

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8.34-48.

Rok IX

WARSZAWA, 28 KWIECZNIA 1932 R.

Nr. 17

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

O zespole klinicznym pęcherzykowo - wyrostkowym.

Podali

Dr. W. RÓBIN i Dr. M. REICHERT *).

I.

W ostatnich czasach coraz częściej spostrzegamy typ chorych, zgłaszających się do nas z powodu bólów w prawej połowie brzucha bez ściślejszego umiejscowienia. Chorzy ci nie podkreślają wyraźnie górnej lub dolnej części, a na zapytanie nie mogą odpowiedzieć, czy przeważają bóle w górnej, czy też w dolnej części prawej strony brzucha. Bóle te często nie mają charakteru napadowego, lecz są różnego natężenia i dają się odczuwać — raz w silniejszym stopniu w prawym podżebrzu, kiedyindziej — w prawym dole biodrowym lub wzdłuż okolicy wstępującej.

Przy badaniu obiektywnem również często stwierdzamy u tego typu chorych bądź bolesność całej prawej połowy brzucha, bądź tkliwość okolicy wątroby i woreczka żółciowego, jednocześnie z wyraźną bolesnością uciskową okolicy M. Burneya.

Obok wyżej wspomnianego typu ludzi chorych, że tak powiemy na „*dextropathia abd.*”, w ostatnich czasach często spotykamy się z następującym zjawiskiem: u chorych, dotkniętych niewątpliwem zapaleniem woreczka żółciowego, stwierdzamy niejednokrotnie bolesność zarówno pod-, jak i przedmiotową okolicy wyrostka robaczkowego, u osób zaś, u których wszelkie dane kliniczne (anamn., bad. rentg. i t. d.) przemawiają za istnieniem przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, spostrzegamy wyraźną tkliwość okolicy woreczka żółciowego i skargi na górny odcinek prawej strony brzucha.

Wprawiają więc nas tacy chorzy w zakłopotanie, stajemy bowiem przed trudną decyzją, czy mamy do czynienia z jednym tylko cierpieniem z odruchowemi objawami w innym odcinku, czy też ma tu miejsce współczesne i współzależne zachorowanie obu narządów, o to

podejrzanych, t. j. woreczka żółciowego i wyrostka robaczkowego.

Posiada to dla postępowania leczniczego w każdym przypadku niezmierną wagę, albowiem decyduje o kierunku dalszego postępowania i ewent. o potrzebie zabiegu chirurgicznego.

Ze te trudności nasuwają się często, a w czasach ostatnich znacznie częściej, niż dawniej, dowodzą coraz liczniejsze prace i rozważania różnych autorów, starających się wyjaśnić stosunek wzajemny i zależność woreczka żółciowego i wyrostka robaczkowego.

Fabricsius i Köhler podają naprz. ciekawą statystykę, że pomiędzy latami 1903 a 1914 na 667 appendektomij — jeden raz tylko dokonano jednocześnie wycięcia woreczka żółciowego, gdy pomiędzy rokiem 1914 a 1927 liczba dokonanych jednocześnie cholecystektomij wzrasta już do 113 na 539 appendektomij.

Erdmann — na 270 operacji wycięcia woreczka żółciowego zmuszony był w 137 przypadkach usunąć wyrostek robaczkowy, jako zmieniony chorobowo.

Według Moora i Da Franka zapalenie wyrostka robaczkowego występuje w 30% do 40% schorzeń woreczka żółciowego.

MacCarty stwierdził 69% chorych wyrostków u zmarłych po operacjach na drogach żółciowych.

Hinrichsen tylko w 2% spośród 331 przypadków kamicy żółciowej nie mógł wykryć zmian wyr. robaczkowego.

Według Starr Juda z kliniki Mayo znajdowano wyrostek zmieniony w 68% patologicznych pęcherzyków.

Mentzer i Stanley (A clin and pathol. study of cholecyst an cholel. Surg. Gyn. and obst. 1926) — cyt. według Scharfa — podają statystykę 612 sekcji, podług której 68% przypadków chorób dróg żółciowych wykazuje równocześnie zapalne, wzgl. nieżyłowe zmiany wyr. rob.

Luetkens i Gehrke (Organotherapie d. Leber u. Gallenwege. Münch. M. W. 1929 — cyt. według Scharfa) na 151 przypadków chorób

*) Odczyt wygłoszony w dn. 17.II. 1932 r. w Pol. Tow. Gastrol. i 12.IV. 32. w Zrzeszeniu Lekarzy.

dróg żółciowych stwierdzili w 27 równoczesne lub poprzedzające zapalenie wyrostka robaczk.

Deaver, cytowany przez Sylwana i Manheim'a (Hepatitis as a cause following appendectomy — Med. J. a. Rec. 1929) w 50 przypadkach schorzeń pęcherzyka żółciowego znalazł aż w 90% zmiany patologiczne w wyrostku robaczkowym.

Według innych statystyk waha się liczba zapaleń wyrost. rob. przy patologicznie zmienionym pęcherzyku żółciowym w dość szerokich granicach od 14,5% — 90% (Black, Deaver).

II.

Widzimy tedy, że liczni autorzy stwierdzili współistnienie obydwu cierpień zarówno na sekcjach, jak i na stole operacyjnym.

Klinika jednak do dnia dzisiejszego stanowczo za mało na to zwraca uwagę i stara się w każdym poszczególnym przypadku — *coûte que coûte* — skierować rozpoznanie na jeden z powyższych dwu narządów.

Oczywista rzecz, że z takiego jednostronnego zapatrywania wynikają błędy rozpoznawcze, przeoczenia i bardzo nieprzyjemne niespodzianki, często zagrażające poważnie życiu chorego, np. przy skierowaniu leczenia na woreczek żółciowy i stosowaniu silnych środków czyszczących nagle mogą wystąpić objawy zapalenia wyrostka robaczk. Są to wówczas prawdopodobnie tylko obostrzenia sprawy przewlekłej w wyrostku, spowodowane przez nieodpowiednie leczenie.

Kto wie, czy tak popularne w ostatnich czasach zażywanie środków czyszczących i stosowanie ich *largamane* w leczeniu kamicy żółciowej nie jest jedną z przyczyn częstszych obecnie zapaleń wyrost. robaczk.? Leczenie czyszczące oczywiście, nie spowoduje schorzenia zdrowego dotąd wyrostka robaczk., ale łatwo sprowokuje już przedtem chorego wyrostek robaczkowy, który żadnych objawów klinicznych nie dawał.

Pozwolimy sobie podać parę przykładów, ilustrujących niezbitie współistnienie obydwu cierpień, o których mowa:

Przykład 1. S. W., l. 22, panna, zgłosiła się 7.XI — 1931 r., od kilku lat cierpi na żołądek, ostatnio od kilku miesięcy pogorszenie. Łaknienie zmniejszone, odbijania puste, częsta zgaga, ściskanie w dołku, niezależnie od jedzenia, niekiedy budzące w nocy, przeszła 3 napady silnych bólów w dołku podsercowym, trwające kilka godzin, z dreszczami, wymiotami. Od czasu do czasu wymioty pokarmowe, po których następuje ulga. Straciła w ciągu paru miesięcy 6 kg. Pozatem skargi na bóle głowy, łatwe pocenie się, nieprawidłowe miesiączkowanie i ogólne osłabienie. Przy badaniu obiektywnym wyczuwa się na prawo od linii środkowej, w podżebrzu, okrągłe, miękkie, napięte ciało, bolesne na ucisk. Brzeg wątroby wyczuwalny bolesny, w pozycji pochylonej uderzenie wykazuje różnicę po stronie prawej*). Inne narządy bez zmian patologicznych. Okolica wyr. robaczk. niewrażliwa na ucisk. Zdjęcie rentg., wykonane przez Dr. Grynkrauta, stwierdza zgrubienie fałd śluzowych żołądka — *gastritis chr.* Splot słoneczny — bolesny na ucisk. Po śniadaniu próbnym mlecznym, L — 10, A — 34 — znaczna ilość śluzu i żółci. Chora z rozpoznaniem *cholecystitis chr.*, *gastritis chr. subacida* — została skierowana do lecznicy dla dalszej obserwacji. Pomimo zastosowania środków przeciwbólowych, okładów, wstrzykiwań cytotropiny i t. d. i t. d. bóle trwają niezmiennie, prawie stale.

*) Dr. Róbin. O wczesnych objawach zapalenia woreczka żółciowego.

Zalecono cholecystografię — (Dr. Grynkraut), przy czym woreczek żółciowy nie wypełnił się płynem kontrastowym, dając tylko lekki zarys ściany opasującej. Badanie krwi zmian patologicznych nie wykazało. Badanie zawartości dwunastnicy wykazało liczne skupienia leukocytów oraz pojedynczo ułożone od 15 — 20 — 25 w polu widzenia. Gdy po 6 dniach stan chorej nie poprawił się, dokonano operacji (Dr. Hurwicz), przy czym stwierdzono duży zgrubiały pęcherzyk żółciowy, w którym znaleziono 6 dużych kamieni żółciowych i około 200 małych. Pomimo zupełnego braku zarówno w wywiadach, jak i przy badaniu obiektywnym danych co do wyrostka robaczk., podczas zabiegu skontrolowano stan tego ostatniego i ku zdziwieniu stwierdzono niewątpliwie zmiany natury przewlekłej. Po rozcięciu usuniętego wyrostka robaczk. stwierdzono liczne drobne owrzodzenia na jego śluzówce.

W danym przypadku obok niewątpliwie czynnej sprawy pęcherzykowej, która dawała objawy kliniczne wyraźne i typowe, istniał proces zapalny w wyr. robaczk. — ukryty i żadnych objawów jawnych nie dający. Wycięcie wyrostka robaczk. uważać należy za bardzo korzystne i celowe dla chorej, albowiem po pewnym czasie sprawa wyrostkowa mogłaby ulec obostrzeniu i narazić chorą na duże niebezpieczeństwo i drugi zabieg. Chora zniosła zabieg bardzo dobrze i po 4 tyg. wyjechała do domu w stanie pomyślnym.

Przykład 2. Chora Z. A., l. 34, mężatka, dz. zgłosiła się dn. 5.III. 1931 r. Skarży się na bóle w lewym dole biodrowym, promieniujące do krzyża i prawej łopatki. Bólów atakowych nie miała. Przy badaniu stwierdza się wyłączną bolesność okolicy esicy. Przed rokiem w czasie ciąży — ostre zapalenie nerek. Ginekolog neguje istnienie sprawy ginekologicznej czynnej. Rentgen *per enema* wykazuje pętlę *S-Roman. sigma oblongatum*. Rektoskopia nie stwierdza żadnych wyraźnych zmian w odbytnicy, prostnicy do wysokości 22 cm., z wyjątkiem lekkiego zaczerwienienia w odbytnicy. Bad. krwi: Hb. 70%, Leuk. — 4.750, Limfoc. — 51%, Neutro — 49%. Wobec powyższych danych rozpoznanie było trudne, gdyż objawy podmiotowe nie zgadzały się z przedmiotowymi. 28.IV. chora podaje, że t° wieczorami często podwyższa się do 37, 1—2—3. Przy badaniu wyraźna bolesność w okolicy wyrost. robaczk. Ponowne badanie promieniami Rentgena wykazuje już wyraźnie zaleganie w *ileum* (96 g.), wyr. wypełniony niezupełnie — *append. chr.* Brzeg wątroby wyraźnie wyczuwalny, bolesny zarówno przy opukiwaniu, jak i w pozycji pochylonej. Tak więc rozpoznanie skłaniało się ku schorzeniu wyr. robaczk. w postaci przewlekłej, tem niemniej, wobec wyraźnych danych wątrobowych, nie można było wyłączyć początkowej sprawy pęcherzykowej, jakkolwiek żadnych napadów bólów w wywiadach nie zdołaliśmy stwierdzić. Chora pojechała do Franzensbadu, przybrała tam na wadze, lecz wskutek błędu dietetycznego jakoby zatrula się, musiała 2 tyg. spędzić w łóżku z powodu bólów w brzuchu, znów nietypowych, i t° 37, 1-4. 25 września 1931 r. — przy badaniu znów wyraźnie zaznaczona jest bolesność okolicy pęcherzyka żółciowego i wyr. robaczk. 8 października — po 4 tyg. pobycie w Otwocku — stan tenże, t° 37, 1-4, samoistnych bólów — niema. Badanie krwi wykazało jedynie limfocytozę (53%). Wobec trudności rozpoznawczych, nie dających możliwości absolutnej oceny ścisłego umiejscowienia schorzenia, zdecydowano poddać chorą zabiegowi wycięcia wyr. robaczk. i uzależnienia od stanu tegoż drugiego zabiegu, t. j. wycięcia pęcherzyka żółciowego. Operacja 22 października 1931 r. (Dr. Słowiejczyk) stwierdziła zrosty naokoło wyrostka, a wewnątrz kilka kamyczków kałowych. Powierzchnowa rewizja pęch. żółci. nie wykazała wydatnych, dających się wymacać zmian, wskutek czego pęcherzyk żółci. nie usunięto. 18 grudnia 1931 r., pomimo przybrania 3 kg., niewyraźne bóle w okolicy prawego podżebrza trwają, od czasu

do czasu — bóle silniejsze, stany podgorączkowe. Przy badaniu wyraźnie wyczuwa się powiększony brzeg wątroby, bolesny. Po usunięciu wyrostka robaczk. najwidoczniej cierpienie pęcherzyka żółc. nie uległo redukcji i może z biegiem czasu doprowadzić do typowych objawów pęcherzykowych.

Jako ilustracja możliwych trudności rozpoznawczych w tego rodzaju przypadkach, niech posłuży jeszcze następujący:

P r z y p a d e k 3: P. G., lat 50, z Warszawy, 3 sierpnia r. 1923 zjawił się ze skargami na bóle w dołku, zwłaszcza po jedzeniu, budzące w nocy, promieniujące do grzbietu, nie stałe. W wywiadach 7-mio tyg. kuracja „ulkusowa”, przeprowadzona przed kilku laty w Kijowie, i rentgenogram, który stwierdził *ulcus praepyloricum*. Przy badaniu objekt. wątroba powiększona na 2 palce, bolesna przy palpacji i perkusji. Kał krwi nie zawiera. Po dacie oszczędzającej, lekkiej i zastosowaniu lekkich alkaliów stan chorego się poprawił, przyczem poprawa trwała kilka miesięcy. 9-go lutego 1924 roku, t. j. po upływie 1/2 roku, chory zgłosił się ponownie z temi samymi objawami, t. j. z bólami w dołku, bólów napadowych nie miał. Przy badaniu zwraca uwagę wyraźne nacieczenie w okolicy kątnicy, ograniczone, bolesne. Nacieczenie to w tym samym stanie bez zmiany zostało stwierdzone po kilku dniach na naradzie z Dr. G r u n d z a c h e m. Wezwany chirurg, uważając nacieczenie za niewątpliwie następstwo zapalenia wyr. robaczk., jakkolwiek bez poprzedzającego napadu, radzi umieścić chorego w lecznicy celem dalszej obserwacji i ewent. operacji. Ku zdziwieniu nacieczenie po kilku dniach pobytu w lecznicy powoli znikło, gdy natomiast bóle w dołku pozostały w tym samym stopniu, jak również wątroba stała była obrzękła i bolesna. Wobec tego leczenie zostało skierowane wyłącznie na wątrobę, zastosowano 6-krotne wlewianie oliwy do dwunastnicy, poczem obiektywnie i subiektywnie sprawa ucichła. Chory jest w dalszej obserwacji od szeregu lat i ma się zupełnie dobrze.

III.

Jaką drogą może iść w tych razach oddziaływanie wzajemne obu narządów?

Stosunki anatomiczne stwarzają wdzięczne podłoże do wzajemnego oddziaływania patologicznego obu narządów.

Krew tętnicza dostaje się do wyr. robaczk. przez *art. ileo - colica*, odpływ żylny odbywa się przez te same nazwy żyły, która przez ujście do *v. mesenterica* niesie materiał infekcyjny do wątroby.

Delikatne mieszki (śluzówki, otaczające sieci naczyń chłonnych, łączą się przez grube naczynia chłonne, przebiegające w podśluzówce z naczyniami krezeczkami (*mesenteriolum*) i otrzewny. Chłonka wypływa częściowo do gruczołów w kącie kątniczo-biodrowym, częściowo do gruczołów krezkowych. Z wstępniczy i jelita biodrowego wychodzą grube pnie limfatyczne, łączące się z naczyniami chłonnymi wyr. robaczk. i biegnące w *mesocolon ascendens* na górną powierzchnię wątroby do jej więzadeł i do przepony. Nadto od wyr. robaczk., jak i od woreczka żółc. zdążają naczynia chłonne do głównego zbiornika (*cysterna chyli*), gdzie zarazki mogą ulec zmieszanemu, przyczem mogą być zawleczone do obu układów (I r g e r, D r a g u n, G i n z b e r g).

Niekiedy oddziaływanie patologiczne obu narządów dochodzi do skutku na drodze bezpośredniej, dzięki przyleganiu wskutek dużej ruchomości kątnicy.

Według Tripier i Paviot niekiedy sama otrzewna pośredniczy w wymianie materiału infekcyj-

nego, znajdowali oni bowiem często na niej dokoła pęcherzyka zmiany, docierające do wyrostka.

Wreszcie musimy podkreślić wzajemne oddziaływanie patologiczne obu narządów na drodze nerwowej. Liczne połączenia nerwowe, istniejące w jamie brzusznej, sprawiają, iż poprzez transformatory, jakimi są zwoje słoneczne, trzewny i krezkowy, bodźce patologiczne mogą się przemieszczać z jednego układu do drugiego, wywołując zmiany patologiczne czy to przez zaburzenie w krążeniu, czy przez dyskinezję itd. Np. według W e b e r a schorzały wyr. robaczk. wywołuje na drodze odruchowej (*n. splanchnicus*) atonię kiszki i pęcherzykową, powodując warunki korzystne dla zastojów żółci.

Według W e b e r a przez odpływ krwi żyłnej z okolicy wyr. robaczk. do żyły bramnej dostają się nie tak rzadko drobnoustroje do wątroby (ropnie wątroby). Z drugiej strony przepływają te bakterie przez wątrobę, nie wywierając swego destrukcyjnego działania, gdyż wątroba, przez swój specjalnie zbudowany układ naczyń, usuwa te drobnoustroje szybko do dróg żółciowych. Zdarza się wówczas, iż wyżej wspomniane bakterie wywołują zmiany zapalne w drobnych i większych drogach żółciowych, jak i w pęcherzyku żółc., sprowadzając *cholangitis et cholecystitis descendens*.

B o i t, R a u t i S t e g e m a n n uważają, iż infekcja pęcherzyka żółc. na drodze żyły bramnej albo tętnicy wątrobowej występuje znacznie częściej, niż na drodze przewodu żółc. wspólnego, drodze, dawniej uważanej za najczęstszą, obecnie przyjętej tylko dla pał. okrężnicy, robaków i pierwotniaków jelit. Z tego powodu często występuje zapalenie pęcherz. żółc. w przebiegu *appendicitis* albo schorzeń durowych, oraz fakt, że w ropie w zapaleniu pęcherz. żółc. zawsze stwierdza się czystą hodowlę bakterjologiczną — nigdy mieszaną typową bakterij kiszki.

W niedawno ogłoszonej w Gastr. Polskiej 1931, Nr. 2 ciekawej pracy rozstrząsa S c h a r f z Karlsbadu wpływ wyrostka robaczkowego na pęcherzyk żółciowy, przyjmując, że istnieje korelacja tych dwu narządów.

Autor cytuje między innymi doświadczenia V o r s c h ü t z a (Der Magenschmerz bei Append. Deut. Med. Woch, 1922), który wstrzykiwał tusz chiński do wyrostka robaczk., poczem uwidaczniały się czarne smugi naczyń chłonnych, ciągnące się (promienisto) ku zwojowi słonecznemu.

G a r b a i J a k o b i (Gallensekretion u. ihre Beziehung zu rectalen Instillationen. Arch. In. Med. 1929) przez wstrzykiwanie do odbytnicy 150 cm. roztworu fizjol. soli kuch. lub 100 gr. dekstrozy uzyskiwali żółciotok przez zgłębnik dwunastniczy.

S c h a r f wyprowadza stąd wniosek, że podrażnienie w obrębie wyrostka robaczk. może wywołać u ludzi z nadmierną pobudliwością układu wegetatywnego zaburzenia odruchowe na przeciwnym końcu łuku odruchowego.

Z obserwacji klinicznej dużej liczby przypadków dochodzi powyższy autor do wniosku, iż wycięcie wyr. robaczk. u ludzi z nadmierną pobudliwością układu nerwowego roślinnego stanowi tak silny bodziec, iż tenże z łatwością na drogach odruchowych prowadzi do zaburzeń ruchowych i wydzielniczych w aparacie wątrobowo-żółciowym, a w dalszym ciągu, przy sprzyjających warunkach, jakoto — zakażenie przez zarazki miejscowe lub przeniesione, nadmiar barwników żółciowych we krwi, obniżenie kwasoty żołądkowej — do rozwinięcia się stanów zapalno-chorobowych w drogach

żółciowych. Dalej uważa Scharf, iż bodziec ośrodkowy (psychiczny), przedostawszy się przez wielkie sploty trzewne, zamiast rozmieścić się jednostajnie po różnych narządach brzusznych, wobec braku wyrostka robaczk. i zakłóconej równowagi odruchów, przenosi się ze wzmożoną siłą na sąsiednie koryta i znów — w razie obecności odpowiednio przygotowanego podłoża — doprowadza do zaburzeń i chorób w zakresie przewodów żółciowych.

Keher, badając pęcherzyk żółciowy po appendektomji, często znajdował w nim takie zmiany histopatologiczne, które wyłączały *restitutio ad integrum*, podkreśla przytem, iż gołem okiem i obmacywaniem żadnych zmian patologicznych, uprawniających do usunięcia tego narządu, często w takich razach nie stwierdzał.

Według Weiga źródła obu schorzeń należy szukać w jelitach; dokładnie i skrupulatnie zebrana anamneza nieraz wyświeśla te stosunki patologiczne.

Fabricius i Köhler na zasadzie zebranych przez siebie przypadków ułożyli skalę częstości występowania schorzeń obu narządów, przyczem stwierdzili:

- 1) częstsze występowanie schorzenia pęch. żółc. i zapalenia wyrostka robaczkowego;
- 2) jednoczesne występowanie obu schorzeń;
- 3) występowanie zapalenia pęcherzyka żółc. na plan pierwszy przy chorym wyr. robaczkowym;
- 4) powikłania ze strony trzustki i owrzod. dwunastnicy w zapaleniu wyrostka robaczk.

Z polskich autorów oprócz wyżej wymienionego Scharfa, zabierał głos w tej sprawie Szerszyński, który podkreśla częstość występowania jednoczesnego zapalenia wyr. robaczk. i pęcherzyka żółciowego. G. Kremer (Otwock) w broszurze, traktującej o leczeniu szczepionkowym schorzeń pęcherzykowych i wyrostkowych, również wspomina o współistnieniu obu cierpień; — uważa jako wspólny moment etiologiczny zakażenie bakteryjne — w pierwszym rzędzie lasecznikiem okrężnicy; sam stosuje więc w tych razach leczenie szczepionkami.

Szkoła francuska najwcześniej podkreślała łączność schorzenia wyrostkowo - pęcherzykowego.

Już w r. 1905 Dieulafoy wypowiedział następującą sentencję: „L'appendicite et la cholecystite s'appellent, se combinent, s'accouplent et de cet accouplement dont l'apparition est tantôt brusque et aiguë, tantôt lente et progressive, nait un etat complexe: l'appendiculo-cholecystite”.

W roku 1922 Gaston Durand i M. E. Binet na znacznym materiale klinicznym zestawiają zespół pęcherzykowo-wyrostkowy, a w 2 lata później włączają wyżej wspomniany zespół chorobowy do stworzonej przez siebie jednostki klinicznej — „*typhlo-cholecystitis*”.

W tym samym prawie czasie opisali wyżej wspomniane zespoły Aine, jako „syndrome bilio-colitique”, Brule i Garban, jako „syndrome entero-hepatique”, oraz Oddo i de Luna, jako „sympathèse digestive”.

Nadto pisali o tem Lardennois, Enriquez, R. Gutmann, Brunier.

IV.

Z powyższych prac możemy wyciągnąć tylko ten wniosek, że niewątpliwie jest możliwe wzajemne oddziaływanie wyr. żół-

ciowego i wyrostka robaczkowego i jednoczesne powstawanie schorzeń obu narządów, bądź jednocześnie naskutek tej samej przyczyny infekcyjnej czy innej, bądź następczo, jeśli schorzenie jednego z tych narządów pociąga za sobą dopiero po pewnym czasie schorzenie drugiego.

Jakież nasuwają się rozważania co do postępowania w stosunku do takich chorych?

Leczenie przedewszystkiem nie powinno rozdzielać tego, co klinika łączy. Abstrahujemy od przypadków, które od samego początku należą do chirurgów, jak: ostrego zapalenia wyr. robaczk., zamknięcia zupełne przewodu żółc. wspólnego itd. Przypadki przewlekłe rekrutują się przeważnie z materiału, gdzie rozpoznanie schorzenia dwubiegunowego zostało postawione w późniejszych etapach choroby. Istnieje stan bólowy całej prawej połowy brzucha („flanc droit douloureux” — F. Rammond i Zizine) (*dextropathia*) z zaburzeniami neuropatycznymi, tak często przyłączającymi się do tego schorzenia i b. często pozostającymi nawet po zabiegu.

W wielu przypadkach tego typu powstaje pytanie, czy poddać chorego zabiegowi i jakiemu?

Bezkrwotyczne oddawanie każdego z takich chorych w ręce chirurga nigdy nie powinno mieć miejsca, często bowiem wygaśnięcie sprawy w jednym ze schorzonych biegunów uspakaja i drugi. Jakkolwiek tedy nie możemy się zgodzić ze stanowiskiem Aschoffa, który twierdzi, że $\frac{3}{4}$ ogółu ludzi przechodzi bezkarnie zapalenie wyr. robaczk. i na tej zasadzie ogranicza wskazania operacyjne w tem cierpieniu, — jednakże jest faktem, że przy zbyt pochopnem stawianiu wskazań do zabiegu na wyrostku nieraz usuwamy wyrostki zdrowe — według Ortha, Fraenkla i Aschoffa do 10%. A bynajmniej niedowiedzioną jest rzeczą, czy wyrostek robaczkowy jest szczątkowym i zbytecznym zupełnie narządem i czy może być bezkarnie usuwany (Browicz, Kostanecki, Scharf).

Robinson przez wstrzykiwanie podskórne wysuszonej, wyjałowionej, sproszkowanej i roztartej z gliceryną śluzówki wyr. robaczk. spostrzegł u królika występowanie naglejszego i dokładniejszego wypróżnienia okrężnicy.

Według Heile istnieje stosunek między unerwieniem zastawki kątniczo-biodrowej i wyr. robaczk., przyczem usunięcie tego ostatniego ma powodować niedomogę zastawki.

Kleim przypisuje wyr. wytwarzanie leukocytów celem obrony przed zakażeniem itd.

Podobnie rzecz ma się z pęcherz. żółc. I jego znaczenie fizjologiczne w ustroju nie jest jeszcze ostatecznie wyświetlone. Jak wiadomo, przypisują mu autorzy następujące czynności:

- 1) stanowi rozerwoar żółci,
- 2) reguluje strumień żółci dla utrzymania odpowiedniego napięcia w drogach żółciowych,
- 3) jest aparatem zagęszczającym (Gassman).

Podzielając zatem koncepcję Browicza, iż niema narządu zbytecznego w ustroju ludzkim, należy w każdym przypadku ściśle rozważyć wskazanie do zabiegu.

Mimo to najczęściej musimy w tych razach doraźać zabieg chirurgiczny, głównie ze względu na niebezpieczeństwo, zagrażające ze strony chorego wyrostka robaczkowego. Podczas zabiegu należy jednak zawsze poddać ściślejszej rewizji pęcherz. żółciowy, nie za-

dawalając się bynajmniej obmacywaniem go i stwierdzeniem braku w nim kamieni.

Jeśli jest powiększony, zgrubiały, w zrostach, należy go usunąć, o ile, oczywiście, stan chorego na to pozwala. W całej rozciągłości poprzec należy stanowisko w tym względzie *Aschoffa*, który podkreśla, że może nie być zmian makroskopowych, lecz tylko mikroskopowe w drogach *Luschki* naprz., i te potem stanowić mogą źródło ciągłej infekcji błony śluzowej pęcherz. żółciowego.

Vice versa, jeśli dokonywamy zabiegu na tym ostatnim, zawsze należy sprawdzać stan wyrostka robaczkowego i, o ile możliwości, usuwać go przy stwierdzeniu bodaj nieznacznych zmian chorobowych.

Bardzo pouczający pod tym względem jest nasz przypadek Nr. 1, wyżej przytoczony, panny S. W., u której podczas zabiegu na pęcherz. żółc. stwierdzono zmiany zapalne w wyrostku robaczkowym, który klinicznie żadnych objawów nie dawał.

Jeśli będziemy tą drogą postępowali stale i w przypadkach cierpienia dwubiegunowego o charakterze nietypowym mieć będziemy na uwadze obydwa bieguny tej „dekstropatji“, nie narazimy się na to, że chory po dokonaniu operacji na jednym z obu narządów dalej cierpieć będzie, i że zmuszeni będziemy do wykonania zabiegu na drugim. Fakty takie spostrzegamy wszyscy, a w literaturze znany jest pouczający również przypadek *Chenuta* i *Bordeaux* (Congrès de Chir. 1927), w którym chory, operowany podczas III napadu wyrostkowego, przyczem wyjęto wyrostek zgangrenowany i owrzodziały, musiał po 8 dniach poddać się nowemu zabiegowi z powodu ostrych zaburzeń pęcherzykowych. Albo przypadek *Caplesco* z Bukaresztu

(Bull. Acad. méd. 1924), w którym, odwrotnie, w 2 miesiące po wycięciu zropiałego pęcherzyka żółciowego, wobec ciągłych nieustających bólów, musiano usunąć wyrostek robaczkowy, poczem dopiero chory do zdrowia zupełnego powrócił.

PIŚMIENICTWO:

1) *La typhlo-cholecystite* — *Gaston Durand* et *M. E. Binet*, Méd. et chirurg. pratique. 2) O znakach rozpoznawczych zapal. wyr. robaczk. *D. M. Blassberg*, Odcz. Klin. Gaz. Lek., Nr. 226, 27. 3) Choroby pęch. żółc. w następstwie wycięcia wyr. robaczk. — *J. Scharf*, Gastr. Polska, Nr. 2, t. III. 4) Wyr. robaczk. a pęch. żółc. z punktu widz. klin. — *B. Szerezyński*, Pol. Przegl. Chir., 1931, T. X, Nr. 2/3. 5) Ropnie w wątrobie metast. w przebiegu append. — *Korczyński*, Przegląd Lek., Kraków, 1913. 6) *Über gleichzeitige Erkrankungen d. Gallenblase u. des Wurmfortsatzes* — *H. Kehr*, Jahresbericht d. Kehr-Rohden'schen Privatklin. in Halberstadt Gruben, 1902, 33—42. 7) *J. Dalsace* — Presse Med. Nr. 38, Janv. 4.30. Appendicite - Cholecystite. 8) *Irgers* — Appendicitis und Cholelithiasis, Arch. f. klin. Chirurg. 1928, (str. 400). 9) *Caplescu* — Cholecystites sont d'origine appendic., Bulletin de l'Academie de Méd., 1924 (str. 869). 10) *Weyer* — Appendicitis in der Genese der Entzündung des Gallenwege, Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 1910 (str. 924). 11) *Browicz* — O znaczeniu biolog. wyr. rob. Pol. Gaz. Lek., 1927, Nr. 34. 12) *Fabricius u. Köhler* — Besteht ein Zusammenhang zwischen Cholelithiasis u. Append., Wien. klin. Woch., 1928 (str. 368). 13) *Hinrichsen* — Beiträge zur klin. Chir. 1927 (str. 149). 14) *Ramond et Parturier* — Cholecystite et appendic. chron., Presse Med. 1926. 15) *E. Kremer* — Leczenie szczepionk. kamicy żółc. i stanów zapalnych wyr. robaczk.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Państwowego Zakładu Higjony

Dział Bakteriologii i Medycyny Doświadczalnej.

(Dyr.: Prof. Dr. L. Hirszfeld).

Modyfikacja odczynu citocholowego *Sachsa* i *Witebskyego* (odczyn citochol II).

Podawała

Zofja MILIŃSKA-SZWOJNICKA (Warszawa).

W Nr. 43 Klin. Wschr. z roku 1931 ukazała się praca *Sachsa* i *Witebskyego* o pewnej modyfikacji odczynu citocholowego, polegającej na dwufazowym rozcieńczeniu antygeny. Jako antygen używa się wyciągu, przygotowanego tak, jak do oryginalnego odczynu citocholowego, t. zn. zwykłego antygeny do odczynu lentocholowego *Sachsa* i *Georgiego*, odparowanego do sucha. Osad rozcieńczony alkoholem 96% w stosunku 1 część alkoholu do 3 części odparowanego wyciągu. Ilość dodanej cholesteryny waha się od 2—6 mgr. na 1 cm³, zależnie od wymiaremierzania. Do modyfikacji odczynu citocholowego (nazwiemy ją citochol II.) rozcieńcza się antygen w stosunku 1:12 dwufazowo: Odmierzoną uprzednio ilość soli kuchennej 0.9% dolewa się do antygeny, wziętego w ilości dwa razy mniejszej, (np. 6 cm³ soli 0.9% i 3 cm³ antygeny), poczem mieszaninę tę przelewa się trzykrotnie z jednej próbówki do

drugiej, a następnie, po upływie 5 minut stania w t^o pokojowej, dolewa się dziewięciokrotną w stosunku do wziętego antygeny ilość roztworu soli kuchennej (0.9%).

Sam odczyn nastawia się z surowicą nieczynną. Należy do 0.2 cm³ surowicy dodać 0.2 cm³ rozcieńczonego antygeny, trząść na trzęsawce 3—4 minut, potem dodać 1 cm³ roztworu 0.9% soli kuchennej i odczytać. Do kontroli bierze się antygen w dawce takiej samej, jak do odczynu, dodając nadto 1—2 kropel 40% formaliny. Za pomocą tej metody zbadano równolegle z odczynem *Bordet-Wassermanna* 1237 surowic.

Jak widzimy z załączonej tablicy, 239 surowic dawało dodatni wynik zarówno w odczynie *Bordet-Wassermanna*, jak i w odczynie citochol II, zgodność zatem wynosiła 100%. Co się tyczy reszty surowic, to na 998 przypadków, w których odczyn *Bordet-Wassermanna* był ujemny, odczyn citochol II w 958 surowicach dał wynik również ujemny, w 40 zaś surowicach dodatni (1 surowica ++++, 19+++ i 20+). Zgodność tych obu odczynów wynosiła 96.3%. 40 surowic z liczby niezgodnych trzeba odnieść raczej na korzyść odczynu citochol II, albowiem było to:

31 surowic *lues latens* leczony

1	„	matki, u której dziecka W.++++
1	„	dziecka, u którego matka B.W.++++
7	„	bez anamnezy.

Odczyn citochol I (oryginalny) i citochol II prze-
robiono porównawczo na 1154 surowicach.

Tablica Nr. 1.

Odczyn Bordet- Wasser- manna	Odczyn citochol II				
	+++	++	+	+	-
+++	145	123	22		
++	27	14	10	3	
+	33	11	15	7	
+	34	3	12	19	
-	998	1	19	20	958
Ra- zem	1237				

Tablica Nr. 2

Odczyn Citochol I	Odczyn citochol II				
	+++	++	+	+	-
+++	119	119			
++	74	20	54		
+	47	1	13	33	
+					
-	914		5	8	901
Ra- zem	1154				

W 240 surowicach zarówno odczyn citochol I,
jak i citochol II wypadły dodatnio.

Na 940 surowic, w których citochol I był ujemny,
odczyn citochol II dał wynik również ujemny
w 901 surowicach, w 13 zaś przypadkach dodatnio.
Te wyniki dodatnie trzeba odnieść raczej na korzyść
odczynu citochol II, były to bowiem:

12 surowic *lues latens* leczony
1 surowica bez anamnezy.

Jak widać z powyższej tablicy, odczyn citochol II
jest nieco czulszy od odczynu citochol I.

Oprócz swych walorów rozpoznawczych, me-
toda citochol II jest znacznie tańsza ze względu
na zużywanie dużo mniejszej ilości antygenu, a
tem samym i alkoholu, który jest dość kosztowny.
Przemawiałoby to za wprowadzeniem tej metody

do serodjagnostyki kiły i szerokiem zastosowaniem
jej w praktyce laboratoryjnej.

PIŚMIENICTWO.

H. Sachs und E. Witebsky, Klin. Wschr.
1928 Nr. 26, 1233; 1929 Nr. 5, 210; 1931 Nr. 43, 1993;
S z w o j n i c k a. Medycyna Doświadczalna i Społeczna 1931
tom XIII.

Z II-a Oddziału Chirurgicznego Szpitala na Czystem.

(Ordynator: Dr. med. M. L ub e l s k i).

Leczenie chirurgiczne przetok kałowych.

Podał

Dr. med. Jakób Konrad SZPILMAN (Warszawa).

Rurkowatą cieśń wysłaną nabłonkiem albo
ziarniną, wrodzoną lub nabytą, nieprawidłowo łą-
cząca powierzchnię ciała z prawidłową wewnętrzną
jamą, kanałem, gruczołem — nazywamy przetoką
zewnątrzną.

Takąż cieśń, łączącą dwa organy (jelito z pę-
cherzykiem, pęcherzem, pochwą i t. d.) nazywamy
przetoką wewnętrzną.

Przetoki, wydzielające nazewnątrz, mające je-
den poczęści otwór, są to przetoki niezupełne.
Przetoki mające dwa otwory, nazywamy zupełnymi.
Co do jakości wydzielin lub wydaliny odróżniamy—
przetoki ropne, kałowe, moczowe, ślinne i t. d.
Podział może również nastąpić z punktu widzenia
anatomicznego, przyczynowego—przetoki pęcherzo-
we, pochwowe, jelitowe, żołądkowe, z kości i t. d.

Do zewnętrznych przetok jelitowych, z któ-
rych stale lub przemijająco wydziela się zawartość
jelitowa nazewnątrz, należą przetoki kałowe. Po-
wstanie tych przetok bywa różnorakie:

1) Uszkodzenie powłok brzusznych (ostre
i tępe).

Rany, przenikające przez powłoki brzuszne
do jelit, uszkadzają je. Uszkodzona pętla jelita wy-
pada. Zranione jelito zlepia się listkami otrzewny
uszkodzonej powłoki brzusznej, i tu się tworzy
przetoka (przetoka pośrednia). Lub też z uszko-
dzonego jelita wypływająca zawartość prowadzi do
miejscowego zapalenia otrzewny, ropnia kałowego,
który przebija się przez ranę na zewnątrz (pre-
toka bezpośrednia). Urazy tępe a mocne mogą
również doprowadzić do przetok kałowych. Mecha-
nizm ich powstania jest mniej więcej podobny do
powyższych.

2) Przepukliny uwięzłe.

Martwiczo zmieniona pętla jelita uwięzłego
doprowadza do ropnego zapalenia worka przepu-
klinowego. W dalszym rozwoju choroby może po-
wstać przetoka.

3) Procesy wrzodziejące i nowotwory jelit
(ropne zapalenie wyrostka, gruźlica, promienica,
rak i t. d.).

4) Sprawy zapalne lub swoiste, wychodzące
z powłok brzusznych, z otrzewnej, mogą doprowa-
dzić do przebiccia jelita i utworzenia przetoki kał-
owej. Swoiste sprawy kości biodrowej. Utworzenie

się ropnia zimnego, przebicie się jego w kierunku jelita.

5) Wreszcie przetoki, zrobione ręką chirurga rozmyślnie w celach leczniczych (odżywcze i kałowe—*enterostomia, fistula stercoralis*), jakoteż powstałe przez nieuwagę, a czasem i wadliwą technikę operacyjną.

Tak oto powstałe przetoki możemy mieć wszędzie na powłokach brzusznych i przyległych okolicach (moszna, udo, pośladki*). Najczęściej powstają na powłokach brzusznych w okolicy kątniczopachwinowej, a to z racji pochodzenia schorzeń w tych miejscach. Długość przetoki jest rozmaita. Co do kształtu, rozróżniamy pośrednie i bezpośrednie.

Cieśń może być wysłana śluzówką jelita, rzadko kiedy naskórkiem. Mamy wtedy przewód krótki i mówimy o przetoce wargowej, lub też przewód długi o kształcie rurki wysłanej ziarniną—mówimy wtedy o przetoce rurkowej.

Powikłanie powyższe zdarza się u osób obojga płci w wieku średnim. Ciekawe jest, że przetoki kałowe jako powikłanie po przebytem zapaleniu wyrostka robaczkowego, zdarzają się częściej u kobiet, zaś u mężczyzn z powodu przepukliny uwięzłej. Najczęściej jednak powstają przetoki kałowe jako powikłania zapalenia wyrostka robaczkowego.

Przyczyna tkwi najprawdopodobniej nie w samym wyrostku robaczkowym, lecz w uszkodzonej ścianie przylegającego jelita lub kątnicy. Zgorzeliwy wyrostek zlepia się ze ścianą jelita cienkiego lub kątnicy, i tą drogą następuje przedziurawienie. Druga możliwość—to odleżyna, powstała na ścianie kątnicy lub jelita cienkiego z racji wprowadzonych twardych sączków. Często również i wadliwa technika jest przyczyną. Zbyt brutalne obchodzenie się z tkankami w tak zmienionym środowisku sprzyja powstaniu przetoki kałowej pooperacyjnej. W normalnych warunkach, gdzie tylko sam wyrostek jest zajęty, uszkodzenie ściany jelita lub kątnicy jest nie do pomyślenia. Musi sąsiadująca ściana jelita dotknięta być wtórnymi zmianami zwyrodnienia.

Przetoki kałowe, jako powikłania po uwięzłych przepuklinach, występują rzadziej. Chorzy po części z powodu złego stanu ogólnego, zapalenia otrzewny giną. Powstają one z racji zbyt długiego uwięźnięcia pętli jelita i następnej martwicy. Potem następuje posokowate zapalenie worka, ropień kałowy i często przebicie nazewnątrz. Te powikłania, jak już wyżej podałem, częściej zdarzają się u mężczyzn.

Termin powstania przetoki od chwili choroby, ewentualnie zabiegu operacyjnego, jest różnorodny—od kilku dni do kilkunastu, może i kilku tygodni. Czasem bywa i tak, że w kilka miesięcy nawet po dokonany zabiegu i dokładnem zagojeniu, jak to zdarzyło się w jednym z naszych przypadków, który pozwolę sobie zacytować.

W kilka miesięcy po dokonany zabiegu usunięcia wyrostka robaczkowego i dobrem zagojeniu rany pooperacyjnej chora wraca na oddział z bólami brzucha, podniesioną, wahałą się ciepłotą i wybitną bolesnością na miejscu blizny, właściwie dolnego jej bieguna. Mdłości, stolce zaparte, język zleńka obłożony. W kilka dni później stwierdza się chęłbo-

tanie w miejscu bolesnem. Po wykonaniu cięcia wydobyła się ropa z domieszką kału.

Zawsze w miejscu przetoki na skórze widziemy owrzodzenie, dochodzące często do większych rozmiarów. Światło przetoki wypełnione jest ziarniną, naskórkiem lub śluzówką blisko leżącego jelita, która często wypada (*prolapsus mucosae*). Przy złej pielęgnacji skóry i obfitym ropokąłotoku zjawia się często uporczywy wyprysk. W przypadkach przetok wyżej położonego odcinka jelita spotykamy częściej wyprysk. Zależne to jest również od jakości przyjmowanych pokarmów i wydzielanego kału.

Stan taki dla chorego jest bardzo uciążliwy. Męczy, dokucza i wycieńcza go. Chorzy się denerwują, stają się apatyczni. Brzydzą się siebie na widok niestrawionych resztek pokarmowych, wydzielających się z przetoki. Są podejrzliwi, tracą wiarę w wyleczenie i zaufanie do lekarza. Stają się neurastenikami.

Niezawsze jednak z początku możemy rozpoznać obecność przetoki kałowej. Skąpa wydzielina z rany pooperacyjnej lekko zabarwiona niby kałem, nawet z domieszką zapachu swoistego nie przemawia jeszcze za utworzeniem się przetoki kałowej. Może to być wydzielina posokowata po rozpadłym oderwanym kikucie wyrostka robaczkowego lub części ściany jelita, zmienionej zapalnie. Zapach nie jest również pewnym dowodem. Ropne stany zapalne, toczące się między jelitami z racji przenikania *bacterium coli*, nabierają jego zapachu, t.j. zapachu zawartości jelita. Naodwrot—zawartość jelitowa wyższych odcinków jest bezwonna.

W razie niemożności rozpoznania zawartości przetoki uciekamy się do badania drobnowidzowego. Dopiero stwierdzenie pod mikroskopem włókien mięsnych, skrobi, włókien roślinnych upewnia nas o obecności przetoki kałowej. Przez podanie dostępnych środków i pokarmów, jak mak, drobno siekana marchewka, błękit metylenu, barytu, możemy sobie ułatwić rozpoznanie. Możemy również zorientować się i szczegółowo prześledzić długość, szerokość i kierunek przetoki za pomocą promieni Roentgena. Wstrzykujemy do przetoki pastę bismutową, ogrzaną pod słabem ciśnieniem. (*Bismuti carbon. 30,0, Vaselini fl. 60,0*). Zamiast pasty wstrzykujemy też 25% bromek potasu.

Od wczesnego i właściwego rozpoznania zależy los chorego i dalszy przebieg leczenia.

Z chwilą rozpoznania przetoki kałowej należy natychmiast usunąć sączek gumowy i zastąpić go gazą. Chorego nie wypuszczać z łóżka, uregulować djetę. Małe ilości płynów. Podawać pokarmy papkowate, stałe; unikać pokarmów, zawierających błonnik. Do tej unormowanej djety dodajemy zazwyczaj 3 x dziennie po 5 kropel makowca. Osobnikom, dobrze odżywionym, otyłym, zalecamy jednodniowy post raz na tydzień. Częste wanny.

Miejscowo — częste i staranne pielęgnowanie skóry wokoło przetoki — (oliwa, cynkowa lub bor-na maść).

O ile światło przetoki jest o małym przekroju i wypełnione ziarniną, to powyższe postępowanie szybko doprowadzić winno do samoistnego zamknięcia się przetoki kałowej.

Przetoki o świetle, wypełnionem śluzówką,

*) Przypadek Prof. Dr. Leśniewskiego.

zachodzącą poza obręb skóry, nie rokują dodatniego wyniku leczenia zachowawczego. Mimo diety, wzorowego pielęgnowania skóry, kąpieli, niszczenia śluzówki azotanem srebra lub żegadłem Paque i lin a sprawa się nie cofa. Niekiedy światło przetoki się powiększa, i wycisowuje się dość spora część jelita, przypominając sterzcący pomidor w ranie.

Leczenie zachowawcze tych przypadków jest uciążliwe, bezcelowe i najczęściej nieskuteczne. Musimy przystąpić wtedy do zabiegu operacyjnego

Zasadniczo mamy dwie drogi operacyjne: pozaotrzewnową i wewnątrzotrzewnową.

Do sposobów pozaotrzewnowych należą: obszycie przetoki i operacje wytwórcze celem zamknięcia przetoki.

Obszycie przetoki może się odbyć bez otwarcia powłok brzusznych. Odświeża się światło przetoki, zbliża się brzegi rany i nakłada się szew srebrny lub z nitki jedwabnej okrężnie albo przez przetokę. Można też po odświeżeniu skóry i oddzieleniu ścian jelita od powłok brzusznych nałożyć szwy wpuklające, a później skórne.

Dalszą modyfikacją tego zabiegu jest operacja wytwórcza, podana przez v. Hackera. Polega ona na podskórnym okrężnym obszyciu światła przetoki.

Powyższe zabiegi należą już do historii i dają nawroty.

Praktyczniejszy zdaje się być podany przez v. Diffenbacha sposób, który jeszcze po dziś dzień w niektórych klinikach jest stosowany. W celu odświeżenia przetoki wycina się skórę na większej przestrzeni cięciem łukowatym. Oddzielenie jelita, zaszywanie i wpuklenie go oraz pokrycie powięzią. Ranę zamykamy w ten sposób, że po obu jej bokach w niewielkiej odległości robimy dwa równoległe cięcia, podminowujemy skórę i tak bez napięcia zbliżamy brzegi rany. Ubytki skóry po bokach rany goją się przez ziarninowanie. Niektórzy chirurdzy robią tylko jedno boczne cięcie. I ten sposób bardzo często zawodzi.

Do dalszych operacji wytwórczych przetoki kałowej należy sposób Göschelsa. Autor zamyka przetokę odwróconym uszypułowanym płatem skóry. Bardziej dowcipny, ale również mało praktyczny i skuteczny jest sposób Neumanna i innych. Powyżsi autorzy tworzą dwa odwrócone uszypułowane płaty. Pierwszy płat odwrócony skórą do światła jelita, drugi zaś pokrywa pierwszy stroną przyranną.

Już ta mnogość sposobów operacyjnych przemawia za trudnościami, z jakimi spotykamy się przy leczeniu. Zresztą, sposoby pozaotrzewnowe nie są zupełnie pewne, nie są doszczętne. Wiemy przecież, że z cienkiego jelita płynna zawartość przechodzi do kątnicy, i jej czynna flora może się przesaczyć pomiędzy szwami.

Dokładniejsze, pewniejsze, dające pełną gwarancję wyleczenia są sposoby operacyjne, dokonywane drogą wewnątrzotrzewnową.

Musimy dotrzeć do wolnej jamy otrzewnowej, oddzielić przetokę jelitową, wydzielić ją, zwolnić zrosty. Zaszyć otwór w jelicie, a potem zrekonstruować powłoki brzuszne. Jest to zabieg dość duży i czasem mozolny, nasuwający pewne niebezpieczeństwo zakażenia. Jamę otrzewnową otwiera się

w warunkach względnie czystych. Oddzielanie przetoki od zrostów i zlepów z siecią jest bardzo utrudnione. Najgroźniejszą chwilą w tych przypadkach, jest oddzielenie szyi przetoki od ściany. Jest to moment, w którym najłatwiej można skałeczyć ścianę jelita.

W celu uniknięcia wyżej wymienionych powikłań i stworzenia sobie bardziej jałowych warunków od kilku lat postępujemy na naszym oddziale w sposób, podany przez dr. Lubelskiego: na otwór przetoki kładziemy tamponik z gazy, wtłaczamy go nieco, a nad nim jednym lub dwoma szwami ściągamy trochę brzegi przetoki w tym celu, aby gazik dobrze się trzymał otworu przetoki, a wydzielina z niej się wylewała. Dookoła otworu przetoki, w ten sposób zamkniętego, wycinamy owalny płat skóry zgóry na dół szerokości od 3 do 4 cm., a długości 8 — 10 cm. Płat ten unosimy pincetkami Kochera za górny i dolny jego biegun. Następnie oddzielamy od powięzi, zbliżając się stopniowo do przetoki, ostrożnie, by nie przeciąć tkanki bliznowatej, otaczającej przetokę, i nie otworzyć samej przetoki. W tym celu oddzielania płata skóry nie doprowadzamy tuż do samej ściany przetoki, lecz zatrzymujemy się na przestrzeni 3—5 mm. od niej. Po wykonaniu tego wstępnego rękoczynu kładziemy znów na miejsce zaszytego otworu mały gazik, a nad nim zaszywamy w odrębny sposób oddzielony płat skóry, aby wytworzyć nad otworem przetoki worek, szczelnie zamknięty. Udaje się to z łatwością wykonać, jeżeli łączymy szwem nie przeciwległe brzegi płata, lecz zbliżamy i zszywamy ze sobą poszczególne punkty brzegu płata w tej samej stronie. Szyjemy nitką jedwabną, nakładając szew węzłkowy lub ciągły; szwem pierwszym łączymy dwa punkty brzegu płata z jednej strony, bliżej jego środka; następnym — dwa punkty dalsze i szyjemy tak stopniowo coraz dalej, aż zbliżamy się ku górnemu i dolnemu biegunowi płata i ściśle je ze sobą łączymy. W ten sposób zeszywamy ze sobą poszczególne punkty brzegu płata drugiej strony. W rezultacie otrzymujemy szczelnie zamknięty worek nad otworem przetoki. Następnie szczelnie owijamy pasmem gazy worek, chwytamy go kleszczykami Museux, a po zmianie narzędzi i rękawiczek postępujemy już według zasad, ogólnie znanych.

Na miejscu cięcia skóry, tuż obok ściany przetoki, przecinamy wszystkie warstwy tkankowe i wchodzimy do jamy otrzewnej. Zwolna, stopniowo oddzielamy od jelita, złączonego z przetoką, otaczające zrosty ze ścianą brzucha, unikamy przytem najstaranniej zranienia ściany przetoki. Gdy już wszystkie zrosty zostały oddzielone, a część jelita wraz z przetoką została uruchomiona, wyciągamy ją z jamy otrzewnej, którą szczelnie dookoła zamykamy serwetkami gazowymi. Dalszy ciąg operacji wykonywamy już nazewnątrz otrzewnej. Od charakteru danego przypadku zależy, czy uciekamy się do wycięcia jelita i zespolenia jego końców, czy też po wycięciu przetoki zaszywamy otwór w jelicie. Rozumie się, że podczas zabiegu nie otwieramy szczelnie zamkniętego worka, a przy wykonaniu rękoczynu na jelicie posługujemy się kleszczykami Museux, uprzednio nałożonymi na worek, zamykający otwór przetoki. Jamę brzusz-

na zamykamy na głucho; w ciężkich przypadkach zostawiamy sączek gazowy.

Metodą tą operowaliśmy 18 przypadków, w których wszelkie zachowawcze i uciążliwe leczenie było bezskuteczne. Powyższa technika ma zalety następujące:

1. daje możliwość operowania w warunkach jałowych,
2. nie wymaga dla wykonania operacji specjalnego cięcia brzucha,
3. może być w całości wykonana na jednym posiedzeniu.

Dla uzupełnienia całokształtu operacji przetok kałowych muszą wspomnieć jeszcze o kilku metodach wewnątrztrzewnowych.

Leczenie przetok przez wycięcie jelita z kreską w okolicy przetoki; wyłączenie danego odcinka jelitowego, to znaczy wyłączenie przetoki przez założenie zespolenia jelitowego poniżej. Działanie zespolenia zawodzi, i kał trafia do przetoki. Następuje zwężenie zespolenia, i powracają stosunki przedoperacyjne. Z tego powodu szereg chirurgów zarzuciło ten zabieg.

Kończąc, nie chciałbym pominąć zabiegu Brauna.

Jestto droga pośrednia między wyłączeniem a wewnątrztrzewnowym obszyciem przetoki, polegająca na nałożeniu zespolenia bezpośrednio od przetoki. Sposób o tyle lepszy, że unika się rezekcji jelita i podwiązania krezki, co jest uproszczeniem i skróceniem zabiegu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i pogładowe

O kile wrodzonej i najnowszych sposobach jej leczenia¹⁾.

Podała

E. ROZENBERGOWA (Warszawa).

(Ciąg dalszy patrz Nr. 16).

Symptomatologia wrodzonej późnej kiły może być podzielona na objawy długo istniejące bez stanu czynnego — stygmaty — znamiona — i świeżo powstałe objawy, które bardzo często w tym okresie są rozpoznawane prawidłowo dzięki istnieniu tych znamion. Najważniejsze z tych znamion są: 1) blizny, które występują bądźto na skórze, bądź na błonach śluzowych, bądź też w układzie kostnym, 2) zahamowanie w rozwoju cielesnym i umysłowym, 3) trójca Hutschinsona.

Wśród objawów świeżo powstałych w tym okresie przeważają kilaki, które mogą powstawać na skórze, w tkance podskórnej, na błonach śluzowych, wychodzić z kości i okostny, umiejscawiać się w narządach wewnętrznych; po większej części ulegają rozpadowi, powodując większe lub mniejsze zniszczenie narządów i dając różnorodny obraz chorobowy. Patognomicznym schorzeniem tego okresu jest *periostitis hyperplastica* trzonu *tibiae*, który to proces doprowadza do szablowatego wygięcia kości podudzia. Dlaczego kość piszczelowa ulega temu schorzeniu? Z doświadczeń Schneidera wiemy, że krętki mogą jeszcze z okresu embrjonalnego znajdować się w kościach w stanie utajonym i później wskutek urazu wrócić do stanu czynnego. Może dlatego, że kość piszczelowa najczęściej ulega urazowi, proces właśnie w niej się zaostrza.

Wspomnę jeszcze o związku pomiędzy kiłą późną a schorzeniem stawów. Steinbrink zwraca uwagę, że *lues tarda* stawów jest wzgl. częstym schorzeniem, które bardzo często nie zostaje rozpoznane i przyjmowane jest za

schorzenie reumatyczne układu ruchowego. Kiła stawów może przebiegać ostro lub podostro, z gorączką, występuje jednocześnie w kilku stawach, dlatego często uważa się to schorzenie za *polyarthritis rheumatica*. Jednak brak w tej postaci typowej gorączki, potów, ogólny stan zwykle jest mało zakłócony. Druga postać przewlekła — *arthritis deformans multiplex*, z zeszytwnieniem i unieruchomieniem, powstaje z ostrej postaci lub odrazu powstaje bez gorączki. Następną postacią — to masywny obrzęk stawów, zwłaszcza kolanowych, tak, że wyglądają one, jak *fungus*, bez bólów, powstały przez rozrost tkanki granulacyjnej, która nie ma tendencji do rozpadu. Bardzo ważne jest stawianie rozpoznania *ex juvantibus*. Z jednej strony schorzenia te wcale nie reagują na salicylaty, z drugiej strony dają reakcję miejscową po zastosowaniu Hg, Bi, Salv, J, z uczuciem gorąca i obrzmieniem stawów. Jeśli leczenie rozpoczęto wcześniej można otrzymać jeszcze efekt. W późniejszych okresach leczenie jest prawie bez skutku.

Nowsze badania dzieci szkolnych z wadą aortalną dały bardzo nieznaczny odsetek dodatniego odczynu Wa., tak, że kiła wrodzona w tych wadach serca w odróżnieniu od kiły nabytej nie ma wielkiego znaczenia.

Co się tyczy kiły układu nerwowego, to jest to oddzielny rozdział kiły wrodzonej, który choć nieliczny pod względem częstości, wskutek długotrwałych objawów, pozostałych zmian, może być postawiony na pierwszym miejscu. Często jedynym objawem wrodzonej kiły jest zahamowanie rozwoju umysłowego. Według Müllera wśród dzieci chorych na kiłę wrodzoną jest tylko $\frac{1}{3}$ z inteligencją normalną, zaś $\frac{2}{3}$ z obniżeniem średniego i wyższego stopnia. Znajdowano w zakładach dla idiotów 10 proc. i nawet więcej dzieci z kiłą wrodzoną. Zapalenie opon mózgowych o charakterze swoistym przebiega po większej części, jak zap. opon mózgu pochodzenia gruźliczego.

Dodatni wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego winien zwrócić szczególnie naszą uwagę na schorzenie układu nerwowego.

¹⁾ Wygłoszone na posiedz. nauk. w Szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów.

Wspomnę jeszcze o związku, jaki istnieje między kiłą a gruźlicą. Jednoczesne występowanie obu jednostek chorobowych nie należy do rzadkości. Oba te schorzenia, które w swoim przebiegu i charakterze mają tyle podobieństwa, następują bardzo często przy rozpoznawaniu trudności nie do pokonania. Zwłaszcza klinicznie bardzo trudno dają się różniczkować schorzenia płuc lub kości. Według opinii doświadczonych patologów dość często również nie można odróżnić mikroskopowo i histologicznie kiły od gruźlicy. Według Pfeiffera i w kile w tkance granulacyjnej mogą być również komórki olbrzymie i nacieczenia gruźlicowe, tak samo, jak w gruźlicy. Jednak czysta kiła płuc spotyka się rzadko, tak np. Massin na 2000 przypadków miał tylko 2 przypadki syfilitycznego schorzenia płuc, chociaż Peterson na 88 przypadków podaje 11 schorzeń płuc. Anatomopatologicznie rozróżniamy 2 postacie kiłowego schorzenia płuc: kilaki z nacieczeniami okołoskrzelowymi i postać śródmiąższowo-włóknikową *pneumonia*. Obie te formy najczęściej spotykane są w środkowym płacie, pozostawiając wolnymi wierzchołki. Dodatni odczyn Wa nie jest miarodajny dla kiły płuc, ponieważ zachodzi możliwość współistnienia kiły z gruźlicą płuc. Przy posuniętych zmianach w płucach za objaw charakterystyczny dla kiły płuc uważa się obok braku laseczników nadzwyczaj przewlekły przebieg choroby z tendencją do kurczenia się. Wogóle kiła płuc ma słabą tendencję do rozpadu, przeważają procesy marskości. Te różniczkowe objawy nie są jednak pewne, i kilaki w płucach mogą ulec rozpadowi i mogą dać objawy jamy, jak ognisko gruźlicze.

Przez silne kurczenie się tkanki mogą powstać rozstrzenie oskrzeli, które jeszcze więcej wklajają obraz kliniczny. Również rozpoznanie rentgenologiczne, na które wielu autorów kładzie specjalny nacisk, nie jest pewne. Można z całą stanowczością uważać schorzenie za kiłowe, jeśli ono się cofa przy leczeniu przeciwkiłowym. Jest rzeczą nadzwyczaj ważną ustalić istniejącą kiłę tam, gdzie badanie i przebieg choroby są odmienne. W literaturze przyjęty jest pogląd, że zakażenie kiłowe pogarsza prognozę gruźlicy, aczkolwiek cały szereg autorów, jak Ritter i inni, uważają, że rokowanie gruźlicy po wykryciu kiły polepsza się, ponieważ kiła leczona może ulec znacznej poprawie, i bardzo często gruźlica przy dostatecznym leczeniu kiły przechodzi w stan nieczynny.

Jeżeli kilak umiejscawia się w pobliżu opłucny, to, jako odczyn opłuczny, występuje *pleuritis serosa*; wysięk ten może dać dodatni odczyn serologiczny.

Kostne zmiany w *lues congenita* mogą zupełnie naśladować gruźlicę kostną (*fungus stawów, spina ventosa, osteomyelitis*), i jeśli nie myśleć o możliwości kiły wrodzonej, dziecko może w ciągu lat być leczone nieprawidłowo.

Hutinel i Merhlen na 206 przypadków *meningitis tbc.* mieli 23 przypadki kiły wrodzonej. Autorowie ci są zdania, że zapalenie opon mózgowych pochodzenia gruźliczego u dziecka z kiłą wrodzoną przebiega tak samo, jak przy braku kiły, lecz zalecają we wszystkich przypadkach, gdzie wykazana jest kiła, przeprowadzenie gruntownego leczenia przeciwkiłowego; w 6 przypadkach mieli,

podobno, dobre skutki. Ani salwarsan, ani też ręc, według Rittera, nie działają szkodliwie na proces gruźliczy.

Jaki związek zachodzi pomiędzy kiłą a grupą krwi? Według Gundla na materiale, obejmującym 16200 przypadków, grupa krwi nie odgrywa roli w zakażeniu kiłowym, jednak pod wpływem swoistego leczenia zachodzą duże różnice w zachowaniu się odczynu Wa w różnych grupach krwi. Grupy O i A o wiele częściej daje się doprowadzić do ujemnego odczynu Wa, niż grupy B i AB.

U 80% dzieci z kiłą wrodzoną krzepliwość krwi jest zwolniona; nie obserwuje się tego zjawiska w schorzeniach nerek, w tych przypadkach krzepliwość krwi jest normalna (wpływ zatrzymania soli?). Zależność tego zjawiska od liczby trombocytów nie została dowiedziona. Z chwilą wyleczenia krzepliwość krwi wraca do normy.

Autorowie francuscy wprowadzili pojęcie *syphilis hereditaire larvée*, co nie jest jednoznaczne z pojęciem latent — utajone, ponieważ *syphilis larvée* rozpoznaje się na podstawie tylko podejrzanych objawów, a ponieważ wiemy, że odczyn Wa w kile wrodzonej może być u dzieci ujemny, to to rozpoznanie stawia się zbyt często. Tak Hutinel oblicza liczbę dzieci, zgłaszających się do ambulatorjum w szpitalu, do 40%. Jeśli nawet weźmiemy pod uwagę, że kiła we Francji ma inne znaczenie, to jednak rozpoznanie to stawiane jest zbyt często. Różnice zapytrywania między szkołami niemiecką a francuską są pod tym względem duże. Według znacznej liczby autorów francuskich *hydrocele*, występujące w pierwszych tygodniach życia, jest objawem kiły wrodzonej, podobnie jak *pylorospasmus*, wymioty nawykowe, zaburzenia w ząbkowaniu, *chondrodystrophia*, płasawica, padaczka i t. d.; jednym słowem, niema ani jednego objawu chorobowego, który nie mógłby powstać na tle kiły.

Dla postawienia rozpoznania musimy korzystać ze wszystkich badań pomocniczych, by dojść do wyniku słusznego. W wieku niemowlęcym, zwłaszcza w pierwszych miesiącach życia większe znaczenie, niż odczyn Wa, który bardzo często daje wyniki ujemne i łączy się ściśle ze stosunkami serologicznymi matki, ma poszukiwanie bezpośrednie krętków w worku spojówkowym oka i w błonie śluzowej nosa oraz zdjęcie rentgenowskie kości długich.

W okresie wczesnego dzieciństwa i kiły późnej zasługuje na uwagę próba luetynowa Noguschi, którą wykonywano z rozcieńczoną, ogrzaną do 60° hodowlą krętków przez dodanie $\frac{1}{2,0}$ roztworu karbolowego. Obecnie używa się wyciągu z narządów, zawierających krętki — organotest, który zastrzykuje się doskórnie; po 24–36 godzinach powstaje w miejscu zastrzyknięcia zaczerwienione wzniesienie. Kindler wykonał ten odczyn na 105 dzieciach z kiłą wrodzoną w różnych okresach życia dziecka.

W 51 przypadkach czyli w 57% odczyn wypadł dodatnio. W pierwszym roku życia jest on zupełnie negatywny, w późniejszym wieku liczba odczynów dodatnich, jak również ich natężenie znacznie się zwiększa i osiąga swego *maximum*

w *lues tarda*, zwłaszcza w chorobach oczu. Również w znacznym odsetku wypada w kile utajonej. W ten sposób odczyn luetynowy, z wyjątkiem kiły odesków, jest próbą bardzo pomocniczą, dającą nie wartościową, zwłaszcza przy objawach wątpliwych, wywiadach i odczynie serologicznym ujemnych.

Leczenie kiły wrodzonej.

Głównym celem leczenia w kile, jak w każdej chorobie zakaźnej jest zniszczenie zarazków w zakażonym ustroju. Leczenie, które nazywamy swoistem, nie jest niem w ścisłym znaczeniu tego wyrazu. O sposobie działania środków, stosowanych w leczeniu kiły, zdania są podzielone. Jedni autorzy uważają, że działają one bezpośrednio na krętki, zabijając je, inni uważają, że działają tylko pośrednio, podnosząc odporność ustroju, jeszcze inni uważają, że środki przeciwiłowe nie działają wcale na krętki, powodując tylko ustępowanie zmian anatomicznych, powstających pod ich wpływem. Rtęć, bismut, salwarsan, jod działają bardzo szybko w przeważnej liczbie przypadków na ustępowanie objawów klinicznych, lecz w pewnej liczbie przypadków zawodzą zupełnie, co przemawia za tem, że wyniki leczenia przeciwiłowego zależą bardzo często od osobniczych właściwości zakażonego ustroju. *Lesser* rozróżnia leczenie objawowe i przyczynowe. W ubiegłym stuleciu uważano objawy kiłowe za wyraz wytworu zarazka, i ponieważ pod wpływem leczenia rtęcią wykwitły te znikają, uważano rtęć za środek zabójczy dla zarazka kiłowego. W świetle obecnie panujących poglądów biologicznych produkty chorobowe są reakcją sił odpornościowych ustroju na krętki, jako antygen. Lecz nie każda intensywna reakcja organizmu jest dla niego korzystna. Organizm często wytwarza przeciwciała niekorzystne dla chorego. *Lesser* uważa, że rtęć i bismut usuwają tylko ciała odpornościowe, przynoszą ulgę choremu, lecz objawowo, nie zabijają krętków i nie sprawdzają wyzdrowienia. Jeśli w okresie przedsalwarsanowym następowało wyleczenie, to autor uważa je za samowyleczenie, chociaż wtedy przypisywano to wyleczenie działaniu rtęci. Jednak według niego jest rzeczą bezsensowną stosować te środki w przypadkach bezobjawowych, kiedy mamy tylko dodatni odczyn *W a*. Tutaj musimy działać tylko przyczynowo na same krętki, które są przyczyną odczynu dodatniego. *Lesser* uważa, że jedynym środkiem, działającym na bakterje zabójczo, jest salwarsan. Na podstawie wyżej przytoczonych poglądów nie ma racji leczenie seryjne według *Neissera*, który uważał wykwitły kiłowe za produkty krętków i który sądził, że środki przeciwiłowe działają przez wytworzenie przeciwciał w ustroju. Na tej zasadzie zamiast optymalnych dawek salwarsanu, proponowanych przez *Ehrlicha*, stosowano małe, opierając się na prawie *Arndt-Schultze*go, że małe i średnie dawki działają podniecająco na procesy życiowe, duże je hamują. Doświadczalne badania *Ehrlicha* wykazały, że stosowanie z początku małych dawek może uodpornić krętki na salwarsan. Obecnie, po ulepszeniu preparatów salwarsanowych, można śmiało dawać duże dawki, które jedynie działają przyczynowo, nie szkodząc organizmowi. *Neisser* wykazał, że rtęć również może działać zabójczo

na krętki, lecz w takich dawkach, które szkodzą ustrojowi.

Obecnie leczenie kiły wrodzonej idzie dwiema różnymi drogami: po jednej kroczą ci terapeuci, którzy stawiają sobie za zadanie usunięcie objawów klinicznych i przeprowadzenie leczenia tak łagodnie, by ciała obronne ustroju nie były zupełnie zniszczone. Doświadczenie, że syfilitycy z silną reakcją skórną dają dobre rokowanie co do wystąpienia schorzenia centralnego układu nerwowego, poniekąd popiera to stanowisko. Poza tem ci autorowie podnoszą również szkodliwy wpływ salwarsanu na rozwój umysłowy dziecka i wogóle na układ nerwowy centralny. Zwłaszcza *Buschke* i *Fischl* reprezentują ten pogląd. Inni autorowie, a jest ich większość, dążą do zupełnego zniszczenia krętków i do doprowadzenia organizmu do zupełnego wyleczenia. Przyszłość pokaże, jaka droga jest skuteczniejsza. Jednak leczenie łagodne, dawniej stosowane, nie było dostateczne: wysoka śmiertelność, znaczny odsetek niewyleczonych dzieci, przerażająco wysoki odsetek umysłowo niedorozwiniętych dzieci, były dostatecznymi przyczynami do zarzucenia przez większość lekarzy tego niezadawalającego sposobu leczenia; w latach 1910—1915 zaczęto stosować o wiele intensywniejsze leczenie, przytem skutki jego są narazie, w porównaniu ze skutkami łagodnego leczenia, znacznie bardziej zachęcające. Według *Müllera* a 95—97% dzieci pozostaje bez nawrotów klinicznych i serologicznych przez dłuższe lata (5—15), tak długo, jak trwać może ten okres obserwacji. Nie tak zadawalające są skutki w stosunku do umysłowego rozwoju dzieci, chociaż i tu osiągnięto znaczne polepszenia. Możliwe, że mamy tu do czynienia z indywidualną zwiększoną wrażliwością na jad syfilityczny, lub też że, jad kiłowy zadziałał w takim okresie czasu, że nawet leczenie wczesne przychodzi za późno.

Nawet w dobie obecnej są zwolennicy leczenia tylko rtęcią, jak *Hochsinger* i *Buschke*; istnieją również zwolennicy terapii czysto salwarsanowej. Najczęściej jednak stosuje się kombinowane leczenie. Z preparatów rtęciowych stosuje się najchętniej kalomel, który podaje się 0,001 do 0,003 na kilo wagi, neosalwarsanu dajemy 0,015, według *Müllera* 0,03 na kilo wagi. Rozpoczyna się od rtęci jako środka łagodniejszego i później przechodzi się na salwarsan, przytem pierwsza dawka powinna być mniejsza — połowa należytnej. Pierwsza kuracja według *Müllera*, powinna trwać 14 tygodni i jeśli po tej kuracji odczyn serologiczny pozostaje dodatni, to powstaje pytanie, czy leczenie nie powinno być kontynuowane; przy dobrej tolerancji oseska może być ono przedłużone. Po 2-ch, 3-ch tygodniach od skończenia pierwszej kuracji należy wykonać badanie serologiczne, które powinno wypaść ujemnie. Przerwa pomiędzy kuracjami trwa ćwierć roku. Krótko przed drugą kuracją przeprowadza się nowe badanie krwi. Jeśli ono wypada negatywnie, to po pierwszej kuracji następują dwie kuracje zapobiegawcze, jeśli zaś dodatni odczyn *W a* powrócił, to pomiędzy pierwszą kuracją a kuracjami zapobiegawczymi muszą być przeprowadzone nowe kuracje. W ten sposób w przypadkach łagodnych leczenie składa się z trzech kuracji, w cięż-

szych—z 4-eh i 5-ciu. Leczenie trwa od 1½ do 2-eh lat. W ćwierć roku po tem intensywnem leczeniu wskazane jest zastrzyknięcie prowokacyjne neosalwarsanu. Dawka ta jest nieco mniejsza od normalnej; pomiędzy drugim a 9-tym dniem po zastrzyknięciu wykonywa się odczyn serologiczny. Jeśli reakcja pozostaje negatywna, to uważamy chorobę za wygasłą.

Inni autorowie, jak Langstein, Göp-pert, używają zamiast zastrzykiwań tylko rtęć w postaci wcierek lub podawania do wewnątrz. Jak w praktyce dorosłych, niektórzy autorowie jak Kundratitz, stosują t. zw. „mieszankę szprycową“, t. j. połączenie w jednym zastrzyknięciu neosalwarsanu i rtęci, według metody Linsera. Zarzucają tej metodzie, że przy dożylnem zastrzyknięciu leki te prędko opuszczają organizm, nie wywołując oczekiwanego skutku. Lecz Linser na obfitym materiale wykazał, że wyniki tego leczenia nie są gorsze od wyników leczenia przyjętego, a dla chorego korzystniejsze pod względem materialnym i psychicznym.

Kundratitz pod wpływem polemiki, którą podnieśli tacy doświadczeni klinicyści, jak Fischl i Buschke przeciwko salwarsanowi, ogłasza w roku 1930 materiał kliniczny, składający się z 259 dzieci, które były obserwowane w ciągu lat 10-ciu.

W pierwszym roku życia dzieci te przechodziły najmniej 3 kuracje, w drugim roku, w razie nie-zupełnego wyleczenia, jeszcze 2 kuracje. We wszystkich przypadkach stosował, według Müllera, kurację intensywną: neosalwarsan 10—12—15 iniekcji na kurację. W ciągu pierwszej połowy roku 0,015 do 0,03 na kg. wagi, w drugiej połowie roku 0,15—ogólna dawka, w drugim roku 0,15—0,2 gr., a później 0,3—0,45 gr. na dawkę. Kombi-nował to leczenie z rtęcią, ewentualnie z bismutem. Z 58 badanych dzieci, które były leczone w wieku niemowlęcym, odczyn Wa był w 90% ujemny, a u dzieci, u których w wieku późniejszym rozpoczęto kurację, odczyn Wa tylko w 69,9% stał się ujemny. Procent normalnie umysłowo rozwiniętych dzieci, leczonych w wieku niemowlęcym, równa się 86,6%, reszta była umysłowo cofnięta; wśród dzieci w późniejszym wieku, zgłoszonych do leczenia, było 60,6% przed leczeniem, zaś po leczeniu 68% z normalną inteligencją. Stąd wniosek, że leczenie salwarsanem podnosi stan umysłowy dzieci z kiłą wrodzoną. U żadnego dziecka, leczonego intensywnie, nie obserwowano schorzenia układu nerwowego ośrodkowego, nawet u tych dzieci, u których płyn mózgowo-rdzeniowy w wieku niemowlęcym był patologiczny i dawał dodatni odczyn serologiczny.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Gruźlica.

J. STIASSNIC. Trzydzieści cztery obserwacje gruźlicy i ciąży. (Rev. de la Tub. N. 7, 1930).

Obserwacje autora, dotyczące gruźlicy i ciąży, obejmują najpospolitsze postaci gruźlicy płuc, postaci najbardziej różnorodne od najłagodniejszych do najcięższych. Naogół można przyjąć, że ciąża i poród wywierają niepomyślny wpływ na rozwój gruźlicy, i można postawić jako zasadę, że każda ciąża u gruźliczki lub każda gruźlica, występująca u kobiety w ciąży, pociąga za sobą pogorszenie rokowania w czasie porodu. Ze spostrzeżeń autora wynika również, że, jeśli rokowanie staje się gorsze, to pogorszenia trzeba się obawiać w mniejszym lub większym stopniu, zależnie od istniejącej postaci: tutaj widać, jak ważne znaczenie posiada rozpoznanie postaci klinicznej gruźlicy płuc. W pewnej liczbie przypadków rokowanie wydaje się łatwe: pewne postaci same przez się dają naogół dobre rokowanie bezpośrednie (dotyczy to np. wysięków opłucnowych); inne postaci, naodwrot, dają zawsze poważne rokowanie: dotyczy to przypadków gruźlicy szerzącej się z gorączką, które nie cofają się pod wpływem kuracji wypoczynkowej, nawet odbywanej w najlepszych warunków, t. j. w środowisku sanatoryjnym. To samo dotyczy krwioplucia: epizodyczne krwioplucie gruźlicy włóknistej, będące wyrazem wysiewu nawalowego, daje o wiele pomyślniejsze rokowanie, niż krwioplucie, występujące w przebiegu gruźlicy wrzodziejaco-serowatej. Lecz istnieją liczne przypadki, gdzie różnice są o wiele słabiej wyrażone: jest to grupa gruźlicy włóknisto-serowatej. W jednym przypadku przeważa skłonność do stwardnienia, w innym przeciwnie — do serowacenia i rozpadu. Oczywiście, rokowanie będzie o wiele lepsze w pierwszym przypadku, niż w drugim. Różniczkowanie między temi bliższymi postaciami jest trudne; jednak należy starać się rozstrzygnąć to zagadnienie, opierając się na przebiegu ciepłoty, stanie ogólnym, tętnie, bladeści, zajęciu większego lub

mniejszego obszaru płuc, ilości płwociny i jej wyglądzie; wszystko to są objawy, mające duże znaczenie. Jeśli więc w pewnych przypadkach można prawie od początku postawić rokowanie bez wielkiego ryzyka błędu, w innych jest ono bardzo trudne, a czasem niemożliwe. Bywa tak zwłaszcza w przypadkach wysiewów gorączkowych. Pewne wysiewy o przebiegu niepokojącym kończą się wyzdrowieniem, inne pozostają mimo wszystko nieuleczalne. W tych przypadkach przed postawieniem rokowania jest bezwzględnie konieczna obserwacja chorego przez pewien czas, najlepiej w sanatorjum. Jeśli w tych warunkach gorączka nie ustępuje, jeśli objawy wysiewu: brak łaknienia, poty, wychudnienie nie poprawiają się w stosunkowo krótkim czasie, około miesiąca, rokowanie jest naogół poważne. Ostatecznie objawy mogą się czasem poprawić, ale nikt tego nie może przewidzieć, i rokowanie należy w tych razach stawiać złe. Jeśli, przeciwnie, stwierdza się wyraźną poprawę, co bywa w sanatorjach częściej, niż się myśli, rokowanie można uważać za względnie pomyślne. W przypadkach współistnienia gruźlicy i ciąży postępowanie będzie zależało i od rozpoznanej postaci klinicznej, i od rokowania, postawionego na podstawie wyżej wyłuszczo-szych zasad. Jeśli ciężarna rozporządza środkami materialnymi, pozwalającymi na umieszczenie jej w lepszych warunkach dla leczenia gruźlicy i to jak najszybciej, jeśli chodzi o uleczalną postać gruźlicy, chora może doprowadzić do końca ciążę w stosunkowo zadawalających warunkach. W przypadkach rozszerzającej się gruźlicy z gorączką o szybkim przebiegu, którego nie zmienia leczenie sanatoryjne, w momencie porodu występuje zazwyczaj nagle pogorszenie, prowadzące do śmierci. W tych przypadkach należy myśleć o przerwaniu ciąży. Interwencja niezawsze ratuje chore, gdyż te postaci gruźlicy są naogół poza sferą działania naszych środków leczniczych. Czasem jednak poronienie wywiera pomyślny wpływ na rozwój gruźlicy; przypadki te należą do wyjątkowych, gdyż poronienie należy wykonywać możliwie wcześniej. Po upływie trzeciego miesiąca poronienie wywołuje u takich chorych takie same skutki, jak poród. Pozo-

stają postacię łagodne gruźlicy, powikłane ciążą. Ze względu na możliwość pogorszenia się gruźlicy w okresie połogu należy je traktować, jak gdyby chodziło o postacię ciężkie: leczenie sanatoryjne aż do porodu, możliwie ścisły nadzór nad jego skutkami i powrót do leczenia sanatoryjnego w razie najsłabszych objawów pogorszenia się stanu ogólnego. Z pewnością trudno jest uzyskać w tych razach zgodę chorych na długotrwałe i jednostajne leczenie, lecz leczenie to jest, zdaniem autora, nieodzowne. Jeśli chodzi o postępowanie w stosunku do dziecka, jest ono proste i polega zasadniczo na natychmiastowym oddzieleniu dziecka w każdym przypadku, gdy się stoi wobec zaraźliwej gruźlicy u matki, której płwocina zawiera stale lub przejściowo prątki. Pożyteczne jest również wykonanie szczepienia zapomocą BCG., lecz szczepienie to nie upoważnia do pozostawienia dziecka w styczności z zaraźliwymi gruźlikami, przynajmniej podczas pierwszych lat życia. Spostrzeżenia autora wykazują, że dziecko, urodzone z matki gruźliczki zdolne do życia, jest w ogromnej większości przypadków wolne od gruźlicy, uchwytnej klinicznie, i że rozwój jego odbywa się normalnie, jeśli znajduje się ono w dobrych warunkach higienicznych i odżywiania.

Henryk J. L a n d a u.

GEISEMEYER. O leczeniu podmowych ropniaków opłucny u gruźlików. (Beitr. z. Kl. Tbk. T. 77, z. 6).

Gruźlicze ropniaki opłucny podmowe, t. zw. jałowe, należy leczyć początkowo zachowawczo, za pomocą wypuszczania ropy i przepłukiwania jamy opłucnowej rivanolem lub innymi płynami dezynfekcyjnymi. O ile po pewnym czasie wysięk nie przechodzi w surowiczy — dążymy do zamknięcia jamy opłucny przez odprężenie uciśniętego odną płuca, zbliżenie się listków opłucny i następne ich zabliznienie. Dopóki jama opłucnowa istnieje, ropa będzie się stale wytwarzała. Usuając ropę i odciągając powietrze z przestrzeni odmowej, podtrzymujemy stale ciśnienie ujemne (do 150 — 200 mm. słupa wody), płuco się rozszerza, często w zadziwiająco nieoczekiwanym stopniu, zbliża się do ściany klatki piersiowej, tworzą się zmiany bliznowate, i jama opłucnowa ulega znacznemu zmniejszeniu. Pozatem polecamy choremu nadmuchiwać kilka razy dziennie kółko gumowe, aby rozszerzyć płuco. Nakłucia i przepłukiwania opłucny z wtórną infekcją mieszaną powodują niewielkie obniżenie ciepłoty. Dobre wyniki obserwowano po tylnej plastyce; pozostała jama opłucny jeszcze bardziej się zmniejszyła po wyrwaniu n. przeponowego i nakłuciu opłucny. Ponieważ nakłucia opłucny stawały się coraz trudniejsze, wprowadzono do jamy opłucny za pomocą trójgrańca — kateter. Systematyczne wypełnianie resztkującej jamy gliceryną jodoformową prowadzi do stopniowego zmniejszenia się pojemności jamy, aż do zupełnego wyleczenia.

M. S e g a l.

Choroby narządów trawienia.

■ Dr. Heinz KALK. Das Geschwür des Magens und Zwölffingerdarmes und das Geschwür des operierten Magens. 214 stron dużej 8°, z 94 rysunkami w tekście. Urban & Schwarzenberg. 1931.

Autor, docent uniwersytetu berlińskiego i ordynator II kliniki chorób wewnętrznych w Charité w Berlinie, przedstawia nam tu owoc swoich dociekań i obserwacji, rozpoczętych w klinice v. B e r g m a n n a w Frankfurtie n. M. i uzupełnionych w Berlinie, w postaci dużej monografii. Praca ta początkowo ukazała się w VI tomie encyklopedji G. i F. K l e m p e r e r a „Neue Deutsche Klinik”; jako obszerna i uzupełniona monografia wydana została przez znaną firmę U r b a n a i S c h w a r z e n b e r g a w Wiedniu. Ze o jednej jednostce chorobowej wydaje się całą książkę, tłumaczy się tem, że wrzód żołądka jest jednak najważniejszą chorobą żołądka, która od czasu opisania jej po raz pierwszy

przez C r u v e i l h i e r a w roku 1829 do dziś nie przestała interesować najpoważniejszych gastrologów i internistów. Autor jaknajgruntowniej opracował i przedstawił obecny stan wiedzy, dotyczącej wrzodu żołądka i dwunastnicy, z szacunkiem odnosząc się do każdej publikacji i teorii, choćby już obecnie zarzuconej, i wplata wszędzie swój osobisty pogląd, oparty na licznych obserwacjach klinicznych i własnych pracach laboratoryjnych. Podaje nam statystykę wrzodu żołądka w stosunku do wrzodu dwunastnicy, częstość występowania u osób różnych płci i w różnym wieku; przedstawia jaknajobszerniej anatomję patologiczną wrzodu pod względem makroskopowym i mikroskopowym, jego przebieg, umiejscowienie, następstwa, powikłania i zabliznienie; obszernie traktuje patogenezę wrzodu, wyliczając wszystkie do dziś skonstruowane teorie i przytaczając niemal wszystkie prace kliniczne i laboratoryjne, zmierzające do wyswietlenia zagadki powstawania wrzodu; szczegółowo rozodzi się nad każdym objawem wrzodu (ból, wymioty, krwawienia, badanie treści żołądkowej, soku dwunastniczego, kału), cały rozdział poświęca badaniu rentgenologicznemu żołądka i dwunastnicy, opisuje gastrokopję, daje przebieg wrzodu, jego powikłania i wreszcie metody leczenia wrzodu. Ostatni ten rozdział jest o tyle cenny, że poddaje krytyce wszystkie dotychczasowe metody djetetyczne, jak mleczną C r u v e i l h i e r a, tłuszczową S t r a u s s a, węglowodanową i t. d. i farmakologiczne (atropina, proteinoferja, belladonna, bismut, bar, alkalja), leczenie wodami mineralnymi, przytacza wzory i tablice djetetyczne swoje i innych autorów, opisuje sposób leczenia ambulatoryjny i kliniczny i wreszcie podaje wyniki tych metod oraz wskazania do zabiegu operacyjnego. Wiadomości chirurgiczne autor pogłębił w czasie pobytu w klinice chirurgicznej v. S c h m i e d e n a, dlatego dział ten jest potraktowany obszerniej, niżby na internistę przystało, jest też dla nas tem cenniejszy, gdyż wiadomo, że metody chirurgiczne rzadko dają stuprocentowe wyleczenie, i chorzy po dokonany zabiegu wracają do internisty z nowymi skargami. Ostatni rozdział zajmuje się wrzodem trawiennym kisielki częściej i nawrotem wrzodu po operacji. Z tego zestawienia widać, dlaczego praca autora przybrała takie rozmiary, zwłaszcza, jeżeli się uwzględni szczegółowość opisu każdego zagadnienia. Praca jest wyjątkowo wartościowa i staje się przeto niezbędnym podręcznikiem dla każdego, kto chciałby dziś zabierać głos w sprawie wrzodu żołądka i dwunastnicy. W monografii tej roi się od doświadczeń na zwierzętach, co zwłaszcza razi referenta, jako zdecydowanego przeciwnika tych brutalnych zabiegów, tembardziej, że na każdym miejscu sam autor po zacytowaniu pracy i jej szczegółowym opisie dodaje od siebie, że teoria oparta na doświadczeniach na zwierzętach, została całkowicie obalona, np. prace P a w ł o w a, dotyczące djetetycznej (str. 138), lub powtarza nieraz, że wyników doświadczeń na zwierzętach nienależy przeceniać (str. 28). Dr. M o t l i s o n zaś, autor również obszernej monografii o wrzodzie żołądka, wypowiada już w przedmowie takie zdanie: „Udało się wprawdzie drogą doświadczalną na zwierzętach wywołać wrzód trawienny, odpowiadający zasadniczo wrzodowi u człowieka; ale wywołanie takiego wrzodu wymagało takich zabiegów na narządach życiowych zwierząt doświadczalnych, że pomiędzy temi zabiegami a warunkami, w których znajduje się chory człowiek, niema żadnej analogji”. — Te i tem podobne uwagi bynajmniej nie zachęcają do prac doświadczalnych na zwierzętach. Dla lekarza badającego pozostaje tylko obserwacja kliniczna, badanie anatomiczne i jego myśl twórcza.

W. K n a p p e.

LAURENT. Anormalne postacię kliniczne kamicy żółciowej i przewlekłego zapalenia woreczka żółciowego. (Monde Méd. 15.II. 1932).

Niezawsze stwierdza się klasyczne objawy powyższych chorób. Szczególnie u osobników starszych, u których pęche-

rzyk żółciowy staje się niewrażliwy, tak, że nie czują oni bolesnego pęcherzyka, jak i wyrostka robaczkowego w stanie zapalnym, stwierdzono szereg niezwykłych irradycyji bólowych: np. ból głowy w okolicy potylicznej, zjawiający się nad ranem, ból w jamie brzusznej po stronie lewej, rzekome gruźlice objawiające się burzliwymi objawami ze strony opłucny prawej z podwyższoną ciepłotą i wyniszczeniem. Autor opisuje kilku chorych w wieku starszym, u których objawy ze strony pęcherzyka przebiegły pod postacią ostrego zapalenia oskrzeli, dusznicy bolesnej, bądź też częstoskurczu napadowego. We wszystkich przypadkach nie można było uchwycić obiektywnych zmian ze strony rzekomo zajętych narządów, natomiast napady cechowały się mdłościami, kończyły się wymiotami, często żółciowymi i ustępowały pod wpływem odpowiedniego leczenia wątrobowego.

H. S z p i d b a u m.

KRECKE. O zapaleniu wyrostka robaczkowego. (Münch. med. Woch. Nr. 3. 1932).

Autor zastanawia się nad uderzającym wzrostem częstości zapalenia wyrostka robaczkowego. Przed 30-tu laty liczba operowanych z tego powodu była 40 razy mniejsza, a przed 40-tu laty w klinice chirurgicznej autor widywał 5 operacyj na rok. Najwięcej zwolenników ma teoria infekcyjnego powstawania *appendicitis*. Bakterje pochodzą z krwi, z jelita; są to strepto- i pneumokoki. Według R i c k e r a przyczyną *append.* jest podrażnienie n. sympatycznego, występujące, jako 'crise, prowadząca do śmierci, przyczem rozwijają się bakterje saprofitujące w wyrostku robaczkowym. Tem tłumaczyłaby się obecność wyraźnych zmian anatomicznych dopiero po 12 — 24 godz. trwania pierwszego napadu i związek w patogenezie i wspólnym występowaniu *append.* i *ulcus*. Nie bez znaczenia są warunki mechaniczne: wąski otwór wyrostka robaczkowego, cieśń jego światła i ślepe zakończenie. *Append.* zależy w pewnej mierze od rodzaju pożywienia, gdyż u jaro-szów spotyka się rzadko. Wyłączone natomiast jest występowanie *append.* zależnie od pasorzytów i ciał obcych w jelicie. Urazy są b. rzadko czynnikiem, powodującym *append.* Endemiczne występowanie cierpienia tłumaczy autor nerwicą ląkową, powstającą w otoczeniu osobnika, który przechodził ciężką postać *append.* Bóle, skłaniające do rozpoznania *gastritis* są, zdaniem R i c k e r a, przygrywką, wynikającą z podrażnienia *ganglion solare* i nerwów, idących od tego splotu do żołądka. W tych przypadkach chorego należy badać co 3 godz. Tak samo wskazane jest badanie co 3 godz. wobec podniesienia ciepłoty, leukocytozy, pomimo braku jekichkolwiek objawów brzusznych. Wtedy wystąpić może powoli napięcie w okolicy lędźwiowej, bolesność w dole D o u g l a s a, a nawet w lewym dole biodrowym. O ile bóle stale narastają, najprawdopodobniejsze jest zapalenie wyrostka robaczkowego. Przy badaniu zwracać należy uwagę na napięcie powłok brzusznych, przyspieszenie tętna, wymioty, leukocytozę powyżej 12000. Śmiertelność w przebiegu *append.* wynosi 2 — 4%; winę tego ponosi najczęściej chory i jego otoczenie, którzy zwlekają z operacją. Część przypadków śmiertelnych wynika z błędów rozpoznawczych.

F. T u r y n.

BORRMANU. Przyczynę do nieprawidłowej budowy jelit (ileum duplex czy też międzykrezkowy uchyłek Meckela). (D. m. W. Nr. 2. 1932).

Uchyłek M e c k e l a jest pozostałością *ductus omphalo-mesentericus*, który w normalnych warunkach ulega zanikowi. Uchyłek ten znajduje się w odległości 1 — 2 m. od zastawki kątniczej, jednak mogą tutaj zachodzić b. duże odchylenia co do miejsca jego przyczepu, a nawet opisano przy-

padki, w których znajdował się on wewnątrz listków krezki, tuż obok jelit cienkich, przebiegając do nich równolegle w postaci rury jelitowej, komunikującej się z jednej strony ze środkiem jelita cienkiego, z drugiej strony ślepo zakończonej. W literaturze opisanych jest kilkanaście przypadków nieprawidłowej budowy jelit. Naogół przeważa pogląd, iż przypadki te dotyczyły wewnątrzkrzewkowego uchyłka M e c k e l a. Do tej kategorii zaliczyć także trzeba przypadek, opisany przez autora.

St. L u x e n b u r g.

B. KNECHT. W sprawie patogenności *Lamblia intestinalis*. (Wien. kl. Woch. Nr. 48. 1931).

W jednym przypadku wrzodów dwunastnicy z występowaniem wielkousca jelitowego (*Lamblia intestinalis*) otrzymany podczas operacji preparat wykazał jednoczesne występowanie wrzodu i wielkousca. Anatomicznie jednak nie wykazano żadnych charakterystycznych zmian, któreby przemawiały za patogennością (chorobotwórczością) wielkousca.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

P. WALZEL. Guzy pęcherzyka żółciowego i trzustki. (Wien. kl. Woch. Nr. 47. 1931).

Ponieważ łagodne guzy pęcherzyka żółciowego przedstawiają wielką rzadkość, przy rozpoznawaniu wchodzi w rachubę raki oraz guzy zapalne. Niestety, nie znamy dotąd żadnych charakterystycznych objawów wczesnych, a ponieważ raki pęcherzyka żółciowego dają bardzo wczesnie przerzuty (według H e l l e r a w 70% przypadków), rokowanie odpowiednio do tego jest smutne; kamienie żółciowe wzmacniają jeszcze dyspozycję. Wskutek często istniejącego związku wytwarzaniem kamieni a rakiem prawdopodobne jest zawsze przypuszczenie, że chodzi o jeden z typowych napadów kamicy żółciowej nawet wtedy, gdy istnieje rak. Wyraźnie pozwalające się wykazać wodobrzusze wskazuje na nacieczenie wnęki wątrobowej. Raki brodawki V a t e r a powodują bardzo wczesnie zamknięcie i silne rozszerzenie się przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego coraz bardziej natężającą się stałą żółtaczką bez bólów. Pewną wskazówką za zamknięciem przewodu przez guz, a przeciwko utkwieniu kamienia w przewodzie żółciowym wspólnym jest brak zacyńców trzustkowych. W raku głowy trzustki istnieją te same stosunki rozpoznawcze, co w raku przewodu żółciowego wspólnego, a więc: oznaki zamknięcia jego światła; stosunki te istnieją również w tak zwanej *pancreatitis chronica indurativa*. W takich guzach trzustki, niejasnych co do swej natury, nie należy nigdy zaniedbywać podczas zabiegu operacyjnego zapewnienia odpływu żółci do jelit przez wykonanie zespolenia pęcherzykowo-żołądkowego (cholecystogastrostomia) albo zespolenia przewodu żółciowego wspólnego z dwunastnicą (choledochoduodenostomia).

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby kobiet i położnictwo.

Dozent Dr. Gustav DÖDERLEIN. Die konservative Behandlung entzündlicher Genitalerkrankungen der Frau. (Georg Thieme. Lipsk, 1932).

Autor w części ogólnej omawia patogenezę zapalenia sromu, pochwy, macicy i przydatków oraz daje cenne wskazówki rozpoznawcze. Dział terapeutyczny obejmuje wszystkie stany zapalne organów płciowych kobiety: swoiste (rzeżączka, gruźlica) oraz nieswoiste. Obok dawniej stosowanych środków leczniczych przytacza D ö d e r l e i n i metody nowsze, a więc naświetlania promieniami R o e n t g e n a i diatermję. Autor jest gorącym zwolennikiem naświetlań promieniami R o e n t g e n a w przypadkach ostrych zapaleń przydatków macicznych oraz przymacicza. Rozpoczyna on le-

czenie małymi dawkami ($\frac{1}{5}$ HED) już w okresie gorączkowym. Zdaniem D ö d e r l e i n a promienie nie tylko wstrzymują rozwój zapalenia, lecz szybko usuwają bóle, często bardzo dokuczliwe. Diatermię i proteinoterapię (mleko, kazeoza, yatrekazeina, terpichina, omnadyna, aolan) stosuje autor w tydzień po ukończeniu ostrego okresu zapalnego. Do leczenia spraw przydatkowych szczepionkami ucieka się tylko wtedy, jeżeli inne sposoby lecznicze do celu nie prowadzą. Książka D ö d e r l e i n a odznacza się wykładem jasnym i treściwym oraz głębokim i wszechstronnym ujęciem przedmiotu.

Zygmunt E n d e l m a n.

O. REICHELTL. **Drażący zaśnład groniasty.** (Wien. kl. Woch. Nr. 5. 1932).

W odczynie A s c h h e i m - Z o n d e k a posiada my dogodny środek pomocniczy przy stawianiu rozpoznania. Mianowicie w przypadku, jeżeli u kobiety po zaśnładzie groniastym odczyn A s c h h e i m - Z o n d e k a, który stał się już ujemny, ponownie daje odczyn dodatni, można po wyłączeniu ponownej ciąży rozpoznawać nabłoniak kosmówkowy złośliwy. Własny przypadek operował autor radykalnie metodą H i t s c h m a n n a - C h r i s t o f o l e t i e g o.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

W. LATZKO. **Leczenie nieoperacyjnych raków macicy.** (Wien. kl. Woch. Nr. 2. 1932).

Leczenie radem i promieniami R o e n t g e n a oddaje w tych przypadkach, dzięki ograniczeniu krwawienia i ropienia, nieporównane usługi. Jeśli nowotwór rozwija się w kierunku pęcherza moczowego, może się stać wreszcie koniecznym nałożenie stałej nadłonowej przetoki. Przy rozwijaniu się guza w kierunku moczowodów może zająć konieczność wszczęcia jednego moczowodu do odbyticy. Przeciwko bólom pomaga jedynie morfina. Tam, gdzie i morfina zawodzi, należy myśleć o wycięciu nieparzystego spłotu podbrzusznego.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

G. WEIDENBAUM. **Uśmierzenie bólów w położnictwie.** (Wien. kl. Woch. Nr. 3. 1932).

Przy zastosowaniu środków, uśmierzających bóle podczas porodu, należy mieć wzgląd na dziecko o tyle, że trzeba pamiętać o tem, że noworodek w ciągu 24 godzin nie ma żadnych wydalín. Dlatego też w ostatnim okresie porodu — przerywania się płodu — można dawać jedynie chloroform, ponieważ zostaje on wydalony podczas oddychania noworodka. Przedtem można stosować morfinę (0,02), gdyż w ustroju matki odtruwanie płodu odbywa się za pośrednictwem matki.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

■ Dr. Franciszek KRZYSZTAŁOWICZ, profesor dermatologii Uniwersytetu Warszawskiego i Dr. Marjan GRZYBOWSKI, docent pryw. Uniw. Warsz. **Choroby skóry.** Z 231 rysunkami w tekście. Warszawa, 1932. Nakładem autorów. Cena oprawnego w płótno egzemplarza 45 złotych.

Drugim wydaniem swego podręcznika zakończył s. p. Profesor K r z y s z t a ł o w i c z swą zaszczytną działalność naukową i nauczycielską, pozostawiając w ostatnim swem dziele wiele cennych wiadomości i wskazówek, opartych na wieloletniej pracy i doświadczeniu. W chwili śmierci Prof. K r z y s z t a ł o w i c z a rękopis podręcznika był już zupełnie przygotowany, a druk dzieła doprowadzony prawie do połowy, to też podnieść należy pracę współpracownika Prof. K r z y s z t a ł o w i c z a, Docenta M. G r z y b o w s k i e g o, który w stosunkowo krótkim czasie i w ciężkich warunkach, związanych z niespodziewanem odejściem Profesora,

doprowadził druk podręcznika do końca. Drugie wydanie podręcznika Profesora K r z y s z t a ł o w i c z a, opracowane wspólnie z Doc. M. G r z y b o w s k i m, obejmuje w jednym grubym tomie dwie części, wydane przedtem osobno, t. j. „Etjologję i patogenezę chorób skórnych“ (wyd. w r. 1926) i „Choroby skóry“ (wyd. w r. 1928). Podobnie jak w wydaniu poprzednim, wysuwa się w podręczniku na plan pierwszy oryginalny podział schorzeń skóry, oparty na podstawie etjologii. Podział ten, zastosowany po raz pierwszy wogóle, głęboko przez Prof. K r z y s z t a ł o w i c z a przemyślany i oparty na własnym doświadczeniu i wieloletniej pracy naukowej, ujmuje schorzenia skóry w 6 wielkich działów, odnoszących się do określonego czynnika etjologicznego. Jakkolwiek podział taki nastrocza cały szereg trudności i nie może być jeszcze w dzisiejszym stanie naszej wiedzy zupełnie ścisły, to jednak przyznać trzeba, że zgrupowanie jednostek chorobowych, związanych ze sobą etjologicznie lub patogenetycznie, upraszcza znacznie klasyfikację zmian w skórze i daje możność poznania związku schorzeń skóry z nieprawidłowymi czynnościami całego ustroju lub poszczególnych jego narządów, i z tego względu uwydatnia się naukowa i dydaktyczna wartość omawianego podręcznika.

W c z ę ś c i o g ó l n e j dzieła znajdujemy wstępne uwagi dotyczące anatomji i fizjologii skóry, opis jednostek postaciowych chorób skórnych oraz duży rozdział, omawiający leczenie dermatologiczne. Leczeniu chorób skórnych poświęcają autorowie bardzo wiele miejsca (94 stronic), ujmując szeroko najnowsze kierunki w leczeniu wogóle; nie wychodzą oni bowiem ze stanowiska odrębności schorzeń skóry, lecz holdują nowoczesnym zapatrywaniom, że istnieje ścisły związek powstawania zmian w skórze z nieprawidłowościami w czynnościach całego ustroju. W rozdziale o leczeniu omawiają autorowie leczenie ogólne i zewnętrzne schorzeń skórnych, podając szczegółowo i przystępnie zasady postępowania leczniczego.

K l i n i c z n a c z ę ś ć podręcznika rozpada się, jak już zaznaczyłem, na 6 działów. W dziale pierwszym omawiają autorowie wrodzone i dziedziczne wady skóry i jej przydatków (*genodermatoses*). Drugi dział dotyczy schorzeń skóry, wywołanych urazami zewnętrznymi (*dermatoses traumaticae et artificiales*). Trzeci dział ujmuje w całość schorzenia skóry, wywołane działaniem pasorzytów zwierzęcych, grzybów chorobotwórczych i bakteryj. Dział ten został przez autorów szeroko potraktowany i przedstawia się bardzo ciekawie, gdyż opiera się w znacznej mierze na bogatym doświadczeniu i wynikach badań prof. K r z y s z t a ł o w i c z a i Jego uczniów (schorzenia na tle zakażenia krętkiem bladym, grzybice skóry, ropne zakażenia skóry). W końcu opisu ropnych zakażeń skóry omawiają autorowie zapalenia mikrobowe skórno-naskórkowe, ujęte w oddzielną grupę przez szkołę francuską (S a b o u r a u d, G o u g e r o t), i na tle tego tematu rozważają krytycznie ostatnie zapatrywania na istotę wyprysku (*eczema*). Podobnie jak w pierwszym wydaniu podręcznika, nie znajdujemy w omawianem dziele klinicznego opisu wyprysku. Prof. K r z y s z t a ł o w i c z uzasadnia to swem zapatrywaniem, że niepodobna przedstawić dziś jednolitego obrazu wyprysku, jako choroby, i uważa wyprysk za objaw, powstający w skórze na skutek działania na nią najrozmaitszych czynników. To też zmiany wypryskowe znajdują w podręczniku pomieszczenie w różnych grupach schorzeń skóry, jak: zapalenia ostre (*dermatitis acuta*), wyprysk łojotokowy (*eczema seborrhoicum*), świerzbicząca (*prurigo*), zawodowe choroby skóry (*dermatitis professionalis*) i zapalenia mikrobowe skórno-naskórkowe (*dermoepidermites microbiennes* — G o u g e r o t). Czwarty dział podręcznika omawia schorzenia skóry skutkiem zatrucia (*toxidermiae*) i uwzględnia wyczerpująco współczesne zapatrywania na anafilaktyczne pochodzenie niektórych schorzeń skóry. Dział piąty przedstawia się bardzo ciekawie, dotyczy bowiem schorzeń

skóry, których etiologia nie została jeszcze dotąd w zupełności wyjaśniona (schorzenia skóry z przyczyn wewnętrznych: samozatrucia, awitaminozy, skazy, skażenia, dermatozy w związku z układem krwiotwórczym, dokrewnym i wegetatywnym). Ostatni dział podręcznika (VI) omawia nowotwory skóry. Wszystkie te działy schorzeń skórnych zostały w drugim wydaniu znacznie rozszerzone i uzupełnione nowymi spostrzeżeniami i zdobyczami wiedzy, przyczem, podobnie jak w wydaniu poprzednim, obfitują one w liczne cytaty z piśmiennictwa, z drobiazgowym uwzględnieniem zapatrywań i badań niemal wszystkich autorów polskich. Z tego to powodu znajdujemy w podręczniku oświetlenie rozmaitych zagadnień z punktu widzenia różnych autorów i szkół dermatologicznych, to też śmiało można powiedzieć, że stanowią on źródło wiadomości z najnowszych zdobyczy w dziedzinie dermatologii. Ostatnie to dzieło ś. p. Prof. K r z y s z t a ł o w i c z a spełni więc swą wartościową rolę nie tylko jako doskonały podręcznik do nauki dla studentów medycyny, ale będzie przez długi czas przewodnikiem klinicznym i terapeutycznym dla specjalistów i licznych innych lekarzy, którzy muszą się zajmować leczeniem schorzeń skóry. Wartość bogatego w treść podręcznika podnosi jeszcze bardzo staranne, niemal wytworne wydanie na doskonałym papierze i liczne (231) reprodukcje fotografii przypadków, spostrzeganych przez Prof. K r z y s z t a ł o w i c z a w klinice dermatologicznej krakowskiej i warszawskiej.

Adam S t r a s z y ń s k i.

M. OPPENHEIM. O zastąpieniu benzyny do ran przez półstały preparat benzynowy (Benzosec). (Wien. kl. Woch. Nr. 4. 1932).

Autor zaleca dla praktyki dermatologicznej zamiast benzyny do ran stosowanie niewybuchowego, bardziej taniego i dogodniejszego w użyciu domowym preparatu „Benzosec”, który znajduje się w handlu w tubkach po 35, 250 i 500 gr. Preparat ten jest emulsją wyjałowionego tłuszczu roślinnego i płynnej oczyszczonej benzyny. Całość nie jest płynna.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

H. MELLER. Przyczynki do znajomości mięsaka prącia. (Wien. kl. Woch. Nr. 2. 1932).

Chorzy obserwują często już przez dłuższy czas na członku małe guzki, które często długi czas nie powiększają się i nie powodują żadnych dolegliwości. Dopiero szybszy wzrost guzka z bólami i krwawieniami prowadzi chorego do lekarza.

A. N e u m a n n (Vöslau-Gainfarn).

Choroby nerwowe i psychiczne.

PETTE. Studja doświadczalne na zwierzętach w sprawie wędrówek zarazka w układzie nerwowym. (Deut. Zeit. f. Nerven. t. 121, z. 3 i 4, 1931).

Autor zakażał króliki przy pomocy *herpes simplex*, celem przestudowania wędrówki zarazka w organizmie zwierzęcym. W niniejszej pracy autor wprowadzał zarzek do ustroju drogą szczepienia rogówkowego. Zwierzęta były badane histologicznie w różnych okresach, co pozwoliło prześledzić proces chorobowy w kolejnych fazach. Jako pierwszy skutek szczepienia występuje zapalenie rogówki, poczem często postępuje on dośrodkowo oraz wzdłuż nerwów czuciowych, zaopatrujących rogówkę, dochodzi do *ganglion ciliare* a następnie *ganglion Gasseri*. W zwojach tych proces chorobowy występuje pod postacią zwiększenia liczby określonych komórek zwojowych, mianowicie odpowiadających nerwom rogówki. So to komórki pochodzenia ektodermalnego i mezodermalnego. W pierwszym, ostrym okresie choroby nerwy doprowadzające, jak i odprowadzające od zwoju pozostają nietknięte. Dopiero w późniejszych okresach dają się wykazać na przebiegu nerwu zgrupowania komórek zapalnych, względnie komórki rozrzucone pojedynczo.

W ten sposób postępując wzdłuż nerwu trójdzielnego, zarzek przenika do centralnego układu nerwowego. Stosownie do tego dają się zaobserwować etapami zmiany reakcyjne najpierw w moście, później w rdzeniu przedłużonym i wreszcie w górnej części rdzenia szynowego. Niekiedy proces może ograniczyć się do zajęcia wyłącznie szlaku nerwu trójdzielnego, częściej jednak dochodzi do zajęcia centrów i szlaków, przebiegających w otoczeniu najbliższym. Proces szerzy się wówczas ogniskowo, względnie w sposób rozlany. Zmiany zapalne leczą się drogą bliznowacenia. Blizna występuje jako rezultat zjawienia się tkanki glejowej o gęstym utkaniu. Odpowiednio do zmian anatomicznych proces cechuje się klinicznie zmianami w płynie mózgowo-rdzeniowym. Badanie płynu jest najpewniejszą metodą, pozwalającą określić rozpoczynającą się sprawę chorobową w centralnym układzie nerwowym. Płyn królików otrzymywano drogą punkcji podpotylicznej. Już na 4-ty dzień po zakażeniu rogówki pleocytoza dochodziła do 100 w 1 mm³. Pleocytoza stopniowo wzrastała, dochodziła do *maximum*, później ustępowała. Obraz komórek, spotykanych w płynie, był rozmaity: w pierwszych dniach było około 25% neutrofilów, również dużo było komórek adventitialnych i meningealnych, resztę stanowiły limfocyty małe i duże. Obraz zmieniał się z dnia na dzień. Wraz z zanikaniem procesu ostrego zmniejszała się także liczba neutrofilów. Płyn stawał się najzupełniej prawidłowym po upływie najpóźniej 4-ch tygodni. Ilość białka w płynie zwiększała się minimalnie; nigdy nie było białka więcej, niż odpowiednio do liczby komórek. Jako skutek zajęcia *tractus spino-cerebellaris*, przebiegającego w pobliżu szlaku nerwu trójdzielnego, u zwierząt daje się zaobserwować chód manewrowy. Obraz kliniczny w zależności od rozlanego szerzenia się procesu chorobowego może być pod względem symptomatologicznym dosyć rozmaity.

J. M e l z a k.

P. GUIRAUD. Twory pasorzytnicze wewnątrzkomórkowe w stwardnieniu rozsianem. (L'Encephale, Nr. 5, 1931).

Autor opisuje przypadek stwardnienia wielogniskowego, zbadany przezeń histologicznie. Na sekcji znaleziono liczne ogniska w mózgu i rdzeniu; niektóre z tych ognisk były stare z licznymi włóknami glejowymi, większość jednakże ognisk była świeża. Autor barwił preparaty metodą *W o l b a c h a*. W preparatach, barwionych tą metodą, autor znajdował w komórkach powiększonych makroglejowych twory obce pasorzytnicze, wtręty wielkości 1 — 2 — 3 mikronów; twory te znajdują się w protoplazmie, najczęściej na obwodzie. Liczba wtrętów jest rozmaita (3, 4, 5), kształt daje się sprowadzić do 3 zasadniczych typów, które autor uważa za 3 stadja rozwoju tego samego zarzaka: 1) postać okrągła, barwiąca się jednolicie, 2) postać okrągła, barwiąca się biegunowo, 3) postać łódkowata, niekiedy pałeczkowata. Twory powyższe dają się, zdaniem autora, łatwo odróżnić od jądra, które: 1) znajduje się zawsze na przeciwległym biegunie komórki w dużej odległości, 2) nigdy nie posiada kształtów tak regularnych i 3) nie barwi się tak jednolicie, jak wtręty. Biorąc pod uwagę stałość wymiarów, regularność formy, strukturę i barwliwość wtrętów, autor wysnuwa wniosek, że są to twory pasorzytnicze, zewnątrzpo pochodne. Postać łódkowata zbliżona jest do *encephalitozoon cuniculi*, różnią się one tylko kolorem przy barwieniu metodą *M a n n a*. Zdaniem autora, wtręty powyższe są identyczne ze szczątkami krętków opisanymi przez *S t e i n e r a*, i tworami, opisanymi przez *L ü t h y e g o*, przyczem podkreśla przewagę metody *W o l b a c h a*, która pozwala dostrzec subtelności budowy wtrętów. Jest rzeczą możliwą, że wtręty są formą mutacyjną krętków, tak samo, jak są nią, być może, twory, spotykane przez *M a r i n e s c o*, *S t e i n e r a*, *P e t t i t a* i *C h e v a s s u t*. Jak wiadomo, *P e t t e* dzieli zarzaki neurotropowe na dwie grupy: na mające predyspozycję do istoty szarej lub białej. *L e v a d i t i* w grupie ostatniej odróżnia zarzaki, wywołujące stany zapalne (*herpes*, za-

palenie mózgowia poszczepienne) i wywołujące zaburzenia lipotropiczne, t. j. ze zmianami metabolizmu lipidów w oligodendrocytach (stwardnienie wieloogniskowe, schorzenie S c h i l d e r - F o i x, *encephalomyelitis*). Autor proponuje klasyfikację odmienną: 1) na choroby, w których zajęta jest komórka nerwowa (zarazek przesykalny wścieklizny, *herpes*, choroby B o r n a), 2) choroby, w których zajęta jest komórka makroglejowa (stwardnienie wieloogniskowe, choroba S c h i l d e r a, *encephalomyelitis*). W tej właśnie grupie chodziłoby o zarazki widzialne *gliozoa*, 3) choroby, spowodowane przez zarazek, wywołujący zmiany także w innych organach. We wszystkich tych grupach zazwyczaj mamy do czynienia z reakcją ze strony naczyń i mikrogleju.

J. M e l z a k.

B. ASCHNER. Wyniki leczenia somatycznego w otypieniu wczesnem. (Wien. kl. Woch. Nr. 39. 1931).

W związku ze zbyt rzadkiem i zbyt skąpem miesiączkowaniem, jak również w następstwie cierpienia żołądkowo-wątrobowych, zaparcia nawykowego, niedostatecznego oddychania skórno-powstań, powstają zaburzenia nerwowe i psychiczne, które udaje się wyleczyć przez usunięcie wyżej nazwanych zaburzeń cielesnych. Szczególnie zadziwiające wyniki widział autor w otypieniu wczesnem. Stosowano środki, pobudzające miesiączkę — *emmenagoga* (napar z senesu, pigułki aloesowe, olejek jałowcowy), gorące kąpiele nożne i nasiadówki, 6—10 pijawek na wewnętrznej powierzchni ud i t. p.), środki przeczyszczające, środki wymiotne, bodźce skórne, upust krwi. Przy troskliwym przeprowadzonym postępowaniu w przypadkach nie starszych ponad 5 lat nie widział autor nigdy wyraźnego zawodu i nie wierzy przytem, aby chodziło w tych razach o samoistne remisje lub przypadkowe wyniki.

Medycyna sądowa.

■ **Dr. Paul PLAUT. Der Zeuge und seine Aussage im Strafprozess.** (Georg Thieme, Lipsk, 1931, str. VIII, 314).

W obszernym dziele, poświęconem znaczeniu zeznań świadków i ich charakterystyce, autor bardzo dokładnie omawia najpierw stronę psychologiczną zeznań, następnie zaś charakteryzuje poszczególne typy świadków, ocenia ich prawdziwość, niewiarogodność zeznań, zastanawia się nad kryteriami, pozwalającymi ocenić wartość zeznań świadków itp. Typy świadków, wyodrębnione przez autora, są następujące: klasyczny (pewny siebie, dobrze obeznany z warunkami sali sądowej itd.), wykształcony, niewykształcony, ostrożny, zaambarasowany, lękliwy, obojętny, niebezpieczny itd. Dalej omawia autor typy świadków według ich zawodu: nauczyciele, urzędnicy policji, sędziowie, duchowni itd. Autor specjalnie zwraca uwagę na zeznania świadków-dzieci, przytem dzieli je na grupy według wieku, analizuje zeznania dzieci normalnych oraz nienormalnych i porównywa je z zeznaniami dorosłych nienormalnych świadków. Omawiając zagadnienie kłamstwa, podaje jego określenie, zastanawia się nad kłamstwem „normalnego” dziecka i „normalnego” dorosłego oraz nad kłamstwem patologicznym, zaznaczając, że często granice kłamstwa mieszczą się pomiędzy normą a stanem chorobowym i nieraz formy przejściowe nie dadzą się ściśle określić. Omawiając sprawę fałszywych zeznań przed sądem, autor podnosi, że nawet złożona przysięga niezawsze gwarantuje rzetelność zeznań świadków. W dalszych rozdziałach P l a u t omawia szczegółowo sposoby przesłuchiwanie świadków i umiejętność korzystania z ich zeznań, wyróżnia przytem pierwsze przesłuchanie i dalsze badania podczas śledztwa i na rozprawie sądowej; zastanawia-

jąc się nad oceną wiarygodności zeznań świadków, autor podnosi wartość i znaczenie wielu czynników natury indywidualnej i ogólnej, jak np. warunki osobiste świadka, czynniki psychiczno-fizyczne, prawno-psychologiczne i inne. Pojęcia wiarygodności autor dzieli na wiarygodność ogólną i uzależnioną od poszczególnych wypadków. Dalej P l a u t omawia stosunek rzeczoznawcy do zeznań świadków i określa wartość rozmaitych metod, jak np. indywidualno-psychologicznej, psycho-analitycznej i innych. Ostatni rozdział jest poświęcony omówieniu postanowień w sprawie przesłuchiwanie nieletnich według ustaw saskich, pruskich, bawarskich, hamburskich i turyńskich. Do dzieła dodany jest wykaz 187 prac, poświęconych omawianemu zagadnieniu, względnie sprawom pokrewnym. Dzieło P l a u t a jest, o ile mi wiadomo, jednym z nielicznych, poświęconych dokładnie i systematycznie przedstawieniu zagadnienia świadczania i świadków. Jest pożądaną, by praca ta znalazła się w rękach prawników i lekarzy, zwłaszcza mających do czynienia z orzecznictwem sądowo-lekarskim.

W. G r z y w o - D ą b r o w s k i.

G. STRASSMANN. Badanie zwłok ekshumowanych noworodków. (Beiträge zur gerichtl. Med. XI).

Nawet w przypadkach, w których od chwili śmierci upłynęło dość dużo czasu, i zwłoki znajdują się w stanie rozkładu, często można odpowiedzieć na pytanie, czy dziecko urodziło się żywym i z jakiego powodu zmarło, wobec tego, autor podnosi, że nigdy nie należy uważać ekshumacji za bezcelową. Badanie mikroskopowe narządów w dużym stopniu ułatwia rozpoznanie przypadku, a w szczególności jest ważne badanie płuc na obecność składników wód płodowych (barwienie wedl. G r a m a i sudanem). Próba żołądkowo-jelitowa przy badaniu zwłok ekshumowanych rzadko tylko ma znaczenie; żółte podbarwienie smółki, które może powodować błędne przypuszczenie, że dziecko było karmione, często się spotyka w zgniłych ekshumowanych zwłokach.

W. D.

MOSKOW. Samobójstwo przez wielokrotne zadanie ran toporkiem w okolicę potylicy. (Beiträge zur gerichtl. Med. XI).

18-letni uczeń zadał sobie w zamiarze samobójczym w okolicy potylicy 14 ran rąbanych; były one rozrzucone na przestrzeni 9 na 7 cm. i przebiegały pionowo równoległe do siebie, w pewnym zaś miejscu wskutek wielokrotnych uderzeń utworzyły się dwie ziejące rany. W obrębie kości w tym miejscu znaleziono liczne odłamki, po usunięciu których powstał otwór dł. ok. 7 cm., szeroki do 2-ch i pół cm. Zatoka sierpowata uległa rozerwaniu, co spowodowało śmiertelny krwotok. Mózg uszkodzeń nie przedstawiał.

W. D.

PORTA. Zmiany w przysadce i skrzyżowaniu nerwów wzrokowych w związku z uszkodzeniami czaszki. (Beiträge zur gerichtl. Med. XI).

W 35 przypadkach urazów mechanicznych (wypadki samochodowe i inne) autor badał makro- i mikroskopowo przysadkę i skrzyżowanie nerwów wzrokowych i ustalił, że rozerwanie przysadki spotyka się tylko w przypadkach zupełnego zmiażdżenia czaszki. Inne zmiany w postaci wylewów krwawych, przeważnie w części środkowej jej przedniego płata, zdarzają się rzadko i występują wtedy, gdy kości czaszki uległy znacznym uszkodzeniom. Autor podkreśla, że należy być bardzo ostrożnym z upatrywaniem związku pomiędzy urazem a zespołem przysadkowym, może się jednak zdarzyć, że po przebyłym urazie zmiany chorobowe przysadki ulegną obostrzeniu.

W. D.

Wskazówki praktyczne

W przypadkach *zawrotów głowy*, głównie z powodu nowotworów mózgu poleca *W i c h m a n n* *Monotreatan*, kombinację chininy z papaweryną (fabr. Liutpold-Werk. Monachium). (M. m. W. 1932. Nr. 4).

S c h e i t z zwraca uwagę na doskonale wyniki, otrzymane przy stosowaniu *Neuramagu* w bólach głowy *symptomatycznych*, o ile one nie zależą od ciężkich zmian organicznych. (M. m. W. 1932. Nr. 6).

W. P e t e r s poleca przetwórn *Merzmoř* (fabr. Merz i sp. Frankfurt n. M.), w którym kombinacja morfiny z antypiryną pozwala na oszczędniejsze dawkowanie morfiny. Środek jest w handlu w postaci ampulek. (M. m. W. 1932. Nr. 6).

Przy pomocy *szczepionki przeciwko kłuszonej* wyrobu *I. G. Farbenindustrie* skracal *W e i s* przebieg *krztuśca* do 3 — 4 tygodni. Już po pierwszym zastrzyknięciu następuje ulga. (M. m. W. 1932. Nr. 11).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polska Akademia Umiejętności.

IV. Wydział lekarski.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 18 stycznia 1932 r.

Przewodniczący: czł. *H. H o y e r*.

Czł. *E. G o d l e w s k i* przedstawia pracę p. *J. F e g l e r a* p. t. *Badania nad zjawiskami pobudzenia i hamowania oddechu przy chemicznym drażnieniu dolnych i górnych dróg oddechowych*.

W doświadczeniach na psach, kotach i królikach z wyosobnionem drażnieniem górnych i dolnych dróg oddechowych amonjakiem, chlorem i chloropikryną — autor stwierdził:

1. Niezależnie od miejsca drażnienia (górne czy dolne drogi oddechowe) reakcje odruchowe oddechu są jednakowe. Jakość reakcji natomiast zależy od natężenia bodźca. Słabsze koncentracje wywołują pobudzenie (*polypnoë*), mocne — zahamowanie (zwolnienie, a nawet *apnoë*).

2. Przy działaniu mocniejszych koncentracji drażnienie tak górnych, jak i dolnych dróg oddechowych wywołuje dwufazową reakcję. Najpierw zahamowanie, następnie — pobudzenie.

3. Stwierdzono różnicę w pobudliwości zakończeń czuciowych górnych dróg oddechowych u psa i królika. Różnica ta wyraża się w łatwiejszym wystąpieniu reakcji pobudzenia u psa i hamowania u królika. Zjawisko to zależy prawdopodobnie od różnicy w reakcji obronnej gruczołów błony śluzowej oraz reakcyj naczynioruchowych i ma swoje źródło w różnym sposobie życia tych zwierząt.

4. Dwufazowość odruchów oddechowych jest podstawą celowości ich jako odruchów obronnych i ma swoje źródło w zmianach pobudliwości zakończeń czuciowych oraz w wyżej wspomnianych reakcjach gruczołów błony śluzowej dróg oddechowych, zwłaszcza górnych. Recepcja bodźca, słabnąc stopniowo, daje w wyniku po zahamowaniu — pobudzenie. Powstaje więc suma zjawisk, które oddzielnie występują, jako pobudzenie przy użyciu słabszej — hamowanie przy zastosowaniu mocniejszej koncentracji par lub gazów drażniących.

5. Do wystąpienia odruchów oddechowych jest konieczna nagła zmiana w koncentracji bodźca. W przeciwnym przypadku, t. j. przy stopniowym wzmaganiu koncentracji, odruchy nie występują. Zjawisko to jest przy drażnieniu dróg oddechowych jednym z poszczególnych wypadków prawa ogólnofizjologicznego.

6. Znużenie w łuku odruchu obronnego dla dróg oddechowych jest podstawą do wystąpienia dwufazowości odruchu.

7. Znużenie ma charakter swoisty, gdyż bodźce mechaniczne, jak np. rozdzienie płuc (odruch *H e r i n g - B r e u e r a*), wywołują zahamowanie oddechu w okresie niewrażliwości na bodźce chemiczne. Nie jest wyłączone, że swoistość tego znużenia zależy od istnienia swoistych chemoreceptorów w płucach,

obok zakończeń czuciowych dla włókien *H e r i n g - B r e u e r a*. Doświadczenia z użyciem kolejnym dwóch środków chemicznych wskazują na możliwość jeszcze większego zacieśnienia wspomnianej swoistości znużenia, aż do jakości (*Cl* i chloropikryna) bodźca chemicznego.

(Z Zakładu fizjologicznego uniwersytetu warszawskiego; dyrektor prof. dr. Franciszek *C z u b a l s k i*).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Szpitalnych w Paryżu z dnia 11 marca 1932 r. (Paris Méd. Nr. 12. 1932) mówili *F r a n c k*, *C h. R i c h e t* syn i *F. J o l y* o *leczeniu krwiopłuc gruźliczych przetaczaniem krwi*. W szeregu przypadków przetaczanie krwi dało jak najlepsze wyniki. W 3 przypadkach chodziło o krwioplucie przypominające krwioplucie w tętniakach *R a s m u s s e n a*: 2 chorych było w agonji. Trzeciego chorego uważała już pielęgniarka za zmarłego. W innych spostrzeżeniach chodziło o krwioplucie, nie poddające się żadnemu leczeniu. Chorzy po przetaczaniu krwi przestawali mieć krwotoki płucne. W 3 przypadkach spostrzegano poprawę stanu ogólnego. W przypadku chorej, u której poprawa ta była najwyraźniejsza, dawka krwi był stary gruźlik (prawdziwa próba uodparniającej hemoterapii).

Na tem samym posiedzeniu (Paris Méd. Nr. 12. 1932) *S é z a r y* i *B a r b é* mówili o *dawkowaniu i sposobie stosowania stowarsolu sodowanego w porażeniu postępującem*. Wpływ stowarsolu na kiłę i spirochetozę w porównaniu z salwarsanem jest stosunkowo słaby. Fakt ten stanowi kontrast w porównaniu z działaniem tego leku w porażeniu postępującem. Tłumaczy on możliwość reaktywowania zmian trzewiowych (*mesaortitis, arteriitis*), którego kilka przypadków notowano. Na 300 chorych ogółem leczonych przez referentów, spostrzegali oni dwa przypadki spastycznego porażenia poprzecznego, które wystąpiło w przebiegu leczenia, a które zahamowano bismutem. Tych powikłań wskutek reaktywacji można uniknąć, jeżeli połączyć dziwią się, że można było uważać dawki arsenu pięciowartościowego, przez nich zalecane, za nadmierne. Dawki nie przekraczają tych, których stale się używa przy stosowaniu innych pochodnych pięciowartościowego arsenu, zbliżonych do stowarsolu, jak np. tryparsamidu. Ponieważ dawki niewystarczające narażają chorych na reaktywację, dawki nadmierne — na zapalenie nerwu wzrokowego, należy się trzymać środka. Zapalenie nerwu wzrokowego pozostaje największym niebezpieczeństwem leczenia arsenem pięciowartościowym. Referenci nie spostrzegali ani jednego przypadku zapalenia nerwu wzrokowego na 300 chorych, leczonych zalecanymi przez nich dawkami stowarsolu. Zalecają oni jako zasadę obowiązującą nieprzekraczanie dawki 1 gr. na zastrzyknięcie, 3 gr. na tydzień, 21 gr. na serję. Stowarsolu niewolno stosować u osobników, dotkniętych zaburzeniami wzroku; bardzo roztropnie postępować należy u alkoholiczków i chorych z wiałem rdzenia; podczas całego okresu leczenia należy zwracać baczną uwagę na stan wzroku chorych.

Krytyka lekarska

Krytyka projektu kodeksu deontologii lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej.

(Ciąg dalszy patrz Nr. 16).

Zasada 50 nakazuje lekarzowi dążyć do podniesienia znaczenia moralnego i materialnego Izb Lekarskich. W tym względzie chcielibyśmy zabrać głos nieco szerzej, gdyż zdajemy sobie dokładnie sprawę z wielkiej wagi tego zagadnienia. Zdajemy też sobie sprawę w oparciu o fakty, jakie miały dotąd miejsce w poszczególnych Izbach terytorjalnych i w Izbie Naczelnej, jak dalece słuszna i godna poparcia zasada może być skażona w interpretacji władz, chwilowo wyniesionych na czoło organizacji. Aby tym interpretacjom, które w każdej nawet słusznej i przyjaznej krytyce upatrują osobistą obrazę, nadać większą wagę obiektywną, trzeba nasamprzód przyjąć za pewnik niezaprzeczalny, że ludzie, wyniesieni na czoło organizacji są istotnie najlepszymi jednostkami, za jakie chcą uchodzić. Oczywiście, żaden myślący człowiek takiego pewnika nie przyjmie bezapelacyjnie. Bez ustalenia takiego pewnika niemożliwe jest utrzymanie tej jednostronnej i niekrytycznej w odniesieniu do samych władz możliwej interpretacji 'zasady 50-ej. Nawet gdybyśmy przypuścili możliwość istnienia najidealniejszych jednostek w obecnym stanie ewolucji ludzkości, z punktu widzenia ideału obiektywnego przecież jeszcze musiałby istnieć szereg zastrzeżeń natury teoretycznej i praktycznej. *Errare humanum est.* Istotnie, mamy prawo przypuszczać, że przynajmniej niektóre władze Izb terytorjalnych, mogą dążyć do zachowania swej absolutnej nietykalności i to z tem większą siłą i uporem, im mniejsze mogą być ich wartości moralne i intelektualne. Władze te mogą niesłusznie utożsamiać dobro moralne i materialne Izb Lekarskich z ślepą czcią czysto osobową względem nich samych.

W tych warunkach dążenie do podniesienia znaczenia moralnego i materialnego Izb Lekarskich, jakie obowiązuje w myśl zasady 50 wszystkich lekarzy, może być właśnie nakazem moralnym dla przeciwstawiania się i piętnowania nieodpowiadających swym zadaniom czynników zarządzających sprawami lekarskimi w Izbach

Może przejść jeszcze dużo lat, zanim lekarze przestaną lekceważyć wybory do Rad Izb Lekarskich. Takie lekceważenie wyborów, w szczególności zaś sposobu ustalania list kandydatów do przyszłych władz Izby, może prowadzić do uzurpacji reprezentacji ogółu lekarzy przez pewne tylko nieliczne, ale bardziej agresywne i posiadające większy tupet, zgrane grupy lekarskie. Członków tych wąskich grup lekarskich, narzucających się ogółowi lekarzy, może łączyć ze sobą zwykły interes materialny lub w lepszym wypadku nieuzasadniona ambicja władzy. Dla utrzymania pozorów powszechności i obiektywności wyborów członkowie tych bardziej agresywnych grup mogą wciągać w sferę swych wpływów ludzi nieraz najzacniejszych, np. ze szczególnym upodobaniem profesorów uniwersytetów, którzy, pochłonięci odpowiedzialną pracą zawodową na polu naukowym, pedagogicznym i społecznym, nie będą mieli czasu i ochoty do bliższego wglądu w całokształt gospodarki i ew. ujemnej działalności tych grup lekarskich. Zaciśnięci skądinąd ludzie mogą być potrzebni dla zaślony i mogą odgrywać rolę autorytetów, nadających większą wagę i prawdopodobieństwo słuszności wszelkim, nawet ujem-

nym posunięciom grup rządzących. Autorytety te mogą też osłabiać krytyczne nastawienie władz nadzorczych względem samorządu lekarskiego.

Nic dziwnego, że w takich warunkach przy tak przeprowadzanych wyborach, narzucanych ogółowi lekarzy przez bardziej agresywne grupy, na czoło samorządu lekarskiego mogą być wysuwane jednostki nawet bardzo dalekie od ideału. Większej agresywności bowiem nie zawsze towarzyszy odpowiedni poziom etyczny i intelektualny. Możliwe nieetyczne oraz demoralizujące i dezorganizujące życie lekarskie postępowanie „ludzi czołowych” winno podlegać jeszcze większej krytyce i naganie, aniżeli toby mogło mieć miejsce w podobnych wypadkach w stosunku do kolegów zwykłych szeregowych członków Izb Lekarskich.

Prócz tego stwierdzamy zupełny brak w niektórych Izbach dorocznych ogólnych sprawozdawczych zebrań członków samorządu lekarskiego, przewidzianych ustawą. Oba te upuszczenia, tak zasadnicze w życiu każdego samorządu, a tem bardziej lekarskiego, najbardziej przygotowanego pod względem intelektualnym i społecznym, faktycznie uniemożliwiają jakąkolwiek krytykę legalną w łonie ściślejszej terytorjalnej organizacji. Cały szereg możliwych zastrzeżeń i prostowań zbyt częstej autoreklamy, które nasuwać mogą sprawozdania z działalności niektórych Izb terytorjalnych, odpada przez takie pomijanie podstawowych przepisów ustaw i regulaminów samorządu lekarskiego.

Z drugiej strony możliwa zawsze megalomania czynników kierowniczych w samorządzie lekarskim, niepoparta pożytecznym dla ogółu większym czynem, oraz bezczynność może być w oczach ogółu nawet śmieszna i nielicząca z powagą na stanowiskach wyższych i naczelnych. Trzeba ustalić, że świat lekarski, naogół, z nielicznymi wyjątkami korzystał i korzysta jeszcze dotąd z wielkiego zaufania do jego wartości etycznej ze strony szerokich warstw społeczeństwa. Zaufanie to ogół lekarski wyrobił sobie żmudną pracą i niecodzienną ofiarnością zarówno w zakresie fachowym, jak też niemniej społecznym. Dotąd lekarze całkowicie zasługiwali na to zaufanie. Nieliczne wyjątki nie niszczą zasady. Wraz z powstaniem samorządu lekarskiego stała się rzecz niezwykła i skądinąd trudna do wytłumaczenia. Osoby, stojące na czele samorządu lekarskiego, zaczynają, być może nieświadomie, podważać to zaufanie społeczeństwa do lekarzy drogą obniżania publicznego i na piśmie „znaczenia moralnego i materialnego” członków Izb Lekarskich.

Ze szczególnym akcentem należy podnieść tę konieczność, aby zasada 50, ze wszech miar słuszna, nie mogła być ślepo wykonywana jednostronnie. Zasada ta nie może obowiązywać jedynie tylko szeroką masę zwykłych członków Izb lekarskich. Bodaj w większym stopniu i bardziej surowo zasada ta winna być przestrzegana przez jednostki, stojące na czele organizacji samorządu lekarskiego.

Przejdźmy obecnie do omówienia zadań Izb Lekarskich, stanowiących treść drugiego ustępu zasady 50. Czytamy tu, iż zadaniem Izb Lekarskich jest: „zwalanie na wykonywanie praktyki lekarskiej, obrona przed nadużyciem niesumiennej konkurencji, wyzyskiem osób fizycznych i prawnych oraz fałszywymi sądami opinii laików, zapewnienie odpowiedniego stanowiska w Państwie i społeczeństwie oraz zabezpieczenie na starość lub pomoc dla rodziny w razie śmierci”.

Blizsze rozważanie tych zadań może prowadzić do pewnego sceptycyzmu w stosunku do racji bytu tak pojętego samorządu lekarskiego. Zespół tych zadań może usprawiedliwiać już liczne opinie, zaprzeczające samej potrzebie istnienia Izby Lekarskich. Zespół tych zadań nie uzasadnia tych ciężarów materialnych i niematerialnych, jakimi obecne zarządy Izby Lekarskich obciążają swych członków. Takie np. „zezwalanie na wykonywanie praktyki lekarskiej“ pozostawało dotąd i pozostaje w sferze uprawnień wojewódzkich wydziałów zdrowia, względnie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia M. S. W. Pewną rewelacją dla ogółu lekarzy będzie fakt, niezgodny z ustawą z dn. 2.XII. 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, że prawo zezwalania na wykonywanie praktyki lekarskiej jest uprawnieniem Izby Lekarskich, a nie Ministerstwa Zdrowia Publicznego, względnie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Czy takie nadawanie sobie uprawnień, niezgodnych z ustawami R. P. nie mogłoby być uważane za uzurpację lub nadużycie władzy? Artykuł 3 ustawy z dn. 2 grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, „wyraźnie uprawnienia te nadaje Ministerstwu Zdrowia Publicznego, względnie, jak dzisiaj, Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia. Art. 3 tej ustawy głosi, iż „osoby pragnące korzystać z przysługującego im prawa wykonywania praktyki lekarskiej winny zarejestrować się w Ministerstwie Zdrowia Publicznego bezpośrednio, lub za pośrednictwem właściwych urzędów administracyjnych drugiej instancji, składając dowody uprawnień w myśl art. 2; zarejestrowanym Minister Zdrowia Publicznego wydaje pisemne zaświadczenie o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem“. Sprawa ta jest już przeto uregulowana, i wszelkie ingerencje w czynności Ministerstwa są co najgorsze zbyteczne. Wobec tego ustęp ten o nadaniu sobie niesłusznych uprawnień, jeżeli nie jest nieogłębłą uzurpacją praw, może być prosto świadomą pomyłką. Jeżeli ustęp ten miałby być ścisły odnośnie do posiadanych uprawnień, winien byłby brzmieć nieco inaczej, a m. „Uprawnieniem Izby Lekarskich jest odbieranie prawa na wykonywanie praktyki lekarskiej w wyniku wyroku Sądu Dyscyplinarnego“. Na szczęście, uprawnienie to ogranicza konieczność zatwierdzenia podobnych wyroków przez ośrodek Ministerstwa. Być może, otwarte popisywanie się tem uprawnieniem, jako czynnością negatywną, krępowało projektodawców kodeksu deontologii lekarskiej; zastąpiono przeto słowo „odbieranie“ miłszem dla ucha sło-

wem, „zezwalanie“. Słowo „odbieranie“ praktyki lekarskiej mogło bowiem nieprzyjemnie razić członków Izby Lekarskich, zniewolonych do płacenia wysokich składek na rzecz tej instytucji.

Szereg dalszych zadań, wymienionych w ustępie drugim zasady 50, jak obrona przed nadużyciem niesurowej konkurencji, wyzyskiem osób fizycznych i prawnych oraz fałszywymi sądami opinii laików, wreszcie zapewnienie odpowiedniego stanowiska w Państwie i społeczeństwie, mogą raczej sprawiać wrażenie czczych, pięknie brzmiących frazesów, pozbawionych większej treści rzeczowej i większego pożytku ogólnego. Ponieważ te tak nikłe nawet nakazy dotąd przeważnie były wykonywane tylko w stopniu znikomym, niema żadnej gwarancji, że w przyszłości będą one przestrzegane w stopniu większym. Jesteśmy uprawnieni do takiego wniosku, przeglądając szereg sprzeczności i furtek, stanowiących treść projektu kodeksu deontologii lekarskiej N. I. L. Gdyby choć pozory istotnych możliwych zadań Izby Lekarskich były utrzymane w tym szeregu wyliczanych zasad! Do takich istotnych możliwych zadań należałoby zaliczyć przynajmniej te cztery zadania, które podamy po omówieniu wszystkich zasad projektu w pracy niniejszej.

W końcu ustępu drugiego zasady 50 znajdujemy wymienione, jako ostatnie zadanie Izby Lekarskich, „zaopieczniając na starość lub pomoc dla rodziny w razie śmierci“. Zadanie to, jakkolwiek wysoce pożądane i pożyteczne, nie może stanowić j e d y n e g o usprawiedliwienia racji bytu Izby Lekarskich, gdyż z łatwością może być przejęte przez każde stowarzyszenie lub związek zawodowy lekarski, a nawet przez instytucje nielekarskie.

Stwierdzamy niniejszem brak w wymienionych w zasadzie 50 zadaniach Izby Lekarskich jakiegokolwiek pozytywnej i nieogłoszonej tezy, mającej usprawiedliwić konieczność istnienia Izby Lekarskich. Jeżeli istnienie to ma być mocniej ugruntowane, należałoby przedewszystkiem odciążyć ogół lekarski przez radykalne obniżenie wysokości składek wpłacanych przez członków na rzecz tej instytucji, a następnie ustalić bardziej konkretne i, co ważniejsze, bardziej pożyteczne zadania samorządu lekarskiego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. Karol K o s i ń s k i (Wilno).

Dr. Julian P o d w i ń s k i (Wilno).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Metamorfoza człowieka.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa)

Nie ulega wątpliwości, że stała, choć może i bezwiedną myślą przewodnią całej naszej cywilizacji było doskonalenie typu ludzkiego, rozwijanie w nim zalet fizycznych i duchowych. W połowie ubiegłego wieku uczony angielski G a l t o n starał się nawet stworzyć podstawy nowej nauki—eugeniki, mającej za zadanie badanie warunków, w jakich powstawać może doskonały możliwie typ

człowieka. Ostatnie dziesiątki lat przyniosły wielką liczbę prac, poświęconych temu zagadnieniu; między innymi wiele uwagi poświęcone było tutaj różnicy, jaka zachodzi między zespołem cech odziedziczonych po przodkach, a cechami nabytymi przez poszczególnego osobnika.

Wolny, nieskrępowany rozwój jednostki jest nierozdzielnie związany z pojęciem cywilizacji europejskiej. Idea ta sięga początkiem swym czasów klasycznej Hellady, tworzenia się chrześcijaństwa. Wspaniały rozwój Aten w epoce P e r y k l e s a, które osiągnęły najwyższy, być może, w dziejach stopień doskonałości typu ludzkiego, wydając z

siebie największy odsetek genjuszów o olbrzymiej skali, jest klasycznym dowodem tego, że ustrój społeczny na zasadach udoskonalonej demokracji, gdzie urzędnik jest tylko narzędziem samorządu ludowego, może doprowadzić do najznakomitszych wyników twórczość człowieka. Galtón obliczył, że na 135.000 mężczyzn, którzy przyszli na świat w Attyce w ciągu stu lat między rokiem 530 a 430 przed Nar. Chr., przypadło 14 tak znakomitych mężów, jak Sokrates i Plato, Sofokles i Eurypides, Temistokles i Arystydes.

Do zupełnie innych wyników prowadził, jak wiadomo, arystokratyczno-oligarchiczny ustrój Sparty. Spartańczyk nie należał do siebie, lecz do państwa; rzeczą wyłącznie państwa było wychowanie obywateli, przyczem sprawność fizyczna była głównym, jeżeli nie jedynym jego celem. Zato takie zajęcia, jak sztuki piękne i rzemiosła, handel i żegluga, uważane były za niegodne spartańczyka, którego celem i ideałem była wojskowość i bezwzględne posłuszeństwo władzy.

Ustrój spartański, który obok Sparty ucieleśnił się jeszcze w starożytnym Peru lub, jako idea oderwana, znalazł odbicie w idealnym państwie Platona, a który obcy był zawsze istotnej cywilizacji europejskiej, odżył nanowo w naszych czasach w postaci największego eksperymentu socjologicznego wszystkich epok — w postaci ustroju bolszewickiego. Chodzi tym razem o doświadczenie, jakie „przeprowadzane jest przez grupę bezwzględnie inteligentnych i przedsiębiorczych ludzi na żywym ciele jednego ze zdolniejszych narodów współczesnych“¹⁾

„Myśl, aby być jedynie cegiełką do budowy państwa, jest nie do zniesienia dla Europejczyka. Dla niego państwo jest zawsze środkiem, nigdy celem. Ukrytym jego ideałem jest bezpaństwo, anarchja i stan zupełnej wolności politycznej. Tylko ponieważ stan taki nie da się połączyć z europejskim przeludnieniem, techniką i amoralnością — Europejczyk godzi się z państwem. Ale pragnąłby on być jaknajmniej rządzonym, jaknajbardziej wolnym“. Tak charakteryzuje Coudenhove-Kalergi indywidualizm świadomego siebie Europejczyka, któremu przeciwstawia się w tak niezmiernie jaskrawy sposób światopogląd komunizmu rosyjskiego.

Na przestrzeni, więcej niż czterokrotnie przewyższającej przestrzeń Europy, przetwarza się w sposób gwałtowny i niesłychanie radykalny całą istotę ludzką; nie wchodzi tu już w grę żadne cechy dziedziczne czy nabyte. „Z pełną świadomością, z wytrwałą, pewną swego celu systematycznością dokonywa się tu przemiana na 160 milionach indywidualnych stworzeń, a czyni się to w służbie nowej idei, nowego pojęcia o egzystencji ludzkiej, w walce przeciwko temu, cośmy uważali za rzecz naturalną“²⁾

Wszystko, co dzisiaj dzieje się w Rosji, dzieje się dla masy. Według nowej filozofii bolszewickiej jednostką jest właściwie masa, a poszczególne osobniki jest tylko „skrzepem“, który dzięki pew-

nym przypadkowym procesom powstał w bezpostaćowej masie. Czems realnem jest tylko i jedynie pojęcie kolektywno-nieosobowe, osobnik zaś, czyli „skrzep“ nie jest wytworem przyrody, lecz fantazji, martwej przeszłości, wrogiego zachodu, jednym słowem — burżuazji. Wyższa, prawdziwa jednostka, masa jest organicznym zbiorem poszczególnych osobników dla celów wzmożonej aktywności, ale osobnik taki jest tylko częścią, członkiem bez osobnej egzystencji. Rozbudowa nowego świata powstaje dzięki masie dla masy; indywidualum, obdarzone szczególnymi cechami, jest anomalją, przeszkodą. A więc wszystko, co stanowi odrębne właściwości jednostki, musi ulec zniszczeniu, natura musi być naprawiona, człowiek musi być przebudowany.

Dziadziną, gdzie ześrodkowują się indywidualne cechy osobnika, jest jego życie duchowe; dla światopoglądu bolszewickiego dusza jest czems kontrrewolucyjnym.

Kierunki myśli, które miały na celu najwyższy możliwie rozwój istoty duchowej człowieka, starały się wykorzystać tę ostatnią ponad wszelkie istniejące szranki; ideologia bolszewicka musi zwalczać wszelkie możliwości takiego rozwoju jednostki, gdyż to stoi wprost jej ostatecznym wytycznym.

„W czasach pańszczyzny — mówi Rundt — człowiek był jednostką systemu płatniczego; „pan“ liczył i płacił duszami; obecnie pojedynczy towarzysz ma służyć jako jednostka do mierzenia siły. System bolszewicki nie potrzebuje zupełnie jednakowych 160 milionów jednostek siły; one muszą być podzielone na odrębne serie w zależności od miejsca i czynności, jakie są przydzielone każdej w ogólnej masie.“

Przed nowym człowiekiem stoją nowe zagadnienia. Zanim wykonane zostaną w Rosji wielkie fabryki na wzór amerykański, należy wyszkolić w odpowiednim kierunku miliony robotników.

Wysoki rozwój techniki maszynowej w Ameryce prowadzi do tego, że od poszczególnego robotnika wymaga się tam nie więcej, niż jednego określonego chwytu. Rosja nie może jeszcze tem się zadowolić, daleko jej jeszcze do takich udoskośleń technicznych, i dlatego potrzebni jej są robotnicy, bardziej wykwalifikowani. I tych robotników trzeba przygotować. I oto powstaje „Liga czasu“, — posiadająca swe oddziały w całym państwie — „instytuty pracy“ — poświęcone... „gimnastyce technologicznej.“

„Stwórz sobie mechanikę twego czasu — głosi hasło propagatora tej nowej wiedzy — obliczać czas — to znaczy żyć dłużej! Jeżeli posiadasz klucz swego czasu, to jesteś inżynierem twego życia!“

I gimnastyka technologiczna obiecuje w ciągu jednego roku przerobić pół miliona opieszłych i niewprawnych ludzi na wykwalifikowanych, szybko pracujących robotników. Każdy z uczniów instytutu pracy posiada swą „chronokartę“; gdy potrafi żyć ściśle według tej karty, będzie już „inżynierem swego życia.“

Ale najwyższy szczebel zagadnienia nowego człowieka polega na tem, czy uda się przekonać 100 milionów mózgów chłopów rosyjskich o wyższości gospodarki kolektywnej nad indywidualną.

¹⁾ Coudenhove-Kalergi. „Stalin & Co.“ Pan-europa-Verlag 1931.

²⁾ Arthur Rundt. „Der Mensch wird umgebaut“, ein Russlandbuch, Berlin 1932

W kołchozach i sowchozach dawny chłop rosyjski ze swą niezmiernie prymitywną gospodarką znalazł się wobec zagadnienia „podniesienia intensywności według amerykańsko-kanadyjskiego wzoru.“

W sowchozach, tych olbrzymich domenach państwowych, powstałych z dawnych dóbr szlacheckich, zamienionych na fabryki zboża, tworzy się nowy typ chłopca — robotnik rolniczy, który wskutek wzmoczonej mechanizacji pracy zbliża się do robotnika fabrycznego. Różni się on od robotnika na wielkich fermach Kanady i Stanów Zjednoczonych, nie posiada żadnych warunków istnienia samodzielnego; żyje w wielogłowym osiedlu, ujętem w ścisłe karby zewnętrzne. Ale zanim pierwotny chłop rosyjski zatraci wszelkie swe głęboko w nim tkwiące cechy charakterystyczne — dużo jeszcze wody upłynie!

Tymczasem pomimo niesłuchanie wyteżoną agitację nie zatracił on jeszcze zupełnie swej wiary. Prawosławie tkwi jeszcze mocno w głębi jego ducha. Dyrektor antyreligijnego muzeum w Moskwie opowiadał zwiedzającym o starej włościance, która co miesiąc przychodzi do muzeum, aby złożyć bukiet kwiatów na szklanej skrzyni, mieszczącej w sobie „moszczy“ świętego Serafima Sarowskiego, przeniesione tutaj z klasztoru. Za naszej jeszcze pamięci w szczególnym kulcie tego świętego brał osobisty udział car Mikołaj II; obecnie te relikwie znajdują się w muzeum moskiewskim obok figur Buddy i Zeusa, obok bożków z Sumatry i odlanej z wosku postaci popa. „Boga zniszczono, wiary zabroniono. Człowiek ulega przebudowie“.

Tak się dzieje na wschodzie, a na zachodzie?

„Pęd, jaki uwidacznia się u komunistów i u narodowych socjalistów³⁾ — jest największym wymarszem proletariatu, jaki zna historia. Jeszcze nigdy i nigdzie nie poruszyły się masy w takiej ilości. A przytem jeszcze nigdy w tak obliczalnej sile rozbijającej... Wśród mas, które idą za narodowym socjalizmem, widać miliony nazewnątrz pokojowo usposobionych ludzi...“ A jednakże „wszyscy ludzie, którzy w Niemczech występują przeciwko formom starego świata, są proletariuszami. Wszyscy oni są bezdomni; czują się wszyscy wysadzonymi z siodła. Wszyscy dążą do jakiegoś ogniska, szukają dachu nad głową“.

Proletariuszami w znaczeniu wizji Marksa — jak twierdzi cytowany powyżej autor — są miliony ludzi, którzy utracili swe właściwe miejsce od czasu, gdy porwały się nici, wiążące światową gospodarkę kapitalistyczną. Proletariat niemiecki stanowią dziś nie masy robotników fabrycznych, otrzymujących ustanowioną płacę i znajdujących oparcie w ubezpieczeniach społecznych. Proletariat dzisiejszy nie daje się określić według stanu klasy, dochodów czy pochodzenia. Do proletariatu zaliczać należy zawsze tych ludzi, którzy tracą dawny grunt pod nogami, którzy zaszli tak daleko, że nie mają już nic do stracenia, gdyż wszystko już postradali. W tej masie mieści się równie dobrze kupiec, jak i włościanin, urzędnik i fabrykant. Komuniści — mówi Mariaux — którzy

³⁾ Franz Mariaux „Der Schutthaufen“ Hamburg Berlin 1931.

występują pod sztandarem marksizmu, są świadomymi heroldami Karola Marksa. Ale wspólnie z nimi maszerują wszyscy inni“. A do nich również zaliczyć należy Hitlera. Wielki ruch masowy, jaki rozpoczął się w Niemczech, skierowany jest przeciwko ludziom i formom, w których gąsnący świat stara się zachować swe skarby.

Wszędzie dziś w świecie zaznaczające się tendencje ku pauperyzacji ogromnie postępują i w Niemczech.

Niemcy są klasycznym przykładem, demonstrującym przebieg dziejów współczesnych... Ludzie i formy ustroju odczuwają tu silniej, aniżeli w innych krajach razy, które padają w nie ze strony rozpadającego się mechanizmu“.

Z głębi niemieckiej wybija się żywiołowo na powierzchnię nowe życie, które z całą siłą przeciwstawia się władzom dawnego świata.

Nacjonalistycznie nastawiony pisarz niemiecki nie widzi głębokiej różnicy między komunistami a narodowymi socjalistami, choć się wzajemnie zwalczają. Stanowią oni bowiem wspólny front przeciwko staremu ustrojowi. Ustrój ten — demokracja dnia wczorajszego — bezradny jest wobec pełnego niespodzianek jutra i udręczeń chwili obecnej. Nic też dziwnego, że „nigdy jeszcze nauka nie mogła opowiedzieć o człowieku tyle patologicznego, co w czasach obecnych.“

Dla Bernarda von Brentana o okres obecny Niemiec jest „początkiem barbarzyństwa“ tego państwa.⁴⁾ W kraju tym jest dzisiaj o 6 milionów ludzi, a w tej liczbie o 100.000 jednostek o wykształceniu akademickim, zadużo — zadużo w znaczeniu znalezienia sobie pracy. „Stosunki doprowadziły pracownika umysłowego do szczególnej sytuacji. Podział pracy wskazuje mu i każe mu zająć miejsce specjalne wśród ogółu społeczeństwa, gdzie ma on wykonywać swe zajęcie... A tymczasem, gdy chce on pracować produkcyjnie, znajduje przed sobą zwarty mur interesów; gdy pracuje czysto mechanicznie — natyka się na bezsensowność swej maszynowej roboty. Podział pracy, który w ustroju kapitalistycznym regulowany jest nie przez samą pracę, lecz przez zysk, przeobraża właśnie jednostkę, pracującą produkcyjnie, w bezpłodnego właściwie, na sztuki rachującego specjalistę“.

„Wydaje się — mówi prof. Jaspers⁵⁾ — jakby zaabsorbowany, od swych korzeni oderwany człowiek zagubił najistotniejsze swe właściwości... W jego życiu z dnia na dzień, obok jego zwykłego codziennego zajęcia, nie pozostał mu już żaden inny cel, jak wyszukanie sobie możliwie dobrego miejsca w ogólnym aparacie. Od masy pozostających w tyle oddziela się mniejszość, złożona z tych, którzy bez żadnych skrupułów pchają się naprzód. Jedni są passywni tam, gdzie się właśnie znajdują, pracują i używają wywczasów; inni są aktywni dzięki ambicji i żądzy władzy i zjadają się powoli przez obmyślanie możliwości i naprężanie ostatnich wysiłków“.

(Dok. nast.)

⁴⁾ Bernard von Brentano. „Der Beginn der Barbarei in Deutschland“ Berlin 1932.

⁵⁾ Karl Jaspers. „Die geistige Situation der Zeit“ Berlin 1931.

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych stwierdziło, iż nie wszystkie szpitale są należycie poinformowane o ulgach kolejowych, przysługujących przy przewożeniu umysłowo chorych do szpitali oraz o sposobie sporządzania zestawień kosztów przewozu chorych repatriantów i o przedkładaniu tych zestawień Urzędowi Emigracyjnemu do pokrycia.

W myśl cz. I p. 5 h okólnika Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Nr. 93 z dnia 14.IX. 1925 r. Nr. Z. U. 6385/25 (Zbiór Zarządzeń str. 130 poz. 1) Urząd Emigracyjny pokrywa wydatki, związane z przewiezieniem chorych repatriantów do szpitali, t. j. koszty podróży pielęgniarzy ze szpitala do granicznego punktu przejścia i podróży powrotnej wraz z chorym.

Przy sporządzaniu zestawień kosztów tych podróży winny szpitale przestrzegać przepisów o należnościach za podróże służbowe stosownie do rozporządzenia z 10.IV. 31 (Dz. Ust. Nr. 37/31 poz. 291).

Przy przewożeniu umysłowo chorych przysługują zniżki kolejowe dla chorych i ich konwojentów (patrz Urzędowy rozkład jazdy — okres zimowy 1931/32, strona XLIX p. VI). Pielęgniarz, udający się po chorego, winien być zaopatrzonej przez szpital w odnośne zaświadczenia, wymagane przez wyżej powołany paragraf, przyczem „ubóstwo” chorego może szpital publiczny stwierdzić bez przeprowadzania specjalnych dochodzeń w tym kierunku, gdyż repatriacji podlegają z reguły właśnie ubodzy chorzy z powodu obciążenia kosztami swego leczenia funduszy obcego państwa.

Wykorzystywanie tej zniżki przy przewożeniu umysłowo chorych, jak również sporządzanie zestawień kosztów przewozu w myśl przepisów o podróżach służbowych jest konieczne, gdyż Urząd Emigracyjny odmawia pokrywania nadmiernie wysokich rachunków, co uszczuplałoby niepotrzebnie fundusz, przeznaczony na koszty przewozu repatriantów.

Należyce sporządzone zestawienia winien szpital przedkładać temu Panu Wojewodzie, który zarządził daną repartycję, celem potwierdzenia i przesłania Urzędowi Emigracyjnemu.

Ministerstwo prosi Pana Wojewodę o udzielenie w myśl powyższego odpowiednich wskazówek wszystkim szpitalom, znajdującym się na podległym obszarze.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

(—) Dr. Piestrzyński

— Kurs dokształcający dla lekarzy szkolnych.

W dniu 16 kwietnia w sali II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego odbyła się uroczystość zamknięcia dwutygodniowego kursu dokształcającego dla lekarzy szkolnych, zorganizowanego przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego w porozumieniu z kierownikiem poradni wychowania fizycznego przy II klinice uniwersyteckiej chorób wewnętrznych w Szpitalu Dz. Jezus.

Głównym przedmiotem kursu była fizjologia i patologia wieku młodzieńczego ze szczególnym uwzględnieniem roli ćwiczeń cielesnych w wychowaniu fizycznym. Kurs objął 50 godzin wykładowych teorii i kilkanaście godzin zajęć praktycznych pod kierunkiem dr. E. Reicherówny. Poza tem słuchacze zwiedzili szereg szkół i instytucji użyteczności publicznej, mających styczność z higieną szkolną.

W kursie wzięło udział 65 słuchaczy, z tych 12 z Warszawy, a 53 z różnych terenów Rzeczypospolitej, niemal ze wszystkich okręgów szkolnych.

Na zamknięciu kursu przemawiali: prof. dr. W. Orłowski, jako dyrektor kliniki, p. Józef Błoński, naczelnik wydziału, w imieniu Ministerstwa W. R. i O. P. oraz Dr. St. Kopczyński, naczelny wizytator higieny szkolnej. Mówcy podnosili wielką gorliwość w uczęszczaniu na kurs słuchaczy i zapal, z jakim interesowali się zagadnieniami higieny szkolnej.

W imieniu słuchaczy przemawiała p. dr. Zofja Szaniawska z Radomia, dziękując organizatorom kursu i prelegentom.

— W czwartek, dnia 21 kwietnia jako w pierwszy czwartek po 15-tym, o godzinie 8-iej wieczorem odbyło się miesięczne posiedzenie lekarzy szkolnych w Ministerstwie Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Aleja Sucho 23 — I p.

Na porządku dziennym były:

1) sprawy bieżące;

2) Dr. Jan Kuchta: „Podstawy psychologiczne nowych programów szkolnych”.

— III-ci Ogólnopolski Zjazd Preciwrakowy w Łodzi 30 i 31.X. 1932.

Komunikat. Zgodnie z uchwałą II-go Ogólnopolskiego Zjazdu Preciwrakowego odbędzie się w Łodzi w dn. 30 i 31 października (niedziela i poniedziałek) 1932 r. III-ci Ogólnopolski Zjazd Preciwrakowy. Tematy główne: 1) współczesne badania nad rakiem; 2) wczesne rozpanianie raka; 3) leczenie raka i d) walka z rakiem na terenie Rzeczypospolitej.

Dotychczas zgłosili odczyty:

1. St. Adamowiczowa (Warszawa): „Rak organów płciowych kobiecych na podstawie statystyki szpitalnej”.

2. Prof. dr. K. Bocheński (Lwów): „Leczenie raka macicy w świetle najnowszych poglądów”.

3. Prof. dr. M. Eiger i Doc. dr. E. Czarnecki (Wilno): „Wpływ na powstawanie nowotworów doświadczalnych ciał działających na układ współczulny i obokwspółczulny”.

5. Dr. M. Floksztrumpf i dr. St. Gądek (Warszawa): „Wskazania, metody i wyniki leczenia radem nowotworów złośliwych”.

6. Prof. dr. L. Hirsfeld (Warszawa): „Zagadnienie raka w świetle nauki o odporności”.

7. Dr. J. Kołodziejski i dr. M. Floksztrumpf (Warszawa): „Sprawa chemoterapii w raku”.

8. Dr. J. Laskowski (Warszawa): „Podstawy mianowictwa i klasyfikacji raków z punktu widzenia morfologii”.

9. Dr. F. Łukaszczyk (Warszawa): „Biologiczne podstawy radioterapii nowotworów złośliwych”.

10. Prof. dr. M. Mayer (Poznań): „Obecne warunki wyleczenia raka metodą radiologiczną”.

11. Doc. dr. A. Oszaeki (Kraków): „Biologiczny obraz krwi jako wyraz przemiany materii u chorych na raka”.

12. Prof. dr. K. Pelczar (Wilno): „O stanach odpornościowych w chorobie raka”.

13. Ks. Fr. Radziwiłł (Warszawa): „Projekt Ligi Polskich Organizacji Preciwrakowych oraz Ogólnosłowiańskiej Ligi Preciwrakowej”.

14. Doc. dr. S. Sterling Okuniewski (Warszawa): „Dziedziczność w raku i usposobienie do niego”.

15. Dr. B. Wejnert (Warszawa): „Walka z rakiem w Polsce obecnie i w najbliższej przyszłości”.

16. Płk. dr. W. Zawadowski (Warszawa): „Leczenie promieniami X”.

Uprasza się o zgłaszanie odczytów w terminie do dnia 15 czerwca r. b., a także preparatów anatomiczno-patologicznych, rentgenogramów i tablic statystycznych dla Wystawy naukowej, organizowanej w związku ze Zjazdem. Adres dla ko-

respondencji: Łódzkie Tow. Zwalczenia Raka. Łódź, Piotrkowska 175.

Regulamin Zjazdu określa czas dla referentów tematów głównych na 20 do 40 minut (zależnie od porozumienia się z referentem) i 10 minut dla odczytów dodatkowych.

Program szczegółowy Zjazdu będzie ogłoszony w piśmie lekarskich.

Komitet wykonawczy: Prezydium: (—) Dr. B. Frenkiel, (—) Dr. J. Marzyński, (—) Dr. I. Watten. Sekretarz Generalny: (—) Dr. K. Gawroński.

— **O b c h ó d** XXXV-ciolecia działalności Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej (Pogotowia Ratunkowego) w Warszawie pod protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej odbył się w niedzielę d. 24.IV. r. b.

Program uroczystości obejmował:

1. Nabożeństwo w katedrze Św. Jana. 2. Poświęcenie samochodu ratunkowego „Józef” na Kanonji. 3. Akademię w obecności Pana Prezydenta Rzeczypospolitej. Przemówienia PP. S. Miłaszewskiego, d-ra L. Sobieszcańskiego, d-ra H. Rutkowskiego. 4. Otwarcie wystawy ratownictwa. 5. Walne zgromadzenie Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa.

— W kwietniu r. b. rozpoczyna się t a n i s e z o n wiosenny w Truskawcu. Zarząd zdrojowiska obniżył ceny mieszkań, kąpeli, pensjonatów oraz restauracyjne o 20% — 50% w porównaniu z cenami w sezonie głównym.

ZMARLI: Leon B a b i ń s k i, Sekretarz Stały Tow. Lek. Warsz., były Naczelnik Izby Lekarskiej Warsz.-Białostockiej, Lekarz Naczelny Szpitala Ewangelickiego w Warszawie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

26.IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. L a n d a u A. i K a m i n e r St. O leczeniu ropnych schorzeń płuc dożylnymi wstrzykiwaniami alkoholu. 2. H i g i e r St. Znaczenie układu wegetatywnego i jego badania w medycynie praktycznej.

27.IV. Polskie T-wo Pedjatryczne.

1. N. K r ą k o w s k a. O zaburzeniach mowy u dzieci. 2. M. G a n t z i A. F e s t e n s z t a t. Z kliniki gruźlicy dziecięcej: a) kazuistyka, b) semiotyka.

28.IV. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Doc. Dr. fil. i med. Piotr S ł o n i m s k i. Nowsze zdobycze biologii i ich znaczenie dla medycyny.

28.IV. Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne.

1. Dr. J. C z a r n e c k i. Prof. Gustaw Aleksander — wspomnienie pośmiertne. 2. Demonstracja chorych. 3. Odczytanie protokołu poprzedniego posiedzenia. 4. Komunikaty Zarządu. 5. Wolne wnioski.

TREŚĆ: W. RÓBIN i M. REICHERT. O zespole klinicznym pęcherzykowo-wyrostkowym. — Z. MILIŃSKA-SZWOJNICKA. Modyfikacja odczynu citocholowego Sachsa i Witebskyego (odczyn citochol II.) — J. K. SZPILMAN. Leczenie chirurgiczne przetok kałowych. — E. ROZENBERGOWA. O kile wrodzonej i najnowszych sposobach jej leczenia. (Str. pogl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — K. KOSIŃSKI i J. PODWIŃSKI. Krytyka projektu Kodeksu deontologii lekarskiej Naczelnej Izby Lekarskiej. — St. KRAMSZTYK. Metamorfoza człowieka. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: W. RÓBIN et M. REICHERT. Sur le syndrome clinique vesiculo-appendiculaire. — Z. MILIŃSKA-SZWOJNICKA. Une modification de la réaction citocholique de Sachs et Witebsky (réaction citochol II.). — J. K. SZPILMAN. Traitement chirurgical des fistules stercorales. — E. ROZENBERG. Sur la syphilis congénitale et son traitement moderne. (Rev. gén. suite). — K. KOSIŃSKI et J. PODWIŃSKI. Critique du projet de la déontologie médicale présenté par la Chambre médicale (suite). — St. KRAMSZTYK. La métamorphose de l'homme.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.
Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp. Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11 r.

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładka tytułowa złotych 500.—Inne 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. 140.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

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