wykazało: *subluxatio IV kręgu lędźwiowego*, rozrzedzenie kości udowej w górnej zewnętrznej $\frac{1}{3}$ części lewego uda. Badanie krwi wykazało wtórną niedokrewność, badanie moczu wykazało dodatni odczyn na melanogen. Wobec powyższego należy uważać, że mamy do czynienia z przerzutami mięsaka czerniackowego (*melanosarcoma*) do kości udowej i do kręgosłupa. Pierwotnym guzem był usunięty operacyjnie, a nie zbadany histologicznie guzek na pięcie. Rozpoznanie zostało potwierdzone przez badanie histologiczne wyciętego guzka powyżej stawu skokowego lewego (Dr. Płoński). W końcu 5 tygodnia pobytu chorego w szpitalu — przerzut do płuc, na początku 6-go tygodnia samoistne złamanie kości udowej lewej.

N. Mesz uzupełnia pokaz, demonstrując szereg zdjęć Roentgenowskich kości udowej, płuc, kręgosłupa i t. p. oraz mówiąc o znaczeniu prześwietlania promieniami X w rozpoznaniu tego schorzenia oraz o stosunku promieni Roentg. do sprawy występowania odczynu na melaninę Jakscha

w moczu. — W rozprawie biorą udział Szour, Higier, Swarc, Szenkier i Orłowski.

B. Dalszy ciąg dyskusji nad odczytami B. Grynkrouta i A. Galewskiego, wygłoszonymi na posiedzeniu klinicznym dn. 3 XII 1929 r. Zabierają głos Adelfang, który mówi o roli wadliwej przemiany materji w powstawaniu nowotworów (rozwój komórek nowotworowych w środowisku beztlenu, badania Warburga i inn. o wpływie kwasu arsenikowego na komórki normalną i nowotworową i t. p.) i uważa, że należy określić nowotwór, jako chorobę przemiany materji. Dworecki, który widzi rozwiązanie kwestji w biochemicznych badaniach oraz Tursz, który twierdzi, że regionalne przerzuty nowotworów przemawiają przeciw teorii powstawania nowotworów wskutek wadliwej przemiany materji. C. Odczyt:

J. Mackiewicz: *O łączeniu sympatologii* (było drukowane w „Warsz. Cz. Lek.”) W rozprawie zabierają głos: Herman i Bychowski, którzy zastanawiają się nad istotą schorzenia. Mesz, polecający w tem schorzeniu naświetlania nadnerczy promieniami X, Fejgin, Szour i Justman, przytaczający przypadki innych schorzeń, symptomatycznie zbliżone do sympatologii. Higier omawia całokształt zagadnienia i wspomina o swojej monografji, w której ból rozpatruje się, jako objaw sympatykotonii.

Sekretarz: M. Szour.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Arloing i Dufourt (Akad. lek. paryska. Pr. méd. Nr. 30) wykryli w jednym przypadku *tyfobacillozy* obecność we krwi *zarazka gruźliczego przęsączalnego*, szczepiąc śwince przęsącz krwi chorego.

Boguet, Nègre i Valtis mówili na kwietn. posiedz. parysk. tow. biolog. o rozsianiu się *prątków gruźliczych, wprowadzanych przez tchawicę*. Doświadczeń dokonywano na świnkach. W krótkim przeciągu czasu po wprowadzeniu dużej masy prątków do tchawicy część ich usadawia się tuż pod opłucną powodując zmiany; inne, pochwycone przez chłonkę płucną, zostają zatrzymane przez gruczoły tchawiczno-oskrzelowe, które również ulegają zachorzeniu, wreszcie inne bezpośrednio się dostają do krwiobiegu, atakując narządy oddalone. O ile dawka nie przekracza 0,0001 mlgr., prątki wyłącznie szerzą się drogami chłonnymi; zakażenie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych daje się stwierdzić już w 24 godziny po zakażeniu płuc. Mimo to już po upływie 24 godzin można stwierdzić prątki w śledzionie, co wskazuje, że prątki przedostają się i do krwiobiegu. (Pr. méd. Nr. 30).

Auvray spostrzegł *zespół objawów otrzewnowych w przebiegu ostrego gościca u dziecka* (tow. chir. parysk. — Pr. méd. Nr. 31). W przebiegu nawrotu anginy wystąpiły objawy ze strony otrzewny, które nie odpowiadały obrazowi zapalenia wyrostka. Mimo to po upływie trzech dni dokonano usunięcia wyrostka, który po zbadaniu zmian nie wykazywał. W jamie brzusznej stwierdzono nieco płynu surowiczego. Dopiero 10 dni po wystąpieniu objawów otrzewnowych zjawily się objawy stawowe, a następnie osierdziowe. Pod wpływem salicylatów dziecko wróciło do zdrowia.

Na posiedzeniu kwietn. tow. lek. szpit. paryskich (Pr. méd. Nr. 31) Snapper omawiał wyniki jakie otrzymał, *lecząc anemię złośliwą wysuszonym i sproszkowanym żółdkami wleprzowym*. Wyniki są conajmniej takie same, jak przy stosowaniu wątroby, zaś leczenie jest znacznie mniej kosztowne.

Pasteur Vallery — Radot i Maurie cytują na tem samem posiedzeniu *przypadek śmiarcł w czasie napadu astmy*. Rzecz dotyczyła chorej 40-letniej, która przy wstąpieniu do szpitala nie miała szczególnie silnych napadów, zaś badanie nie stwierdzało zmian organicznych w narządach wewnętrznych, jedynie mała różnica między ciśnieniem maksymalnym i minimalnym zwracała uwagę na siebie. Chora zmarła w czasie napadu, trwającego 28 godzin i nie ustępującego od żadnych środków lekarskich.

Przegląd terapeutyczny

Przyrząd automatyczny do przepłukiwania ucha w ropotokach.

Podał

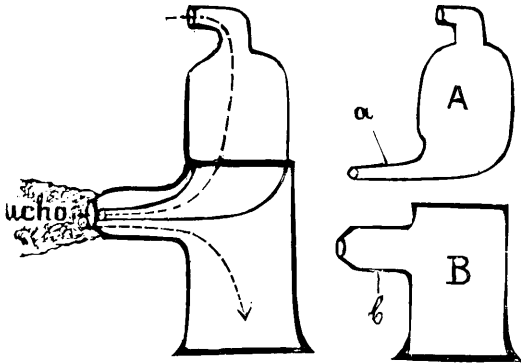
Dr. Leon ZAMENHOF (Warszawa).

Do najbardziej niewdzięcznych dziedzin le-

czenia miejscowego należy leczenie zapalenia ropnych ucha środkowego. Przyczyną tego są wyjątkowo niekorzystne warunki topograficzne, a mianowicie, utrudniony dostęp lekarstw do źródła choroby, zagrożony dodatkowo przez stale napływającą z głębi ropę. Wszystkie dotychczasowe metody,

dążące do umożliwienia tego dostępu, jak oczyszczanie za pomocą wacików lub przepłukiwanie za pomocą szprycy, są nietylko trudno wykonalne przez samych pacjentów lub ich otoczenie, lecz nawet przeciwwskazane w rękach niedoświadczonych laików. W wyniku tego powszechnie wrócono do wkraplania, które, jak wiadomo, jest typową metodą „*ut aliquid fiat*”.

Szukając wyjścia z tego trudnego położenia, skonstruowałem przyrząd, który zadanie to w praktyce rozwiązuje całkowicie*).



Składa się on z dwóch oddzielnych naczyń górnego A i dolnego B. Do naczynia A wlewa się przez górny otwór lekarstwo, służące jednocześnie

*) Do nabycia w składzie instrumentów chirurgicznych H. A m b e r a, Marszałkowska 139.

jako płyn do przepłukania (nprz. H_2O_2) i zamyka się je szczelnie korkiem. Następnie wstawia się je do naczynia B według załączonego rysunku. Ująwszy ręką zestawiony w ten sposób w jedną całość przyrząd, wprowadzamy go zakończeniem b do przewodu usznego. Po usunięciu korka płyn a u t o m a t y c z n i e płynie do ucha, po którego przepłukaniu odpływa do naczynia B.

Zalety tego przyrządu dadzą się streścić w następujących słowach.

1) Daje on możliwość przepłukania ucha pod nieszkodliwym ciśnieniem przy jednoczesnym wprowadzeniu doń lekarstwa.

2) Jako przyrząd, działający automatycznie, czyni zbędną wszelką pomoc obcą, gdyż może być łatwo zastosowany przez samego chorego.

3) Pod względem technicznym upraszcza on do *minimum* dotychczasową skomplikowaną terapię ropotoków usznych.

Dotychczasowe próby z powyższym przyrządem potwierdziły w zupełności jego celowość. Prof. A l e x a n d e r z W i e d n i a, który osobiście przeprowadził je na licznych materiale klinicznym, zaznacza, że przyrząd ten dał mu bardzo dobre wyniki nietylko w ropnych zapaleniach ucha środkowego, lecz również w przypadkach pooperacyjnych, w których, jak wiadomo, ropienie nie raz trwa bardzo długo. Niezależnie od swego przeznaczenia terapeutycznego przyrząd ten w rękach lekarza nadaje się znakomicie do badań błędnika sposobem K o b r a c k a za pomocą małych pod-

K o r e s p o n d e n c j a

Leysin sur Aigle.

Marzec — Kwiecień 1930 r.

Wielce Szanowny Kolego Redaktorze.

Pragnę podzielić się wrażeniami z dwukrotnego pobytu mego tutaj w marcu i kwietniu z Szan. Kolegami.

Sanatorja tutejsze znane są z opisów w świecie lekarskim, lecz, choć typ sanatorjów tutejszych nie wiele się różni od innych, jednak niektóre cechy charakterystyczne nadają całej miejscowości wygląd nieco odrębny.

Tylko nasze Zakopane i szwajcarskie Davos mają z nami coś wspólnego, a m. ekspozycję, umieszczenie różnych gmachów sanatoryjnych na stokach górskich ku słońcu.

Leysin powstało w roku 1892, i pierwsze sanatorium pod nazwą Grand—Hôtel zostało zbudowane dla 80 chorych. Od tego czasu szybko się rozbudowuje, jako stacja klimatyczna, wysoko-górska par excellence. W roku 1903 Dr. R o l l i e r otworzył tam pierwszą klinikę dla leczenia gruźlicy kostnej, i dzięki uzyskanym wynikom leczniczym, w krótkim czasie zostało zbudowanych kilkanaście klinik dla tej kategorii chorych pod przewodnictwem tego wielce zasłużonego lekarza.

Kliniki R o l l i e r a zajmują dolną część Leysin, zaś górna część ma już cały szereg sanatorjów o typie wielkich zakładów leczniczych dla gruźlicy płuc, jakoteż sanat.: du Mont Blanc, Grand Hotel, Chamossaire, Belvédère, Sanatorium Uniwersyteckie i wiele innych. Prócz tego w L. można znaleźć dowolną liczbę pensjonatów, które jednak chorych z otwartą gruźlicą nie przyjmują.

Sanatorja tutejsze są własnością związku hotelarzy lub towarzystw akcyjnych, lekarze są tu na prawach ordynatorów

szpitalnych. Jeden tylko Dr. R o l l i e r jest właścicielem całego szeregu „klinik“, prowadzonych pod jego egidą przez lekarzy, obeznanych z chirurgją gruźlicy kostnej. W niektórych sanatorjach, choć tak niedawno powstałych, są braki, dające się łatwo zauważyć, jak np. w pokojach chorych nie ma bieżącej wody (cieplej i zimnej), ale brakowi temu, jak mi mówił Dr. S i l l i g kierownik Sanatorium C h a m o s s a i r e mają wkrótce zaradzić, aby nadać cechy nowoczesności tym instytucjom. Jeżeli można robić porównanie, to pod względem techniki budowlanej, estetyki i wygód dla chorych żadne nie może dorównać takim sanatorjom jakie my posiadamy w Zakopanem (Sanat. Nauczycielstwa) lub w Otwocku (Sanatorium m. Warszawy). Wymiary pokojów dla chorych i racjonalne umeblowanie tychże u nas nie przedstawia nic do życzenia, podczas gdy w L. niejedno dałoby się powiedzieć.

Pod względem lekarskim Sanatorja w L. są wyekwipowane doskonale, ale i u nas ta część nie jest zaniedbana, np. w Sanatorium prywatnem D-ra Wł. Przygody w Otwocku sale operacyjne, R o e n t g e n, pracownie stoją na poziomie równym zagranicznym.

Pod względem klimatycznym przeciętna ciepłoty powietrza równa jest 5,3 stopni, podczas gdy w Davos 2,7. (Genewa 9,5, Paryż 10,3, Londyn 9,8). Przepiętna miesięcy zimowych — 1,8 stopnia. Lato w L. nie wykazuje nigdy ciepłoty wyższej nad 26 stopni. Godzin słonecznych Leysin wskazuje 1840 w ciągu roku, inne stacje klimatyczne wykazują liczby znacznie mniejsze.

Na lecznicze własności klimatu wysoko-górskiego zwrócił uwagę jeden z pierwszych Dr. A. S p e n g l e r w Davos. Działał taki klimat na ustrój ludzki w rozmaity sposób:

1) przez swe niskie ciśnienie barometryczne, 2) suchość i bezwzględna czystość powietrza, 3) obfitość światła, słońca 4) względny brak dni pochmurnych. Wskutek tych właściwości klimat wysokogórski działa tonizująco i ożywiająco na ustrój, zawartość hemoglobiny i krwinek zwiększa się widocznie i pod wpływem takiego klimatu poty nocne gruźlików szybko znikają, ilość wydzielin i płwocin oraz kaszel zmniejszają się.

Leczenie na wolnym powietrzu jest tu w L. ściśle przestrzegane. Nowoczesne metody chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc stosowane są w L. ogólnie i przy odpowiednich wskazaniach (odma, frenikotomia, torakoplastyka, oleotoraks). Dr. Sillig pokazywał mi cały szereg doskonałych wyników, jakie otrzymywał w Chamossaire na pięknych rentgenogra-

mach i u chorych. Muszę jeszcze nadmienić tu, że Dr. de Reynier, laryngolog w Leysin, w sprawozdaniu swem za 20 lat wykazuje wyleczenie w 70 proc. przypadków gruźlicy krtani. Nie mam zamiaru krytykować wywodów tego bardzo znanego laryngologa, ale prawdopodobnie w tej liczbie są też i przypadki o bardzo słabych objawach ze strony krtani.

Liczba chorych w Leysin dochodzi do 4000.

Na zakończenie dodać winienem, że żywienie chorych nic nie pozostawia do życzenia, i że kuchnia tutejsza jest wyjątkowo zdrowa i dobra. Koszty pobytu w Sanatorium pierwszorzędnem wynoszą od 20 do 40 i wyżej fr. szw. W sanatorium uniwersyteckim, ludowym i niektórych innych koszty są b. niewielkie—od 4—10 fr.

Leopold Lubliner (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z Oddziału Higieny pracy Państwowej Szkoły Higijany.
(Kierownik: Dr. Brunon Nowakowski)

Ołowica zawodowa w przemyśle akumulatorowym *)

Podali

Dr. Brunon NOWAKOWSKI i Dr. Henryk RABINOWICZ
(Warszawa).

W związku z szybkim rozwojem szczególnie automobilizmu i radjofonji zyskuje i u nas na znaczeniu przemysł akumulatorowy. Dla higieny pracy jest to ważne dlatego, bo przemysł ten dostarcza stosunkowo dużo przypadków ołowicy zawodowej. Należy on pod tym względem do najbardziej niebezpiecznych. Według danych angielskich za lata 1924--27 przemysł akumulatorowy dostarcza ponad $\frac{1}{5}$ wszystkich przypadków ołowicy zawodowej, zgłoszonych władzom, choć stanowi tylko jedną z 17 grup zawodowych, objętych statystyką (1). Co ważniejsze, gdy w innych grupach zawodowych znać pewną poprawę, o grupie robotników akumulatorowych tego powiedzieć nie można. Podobne zjawisko widzimy we Francji, gdzie udział przemysłu akumulatorowego w liczbie zgłoszonych przypadków ołowicy wzrósł z 12.5% w r. 1921 na 31.79% w r. 1924. (2). W Stanach Zjednoczonych A. P. ankieta, przeprowadzona w latach 1913—14 przez Hamilton (3), wykazała klinicznych zatruc ołowiem w blisko 18% stanu zatrudnienia objętych nią fabryk akumulatorów. Tamże Hayhurst (4) na zasadzie ankiety, dotyczącej ogółu chorób zawodowych w stanie Ohio, doszedł do wniosku, że poza produkcją tlenków ołowiu i farb ołowiowych wyrób akumulatorów jest najbardziej niebezpiecznym zawodem ołowiowym. Z tych względów uważaliśmy za celowe zorientowanie się co do rozmiarów ołowicy w naszym przemyśle akumulatorowym.

*) Praca niniejsza stanowi ciąg dalszy ankiety w sprawie ołowicy zawodowej, podjętej dzięki subwencji M. S. Wewn. Dep. Służby Zdrowia. Pierwsza część wyników, obejmująca drukarstwo, ogłoszona została w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim Nr. Nr. 36, 37, 38 i 41, r. 1929.

Przedewszystkiem kilka słów wyjaśnienia co do samej produkcji. Do wyrobu akumulatorów mogą w zasadzie służyć różne metale, w praktyce jednak spotykamy głównie ołowiowe, rzadziej żelazo-niklowe, gdyż ołowiowe są znacznie tańsze i umożliwiają osiągnięcie wyższego napięcia. U nas, o ile nam wiadomo, wyrabiają wyłącznie akumulatory ołowiowe. Istnieją również różne metody wyrobu akumulatorów ołowiowych. Naogół jednak spotykaliśmy następujący bieg produkcji. Rozpoczyna się ona od odlania kraty z ołowiu, zawierającego małą domieszkę antymonu. Po obcięciu i wyrównaniu brzegów kraty idą do smarowni. Tutaj wciera się w nie ręką lub drewnianą łopatką pastę z tlenków ołowiu (glejty i minji), z dodatkiem — najczęściej słabego — kwasu siarkowego. Przygotowanie tej pasty, co stanowi najbardziej niebezpieczną pracę, odbywa się albo w smarowni, albo w sąsiednim pomieszczeniu. Powstałe w ten sposób płyty po wysuszeniu idą do formowania, czyli podlegają elektrolizie w naczyniach, napełnionych kwasem siarkowym. Płyty dodatnie ulegają dalszemu utlenianiu, — powstaje brunatny nadtlenek ołowiu, — płyty ujemne ulegają redukcji, zamieniając się na gąbczasty, szary, ołów metaliczny. Sformowane płyty dodatnie i ujemne ponownie suszą się. Część w tym stanie idzie do sprzedaży dla warsztatów reparacyjnych i t. p. Następuje składanie akumulatora z odpowiedniej liczby płyt dodatnich i ujemnych. Uprzednio płyty te zostają opiłowane, skrobane, szczotkowane. Łączenie płyt w baterje odbywa się za pomocą przylutowania odpowiednich połączeń ołowiowych, odlanych przeważnie w drugiej odlewni, wchodzącej w skład oddziału montażowego. Zestawy takich płyt umieszcza się w naczyniach kwaso odpornych, — szklanych, ebonitowych — które zamyka się pokrywą i uszczelnia. Tak zmontowany akumulator wstawiają do odpowiedniej skrzynki drewnianej. Pozostaje tylko napełnić naczynie kwasem siarkowym, i akumulator może działać. Jak wiadomo, działa on dopóty, dopóki wskutek elektrolizy, idącej w odwrotnym kierunku, aniżeli przy formowaniu płyt, dodatnie i ujemne płyty nie przybiorą jednakowego składu chemicznego, akumulator jest wyładowany. — Powtarzając proces formowania, można akumulator po-

nownie naładować. Po dłuższym użyciu trzeba wymienić kwas, oczyścić płyty i t. p. Tem trudnią się warsztaty reparacyjne.

Jak widać z tego pobieżnego opisu, ołów zajmuje przy wyrobie akumulatora miejsce centralne, rzadko który robotnik może uniknąć zetknięcia się z nim w tej lub innej postaci. Występuje on zarówno jako ołów metaliczny, jak w postaci tlenków, wreszcie pod wpływem działania kwasu siarkowego na płyty jako siarczan. Większość robót wymaga bezpośredniego dotykania ołowiu. Pozatem jest mnóstwo sposobności do rozpylania go. Przy odlewie krat i połączeń oraz przy lutowaniu, powstają pary ołowiu. Podczas przygotowania pasty do powietrza dostaje się glejta i minja. Pył ołowiu metalicznego, tlenków i siarczanu powstaje przy piłowaniu, skrobaniu, szczotkowaniu i t. p. Prymitywne naogół sposoby sprzątania dopełniają reszty. Stąd następuje zapylenie prawie wszystkich sal ołowiem. Wobec tego i te osoby, których praca nie wymaga stykania się z ołowiem, również zatrzucają się mogą. Dotyczy to osób, zajętych czynnościami pomocniczymi, jak np. myciem szkła lub ostatecznym wykończeniem akumulatora: malowa-

niem skrzyń, etykietowaniem i t. p. Jak daleko może sięgać to pośrednie niebezpieczeństwo, o tem świadczy przykład, cytowany przez Agassé-Lafont (3): próba kurzu z podwórza fabryki akumulatorów zawierała wagowo 40% ołowiu, nawet poza obrębem fabryki, mianowicie, przed wejściem głównym, próba kurzu dała jeszcze 12% ołowiu! To też jedynie warsztaty nieprodukcyjne: ślusarnia, stolarnia, kotłownia i t. p., o ile są umieszczone w oddzielnych budynkach, mogą być uważane za bezpieczne, i to niezupełnie, gdyż mimo to o sposobność zetknięcia się z ołowiem nietrudno.

Badania nasze objęły trzy największe fabryki akumulatorów. Są to raczej zakłady średniej wielkości, zatrudniające podczas sezonu ogółem do 400 robotników. Pozostałe kilka fabryk, niebadane, są znacznie mniejsze. Zbadaliśmy również 9 warsztatów reparacyjnych, zatrudniających od 1—6 robotników, wszystkie w Warszawie. W fabrykach badaliśmy możliwie cały personel, gdyż chodziło nam o stwierdzenie zasięgu działania ołowiu. Jedną z fabryk, fabrykę A, badaliśmy dwukrotnie. Liczbę badanych podaje tablica I.

T A B L I C A 1.

Liczba badanych w poszczególnych zakładach pracy według stopnia niebezpieczeństwa ołowicy.

p. Lp.	Zakłady pracy	Liczby bezwzględne, stopień niebezpiecz.				Liczby względne, stopień nieb.		
		I	II	III	Razem	I	II	III
1	Fabryka A ₁	35	13	11	59	59.3	22.0	18.6
	„ A ₂	42	18	11	71	59.2	25.3	15.5
2	Fabryka B	61	16	22	99	61.6	16.2	22.2
3	Fabryka C	49	23	23	85	57.6	27.1	15.3
4	Warszt. repar.	0	30	0	30	0.0	100.0	0.0

Ogółem zbadano 305 osób, z tego 39 osób w fabryce A dwukrotnie.

Stopień niebezpieczeństwa I: najwyższy, stopień II: średni, stopień III: najniższy.

Czynności w fabryce akumulatorów są bardzo różnorodne, stąd podział szczegółowy według zajęć dałby zbyt małe liczby. Dlatego ograniczyliśmy się do wyodrębnienia tylko trzech grup o różnym stopniu niebezpieczeństwa ołowicy. Do grupy pierwszej o największym niebezpieczeństwie wchodzi: odlewanie krat i połączeń ołowianych, smarownia, formowanie płyt i składanie części ołowianych akumulatora, łącznie z piłowaniem, skrobaniem, szczotkowaniem płyt. W tej grupie robotnicy narażeni są na stałą bezpośrednią styczność z ołowiem, a ponadto wdychają parę lub pył ołowiu, które przy tych czynnościach powstają. Drugą grupę tworzą robotnicy zajęci ostatecznym wykańczaniem akumulatora lub czynnościami przygotowawczymi, jak mycie szkła, malowanie skrzyń, uszczelnianie parafiną i smołą i t. p. Tutaj umieściliśmy również personel pakowni, magazynu, majstrów, perso-

nel, zajęty sprzątaniem. W tej grupie styczność bezpośrednia z ołowiem jest żadna lub niestała. Wobec tego jednak, że te czynności są zazwyczaj wykonywane w tych samych pomieszczeniach w których odbywają się czynności grupy I., istnieje narażenie skutkiem wdychania pyłu ołowiu, choć w mniejszych ilościach, niż w grupie I. Wreszcie w ostatniej, III. grupie, mamy personel ślusarni, stolarni, kotłowni itp., który przy racjonalnej organizacji pracy wogóle nie powinien być narażony na zatrucie ołowiem, względnie tylko okazynie. W warsztatach o takim podziale na grupy mówić nie można. Biorąc pod uwagę ogół czynności, które tu wchodzi w rachubę, stopień narażenia tych robotników odpowiada mniej więcej grupie II.

Ogółem zbadaliśmy w fabrykach 275 osób, z tego 39 osób w fabryce A dwukrotnie za pierwszym

i drugim razem, w warsztatach ogółem 30, razem 305 osób. Stan zatrudnienia tych fabryk waha się w zależności od sezonu od 300—400 robotników. Przyjmując jako średni stan zatrudnienia za okres naszych badań 350, zbadaliśmy około 80% ogółu zatrudnionych, przyczem mniej kompletna jest głównie grupa III, stosunkowo mniej dla nas ciekawa. W warsztatach reparacyjnych zbadaliśmy blisko 100% zatrudnionych. Jak wynika z tablicy I, więcej niż połowa robotników fabryk należy do grupy o

najwyższym narażeniu. Mniej niż $\frac{1}{4}$ ogółu zatrudnionych, — grupa III, — w myśl poprzednich uwag, mogłaby być poza sferą niebezpieczeństwa.

Z jakim materiałem ludzkim mamy tu do czynienia? Większość robotników akumulatorowych jest niewykwalifikowana, jest ich około $\frac{3}{4}$ ogółu zatrudnionych. Wykwalifikowanych spotykamy prawie wyłącznie w grupie III. Jest to w dużym stopniu element niestały, zmieniający się często.

T A B L I C A 2.

Średni czas pracy na oddziale i w zakładzie wśród robotników fabryk akumulatorowych.
(bez fabryki A₂ i warsztatów reparacyjnych)

Lp.	Oddział wzgl. grupa niebezpiecz.	Liczby bezwzględne			Przeciętnie miesięcy na 1 robotnika	
		Liczba osób	Czas pracy w miesiącach		na oddziale	w zakładzie
1	Odlewnia krat	37	639	770.8	17.2	20.8
2	Smarownia	25	222.3	268.3	8.9	10.7
3	Formowanie płyt	20	291.5	387.5	14.5	19.4
4	Składanie akum.	70	1131.5	1497.5	16.1	21.4
I. grupa (razem 1—4)		152	2284.3	2924.1	15.0	19.2
II. grupa niebezpiecz.		57	1133.0	1404.0	19.9	24.6
III. grupa niebezpiecz.		46	770.5	858.5	16.8	18.7
Ogółem (gr. I—III)		255	4187.8	5186.6	16.4	20.3

Przeciętny czas pracy, jak widać z tablicy 2., na jednym oddziale wynosi 16.4 miesiące dla ogółu zbadanych, a w danym zakładzie 20.3 miesiące. Dla porównania obliczyliśmy przeciętny czas pracy w zawodzie składacza ręcznego z naszego materiału, dotyczącego drukarzy warszawskich. 246 składaczy ręcznych, zbadanych przez nas, pracowało w zawodzie razem 3491.7 lat, przeciętnie na jednego wypada więc 14.2 lat! Ta tak znaczna różnica tłumaczy się przede wszystkim faktem, że zbadane przez nas fabryki akumulatorowe istnieją dopiero od czterech do pięciu lat. Wahania sezonowe i stopniowy wzrost liczby zatrudnionych w miarę rozwoju fabryk również wpływają w znacznym stopniu na skrócenie przeciętnego czasu zatrudnienia. Szkodliwość tego zawodu dla zdrowia odgrywa przytem również dość znaczną rolę. Wiadomo z innych krajów, że fabryki akumulatorowe odznaczają się bardzo wysoką zmiennością robotników, szczególnie w oddziałach bardziej niebezpiecznych, jak np. smarownia, i to głównie dlatego, że osoby bardziej wrażliwe z chwilą, gdy ich zdrowie zaczyna szwankować, szukają innego zajęcia. I w naszym materiale ten objaw właśnie w smarowni występuje bardzo wyraziście. Czas pracy na tym oddziale wynosi niewiele ponad połowę przeciętnej dla ogółu robotników. Poniżej tej przeciętnej znajdują się również robotnicy, zajęci formowaniem

płyt, choć pozornie ryzyko tej pracy wydaje się stosunkowo małe. Jednak jedna z ostatnich prac amerykańskich (5) o ołowicy zawodowej w fabrykach akumulatorów wykazała nadspodziewanie wysoką liczbę zatruc na tym oddziale. Prawdopodobnie więc krótki czas pracy na tym oddziale w naszym materiale również jest wyrazem większego niebezpieczeństwa zatrucia przy tej pracy.

Stosunkowo częste są przesunięcia z oddziału na oddział wewnątrz danego zakładu, których wyrazem jest różnica pomiędzy przeciętnym czasem pracy na oddziale i w zakładzie, wynosząca przeciętnie 4 miesiące. I tutaj jedną z ważniejszych przyczyn jest zły stan zdrowia, spowodowany pracą na oddziałach szczególnie niebezpiecznych. Utrudnia to oczywiście klasyfikację wyników badania.

Pod względem wieku należy wyodrębnić grupę młodocianych, którym w myśl ustawy praca z ołowiem jest zabroniona. Z wyjątkiem fabryki C, która zatrudnia 3 młodocianych na oddziale montażowym, w fabrykach, przez nas zbadanych, spotykamy ich wyłącznie w grupie III, głównie jako uczniów ślusarskich. Natomiast w warsztatach reparacyjnych pracuje aż 26.6% młodocianych. Obecność 3 młodocianych przy składaniu jest sprzeczna z prawem. W warsztatach reparacyjnych jest mnóstwo czynności, nie narażających na styczność z ołowiem, z drugiej strony trudno mówić o

podziela prace w zakładzie, który zatrudnia po kilku robotników. Jeżeli więc naprawa akumulatora wymaga czynności bardziej niebezpiecznych, to prawdopodobnie i młodociani będą do nich pociągani. To też obecność młodocianych w tych warsztatach nie jest pożądana, temwięcej, że i ogólne warunki higieniczne w nich przeważnie są opłakane. O ile co do zatrudnienia młodocianych fabryki badane trzymają się naogół litery prawa, o tyle wśród ogółu zatrudnionych uderza znaczna przewaga młodych roczników robotniczych. We wszystkich trzech fabrykach ponad połowę robotników, w fabryce C aż 70%, liczy mniej niż 30 lat. Tylko 6 osób spośród wszystkich badanych ma ponad 50 lat. W warsztatach reparacyjnych tylko 27% liczy 30 lat i więcej. Kobiety spotkaliśmy wyłącznie w fabryce A w liczbie 12. Z tego 3 przy składaniu (grupa I. niebezpieczeństwa), 8 przy wykańczaniu (grupa II.), wreszcie ostatnia, poprzednio również zatrudniona przy wykańczaniu, w chwili badania

posługiwała w jadalni (stąd zaliczona do grupy III). W myśl poprzednich wyjaśnień, zgodnie z ustawą, tylko ta ostatnia pracowała w miejscu bezpiecznym, pozostałe 11 nie powinny być zatrudnione. Żydów było tylko 6.

Cechy, charakteryzujące robotników akumulatorowych, mianowicie: przewaga robotników niewykwalifikowanych, zmienność załogi robotniczej, wreszcie przewaga najmłodszych roczników robotniczych—należy uznać za czynniki, ułatwiające zatrudnienie ołowiem. Utrudniają one zachowanie niezbędnych przy tak niebezpiecznym zajęciu środków ostrożności, wdrożenie się w pewien rygor, który w tych warunkach winien być szczególnie surowy. Również fakt, że chodzi o fabryki niezbyt duże, jest niekorzystny pod tym względem. Wiadomo, że inwestycje sanitarno-higieniczne obciążają stosunkowo znacznie zakłady mniejsze, aniżeli wielkie.

(c. d. n.)

Sprawy zawodowe

Co robiły Izby Lekarskie w 1928 r.?

W Nr. 6 „Nowin Społeczno-Lekarskich” z dnia 15.III 1929 r. zostało zamieszczone „Zestawienie sprawozdań Izby Lek. za 1926 i 1927 r.”, opracowane na polecenie Naczelnego Izby Lek. Dla uzupełnienia obrazu prac Izby Lek., podczas całej trzy letniej kadencji Izby czyli za lata 1926—28 włącznie, czyli II kadencji Izby od dnia ich powstania, opracowałem zestawienie prac tych w 1928 r.

W roku 1928 funkcjonowało w Rzeczypospolitej Polskiej 7 Izby lekarskich: w Warszawie, Lwowie, Krakowie, Poznaniu, Lublinie, Łodzi i Wilnie i Naczelna Izba Lek. w Warszawie, której zestawienie obecne nie obejmuje, gdyż w Nr. 14 „Nowin Społ. Lek.” 29 r. zostało ogłoszone sprawozdanie z działalności Zarządu Nacz. Izby Lek. za r. 1928, a w Nr. 2, 3, 4 i 5 „Nowin Społ. Lek.” 29 r. ogłosił b. Prezes N. I. L. dr. J. Bączkiewicz „Rzut oka na działalność N. I. L. w dwóch pierwszych jej kadencjach: I—1923 do 25 i II—1926 do 28”.

Żadnych zmian ustawodawczych w prawnej podstawie istnienia Izby Lekarskich czyli w „Ustawie o ustroju i zakresie działania Izby Lekarskich” z dnia 2.XII 21 r. (Dz. U. R. P. 103/21 poz. 763) w r. 1929 nie zaszło.

Liczba członków w Izbach.

I z b y	31. XII. 28.	zmarło	% śmiertelności
1. Warsz. Białostocka	2567	35	1,38%
2. Lwowska	1.765	10	0,57
3. Krakowska	1.023	16	1,50
4. Poznań, Pomorska	944	11	1,18
5. Lubelska	679	6	0,88
6. Łódzka	703	7	0,99
7. Wileń. Nowogródzka	566	12	2,13
Razem	8.247	97	1,18%

Bilanse roczne zamykały się w ramach.

I z b a	Suma	Saldo na 1/I. 29	Składki roczne
1. Warsz. Białost.	84.496 zł. 41 gr.	10.534 zł. 12 gr.	20 zł.
2. Lwowska	78.482 „ 60 „	26.212 „ 93 „	25 „
3. Krakowska	43.827 „ 00 „	25.162 „ 00 „	20 „
4. Pozn. Pomorsk.	21.113 „ 60 „	4.269 „ 06 „	25 „
5. Lubelska	32.713 „ 91 „		25 „
6. Łódzka	15.750 „ 90 „	3.725 „ 93 „	24 „
7. Wil. Nowogródz.	19.555 „ 67 „	1.228 „ 93 „	46 „

Najniższa zatem składka w Warszawie i Krakowie, najwyższa w Izbie VII. Nowogródzkiej.

Koszta administracyjne, do których zalicza się wydatki personalne, kancelaryjne Zarządów, Sądów i Instytut. Samopomoc. przy Izbach, lokal, opał, oświetlenie, telefony, remont lokalu, podatki, porady prawne Zarządu i Sądu, dety i przejazdy członków Rady i Sądu.

I z b a	Koszta administracyjne	Na 1 czl. wypada
1. Warsz. Białost.	Izba i Sąd 41.669 Kasa Pogrzebowa 12.822	16,23 5,00
2. Lwowska	Łącznie z K. Ubez. i Kasą Emeryt. 15.932,86	9,03
3. Krakowska	10.332,33	10,09
4. Poznań. Pomor.	25.907	27,41
5. Lubelska	5.774,65	8,50
6. Łódzka	11.532,37	16,40
7. Wileń. Nowogr.	13.937,69	24,63

Dziennik notuje pism.

	Warszawa	Lwów	Kraków	Poznań	Lublin	Łódź	Wilno
Wpłynęło	2137	1939		1296			454
Wysłano	2780			1304			444
Druki	21900						

Instytucje Samopomocy.

I. Izba Warszawsko-Białostocka posiada: a) Kasę Pogrzebową, która w r. 1928 zamknęła bilans sumą 237.054 z saldo na 1.I 29 — 64.032,87, wypłaciła w r. 1928 premji 120.554,50. Premje wynosiły od 4.200 do 4.400.

a) biuro pośrednictwa pracy.

II. Izba Lwowska posiada: a) Kasę emerytalną—kadencja 5-letnia, jeszcze nie wypłaca,

b) Kasę ubezpieczeniową na wypadek choroby, która wypłaciła w 1928 r. 26.168 zł.,

c) założyła „Stowarzyszenie dla wdów i sierot po lekarzach”. Wdów zarejestrowano 240,

d) biuro porad prawnych,

e) biuro pośrednictwa pracy.

III. Izba Krakowska posiada Kasę Wzajemnych Ubezpiecz. na wypadek śmierci. Przeciętna kwota wypłaty — 9.882 zł. W r. 1928 przychód 277.746,03, rozchód 166.961,20.— Saldo na 1.I 29 r. 110.784,83.

IV. Izba Poznańska. Kasa Ubezpiecz. na wypadek śmierci. Zamknęła bilans w r. 1928 sumą 56.015,01 z saldo na 1.I 29 3.221,85, wypłaciła 11 premji w r. ub. na sumę 46.020. Premje wynosiły od 3.782 do 3.926.

Fundusz zapasowy—35.645.

V. Izba Lubelska posiada Kasę Pomocy Koleżeńskie, która wypłaciła w 28 r. 8 zasiłków w sumie 38.538,74. Średnio zasiłek wynosił 4.817 zł. W roku 1928 wprowadziła dział zapomóg bezprocentowych dla lekarzy w krytycznych chwilach braków materialnych i przeznaczyła 4.000 dla pożyczek zwrotnych i 1.000 zł, dla bezwrotnych.

VI. Izba Łódzka prowadzi Kasę (Ubezpieczeń) na wypadek śmierci. Zamknęła bilans sumą 116.910,84 z saldo 54.363,49. Wypłaciła w r. 28 -- 5 premji na sumę 58.855 zł., premje wynosiły od każdego wypadku śmierci od 11.637 do 11.947 zł.

VII. Izba Wileńsko-Nowogródzka posiada Kasę Pogrzebową z bilansem w sumie 34.580 z saldo na r. 29 — 4 655,66. Wypłaciła zapomóg na sumę 24.139 w rozmiarach od 1.940 do 2.036 zł.

Wszystkie więc Izby pomyślały o samopomocy i założyły—co jest charakterystyczne—najłatwiej dający się zorganizować typ — Kas na wypadek śmierci, które wypłacają jednorazową zapomogę na wypadek śmierci lekarza w rozmiarach stosunkowo nikłych (od 1.940 do 4.500 zł.), co nie zabezpiecza bytu wdowy i sierot po lekarzu. Wyjątek tu stanowi Kasa Izby Łódzkiej, która wypłaca premje około 12.000 jednorazowo, co daje możność wdowie inteligentnej i przedsiębiorczej założyć jakąś pracownię, placówkę handlową lub coś podobnego, a więc zbliża się do powyższego typu ubezpieczeń na życie w Towarz. Ubezpie., ale za to jest dosyć kosztowną.

Najgłębiej ujęła tę sprawę stara Izba Lwowska, gdyż założyła Kasę Emerytalną, wypłacającą stałą zapomogę lekarzowi-inwalidzie, starcowi, a po jego śmierci jego wdowie i sierotom. Dla zgromadzenia potrzebnych funduszy wprowadziła 5-letnią kadencję, która już upływa w r. przyszłym i Kasa znacznie wypłacać już emerytury i renty wdowie i sierocie.

Jest to najwyższy typ Kasy Ubezpie., do której winni dążyć lekarze, którzy pragną uchronić swe rodziny od tej smutnej egzystencji, a często nędzy, w której obecnie widzimy rodziny lekarskie po b. nawet wziętych i znanych lekarzach.

Naczelna Izba Lekarska dużo czasu i usiłowań poświęciła, by zorganizować taką wspólną dla wszystkich Izb Kasę Emerytalną, do czego niezbędny jest przymus należenia, a przymus uchwalic mogą tylko poszczególne Izby Lek. na zasadzie art. 4 Ustawy o Izbach Lekarskich. Zgoda Izby w tej kwestji nie nastąpiła i sprawa pozostała w zawieszaniu, ale jestem pewien, że z chwilą postępu rozwoju pojęć społecznych wśród lekarzy, Kasa powstanie czy to jako Kasa Emerytalna lekarzy samodzielnie, czy też jako grupowe ubezpieczenie lekarzy w Zakładzie Ubezpie. Państw. dla pracowników umysłowych.

W sprawozdaniach rocznych Izby sprawa Kas jest traktowana b. pobieżnie, często nie ma żadnych danych, jakie obowiązuje składki, jakie wpływają, czy są fundusze zapasowe. Badzo byłoby pożądanem, by ten dział w sprawozdaniach był obszerniej i staranniej opracowany, chociażby tylko w celu propagandy i budzenia idei samopomocy wśród braci lekarskiej.

Żadna z Izby nie posiadała i w r. 1928 swej własnej realności i lokują się w wynajętych lokalach, ale budzi się dążenie do swych własnych siedzib; niektóre Izby przeznaczają co rok jakąś sumę na budowę domu lekarskiego (Lubelska 5000 rocznie). W Warszawie świeżo zostały wybudowane wcale okazałe domy dozorców domów i służących,

a lekarze nie mają swej siedziby; a gdyby wszystkie organizacje lekarskie w Warszawie zabrały się spolem do tego—mazerie o własnym domu lekarskim—stałoby się faktem. We Lwowie Kaca Emerytal. i Ubezpie. mają swoje własne siedziby.

Organu własnego prasy Izby Lekarskie dotychczas nie posiadają. Każda z Izby obiera sobie jakiś miejscowy organ prasy lekarskiej za swój organ oficjalny, lub też wydają biuletyny—po kilka rocznie. Obecnie jedna Izba nie wie, co się dzieje na terenie Izby innych, czasem wielce ciekawe uchwały Izby, wyroki Sądów (bez nazwisk), mające cechy uchwał miarodajnych dla wszystkich lekarzy, podobnie jak wyroki Sądów lub Trybunału Administracyjnego—dla administracji i obywateli giną bezpowrotnie w aktach poszczególnych Izby.

Sfery działalności zainteresowań Izby są b. charakterystyczne dla poszczególnych dzielnic Ojczyzny naszej, a zapoznanie się z tą dziedziną wszystkich lekarzy jest, zdaje mi się, koniecznością bezsporną.

Jeden organ prasowy dla wszystkich Izby conajmniej powstać musi.

W r. 1928 skończyła się druga trzyletnia kadencja Izby Lek. z wyjątkiem Izby Wileńsko-Nowogródzkiej, która powstała dopiero w r. 1927. Wybory do Izby Lek. III kadencji odbyły się w końcu r. 1928 lub na początkach 1929 r. Niektóre Izby podały w procentach ilość głosujących członków: we Lwowie 41%, w Lublinie 40%, w Poznaniu 50%. Wniosek z tego, że zainteresowanie się wyborami do Izby było b. słabe, co dowodzi jeszcze b. małego wyrobienia społecznego wśród lekarzy, i nie rozumienie roli samorządu stanu lekarskiego, nadanego im przez Państwo.

Sądy przy Izbach Lekarskich.

Niżej zamieszczony wykaz spraw, które wpłynęły do Sądów Izby w r. 1928, wykazuje znaczne zmniejszenie się ilości spraw w porównaniu z latami ubiegłymi, co się tłumaczy: 1) znaczną ilością nieporozumień pomiędzy lekarzami i osobami obcymi uregulowanych interwencją Zarządów Izby bez przekazywania spraw do Sądu i 2) spadkiem pieniactwa i drażnień pomiędzy lekarzami.

Działalność Sądów Izby Lekarskich w 1928 r.

I z b a	Pozost. spraw z lat ub.	Wpłynęło	Załatw.	Pozost. na 1929 r.	Odwolań
Warszawa					
1. 3 kompl. sąd. Białystok 1 k. mp. sąd.	65	30 (82)*	49	46	5
2. Lwów	34	22 (30)	25	31	
3. Kraków	11	2 (10)	6	7	1
4. Poznań	20	10 (31)	17	13	2
5. Lublin	2	6 (28)	3	5	
6. Łódź	3	21 (12)	16	8	
7. Wilno	9	5 (9)	9	5	

*) w nawiasach dla porównania wskazano liczbę spraw, które wpłynęły do Sądów w r. 1927.

Charakter spraw sądowych w większości sprawozdań nie jest określony, a więc wnioskowanie o wyższości etycznej lekarzy pewnych dzielnic lekarskich -- jest niemożliwe.

(Dok. nast.)

Dr. Antoni Krzyżkowski (Warszawa).

O d c i n e k

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCyny

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20)

Rudolf Ludwig Carl Virchow.

Urodził się w 1825 r. w Schivelbein, zmarł w r. 1902 w Berlinie.

Początek wieku 19-go, który zaznaczył się wy-

bitnym rozkwitem medycyny w kierunku naukowo przyrodniczym, nagromadził olbrzymią ilość materiału naukowego, któremu jednak brak było jednolitej myśli przewodniej. Szkoła francuska z Bichatem i Magendie na czele, niemiecka w osobach Wunderlicha, Skody i innych, choć posuwały się ubitą drogą fizjologiczno-anatomiczną, dalekie były jednak od zupełnego wyzwolenia się z poglądów witalistycznych i ontologicznych. Do spotęgowania zamętu przyczynił się w dużym stopniu Rokitański, który cofnął się do dawno zarzuconej teorii humo-

ralnej Błądzeniu temu mogły położyć kres tylko nowe jasne drogowskazy.

Mężem, który w znacznym stopniu opanował ten chaos, był Rudolf Virchow. Zdecydowaną dłoń poprowadził on nawę medycyny w nowym kierunku, wolnym od wszelkiej doktryny filozoficznej, opartym na podstawie czystego materializmu.

Droga do tego kierunku była już właściwie w medycynie wytknięta przez odkrywcę dużego krwiobiegu Harveya, który ogłosił teorię „*omne ovum ex ovo*”, za co został przezwany ironicznie twórcą teorii jajecznej. Tuż przed samym Virchowem potwierdzili tę teorię Schlinden i Schwann swoimi naukowymi doświadczeniami nad życiem komórki roślinnej i zwierzęcej. Zasługa Virchowa polega na tem, że prawo komórki, ogłoszone przez tych autorów, rozszerzył na wszystkie przejawy życia nie tylko w stanie normalnym, lecz i patologicznym. Odtąd hasło „*omnis cellula e cellula*” stało się jakby kolumną pacierzową całej nowoczesnej medycyny.

Komórka według teorii Virchowa jest najmniejszą drobiną naszego ustroju, posiada ona swoje własne życie i zachowuje się autonomicznie w stosunku do całego otaczającego ją świata. Ona jest źródłem naszego życia. Wszystko inne w naszym ustroju, jak naczynia, nerwy, krew, soki wydzielnicze, odgrywają tylko rolę roznosicieli energii. Pogląd ten,

wyłoszony przez Virchowa w 25 roku jego życia uderzył jak piorun w chwiejną ideologię ówczesnej medycyny i wywołał gwałtowne sprzeciwy zwłaszcza ze strony szkoły Rokitańskiego, który został dotknięty nim najbardziej. Po krótkiej walce Virchow zwyciężył. Teoria jego zapanowała wszechwładnie. Dziś, kiedy patrzymy na nią z odległości kilku dziesiątków lat, nietrudno zauważyć jej poważne braki. W swoim czasie niezaprzeczona wielkość odkrycia i powaga samego odkrywcy hipnotyzowały przez długie lata świat lekarski i materializm stał się nowym i jedynym hasłem medycyny.

Podstawowy błąd teorii Virchowa tkwił w tem, że w odkryciu swoim usiłował on widzieć klucz do rozwiązania wszystkich zagadnień życia naszego ustroju. Ten jednostronny pogląd Virchowa doprowadził go do tego, że nawet odwieczne zagadnienie choroby — „*Ens morbi*” usiłował rozwiązać wyłącznie jako sprawę lokalną. Nawet terapię starał się uzależnić od tej lub innej grupy komórek.

Hipnoza pod wpływem teorii Virchowa zaczęła jednak powoli ustępować. Sam Virchow musiał również odstąpić od swego nieprzejednanego stanowiska materialistycznego na rzecz tego samego witalizmu, przeciwko któremu walczył od samego początku.

(Dokończenie nastąpi.)

(D. c. n.)

Wiadomości bieżące

— W ostatniej chwili przed zamknięciem numeru otrzymaliśmy Program VII Zjazdu Polskiego Tow. Dermatologicznego w dniach 8 i 9 czerwca r. 1930 w Łodzi, którego już wydrukować nie mogliśmy. Przypominamy więc tylko o terminie Zjazdu,

— Ruch Służbowy

W Państwowej Służbie Zdrowia za m. kwiecień 1930 r.

W Zarządzie Centralnym.

Mianowani.

Dr. Kacprzak Marcin, Kierownik Oddziału w VI st. sl. w Państwowym Zakładzie Higjenu w Warszawie, Naczelnikiem Wydziału w V st. sl. dekretem z dnia 24. IV. 1930 r. W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia Zwolnieni.

Jarnińska Janina, prowizoryczny adjunkt kancelaryjny w IX st. sl. w Państwowym Zakładzie Higjenu w Warszawie na własną prośbę dekretem z dnia 29. IV. 1930 r.

We władzach II instancji:

W Tymczasowym Wydziale Samorządowym w likwidacji we Lwowie:

Przeniesieni na emeryturę;

Dr. Lipski Kazimierz, urzędnik V st. sl., na zasadzie art. 29 ustawy emerytalnej dekretem z dnia 17. IV. 1930 r.

We Władzach II instancji:

Mianowani:

Dr. Maciulewicz Edmund, inspektor lekarski w VI st. sl. w Urzędzie Wojewódzkim w Nowogródku, Naczelnikiem Wydziału w V st. sl. w dotychczasowym miejscu służbowym dekretem z dnia 24. IV. 1930 r.

Zawidzki Józef Wiktor, prowizoryczny Inspektor farmaceutyczny w VI st. sl. w Urzędzie Wojewódzkim w Łucku, inspektorem farmaceutycznym w VI st. sl. w dotychczasowym miejscu służbowym dekretem z dnia 14. IV. 1930 r.

Przeniesieni:

Dr. Salak Bolesław, Naczelnik Wydziału w V st. sl. w Urzędzie Wojewódzkim w Tarnopolu, na także stanowisko w dotychczasowym stopniu służbowym do Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie dekretem z dnia 14. IV. 1930 r.

We Władzach I instancji.

Mianowani:

Dr. Nowak Franciszek, kontraktowy lekarz powiatowy w Starostwie powiatowym w Wolsztynie, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sl. w temże Starostwie dekretem z dn. 5. IV. 1930 r.

Dr. Łuczkowski Waclaw, kontraktowy lekarz powiatowy w Starostwie powiatowym w Rawiczu, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sl. w temże Starostwie dekretem z dn. 5. IV. 1930 r.

Dr. Morawski Ignacy Stanisław, prow. lekarz powiatowy w Starostwie powiatowym w Sremie, lekarzem powiatowym w VII st. sl. w temże Starostwie dekretem z dnia 3. IV. 1930 r.

Dr. Nowakowski Mieczysław, prow. lekarz powiatowy w Starostwie powiatowym w Szubinie, lekarzem powiatowym w VII st. sl. w temże Starostwie dekretem z dn. 3. IV. 1930 r.

Dr. Białobrzski Antoni, prow. lekarz powiatowy w Starostwie powiatowym w Srodzie, lekarzem powiatowym w VII st. sl. w temże Starostwie dekretem z dn. 3. IV. 1930 r.

Dr. Rakowski Seweryn, kontraktowy lekarz powiatowy w Starostwie powiatowym w Smiglu, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sl. w temże Starostwie dekretem z dnia 5. IV. 1930 r.

Dr. Augustowicz Henryk, prow. lekarz powiatowy w Starostwie powiatowym w Odolanowie, lekarzem powiatowym w VI st. sl. w temże Starostwie dekretem z dnia 4. IV. 1930 r.

Dr. Stęszewski Czesław, kontraktowy lekarz powiatowy w Starostwie powiatowym w Koźminie, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sl. w temże Starostwie dekretem z dnia 5. IV. 1930 r.

Dr. Kowalski Włodzimierz, prow. lekarz powiatowy w Starostwie powiatowym w Łunińcu, lekarzem powiatowym w VII st. sl. w temże Starostwie dekretem z dnia 12. IV. 1930 r.

Związek Przeciwjagliczy.

W dniu 15. IV, 30 odbyła się w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych konferencja w sprawie utworzenia Związku Przeciwjagliczego.

Na konferencję tę zostało zaproszonych szereg osób, zainteresowanych zagadnieniem jaglicy i jej zwalczania ze sfer okulistycznych — fachowych (prof. Szymański, Doc. Melanowski, Dr. Czyżewski), rządowych (Dr. J. Adamski, Dr. Palester i Dr. Zachert — z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Dr. Górski — Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, Dr. Kopczyński — Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego), samorządowych (Dr. Cz. Wreczyński — Magistrat m. st. Warszawy) i społecznych (Dr. W. Chodźko, b. Minister Zdrowia Publicznego ze Związku Kas Chorych, Dr. Zembrzuski — Z Polskiego Czerwonego Krzyża i prof. Michałowicz — z Polskiego Komitetu Opieki nad Dzieckiem i t p.).

Konferencję zagał Dr. J. Adamski, zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia, poczem Dr. M. Zachert kierownik referatu zwalczania jaglicy w Departamencie Służby Zdrowia, przedstawił stan nasilenia jaglicy w kraju oraz dotychczasową organizację zwalczania tej kłęski społecznej u nas i zagranicą. Nasilenie jaglicy u nas w kraju nie jest zbyt silne; cierpieniem tem dotknięte jest średnio mniej, niż 10% ludności, jednakowoż w niektórych okolicach kraju, zwłaszcza na kresach południowo — wschodnich (Wileńszczyzna), a także na pograniczu zachodnim (woj. Łódzkie) jaglica występuje daleko częściej, stanowiąc kłeskę społeczną. Naogół też szerzenie się jaglicy u ludności powoduje straty społeczne (niezdolność do pracy i kalectwo) oraz jest dowodem niskiego stanu sanitarnego kraju i z tego powodu wszędzie winna być energicznie zwalczana.

W Polsce walka z jaglicą była prowadzona najpierw na terenie wojska (kompanje jaglicze), później na terenie zakładów opiekunczych (zakłady lecznicze dla dzieci jagliczych) i szkół (szkoły jaglicze), a wreszcie wśród ogółu ludności (przychodnie przeciwjaglicze i kolumny okulistyczne).

W akcji zwalczania jaglicy poza zainteresowanymi ministerstwami z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych na czele oraz samorządami terytorjalnymi, które w myśl dekretu Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczeniu jaglicy (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 333 z 1928 r.) w pierwszym rzędzie obowiązane są prowadzić akcję zwalczania jaglicy, współdziałały różne instytucje rządowe, samorządowe i społeczne, mianowicie: uniwersytety, kasy chorych, Polski Czerwony Krzyż, Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem, Tow. „Toz” i t. d.

W myśl wzmiankowanego dekretu o zwalczaniu jaglicy Ministerstwu Spraw Wewnętrznych przysługuje prawo nadzoru nad całokształtem akcji zwalczania jaglicy w kraju i koordynowania w ten sposób działalności wszystkich instytucyj w tym zakresie. Jednakowoż koordynacja działalności w drodze nadzoru z natury rzeczy musi polegać przede wszystkim na kontrolowaniu i uzgadnianiu działalności już istniejących instytucyj, co jest niewątpliwie funkcją ważną i pożyteczną dla podniesienia sprawności akcji, ale nie wyczerpuje jeszcze całości zagadnienia i racjonalnego jej rozwoju.

Wystarczy tu wskazać choćby na brak poparcia organifacyjnej akcji zwalczania jaglicy przez badania naukowe nad tą chorobą, a zwłaszcza na brak opracowania naukowych kryteriów rozpoznawania jaglicy, co niepomierne hamuje rozwój całej akcji, oraz na brak jednolitego poparcia akcji zwalczania jaglicy przez tak szeroko rozgałęzione instytucje, jak kasy chorych, aby zrozumieć konieczność ściślejszej współpracy w tym zakresie wszystkich zainteresowanym instytucyj.

Uwzględniając nasz ustrój prawny, gdzie sprawy zdrowia, a więc także jaglicy wchodzą w zakres kompetencji różnych ministerstw oraz różnych instytucyj, w celu zapewnienia

akcji zwalczania jaglicy jednolitego kierunku oraz wszechstronnego rozwoju wskazane jest utworzenie Związku dla zwalczania jaglicy na wzór Związku do zwalczania gruźlicy i Związku Przeciw - wenerycznego, którego zadaniem byłoby koordynowanie działalności na tem polu wszystkich czynników społecznych.

Konieczność takiej społecznej kolaboracji w zakresie zwalczania jaglicy rozumiano najpierw we Francji, gdzie w 1923 r. wskutek wzmożonego szerzenia się jaglicy po wojnie zawiązano Ligę Przeciwjagliczą. Liga ta rozwinęła energiczną działalność propagandową i naukową, znakomicie przyczyniając się do rozwoju akcji przeciwjagliczej nie tylko we Francji, ale niemal na całym świecie.

Ponieważ zagadnienie jaglicy interesuje niemal wszystkie kraje na świecie, a skuteczne zwalczanie tej kłęski możliwe jest tylko przy współdziałaniu międzynarodowym wszystkich zainteresowanych, przeto z inicjatywy Sekcji Higijeny Ligi Narodów i ostatniego Międzynarodowego Kongresu Okulistycznego w Amsterdamie zawiązuje się obecnie Międzynarodowy Związek dla zwalczania jaglicy.

Zadaniem tego Związku ma być przede wszystkim zbieranie i opracowywanie materiałów, dotyczących jaglicy i jej zwalczania na świecie, dalej wypracowywanie zasad i metod udzielania moralnej i materialnej pomocy w organizowaniu akcji zwalczania jaglicy w poszczególnych krajach.

Związek Międzynarodowy utworzony ma być ze związków krajowych. W konferencji wstępnej ze strony Polski brali udział prof. Szymański i dr. Zachert.

Wkrótce (w lipcu) ma odbyć się zebranie organizacyjne Związku Międzynarodowego. Aby Polska mogła brać udział w międzynarodowych pracach nad zwalczaniem jaglicy oraz korzystać z dobrodziejstw tej instytucji, konieczne jest utworzenie także u nas instytucji, któraby całokształt prac nad zwalczaniem jaglicy w Polsce mogła reprezentować.

Dlatego też tak ze względów wewnętrznych na dobro rozwój akcji przeciwjagliczej w Polsce, jak również ze względów międzynarodowych na potrzeby międzynarodowej współpracy w zakresie zwalczania jaglicy i korzystając z jej dobrodziejstw konieczne jest utworzenie Polskiego Związku Przeciwjagliczego.

W dyskusji nad tym referatem zabrali głos: dr. Wroczyński, doc. Melanowski, dr. Czyżewski, dr. Zembrzuski i dr. Górski, wypowiadając się za celowością i potrzebą utworzenia takiego Związku.

Na wniosek Dyrektora dr. Adamskiego powołano Komitet dla opracowania statutu Związku oraz jego działalności. W skład Komitetu weszli:

1 Zastępca Dyrektora dr. Adamski, 2. dr. Czyżewski, 3. doc. Melanowski, 4. prof. Szymański, 5. Dyr. dr. Wroczyński, 6. Dr. Zachert.

Na zakończenie dr. Zachert przedstawił zebranym sprawę międzynarodowej organizacji dla zapobiegania ślepotcie, która została zawiązana we wrześniu 1929 roku w Scheweningen, i zaproponował, aby upoważnić wybrany Komitet do szczegółowego zapoznania się z tem zagadnieniem oraz ewentualnego rozszerzenia zakresu Związku Przeciwjagliczego także na sprawy zapobiegania ślepotcie.

Przewodniczący Konferencji:

(—) Adamski.

— Akcja przeciw reumatyzmowi w Czechosłowacji.

Chcąc zwrócić uwagę jaknajszerszego ogółu społeczeństwa na reumatyzm, jako na ważną społeczną chorobę, urządziła czechosłowacka sekcja międzynarodowej ligi przeciw reumatyzmowi za inicjatywą sekretarza profesora Dr. Cmunty „tydzień przeciwreumatyzmowy” od 15 do 23 marca

b. r. Równocześnie odbył się doksztalający kurs dla lekarzy praktyków z następującym programem:

17. marca:

Prof. Dr. Cmunt: Klasyfikacja i rokowanie w chorobach stawów.

Prof. Dr. Kimla: Etiologia różnych schorzeń stawów.

Prof. Dr. Procházka: Reumatyzm jako poważna społeczna choroba.

Doc. Dr. Hu ebschmann: Stosunek chorób skórnych do aparatu ruchu

Dr. Volicer: Zmiany artrytyczne na śtosie pacierzowym (z diapozytywami).

Dr. Skokan: Wpływ klimatu na występowanie chorób aparatu ruchu.

Dr. Raçansky: Znaczenie płaskiej nogi w diagnostyce i terapii bóleści nogi (z demonstracjami).

18. marca:

Prof. Dr. Prusik: Sercowy reumatyzmus.

Prof. Dr. Eiselt: Schorzenia stawów w starości.

Prof. Dr. Luska: Reumatyzm w najwcześniejszym wieku.

Doc. Dr. Sigmund: Znaczenie roentgenologii dla diagnostyki chronicznych schorzeń stawów (z demonstracją zdjęć).

Dr. Drbohlav: Sero — i wakcynoterapia reumatyzmu.

Dr. Borovanská: Haematologia artrytyd

Doc. Dr. Janota: Stosunek neurologii do chorób stawów

19. marca:

Prof. Mladějovsky: Balneoterapia chorób stawów.

Prof. Dr. Jirásek: Chirurgiczne leczenie chorób stawów.

Prof. Dr. Precechtel: Związek między anginą, zapaleniem pobocznych jam twarzowych a zapaleniem stawów.

Doc. Dr. Divis: Spina bifida oculata i inne wrodzone lub nabyte zmiany śtosu pacierzowego jako przyczyny bolesnych afekcji nerwowych.

Prof. Dr. Cancik: Stosunek higieny mieszkania do chorób stawów i mięśni.

Dr. Koliu: Ocena niezdatności do pracy w chronicznych zapaleniach stawów.

Doc. Dr. Sulc: Ortopedyczna terapia schorzeń stawowych i mięśniowych.

20. Marca;

Dr. Condracék: Chemoterapia reumatyzmu.

Doc. Dr. Doskocil: Schorzenia stawów u starszych dzieci.

Doc. Dr. Paroulek: Stosunek chorób przemiany mater do chorób aparatu ruchu.

Prof. Dr. Cmunt: Szczepienie Cutiwakeyną Paula z demonstracjami.

Dr. Baxa: Terapia komplikacji i następstw reumatyzmu.

Dr. Lenocho: Elektro—i termoterapia schorzeń stawów.

W kursie wzięło udział więcej niż 100 lekarzy praktyków i lekarzy kas chorych.

Wykłady, które wyjaśniły problem reumatyzmu ze stanowiska każdego specjalisty wyjdą w najbliższym czasie w książce z resume w różnych obcych mowach.

Oprócz tego odbywały się popularne wykłady wysyłane również i radjem, po miastach i prowincji, przy których demonstrowano świetlne obrazy typowych schorzeń reumatycznych, aby w ten sposób zwrócić bacniejszą uwagę społeczeństwa na reumatyzm.

Dzienniki umieściły serje artykułów o reumatyzmie, w których głównie statystyczne dane o wpływie reumatyzmu na niezdolność do pracy budziły zgrozę; w ten sposób udało się jaskrawo uwidocznic znaczenie i powagę problemu reumatyzmu ze stanowiska zdrowia publicznego i społecznego.

— W sprawie przypadków śmiereci i zachorowań dzieci, szczepionych w Lubecce ochronnie przeciwko gruźlicy metodą Calmettea, donosi Klinische Wochenschr. z d. 31 maja r. b. co następuje: „Minister Spraw Wewnętrznych Rzeszy zażądał od wydziału zdrowia szczegółowego sprawozdania i wysłał do Lubeki rzeczoznawców celem zbadania sprawy. Hodowla gruźlicy była w lipcu r. 1929 sprowadzona od Calmettea i przeszczepiona w dalszym ciągu w Lubecce. Zaszczepiono ogółem 246 dzieci. Pierwszy przypadek śmiereci i pierwsze zachorowanie zdarzyły się 26 kwietnia r. b., poczem natychmiast zaprzestano dalszego wydawania szczepionki. Dotychczas stwierdzone przypadki śmiereci a prawdopodobnie i zachorowania spowodowane zostały przez gruźlicę, 11 ssawców zmarło na gruźlicę uogólnioną. Sprawa spustoszeń, wywołanych przez szczepionkę, wymaga dalszego wyswietlenia“.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

4.VI. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

1. Pokazy.

2. J. Lubczyński: Pasteryzacja i sterylizacja mleka w żywieniu niemowląt.

7. VI. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna

1. Wegierko: Współczesny stan leczenia moczówki cukrowej.

2. A. Goldman: Postępowanie w powikłaniach chirurgicznych moczówki cukrowej.

TRĘŚĆ: G. BYCHOWSKI. O psychoterapii nerwic narządowych. — H. LANDAU. O leczeniu niedokrewności złośliwej preparatami żołądka. — J. ROGIŃSKI. Objawy zwiastujące początek azotemji. — S. MISCHEL. Balneoterapia w świetle nowych poglądów. — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — L. ZAMENHOF. Przyrząd automatyczny do przepłukiwania ucha w ropotokach. — L. LUBLINER. Leysin sur Aigle. — B. NOWAKOWSKI i H. RABINOWICZ. Ołowica zawodowa w przemyśle akumulatorowym. — A. KRZYCZKOWSKI Co robiły Izby Lekarskie w 1928 r.? — L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny (c. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: G. BYCHOWSKI. La psychothérapie des organorévroses. — H. LANDAU. La thérapie de l'anémie pernicieuse par des produits de l'estomac. — J. ROGIŃSKI. Symptômes révélateurs d'une azotémie au début. — S. MISCHEL. La balnéothérapie d'après les opinions modernes. — L. ZAMENHOF. Appareil automatique pour le lavage de l'oreille atteinte de suppuration. — L. LUBLINER. Leysin sur Aigle. — B. NOWAKOWSKI et H. RABINOWICZ. Le saturnisme professionnel dans l'industrie d'accumulateurs. — A. KRZYCZKOWSKI. Qu'est-ce que les Chambres Médicales ont fait en 1928? — L. ZAMENHOF. L'histoire de médecine (suite).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300.—, pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 100.—, ćwierć str. zł. 80.—, ósma część str. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200.— do 400.—

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