

# 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 X

WARSZAWA, 2 MARCA 1933 R.

Nr. 9

## PRACE ORYGINALNE

### Wykłady kliniczne

#### Jak dalece wolno nosicielom chorego woreczka żółciowego podawać tłuszcze i żółtko z jajka?

Podał

Prof. H. STRAUSS (Berlin).

Jak to niedawno wykazałem w artykule umieszczonym w Nr. 40 Med. Klinik 1932 r., wzmogły się znacznie w ostatnich 10-latach cierpienia przewodu pokarmowego z wyjątkiem raka.

Liczba przyjętych do szpitala chorych z tej dziedziny podwoiła się. Wzrost ten dotyczy m. innymi i cierpienia woreczka żółciowego i dróg żółciowych. Z tego powodu i kwestje terapeutyczne w tej dziedzinie interesują nas dziś więcej, aniżeli dawniej.

Co się tyczy leczenia spraw zapalnych woreczka żółciowego i dróg żółciowych z obecnością w nich lub bez kamieni żółciowych, sprawa jest dla nas jasna w całym szeregu kwestyj. Ale co do niektórych, zdania są jeszcze b. podzielone. Tyczy się to zwłaszcza pewnych zagadnień djetetycznych. Wprawdzie od czasu *F r e r i c h s a* stosujemy się do pewnych zasad częstego a nieobfitego przyjmowania pokarmów, by możliwie najmniej drażnić i pobudzać do wydzielania woreczek żółciowy. Ale nie jesteśmy dotąd zgodni ze sobą co do tego, czy wyższość i przewagę ma tu djeta miękka, czy też prosta, cięższa. Co do mnie, jestem oddawna zwolennikiem diety miękkiej, ponieważ już sama nadwrażliwość przewodu pokarmowego w wielu przypadkach cierpienia woreczka żółciowego i dróg żółciowych wymaga żywienia oszczędzającego. A pobudzenie działalności kiszek osiągnąć można na innej drodze. Jeszcze więcej różnią się zdania co do tego, czy celowe jest podawanie tłuszczów nosicielom chorego woreczka żółciowego i kamieni żółciowych, i czy dozwolone jest szczególnie żywienie ich jadłem, obfitującym w cholesterynę, jak np. jajami. Przeciwnicy tłuszczów, a zwłaszcza obfitującego w cholesterynę żółtka z jajka rozumują tak z uwagi na to, że:

1) tłuszcz źle bywa znoszony przez nosicieli cierpienia żółciowych, co daje w następstwie często objawy niestrawności i sprowadza napady bólowe, i następnie,

2) że tłuszcze, obfitujące w cholesterynę, jak np. żółtko z jajka, ułatwiają tworzenie się kamieni.

Co do obawy podawania tłuszczów jestem stanowczo tego zdania, że te, które się trudno rozpuszczają, jak tłuszcz barani lub słonina, częściej wywołują niestrawność i bóle w prawem nadbrzuszu u nosicieli cierpienia żółciowych, aniżeli u zdrowych.

Dlatego oddawna zalecam tylko najlepsze masło i wogóle w sprawie podawania tłuszczów przestrzegam zasady oszczędzania żołądka i kiszek. Przytem zwracam uwagę, że masło naturalne często lepiej bywa znoszone, aniżeli zmienione drogą gotowania i smażenia. Dla tej przyczyny już w moich „Odczytach o leczeniu djetetycznym chorób wewnętrznych“ ostrzegam przed podawaniem tłustego mięsa i tłustych ryb, jak również peklowanej i wędzonej kiełbasy i gęsi. Nadmienić należy, że nowsze badania rentgenologiczne pouczyły nas o tem, że tłuszcze stanowią doskonały bodziec dla wydzielania żółci (próbne jedzenie *B o y d e n a* — składające się z żółtka i śmietanki). Masło i oliwa stosunkowo długo trawią się w żołądku. Ale nie stanowi to uszczerbku, bo w ten sposób wpływają one drażniąco na brodawkę *V a t e r a*. Od czasu nowszych badań rentgenologicznych lepiej zrozumieć możemy działanie dawniej stosowanych i b. ulubionych kuracyj oliwą. Już dawniej *H e t e n y i* (*Archiv B o a s a T.* 50) przestudjował na 1050 przypadkach, które potrawy mogą wywołać objawy chorobowe u nosicieli cierpienia żółciowych. W wyniku tych badań okazało się, że na czele ich stały: kiszka krwawa i wątrobia (131 razy), smażona słonina (94 razy), kiełbasa pieczona, kaczka i pieczeń wieprzowa (po 55 razy). Następnie szły w szeregu: w nadmiarze wypite wino, gęsia wątroba, likiery, wódka, lody, b. zimne piwo, sałata ogórkowa, ser *Camembert* i gęś. Jajka na twardo tylko 16 razy, a na miękko tylko 3 razy były powodem dolegliwości żółciowych. Następnie wiadomo, że często majonezy i tłuste ryby, jak łosoś albo węgorz, i inne na tłusto przyrządzone potrawy, jak np. pączki, tłuste ciastka, ciasto francuskie i t. d., źle bywają znoszone. Z powyższego wynika, że wszystko zależy od jakości tłuszczu, i że nie ma żadnego zasadniczego powodu potemu, by rzec się jaj. Zapewne, kwitować z nich należy, gdy wiadomo,

że dany pacjent notorycznie źle je znosi i wykazuje alergię w stosunku do nich.

Zalecanie diety z ograniczeniem pokarmów, zawierających cholesterynę, jak np. żółtka z jajka, poparte były argumentem, że przez obfite wprowadzanie do organizmu cholesteryny wywoływano pokarmową hipocholesterynemję. Przez to pobudzało się wątrobę do obfitego wydzielania cholesteryny w żółci. Domaganie się ograniczenia żywienia, zawierającego cholesterynę, wprowadził do nauki Ch a u f f a r d i jego uczniowie. Byłoby ono w samej rzeczy usprawiedliwione, gdyby było dowiedzione, że wzmożona zawartość cholesteryny w żółci bezpośrednio lub pośrednio wpływa na tworzenie się kamieni w woreczku żółciowym. Niestety wiele jest jeszcze niejasnego w tej dziedzinie. Wiemy wprawdzie, że duże kamienie cholesterynowe zdarzają się najczęściej pojedynczo lub w kilku egzemplarzach i prawie całkowicie składają się z cholesteryny. I w mieszanych kamieniach napotykamy często warstwę cholesterynową. Większość autorów jest jednakże zdania, że tworzenie się kamienia stanowi przebieg jednorazowy, i że kamienie żółciowe dopiero wtedy powstają, kiedy już jest jądro, które daje w następstwie wypadanie cholesteryny. Jądro to dostarczane bywa przeważnie przez błonę śluzową woreczka żółciowego lub też drogi żółciowe. Masowe skupienie się brylkowatych drobnoustrojów stanowi też podstawę do tworzenia się kamieni. Świeżo, niedawno lekarze japońscy upatrują w sprawie powstawania kamieni żółciowych pewien stosunek do awitaminy, która wywołuje zrogowacenie nabłonka błony śluzowej i dostarcza w ten sposób jądra dla kamienia żółciowego.

Co do kwestji diety cholesterynowej, jako przyczyny powstawania kamieni żółciowych, to uwzględnić należy fakt, że wszelka żółć, znajdująca się w woreczku o prawidłowej błonie śluzowej, tamże doznaje silnego zgęszczenia swej zawartości cholesteryny (często 6—10-krotnego), a mimo to tylko w pojedynczych przypadkach tworzą się kamienie cholesterynowe.

Powodem do ograniczenia cholesteryny, daleko idącego, w żywieniu byłby moim zdaniem tylko fakt, gdyby napewno dowiedzione było, że powiększenie ilości cholesteryny w żółci poza pewien punkt mogłoby wywołać powstanie kamienia. Przytem należałoby jeszcze dowieść, że zawartość cholesteryny w żółci zależna jest od jej zawartości we krwi.

Wiemy natomiast, że w sprawie tworzenia się kamieni w pewnym stopniu zależy wszystko od wytwarzania się pewnego punktu przyczynowego, który daje sposobność do przywarstwiania materiału, tworzącego kamienie. Jest przytem uwzględniony pogląd, że tworzenie się kamieni — to zjawisko jednorazowe. Wypada więc uważać żądanie daleko idącego ograniczenia cholesteryny w pokarmach za niedostatecznie uzasadnione. W żadnym razie nie jest uzasadnione pedantyczne ograniczenie na czas dłuższy w dziecie chorym żółciowym masła i jaj.

Dla tych przyczyn nigdy nie mogłem zgodzić się z autorami, którzy wymagali usunięcia z diety tłuszczu, a zwłaszcza cholesteryny (żółtka z jajka). Przyznaję słusność tym, co uważają że w otyłości i w przypadkach zupełnego zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego celowe jest ograniczenie tłuszczów.

W każdym razie zawsze wydaje mi się ważnem

przy podawaniu tłuszczów rozważać te ich rodzaje, które nie drażnią żołądka i kiszki.

Z rękopisu niemieckiego  
przełożył  
Dr. Antoni T u c h e n d l e r (Warszawa)

### Czy istnieje antagonizm między kiałą skóry i kiałą późną układu nerwowego ośrodkowego (t. zw. metakiałą\*)?

Podał

Józef Izidor MERENLENDER (Warszawa).

Przez długi czas przypuszczano, że u człowieka istnieje pewien antagonizm co do wrażliwości skóry i narządów wewnętrznych, a zwłaszcza układu nerwowego ośrodkowego na zakażenie kiłowe. Antagonizm ten ujawniał się, jakoby w tej okoliczności, że kiła w okresie wczesnym przebiega przeważnie, jako kiła skóry i śluzówek, natomiast zmiany chorobowe w narządach wewnętrznych i układzie nerwowym ośrodkowym występują dopiero w okresie późnym. Zakorzenił się pozatem mylny pogląd, że w przypadkach, w których kiła wywołała ciężkie zmiany skóry, śluzówek i kości, narządy wewnętrzne, a zwłaszcza układ nerwowy ośrodkowy rzadziej zostają zaatakowane i odwrotnie. Wyrazem antagonizmu miał wreszcie być fakt, że u jednego i tego samego osobnika kiłowego jakoby nie spostrzegano współistnienia kiły układu nerwowego ośrodkowego ze zmianami czynnymi kiły skóry, odpowiadającymi okresem wczesnym lub późnym.

Nauka o antagonizmie poddana rewizji w ciągu ostatnich lat dziesięciu, z o s t a ł a m o c n o z a c h w i a n a. Przeciwno antagonizmowi przemawiają fakty następujące:

1) Wykazanie, że przebycie obfitych zmian skórnych kiłowych wczesnych (szczególnie u nie leczących się i u narodów niecywilizowanych) bynajmniej nie chroni przed następczym pojawieniem się t. zw. metakiały.

2) Obalenie teorii dualistycznej (o krętkach skórno- i nerwozwrotnych).

3) Wykazanie identyczności krętków białych, znajdujących w mózgu, rdzeniu i gruczołach chłonnych u chorych na wiał rdzenia, wzgl. porażenie postępujące z krętkami, wywołującymi zmiany skóry: doświadczalne wywołanie zmian skórnych za pomocą krętków znajdujących u metakiałowych.

4) stwierdzenie obecności krętków białych w płynie mózgowo - rdzeniowym we wczesnym okresie kiły, nawet już u osobników ze stwardnieniem pierwowotnem.

5) Częste wykrywanie zmian w płynie mózgowo rdzeniowym u chorych z kiłakami skóry.

6) Mnożenie się publikacyj o współistnieniu wiał rdzenia lub porażenia postępującego z kiłą czynną trzeciorzędową, względnie drugorzędową skóry.

— o —

Fakt, że u narodów kolorowych i niecywilizowanych, nie leczących się kiła bardziej obfituje w objawy skórne, a t. zw. metakiałą prawie wcale nie występuje, przytaczano, jako dowód antagonizmu. Celem wyswiet-

\*) Wygłoszone w streszczeniu dn. 27.IX.1932 r. w Zrzeszeniu Lekarzy R. P.

lenia tej kwestji została zorganizowana niemiecko - sowiecka ekspedycja naukowa (J e s s n e r - R o s s i a n s k i y), która przeprowadziła odnośne badania (dermatologiczne, serologiczne, neurologiczne i rentgenologiczne) w Buriato — Mongolji, kraju o bardzo niskim poziomie kulturalnym, gdzie kiła, panująca tam endemicznie, wcale nie jest leczona. Najważniejszym wynikiem tych badań (ogłoszonych w 1930 r.) był fakt, że w 50% przypadków kiłę stwierdzono w stanie utajonym i tylko serologicznie ją wykazano; badania te pokazały, że dotychczasowe przypuszczenie o szczególnej obfitości objawów w kile endemicznej nie odpowiada rzeczywistości; mylnie to przypuszczenie należy wytłumaczyć tem, że dawniejsze badania dotyczyły tylko takiego materiału kilowego, który wykazywał czynne lub zagojone objawy skórne; wobec nieistnienia jeszcze od czynu W a s s e r m a n n a dawniejsze zestawienia nie obejmowały przypadków utajonych; pozatem badania neurologiczne ekspedycji J e s s n e r a i R o s s i a n s k i e g o wykryły wśród tubylców Mongolji wcale nierzadko obecność schorzeń t. zw. metakilowych. Wśród 19 tabetyków stwierdzili oni 8 razy współistnienie zagojonych, wzgl. czynnych kilaków skóry, a liczby odsetkowe, dotyczące częstości wiađu rdzenia i porażenia, były zbliżone mniej więcej do tych samych, co i w krajach cywilizowanych. Fakt ten pokazuje z jednej strony, że powstawanie t. zw. metakili nie jest w jakimkolwiek stosunku do obfitych lub skąpszych objawów (kilowych) wczesnych, co, zresztą, się zgadza z klinicznymi spostrzeżeniami oraz zestawieniami lat ostatnich, które pouczają, że częste i obfite objawy skórne w okresach wczesnych kiły nie zabezpieczają przed t. zw. metakilą; z drugiej strony, że przypuszczenie, wysuwane przez niektórych autorów, jakoby leczenie energiczne (zwłaszcza salwarsanem) w okresach wczesnych sprzyja częstemu i burzliwemu występowaniu t. zw. metakili, nie wytrzymuje krytyki.

Sprawa przebiegu kiły egzotycznej była ostatnio często omawiana w piśmiennictwie francuskim. Zwłaszcza S é z a r y oświetlił zagadnienie to w licznych swoich publikacjach. Opierając się na spostrzeżeniach własnych oraz licznych przytoczonych badaczy S é z a r y twierdzi, że 1) kiła nerwowa nie jest wcale tak rzadko spotykana w krajach egzotycznych, jak to dawniej błędnie przypuszczano; prawda, jest ona zjawiskiem nieco rzadszem, niż w Europie; 2) kiła egzotyczna — obfitująca w zmiany skórne, a rzadziej powodująca u autochtonów powikłania nerwowe (metakilowe), — może po przeniesieniu jej przez kobiety tubylcze na europejczyków, w dalszym przebiegu także (jak i kiła europejska) występować jako t. zw. metakila; 3) przyroda jadu kilowego nie odgrywa żadnej roli w przejawach kiły egzotycznej. Badania J e s s n e r a i R o s s i a n s k i e g o oraz spostrzeżenia S é z a r y e g o przemawiają więc dobitnie przeciw istnieniu antagonizmu.

Kwestja antagonizmu pokrywa się częściowo ze spornym zagadnieniem o istnieniu r ó ż n y c h s z c z e p ó w k r ę t k ó w b l a d y c h. Jak wiadomo, M a r i e i L e w a d i t i, opierając się na badaniach doświadczalnych, próbowali (1919) wytłumaczyć różnorodność przebiegu kiły, a tem samem omawiany antagonizm t e o r j ą d u a l i s t y c z n ą. Teoria ta wywołała długotrwałą i ożywioną wymianę zdań w piśmiennictwie, znajdując wielu zwolenników, którzy na poparcie tej teorii wskazywali między innymi na *tabes conjugalis*, *tabes* i za-

każenie z tego samego źródła. Niebawem jednakże przypuszczenie o istnieniu szczepów krętkowych z silną dermatotropją i lżejszą neurotropją lub odwrotnie nie wytrzymało krytyki. Teoria ta została stopniowo zarzucona. Dowody, wysuwane przez badaczy (L e w a d i t i, F o u r n i e r, S c h w a r c i n n i), hołdujących tej teorii, okazały się z punktu widzenia klinicznego nie dość przekonywującymi. Przeciwnicy, którzy co prawda absolutnie pewnego dowodu nie dostarczyli, wskazują na fakt, że kilowi, często zarażając się z tego samego źródła, miewają później najrozmaitsze przejawy, różnorakie osutki, dalszy przebieg rozmaity i t. d. Większość autorów wypowiedziała się przeciwko teorii dualistycznej, a według jej bezwzględnej (od pierwszej chwili) przeciwnika S é z a r y e g o „l'existence d'un virus neurotrope n'est guère plus acceptée aujourd'hui”.

Akta tej kwestji spornej, t. zn., czy należy się liczyć ze szczepami krętków nerwozwrotnych, dotąd nie zostały jednak zamknięte, zwłaszcza ze względu na ciekawe wyniki badań M u l z e r a i P l a u t a. Badacze ci doszli na podstawie długoletnich żmudnych studiów doświadczalnych do wniosków, które w pewnym tylko stopniu przemawiają za teorią dualistyczną. Szczep krętkowy T r u f f i e g o, z którym autorzy powyżsi pracowali, wywoływał zawsze duże stwardnienia pierwotne i nieznaczne zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, natomiast używany przez nich szczep M u l z e r a powodował małe albo żadne stwardnienia, ale wybitne zmiany likworologiczne. M u l z e r twierdzi na podstawie dalszych swoich doświadczeń, że nierzadko udaje się wyodrębnić szczepy krętkowe ze krwi ludzi, dotkniętych kiłą, które posiadają pewne właściwości nerwozwrotne; cechy te występują już po pierwszym szczepieniu w ustroju królika i utrzymują się i w dalszej hodowli pasażowej. Nadmienając, że doświadczenia na zwierzęciu bezwzględnie przemawiają za istnieniem szczepów krętków nerwozwrotnych, M u l z e r wskazuje i na inne wpływy, odgrywające niewątpliwie rolę znaczną w rozwoju schorzenia kilowego. Autor ten przytacza między innymi prace B r o w n e a i P e a r c e a, którzy twierdzą, że krętki odgrywają mniej ważną rolę w jakości i przebiegu kiły; większe znaczenie ma uodpornienie zwierzęcia i układ wewnętrzny. Czynniki te są zresztą podkreślane przez B u s c h k e g o i wielu innych autorów.

Pośrednie stanowisko między dualistami i unitarystami zajmuje W e i g l (1932), który uważa, że „przy powstawaniu odmiany neurotropowej zarazka kiły chodziłoby nie o dwie formy typowego cyklu rozwojowego, ale raczej o dwa różne fenotypy jednego zasadniczego biotypu, powstałe, jako odmiany miejscowe, wyrosłe w różnych warunkach życiowych, o pewnego rodzaju dymorfizm; nic nie sprzeciwia się temu, aby typ neurotropowy pallidy uważać właśnie za taką odmianę, powstałą z postaci normalnej w tkance nerwowej w pewnych, bliżej nam nieznanych warunkach. Musielibyśmy przyjąć, że dopiero w tej zmienionej postaci zarazek wywołać może znane objawy nerwowe kiły”.

Można byłoby przypuszczać, że w rozmaitem natężeniu nerwozwrotności pojedynczych szczepów chodzi, być może, nie o właściwą poszczególnemu szczepowi krętkowemu cechę, lecz o własność, której on nabywa na danem podłożu; miałaby miejsce właściwie n e r w o z w r o t n o ś ć w t ó r n a (S c h a r n k e). Według T r u f f i e g o niema nerwozwrotności pierwotnej; zarazek może natomiast po pasażach nabyć

nerwowrotność wtórną, zachowując swoje właściwości skórnorozwrotne.

B u s c h k e, T r u f f i i S é z a r y uważają, że największą rolę w powstawaniu zmian kilowych, zwłaszcza układu nerwowego ośrodkowego, odgrywa skłonność terenowa zakażonego osobnika; skłonność ta przejawia się w silniejszych lub słabszych siłach obronnych tkanki, względnie w odczynie limfoplazmatycznokomórkowym (B u s c h k e).

Poglądy te, zbliżone częściowo do zapatrywań W e i g l a, wydają się w obecnym czasie, kiedy chętnie ujmujemy wszelkie zagadnienia pod kątem widzenia k o n s t y t u c j o n a l i z m u, najbardziej przemawiającymi do przekonania. Prawda, że naskutek niezliczonych pasaży, pod wpływem ciągłych zabiegów leczniczych krętki blade zmieniają często swe własności (K o e n i g s t e i n - W e r t h e i m).

Jednakże czynnik zwewnątrzpochodny, powodujący różnorakie przejawy kily, jest niewątpliwie uwarunkowany więzią (konstytucją), t. j. wrodzoną siłą odpornościową ustroju przeciwko działaniom szkodliwym oraz osobistą gotowością pewnych narządów do schorzeń. Niezliczone są spostrzeżenia kliniczne, świadczące o olbrzymim wpływie więzi na przebieg kily, a zwłaszcza szczególnie na powstawanie kily późnej ukł. nerw. ośrodkowego. Dobitym przykładem może być spostrzeżenie S c h a r n k e g o:

Dwóch medyków, będących w tym samym wieku, zaraziło się prawie jednocześnie z tego samego źródła ( prostytutka z nieleczoną kilą drugorzędową); obaj przechodzili jednakowe leczenie energiczne przy skrupulatnej kontroli serologicznej; jeden umiera w 7 lat po zakażeniu z powodu porażenia postępującego, drugi natomiast czuje się dobrze i jest zupełnie zdrow.

Albo przypadek P o p c h r i s t o f f a: u męża stwierdza się wiał rdzenia i zapalenie kilowe tętnicy głównej; u żony, która się od niego zaraziła, wystąpił kilak podniebienia twardego przy braku zmian w układzie nerwowym ośrodkowym.

Oddawna przypisywano k o n d y c j o n a l i z m o w i niepoślednią rolę w powstawaniu kily układ. nerw. ośrodkowego (K o e n i g s t e i n, N o w i c k i i wielu innych autorów).

Życie codzienne poucza, że nadmierna praca umysłowa (zawód), uraz, ciśnienie krwi i t. p. czynniki mają mniejsze lub większe znaczenie kondycyjne w powstawaniu zmian nerwowych kilowych. S é z a r y, co prawda, podaje w wątpliwość znaczenie kondycjonalizmu. Opierając się na swoich badaniach statystycznych, dotyczących kliniki kily egzotycznej oraz przebiegu kily w niektórych dzielnicach francuskich wzgl. okupowanych miejscowościach (Ruhra), autor ten dozedł do wniosków nieco odmiennych. Według niego przeciw utartym poglądom kondycjonalnym przemawiają fakty następujące: a) metakilę spotyka się w krajach niecywilizowanych, a w Europie w rozmaitych warstwach społeczeństwa, szczególnie wśród osobników, których zajęcia nie wymagają natężenia umysłowego, np. wieśniacy (B a b i Ń s k i, S é z a r y, B a r b é). Według S é z a r y e g o przeciążenie mózgowe i życie intensywne europejczyków, w przeciwieństwie do spokojnego trybu życia ludów pierwotnych, wzgl. wieśniaków europejskich, nie odgrywa wielkiego znaczenia kondycjonalnego, b) czynnik rasowy nie odgrywa żadnej roli (często spotykana kila u murzynów, indjan, arabsów), c) wstrzemięźliwość, zwłaszcza ludów egzotycznych, nie chroni od metakily; z drugiej strony wśród

metakilowych europejczyków nie spotyka się znów tak wielu alkoholików, d) ciśnienie krwi u wielu porażenców i tabetyków jest prawidłowe, e) urazy, zle warunki higieniczne, usłonecznienie ludów egzotycznych nie odgrywa tak wielkiej roli w przebiegu kily.

S é z a r y jest raczej skłonny upatrywać główną przyczynę występowania metakily w niedostatecznym, wzgl. błędnie przeprowadzanym leczeniu w początkowych i dalszych okresach schorzenia kilowego.

Należałoby się zastanowić, czy istnieje zasadnicza różnica między kilą wczesną (drugorzędową, wzgl. trzeciorzędową) skóry a kilą późną układu nerwowego ośrodkowego (t. zw. metakilą)?

Nazwa „Metakila” jeszcze po dziś dzień grasuje bezpodstawnie w piśmiennictwie. Liczni autorzy wypowiadają się przeciwko tej nazwie. B e n d a używa wyrazu „*metasyphilis*” tylko dlatego, że nazwa ta jest zbyt zakorzeniona, zastępuje on ją chętnie określeniem „Kila późna układu nerwowego ośrodkowego”.

Mojem zdaniem określenie B e n d y powinno wyprzedzić z piśmiennictwa nierealny wyraz „metakila”.

F. L e s s n e r twierdził już w roku 1904-tym, że wiał rdzenia i porażenie postępujące są niepokilowymi schorzeniami, lecz jeszcze kilowemi, późnemi postaciami objawowemi; tem samem pragnął on podkreślić, że niema podstaw do oddzielania rozmaitych przejawów jednego i tego samego schorzenia. Słuszność jego poglądu potwierdzona została później przez odkrycie krętka bladego i wykazanie go w mózgu i rdzeniu. Jest to historyczna zasługa F. L e s s e r a (według oceny B u s c h k e g o), że pogląd ten wyraził on jeszcze przed odkryciem krętka bladego i tylko na podstawie swoich badań anatomicznych! Obecnie nikt już nie stawia w wątpliwość związku wiału i porażenia z obecnością krętków zjadliwych w układzie nerw. ośrodkowym. Wykazanie przez N o g u c h i c g o obecności krętków w mózgu porażenców zostało potwierdzone w badaniach licznych autorów. Skąpsze są natomiast wyniki, dotyczące wykrywania krętków w rdzeniu u tabetyków. B e n d a jednak wykrył w jednym przypadku wiału rdzenia duże ognisko krętkowe wewnątrzrdzeniowe. W wiału rdzenia stwierdzono pozatem w latach ostatnich (obok znanych objawów zwyrodnieniowych tylnych powrózków i korzonków) zmiany zapalne, *meningitis spinalis*. Wiał i porażenie są obecnie uważane zasadniczo, jako rozmaite umiejscowienia jednorodnych spraw anatomicznych (M i c h a e l). Interesujący jest pogląd P a n d y e g o na powstawanie wiału rdzenia. Obok istniejących, a niezadawalających tłumaczeń anatomicznych [pierwotne schorzenie układowe (S p i e l m e y e r), schorzenie pozardzeniowe, uwarunkowane kilowemi sprawami ziarninowemi w korzonkach] P a n d y wysuwa pogląd własny. Sprawa ma polegać na zmianach kilowych trzeciorzędowych w naczyniach (*endarteritis*), które powodują zwężenie w „*arteriae spinales posteriores*”, zwężenie rozpościera się aż do rdzenia krzyżowego; wobec utrudnienia dopływu krwi następuje stopniowy (powolny) zanik powrózka tylnego.

Ciekawe są wyniki badań F a u r e a i B e a u l i e u, którym udało się (1931 r.) stwierdzić o b e c n o ś ć k r ę t k ó w w odnośnych gruczolach chłonnych u trzech tabetyków z artropatią, tem samem została według tych autorów stwierdzona geneza czysto kilowa choroby stawów w wiału rdzenia, a obalona teoria troficzna. Należy nadmienić, że już G e r-

s c o v i c o w i udało się w 28% wiądnienia wykazać barwieniem tkankowym obecność krętków białych w gruczołach chłonnych. Dotąd jednakże nikomu z badaczy nie udawało się wykryć żywych krętków w gruczołach chłonnych u t. zw. metakiłowych. Dopiero w 1931 roku osiągnęli to W o r m s i S c h u l t z e: za pomocą żmudnych pasażu u królików mogli oni w jednym z 10 przypadków doświadczalnych wykazać obecność zjadliwych (ż y w y c h) k r ę t k ó w b ł a d y c h w g r u c z o ł a c h c h ł o n n y c h u p o r a ż e ń c ó w.

Trudność wykrywania krętków w tkankach i gruczołach u t. zw. metakiłowych stoi niewątpliwie w związku z biologicznymi ich właściwościami. Przez długi czas nie można było zrozumieć zjawiska, dlaczego przeszczepione gruczoły chłonne zwierząt, zakażonych doświadczalnie kiłą, i nie zawierające krętków, mogą wywołać u dalszych zwierząt szczepionych oznaki prawdziwej kiły. Dopiero dzięki pracom L e v a d i t i e g o, S c h o e n a i S a n c h i s - B a y a r r i e g o w 1928 r. udało się tę kwestję częściowo wyjaśnić. Zastanawiano się dawniej, że, pomimo dowiedzionej zaraźliwości gruczołów chłonnych zakażonych królików, w gruczołach tych w większości przypadków krętków wykryć nie zdołano; jednak, dzięki bardzo uważnym i skrupulatnym badaniom (gruczołów chłonnych), autorzy powyżsi zdołali ustalić stany dwójakiego rodzaju. Podczas I fazy, trwającej 30 — 45 dni od dnia szczepienia zakażającego niemożliwym jest wykazać krętki, dopiero na początku II fazy, t. j. w 45 dniu wykrywa się dużo krętków, ale są to przeważnie postacie i n w o l u c y j n e (zanikowe), poprzedzające krętki dojrzałe. Opierając się na tych badaniach L e v a d i t i, S c h o e n i S a n c h i s - B a y a r r i e podają 8 cykli r o z w o j u k r ę t k a b ł a d e g o, odpowiadających częściowo jego postaciom inwolucyjnym; krętek biały w zwykłej swej postaci jest tylko jedną z faz w cyklu rozwoju zarazka kiłowego. Tem się tłumaczy, dlaczego jad kiłowy tak długo może znajdować się w stanie utajonym w tkankach i składać się na rezerwy krętków (zakażenie drzemiące), w tym stanie, prawie przesączalnym, jad kiłowy widocznie rozprządza odpornością w stosunku do środków przeciwikiłowych.

Najnowsze badania wykazały, że cykl, wykryty przez L e v a d i t i - S c h o e n a mieści w sobie i inne postacie, które są niewidzialne (i n v i s i b l e), trudne do ustalenia wobec niedoskonałości współczesnych metod badawczych. Dlatego właśnie zrozumiałem jest, że króliki doświadczalne, które nie reagują stwierdzeniem pierwotnym, kryją jad kiłowy w gruczołach chłonnych. Zrozumiałem również przeto jest fakt, że osobnik kiłowy, pomimo braku objawów klinicznych, może być jednak źródłem zakażenia. Dobitnym przykładem jest publikacja C a r o - P a t o n, który spotrzągał prostytutkę, nie wykazującą żadnych klinicz-

nych i serologicznych objawów kiłowych (badania u niej były przeprowadzone 38 razy!), a która jednak zdołała zakażać dwóch osobników; u zakażonych przez nią mężczyzn wystąpiły typowe stwardnienia pierwotne, w których nb. krętków nie stwierdzono. Odczyn W a s s e r m a n n a u obu mężczyzn wypadł natomiast wybitnie dodatnio.

Tylko niewidzialnym postaciom zarazka kiłowego L é p i n e przypisuje zdolność do zakażenia. Jak wiadomo hodowle krętków nie są zdolne do zakażenia zwierząt; tak samo krętki, znajdujące w mózgu porażenińców nie mają własności wywołania w przeszczepianiu zmian chorobotwórczych. L é p i n e tłumaczy te zjawiska w ten sposób, że zarówno w hodowlach próbowkowych, jak i w mózgu porażenińców obecne są tylko postacie wegetatywne, natomiast postacie niewidzialne (ziarniste), które są właśnie zakażające, nie rozwijają się na podłożach powyższych. Wywody swe ilustruje L é p i n e przytoczonymi doświadczeniami N i c o l l e a i B l a n c a: wszy, które nabrały krew chorych na dur powrotny, zdolne są już po 5 dniach do przenoszenia pomimo, że krętki występują w ich ustroju dopiero po 8 dniach; od 10 — 12 dnia wszy te nie są więcej zakażne, pomimo że zawierają krętki.

Według L é p i n e a krętki blade tworzą się tylko pod wpływem odczynu tkankowego alergicznego i są tworami o znaczeniu saprofitarnym; pozatem są wyrazicielami powrotu do dawniejszego okresu filogenetycznego; natomiast najbardziej groźne, bo zakażające są postacie niewidzialne. Przypuszczenie to nie kłóci się bynajmniej z faktem, że wykwyty kiłowe (np. lepieże), zawierające obfitą liczbę krętków białych, są jednak najbardziej zakażające, zawierają one bowiem również i wielką liczbę postaci niewidzialnych.

Ciekawe badania L e v a d i t i e g o zostały ostatnio zakwestjonowane. Mianowicie J a h n e l i jego współpracownicy na podstawie własnych doświadczeń obalają hipotezę L e v a d i t i e g o, że krętek biały jest tylko pewną postacią zarazka kiłowego. Fakt, jakoby gruczoły chłonne „nullerów” dają się skutecznie przeszczepić, pomimo niemożności wykazania krętków jest tłumaczony przez J a h n e l a skąpą ich liczbą i może być wyjaśniony doświadczeniami nad myszami (*spir. O b e r m e y e r, spir. hispanica*); z doświadczeń tych wynika, według J a h n e l a i jego szkoły, że w ciemnym polu widzenia można wówczas tylko znaleźć krętki, gdy liczba ich wynosi więcej, niż 600 w milimetrze sześciennym; gdy rozcieńczenie krętków jest jeszcze większe doświadczenie na zwierzęciu daje wynik ujemny.

Co zaś dotyczy teorii L é p i n e a, została ona również przez J a h n e l a odrzucona i nawet nazwana zdrożną; doświadczenia z przesączami przemawiają, według szkoły J a h n e l a, przeciwko istnieniu jadu niewidocznego (*virus ultravisibile*). (C. d. n.).

## Z klinik, szpitali i pracowni

Ze Szpitala Kasy Chorych i ze Szpitala Wojskowego w Łodzi

### Infekcyjne porażenie nerwów okoruchowych.

Podali

W. DZIERŻYŃSKI, W. JEŻEWSKI i A. KACENELSON (Łódź).

W rozwoju wiedzy lekarskiej obserwacja licznych przypadków z identycznym przebiegiem i obrazem kli-

nicznym pozwoliła wyodrębnić dużo poszczególnych jednostek chorobowych na tle infekcyjnym. Następne obserwacje kliniczne, epidemiologiczne i doświadczenia na zwierzętach rozszerzały zakres tych chorób nawet przy nieustaleniu drobnoustrojów, wywołujących te schorzenia. Miało to miejsce np. w nagminnym zapaleniu mózgu.

Pojedyncze przypadki infekcyjne — a że bywa-

ją one, nie ulega wątpliwości — nie mogą być podstawą do wyodrębnienia nowej infekcji wśród znanych, gdyż wówczas nasuwają się trudności rozpoznawcze, i niema dostatecznych podstaw do tak poważnych wniosków.

Drobne i lokalne epidemie pozwalają na wyodrębnienie jednostek chorobowych, lecz nie zawsze są one dostatecznie zbadane, gdyż wymaga to zestawienia bardzo dużej liczby przypadków klinicznych, badań doświadczalnych na zwierzętach, anatomicznych i bakteriologicznych. Posiadają one jednakowoż bardzo duże znaczenie, gdyż często przeistaczają się w większe epidemie lub występują w pojedynczych zachorowaniach.

Na wiosnę i jesienią r. z. obserwowaliśmy w Szpitalu im. Prez. Mościckiego i w Wojskowym w Łodzi 4 przypadki porażenia nerwów okoruchowych na tle jakiejś ogólnej infekcji. Kliniczne cechy tej infekcji i stereotypowy przebieg choroby we wszystkich przypadkach pozwalają wysnuć daleko idące wnioski, a mianowicie, pozwalają podejrzewać istnienie swoistej infekcji ogólnej, posiadającej właściwość uszkodzania przedewszystkiem nerwów okoruchowych.

W dostępnej nam literaturze znaleźliśmy opis bardzo nielicznych podobnych przypadków, w których porażenie nerwów okoruchowych występowało jakby samoistnie, a było wiązane przez niektórych autorów z przeziębieniem, przez innych zaś z grypą lub z podłożem nieustalonym. Pojedynczość poprzednio opisywanych przypadków nie pozwoliła na ich wyodrębnienie, na co jednakowoż zasługiwały.

Z tych powodów pozwalamy sobie przytoczyć nasze obserwacje\*).

1. Chora H., lat 36; przebywała na oddz. neurologicznym szpitala Kasy Chorych w Łodzi od 22.10.32 do 10.11.32., zamężna, nie rodziła, nie roniła; dotychczas czuła się zupełnie zdrowa. Na tydzień przed przybyciem do szpitala dostała silnych bólów głowy, bez wymiotów i nudności; bóle bez przerwy utrzymywały się do chwili przyjęcia do szpitala; w domu miała podobno dreszcze i gorączkę; w nocy sypiała dobrze. Po upływie 5 — 6-ciu dni od początku choroby nagle zauważyła, że nie może otworzyć oka lewego, a przy patrzeniu zaczęła dwoić się w oczach. Te właśnie objawy chorobowe spowodowały przybycie chorej do szpitala.

Przy badaniu w dn. 22.10.32 stwierdzono: całkowite opadnięcie powieki górnej lewej; lewa źrenica rozszerzona, dużo większa od źrenicy prawej; na światło i przystosowanie lewa źrenica nie oddziaływała, prawa — oddziaływała żywo; ruchy gałki ocznej lewej ku wewnątrz, ku górze i ku dołowi prawie zniesione; gałka lewa ustawiona jest nieco nazewnątrz; doprowadzenie gałki lewej do kąta zewnętrznego chora wykonywała dobrze; ruchy gałki ocznej prawej we wszystkich kierunkach prawidłowe; oczopląsu brak. Pozatem w układzie nerwowym zmian organicznych nie stwierdzono; badanie pola widzenia, bystrości wzroku i dna oczu zmian nie wykazało; ciepłota ciała prawidłowa; tętno 90 na minutę, miarowe.

Badanie moczu z dn. 23.10: ślady białka, pojedyncze krwinki czerwone, dobrze zachowane. Odczyny kilowe we krwi ujemne. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego z dn. 25.10 wykazało: płyn przezroczysty, bezbarwny; odczyn Wassermana ujemny; 9 komórek w  $1\text{ mm}^3$ ; białka — 0,25%; odczyny globulinowe (Nonne-Apert, Pandy) dodatnie.

W ciągu pierwszego tygodnia pobytu w szpitalu opadnię-

cie powieki górnej lewej zmniejszyło się prawie do połowy; ruchy gałki lewej ku wewnątrz, ku górze i ku dołowi stały się rozleglejsze; bóle głowy prawie zupełnie ustąpiły.

W ciągu następnego tygodnia opadnięcie powieki prawie zupełnie ustąpiło, ruchy gałki ocznej powróciły do normy, rozszerzenie źrenicy lewej oraz zniesienie oddziaływania tej źrenicy utrzymywało się bez zmiany do dnia 7.11. Od tego dnia zaczęła powracać reakcja źrenicy lewej na światło i zmniejszać się różnica źrenic.

Badanie morfologiczne krwi z dnia 3.11 wykazało nieznaczny leukocytozę (8600) oraz zwiększenie liczby eozynofików (8%).



Rys. 1. Fotografia chorej M. M. z dnia 22.IX.32 r.

2. Chora M. M., lat 76; przebywała na oddz. neurologicznym szpitala Kasy Chorych w Łodzi od 5.9.32 do 10.11.32. Rodziła 5 razy, poronień nie miała, poważniejszych chorób nie przechodziła. Na  $2\frac{1}{2}$  tygodnia przed przybyciem do szpitala z powodu silnego bólu głowy i oka po stronie prawej zwróciła się po poradę do okulisty; okulista wpuścił krople i zawiązał oko. Od tej chwili oko się zamknęło. Bóle głowy po stronie prawej, czasami z nudnościami, wystąpiły już na tydzień przed sprawą oczną; przedtem ma bóle głowy chora nie cierpiała.

Przy badaniu w dniu 6.9.32 stwierdzono: całkowite opadnięcie powieki górnej prawej; prawa gałka oczna w ustawieniu nieznacznego zeza rozbieżnego; ruchy tej gałki ku górze, ku wewnątrz i ku dołowi zniesione, ruch nazewnątrz zachowany; źrenica prawa miernie szeroka, żywo oddziaływała na światło; na dzień oka prawego zmian chorobowych nie stwierdza się. Oko lewe prawidłowe. Pozatem w układzie nerwowym zmian chorobowych nie stwierdza się. W układzie naczyniowym — objawy miażdżycy.

Badanie moczu z dnia 29.8. wykazało: białka 0,04%, barwniki krwi obecne, pojedyncze dobrze zachowane krwinki czerwone. Badanie moczu z dnia 12.9 wykazało: minimalne ślady białka, pozatem norma. Odczyn Wassermana we krwi

\*) Chorzy byli demonstrowani 9.11.32. w Sekcji Neurologiczno - Psychiatrycznej Towarzystwa Lekarskiego w Łodzi.



Rys. 2. Fotografia chorej M. M. z dnia 2.XI.32 r.

ujemny. Nakłucia lędźwiowego nie dokonano ze względu na podeszły wiek chorej. Badanie morfologiczne krwi z dnia 3.II. zmian nie wykazało.

W ciągu pierwszych tygodni pobytu w szpitalu wróciły ruchy prawej gałki ocznej, opadnięcie prawej powieki górnej znacznie się zmniejszyło, jak również bóle głowy.

W chwili wypisania ze szpitala utrzymuje się tylko nieznaczne opadnięcie powieki, natomiast bóle głowy całkowicie ustąpiły.

3. Strzelec J. O., lat 23; leczony na oddziale neurologicznym Wojskowego Szpitala Okręgowego w Łodzi od 24.3.32 do 1.6.32.

19.3.32, bez poprzedzających dolegliwości, zauważył, że powieki górne częściowo mu opadły, co jeszcze bardziej nasiliło się 20.3. i trwa nadal. Bólów głowy, wymiotów, gorączki nie miał; przed wskazaną datą otwierał oczy dobrze i wogóle czuł się zdrowy. Szczepienia ochronne przeciwospowe i przeciwdurowe przechodził w wojsku na wiosnę i jesienią 1931 roku.

Stan przedmiotowy z dnia 29.3.32 r.: obustronna ptoza znaczna, lecz niecałkowita, czoło marszczy wyrównawczo w fałdy podłużne, brwi podniesione ku górze, głowę nieco odchyła ku tyłowi; lekko zapadnięcie gałek ocznych; obie źrenice patologicznie wąskie, równe, nie oddziałują na światło i nastawienie; po trzykrotnym wpuśczeniu 5% kokainy źrenice rozszerzyły się z 2 — 3 mm. do 4 — 5 mm.; gałki oczne ustawione symetrycznie; podwójnego widzenia brak; ruchy gałek ocznych nie są wyraźnie ograniczone; dno oczu bez zmian chorobowych. Przy wykazywaniu zębów prawy fałd nosowo-wargowy nieco płytszy. Brak zmian w reszcie układu nerwowego; brak senności i wymiotów, samopoczucie dobre, ciepłota prawidłowa.

Badanie moczu z dnia 29.3 — norma. Odczyny kilowe we krwi ujemne. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego z dnia 7.4: — odczyn W a s s e r m a n n a — ujemny; płyn bezbarwny, przejrzysty; P a n d y — dodatni; N o n n e - A p e l t — słabo dodatni; białka — 0,66‰; 20 komórek w 1 mm.<sup>3</sup>



Rys. 3. Fotografia chorego J. O. z dnia 30.III.32 r.

W ciągu 2-miesięcznego pobytu na oddziale opadnięcie powiek stopniowo zmniejszyło się, szpary oczne powiększyły się, jednak przy wypisaniu chory twierdzi, że przed chorobą miał szpary oczne większe, a oczy bardziej wypukłe; źrenice również nieco rozszerzyły się, zjawiała się niezbyt żywa reakcja na światło. Przez cały czas przebywania w szpitalu ciepłota ciała była prawidłowa.

4. Chory M. M., lat 28, leczony na oddziale neurologicznym Wojskowego Szpitala Okręgowego w Łodzi od 4.10.32 do 29.10.32.

1.10.32 r. poczuł silny ból głowy, miał przytem ciepłotę podgorączkową — 37,5°C; na drugi dzień miał dużą gorączkę — do 39°C, silny katar nosa i odczuwał silny ból w lewej połowie czoła i w obrębie lewego oka; zauważył przytem, że lewa powieka górna jest nieco opadnięta; przy przyjsciu na oddział chory skarży się na ból w okolicy nadoczodołowej lewej. Kiłę neguje, chorób ocznych nie przechodził.

Stan przedmiotowy w dniu 5.10.32. Ciepłota 37,5°C. Nieżyt nosa. Migdałki i łuki podniebienne zaczerwienione. W płucach na całej przestrzeni zaostrenie szmerów oddechowych. Poza to w narządach wewnętrznych wyraźniejszych zmian nie stwierdza się.

Źrenice równe, prawa niezupełnie okrągła, na światło obie oddziałują miernie żywo, na nastawienie i zbieżność reakcja słaba. Lewa szpara oczna nieco węższa; lewa powieka górna nieco opadnięta, dochodzi dolnym brzegiem do górnego brzegu źrenicy; fałd oczodołowo-powiekowy nieco wygladzony; chory podnosi powiekę dość dobrze, ale przytem marszczy czoło po stronie lewej; wyraźniejszego zapadnięcia gałki ocznej nie stwierdza się; dno oczu prawidłowe, wzrok miarowy; Gałki oczne ustawione symetrycznie, ruchy gałek prawidłowe, oczopląsu brak, podwójnego widzenia nie stwierdza się. Opukiwaniem i obmacywaniem okolicy lewego oczodołu wyraźniejszej bolesności nie stwierdza się. Reszta układu nerwowego bez wyraźniejszych zmian chorobowych. Badanie rynologiczne (dr. Cz a p l i c k i),

poza objawami ostrego nieżyty nosa, zmian w zatokach czolowych nie stwierdziło.

Odczyny kiłowe we krwi — ujemne. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego z dnia 13.10.32: — odczyn *Wassermann* — ujemny; plyn przezroczysty, bezbarwny; odczyny globulinowe — ujemne; białka — 0,14%; poniżej 5 komórek w 1 mm<sup>3</sup>. Badanie krwi w dniu 24.10.32: Hb — 82%, krwinek czerwonych — 4.050.000, wskaźnik — 1,01, obraz krwinek czerwonych — norma; krwinek białych — 9.400, wśród nich 52% limfocytów. Badanie moczu w dniu 26.10.32: — norma.

Przez pierwsze 3 dni przebywania na oddziale ciepłota była podgorączkowa — do 37,4°, później do końca — prawidłowa. Bóle głowy stopniowo ustąpiły, opadnięcie lewej powieki górnej również; tak, że po 3½-tygodniowym pobycie na oddziale chory został wypisany jako wyleczony.

Przytoczone przypadki są bardzo podobne do siebie, o ile nawet nie identyczne pod względem objawów chorobowych i przebiegu.

Cierpienie rozpoczynało się u osób poprzednio zupełnie zdrowych dość ostro; w dwóch przypadkach (1 i 4) na początku była nie bardzo wysoka gorączka; nie wyłączone jest, że i w pozostałych dwóch przypadkach była gorączka, lecz nie została zauważona przez chorych. Na początku choroby występowały bóle głowy w okolicy nadoczodołowej po prawej lub po lewej stronie. Po kilku dniach (od początku choroby) dołączały się objawy porażenia nerwu okoruchowego po stronie bólów nadoczodołowych. W przypadku 1-szym było opadnięcie lewej powieki górnej, znaczny niedowład ruchów lewej gałki ocznej ku wewnątrz, ku górze i ku dołowi oraz porażenie zwieracza źrenicy lewej; w 2-im przypadku — opadnięcie prawej powieki górnej, porażenie ruchów gałki ocznej prawej ku wewnątrz, ku górze i ku dołowi; w 3-im przypadku — opadnięcie obu powiek górnych; w 4-yim przypadku — częściowe opadnięcie lewej powieki górnej.

W 3-im przypadku było porażenie nerwu współczulnego obu oczu, co objawiało się w zwężeniu źrenic i zapadnięciu gałek ocznych; próba kokainowa wypadła dodatnio; opadnięcie powiek górnych było w stopniu, wyłączającym pochodzenie tylko współczulne; zależało ono najpewniej od jednoczesnego zajęcia gałązki nerwu okoruchowego i włókien współczulnych.

Innych objawów klinicznych, wskazujących na zajęcie obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego, w naszych przypadkach nie stwierdziliśmy.

Po tygodniu lub kilku tygodniach występowała poprawa, mianowicie gorączka ustępowała, bóle głowy zmniejszały się, a następnie ustępowały zupełnie; objawy okoporażenne zmniejszały się i w końcu ustępowały; w jednym tylko przypadku pozostał lekki niedowład dźwigacza powieki górnej w postaci miernego zwężenia szpary ocznej, z którym chora wypisała się ze szpitala.

W 4-yim przypadku, który był najwcześniej zbadany (w 4-yim dniu choroby), stwierdzono objawy ostrego nieżyty nosa, gardzieli i oskrzeli. Stosunkowo wczesne badanie moczu w dwóch przypadkach (w 1-yim i 2-im) wykazało obecność krwinek czerwonych, co przy późniejszym badaniu ustąpiło. W dwóch przypadkach (1 i 3) plyn mózgowo-rdzeniowy zawierał nadmierną liczbę komórek (pleocytoza), nieznacznie zwiększoną ilość białka oraz dodatnie odczyny globulinowe.

Przy rozpoznaniu różniczkowym wyłączamy przede wszystkim kiłę, gdyż badanie krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego oraz wywiady nie dały ku temu żadnych podstaw; przebieg choroby we wszystkich przypadkach

był pomyślny mimo niestosowania leczenia przeciwiłowego.

Nagminne zapalenie mózgu też wyłączamy, pomimo że początek tej choroby może przypominać nasze przypadki ze względu na porażenie okoruchowe. Brak wysokiej gorączki, zaburzeń snu, początkowych objawów hiperkinetycznych, wreszcie wygaśnięcie epidemii zapalenia mózgu — przemawiają przeciwko temu rozpoznaniu.

Przeciwno stwardnieniu rozsianemu przemawia: — brak objawów piramidowych, obecność odruchów brzusznych, brak poprzednich zaburzeń w układzie nerwowym oraz brak objawów klinicznych, wskazujących na ogniska rozsiane w układzie nerwowym ośrodkowym. To samo da się powiedzieć o rozsianem zapaleniu mózgowo-rdzeniowym.

O okoporażennej postaci migreny nie można myśleć, gdyż we wszystkich 4-ch przypadkach cierpienie wystąpiło po raz pierwszy, bóle nie były napadowe i trwały przez kilka lub kilkanaście dni oraz występowały jednocześnie ze stanem podgorączkowym. Badanie zatok nosowych dało wyniki ujemne, przez co wyłącza się również pochodzenie zatokowe cierpienia.

Umiejscowienie zmian chorobowych w układzie nerwowym nie może być ściśle ustalone na podstawie danych tylko klinicznych. O ile możemy jednak wnioskować na podstawie danych, jakie posiadamy, skłonni jesteśmy w naszych przypadkach przypuścić sprawę obwodową. Przemawiają za tem: całkowite porażenie nerwu okoruchowego w przypadkach 1 i 2 tylko po jednej stronie, przy braku objawów ze strony nóżki mózgu; umiejscowienie się bólów w obrębie nerwu nadoczodołowego po stronie porażenia, przebieg cierpienia. Mielibyśmy zatem do czynienia z zapaleniem obwodowym nerwu okoruchowego. Uwzględniając przytem obecność pleocytozy i dodatnie odczyny globulinowe w płynie mózgowo-rdzeniowym, które mogą przemawiać za zajęciem korzonka wymienionego nerwu, rozpoznajemy raczej *neuro-radicalitis nervi oculomotorii*.

Bóle w obrębie nerwu nadoczodołowego wskazują na równoczesne podrażnienie zapalne w obrębie tego nerwu, które jednak nie prowadzi do żadnych porażen, gdyż nie stwierdziliśmy zaburzeń czucia w obrębie twarzy.

W pracy *G. Marinescu* (*Recherches sur la pathologie de certaines encéphalomyélites a ultravirus. Revue Neurologique. 1932. T. 1. nr. 1*) przytoczone są ciekawe obserwacje nad szerzeniem się sprawy zapalnej drogą nerwów. Stwierdził on w przypadkach zakażenia rogówki oka (u królika) przez *ultravirus herpeticus* szerzenie się procesu na nerw trójdzielny, drogą stopniowego powstawania nacieków zapalnych: a) w nerwach rzeszkówkowych, b) w zwoju rzeszkówkowym, c) w jego włóknach czuciowych, d) w nerwie ocznym, aż do zewnętrznej części zwoju *Gassera*. W trzonie mózgowym autor stwierdził ognisko degeneracyjne, odpowiadające zstępującemu korzonkowi nerwu trójdzielnego, a niekiedy drobne nacieki w sąsiedztwie.

Przez analogję można byłoby i w naszych przypadkach przypuścić podobny sposób szerzenia się infekcji od obwodu ku układowi ośrodkowemu. Uwzględniając jednak odczyny ogólne w postaci początkowej gorączki, zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym i w moczu, skłaniamy się raczej do przyjęcia ogólnej infekcji, która bezpośrednio (lub też jady jej) zaatakowała wybiórczo nerw okoruchowy. *Oppenheim* obserwo-



wal podobne przypadki pojedyncze na materiale kliniki ocznej w Berlinie. Podkreśla on w nich tło przeziębieniowe, występowanie porażen jednocześnie z bólami głowy, bóle w zakresie oczodołu oraz nerwu nadoczodołowego. Według niego świadczą te objawy o obwodowo-neurtycznym charakterze procesu. H i g i e r demonstrował na posiedzeniu Towarzystwa Neurologicznego w Warszawie (dnia 22.10.1927 r.) przypadek mężczyzny 52-letniego, u którego również po kilkudniowym silnym bólu nadoczodołowym rozwinęło się zupełne porażenie mięśni prawej gałki ocznej, unerwianych przez nerw okoruchowy, z minimalnem zajęciem zwieracza żrenicy. Objawy chorobowe po 4 tygodniowym trwaniu ustąpiły.

Naogół przypadki w rodzaju przytoczonych nie należą do częstych. W dostępnej nam literaturze podobnych obserwacji, dotyczących się większej liczby przypadków z obwodowym porażeniem nerwu okoruchowego pochodzenia infekcyjnego, nie znaleźliśmy. Dlatego też wydaje się nam uzasadnionem zwrócenie uwagi na nasze obserwacje, gdyż stwierdzenie w krótkim czasie 4 przypadków infekcyjnego zajęcia nerwów okoruchowych nie może być zwykłą koincydencją i świadczy o jakimś swoistem cierpieniu infekcyjnym.

*Z pracowni włajnej.*

#### Technika badania osadu moczu.

Podał

A. LAPIDUS (Warszawa).

Każdemu z lekarzy praktyków znany jest fakt, że badanie osadu moczu, wykonywane dla jednego i tego samego pacjenta w różnych pracowniach analitycznych, często daje wyniki rażąco niezgodne. Ja osobiście wielokrotnie przekonywałem się, że u pacjentów, u których systematycznie znajdowałem elementy patologiczne w moczu (wałeczki, erytrocyty, liczne leukocyty), inni analitycy nie wykrywali literalnie nic. Zastanawiając się nad przyczynami podobnej rozbieżności, podrywającej zaufanie do analiz wogóle, doszedłem do przekonania, że, pozostawiając na uboczu czynnik większego lub mniejszego doświadczenia badającego, główną przyczyną niezgodności wyników badania osadu moczu jest niejednolita technika zbierania osadu. Przy wadliwej technice elementy morfologiczne moczu dostają się do preparatu mikroskopowego w znikomej ilości, albo też wcale się doń nie dostają. Dlatego też uważam za wskazane szczegółowe omówienie techniki badania osadu moczu, aczkolwiek niektóre rzeczy, być może, niejednemu wydadzą się elementarne (czasami jednak nie zaszkodzi przypomnieć i rzeczy elementarne).

Zadanie, które sobie stawiamy przy zbieraniu osadu moczu do badania mikroskopowego, polega na skoncentrowaniu w jaknajmniejszej ilości osadu jaknajwięcej elementów morfologicznych, zawartych w moczu. W tym celu mocz przede wszystkim należy odwirować. Wprost niedorzeczne jest twierdzenie niektórych autorów, np. Schlagintweita, że lepsze rezultaty daje badanie moczu nieodwirowanego. Wystarczy wziąć pod uwagę, że dla zdania sobie sprawy, jakie elementy morfologiczne zawarte są w 15-centymetrowej probówce moczu,

z której przy odwirowaniu otrzymujemy 1—2 preparaty osadu, bez wirowania należałoby sporządzić ok. 250 preparatów (15 cm. sz. po 16 kropel). Błędne jest również mniemanie niektórych, że dobre wyniki daje tylko badanie moczu, świeżo oddanego. W chłodnej porze roku mocz zazwyczaj nie zmienia się nawet w ciągu 24 — 48 godzin, a w porze upałów wystarczy dodać do moczu cokolwiek 10%-wej formaliny (mniej więcej 1 część na 100 części moczu), by zakonserwować mocz nawet na kilka dni (tymol nie zabezpiecza moczu od psucia, chloroform przeszkadza przy badaniu osadu, gdyż zbiera się na dnie probówki). Odwirowanie jest zatem niezbędne. Mocz przed nalaniem do probówki centryfugalnej należy dokładnie zmieszać, gdyż inaczej traci się największą część osadu, która samoistnie opada w moczu. Wirowanie powinno trwać: na wirówce elektrycznej 1—3 minuty, na ręcznej — 5—6 minut. Dalsze postępowanie po odwirowaniu składa się z następujących momentów, od których dokładnego przestrzegania bezwzględnie zależne są wyniki badania osadu.

1) Probówkę z odwirowanym moczem ujmujemy lewą ręką i szybkim ruchem odwracamy nad zlewem lub zastępującem go naczyniem. Płyn odwirowany przytem się wylewa, pozostawiając sam odwirowany osad, przylegający do dna probówki.

2) Nie odwracając probówki z powrotem, tylko zlekka ją nachyliwszy, wprowadzamy do niej od dołu prawą ręką pipetę zwężonym końcem do góry aż do samego dna probówki, czyli do osadu (p. fig. I). Osad wtedy samoistnie, siłą włosowatości wchodzi do pipety. Pomagamy sobie przytem, zwłaszcza, gdy osadu jest mało, ostrożnie oskrobując końcem pipety dno probówki i przylegające części ścian.

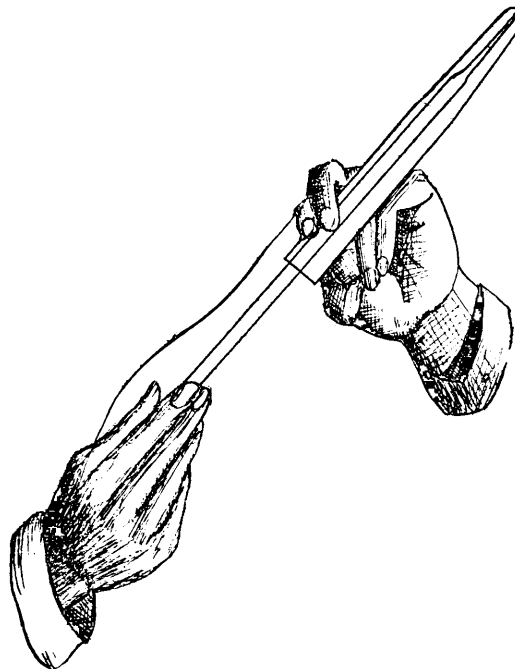


Fig. 1

3) Odstawiamy probówkę i, nie odwracając pipety wdół, lecz jedynie nachyliwszy ją do położenia prawie poziomego, podnosimy ją w tem położeniu szerokim końcem do ust i, podstawiwszy pod zwężony koniec szkiełko podstawowe

we (p. fig. 2), wydmuchujemy na nie nabrany osad. Odkładamy potem pipetę, nakrywamy wydmuchnięty osad na szkiełku podstawowym szkiełkiem przykrywkowym, i preparat jest gotów do badania mikroskopowego.

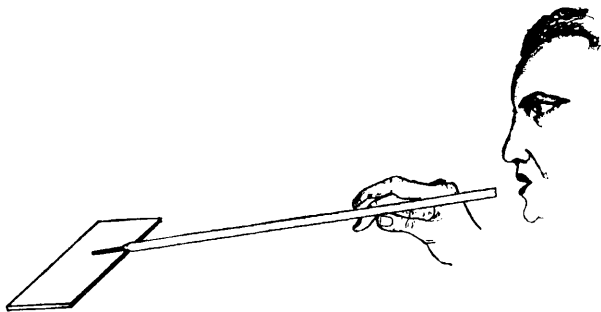


Fig. 2

A teraz objaśnienia tego postępowania.

ad 2) Dlaczego niewolno odwrócić probówki z powrotem? Dlatego, że wtedy ze ścian probówki ścieka z powrotem płyn na odwirowany osad, rozcieńczając go nanowo, czyli unicestwiając skutek odwirowania. Zwłaszcza, jeżeli, jak to często bywa, osad jest nieznaczny, zostaje on tylokrotnie rozcieńczony, że szanse dostania się do pipety elementów morfologicznych stają się wprost znikome

ad 3) Niewolno pipety odwrócić nadół dlatego, że przytem na szkiełko przedmiotowe, zanim

się zdąży wydmuchnąć osad, ścieka z zewnętrznych ścian pipety płyn odwirowany, który przylgnął do pipety ze ścian probówki, i miesza się z osadem, rozcieńczając go nanowo. Natomiast, gdy pipetę wydmuchujemy nieodwróconą, w położeniu prawie poziomem, otrzymujemy na szkiełku przedmiotowym czysty, skoncentrowany osad.

Szeroko rozpowszechnione jest użycie pipety z gumką, którą się wprowadza do probówki centrifugalnej, odwróconej z powrotem po zlanii płynu. Jest to najgorszy sposób nabierania osadu. Daje on jakie takie wyniki jedynie wtedy, gdy osad jest duży i dość gęsty. W innych atoli przypadkach przy takim postępowaniu dostanie się elementów morfologicznych do preparatu mikroskopowego jest rzeczą jedynie szczęśliwego trafu, na który szanse są mniej więcej takie same, jak na wygraną na loterii. Właśnie rozpowszechnieniu tego sposobu nabierania osadu moczu przypisać należy zdumiewającą rozbieżność wyników badań osadu moczu, wykonanych w różnych pracowniach, rozbieżność niekiedy fatalną, wprowadzającą zamęt zarówno u pacjenta, jak i u lekarza, i dyskredytującą analitykę lekarską wogóle. Wystarczy wykonać parę badań osadu moczu tym sposobem i porównawczo techniką, powyżej przezemnie opisaną, by przekonać się, że używanie pipet z gumką należy bezwzględnie zarzucić.

Powszechne wprowadzenie ulepszonej techniki badania osadu moczu przyczyni się niewątpliwie do usunięcia jaskrawych niezgodności wyników.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądowe

O. t. zw. nacieku wczesnym\*).

Podał

J. BERMAN (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 8).

Pierwszy, który wśladał za *Assmannem* zajmował się poważnie sprawą ogniska podobojczykowego, był *Redeker*.

Po kilkuletnich badaniach w poradniach przeciwgruźliczych, gdzie, dzięki stosowaniu na ogromnym materiale radioskopji w postaci zdjęć seryjnych, miał możliwość dokładnego zapoznania się z tą dotychczas mało znaną i odrębną patomorfologiczną postacią gruźlicy płucnej, ogłosił pracę w r. 1926 p. t.: „O naciekach podobojczykowych, ich formach rozwojowych i ich stosunku do gruźlicy w wieku pokwitania i problemu ftizeogenyzy”.

Rzucając spojrzenie wstecz, przypomnimy sobie, że w przebiegu naszych dotychczasowych rozważań mowa była wyłącznie „o ognisku podobojczykowym” — w powyższym zaś nagłówku pracy *Redekera* już od pierwszego słowa stykamy się z czemś nowym. Słyszemy tu po raz pierwszy, miast dotychczas powszech-

nie używanej nazwy „ognisko podobojczykowe”, wyrażenie „naciek podobojczykowy”.

Po bliższem zapoznaniu się z pracą *Redekera* nie można się nie zgodzić z wielką celowością tego nowego wyrażenia, odzwierciadla ono bowiem nam, w przeciwieństwie do starej nazwy, nietylko istnienie samego ogniska, lecz rzuca jednocześnie światło na jego istotę anatomiczną.

Jak już wspomniano, *Assmann* z punktu widzenia anatomopatologicznego dopatrywał się w ognisku podobojczykowym ograniczonego serowaciejącego odoskrzelowego zapalenia płuc, — *Redeker* natomiast, zastanawiając się nad anatomicznym podkładem tego ogniska, wzgl. jego odoskrzelowych wysiewów, na podstawie obserwowanej przez siebie znacznej tendencji tych tworów do wchłaniania się, przychodzi do wniosku, że mamy tu w pierwszej linii do czynienia z nacieczeniem w sensie okołogniskowego zapalenia *Tendeloo*, — obraz nam dobrze znany z działu gruźlicy dziecięcej. \*)

Wielkość ogniska podobojczykowego, radioskopowo przez nas widziana, — mówi *Redeker*, — wcale nie odpowiada właściwej wielkości ogniska gruźliczego w ścisłym znaczeniu tego słowa. To, bowiem, rzeczywiste jądro gruźlicze, odpowiadające serowaciejącemu ognisku odoskrzelowego zapalenia płuc, jest zazwyczaj bardzo małe, może nawet nie

\*) Referat wygłoszony na posiedzeniu naukowym w szpitalu dla dzieci im. Bersonów i Baumanów.

\*) p. Berman. W. Czas. Lek. 1932 r. Nr. 14—15.

przekraczać wielkości mikroskopowej, — większy zaś cień, uwidaczniający się na rentgenogramie, nie jest niczem innym, jak tylko wyrazem wspomnianego nacieczenia okołogniskowego, — i tylko w ten sposób daje się wytłumaczyć niekiedy frapująco szybkie cofanie się cienia naciekowego zajmującego niemal całe płuco.

Z różnicy więc kątów widzenia *Assmann* a *Redekera* na anatomję sprawy i z przesunięcia punktu ciężkości od ogniska gruźliczego w stronę nacieku wynika ta niejednolita ich terminologja. Celem wyodrębnienia „nacieczenia podobojczykowego“, które się różni od „nacieczenia“ z lat dziecięcych swą patogenezą i odmiennym przebiegiem klinicznym, *Redeker* zmienia w „nacieczeniu podobojczykowym“ słowo nacieczenie na „naciek“, posługując się już wyłącznie nazwą „naciek podobojczykowy“.

Zgodnie z *Assmannem* wskazuje *Redeker* na ogromne praktyczne znaczenie znajomości i wczesnego wykrycia tej postaci gruźlicy, a z osobliwości, stojących w rozdźwięku z utrzymującymi się dotychczas poglądami starej szkoły, podkreśla w nacieku podobojczykowym wyraz najwcześniejszego przejawu gruźlicy dorosłych.

Traci on jednakże swą pewność pod tym względem, gdy przechodzi do omawiania patogenyzy sprawy. Gubi się tu w wątpliwościach i przypuszczeniach, stara się być bardzo ostrożny w wypowiedzaniu się i w końcu reasumuje, że nie zna narazie zadawalającego wyjaśnienia dla genezy nacieku podobojczykowego. Zaznacza tylko, że ta postać gruźlicza wykazuje największe powinowactwo do płuc osobników w wieku pokwitania, i że prawie stale dające się stwierdzić w tych przypadkach zakażenie dodatkowe, jeśli nie odgrywa tu całkowicie roli czynnika etiologicznego, to w pewnej mierze musimy mu przypisać wartość czynnika kondycyjnego.

Ten ostatni pogląd zabiega się o zapatrywanie *Graffa*, który genezę nacieku podobojczykowego określa jako „wewnątrz pochodną wznowę zakażenia pod wpływem bodźca zewnętrznego“. Taki *modus* powstawania nacieku podobojczykowego należy sobie wyobrazić w ten sposób, że prątki dostające się do płuc, w zakażeniu dodatkowym na drodze oddechowej, nie wytwarzają świeżego ogniska, lecz rozpadają się, przyczem produkty tego rozpadu działają podobnie do tuberkuliny, aktywując jakieś stare drzemiące ognisko. Jest to zatem proces, zbliżony do sztucznej tuberkulinizacji.

Akceptując, chociażby w części, taką genezę nacieku podobojczykowego i suponując tem samem istniejące już w płucu drzemiące ognisko, — *Redeker* sam sobie przeczy, gdy wyżej mówi o nacieku podobojczykowym, jako o najwcześniejszym przejawie gruźlicy w wieku pozadziecięcym. Jeśli więc, jak widzimy, *Redeker* nie daje sobie wcale rady z wyświetleniem patogenyzy nacieku podobojczykowego, to po mistrzowsku nam za to przedstawia jego przebieg, rozwój i los ostateczny. Ilustruje on to w swej pracy rentgenogramami i w każdym przytoczonym poszczególnym przypadku dąży do odtworzenia ewolucji danego obrazu chorobowego bądź to na podstawie całkowitego i ciągłego przesłedzenia schorzenia, bądź też drogą porównawczej rekonstrukcji seryj rentgenologicznych. Uzupełnia on to wszystko oceną każdej poszczególniej fazy rozwojowej pod względem rokowania i leczenia.

Tak tedy na początku choroby naciek jest bardzo mały i może się zupełnie wessać w przeciągu 2 — 3 miesięcy, nie pozostawiając na rentgenogramie żadnych

śladów widocznych i nie sprawiając choremu żadnych dolegliwości. Najczęściej jednak sprawa cofając się pozostawia bliźnę w postaci zmian smugowatych.

Takie zupełne wessanie się, wzgl. zbliźnowacenie nacieku, jako zajście najpomyślniejsze, nie należy do rzadkości, i dlatego rokowanie nacieku podobojczykowego przy wczesnem jego rozpoznaniu nie należy naogół do najgorszych, — zwłaszcza przy ogólnych przyjaznych dla chorego warunkach, — a tembardziej przy natychmiastowem zastosowaniu odmy. Częściej jednakże bywa tak, że ognisko stale się zwiększa, osiągając rozmiar jaja kurzego.

Nawet w tak posuniętem stadium rozwoju choroby może o swej chorobie nic nie wiedzieć, aż wreszcie występuje stan podgorączkowy, upośledzenie stanu ogólnego, co w końcu sprowadza chorego do lekarza. Nierzadko występują w tym okresie też klucja w boku, jako wyraz odczynu opłucnowego, może też się zjawić krwioplucie. Przy braku tych ostatnich objawów nie jednakże nie naprowadza lekarza na podejrzenie sprawy płucnej, zmiany, bowiem, fizykalne są zazwyczaj i teraz bardzo nikłe, — i jeśli lekarz chorego nie prześwietli, to rozpoznanie zwykle się kończy tak przez nas nadużywanem określeniem „grypa“.

Dalszy los nacieku podobojczykowego prowadzi do jego rozrzedzenia, które się rozpoczyna w części środkowej i uwidacznia się na rentgenogramie najlepiej przy oglądaniu go zdala. Cień rozrzedzenia na tle nacieku uwidacznia się w postaci niezbyt zarysowanego koła, owala, wielokąta lub rozetki. Chorzy w tym czasie zaczynają już pokasływać, a w płwocinie z łatwością dają się stwierdzić prątki. Co dziwne, to to, że nawet w tym okresie objawy fizykalne mogą być minimalne, nierzadko jednak daje się już stwierdzić skrócenie wypuku w linii pachowej lub przykręgosłupowej, a towarzyszyć temu może nieznaczne osłabienie oddechu, rzadziej — nieliczne drobne rżenia.

Okres rozrzedzenia trwa zazwyczaj kilka tygodni, i, jeśli ognisko nie wykazuje skłonności do wessania się, wzgl. stwardnienia, — co, zresztą, w tym okresie należy do rzadkości, — to dalszy rozwój sprawy postępuje albo w kierunku wysiewu odoskrzelowego, albo szybkiego całkowitego rozpadu ogniska z następczem wytworzeniem się ostro zarysowanej jamy.

Co się tyczy wysiewu odoskrzelowego, czyli aspiracyjnego, jak go nazywa *Redeker*, to przerzuty mogą się umiejscawiać albo tylko w najbliższem otoczeniu rozrzedzonego nacieku podobojczykowego, albo rozsianie aspiracyjne jest tak obfite, że zajęte zostaje nietylko jedno całe płuco, ale nawet i drugie.

Jasne, że między temi krańcowemi postaciami wysiewów odoskrzelowych widzimy ogromną skalę postaci przejściowych. Niekiedy wysiew odoskrzelowy może być tak drobny i obfity, że obraz taki do złudzenia przypomina prosówkę. Na szczęście taki wysiew zazwyczaj atakuje tylko jedno płuco; — jest to postać, znana pod nazwą „wysiewu jednostronnego rzekomoprosówkowego“. Gdy przy wysiewie odoskrzelowym ogniska znajdują się blisko, jedno obok drugiego, to występujące wokoło tych ognisk nacieczenia mogą się zlać razem z naciekiem podobojczykowym w jedną całość tak, że otrzymamy jednolity cień naciekowy, w którym już nie będziemy w stanie wyodrębnić ogniska macierzystego. Genetyczny związek toczącego się wówczas procesu z naciekiem podobojczykowym może być w takich przypadkach tylko przypuszczalny.

Naogół odoskrzelowe ognisko wysiewowe wyka-

zują wielką tendencję do wchłaniania się, gdy natomiast ich macierzyste ognisko rozrzedzenia odznacza się coraz dalej sięgającym rozpadem, aż wreszcie przeistaczając się w dużą okrągłą izolowaną jamę, występuje na pierwszy plan. Z taką jamą chorzy pracują niekiedy w przeciągu kilku lat, nie odczuwając żadnych prawie dolegliwości, aż nagle występujący krwotok zapoczątkowuje wielką tragedję. Gdy ogniska wysiewowe nie wykazują skłonności do zmian wstecznych, wówczas następuje szybko ich zserowacenie, zlewanie się poszczególnych serowacjących ognisk w jedną całość, i otrzymujemy kliniczny obraz, znany w mowie potocznej pod nazwą „suchot galopujących“.

Na specjalną uwagę zasługuje jeszcze jedna postać, ściśle związana z naciekiem podobojczykowym i nazwana przez R e d e k e r a „Tochterinfiltrat“. Chodzi tu o ogniska aspiracyjne, wysiane zdala jedno od drugiego, z predylekcyjnym umiejscawianiem się tuż obok szpar międzypłatowych. Cechuje te ogniska wielka złośliwość w sensie szybkiego rozpadu, i w krótkim czasie postać ta prowadzi do serowacjącego zapalenia płuc.

Ta ostatnia postać wyczerpuje właściwie pracę R e d e k e r a, której główna wartość polega na po mistrzowsku dokonanej analizie wszystkich przejawów nacieku podobojczykowego. Niewyświetlona jego patogeneza nie daje jednakże R e d e k e r o w i spokoju, toteż wraca on do tego zagadnienia w następnej swej pracy p. t.: „Ueber das Frühinfiltrat und die Irrlehre vom gesetzmässigen Zusammenhang der sogenannten Spitzentuberkulose mit der Erwachsenenphthise“.

Podobnie do poprzedniej pracy i tu już pierwsze słowo zapowiada nam znowu coś nowego, bo zwrócić uwagę, że ponownie się odbył chrzest ogniska podobojczykowego, — i nazwa ta poprzednio już raz przemianowana przez R e d e k e r a na „naciek podobojczykowy“, otrzymuje znowu inną szatę i przeistacza się w „naciek wczesny“.

Cóż skłoniło R e d e k e r a do posługiwania się znowu inną nazwą?

Otóż jako fizjolog - rentgenolog, uzbrojony w międzyczasie w doświadczenie, oparte na ogromnej liczbie dokonanych i przestudjowanych seryj rentgenologicznych, (N. B. studja te oparte są na materiale 20.000 zdjęć!), R e d e k e r już nie ma teraz żadnych wątpliwości co do samoistnego powstawania nacieku podobojczykowego i z całą stanowczością i pewnością siebie odrzuca możliwość jakiegokolwiek jego

związku genetycznego z innymi ogniskami. Początkiem suchot dorosłych jest, zdaniem jego, tylko naciek podobojczykowy i żadne inne ogniska, a starodawny dogmat klasycznej szkoły, według którego punktem wyjścia suchot płuc mają być ogniska szczytowe, uważa on za owoc „nauki błędnej“ („eine Irrlehre“), wynikający z apriorystycznych nielogicznych przesłanek i wniosków. Dopiero po całej kaskadzie zarzutów i ironji, skierowanych pod adresem starej klasycznej nauki, przystępuje R e d e k e r do usprawiedliwienia się i uzasadnienia swego poglądu. Wskazuje on na to, że, prowadząc w ciągu szeregu lat niemal katastrof rentgenologicznych wśród ogromnej liczby chorych z całych powiatów, nie miał ani razu możności przekonania się o rzeczywistym od-szczytowym szerzeniu się suchot. Nie zna on nawet w przybliżeniu takiej przekonywającej serji rentgenologicznej, i jeśli niektórzy szczęśliwsi od niego rentgenologowie są w posiadaniu takich pojedynczych okazów, to rzadkie te wyjątki należy raczej traktować jako potwierdzenie prawidła wprost przeciwnego. — t. zn., że suchoty dorosłych nigdy nie biorą swego początku z t. zw. „gruźlicy szczytowej“. Pierwszym bowiem i najwcześniejszym, obiektywnie dającym się stwierdzić objawem był na jego ogromnym materiale stale naciek! Ale nie usadawia się on wyłącznie tuż pod obojczykiem, jak przypuszczał dawniej, lecz i w innych miejscach przeważnie środkowego pola płucnego.

Ze względu właśnie na tę okoliczność, że lokalizacja, która dawniej podkreślana była w nazwie nacieku „podobojczykowy“ — nie odgrywa roli jakiejś cechy bezwzględnie stałej, — że natomiast mniemanie jego o „nacieku“ jako najwcześniejszym przejawie suchot dorosłych wzmocniło się w międzyczasie do stopnia niemal pewności, — uważa on, że dla uwidocznienia tego najistotniejszego momentu w patogenezie sprawy jaknajlepiej nadaje się nowa nazwa, zaproponowana przez S i m o n a, — „naciek wczesny“.

Zaznaczyć należy, że ta ostatnia metamorfoza mianownictwa bynajmniej nie zamyka cyklu przemianowań, stale jeszcze i teraz proponowanych dla tej postaci chorobowej. Zpśród licznych tych nazw prócz „nacieku wczesnego“ znalazła jeszcze uznanie nazwa, zaproponowana przez U l r i c i e g o. Nazwa ta brzmi: „praephthisisches Infiltrat“, i, jeśli chodzi o wypuklenie momentu patogenetycznego z punktu widzenia nowej nauki, to jest ona, sądzymy, wymowniejsza i trafniejsza od „nacieku wczesnego“.

(Dok. nast.)

## Streszczenia pojedyncze

### Fizjologia normalna i patologiczna.

II. ZONDEK i A. BIER. Zawartość bromu w przysadce mózgowej. (Klin. Woch. N. 18, 1932).

Analogicznie do jodu, którego zawartość we krwi jest regulowana przez tarczycę, autorzy poszukują związku między gospodarką bromową a przysadką mózgową. Liczni autorzy dowiedli, że przysadka, głównie jej płat przedni, zawiera duże ilości bromu. Różne narządy zawierają 1 — 2 mg.% bromu, przysadka natomiast 15 — 30 mg%. Autorzy badali przysadki mężczyzn i kobiet, zmarłych na jakąkolwiek chorobę w 45 — 60 roku życia; okazało się, że przysadki kobiece zawierały b. mało bromu (średnio 5 mg%), męskie zawsze powyżej 15 mg%.

Natomiast u starców różnice te się zacierają; po 75 roku życia stwierdza się zaledwie ślady bromu w przysadce mózgowej.

Jakób P e n s o n.

II. ZONDEK, A. BIER. Przysadka mózgowa i sen. (Klin. Woch. N. 18, 1932).

Badając zawartość bromu w poszczególnych częściach mózgu, autorzy spostrzegli, że najwięcej bromu zawiera śród-mózgowie (1,5 — 1,8 mg%); inne części mózgu zawierają średnio 0,5 — 0,8 mg% bromu. Autorzy usypiali psy somnifenem na 3 dni, poczem uśmiercali zwierzęta przez wypuszczenie krwi i badali poszczególne części mózgu na zawartość bromu; okazało się, że najwięcej bromu stwierdzono w rdzeniu przedłużonym. Wobec tego, że przed uspieniem w rdzeniu było

mało bromu, autorzy wyciągnęli wniosek, że podczas snu następuje przesunięcie bromu z innych narządów do rdzenia przedłużonego. Znając z poprzednich swych prac fakt, że najwięcej bromu zawiera przysadka mózgowia, badali ten narząd przed snem i po śnie zwierząt; okazało się, że po śnie przysadka wykazała znaczny spadek zawartości bromu; w ciągu 4 godzin po przebudzeniu się zwierzęcia, zawartość bromu w przysadce i rdzeniu przedłużonym ponownie wróciła do normy. Należy więc przyjąć, że podczas snu, sztucznie wywołanego, hormon bromowy wędruje z przysadki mózgowej do rdzenia, a po obudzeniu ponownie wraca do przysadki. Wobec tego, że przesunięcie bromu można uzależnić od działania somnifenu, autorzy podawali psom *extr. opii*; psy znoszą duże dawki opium i nie zasypiają; okazało się, że w tych warunkach zawartość bromu w rdzeniu i przysadce nie ulega zmianom. Autorzy sądzą, że przysadka wydziela hormon bromowy o strukturze chemicznej podobnej do tyroksyny. S c h o e l l e r otrzymał syntetycznie związek pokrewny z tyroksyną, a mianowicie — tetrabromjodotyroksynę. Autorzy przekonali się, że 1 mg. tego związku, podany dożylnie, wywołuje silne działanie nasenne; wstrzykiwania autorzy dokonywali na sobie. W związku z rolą hormonu bromowego na układ nerwowy, autorzy badali zawartość bromu we krwi w chorobach psychicznych. Okazało się, że w przebiegu psychozy manjakoalno - depresyjnej stwierdza się stale znaczny niedobór bromu we krwi, co zdaniem autorów może nawet służyć jako moment dagnostyczny.

Jakób P e n s o n.

A. DEMNITZ, W. SCHOLZ. Wchłanianie się surowic leczniczych o różnym stężeniu białkowym. (Klin. Woch. N. 19, 1932).

Autorzy przeprowadzili szereg doświadczeń na zwierzętach, stosując surowice lecznicze o różnym stężeniu białkowym. Stosowali 2 cm<sup>3</sup> surowicy podskórnie i badali w równych odstępach czasu zawartość antitoksyn we krwi. Okazało się, że najszybciej wysaniu ulegały surowice o stężeniu białka, podobnym do surowicy ludzkiej; najwolniej wessaniu ulegały surowice hiperkoncentryczne. Stosując więc duże dawki surowicy leczniczej, należy pamiętać, że szybkość resorpcji znajduje się w odwrotnym stosunku do zawartości białka surowic.

Jakób P e n s o n.

### Choroby płuc.

FEIRBERG, OSBORNE i STEINBERG. Sztucznie utrzymywana gorączka w leczeniu dychawicy oskrzelowej. (The Journal of the American Medic. Assoc. 3.IX.1932).

Autorzy podają wyniki swych badań nad leczeniem dychawicy oskrzelowej pyretoterapią. Opierają się przytem na fakcie, że infekcje, przebywane przez chorego, powodują zazwyczaj remisję w przebiegu astmy. Stosowali aparaturę djateryczną wprowadzoną przez N e u m a n n a i O s b o r n e a w leczeniu porażenia postępującego. Próba dotyczyła 42 chorych opornych na wszelkie leczenie dychawicy, u 70% badanych istniały komplikacje (rozedma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozstrzenie). Leczenie to, które wydaje się zupełnie bezpiecznym, dało w 51% przypadków remisję, trwającą od kilku dni do 9½ miesięcy, w 29% — poprawę. Badania pracowniane i rozmaite spostrzeżenia dokonane w trakcie tych badań nie pozwalają jeszcze na wysnucie wniosku co do mechanizmu tej poprawy; nie jest wyłączone, że pyretoterapia da dobre rezultaty i w innych cierpieniach alergicznych.

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

C. KIENEGER. Drożdże w zapalnych, przemijająco prowadzących do jam i bez śladu wchłaniających się schorzeniach płucnych. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 172, z. 2).

Ludzkie grzybice drożdżowe, (*blastomycoses*) są z re-

guly schorzeniami skórными i nie należą do rzadkich. Odczyny odpornościowe, występujące po takich schorzeniach skórnych (zlepianie drożdży, wiązanie dopełniacza drożdżowego), są na ogół wtórne. Pogląd, że takie grzybice skóry powstają drogą krwionośno-zakaźną, zaś ujawniają się miejscowo obwodowo (F o x, B e n e d e k), nie wydaje się autorowi dostatecznie umotywowanym. Natomiast wewnętrzne, powstałe drogą przetrutową z zewnętrznych zakażeń, pierwotnie wewnętrzz pochodne zakażenia bez ognisk zewnętrznych lub wewnętrzne zakażne osiedlanie się, mające za punkt wejścia naturalne otwory zewnętrzne, są rzadkie. Jest to uderzające wobec łatwej możności przejścia — jama ustna — przewód pokarmowy, jama ustna — płuca, odbył — przewód pokarmowy, cewka moczowa — pochwa i drogi moczowo - płciowe. Niezakażone pasorzytowanie, pominiawszy częste występowanie pasorzytnicze w żołądku i jelitach (bezsok, rak żołądka i t. d.), nie powinno być rzadkie. Wiemy jednak o tem mało. Występowanie drożdży w zapalnych schorzeniach płucnych stanowi, rzeczywiście, coś szczególnego. W ciągu ostatnich 2½ lat spostrzegł autor 4 razy średnio - ciężkie ośrodkowe zapalenia płuc z drożdżami w płwocinie. Schorzenia te uległy w stosunkowo krótkim czasie wyleczeniu bez śladu. Jeden z tych przypadków chorobowych, w którym na zasadzie wywiadów przypuszczano ośrodkowe zapalenie płuc z przejściem w zgorzel, badano tylko ambulatoryjnie. W śluzowej płwocinie obok czopów *leptothrix* znaleziono nitki grzybni, które rozpoznano jako pączkujące drożdże. 3 pozostałe przypadki (z tego w jednym po 25 miesiącach ponowne zakażenie) przebiegały jako ośrodkowe, powodujące stosunkowo szybko powstawanie jam, zapalenia płuc, które pomimo dużych jam całkowicie się goiły. Brak było wszelkiego związku z gruźlicą (wywiady, badanie obciążenia dziedzicznego, badanie bakterjologiczne i uczulenia). Trudno było przyjąć, ażeby w średnio - ciężkiej chorobie dorosłych przytomnych ludzi można było mieć do czynienia z zachłystowym zapaleniem płuc. Schorzenia te z krótkotrwałą zwalniającą podgorączkową lub utrzymującą się tygodniami zwalniająco przepuszczającą ciepłotą, z brunatno - czerwoną jak w wadach serca płwociną, z rozpoznaniem „nieżyty płuc“, „grypy“, „gruźlicy“ kierowane do szpitala, wykazywały typowy obraz rentgenowski: małe aż do wielkości pięści nacieki, położone zrazu ośrodkowo około wnęki, łatwo ulegające rozpadowi, szybko powiększające się wytwarzanie jam z szerokim poziomem niveau i szybkim całkowitem wessaniem się z wytwarzaniem plamistych i pasmowatych cieniów, szybko również przeważnie zupełnie znikających, lub bez niego. Bezwonna, skąpa, śluzowa aż do śluzowo - ropnej, z początku zmieszana z krwią płwocina wykazywała na wysokości choroby liczne później zmniejszające się co do liczby, wreszcie nie dające się już wykazać czopy drożdżowe. Te makroskopowo rozpoznawane czopy, które się zachowywały podobnie do czopów w rozstrzeniach oskrzeli lub w zgorzeli, były czystymi czopami drożdżowymi i składały się z pączkujących drożdży lub nitek drożdżowych i komórek drożdżowych. Te drożdże w O, 2 cm.<sup>3</sup> zawiesiny nie były chorobotwórcze dla myszy, lepiej rosły w ciepłocie cieplarki, rosły na agarze, szczególnie dobrze na pożywce peptonowej, nie rosły zupełnie lub prawie na brzeczce piwnej. Tylko w dwóch przypadkach udało się przeprowadzić dostatecznie dokładne próby odpornościowe. I tylko w jednym przypadku istniały średnio - ciężkie odczyny odpornościowe: surowica chorych wobec własnego szczepu drożdży (dodatnio wypadające odczyny zlepne i dodatni odczyn wiązania dopełniacza). Od czasu tych doświadczeń badań autor dokładnie na występowanie drożdży szczególnie dziecinne zapalenia płuc, przebiegające z wytwarzaniem jam, szybko ulegające wyleczeniu, nie ujawniające związku z gruźlicą, a często wykazujące w obrazach rentgenowskich cienie pasmowate na granicy poprzedniej choroby. Te badania kontrolne pozostały bez wyniku. Autor zresztą nie mógł wykazać w przypadkach

ośrodkowych zapaleń płuc u dzieci, przebiegających z wytwarzaniem jam i wyleczeniem w postaci smug (2 szczególnie typowe przypadki w ciągu ostatniego półrocza), w powstawaniu i przebiegu ani aspiracji, ani oznak wytwarzania ropnia, ani zgorzeli. Anatomiczno-patologiczne ugruntowanie tych gojących się szybko powstających i szybko cofających się tworów jamistych ze względu na przyczynę zakaźną i punkt wyjścia oraz pod względem chemicznym wydaje się autorowi pożądanym. Te klinicznie zbadane procesy nie wychodziły, prawdopodobnie, z wnętrza, z pewnością zaś nie z punktów przykręgosłupowych. Autor nie uważa za możliwe rozstrzygnięcie w chwili obecnej, czy w tych szybko powstających procesach rozmiękających i jamistych chodzi o sprawy martwicowe, uwarunkowane anafilaktycznie. Wydaje mu się, że istnieje analogia do procesów powstawania jam gruźliczych, przynajmniej takich, które szybko powstają i szybko bez śladu bez zastosowania odmy ulegają wessaniu. Odnosi się to do pewnych postaci nacieków wczesnych, a czasami do przemijającego wytwarzania jam w późniejszym przebiegu przewlekłych wysiękowych procesów gruźliczych. W 4 sprostzeniach autora zachodzi pytanie, czy znajdowane drożdże rozwijały się jako niewinne pasorzyty, czy też chodzi o schorzenia, wywołane przez drożdże. Przynajmniej uderzającą jest znaleziona masa czopów drożdżowych i szybkie zupełne ich znikanie wraz z procesem wyzdrowienia. Pełne znaczenia jest również spostrzegane zachowanie się odporności. Oczywiście, takie niezbyt znaczne odczyny odpornościowe mogą być uwarunkowane przez miejscowo rozrastające się grzyby. Jednakże wobec bardzo rzadkiego występowania większych ilości drożdży w płwocinie oraz wobec szczególnego przebiegu i podobieństwa stwierdzonych i spostrzeganych zapaleń trudno odrzucić bez głębszego zastanowienia się istnienie związku przyczynowego pomiędzy znalezionymi drobnoustrojami a rodzajem schorzenia. Być może, szczególne osiedlanie się pochodzących z jamy ustnej drożdży wpływa na przebieg ośrodkowych t. zw. „grypowych” zapaleń płuc i wtórnie wywołuje przedstawiony obraz chorobowy.

Henryk J. L a n d a u.

G. KOPSTEIN i R. LENZ, Niezłóżliwa odma samoistna jako samodzielny obraz chorobowy. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 4).

Przy przytaczaniu podmiotowych objawów chorobowych niezłóżliwej odmy samoistnej zwracają autorzy uwagę na pewne szczegóły mało lub zupełnie nieuwzględniane, szczególnie na umiejscowienie bólów w jamie brzusznej i obraz, przypominający dusznicę bolesną. Schorzeniu temu ulegają prawie wyłącznie osobnicy w wieku młodocianym w przeważającej liczbie przypadków płci męskiej. U kobiet zdarzają się wyjątkowo, przyczem ciąża ujawnia szczególną gotowość kobiety do tej sprawy. Przypuszczalnie w ciąży spotykamy się ze zmienionym typem oddechowym, który odgrywa w powstawaniu odmy rolę czynnika współdziałającego. Skłonność do nawrotów należy uważać za osobliwość tego obrazu chorobowego. Niezwykle spostrzega się wskutek podrażnienia wysięk do jamy opłucnowej. Własne doświadczenia autorów pozwalają uważać to zapalenie opłucny za zupełnie niewinne zjawisko towarzyszące. Etjologicznie należy odgraniczać obraz chorobowy dobrotliwej pierwotnej odmy samoistnej przy uwzględnieniu leżących w jej podłożu anatomicznych zmian tkankowych od tych schorzeń, w których dostanie się powietrza do jamy opłucnowej stanowi jedynie zjawisko częściowe lub powikłanie istniejącego schorzenia. W związku z tem wskazują autorzy szczególnie na rozpoznawcze i prognostyczne znaczenie w przeciwieństwie do odmy objawowej w gruźlicy płuc i rozmaitych postaciach rzędmy płuc, gdyż właśnie w tych schorzeniach czasami dobrotliwy przebieg odmy stanowi powód do różniczkowo-rozpoznawczych trudności przy odgraniczaniu ich od samodzielnego

obrazu dobrotliwej odmy pierwotnej. Systematyczne badanie kontrolne chorych, spostrzeganych przez autorów, nie pozwala na uchwycenie jakiegokolwiek związku z gruźlicą.

Henryk J. L a n d a u.

### Choroby dróg moczowych.

V. VINTICI. Przypadek gruźlicy nerkowej. (J. d'Urol. N. 4, 1932).

Autor podaje opis przypadku, dotyczącego 21-letniego chorego, który zgłosił się z powodu krwiomoczu, lekkiej pollakisurji i bólów w lewej okolicy nerkowej. Mocz, otrzymany z każdej nerki oddzielnie zapomocą zgłębników moczowodowych, wykazywał w obu porcjach krwinki, w porcji pochodzącej z lewej nerki — ropę. Prątków K o c h a nie wykryto w żadnej porcji. Porcja z lewej nerki wykazywała niedostateczne wydalanie fenolsulfoftaleiny. Lewą nerkę usunięto; makroskopowo, ani mikroskopowo zmian anatomicznych nie znaleziono, poza dwoma drobnymi ogniskami ziarniny; w ogniskach tych stwierdzono obecność prątków K o c h a. Przebieg pooperacyjny był gładki. Kontrolna cystoskopia wykazała, że owrzodzenie ścianki pęcherza zastąpiła czerwona strefa. Autor nie wykonał szczepienia śwince morskiej, gdyż uważa, że, jeżeli jest się pewnym gruźlicy nerek, ujemny wynik szczepienia o niczem nie świadczy, nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu. Podkreśla on ważne znaczenie cewnikowania moczowodów: wykazało ono tutaj dobrą czynność obu nerek, jeżeli chodzi o wydalanie mocznika i chlorków, upośledzenie wydalania fenolsulfoftaleiny po stronie lewej. To zaburzenie zależało zapewne od zmian tych elementów miąższu nerkowego, które biorą udział w stężeniu i wydalaniu ftaleiny. Cewnikowanie moczowodów, uzupełnione próbą fenolsulfoftaleinową, jeżeli jest tylko możliwe, stanowi cenną metodą rozpoznawczą. Są autorzy, którzy twierdzą, że próbnemu otwarciu okolicy lędźwiowej (*lumbotomia probatoria*) z następowym rozcięciem nerek (*nephrotomia*) lub bez niego może wyjaśnić sprawę, ujawniając chorą nerkę, a nawet w pewnych warunkach może zastąpić cewnikowanie. Przypadek opisywany wykazuje, że pogląd ten jest niesłuszny: pozornie nerka i moczowód wyglądały normalnie, a nawet rozcięcie nerki nie wykazało zmian. Pogląd ten i metodę jako bezużyteczne, a nawet niebezpieczne należy całkowicie zarzucić. Cystoskopia, wykazując owrzodzenie w miejscu wybiornym na ścianie górnej przy pozatem zdrowej błonie śluzowej pęcherza, była punktem wyjścia dla rozpoznania.

L.

A. WISZNIEWSKIJ i N. RUPASOW. Znieczulenie miejscowe sposobem nasiękowym w operacjach nerek (Więst. Chir. i Pogr. Obl. z. 80—81, 1932).

Metoda znieczulenia nasiękowego może dać pewne znieczulenie w operacjach nerek i nadnerczy. Znieczulenie nasiękowe łatwo jest kierować określoną drogą anatomiczną (torebka nerkowa), w wyniku czego blokuje ono bezpośrednio spłot nerkowy (*plexus renalis*), spłot nadnerczynowy, (*plexus suprarenalis*), zwój półksiężycowy (*ganglion semilunare*) i nerwy trzewiowe (*nn. splanchnici*). Za punkt wyjścia dla znieczulenia nasiękowego bierze się kąt pomiędzy dwunastym żebrzem a *musculus erector trunci*, co znacznie ułatwia dalsze przepajanie płynem znieczulającym torebki nerkowej. Metoda znieczulania nasiękowego w operacjach nerek jest zupełnie wolna od niebezpieczeństwa dla chorego i dogodnym sposobem znieczulenia dla chirurga.

II.

K. KILPIMAA. O znaczeniu klinicznym pośrednich wskaźników równowagi kwasowo-zasadowej w schorzeniach nerek. (Sow. Wręcz. Gaz. N. 17—18, 1932).

Otrzymane przez autora wyniki spostrzeżeń nad wahaniami napięcia CO<sub>2</sub> powietrza pęcherzykowego i dobowej zawar-

tości amoniaku w moczu w schorzeniach nerek pozwalają na niższe wnioski. Okreslenie napięcia CO<sub>2</sub> w powietrzu pęcherzykowym i dobowej zawartości amoniaku w moczu w schorzeniach nerek daje swoiste obrazy, typowe dla podstawowych postaci schorzeń nerkowych. W nerczycach napięcie CO<sub>2</sub> w powietrzu pęcherzykowym jest zmniejszone, dobową zawartość amoniaku w moczu zaś — zwiększona. W razie poprawy napięcie CO<sub>2</sub> wzrasta, dobową zawartość amoniaku w moczu zmniejsza się. Stopniowe obniżanie się napięcia CO<sub>2</sub> w powietrzu pęcherzykowym przy jednoczesnym zwiększaniu się dobowej zawartości amoniaku w moczu stanowi w nerczycach zły znak prognostyczny. W zapaleniach nerek o wystarczającej czynności nerek napięcie CO<sub>2</sub> w powietrzu pęcherzykowym dochodzi do górnej granicy normy albo jest nieco zwiększone; dobową zawartość amoniaku w moczu jest normalna. W zapaleniach nerek z objawami ich niedomogi napięcie CO<sub>2</sub> w powietrzu pęcherzykowym pozostaje w granicach normy albo jest nieco zwiększone, dobową zawartość amoniaku w moczu jest wybitnie zmniejszona. Z poprawą stanu zwiększa się dobową zawartość amoniaku w moczu, napięcie zaś CO<sub>2</sub> w powietrzu pęcherzykowym pozostaje bez zmiany. Obniżenie się napięcia CO<sub>2</sub> w powietrzu pęcherzykowym i zmniejszenie się dobowej zawartości amoniaku w moczu do bardzo niskich liczb (czasem do 0,05 gr.) bywa zwykle złym znakiem prognostycznym. W schorzeniach kombinowanych, dotyczących zarówno układu kanalikowego, jak i kłębuszkowego, wahania napięcia CO<sub>2</sub> w powietrzu pęcherzykowym i dobowej zawartości amoniaku w moczu przebiegają według typu odmiennego od typów obu tych grup: napięcie CO<sub>2</sub> w powietrzu pęcherzykowym i dobową zawartość amoniaku w moczu są wybitnie zmniejszone. W razie poprawy stanu ogólnego napięcia CO<sub>2</sub> w powietrzu pęcherzykowym i dobową zawartość amoniaku w moczu zwiększają się.

Henryk J. Landa u.

J. IRGER. W sprawie kliniki guzów pęcherza moczowego. (Wiest. Chir. i Pogr. Obl. z. 80 — 81, 1932).

Charakter nowotworów pęcherza moczowego zależy od ich umiejscowienia, postaci stosunku do nich ścianki pęcherza, czasu trwania objawów bólowych i wieku. Biopsja niezawsze rozstrzyga kwestję dobrośliwości brodawczaków, gdyż w pewnych częściach tkanka nowotworu może się okazać dobrośliwą, w innych zaś — złośliwą. Histologicznie dobrośliwe brodawczaki niezawsze mogą być uważane za takie, jeżeli chodzi o obraz kliniczny; obecność mnogich brodawczaków, częste nawroty po krwawym ich usunięciu zmuszają nas niezadko do zaliczenia ich do grupy nowotworów złośliwych. Najlepszą metodą leczenia brodawczaków pęcherza moczowego stanowi elektro- i chemokoagulacja. Metodę tę można stosować ambulatoryjnie. W brodawczakach znacznych rozmiarów, w razie silnego i długotrwałego krwawienia, w zwężeniach cewki moczowej, w razie istnienia ciężkiego zapalenia pęcherza moczowego zaleca się krwawe usunięcie nowotworów z jednoczesną poprzezpęcherzową elektrokoagulacją. W razie istnienia niewielkich nowotworów złośliwych na bocznych i przedniej ściankach pęcherza moczowego dopuszczalne jest częściowe wycięcie ścianki w granicach zdrowych tkanek. Operację z wyboru w umiejscowieniu nowotworów na dnie pęcherza, w ujściu moczowodów, w złośliwych nowotworach znacznych rozmiarów, w nawrotach złośliwych nowotworów po częściowym wycięciu ścianki, w ogólnej brodawczakowatości jest całkowite wycięcie pęcherza moczowego z przeszczepieniem moczowodów. W nieoperacyjnych guzach pęcherza moczowego jest dopuszczalna elektro lub chemokoagulacja, które są dobrymi środkami, hamującymi krwawienie; za pomocą tej metody zmniejsza się w znacznym stopniu zaburzenia w oddawaniu moczu

H.

K. ZLOTWER. W sprawie leczenia chirurgicznego przetok pęcherza moczowego. (Wiest. Chir. i Pogr. Obl. z. 80 — 81, 1932).

Operacja M a y d l a stanowi operację z wyboru w przetocze pęcherza moczowego. Operację M a y d l a należy wykonywać przeważnie w wieku od lat 5 do 10. Przy wykonywaniu operacji M a y d l a konieczne jest zachowanie przegródki łącznej pomiędzy moczowodami w związku z tkankami dna miednicy. Operacja M a y d l a nie daje gwarancji przed wstępującym zakażeniem nerek. Problemat leczenia chirurgicznego przetoki pęcherza moczowego może być prawidłowo rozwiązany tylko zapomocą stworzenia aseptycznego odosobnionego pęcherza moczowego.

II.

### Choroby nerwowe i psychiczne.

A. SARBO. O nowej metodzie szczepienia w stwardnieniu wieloogniskowym. (Wiener klin. Wochenschrift. II. str. 940, 1931 r.).

S a r b o kontrolował w 56 przypadkach ściśle według wskazówek odkrywcy „drobnoustrojów” stwardnienia wieloogniskowego, lekarki londyńskiej C h e v a s s u t i jej mistrza P u r v e s t e w a r t a. Okazało się, że on i w przymiocie rdzenia znalazł pojedyncze egzemplarze tej *sphaerula insularis* w hodowli badanej w ciemnym polu ultramikroskopowym, natomiast nie mógł stwierdzić ani stałego spadku pH w płynie, ani też zmian i uchyleń w próbie złotowej płynu. Hodowla, zaszczipiona chorem dawała w 20% nieznaczną, w 22% wybitną poprawę, co upoważnia praktycznie według S a r b o do stosowania tej szczepionki, nawet w sensie jej nieswoistości, w tem beznadziejnym, pod względem terapeutycznym cierpieniu.

H. Higiér.

ULLMANN E. V. Ból głowy oraz inne objawy nerwowe i ich stosunek do zwoju klinopodniebiennego. (Ganglion sphenopalatinum). (Monatsschrift für Ohrenheilkunde z. 6, str. 829, 1931 r.).

Przed kilku laty S l u d e r opisał zespół kliniczny klinopodniebienny, odpowiadający i zależny pono od zachorzenia w obrębie *ganglii sphenopalatini*. U l l m a n n badał przez 4 lata 150 choroników z uporczywymi bólami głowy, nerwalgiami twarzy, czaszki, karku, szyi od spraw ropnych i nowotworowych nie zależnymi w kierunku, podanym przez S l u d e r a, i przekonał się istotnie, że zastrzykiwanie znieczuleniowe do *ganglion sphenopalatinum* usuwało często wszystkie objawy chorobowe. Technika jest niezbyt trudna, bezbolesna i bezpieczna. W jego materiale były, obok uporczywych cefalgij, bóle ucha, mięśni karku, czkawka, *glossodynia*, *globus pseudohistericus*, *iritis acuta*, zgrzytanie mimowolne zębami i t. p.

H. Higiér.

A. BARRE i KLEIN. Wpływ roztworów hiper- i hipotonicznych na ciśnienie płynu mózgowodzeniowego. (Rev. Neur. 1932, T. I. N. 4).

Autorzy stwierdzili klinicznie, iż zastrzyknięcie dożylnie wody destylowanej usmierzalo bóle głowy, powodowane nadciśnieniem wewnątrzczaszkowym. Zresztą taki sam rezultat dawały w ich rękach roztwory hipertoniczne. To dało impuls do zbadania, jaki czynnik decyduje o poprawie, albowiem stężenie zastrzykniętego płynu, biegunowo różne w obu razach, nie mogło, zdaniem autorów, być momentem rozstrzygającym. Po szeregu doświadczeń na zwierzętach i na ludziach przyszli oni do wniosku, że ciepłota wprowadzonego płynu ma znaczenie pierwszorzędne: płyn chłodny powoduje zwężenie naczyń krwionośnych i przez to wywołuje spadek ciśnienia, płyn ciepły ma działanie odwrotne. (Tyle wynika z pracy autorów. Jako referentka

dodać pragnę, że nie tylko ten czynnik jest ważny w podobnych przypadkach, że również i stężenie roztworów musi wpływać na ciśnienie wewnątrzczaszkowe, działając jednak drogą innych mechanizmów, niż naczynioruchowy).

N. Z. Z.

LHERMITTE i TRELLES. Przerostowe zwyrodnienie komórek oliwkowych u starców. (Rev. Neur. 1932 T. I. N. 4).

Obok zmian tłuszczowych w komórkach oliwkowych, zmian pospolitych u starców, autorzy stwierdzili w dwu przypadkach zmiany osobliwe, przerostowe. Zmiany takie powodują powiększenie rozmiarów komórki, bujanie bezładne wyrostków zarodniowych, zjawianie się w zarodki licznych wodniczek. Niekiedy jądro znika, niekiedy widać różne fazy jego rozpadu (*caryolysis*). Wokoło komórek dotkniętych nie widać bujania gleju. Za przyczynę cierpienia autorzy poczytują wady w ukrwieniu oliwek. Podobne zmiany zanotowali oni dotąd między innymi i u 70 letniego starca z porażeniem opuszkowym rzekomem, u którego istniało wzmożenie napięcia mięśniowego ogólne.

N. Z. Z.

ANDRE - THOMAS i L. LAFLOTTE. Ostre zapalenie opon mózgowych z opryszczką u chorego na kilę. (Paris méd. N. 13, 1932).

U 49-letniego chorego wystąpiły nagle wszystkie objawy ostrego gorączkowego zapalenia opon mózgowych. Dopiero w 6 dni po rozpoczęciu choroby zjawily się kolejnymi wysiewami pęcherzyki opryszczkowe zrazu na udach, potem na tułowiu, gdzie były bardzo skąpe. Liczba leukocytów, zawartych w płynie mózgowordzeniowym, była szczególnie wysoka: 1200; były to prawie wyłącznie limfocyty. Płyn zawierał przy drugim badaniu również dużo białka (4,80), lecz limfocytoza już się znacznie zmniejszyła (270 elementów). Wybitnie dodatni odczyn B o r d e t - W a s s e r m a n n a w surowicy i płynie mózgowordzeniowym był niespodzianką. Kiedy rozpoczynano leczenie swoiste, limfocytoza już się znacznie zmniejszyła; odczyn B o r d e t - W a s s e r m a n n a stał się dość szybko ujemny w płynie mózgowordzeniowym, pozostając dodatnim w surowicy. Również objawy oponowe: bóle głowy, sztywność karku, objaw K e r n i g a bardzo szybko się zmniejszyły, zanim rozpoczęto leczenie swoiste. Niektóre objawy podrażnienia opon (ból głowy, sztywność karku) pojawiły się na wysokości leczenia, lecz były one krótkotrwałe i znikły z bardziej energicznym leczeniem.

Henryk J. L a n d a u.

## Oceny książek

Prof. Dr. A. P. GUBAREW i prof. dr. S. A. SIELICKI. Środki zapobiegające ciąży w nowoczesnym oświeceniu naukowym. Przełożone i uzupełnione przez dra M. M o z e n k i s a. Słowo wstępne doc. L o r e n t o w i c z a. (Wydawn. Lek. Eskulap W-wa 1932).

Lekarz nieraz staje przed koniecznością odradzania pacjentce zajęcia w ciąży ze względu na stan jej zdrowia. Ciężkie warunki gospodarcze zmuszają ludzkość do ograniczania liczby potomstwa. Poronienia, nawet legalne, sprowadzają poważne szkody dla zdrowia kobiety. Z tych powodów najbardziej celową bronią w walce z poronieniami i ich następstwami jest stosowanie środków, zapobiegających ciąży. W języku polskim nie było dotychczas poważniejszego dzieła, któreby naukowo poruszało sprawę zapobiegania ciąży, i właśnie ten brak w naszym piśmiennictwie fachowym wypełniony został dzięki tłumaczeniu i uzupełnieniu dzieła prof. G u b a r e w a i S i e l i c k i e g o przez dra M o z e n k i s a, co należy z uznaniem podkreślić. Jest to praca zbiorowa szeregu wybitnych ginekologów rosyjskich, składająca się z 16 rozdziałów. Szczegółowo omówione zostały: fizjologia aktu płciowego, środki zapobiegawcze a ochrona życia płciowego kobiety, środki ochronne a eugenika, środki ochronne w świetle historii, praktyczne zastosowanie niektórych środków ochronnych oraz ich wpływ na kobiecy narząd rodny, wyjąłowanie czasowe i stałe. Kwestje, w dziele poruszone, i ich rozstrzygnięcie znane są z dotychczasowego piśmiennictwa w tym przedmiocie, jednak bezsprzeczną zasługą autorów jest zebranie całego dotyczącego zagadnienia tego materiału i należyte jego usystematyzowanie. W odróżnieniu od broszurek, poruszających to zagadnienie tylko dla celów praktycznych i przeznaczonych dla szerszej publiczności, praca prof. G u b a r e w a i S i e l i c k i e g o jest dziełem czysto naukowym. W dziele tem znajdzie odpowiedź wyczerpującą na wszelkie zagadnienia sprawy zapobiegania ciąży zarówno lekarz - teoretyk, jak i praktyk, nie tylko ginekolog, ale i lekarz każdej specjalności. W dobie obecnej wobec postępującego kryzysu gospodarczego i coraz większego rozpowszechnienia środków, zapobiegających ciąży, książka ta powinna znaleźć się w księgozbiornie każdego lekarza. Albowiem jedynie lekarz, obeznany zarówno z teoretyczną, jak i praktyczną stroną tego zagadnienia, może być doradcą w tak ważnej sprawie. Wszystkie

rozdziały tej książki są opracowane szczegółowo, wszystkie kwestje są rozpatrywane pod kątem widzenia czysto naukowego; książka jest bogato ozdobiona rycinami, umożliwiającymi orjentację i nieginekologom; język przekładu jest zupełnie poprawny.

W. S z e n w i c.

Dr. F. GRÜNBAUM. Die soziale Bedeutung und Beurteilung der Kreislaferkrankungen, 1933. Georg Thieme, Lipsk, str. 128.

W zwalczaniu chorób o znaczeniu społecznym od wielu lat stoi na pierwszym planie gruźlica. Jest to kłęska niewątpliwie tak wielka, że słusnie poświęca się jej tyle uwagi i pracy. Skuteczność planowej walki z gruźlicą sprawiła, że zasady opieki nad zdrowiem publicznym rozszerzano stopniowo i na inne choroby. W ten sposób osiągnięto, że obecnie chory, dotknięty chorobą weneryczną, kaleka, słabowite dziecko, rakowaty może uzyskać w odpowiednich instytucjach poradę i pomoc. Co ma natomiast robić chory, dotknięty przewlekłą chorobą serca? Znaczenie chorób narządu krążenia dla zdrowia ludności poznano stosunkowo późno. Dopiero ostatnie lata przyniosły szczegółowe badania, omawiające ogólne znaczenie społeczne tych chorób, ich częstość i przyczyny. Społeczno - lekarskie obowiązki lekarza (wszelkie ubezpieczenia, opieka, porady zawodowe, ochrona i pośrednictwo pracy) stają się obecnie coraz większe, i coraz trudniejsze staje się zadanie lekarza jako rzeczoznawcy. Od słusznej zaś oceny przez lekarza stanu zdrowia badanego zależy częstokroć cały jego przyszły los. Odpowiedzialność lekarza jest w tych warunkach bardzo duża. Trudności zaś przy ocenie każdego poszczególnego przypadku są w dziedzinie chorób wewnętrznych również bardzo duże, a w chorobach krążenia wprost wyjątkowe wielkie. Autor omawia w swej książeczce szczegółowo, jak powinien postępować lekarz, jaki powinien być bieg jego myśli i jakie może on wyciągać wnioski przy badaniu chorych z punktu widzenia oceny stanu krążenia. Książka G r ü n b a u m a będzie niewątpliwie cennym drogowskazem dla lekarzy i ułatwi im znakomicie ich odpowiedzialne zadanie. Książka zawiera wiele bardzo ciekawych danych, które, powszechnie znane w stosunku do gruźlicy, jako kłęski społecznej, są przeważnie zupełnie nieznane, gdy idzie o choroby krążenia. Opis badania chorego z punktu widzenia oceny



stanu krążenia jest znakomity i uwzględnia krótko, lecz wyczerpująco: sformułowanie rozpoznania, zbieranie wywiadów, ocenę czynności serca i wydolności fizycznej, badanie ogólne chorego; krytycznie rozważa wielkość serca, wady serca, zagadnienie ciśnienia krwi, niemiarowość, nerwice sercowe, sprawę krążenia wieńcowego. Autor omawia również ważne, znajdujące się

dopiero w początkowej fazie swego rozwoju zagadnienie opieki nad chorymi sercowymi. Książka wyróżnia się swą nieprzeciętną wartością praktyczną. Przeczyta ją z dużą korzyścią każdy internista, a zwłaszcza lekarz, mający do czynienia z instytucjami społeczno - lekarskimi (lekarz Kasy Chorych).

J. T y p o g r a f.

## Wskazówki praktyczne

*W leczeniu asfiksji noworodków*, zdaniem S a n d o r a, powinny być raz na zawsze zarzucone gwałtowne próby wykonywania sztucznego oddychania i wstrząsań S c h u l t z e g o, jako uspasabiające do wylewów krwi wewnątrzczaszkowych. Najskuteczniej działa, obok aspiracji wód płodowych przy pomocy cewnika tchawicznego oraz oblewań wodą, *podskórne zastrzyknięcie 0,003 lobeliny*. Godne polecenia jest zastrzyknięcie 1 ctm<sup>3</sup> *cardiasolu* do żyły pępkowej bezpośrednio po odcięciu pępowiny oraz pobudzenie ośrodka oddechowego za pomocą CO<sub>2</sub>, do czego wystarcza zwyczajny syfon wody selcerskiej. (Kinderärztl. Praxis 1932, N. 8).

*Przeciwko złym, t. j. za mało wystającym brodawkom ciężarnych* poleca P ö p p e l m a n n nakładanie na brodawki *wydrążonych kapsli (pessarium)* kauczukowych wielkości obwodu brodawki. Kapsle te przymocowuje się za pomocą plas-

tra lepkiego. Po upływie 8 dni brodawka wystaje już tak daleko, że można ją wziąć w palce, a po następnych 14 dniach dochodzi prawie do normalnej długości. (Med. Welt. 1932, N. 37).

B o l l e r otrzymywał doskonałe wyniki *leczenia niegruzliczego otoku ropnego opłucny* za pomocą *przeplukania jamy opłucny*, po wypuszczeniu ropy, roztworem fizjologicznym soli i *wpuszczenia lipjodolu*, *wzgl. jodipiny* wstępującej i zstępującej. (W. Arch. inn. Med. T. 23. Z. 1).

S p i t t a zachęca do sprawdzenia swego spostrzeżenia, że *chinina*, podawana doustnie w ilości 50 mgr., *zabezpiecza przed grypką*. Niewinny ten środek w czasie od grudnia do marca powinien być regularnie stosowany.

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne z dnia 15 grudnia 1932 r.

Obecnych 40 osób.

Przewodniczył S r e b r n y.

Dr. Tadeusz M i l e w s k i. *Kasy Chorych a stan lekarski* (streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji stwierdza K o r a l, że, w jego mniemaniu, odczyt miał dotyczyć wzajemnego stosunku kas chorych i ogółu lekarzy. Inicjatywa do stworzenia Kas Chorych wyszła od Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej, które później jednak zaniedbało spraw, związanych z Kasami chorych. To, że w pierwszej ustawie o Kasach Chorych pominięto zasadę wolnego wyboru lekarzy, wprowadzono zaś system ambulatoryjny, był jedynie rzeczą przypadku i okoliczności, polegających na tem, iż większość lekarzy była podówczas w wojsku, ci zaś, którzy się zgłosili do pracy w Kasach Chorych, przeważnie lekarze, którzy powrócili z Rosji, nie posiadali mieszkań, gdzieby mogli przyjmować chorych. Wprowadzono wskutek tego system ambulatoryjny, a jednocześnie *numerus clausus* w tem znaczeniu, że tylko ściśle określona liczba lekarzy, zaangażowanych przez Kasy chorych, może udzielać pomocy ubezpieczonym, pozostali do pracy w Kasach Chorych nie są dopuszczani. Następnie zapanowały rządy partyjne w Kasach Chorych, kiedy mierzonym postępowania były interesy partji, posiadającej większość w zarządzie. Wprowadzono niebawem biurokracizm, biurokracizm, zwłaszcza w stosunku do lekarzy, co spowodowało wprowadzenie rządów komisarycznych w Kasach Chorych. Istnieją takie paradoksy, że lekarzy po 60 roku życia, a więc wtedy, gdy posiadają pełnię doświadczenia, nie dopuszcza się do pracy w Kasach Chorych, gdyż, jak twierdzą pewni dygnitarze Kasowi, „musi być utrzymana ciągłość pracy”. Nad zagadnieniem, czy ogół lekarzy nie stracił z powodu istnienia Kas Chorych, możnaby długo dyskutować. Trzeba stwierdzić, że w Kasach Chorych mogłoby pracować znacznie więcej lekarzy, aniżeli obecnie, gdyby obecnie pracujący zmniejszyli liczbę godzin (np. w ambulatoriach z 5 godzin na 2, to samo dotyczy rejonów). Możliwe byłoby porobić jeszcze dużo oszczędności na wydatkach aptecznych, a zwłaszcza administracyjnych. Przem-

wiający jest jednak usposobiony sceptycznie i przypuszcza, że w Kasach Chorych nieprędko nastąpią jakieś zmiany na lepsze.

M. K a h a n uważa, że jeżeli odczytu nie odpowiadała jego tytułowi. Proponuje, ażeby zagadnieniu Kas Chorych, które jest tak aktualne w chwili obecnej dla ogółu lekarzy, poświęcić conajmniej kilka wieczorów, i apeluje pod tym względem do przewodniczącego.

M i l e w s k i wyjaśnia, dlaczego pozornie treść odczytu nie odpowiadała jego tytułowi. Z pośród 11000 lekarzy w Polsce, zarejestrowanych w Departamencie Zdrowia, 4800 pracuje w Kasach Chorych i jeżeli doliczyć do tego lekarzy, będących na innych posadach (np. lekarzy magistrackich, rejonowych, szkolnych i t. d.), okaże się, że większość lekarzy zajmuje się pracą najemną. W Częstochowie, na przykład, jest za ledwie jeden lekarz, który zajmuje się wyłącznie wolną praktyką. Ponieważ warunki pracy lekarzy najemnych są *mutadis mutandis* prawie jednakowe, a zatem zagadnienie pracy w Kasach Chorych jest zagadnieniem, dotyczącym ogółu lekarzy w Polsce.

S t. H i g i e r uważa, że, według ogólnie panujących poglądów, wyglądałoby tak, iż ogół lekarzy podzielić można na wyrobników, pracujących w Kasach Chorych, i burżujów — lekarzy wolnopracujących. Tymczasem ci wolnopracujący są częstokroć w położeniu o wiele gorszym, aniżeli lekarze zatrudnieni w Kasach Chorych. Prelegent wykazał braki Kas Chorych, które dostawczy się w ręce ubezpieczeniowców, wyszukują lekarzy. Lecz podkreślić należy, że niema dotąd solidarnego stanowiska ogółu lekarzy w stosunku do Kas Chorych, i to jest przyczyną wyzysku lekarzy. Kasy Chorych starają się zaangażować jaknajmniejszą liczbę lekarzy i wymagają od nich, ażeby jaknajwięcej pracowali. Domagać się należy, ażeby lekarze otrzymywali racjonalne wynagrodzenie, i żeby praca ich była zorganizowana w sposób racjonalny, ażeby przy wyborze lekarzy kierowano się kwalifikacjami naukowymi i zawodowymi. Należy sobie uprzytomnić, że praktyka prywatna coraz bardziej zanika, że praca lekarska ulega uspołecznieniu, Kas Chorych zaś stowią tylko jeden etap tego uspołecznienia. W interesie lekarzy leży racjonalizowanie Kas Chorych i wykonawstwa leczniczego na tym etapie uspołecznienia pomocy lekarskiej. Trzeba społeczeństwu wyjaśnić, że lekarz nie może prac-

wać dłużej, niż dwie godziny zrędu. Domagać się należy indywidualizacji czasu badania chorych. Kasy Chorych powinny być zreorganizowane w ten sposób, ażeby lekarz mógł udzielać pomocy ubezpieczonym zarówno w ambulatorjum, jak i u siebie w domu, chociaż w drugim przypadku utrudniona jest kontrola pracy lekarskiej. Naogół można stwierdzić wśród lekarzy brak przygotowania do pracy w Kasach Chorych: albo stoją oni na stanowisku ubezpieczonych — chorych, albo na stanowisku instytucji, w której pracują, — Kasy Chorych; nie zachowuje się złotego środka. Niema u nas dotychczas kuchni medycyny społecznej. Uwagi prelegenta uważa za bardzo cenne. Przyłącza się do zdania przedmówców, że należałoby rozszerzyć zakres dyskusji.

J u s t m a n jest zdania, że ludzie, tworzący Kasy Chorych, nie wychodzili z założeń charytatywnych i obrony zdrowia społecznego, lecz z założeń czysto politycznych, odnosząc się, być może, pod wpływem powiewów ze Wschodu z nieufnością do lekarzy, jako przedstawicieli inteligencji. Uważa, że do instytucji Kasy Chorych należy podchodzić jak najbardziej obiektywnie, biorąc pod uwagę jedynie jej użyteczność. Lekarze mają do powiedzenia w Kasach Chorych bardzo dużo, jako fachowcy i jako obrońcy dalszego rozwoju medycyny. Niesienie pomocy lekarskiej w Kasach Chorych jest postawione jaknajnieściszej, nie poświęcono zupełnie uwagi medycynie społecznej, takim zagadnieniom, jak: zwalczanie gruźlicy i chorób wenerycznych, zapobieganie chorobom. Przyszłość stanu lekarskiego znajduje się obecnie na przelomie, zagadnienie to należy postawić na podłożu społecznym. Należy wytłumaczyć w sposób dobitny społeczeństwu, że należycie spełniać może swoje obowiązki tylko lekarz, zabezpieczony materialnie, wolny od kłopotów materialnych. Uważa, że Kasy Chorych w małym stopniu wpłynęły na kryzys, szerzący się obecnie w sposób zastraszający wśród ogółu lekarzy, gdyż wprawdzie Kasy Chorych zabrały pewną liczbę pacjentów, leczących się u lekarzy wolnopraktykujących, lecz z drugiej strony nauczyły szerokie warstwy ludności korzystania z pomocy lekarskiej.

S z w a r c uważa, że za stosunki, panujące w Kasach Chorych, odpowiedzialność ponosi w pierwszym rzędzie bierność lekarzy. Gdy powstawała instytucja Kas Chorych, część lekarzy ustosunkowała się do niej w sposób negatywny. Idea Kas Chorych polegała na tem, ażeby warstwowo słabym ekonomicznie zapewnić tanią pomoc lekarską na wypadek choroby. System ambulatoryjny wprowadzono wobec nieposiadania przez lekarzy, zgłaszających się do pracy w Kasach Chorych, odpowiednich mieszkań do przyjmowania chorych. Już wtedy przewidywano proletaryzację lekarzy. Gdyby zamiast systemu ambulatoryjnego wprowadzono system domowy z wolnym wyborem lekarza, oszczędzonoby olbrzymie sumy na wynajmie lokali i budowę ambulatorjów. Kasy Chorych stanowią tylko etap w uspołecznieniu pracy lekarskiej. Partje socjalistyczne wszystkich krajów domagają się Kas Chorych i mają pod tym względem rację. Oczywiście, należy uświadomić społeczeństwu pod tym względem, że liczba godzin pracy nie może być jednakowa dla rozmaitych gałęzi pracy. Pod tym względem lekarze nie są bez winy (np. ustosunkowanie się lekarzy do liczby godzin pracy górników pod ziemią), często zaś są nieczuli na cudzą niedolę, niepowinni się więc dziwić obojętności społeczeństwa w stosunku do ich własnej niedoli. Uprzytomnić sobie musimy, że praktyka prywatna skończyła się raz na zawsze. Jeżeli 75% ogółu lekarzy dzisiaj głoduje, to winę tego ponosi sztuczne wytworzenie bezrobocia wśród lekarzy, wskutek dziwnego połączenia etatyzmu i indywidualizmu w dziedzinie pracy lekarskiej. Posad lekarskich jest u nas dużo, lecz są one kumulowane, przeciwko czemu wystąpiła już Naczelna Izba Lekarska. Gdyby uspołeczniono wszystkich lekarzy, cała ludność otrzymywałaby należytą bezpłatną pomoc lekarską, a wszyscy lekarze mieliby zapewniony byt.

B a r t o s z e k jest tego zdania, że największym grzechem Kas Chorych jest poświęcanie zbyt małej uwagi akcji zapobiegawczej, do czego są one powołane w pierwszym rzędzie. Winę za to ponoszą również lekarze, którzy zbyt mało interesują się higieną zapobiegawczą mas. Pierwiastek higieniczny jest za mało uwzględniany zarówno przez Kasy Chorych, jak i przez lekarzy. Główna zasługa Kas Chorych polega na tem, że dzięki nim korzystają z pomocy lekarskiej najuboższe warstwy ludności. Dalszemi plusami w dorobku Kas Chorych są zasilki, sanatorja i t. p.

L i p s z y c uważa zagadnienie Kas Chorych za bardzo aktualne. Dziwnym i sztucznym wydaje mu się podział na lekarzy, pracujących i niepracujących w Kasach Chorych. Każdy lekarz musi myśleć biologicznie, każdy lekarz, który rozpoczyna pracę zawodową, musi się umieć zachowywać wśród mas. Temat należałoby rozszerzyć i poświęcić mu parę wieczorów. Pod wpływem i naciskiem stosunków, panujących w Kasach

Chorych, lekarze przestają być lekarzami, nie mogą ujawnić siebie jako lekarzy. W dzisiejszych warunkach Kasy Chorych są bagniskami, lecz i na bagnie po odpowiednim przygotowaniu i pracy można wybudować pałace. Proponuje przeprowadzenie anonimowej ankiety wśród lekarzy, pracujących w Kasach Chorych. Ankieta musi być anonimowa, gdyż tylko pod tym warunkiem można się będzie dowiedzieć całej prawdy; ankieta taka będzie mogła rzucić snop światła na tak ważne zagadnienie i przyczynić się do jego właściwego rozwiązania.

B l a y broni stosunków, panujących w Kasach Chorych, uważając je za dobre, a lekarzy, pracujących w tej instytucji, za prawdziwych społeczników.

K n a p p e uważa, że dzisiaj nie można zapatrywać się na Kasy Chorych jako na instytucje, w których są tylko chorzy i lekarze. Panującym elementem w Kasach Chorych jest administracja, która wzięła za łeb wszystko. Kasy Chorych zesły na manowce wskutek czynnika administracyjnego — pasożyta, pchającego i biednych chorych, i lekarzy. Nadmierny biurokratyzm administracji niszczy wiele pożytecznych placówek pracy i instytucji. W Kasach Chorych marnowano pieniądze, wyrzucano je na niepotrzebne gmachy, na wysokie pensje wyższych urzędników administracyjnych i na odpady, wypłacane im przy zwalnianiu z pracy. Lekarzom nie wolno ani na chwilę zapominać że są decydującym czynnikiem w Kasach Chorych. Nie zgadza się z twierdzeniem, że Kasy Chorych zapewniają pomoc lekarską najuboższym warstwom ludności: poza Kasami Chorych pozostają przecież bezrobotni i częstokroć bardzo ubodzy rzemieślnicy i chałupnicy.

S r e b r n y proponuje, ażeby po wydrukowaniu referatu prelegenta, który wywoła z pewnością dyskusję, powrócić po pewnym czasie do tego samego tematu. Zgadza się na przeprowadzenie anonimowej ankiety wśród lekarzy, pracujących w Kasach Chorych. Wszyscy znamy zle strony Kas Chorych dla lekarzy, najgorszą z nich jest ta, że lekarz w Kasie chorych przestaje być lekarzem, a staje się najemnikiem.

W odpowiedzi stwierdza M i l e w s k i, że zasadą, na której oparta jest instytucja Kas Chorych, polega na tem, że bogatszy musi płacić za biedniejszego. To samo zresztą robili zawsze sami lekarze, biorąc większe honoraria od bogatszych, aby wzamian za to móc udzielać taniej lub bezpłatnej pomocy lekarskiej biednym, a często nawet pomagać im pieniężnie. Istnieją projekty zamiany ubezpieczeń społecznych na rentjerstwo, lecz prelegent uważa je za nieodpowiednie. Jeżeli rozchodzi się o organizację Kas Chorych, to należy sobie uświadomić, że w jednej instytucji nie może być dwóch panów: albo lekarze, albo ubezpieczeniowcy; *tertium non datur*. Kasy Chorych przy rocznej stawce (przypisie) złotych 110 nie czynią konkurencji wolnopraktykującemu lekarzom, krzywdzą jedynie swoich wyrobników - lekarzy. Należy wystosować apel do ogółu lekarzy, aby poparli tych wyrobników w ich walce o skromny byt i znośne warunki pracy. Dzisiaj 4800 lekarzy, pracujących w Kasach Chorych, znajduje się na równi pochyłej, lecz każdy z nich boi się zabrać głos; głos ten powinni zabrać wszyscy lekarze.

H. L a n d a u.

#### Posiedzenie plenarne z dnia 19 stycznia 1933 r.

Obecnych 13.

Przewodniczył K a c p r z a k.

I. Dr. A. T u b i a s z. *Wrażliwość dzieci na błonicę w poszczególnych porach roku na podstawie wyników próby S c h i c k a*. (Ukaże się w „W. Cz. I.”).

W dyskusji stwierdza K n a p p e, że wywoły prelegenta są nader ciekawe, więcej, — stanowią rewelację, której nie można było przewidywać. Podrywają one całkowite zaufanie lekarzy do próby S c h i c k a, jeżeli sobie uświadomić fakt, że wtedy, gdy próba najczęściej daje wyniki ujemne, zapadalność na błonicę jest największa. A zatem próba S c h i c k a jest zupełnie bezwartościowa. Słuszny jest więc wniosek Komisji angielskiej i polskiej dla sprawy szczepień przeciwbłoniczych, ażeby szczepić dzieci przeciw błonicy niezależnie od wyniku próby S c h i c k a albo też zupełnie bez wykonywania jej. Ciekawe jest porównanie zachowania się dzieci szczepionych i nie-szczepionych w stosunku do próby S c h i c k a w zależności od pory roku. Rozmaite odpowiedzi na próbę S c h i c k a zależnie od pory roku pozostawać może w związku ze zmianami wrażliwości skóry zależnie od pór roku. Współczesne poglądy idą właśnie w tym kierunku. Jest faktem, znanym od czasów wojny, że pewne epidemie występują w pewnych porach roku, np. epidemie czerwonki na jesieni, epidemie zimnicy na wiosnę, tak, że w czasie wojny szykowano się już zgóry do tych epidemii w odpowiedniej porze roku. Od czego zależy ta okresowość epidemii? Dawniej szukano przyczyn w samym zarazku, obecnie — w warunkach zewnętrznych. Odgrywać tutaj muszą

dużą rolę czynniki meteorologiczne (przedewszystkiem nasłonecznienie, kąta padania promieni słońca, zachowanie się niewydzielnych promieni pozafioletkowych i t. d.), które wywierają ogromny wpływ na zachowanie się człowieka. Wiemy przecież ze spostrzeżeń codziennych, że inaczej się czują chorzy w dzień, a inaczej w nocy, gorączka w gruźlicy wykazuje typowy przebieg zależny od pory dnia i t. d.

Inż. C y w i ń s k i zapytuje, czy w tej rozmaitej wrażliwości dzieci na błonicę nie uwidaczniają się wpływy społeczne.

H. J. L a n d a u zapytuje, czy niema związku pomiędzy wrażliwością na błonicę a nosicielstwem prątków błonicy. Jak wykazały badania, przeprowadzone w Berlinie na dużym materiale ludzkim, każdy człowiek jest chociażby przez pewien czas w ciągu roku nosicielem prątków błonicy. Być może, tutaj należałoby szukać przyczyny rozmaitej wrażliwości na błonicę w zależności od pory roku.

W odpowiedzi stwierdza T u b i a s z, że zapadalność na błonicę jest inna u dzieci szczepionych i nieszczepionych. Nie posiada natomiast danych co do wrażliwości dzieci szczepionych i nieszczepionych na błonicę, ani też danych co do stosunku nosicielstwa prątków błonicy i wrażliwości na błonicę. O ile rozchodzi się o wpływy społeczne, to wszystkie badania przeprowadzane były w szkołach powszechnych, przedstawiały zatem jednolity pod względem społecznym materiał. Analogiczne badania były wykonywane przez M a d s e n a na zwierzętach laboratoryjnych, i wyniki były takie same. Autor postawił sobie za zadanie jedynie rozstrzygnięcie zagadnienia, czy odczyn S c h i c k a ulega w tych samych warunkach zmianom zależnym od pory roku i otrzymał odpowiedź twierdzącą.

2) Dr. S. K r a m s z t y k. *Życie i dzieło Alfreda Grotjaha. Karta z dziejów medycyny społecznej.* (Było drukowane w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

W dyskusji K n a p p e stwierdza, że należy się gorące podziękowanie prelegentowi za zapoznanie słuchaczy z życiorysem G r o t j a h n a. Myśli tego uczonego podzielać musi każdy myślący lekarz, niekażdy tylko posiada odwagę głośnego ich wypowiedzania. Lecznictwo i medycynę należałoby już dawno wyrwać ze szponów t. zw. „medycyny naukowej” i wprowadzić je na inne tory, zbliżyć do natury, nadać im bardziej społeczny charakter. Przesadna i fałszywie pojęta „naukowość” przy wykonywaniu praktyki lekarskiej budzi wstręt. Nadmiar badań laboratoryjnych, mikrometodyka przesłania lekarzowi oczy na chorych i społeczeństwo i wywołuje w społeczeństwie niechęć do lekarzy.

R o z e n b l u m ó w n a stwierdza, że po raz pierwszy zetknęła się ze zdaniem lekarza, wypowiadającego wyraźnie i dobitnie pogląd, że szkoła jest szkodliwa dla dzieci, pogląd, do którego już dawno doszła na podstawie własnego doświadczenia. Styka się z tem zagadnieniem od 15 lat, ale dotąd nie słyszała głośno wypowiedzianego sądu o szkodliwości szkoły. J o t e y k o była ongi tego zdania, lecz obawiała się je głośno wypowiedzieć. W ochronkach i szkołach istnieje tak olbrzymie przeciążenie dzieci nauką, że niemają one zupełnie czasu na przebywanie na świeżem powietrzu. Podczas dzisiejszego odczytu usłyszała po raz pierwszy zdanie prawdziwego myślącego lekarza - higienisty.

S z w a r c uważa, że przyczyna całego zła tkwi w tem, że lekarze myślą tylko kategoriami biologicznymi, nigdy zaś społecznymi. Ogółowi lekarzy brak przygotowania socjologicznego, które posiadał G r o t j a h n. Życie wyprzedziło znacznie medycynę, wskutek czego lekarze są powoli i stale wypierani z placówek, które się im słusznie należą, przez ludzi o przygotowaniu społecznym z wielką oczywistością krzywdą dla rozmaitych zagadnień. Tak się przedstawia np. zagadnienie zwalczania gruźlicy. Nie zwalczą jej, oczywiście, sanatoria dla gruźliczków, tiokole i t. d., jeżeli chory po pewnym czasie pobytu w sanatorium znajdzie się znowu w niemożliwych warunkach mieszkaniowych. Zagadnienie zwalczania gruźlicy pozostaje w ścisłym związku z rozwiązaniem sprawy mieszkaniowej. Analogicznie przedstawia się zagadnienie zwalczania jaglcy, chorób wenerycznych i t. d.

K n a p p e stwierdza, że już kilkanaście lat temu, gdy się organizowało i było w załączkach szkolnictwo polskie, zwracał uwagę na szkodliwość zbyt wczesnego rozpoczynania nauki, zbyt wczesnego początku lekcji. Wygłosił wówczas z ramienia Magistratu Warszawskiego 8 odczytów o wychowaniu, lecz uważano poglądy jego na tę sprawę za zbyt radykalne. Podkreślał wówczas, że nie należy wprowadzać przymusu szkolnego już od siódmego roku życia, ze względu na szkodliwość szkoły dla wieku wczesnego, że wystarczy rozpocząć naukę szkolną nawet w czternastym roku. Otrzymał wówczas epitet doktrynera.

K a c p r z a k podkreśla, że G r o t j a h n nie stwo-

rzył pojęcia medycyny społecznej, gdyż uczynił to już dawno przed nim V i r c h o w. W języku niemieckim istnieją pojęcia medycyny społecznej i higieny społecznej. W języku niemieckim istnieje bardzo bogate piśmiennictwo w zakresie obu tych gałęzi medycyny. Zainteresowanie G r o t j a h n e m tłumaczy się tem, że jest to jedyny higienista, będący jednocześnie socjalistą. Dzieła jego są tłumaczone na wszystkie języki. Największą poczytnością cieszył się w Sowietach, gdzie pewne jego prace w tłumaczeniu rosyjskim posiadać musi każdy lekarz. G r o t j a h n zresztą uskarżał się, że Sowiety zapłaciły mu za jego prace bardzo kiepsko. Co do przeładowania dzieci nauką, to zwraca się na to uwagę, jak również na przebywanie dzieci na świeżem powietrzu oraz na wychowanie fizyczne. Najlepszym dowodem tego jest popularne obecnie powiedzenie: „lepsze boisko bez szkoły, niż szkoła bez boiska”. Na posiedzeniach lekarzy szkolnych dość często poruszał zagadnienia przemęczenia dzieci K o p c z y ń s k i.

R o z e n b l u m ó w n a stwierdza, że poprawę w przemęczeniu dzieci pojmuje się w ten sposób, że jedną część programu zastępuje się inną, jedne przedmioty — innymi, zmienia się kolejność lekcji, lecz całości programu nie zmniejsza się.

K a c p r z a k twierdzi, że przedmówcy nie zna wszystkich pism, poświęconych tej sprawie.

Inż. C y w i ń s k i uważa, że rozpoczynanie nauki w wieku późniejszym jest niemożliwe dla różnorodnych warstw społeczeństwa, gdyż w późniejszym wieku muszą ich przedstawiciele już pracować zarobkowo.

K n a p p e uważa, że w dzisiejszych warunkach higieny szkolna jest teorią. Do programów szkolnych i przeciążenia dzieci nie wolno wtrącać się tym, którzy w tych sprawach mieliby najwięcej do powiedzenia. Gdy K n a p p e zwracał uwagę na rozpoczynanie lekcji o zbyt wczesnej porze, skutek był ten, że początek lekcji przesunięto jeszcze o pół godziny wcześniej przez wzgląd na wygodę nauczycieli.

K a c p r z a k wyraża prelegentowi podziękowanie za tak wyczerpujący i interesujący odczyt.

H. L a n d a u.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Belgijskiego Towarzystwa Gastro-Enterologii z dnia 29 października 1932 r. (Arch. des Mal. de l'App. Digest. et des Mal. de la Nutr. t. XXII, Nr. 10. 1932) mówił B a s t i n o *możliwości istnienia przyczyny wątrobowej w wielu zaburzeniach jelitowych.* Prelegentowi chodzi nie o niezaprzeczalne schorzenia organiczne okrężnicy, lecz o zaburzenia czynnościowe, jak np.: przewlekłe biegunki, przewlekłe zaparcia stolca i t. d. Etiologia tych wszystkich zaburzeń czynnościowych nie jest jednolita, lecz bardzo często stwierdza się udział czynnika wątrobowego. W tych przypadkach prelegent leczył wątrobę jeszcze przed leczeniem okrężnicy, otrzymywał zaś lepsze wyniki od tych, które się otrzymuje w leczeniu samej tylko okrężnicy. Zamiast uciekać się do zwykłych środków leczniczych w chorobach wątroby (środki żółciotwórcze, żółciopędne, odpowiednie diety), stosował on dwie metody o działaniu bardzo ogólnem, mogące wpływać na wszystkie czynności wątroby, znane i nieznanne, a mianowicie: djatermję poprzezwątrobową oraz nakładanie czasowej przetoki woreczka żółciowego (*cholecystostomia*). Djatermja poprzezwątrobową powoduje wchłanianie się wodobrusza, opornego ma wszystkie inne środki, leczy nieomogę czynnościową i zastaje wątrobę daje znaczną poprawę w przewlekłych zapaleniach woreczka żółciowego. Przetoka woreczka żółciowego odciaża wątrobę, gdyż dzięki krążeniu jelitowo-żółciowemu wątroba może być w pewnych przypadkach przeciążona i zatruta nadmiarem produktów żółciowych. Prelegent zastosował djatermję poprzezwątrobową w 80 przypadkach zaburzeń okrężnicy z biegunkami. Za udziałem wątroby w tych sprawach przemawiały w 19 przypadkach uprzednie zaburzenia wątrobowe (żółtaczką w wywiadach), współistnienie przewlekłej pokrzywki, powiększenie wątroby i jej bolesność przy obmacywaniu, brak odczynu ze strony woreczka przy próbie G r a h a m a, czarna żółć przy zgłębnikowaniu, urobilinuria, rzadka zresztą obecność barwników żółciowych w moczu, cholemja, stwierdzana metodą C h a b r o l a, odwrócony odczyn A l t h a u s e r a. W kale w większości przypadków stwierdzano typ fermentacji kwaśnej. Wśród tych 30 przypadków sama tylko djatermja poprzezwątrobową bez żadnego innego leczenia spowodowała w 25 bardzo dużą poprawę, przyczem wiele z tych przypadków (z 5 do 10 stłcami dziennie) można było uważać za zupełnie wyleczone. W 11 przypadkach bez objawów wątrobowych otrzymano tak samo pomyslnie wyniki, jak w innych. W 3 przypadkach czarnej żółci

z niezłym okężnicą otrzymał autor za pomocą nalożenia przetoki woreczka żółciowego szybkie wyleczenie niezytu okężnicy, utrzymujące się co najmniej rok.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 16 grudnia 1932 (Wien. med. Wschr. Nr. 1. 1933) mówił J. Weinmann o *wplywie dużych dawek wigantolu na zęby i kości*, ilustrując odczyt pokazami preparatów. Zwierzęta otrzymywały dawki dzienne 5 mgr. starego wigantolu. Blaszkowata budowa istoty zbitej ulegała fragmentacji, występowały objawy wzmożonego wchłaniania i nowotworzenia tkanki kostnej, która może być bardzo bogata w wapń, nowo-

tworzenia okostnowego i śródkostnowego. Wreszcie kości wykazują budowę nie blaszkowatą, lecz mozaikową, którą najczęściej znajduje się u człowieka w *ostitis deformans* (chorobie Pageta). Również inne okresy choroby Pageta, poprzedzające wytwarzanie mozaiki, znajdują swe odpowiedniki w doświadczeniach na zwierzętach. Różnica pomiędzy doświadczalnie wywołanymi zmianami kostnymi a chorobą Pageta polega na tem, że w chorobie Pageta zmiany stwierdza się tylko w poszczególnych kościach. Lecznicza wartość wigantolu pozostaje jednak bez zmiany, gdyż w krzywicy stosuje się jedynie małe dawki wigantolu.

## Korespondencja

Wielce Szanowny Panie Kolego Redaktorze!

Za pośrednictwem Waszego „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego” pozwalam sobie zwrócić się do Szan. Kolegów Rentgenologów, aby zechcieli w poczytnym piśmie Waszem wypowiedzieć się w sprawie niezmiernie ważnej dla lekarzy praktyków i ftizjologów, a mianowicie:

- 1) jak często mogą być dokonywane prześwietlenia za pomocą promieni R. bez szkody dla chorego?
- 2) czy wogóle powtórne prześwietlenia, dokonane po zastosowaniu odmy sztucznej, mogą szkodzić choremu?
- 3) czy zdjęcie fotograficzne klatki piersiowej, *resp.* płuc, dokonane po uprzednim prześwietleniu płuc (na dzień, dwa dni), może wywoływać szkodę dla chorego?

4) czy aparat R (eksplorator Siemens'a KV 30 — 40, 4 amp., 3 — 4 miliamp. przy filtrze aluminiowym 1 mm.), grozi wywołaniem uszkodzeń skóry *resp.* nerwów i to po ilu minutach działania?

5) ile minut działania za pomocą promieni R przy prześwietlaniu można z całą pewnością uważać za bezwzględnie nieszkodliwe?

Postawiwszy powyższe pytania, nie mam zamiaru występować z polemiką przeciwko komukolwiek z Kolegów, chodzi mi tylko o wypowiedzenie się Szan. Kolegów w tak ważnej sprawie.

Proszę przyjąć wyrazy wysokiego poważania i szacunku.

Leopold Lubliner

Ordynator oddziału V-go w szpitalu na Czystem.

## Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z Państwowej Szkoły Higjeny.

### Czy międzynarodowy handel kobietami i dziećmi istnieje na Wschodzie?

Podał

Halina SIEMIENSKA (Warszawa).

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 8).

Zkolei przechodzimy do międzynarodowego handlu kobietami Wschodu. Tu zaznaczyć należy, że nie istnieje on zupełnie w kierunku Zachodu, a tylko w postaci handlu pomiędzy poszczególnymi krajami azjatyckimi. Cechą charakterystyczną tego handlu jest, że prostytutki danej narodowości udają się do innych krajów wyłącznie w poszukiwaniu klienteli wśród własnej narodowości. Zresztą i europejki zazwyczaj poszukują klienteli europejskiej. I Komisja nigdzie nie napotkała prób przyciągania klienteli do domów publicznych za pomocą egzotyizmu innych ras. Sprawiedliwość nakazuje jej także zaznaczyć, że, jakkolwiek spotykała się z wieloma wypadkami okrutnego postępowania właścicieli domów publicznych z podległymi sobie prostytutkami, i jakkolwiek warunki egzystencji prostitutek na Wschodzie są naogół więcej, niż złe — niemniej w Środkowym i na Dalekim Wschodzie, zwłaszcza w Chinach i Japonii, Komisja skonstatowała wybitny brak ordynarnego działania na zmysły, który tak często spotyka się u prostitutek Zachodu.

Wśród azjatek, uprawiających nierząd, największą grupę stanowią Chinki. Spotykamy je na wszystkich terytorjach Dalekiego Wschodu, leżących na południu Chin, oraz w kierunku wschodnim Środkowe-

go Wschodu aż do Indyi angielskich. Zwłaszcza zamieszkują one licznie terytoria cudzoziemskie, ale przynależne etnograficznie do Chin, jak np. kolonie portugalskie i angielskie Hong-Kongu, Macao, Terytorjum Kwantungu. Obok prostitutek, śpiewaczki chińskie, poza nielicznymi wyjątkami, uprawiają tajną prostytutkę. Obie te kategorie pochodzą ze środowisk nędzarzy i są wyłącznie ofiarami handlu żywym towarem.

W dobie obecnej organizacja społeczna w Chinach przeżywa okres przejściowy. Nowy Kodeks Cywilny wprowadził duże zmiany, częstokroć atakując wprost te warunki, które dotychczas ułatwiały handel żywym towarem. Tak więc nowy kodeks cywilny zniósł instytucję konkubinatu, nadał dziewczętom prawo dziedziczenia, uznając adopcję dziewczynek, skasował pewne inne obowiązujące dotychczas formy przelewania opieki nad dziewczętami, które to formy uprzednio pozwalały na poważne nadużycia i nawet pobudzały do otwartego handlu dziećmi. Niemniej współczesne prawo cywilne nie zdążyło zapuścić korzeni i przeniknąć do powszechnej świadomości całego narodu chińskiego. I dlatego badając zagadnienia międzynarodowego handlu Chinkami trzeba mieć na uwadze istniejące obyczaje dawnej struktury społecznej Chin. Te stare tradycje posiadają jeszcze dotychczas wielką wagę w życiu społecznym Chin, zwłaszcza w życiu rodzinnym. Dotychczas w Chinach na komórce rodzinnej opiera się naród; a interesy jednostki są podporządkowane interesom rodziny, właściwie rodu, pochodzącego od wspólnego przodka. Cały naród chiński jest posłuszny dyscyplinie rodzinnej, składa hołd tradycjom rodowym. A poszanowanie starości i miłość rodzicielska — są to dwie cnoty najbardziej szanowane w Chinach. Kult przodków jest związany z

pragnieniem posiadania syna, córka z punktu widzenia religijnego nie ma żadnego znaczenia, bowiem po wyjściu zamaż ginie dla rodziny, i dlatego tradycja oddawna podporządkowała kobietę interesom rodziny. Pragnienie liczego potomstwa męskiego wpłynęło niewątpliwie na niepomierny wzrost ludności w Chinach, na jej nędzę i wywołało częste zjawisko odstępowania oczywiście dziewczynek innym rodzinom.

Najpopularniejsze dotychczasowe formy przeniesienia opieki nad chinkami są następujące:

a) Kupno przyszłych synowych, t. j. kupno małych dziewczynek ze względów finansowych, bo są tańsze od starszych, i ze względów na korzyści wychowania ich w rodzinie, do której w przyszłości będą należały.

b) Adoptowanie przez rodziny bezdzietne i ubogie, których nie stać na kupno małego chłopca, a w ten sposób chcą sobie zdobyć w przyszłości zięcia i jego opiekę na starość.

c) Muitsai — są to dziewczynki odstąpione przez rodziny ubogie rodzinom zamożniejszym za pewną sumę pieniędzy. Dziewczynki te za utrzymanie zajmują się robotami domowymi, jednocześnie są traktowane dobrze, wchodzi w skład rodziny i rzadko stają się ofiarami prostytucji.

d) Dziewczynki, odstąpione za pewnym wynagrodzeniem trupom teatralnym w celach wyszkolenia ich na przyszłe aktorki. Po odbyciu praktyki odzyskują one swobodę i zawierają nową umowę.

e) Sprzedaż dzieci — opieka nad dziewczynką bez wymienionych warunków.

Poprzednie formy opieki były oparte na umowie, zawartej pomiędzy rodzicami a rodziną adoptującą, z którą rodzice pozostają w kontakcie i mogą ją zawsze skontrolować, w jakiej mierze umówione warunki są wypełniane. Jednak zdarzają się fakty, że wskutek nędzy rodzice oddają za pewną sumę dziewczynki osobom, zamieszkałym daleko, których w żaden sposób i nigdy skontrolować nie będą mogli. I ten właśnie sposób jest wyzyskiwany przez handlarzy żywym towarem.

Kupioną dziewczynkę, zależnie od urody lub zdolności, kształcą na śpiewaczkę albo też sprzedają z zyskiem jako żonę, konkubinę, prostytutkę, służącą i t. d. Ze względu na cechy narodowe Chin jest prawie niedopomyślenia, aby dziewczyna własnowolnie opuściła dom rodzinny i, czy to ze względu na lenistwo, czy też na pragnienie łatwego, dostatniego życia, rozpoczęła życie prostytutki. Przeciwnie — wszystkie prostytutki chińskie znalazły się na tej drodze życia raczej przez poczucie posłuszeństwa w stosunku do rodziców lub osób, które według nich przejęły funkcje rodzicielskie. To też prostytutki chińskie można podzielić na 3 kategorie: 1) sprzedanych przez handlarzy żywym towarem właścicielom domów publicznych (te są najbardziej eksploatowane i otrzymują tylko minimum potrzebne na życie), 2) oddanych pod zastaw — (te pracują na oddanie zaciągniętego długu dla rodziny lub opiekunów, otrzymują mieszkanie, pożywienie i połowę zarobków oddają właścicielowi), 3) dobrowolne kandydatki (wchodzi do domu bez długu, otrzymują mieszkanie, pożywienie i płacą połowę dochodów właścicielowi).

Według ustaw chińskich, długi, zaciągnięte przy wejściu prostytutki do domu publicznego, jej nie obowiązują, i może ona łatwo wyjść z domu publicznego. W praktyce prostytutki nie korzystają z tych ustaw, działając pod wpływem uczuć rodzinnych i wysokiego po-

czucia uczciwości handlowej, tak dalece posuniętej, że ofiara uważa za swój święty obowiązek nie zawieść okazanego jej rodzinie zaufania.

Inna rzecz, że właściciele domów publicznych, lub jej eksploatatorzy starają się, żeby ona nigdy z tego długu wypłacić się nie mogła. Tak, że w rzeczywistości jedynym środkiem wydobycia się dla dziewczyny z domu publicznego może być tylko zamażpójście, i to za zapłatą wysokiej zazwyczaj sumy.

Dla onieśmielenia dziewcząt i utrzymania ich w rygorze właściciele domów angażują różnych rzeźmieszków, czasami, też odwrotnie, i prostytutki i właściciele są teroryzowani przez rozmaitego rodzaju gangsterów, którzy tworzą tajne organizacje i ciągną z tego procederu ogromne zyski.

Pomiędzy chińskimi artystkami zawodowymi najczęściej spotykany jest typ śpiewaczki. Bierze ona udział w uroczystościach i wesołą, lekką rozmową, oraz muzyką zabawia zebranych mężczyzn. Stanowisko społeczne śpiewaczek zależy wyłącznie od skali ich talentu. Prawdziwie utalentowane są niezależne, mniej zdolne — są eksploatowane zawsze przez kobietę — impresario i powoli staczą się do kadr skomercjalizowanej prostytucji. Chinki naogół nie pełnią funkcji fortanerek. Komisja zetknęła się z fortanerkami chińskimi raz tylko w Shang - Hai'u.

Cechą charakterystyczną międzynarodowego handlu chinkami jest fakt, że zadawała on wyłącznie zapotrzebowanie chińczyków, bawiących zagranicą. Żadna chinka (poza najniższym typem prostytutki) nie przyjmuje innej rasy klienta. Stąd natężenie liczbowe tego handlu zależy wyłącznie od liczby i położenia społeczne- go emigracji chińskiej.

Emigracja ta kieruje się głównie do azjatyckich krajów Mórz Południowych, natomiast robotnicy z północnych Chin szukają pracy przeważnie tylko w Mandżurji i w bardzo niewielkiej liczbie docierają do Japonji. Gros emigracji chińskiej od 30 lat zaludnia półwysep Malajski, i bogaci kupcy, oraz ubodzy robotnicy stanowią dla handlarzy żywym towarem niezawodny rynek zbytu, przyczem to podwójne zapotrzebowanie odpowiada ich interesom, młode bowiem dziewczyny są zaofiarowywane bogatszym klientom, starsze i zużyte — biedniejszym. W chwili obecnej 2 czynniki powoli zmniejszają napływ emigracji chińskiej na półwysep malajski: a) stały — wyrażający się w tendencji zastępowania na plantacjach robotników chińskich przez tańszych krajowców, b) chwilowy — kryzysowe zarządzania, ograniczające napływ cudzoziemców do kraju. Stanowisko władz malajskich wobec problemu handlu chinkami parokrotnie ulegało zmianom: do r. 1927 — domy publiczne były autoryzowane w całym kraju, i tem samem nie stawiano żadnych przeszkód wjazdowi chinek, w okresie 1927 — 1930 — domy publiczne były w dalszym ciągu autoryzowane, ale zakazano wjazdu notorycznym prostytutkom, i wreszcie w r. 1930 domy publiczne zostały zniesione (pozostały tylko w części niesfederowanych stanów malajskich), i wjazd kobiet w celu uprawiania prostytucji został surowo zakazany. Od chwili likwidacji domów publicznych handlarze żywym towarem muszą szukać innych sposobów eksploatacji dziewcząt — a to pod różnymi postaciami tajnej prostytucji, uprawianej w małych umeblowanych hotelikach, tajnych domach schadzek, umieszczania dziewcząt w charakterze służących, kelnerek i t. d. Narazie liczba pośredników i stręczycieli wzrosła, ale władze energicznie ich tępią i często wysiedlają nawet z kraju. We

Wschodnich Indjach Holenderskich utrzymywanie domów publicznych, domów schadzek i wszelkiego rodzaju stręczycielstwo jest surowo zakazane, również są niedozwolone publiczne występy śpiewaczek zawodowych. Dlatego też, jakkolwiek tam emigracja chińska jest liczna, chinki mogą uprawiać prostytutkę tylko tajnie. W Sjamie domy publiczne są dozwolone i w samym Bangkoku funkcjonuje 126 domów z 543 chinkami.

W Indochinach Komisja zetknęła się tylko w Haiphongu z prostytutkami chińskimi. Natomiast w Cholon, jakkolwiek znajdowało się około 800 chińskich śpiewaczek zawodowych, nie było prostytutek i chińskich domów publicznych, a to ze względu na wysoki poziom kolonji chińskiej, która nie toleruje pobytu prostytutek i kobiet złego prowadzenia, wysiedlając je natychmiast.

Władze Wysp Filipińskich zakazały prawa wjazdu chińskim śpiewaczkom zawodowym i nie pozwalają chińczykom żyć w konkubinacie, to też rzadkie są tam wypadki uprawiania prostytutki przez chinki. W Birma-

nji (Indje Brytyjskie) po zniesieniu w r. 1920 domów publicznych niema chinek prostytutek, ale znajduje się tam wiele kelnerek, których zadaniem jest raczej zabawianie gościa, a nie jego obsługa. W Hong - Kongu, Macao (kolonia portugalska), na terytorjum Kwantungu domy publiczne istnieją legalnie, i dlatego prostytutka chińska tam kwitnie i liczy setki ofiar.

Handlem chinkami zajmują się przeważnie kobiety w średnim wieku. One to kupują, pośredniczą i dostarczają właścicielom domów publicznych wciąż nowego towaru, obchodząc tysiącem sposobów obowiązujące przepisy, które mają na celu utrudnienie ich działalności. W walce tej władz i organizacji społecznych zasadniczą przeszkodę stanowi absolutny brak w Chinach wykażów stanu cywilnego, stąd łatwo osobie, towarzyszącej młodej dziewczynie, podać się za jej krewną lub matkę. Tembardziej, że przeważnie chinki dobrowolnie towarzyszą swoim pośredniczkom, i rzadko są notowane fakty przemocy nad nimi, gwałtu, lub ich usypiania i t. d.

(Dok. nast.)

## Wiadomości bieżące

### A N K I E T A

— Wobec aktualnej w ostatnich czasach sprawy „Świadomego macierzyństwa“ Redakcja zwraca się do szanownych czytelników z prowincji z uprzejmą prośbą o nadesłanie odpowiedzi na poniższy kwestjonariusz.

1. Czy propaganda unikania ciąży przenika do ludności małych miasteczek i wsi, i kto ją szerzy?

2. Czy akuszerki, wzgl. lekarze zajmują się praktycznie stosowaniem metod zapobiegawczych?

3. Czy liczba przerywań ciąży wzrasta?

4. Kto przeważnie wywołuje poronienia?

5. Czy liczba ciężkich zachorowań i śmierci rośnie?

Szanowni Koledzy zechcą łaskawie nadsyłać do dn. 15.III. r. b. odpowiedzi podpisać imieniem i nazwiskiem, które na żądanie może pozostać nieujawnione.

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Opieki Społecznej (Departament Służby Zdrowia) przesyła w załączeniu komunikat w sprawie VIII kursu trachomatologii i okulistyki społecznej dla lekarzy z prośbą o podanie go do wiadomości wszystkim zainteresowanym instytucjom i osobom oraz jednocześnie prosi o wywarcie wpływu na właściwe instytucje i władze, aby na wzmiankowany kurs delegowały lekarzy, którzy dotychczas takiego przeszkolenia nie przeszli.

Ministerstwo Opieki Społecznej (Departament Służby Zdrowia) zwraca uwagę na zarządzenia o obowiązkowym dodatkowym przeszkoleniu w zakresie trachomatologii wszystkich lekarzy publicznej służby zdrowia (okólnik Nr. 196 L. Z. Z. 7072/30 z 31.X.30) i prosi o wydanie w związku z tem odpowiednich zarządzeń, zwłaszcza w stosunku do lekarzy kierowników przychodni przeciwjagliczych.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia  
Dr. J. A d a m s k i.

VIII kurs trachomatologii dla lekarzy.

W Państwowej Szkole Higieny w Warszawie odbędzie się w czasie od 13 do 18 lutego 1933 r. VIII kurs trachomato-

logji i okulistyki społecznej dla lekarzy. Program kursu jest następujący:

I. Część teoretyczna — 18 godzin wykładów na następujące tematy:

1. Rola medycyny zapobiegawczej w jaglicy.

2. Współczesne poglądy na istotę jaglicy.

3. Objawy i przebieg kliniczny jaglicy.

4. Patogeneza jaglicy.

5. Epidemiologia jaglicy.

6. Jaglica, jako przyczyna ślepoty.

7. Leczenie nieżyłtów spojówek.

8. Leczenie jaglicy prostej.

9. Leczenie operacyjne jaglicy.

10. Zasady zwalczania i zapobiegania jaglicy.

11. Organizacja i zadania przychodni przeciwjagliczej.

12. Zadania lekarza w zakresie zwalczania jaglicy i zapobiegania ślepotcie.

II. Część praktyczna — 24 — 30 godzin zajęć praktycznych i demonstracji na oddziałach i ambulatoriach ocznych oraz w przychodniach przeciwjagliczych pod kierunkiem ordynatorów.

Kierownikiem kursu jest Dr. M. Z a c h e r t.

Zgłoszenia na kurs przyjmuje Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny (Warszawa, ul. Chocimska 24) do dnia 1 lutego r. b.

W celu ułatwienia wysłuchania tego kursu lekarzom, prowadzącym przychodnie przeciwjaglicze, oraz lekarzom powiatowym i samorządowym, zatrudnionym przy akcji zwalczania jaglicy, Państwowa Szkoła Higieny będzie mogła z uzyskanego na ten cel z Departamentu Służby Zdrowia kredytu pewnej liczbie lekarzy udzielić stypendja w wysokości od 50 do 150 zł.

Podania o przyznanie stypendjum z poparciem właściwej władzy kandydaci winni wnosić do Państwowej Szkoły Higieny w terminie do 25 stycznia b. r., przyczem do podania należy dołączać:

a) krótkie curriculum vitae,

b) poświadczenie, stwierdzające charakter zajmowanego stanowiska (kierownik przychodni przeciwjagliczej, lekarz powiatowy, miejski i t. p.).

Oplata za kurs wynosi 25 zł.

Uczestnicy kursu mogą korzystać z bursy Państwowej Szkoły Higieny.

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów.

Przesyłając w załączeniu regulamin organizacyjny Instrukcyjnej Kolumny Przeciwjagliczej, która została utworzona przy Departamencie Służby Zdrowia, — Ministerstwo Opieki Społecznej zawiadamia, że zamierza przydzielić tę Kolumnę kolejno do poszczególnych województw na okres 2 do 3-ich miesięczny celem usprawnienia działalności przychodni przeciwjagliczych i całej organizacji zwalczania jaglicy.

W związku z tem Ministerstwo Opieki Społecznej prosi o nadesłanie w ciągu miesiąca wykazu przychodni przeciwjagliczych i innych instytucji prowadzących akcję przeciwjagliczą oraz o opracowanie projektu planu pracy Kolumny na terenie województwa.

Województwa, do których Instrukcyjna Kolumna Przeciwjaglicza już była przydzielona zechcą zgłosić wnioski co do terminu i czasu następnego przydziału.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia  
Dr. J. Adamski.

Regulamin organizacyjny Instrukcyjnej Kolumny Przeciwjagliczej.

#### § 1.

Instrukcyjna Kolumna Przeciwjaglicza jest pomocniczym organem Departamentu Służby Zdrowia, powołanym na podstawie rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu jaglicy (Dz. U. R. P. Nr. 36, poz. 333 z r. 1928) dla usprawnienia i wspomagania działalności przychodni przeciwjagliczych i innych instytucji leczniczych w zakresie zwalczania jaglicy na terenie całego kraju.

#### § 2.

Skład Instrukcyjnej Kolumny Przeciwjagliczej stanowi inspektor przychodni przeciwjagliczych, jako kierownik i instruktor pielęgniarek, jako fachowa siła pomocnicza.

#### § 3.

Instrukcyjna Kolumna Przeciwjaglicza podlega bezpośrednio Departamentowi Służby Zdrowia, który zależnie od potrzeby, deleguje ją na teren poszczególnego województwa (względnie powiatu, gminy lub miasta) dla przeprowadzenia odpowiednich prac.

#### § 4.

W czasie delegowania Instrukcyjnej Kolumny Przeciwjagliczej na teren poszczególnego województwa Kolumna podlega pod względem służbowym właściwemu Wojewodzie (Naczelnikowi Wydziału Zdrowia), który czuwa nad należytem wypełnieniem przez Kolumnę planu przewidzianych prac.

#### § 5.

Pobory personelu Instrukcyjnej Kolumny Przeciwjagliczej, koszty podróży i diety oraz inne wydatki, związane z działalnością Kolumny w granicach zatwierdzonego budżetu pokrywane są z kredytów dz. 3, rozdz. 1, § 12 budżetu Departamentu Służby Zdrowia.

#### § 6.

Do zadań Instrukcyjnej Kolumny Przeciwjagliczej należy na wyznaczonym terenie działania:

1) zbadanie organizacji i działalności poszczególnych instytucji i organów w zakresie zwalczania jaglicy, oraz stanu nasilenia jaglicy,

2) instruowanie personelu lekarskiego i pomocniczego przychodni przeciwjagliczych i innych instytucji leczniczych, zwalczających jaglicę, co do obowiązków i metod pracy w zakresie organizacji zwalczania jaglicy, a także czynności ściśle fachowych, jak rozpoznawanie i leczenie (dla lekarzy) oraz przeprowadzenie wywiadów społecznych (dla pielęgniarek),

3) wspomaganie działalności poszczególnych instytucji leczniczych ze szczególnem uwzględnieniem przychodni przeciw-

jagliczych przez wykonywanie na miejscu zabiegów operacyjnych, badań i innych czynności lekarskich,

4) koordynowanie działalności poszczególnych instytucji powołanych do zwalczania jaglicy,

5) prowadzenie propagandy przeciwjagliczej,

6) wykonywanie innych czynności zleconych.

#### § 7.

Szczegóły dotyczące organizacji i wykonywania zadań Instrukcyjnej Kolumny Przeciwjagliczej oraz praw i obowiązków personelu Kolumny zostaną określone przez Departament Służby Zdrowia w oddzielnych instrukcjach.

(—) Adamski.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej nadesłał nam z prośbą o wydrukowanie pismo następujące:

Kryzys gospodarczy, który dotknął całe społeczeństwo nie ominął także i wolnych zawodów, a zwłaszcza lekarzy.

Spółeczeństwo nasze nieprzyzwyczajone do uważania opieki lekarskiej za konieczność, która tylko w porę stosowana, spełnia swoje zadanie, traktuje tę opiekę jako zbytek i na niej przedewszystkiem próbuje robić oszczędność.

Kończy się wobec tego prywatna praktyka lekarska, tak, że z wielkimi bardzo wyjątkami, lekarze zdani tylko na prywatną praktykę lekarską, nie zarabiają często nawet na najkonieczniejsze utrzymanie.

W tych warunkach lekarza nie posiadającego stałej posady, pozwalającej mu liczyć choćby na najskromniejsze, ale stałe dochody w dzisiejszych warunkach trzeba traktować jak bezrobotnego inteligenta i zawodowa jego organizacja Izba Lekarska musi się starać przyjąć mu z pomocą i opieką.

Pomoc ta tembardziej jest potrzebna, gdy niernormalne warunki, panujące na rynku pracy lekarskiej spowodowały, że niektórzy z lekarzy mają po kilka posad i z trudnością mogą tylko podolać przyjętym na siebie obowiązkom, kiedy inni ich koledy nie mają żadnej pracy.

Cierpi na tem nie tylko interes ogółu lekarzy, ale niejednokrotnie narażony jest i interes pacjentów, ponieważ pracujący lekarz nie może tak się poświęcić pacjentowi, jakby to mógł zrobić nie mający żadnej pracy jego kolega.

Z tych powodów, tak ze względu na interes ogółu lekarzy, jak i ze względu na interes pacjentów, Izba Lekarska Warszawsko-Białostocka zorganizowała Biuro Pośrednictwa Pracy dla lekarzy, aby tą drogą z jednej strony pomagać lekarzom bezrobotnym w wyszukiwaniu posad lekarskich, a z drugiej strony przeciwdziałać nadmiernej kumulacji posad, co z wyżej przytoczonych względów, uważa za szkodliwe.

W celu przeprowadzenia, o ile możności dokładnej ewidencji posad, Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, uprzejmie prosi o nadsyłanie zgłoszeń do wspomnianego Biura Pośrednictwa Pracy, o wszystkich placówkach nadających się na stanowiska dla lekarzy, przyrzekając ze swej strony, przesyłanie list lekarzy, poszukujących pracy, z których dana instytucja z łatwością będzie mogła wybrać odpowiadającego, stawiąmy przez nią wymaganiom, kandydata.

Zarząd uprzejmie prosi o przesyłanie ewentualnych zgłoszeń pod następującym adresem:

Biuro Pośrednictwa Pracy przy Izbie Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej, Warszawa, ul. Fredry 2.

Pisarz Izby: (—) Dr. Kazimierz Paprocki

Naczelnik Izby: (—) Prof. Władysław Senajch.

— Dnia 16.XII. 32 r. odbyło się w II terminie Wale Doročné Zebranie członków Stowarzyszenia Lekarzy m. i uzdr. Otwocka pod przewodnictwem D-ra Z. Szczepańskiego.

Jak wynika ze sprawozdania Zarządu, w ciągu roku spra-

wodzawczego liczba członków wzrosła do liczby 44. Zarząd w swej pracy okazywał dążenia do uregulowania stosunków uzdrowiskowych i uzdrowienia warunków pracy zawodowej; dla wzmocnienia swych wpływów nawiązał bliższy kontakt z władzami lekarskimi powiatowymi i związkowymi oraz komunalnymi.

W dziedzinie pracy naukowej — odbyło 10 posiedzeń klinicznych o następujących tematach:

1. Dr. Z. S z c z e p a ń s k i: O zatorach powietrznych w czasie stosowania odmy sztucznej. 2. Dr. G. K r e m e r: O nowej próbie rozpoznawczej w przedziurawieniach żołądka lub dwunastnicy. 3. Dr. M. K o k o s z k o: O gruczolach chłonnych obwodowych w przebiegu gruźlicy dziecięcej. 4. Dr. S t a n k i e w i c z - T r y b o w s k a: O ciałach włóknikowych w jamie opłucnej. 5. Dr. M. K a h a n: Nasze cele (o rozwoju uzdrowiska). 6. Dr. O s t r o w s k i: O jednym ze sposobów leczenia chirurgicznego gruźlicy płuc (z pokazami rentgenogramów (Dr. Werkentinówna). 7. Dr. J. F r o s t i g: O psychoterapii w praktyce (2 części). 8. Dr. P. M a r t y s z e w s k i: Sprawozdanie z prac Międzynarodowego Kongresu Przeciwgruźliczego w Hadze. 9. Dr. M. G i n z b u r g: Prace lekarza szkolnego w Otwocku. 10. Dr. P. M a r t y s z e w s k i: O leczeniu solaniami złota gruźlicy płuc.

Oprócz powyższych tematów dokonano szeregu pokazów.

Z wyborów do Zarządu weszli: Dr. P. M a r t y s z e w s k i, jako przewodniczący oraz Kol. Kol. J. F r o s t i g, Wl. G o l d b e r g i Dr. M. K o k o s z k o.

Do Komisji Rewizyjnej: Dr. G r a b i ń s k i i Dr. M. G l i k s m a n.

Do Komisji Klimatycznej Magistratu: Dr. Z. S z c z e p a ń s k i i Dr. G r a b i ń s k i.

Do Sądu Koleżeńskiego: Dr. Z. S z c z e p a ń s k i, Dr. G l i k s m a n i Dr. S a l a m o n.

Przewodniczący: Dr. M a r t y s z e w s k i.

Sekretarz: Dr. G o l d b e r g.

— Zwracamy uwagę kolegów rentgenologów na list kol. L u b l i n e r a w dziale: Korespondencja.

— W Nizy powstał Instytut Międzynarodowy Badania promieniowań słonecznych, ziemnych i kosmicznych. Bliższych wiadomości udziela przewodniczący Tow. Lek. w Nizy (Président de la Société Médicale, 24, rue Verdi à Nice).

— Wydział lekarski Uniwersytetu w Marsylii i Towarzystwo Lekarskie Śródziemnomorskie organizuje w czasie wakacyj

Wielkanocnych dwie podróże lekarskie o następujących programach:

1. od d. 10 do d. 18 kwietnia. Punkt zborny w Marsylii (Hôtel du Louvre et de la Paix, rue Canebière). Przyjęcie, wydane przez wydział lekarski i władze municypalne. Obejrzenie portu. Aix-en-Provence: Zakład kąpielowy, pomniki i biblioteka. Saint-Remy, Arles, powrót do Marsylii. Zwiedzenie les Calanques Provençales i miejscowości kąpielowych: Cassis, le Ciotat, Saint-Cyr, les Lecques, Sandol, Tamaris. Port wojskowy w Tulonie. Pobyt w Hyères, Frejus, Saint-Raphael, Cannes. Przyjęcie przez władze municypalne. Zwiedzenie zakładów leczniczych i wychowania fizycznego. Le Cannet. Wycieczka warunkowa do Super-Cannes, Golfe-Puan, Vallauris. Juan-les-Pins i Antibes.

2. od d. 10 do d. 24 kwietnia. Punkt zborny w Cannes (Hôtel Carlton, promenade de la Croiselle). Przyjęcie w ratuszu, zwiedzanie Cannes, Super-Cannes, zakładów leczniczych i wychowania fizycznego. Golfe-Juan. Vallauris, Juan-les-Pins, Antibes, Grasse, Nice, Menton, Cap Martin, Monaco. Przyjęcie w Monte-Carlo. Beau-Lieu, Nice. Wycieczki warunkowe w Alpy i na Korsykę. Bilety ulgowe w obie strony i we wszystkich klasach na kolejach francuskich, włoskich i rumuńskich w ciągu miesiąca. Bliższych szczegółów udziela: Secrétariat de la Société Médicale du Littoral, 24, rue Verdi, à Nice.

#### SPROSTOWANIA.

W. N. 8 „W. Cz. L.” na str. 174, szpalta prawa, wiersz 8 od góry, zamiast: muszą, powinno być: mogą.

W N. 8 „W. Cz. L.” na str. 184, szpalta prawa mylnie wydrukowano: na Radogoszczy, zamiast na R a d o g o s z c z u.

### KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

#### 28.II. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

C z ę ś ć I-sza. Prof. U. J. G a t t y - K o s t y a l M. Współpraca medycyny z farmacją. C z ę ś ć II - g a. T o k a r s k i St. Leczenie promienicy jontoforezą miedzi.

#### 9.III. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne.

K. D ą b r o w s k i. Zadania społeczne higieny psychicznej.

TRĘŚĆ: H. STRAUSS. Jak dalece wolno nosicielom chorego woreczka żółciowego podawać tłuszcz i żółtko z jajka? — J. I. MERENLENDER. Czy istnieje antagonizm między kiałą skóry i kiałą późną układu nerwowego ośrodkowego (t.zw. metaskiałą)? — W. DZIERŻYŃSKI, W. JEŻEWSKI i A. KACENELSON. Infekcyjne porażenia nerwów okoruchowych. — A. LAPIDUS. Technika badania csadu moczu. — J. BERMAN. O t.zw. nacieku wczesnym. (Str. pogl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — H. SIEMIENSKA. Czy międzynarodowy handel kobietami i dziećmi istnieje na Wschodzie? (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. STRAUSS. Jusqu'à quelle limite est-il permis de donner de la graisse et du jaune d'oeuf au porteurs d'une vésicule biliaire malade? — J. I. MERENLENDER. Est-ce qu'il existe un antagonisme entre la syphilis de la peau et la syphilis tardive du système nerveux central (metakiala)? — W. DZIERŻYŃSKI, W. JEŻEWSKI et A. KACENELSON. Paralysie infectieuse des nerfs oculomoteur. — A. LAPIDUS. La technique de l'examen du sédiment de l'urine. — J. BERMAN. Sur la soit-disant infiltration précoce. (Rev. gén. suite). — H. SIEMIENSKA Est-ce que la traite internationale des blanches et des enfants existe en Orient? (suite).

## WARUNKI PRENUMERATY:

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