

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: *Sienkiewicza 12 m. 28.*

ADRES ADMINISTRACJI: *Zielna 47.*

Nr. 35

WARSZAWA, 18 PAŹDZIERNIKA 1928 R.

Rok V

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z pracowni radiologicznej Szpitala Ujazdowskiego w Warszawie.

O rozwoju radjodjagnostyki i niektórych jej nowszych zdobyczach. *)

Podał

Dr. Witold ZAWADOWSKI (Warszawa).

Radjodjagnostyka, która będzie tematem dzisiejszego mego odczytu, jest nauką stosunkowo młodą, liczy bowiem niespełna lat 32. Jest przeto jedną z najmłodszych gałęzi medycyny.

Mimo tak krótkiego rozwoju nauka ta może się poszczycić zdobyczami bardzo znacznymi w zakresie wszystkich specjalności lekarskich. Początki radjodjagnostyki były bardzo skromne, gdyż napotykała ona na bardzo duże trudności techniczne. W całej radiologii olbrzymie znaczenie ma sprawa techniki, i w wysokim stopniu wszystko zależy od przyrządów i urządzeń pomocniczych, którymi się posługuje lekarz-radiolog. A właśnie w początkach, przyrządy te były jeszcze bardzo niedoskonałe.

Źródłem promieni Roentgena jest energia elektryczna. Jakkolwiek elektryczność jest wszędzie, za wyjątkiem próżni absolutnej, bo elementy jej, t. j. najdrobniejsze cząsteczki dodatniego i ujemnego ładunku znajdują się wszędzie w materji i są jej częścią składową, to jednakże, aby mózdz wytworzyć krótko-faliste promienie, musimy posiadać pewne napięcie elektryczności, przedstawiające pewną energję. Obecnie dostarczanie energii elektrycznej przez przedsiębiorstwa jest na całym świecie bardzo rozpowszechnione.

W początkowym okresie rozwoju radiologii było w tym zakresie znacznie gorzej, i trzeba było posługiwać się źródłami elektryczności tak niewygodnymi, jak baterje ogniwo-chemicznych, albo aku-

mulatorami. I dziś jeszcze zaopatrzenie pracowni radiologicznej w energję elektryczną w sposób doskonały przedstawia nieraz duże trudności.

Pierwotne przyrządy, wytwarzające promienie, musiał sobie lekarz niejednokrotnie sam zestawiać. Używane podówczas lampy rentgenowskie były również mało udoskonalone, tak, że funkcjonowanie ich było kapryśne, i często wystawiały one na ciężkie próby cierpliwość radiologa. Przytem warunki pracy były jaknajgorsze. Dla nowej specjalności, która stawiała dopiero pierwsze kroki i nie zdobyła sobie jeszcze ogólnego uznania, nie było w szpitalach wygodnego pomieszczenia. Musiała się ona zadawać jakimś skromnym pokoikiem lub częścią ciemnego kurytarza.

Jakiż olbrzymi postęp w przeciągu lat 30. Obecnie znakomicie rozwinięta nowa gałąź przemysłu elektrotechnicznego dostarcza nam bardzo udoskonalonych przyrządów, które, choć są skomplikowane w swej budowie, jednak w obsłudze są dość proste, a co najważniejsze, pracują pewnie i regularnie i nie są źródłem rozmaitych niemiłych niespodzianek. Jak najdoskonalsze instrumenty muzyczne, dają one wydobyć z siebie wszelkie modulacje. A pozatem, jak niesłychanie wzmogła się intensywność przetwarzanej w nich energii elektrycznej. Duża wydajność obecnie używanych aparatów pozostaje jednak, o czem się nieraz zapomina, w związku z siłą prądu, doprowadzanego z sieci. Dopływ z sieci musi nawet przewyższać rzeczywistą wydajność aparatu.

Ta część instalacji, która wytwarza promienie, t. j. lampa rentgenowska uległa również bardzo znacznemu udoskonaleniu, a to głównie przez wprowadzenie nowego typu, którego wynalazcą jest fizyk amerykański Coolidge. Naogół, lampa taka, podobnie jak lampy t. zw. gazowe, jest maszyną pracującą bardzo mało sprawnie, bo ledwie tysiączne części przetwarzanej energii elektrycznej zamieniają się w promienie X, zaś cała prawie jej ilość przemienia się na ciepło, będące produktem ubocznym bardzo szkodliwym, który należy usuwać, gdyż na-

*) Wygłoszone na posiedzeniu sekcji klinicznej Towarz. Med. Społecz. d. 29.X. 1928.

gromadzone w nadmiarze uszkodziłoby lampę. Jednakże udoskonalone najnowsze typy lamp znoszą obciążenia tysiąckrotnie wyższe, aniżeli typy, używane dawniej. Postęp, który się tu dokonał, widać w tem, że, gdy dawne lampy gazowe przetwarzały prąd zaledwie o tej mocy, co niezbyt wielka żarówka, używana do oświetlania mieszkań, to obecnie mamy lampy, które, posiadając ostre ognisko, przetwarzać mogą mimo to prąd o 10, a nawet 20 kilowatach, co się równa mocy 13, względnie 27 koni parowych.

Gdy te nowoczesne przyrządy i lampy pozwalają posługiwać się wiązkami promieni o starannie dobranym składzie (twardości) i o bardzo znacznej intensywności, to znów inne udoskonalenia, jak błona, powleczone z obu stron czułą emulsją, jak ekrany wzmacniające, jak kratki antydyfuzyjne, umożliwiają otrzymywanie obrazów bardzo kontrastowych i ostrych przy olbrzymio skróconych czasach ekspozycji.

Obrazy, otrzymywane na radjogramie, są jakgdyby cieniami zdejmowanego organu. Cienie te jednakże odznaczają się tem, że dają na jednej płaszczyźnie rzuty szczegółów morfologicznych danego narządu, z których jedno są położone bliżej, inne dalej od błony. Ponieważ chodzi tu o t. zw. rzuty środkowe, przeto są one obrazem powiększonym i zmienionym (zniekształconym) szczegółów morfologicznych, a stąd interpretacja ich jest niezmiernie trudna i wymaga dużego doświadczenia i wprawy. Zniekształcenie i powiększenie na radjogramie są tem mniejsze, im bardziej wiązka promieni zbliża się do równoległej, czyli, im dalsze jest ognisko lampy. Nowoczesna technika radjograficzna, dążąc do otrzymania jaknajmniej zniekształconych i najbardziej zbliżonych do naturalnej wielkości obrazów, stara się oddalać ognisko lampy czyli posługuje się tak zwanymi dalekoddźwiękami (teleradjogramami). Odległość ogniska lampy od błony przewyższa tu z reguły 1 mtr., a dochodzi lub nawet przekracza 2 mtr., co równocześnie czyni rysunek szczegółów na zdjęciu znacznie ostrzejszym, niż przy małych odległościach.

Zdjęcie narządów, wykonywających pewne ruchy (skurcze serca, perystaltyka jelit i t. p.), wymaga jaknajwiększego skrócenia czasu ekspozycji, aby mimo ruchu otrzymać dokładne i niezamącone zarysy badanego organu.

Najnowsze udoskonalenia techniczne pozwalają nam skrócić czas ekspozycji tego rodzaju zdjęć z łatwością do 1/10, a nawet do 1/20 sekundy.

Tak zwiększenie odległości lampy, jak i skracanie czasu ekspozycji wymaga zwiększenia intensywności promieniowania czyli zwiększenia mocy przetwarzanej w lampie rentgenowskiej energii elektrycznej, co właśnie umożliwiły nowsze udoskonalenia aparatów i lamp, o których poprzednio wspominałem.

Aby obraz, otrzymany na błonie fotograficznej, miał wartość djagnostyczną, i aby można było na nim odnaleźć drobne zmiany patologiczne, musi być dostatecznie kontrastowy, t. zn. pomiędzy zarysami rozmaitych szczegółów anatomicznych danego organu muszą istnieć dostateczne różnice nasycenia cieniowego, nawet wtedy, gdy gęstość

tych szczegółów anatomicznych różni się nieznacznie. Kontrastowość zdjęć zależy od użycia odpowiednio twardego, względnie miękkiego promieniowania, od właściwej techniki zdjęcia, a także od dobrze funkcjonującej ciemni fotograficznej.

Jednak nawet przy najlepszych warunkach zjawiska pochłaniania promieni X w tkankach miękkich organizmu są tego rodzaju, że kontrasty są niedostateczne albo nawet prawie żadne, i stąd wartość djagnostyczna niektórych zdjęć zwykłych, szczególnie pewnych narządów wewnętrznych, jest prawie żadna. Dotyczy to w szczególności przewodu pokarmowego, narządów płciowych wewnętrznych, układu nerwowego centralnego, a także w pewnym stopniu narządu moczowego.

O ile chodzi o narządy, posiadające światło dostępne zzewnątrz, wtedy przed badaniem wypełniamy je płynnymi zawiesinami, zawierającymi pierwiastki o wysokiej liczbie atomowej i dużej gęstości i na zdjęciu otrzymujemy w sposób bardzo kontrastowy odlew tych narządów.

Najczęściej stosujemy zawiesiny obojętne dla organizmu soli baru lub bizmutu, oddawna już wprowadzone do radjodjagnostyki przewodu pokarmowego. Przez długi czas poszukiwano obojętnych środków kontrastowych do wypełniania innych narządów, posiadających światło. Rozczyny wodne ciał wysokoatomowych, (rozczyiny soli, jodu, bromu, srebra kolloidalnego), musiały być zarzucone z powodu działania lokalnie drażniącego i ogólnie toksycznego. Epokę stanowi w tym względzie pomysł Sica i Forestiera użycia oleju jodowego do wypełniania światła rozmaitych narządów lub też przestrzeni, otaczających pewne tkanki (1921). Naogół organizm znosi znakomicie zastrzykiwanie oleju tego, tak do wszelkich jam, jak też i wprost do tkanek. Pomysł ten odrazu pozwolił rozciągnąć zabiegi radjodjagnostyczne na cały szereg organów dotąd badaniu niedostępnych.

Przy pomocy oleju jodowego (lipjodol, jodipina) otrzymywać możemy odlew drzewa oskrzelowego, kanału łzowego, jam obocznych nosa, narządów płciowych wewnętrznych i narządu moczowego. Poza tem badać nim możemy przestrzenie pomiędzy oponami układu nerwowego środkowego, kanał szpikowy kości długich, przebieg przetok itp.

Metoda powyższa odznacza się jednak tem, że daje nam ona odlew światła, a nie uwidacznia samych ścian narządu, tak, że wnioski co do zmian w ścianach wyciągać możemy tylko ze zmian światła, co niezawsze jest wystarczające. Dlatego też podjęto w ostatnich czasach usiłowania w zakresie radjodjagnostyki przewodu pokarmowego, zmierzające do uzyskania obrazu śluzówki przez powleczenie jej skąpym nalotem zawiesiny wysokoatomowej przy wypełnieniu światła powietrzem. Wartość rozpoznawcza tego sposobu badania jest dość duża, i zasługuje on na większe, niż dotychczas, rozpowszechnienie.

Innym sposobem uwidaczniania narządów, pozbawionych otoczenia kontrastowego, jeśli chodzi o zbiorniki wydzielin gruczołowych, jest podawanie do wewnątrz lub wlewanie śródżylnie pewnych związków chemicznych złożonych, zawierających w swej drobinie pierwiastki wysokoatomowe. Ciała te wydzielają się przez dany gru-

czoł, wypełniają jego przewody i zbiorniki wydzieliny. Szczegóły te, a głównie same zbiorniki uwidoczniają się na zdjęciach i przez to udostępnione są badaniu. Sposób ten zastosowany do pęcherzyka żółciowego nosi nazwę cholecystografii. (Graham, Cole, Copher 1924).

Wreszcie w celu wywołania kontrastu można otoczyć dany organ ciałem gazowym o minimalnej absorpcji, np. powietrzem, tlenem, albo bezwodnikiem węglowym. Ten sposób służy do badania nerek (Carelli).

Również do zamkniętych jam możemy wprowadzać ciała gazowe i w ten sposób uwidaczniać rozmaite narządy i baciać zachodzące w nich zmiany chorobowe. Opierając się na tej zasadzie badania odma brzuszna przedstawia szerokie możliwości rozpoznawcze, jednakże wobec niebezpieczeństwa, z nią związanego, jest to metoda badania zupełnie wyjątkowa i coraz rzadziej stosowana. Rozpowszechnia się natomiast znacznie odma śródczaszkowa, a również i odma opłucnowa może być zużytkowana dla rozpoznania stanu opłucny, płuc i narządów śródpiersia.

Wszystkie powyższe sposoby używane są przy prześwietlaniu lub do wykonywania zwykłych zdjęć pojedynczych czyli płaskich.

Posługujemy się pozatem niekiedy zdjęciami stereoskopowymi, pozwalającymi na odtworzenie sobie w przestrzeni szczegółów anatomicznych i dokładne umiejscowienie zmian patologicznych. Dają one niekiedy np. w metrosalpingografii rezultaty znacznie dokładniejsze, niż zdjęcia płaskie.

Prześwietlanie czyli fluoroskopia w nowoczesnej technice radiologicznej uległa również udoskonaleniu przez udoskonalenie ekranów i możliwość znakomitego modulowania twardości promieni. Zmieniając stopień penetracji promieniowania, możemy stopniowo zgłębiać coraz to inne części narządów i poszukiwać zmian coraz to większych i głębiej położonych.

Przebieg całkowitego badania radiologicznego jest obecnie tego rodzaju, że najpierw wykonujemy prześwietlenie, a następnie jedno lub więcej zdjęć. W niektórych przypadkach, np. jeśli przedmiotem badania są zmiany kostne, możemy ograniczyć się do samego zdjęcia. Badając natomiast narządy wewnętrzne, musimy bezwzględnie posługiwać się zawsze obydwojema sposobami. W obecnym stanie techniki radjodagnostycznej musimy to uważać za bezwzględnie i zawsze obowiązujące. Ograniczając się do jednego tylko sposobu, wykonywalibyśmy badanie niekompletne, a stąd wnioski nasze łatwo mogłyby być mylne. Samo prześwietlanie jest dlatego niewystarczające, że obraz fluoroskopowy, pomimo wszelkich udoskonań, posiada bardzo małą jasność. Jasność ta przedstawia zaledwie drobne ułamki tego oświetlenia, przy którym oko nasze odbiera wrażenia w świetle dziennym albo przy oświetleniu sztucznym. Oświetlenie ekranu jest tak małe, że wchodząc ze światła dziennego do sali do prześwietlań nie zauważamy ani śladu obrazu na ekranie. Dopiero stopniowo oko nasze przystosowuje się do ciemności, i zaczynamy powoli widzieć jasność ekranu, a dopiero po 15-20 minutowym przystosowaniu się widzimy już dobrze szczegóły rysunku. Czynne jest przy tem widzenie zmrokowe, którego organem są obwo-

dowe części siatkówki, ponieważ plamka żółta nie jest wrażliwa na tak słabe natężenie bodźca świetlnego. Jednakże ostrość widzenia zmrokowego jest znacznie mniejsza, niż widzenia osiowego, i stąd przy prześwietleniu widzieć możemy tylko grubsze szczegóły rysunku. Szczegóły drobne, jakkolwiek istnieją w obrazie ekranowym, nie mogą być spostrzeżone przy fluoroskopji. Aby je uchwycić i wykorzystać djagnostycznie, musimy się uciekać do zdjęcia.

To ostatnie ma jeszcze i inne znaczenie: jest ono trwałym dokumentem obiektywnym, który możemy rozpatrywać swobodnie w dobrych warunkach oświetlenia i który możemy porównać ze zdjęciami, wykonanymi później, a przez to mieć bardzo dokładną obserwację faz rozwojowych danego cierpienia.

Technika badania polegająca na obowiązkowym łączeniu prześwietlenia i zdjęć, przyjęta jest obecnie we wszystkich pracowniach, stojących na poziomie wymagań wiedzy. Jeśli istnieją od niej odstępstwa, to jedynie tylko tam, gdzie skromna dotacja pracowni nie pozwala zawsze na zdjęcie z powodu jego kosztów. W takim razie jednak, samem prześwietleniem obyc się możemy raczej przy zmianach dużych, daleko posuniętych i dobrze widocznych na ekranie, niż w przypadkach początkowych cierpienia, gdy poszukujemy drobnych delikatnych zmian anatomicznych. Poza tem samo prześwietlenie (ortodjagram) może być wystarczające przy badaniu serca.

Gdy zdjęcie ma znaczenie tak wielkie, to i prześwietlenie jest też istotną częścią badania, i nie należy go zaniedbywać. Daje ono bowiem bezpośrednią obserwację ruchów i pozwala przez zmianę pozycji prześwietlanego obiektu umiejscowić dokładnie odnośne zmiany patologiczne.

Poza tem ma prześwietlenie wartość także i dlatego, że pewne zmiany patologiczne występują tu jako miejsca jasne na ciemnym tle, podczas gdy na zdjęciu te same zmiany, np. jamy w płucach, występują jako miejsca ciemne. Zaś oko ludzkie spostrzega łatwiej zmiany jasne na tle ciemnym, niż odwrotnie.

Dokonywając obserwacji na ekranie, możemy pozatem obrać właściwy moment do wykonania zdjęcia i uchwycić przy tem obraz zmiany patologicznej, który występuje tylko chwilowo, a później znika.

Badanie radiologiczne zjawisk ruchowych narządów, np. skurczów mięśniówki przewodu pokarmowego, odbywa się za pomocą radjokinematografji, albo przy pomocy zdjęć seryjnych, wykonywanych co parę sekund. Te ostatnie zdjęcia są przy użyciu nowoczesnych urządzeń tak ułatwione, że weszły już na stałe do praktyki. Radjokineematografia natomiast pozostaje jeszcze ciągle tylko metodą laboratoryjną, stosowaną wyjątkowo.

Skreśliwszy pokrótce zasady nowoczesnej techniki radjodagnostycznej, przejdźmy teraz do sposobu przeprowadzania badań w przypadkach konkretnych. Już z tak pobieżnego przedstawienia tej techniki widać, jaka jest obfitość rozmaitych możliwości w stosunku do samego wykonania badania, przygotowania do badania, zastosowania tego lub owego sposobu sztucznego kontrastu,

szczegółowych elementów zdjęcia, wyboru odpowiednich pozycji, przebiegu prześwietlania itp.

Otóż ustalenie powyższych warunków musi być starannie wybrane w każdym poszczególnym przypadku i dostosowane ściśle do całego obrazu klinicznego. Dlatego też obraz ten musi być w całości znany przeprowadzającemu badanie. W tym względzie pracownia radiologiczna różni się zasadniczo od pracowni klinicznej, bakteriologicznej lub histopatologicznej, które mogą przeprowadzać badanie samego tylko materiału, nie oglądając na oczy chorego i nie interesując się jego stanem. Całokształt obrazu klinicznego bardziej jeszcze, niż do obrania metody i przeprowadzenia badania, potrzebny jest do jego interpretacji i wyciągnięcia właściwych wniosków. Jeśli są tego rodzaju zmiany chorobowe i tego rodzaju obrazy radiologiczne, że jeden rzut oka na ekran lub zdjęcie pozwala postawić od razu rozpoznanie, to przecież przypadki takie nie należą do reguły. Naogół przesłanki radiologiczne muszą być zestawione z klinicznymi, i tu zdarza się, że albo dane kliniczne wzmagają wartość pewnych objawów radiologicznych, albo je wprost obalają i skierowują wnioskowanie na inne tory, tak, że dopiero po zestawieniu wszystkich tych elementów dojść będziemy w stanie do właściwego rozpoznania.

Dane radiologiczne mają podobny charakter, jak dane, otrzymane z autopsji; widzimy pewne szczegóły anatomopatologiczne, jednak, podobnie jak przy autopsji, nie zawsze możemy wypowiedzieć się co do histopatologicznego i etiologicznego ich charakteru.

W przypadku takim anatomopatolog ucieka się do dalszych badań, głównie histopatologicznych. Radiolog natomiast zwraca się wtedy z jednej strony ku danym klinicznym, aby stamtąd zaczerpnąć światła pozytywnego albo negatywnego, a z drugiej śledzi radiologicznie przebieg i rozwój cierpienia i ze stadjów następnych stara się zacieśnić krąg swych wątpliwości.

Często nazywają radjodjagnostykę autopsją *in vivo*. Nazwa ta ma w sobie wiele prawdy, oczywiście, z tem zastrzeżeniem, że, gdy anatomopatolog bada bezpośrednio same zmiany i to nie tylko wzrokiem, ale i dotykem, a nawet powonieniem, to radiolog widzi tylko cienie zmian, i to cienie mniej lub więcej zniekształcone, nakrywające jeden drugi i sumujące się na skutek rzutu na płaszczyznę.

Czasami radiolog znajduje się w położeniu korzystniejszym od anatomopatologa, np. na zdjęciu możemy łatwiej odnaleźć pewne drobne ogniska w miąższu płucnym, jakieś drobne ognisko wewnątrz-kostne albo ciało obce, niż na sekcji, gdzie oba płuca trzeba badać na licznych przekrojach i rozdrutować starannie kość, co wprawdzie jest wykonalne, ale znacznie trudniej, niż dokonanie zdjęcia.

Pozatem radiolog ma tę wyższość, że może śledzić rozwój zmian anatomopatologicznych we wszystkich ich stadjach, powtarzając w pewnych odstępach czasu swe badania, i że dostępne mu są te stadj anatomopatologiczne, które prawie nigdy nie bywają przedmiotem sekcji, jak np. zmiany początkowe gruźlicze. Obecnie jesteśmy świadkami tego, jak radiologia kliniczna obala dogmaty z za-

kresu rozwoju infekcji gruźliczej w organizmie, jak o tem jeszcze wspomnę dokładniej poniżej, własnie udostępniając za pomocą autopsji *in vivo* śledzenie tych jej stadjów, które nie dochodzą do rąk anatomopatologa, ponieważ nie powodują śmierci.

Szczególnie ciekawie przedstawia się stosunek radiologii do autopsji chirurgicznej w zakresie patologii jamy brzusznej. Jak wiadomo, autopsja ta odbywa się w warunkach szczególnie trudnych, gdyż z jednej strony dostęp do jamy brzusznej jest ograniczony, zaś z drugiej chirurg z trudnością decyduje się na otwarcie części przewodu pokarmowego, w których nie widzi na zewnątrz lub nie wyzuwa wyraźnych zmian. A jednak, jak to wynika z obserwacji Carmana i prof. Schwarza, zmiany te, widoczne przy badaniu radiologicznem, istnieć mogą, mimo że ich chirurg po otwarciu jamy brzusznej ani zobaczyć, ani wymacać nie jest w stanie.

Byłoby bardzo pożądane, aby, jak to się już tu i ówdzie dzieje, badanie radiologiczne było wykonywane przy współudziale klinicysty, obznajmionego z danym przypadkiem, tak, aby sam on widział zmiany radiologiczne i aby mógł udzielić radiologowi wszelkich potrzebnych mu wiadomości. Dla ułatwienia tego wymagać należy, aby oddziały wewnętrzny i chirurgiczny mieściły się w bezpośrednim sąsiedztwie pracowni radiologicznej, o ile możliwości w tym samym budynku. Z drugiej strony znów radiolog powinien zawsze otrzymywać do przejrzania historję choroby po ukończeniu obserwacji, dane operacyjne i protokoły sekcyjne, gdyż w ten sposób będzie on mógł sprawdzać swe wnioski i przez to unikać błędów na przyszłość.

Nie należy to wcale do rzadkości, że klinicysta, przeprowadziwszy wszelkie badania, mimo to nie jest w stanie postawić pewnego rozpoznania. Wtedy obserwuje chorego i z dalszego przebiegu dochodzi do właściwej oceny.

W takim samym położeniu znajduje się nieraz i radiolog, i dlatego nie zawsze możemy oczekiwać konkretnej odpowiedzi na podstawie jednorazowego badania radiologicznego. Wobec tego, że niektóre zabiegi radjodjagnostyczne muszą trwać przez szereg dni, pożądanem byłoby, aby pracownie radiologiczne miały swe oddziały szpitalne, w których możnaby umieszczać chorych, wymagających dłuższego badania, w odpowiednich warunkach przygotowania.

Ale nawet tam, gdzie jedno badanie daje dość materiału rozpoznawczego, wskazane jest powtarzanie go co pewien czas, gdyż zebrany w ten sposób materiał obserwacyjny pozwoli na bardzo wszechstronną ocenę danego przypadku nie tylko w kierunku rozpoznawczym, ale też i w stosunku do przewidywania i do kontroli skuteczności zabiegów leczniczych. Oddawna takie badania stosują Vaquez i Bordet w przypadkach niedomogi mięśnia sercowego, gdyż daje to możliwość stwierdzenia reakcji serca na zastosowane leki, pozwala je właściwie dozować i wyciągać wnioski prognostyczne.

Największe jednak nieomal rewolucyjne znaczenie ma nowoczesna radjodjagnostyka w dziale ftizjologii, a to, po pierwsze, dzięki bardzo znacznemu udoskonaleniu techniki zdjęć płucnych, a po drugie dzięki seryjnym przez długie lata prowad-

dzonym obserwacjom radiologicznym. Więc najpierw pada od czasów Granchera ustalony dogmat o rozpoczynaniu się gruźlicy w szczytach i stopniowym rozwoju ku dolnym odcinkom płuc.

Następnie radiodjagnostyka wykazuje, że rozpad i tworzenie się jam, należy nietylko do końcowych okresów gruźlicy płucnej, lecz, że jamy, najczęściej t. zw. nieme, to znaczy niedające objawów przy badaniu fizycznym, mogą powstawać już w bardzo wczesnych okresach, a nawet w początkach cierpienia. Później okazuje się, że poprzednio znane obrazy gruźlicy prosówkowej płuc nie wyczerpują wszystkich jej postaci, że istnieją jeszcze inne formy o przebiegu mniej burzliwym, ze stanem podgorączkowym.

Pozatem pod wpływem radiodjagnostyki następuje całkowita rewizja poglądów na rozwój infekcji gruźliczej u dorosłego i na jej semiologję tak w zakresie objawów jam, jak też objawów początkowej gruźlicy. Niektórzy wybitni ftizjologowie posuwają się aż do zupełnego przewartościowania dawnych pojęć o objawach wypukowych i wysłuchowych początkowej gruźlicy (Rist, Redeker, Ulcini).

Wykroczyłbym poza ramy mego odczytu, gdybym chciał te działy szczegółowiej tu poruszać. Poświęcę natomiast jeszcze nieco uwagi trzem nowym metodom badania, t. j. cholecystografii, bronchografii i metrosalpingografii.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z oddziału obserwacyjnego Szpitala w Tworzech.

(Ordynator: J. HANDELSMAN).

Próby leczenia schizofrenji metodą Walbuma*).

Podał

Józef HANDELSMAN (Tworki).

Żadnej z dotychczasowych metod leczenia schizofrenji nie można uznać za podstawową; i, aczkolwiek próby leczenia prowadzone są od wielu lat, jednak wykonywane są raczej poomacku, bez usiłowania wpłynięcia na usunięcie przyczyn, które psychozę wywołują. Tembardziej nie mamy możliwości wpływania zasadniczego, ponieważ w znacznej większości przypadków, o ile niemal nie we wszystkich, nie wiemy, jaka jest etiologia tego cierpienia.

Doświadczenie kliniczne uczy nas, że spotyka się poprawy po zastrzykiwaniu nukleinianu sodu, niektórzy autorowie widzą poprawę po zastrzykiwaniu malarji, inni wreszcie wywołują gorączkę zastrzykiwaniami terpentyny lub też zakażając dorem powrotnym i t. d.**). Stanowczo jednak nie rzadziej, niż po tych metodach leczniczych następują remisje, niekiedy remisje dobre i długotrwałe z powrotem zdolności do pracy i bez żadnego leczenia***). Im przypadek przebiega ostrzej, tem więcej mamy nadziei na wyzdrowienie, w przypadkach schizofrenji katatonicznej rokowanie stawiamy zawsze bardziej optymistyczne, niż w innych postaciach schizofrenji. Wobec tego przy próbach leczenia różnymi metodami należy wypowiadać się z niesłychaną obiektywnością i ostrożnością i nie wolno nam na zasadzie niewielkiej stosunkowo liczby przypadków ostrych, leczonych jedną z metod powyższych, decydować stanowczo o dobrych wynikach leczenia,

gdy i bez leczenia mogłyby te przypadki mieć zejście względnie pomyślne. Leczenie schizofrenji organoterapią, zdaniem mojem, posiada grunt pewniejszy, bowiem jest oparte do pewnego stopnia na danych etiologicznych. W razie niedomogi lub nadmiernego wydzielania tego lub owego gruczołu dokrewnego można oczywiście przypuszczać, że podawanie odpowiednich preparatów gruczolowych może wpłynąć pomyślnie na samo cierpienie psychiczne. W bardzo wielu jednak przypadkach nie możemy spostrzec, jakie przedewszystkiem gruczoły wewnętrznego wydzielania uległy schorzeniu, i wtedy dajemy dla pewności preparaty wielogruczowe, próbując ich działania naoslep i nie mając przeważnie ich obiektywnego sprawdzianu.

Wyszukanie więc metody, któraby przez wpływanie na organizm pobudzała rozliczne czynniki obronne organizmu przeciw schizofrenji, byłoby niezwykle ważne. Takiej metody dotychczas nie posiadaliśmy, i wszelkie próby w tym kierunku należy popierać i kontrolować. Do takich metod ma należeć metoda Walbuma, leczenia ciężkimi metalami.

Walbum stwierdził przedewszystkiem na zasadzie bardzo wielu doświadczeń, że sole niektórych metali posiadają silny wpływ pobudzający bardzo wiele, prawdopodobnie wszystkie środki obronne organizmu przeciwko bakterjom i przeciw rozwojowi procesów infekcyjnych. Dalej stwierdził, że sole metali mogą zupełnie uodparniać zwierzęta doświadczalne przeciw infekcjom, przebiegającym zawsze śmiertelnie; zwiększają normalną zdolność odbudowy — spalania — toksyn bakteryjnych; mogą przeszkodzić w wywoływaniu wstrząsu; sole te w połączeniu z leczeniem wakcynami zwiększają w znacznym stopniu wydajność takiego sposobu leczenia. We wszystkich tych działaniach koncentracja soli metali (t. j. dawkowanie) gra nadzwyczaj ważną i decydującą rolę. Istnieje pewna koncentracja optymalna, gdy działanie jest najsilniejsze. Mniejsze dawki mają działanie minimalne albo żadne, większe mogą być szkodliwe, przyczem doza szkodliwa zazwyczaj leży znacznie niżej od dozy trującej tych metali.

Opierając się na tych wynikach badań Wal-

*) Wygłoszone jako odczyt na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich w Warszawie 29.V.28.

**) P. prace Wizla, Markuszewicza, Artwińskiego.

***). Odczyt Mateckiego na VIII Zjeździe Psychjatrów Polskich.

buma a także na doświadczeniach, stwierdzających wpływ pobudzający soli niektórych metali na gruczoły dokrewne, Reiter starał się tę metodę wprowadzić, jako metodę leczenia schizofrenji. Wychodząc z założenia, że w powstawaniu schizofrenji, jako moment etiologiczny często w grę wchodzi jakaś poważna toksykoza oraz cierpienie gruczołów dokrewnych, twierdzi, że *dementia praecox* musi być albo cierpieniem pierwotnem endokrynnem, albo infekcją toksyczną, albo i jednym i drugim, i dlatego leczenie solami metali będzie leczeniem przyczynowem tego cierpienia. Metalem, używanym przez Reitera, pierwotnie był mangan, w dalszych doświadczeniach leczniczych użył R. berylu. Mangan przygotowany został przez firmę Leo Insulin Comp. w Danji pod nazwą Metallosal-Mangan w ampułkach po 5 cm.³ ($MnCl_2 \cdot 4H_2O$, 0,02 mol) lub też w tabletkach jako Manganosan. Reiter przeprowadził leczenie ogółem u 50 osób z wynikiem następującym: 13 zupełnych remisji, 11 dobrych remisji, 8 remisji nieznacznych i przejściowych, w 17 przypadkach nie było poprawy, 1 osoba zmarła (stara katatonja, leczona manganem z *bact. coli*). Bardzo pomyślne wyniki lecznicze, przedstawione przez Reitera, trzykrotnie wyższy odsetek zwolnień, niż podawany przez Kraepelina, były niezmiernie zachęcające i pobudziły mnie do prób w tym kierunku. Dodać muszę ubocznie, że Reiter dla kontroli leczył 10 osób wakcyną tyfusową dożylnie oraz 10 osób malarją bez żadnych remisji. Oprócz leczenia samym manganem Reiter próbował leczenia skombinowanego manganem z preparatami gruczołów dokrewnych oraz manganu z *bact. coli*.

Do leczenia metodą Walbuma staraliśmy się wybrać, wbrew temu, jak radził Reiter, takich chorych, u których stosowano różne inne metody leczenia: zastrzykiwanie malarji, nukleinianu sodu, psychoterapię, i u których wszystkie te metody nie osiągnęły wyników pomyślnych, a to w tym celu, żeby móc obiektywnie sądzić o skuteczności działania tej metody. Wybieraliśmy więc chorych, będących w obserwacji naszej przez czas długi, od roku do paru lat. Ten sposób postępowania ma swoje złe strony, ponieważ w tej pierwszej serji nie mogliśmy stwierdzić wpływu leczenia w przypadkach ostrych (z wyjątkiem jednego przypadku, który omówię specjalnie); jednak postępowanie takie ma tę dobrą stronę, że w razie pomyślnego wyniku leczenia moglibyśmy śmiało decydować, że nie jest to samoistna remisja, lecz zależna właśnie od leczenia. Ogółem wybraliśmy do leczenia 30 chorych: 21 mężczyzn i 9 kobiet. Już na początku leczenia musieliśmy odrzucić 2 mężczyzn i 2 kobiety (w jednym przypadku z powodu trwałego stanu podgorączkowego, w drugim — z powodu stałego nadmiernie szybkiego opadania krwinek, w jednym przypadku z powodu tego, że chory źle znosił zastrzykiwania, w jednym przypadku wreszcie z powodów technicznych). Zanim przystępowaliśmy do właściwego leczenia chorych, kilkakrotnie się ich ważyło, mierzyło 2 razy dziennie ciepłotę ciała, dokonywało się badania krwi na odczyn Wassermanna, badało się mocz oraz kilkakrotnie badano krew na sedymentację (odczyn Biernackiego), i dopiero po dokładnem badaniu przystępowaliśmy do leczenia.

Przy wszystkich badaniach i zastrzykiwaniach był mi bardzo pomocny kolega Stanisław Mackiewicz, któremu za pomoc serdecznie dziękuję.

Leczenie zaczynaliśmy zawsze od małych dawek (0,5 płynu), stopniowo zwiększając; i kierując się przy zwiększaniu dawki reakcją na dokonane zastrzyknięcia (zastrzykiwaliśmy dożylnie), dochodziliśmy do całej ampułki 5,0; zastrzyknięcia dokonywaliśmy 2 razy tygodniowo, ogółem każdemu choremu 20 zastrzyknięć; po zakończeniu leczenia zastrzykiwaniami, zgodnie z przepisem Reitera, podawaliśmy w przeciągu kilku tygodni codziennie po jednej pastylce Manganosanu. Całe leczenie trwało średnio około 20 tygodni.

W czasie całego trwania leczenia stale przeprowadzaliśmy badania pomocnicze, badając moc, ciepłotę ciała, tętno, wagę ciała, wreszcie sedymentację krwi (przeciętnie u każdego chorego w przeciągu leczenia dokonaliśmy 10-krotnie badania odczynu Biernackiego — ogółem 270 badań). Mierzylismy również nieraz ciśnienie tętnicze. Musimy odrazu zastrzec się, że samo zastrzyknięcie jest absolutnie niebolesne, nieszkodliwe, nie wywołuje żadnych komplikacyj miejscowych. Małe dawki nie wywołują żadnej reakcji, w razie zastrzykiwania stopniowo coraz większych dawek następuje krótkotrwała reakcja ogólna, ciśnienie tętnicze wyraźnie spada, np.:

	przed zastrzyknięciem	w czasie	po	przed	w czasie	po
max.	155	135	145	max. 105	85	100
min.	115	100	105	min. 80	65	75

niekiedy o 25 mm. Hg., by wkrótce po paru minutach podnieść się prawie do normy, następuje krótkotrwałe przyspieszenie tętna, wyraźna kongestia twarzy i ogólne oszołomienie, trwające kilka minut. O ile występują te objawy, wtedy według Reitera, osiągnęliśmy t. zw. optymalną koncentrację—dawkę, i taką dawkę mamy stosować dalej, dopóki warunki reakcji nie zmieniają się; wtedy również zmienić musimy wielkość dawki, powiększając ją lub zmniejszając; u mężczyzn optymalna dawka waha się od 4,0–5,0, u kobiet od 2,5–3,0. Jak już wspomniałem, u każdego chorego badaliśmy krew na odczyn Biernackiego, t. j. na sedymentację; badanie to przeprowadziliśmy metodą Linsenmeyera.

Określonej normy szybkości opadania krwinek niema; faktem jest jednak pewnym, że szybkość opadania krwinek jest u kobiet blisko 2 razy większa, niż u mężczyzn; według Fritza, średnia normalna szybkość dla mężczyzn wynosi 10 godzin, dla kobiet — 4–6 godzin; według danych Linsenmeyera, dla mężczyzn blisko 6 godzin ściśle 332 min.) dla kobiet — 3 godziny (ściśle 182 min.).

Szybkość opadania krwinek u psychicznie chorych według różnych autorów jest rozmaita; Ring nprz. stwierdził nadzwyczaj szybką sedymentację u paralityków, encefalityków, przyspieszoną często u katatoników, natomiast Plaut aczkolwiek stwierdził przyspieszenie u paralityków, jednak normalną sedymentację u schizofreników łącznie z katatonikami. Ostatnio znów opisał Götze badanie sedymentacji u 74 chorych: 20 par. pr., 4 art., 16 schiz., 31 padaczkowców i stwierdził

w schizofrenji stosunki normalne. Müller widział wyraźne przyspieszenie sedimentacji w okresach końcowych (Endzustände) schizofrenji. Moje badania stwierdzają, że nie można mówić o przyspieszonej lub zwolnionej sedimentacji nie tylko w schizofrenji w ogóle, lecz nawet u jednego i tego samego chorego — wahania szybkości spostrzegaliśmy bowiem od 28 minut do 6 godzin u jednego chorego, do 54 godzin u niektórych chorych; przyczem badanie wykonywaliśmy zawsze w tych samych warunkach. Natomiast stwierdziliśmy prawie stale pewną stabilizację szybkości sedimentacji przy osiągnięciu optymalnej koncentracji — dawki manganu (lecz i tu nie było zupełnie stałej szybkości sedimentacji, wahania jedynie nie były zbyt wielkie); np.: u jednego chorego z schiz. katatoniczną przed rozpoczęciem leczenia szybkość sedimentacji wynosiła 54 godz., by po rozpoczęciu leczenia zwiększyć się do 20 godzin; a później do 8 godzin, na tej wysokości (8. 30 m., 9 g. 28 m., 8 g. 6 m., 8 g. 30 m.) trzyma się kilka tygodni, po zakończeniu zastrzykiwań zaczyna się szybko zmniejszać i dochodzi do 16 g. 28 m. U innego chorego natomiast z schiz. katatoniczną szybkość sedimentacji z 2 godz. 18 m. przed rozpoczęciem leczenia zmniejsza się do 5 godz. (4 g. 0.2 m., 5 g. 0.6 m., 5 g. 4 g. 23 m., 4 g. 30) i wreszcie utrzymuje się na 6 g. 30 m. U kobiet szybkość opadania krwinek w naszych badaniach jest również, jak i u innych autorów znacznie większa, niż u mężczyzn (z wahaniami od 19 min. do 73 min. u jednej chorej aż do 8 godzin u innych chorych).

Z pośród 25 leczonych manganem chorych było 2 parkinsoników pośpiączkowych, 22 z schizofrenją, 25-y wreszcie chory, mający niesłychanie silne natręstwa, b. inteligentny lekarz, leczony różnymi metodami bez skutku, widząc znakomite wyniki leczenia u jednego z chorych, sam prosił o wypróbowanie tego leczenia u niego. Z pośród 22 schizofreników 21 przypadków należy do przypadków przewlekłych, bez skłonności do remisji, leczonych bezowocnie przez szereg miesięcy innymi metodami; u wszystkich tych 21 chorych rozpoznanie było zdecydowanie ustalone (w przypadkach z niezupełnie pewnym rozpoznaniem leczenia tego nie stosowaliśmy), u każdego z nich szereg znanych objawów charakteryzował cierpienie. Przy podziale na poszczególne postaci zaliczyć należy do schizofrenji paranoidalnej 5 chorych, do schizofrenji katatonicznej — 7 chorych, do schizofrenji hebefrenicznej — 4 chorych, do schizofrenji zwyczajnej — 4 chorych, do schizofrenji późnej 1 chory. 22-gi chory urzędnik, lat 25, należy do przypadków świeższych; cierpienie trwało zaledwie parę miesięcy, nosiło charakter wyraźnie paranoidalny, jednak już po wyleczeniu chorego otrzymaliśmy dodatkowy wywiad, z którego okazuje się, że w etiologii cierpienia bardzo poważną rolę odgrywało przewlekłe nadużywanie alkoholu.

U obydwu parkinsoników nastąpiło pogorszenie stanu fizycznego. Co się tyczy schizofreników, to prawie u wszystkich nastąpiła pewna poprawa stanu fizycznego, wyrażająca się w pewnym przybytku wagi, wzmożeniu łaknienia, natomiast pod względem psychicznym u 13 osób leczo-

nych nie zauważyliśmy żadnej zmiany w stanie psychicznym, u 5 chorych (2 sch. simp., 2 sch. kat., 1 sch. hebefr.) nastąpiła poprawa o tyle tylko, że chorzy ci stali się nieco przystępniejsi, jeden z nich zajął się pracą na oddziale, jeden zaczął wykazywać pewne zainteresowanie; jednego z tych chorych wypisano ze szpitala; poprawy tej jednak remisją nie mógłbym nazwać; u 2-ch chorych nastąpiła remisja wyraźniejsza; zwłaszcza jeden z tych chorych, który dotychczas wypowiadał stereotypowo liczne urojenia prześladowcze i hipochondryczne, stale i natrętnie domagał się ucięcia palca, jako zgniłego i niepotrzebnego, nocami nie sypiał, był autystyczny, poprawił się o tyle, że stopniowo przestał wypowiadać urojenia, zaczął się coraz więcej interesować życiem oddziałowym, zaczął wykazywać pewną inicjatywę i z własnej inicjatywy zajął się pracą na oddziale, przestał być natrętny i stereotypowy.

Wreszcie u dwóch chorych (sch. paran.) poprawa poszła tak daleko, że jednego z tych chorych możemy nazwać zdrowym psychicznie; u drugiego zaś jest tak daleko idąca remisja, że mógł się on zająć swoją pracą zawodową (chory ten, lat 37, jest agentem Tow. Ubezpieczeń), zarabia (od pięciu miesięcy) dostatecznie na utrzymanie rodziny, jest pogodny i poza skargami na bóle głowy żadnych innych skarg nie ma. Rodzina chorego twierdzi, że zachowanie jego jest takie jak przed chorobą; chory na moje życzenie przyjeżdżał kilkakrotnie na badanie, i po za pewną dziwacznością i zmanierowaniem w sposobie mówienia, nadmierną grzecznością, stosunkowo może zbyt małym zainteresowaniem ogólnym i minimalnym automatyzmem, nie stwierdziliśmy obecnie żadnych wyraźnych cech patologicznych. Chory ten przechodził poprzednio leczenie nukleinianem sodu, leczenie malaryczne, wykazywał cały szereg cech wyraźnie schizofrenicznych; był bardzo dziwaczny, wybitnie autystyczny, zaniedbany, wypowiadał urojenia, był prawie zupełnie nieprzystępny, negatywistyczny, uparty, miał podniecenia, niekiedy z agresywnością, indolencję, uczuciowe zubożenie.

U drugiego chorego, lat 25, wypisanego ze szpitala przeszło 2 miesiące temu, żadnych zaburzeń psychicznych przy wypisaniu stwierdzić nie mogliśmy; jest to właśnie ten chory, który wypowiadał liczne urojenia, u którego jednak rozpoznanie przebytej schizofrenji napotyka pewne trudności ze względu na alkoholizm w wywiadach.

Streszczając wyniki naszych prób leczenia manganem, widzimy, że na 22-ch schizofreników zaledwie u 2-ch wyniki są bardzo pomyślne, u 2-ch zaś wyniki są niewielkie, a u trzynastu żadnych zmian miema. Uderzające jest tylko to, że poprawa stanu psychicznego nastąpiła we wszystkich 4-ch przypadkach właśnie w tej postaci schizofrenji, w której rokowanie jest zawsze najmniej pomyślne, mianowicie w postaci paranoidalnej. Wobec tego, że nie spostrzegaliśmy ani razu pogorszenia stanu psychicznego chorych naszych, że natomiast stan fizyczny dosyć często ulegał poprawie, uważamy za konieczne przeprowadzenie jeszcze prób na materiale świeżym. Aczkolwiek wyniki naszych prób bynajmniej nie są tak pomyślne

jak podaje entuzjastyczna praca Reitera, jednak ze względu na to, że nawet przy naszych nader krytycznych i obiektywnych próbach spostrzegaliśmy pewien odsetek remisji, których nie można było spodziewać się przed rozpoczęciem leczenia, i to mianowicie w schizofrenji paranoidalnej, stwierdzamy, że wprowadzenie do dotychczasowych metod leczenia schizofrenji metody Walbuma jest konieczne, tembardziej, że żadna dotychczasowa metoda nie daje dostatecznej rękojmi powodzenia.

PIŚMIENNICTWO.

G ö t z. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1928 113 B.
L ö w e n b e r g. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1924 93 B.
M ü l l e r. Monat. f. Psych. w Neur. 1925. Bd. 59. Reiter Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1927. 108 B. Reiter Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1927. 111 B. S a h l g r e n u G r ö n b e r g. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1925 96 B. W a l b u m. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1927 110 B.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe.

O nieżytach pospolitych jelita grubego.

Podał

B. GOLDSTEIN (Warszawa).

Sprawy nieżytowe jelita grubego obejmują dziedzinę patologji tak rozległą i tak etjologicznie różnorodną, że do dziś dnia nie zostały one ujęte w jakiś system kliniczny, odpowiadający potrzebom przeciętnego lekarza.

Z pośród rozmaitego rodzaju nieżytów jelita grubego najlepiej zdefiniowane i najłatwiejsze do rozpoznania są nieżyty swoiste, o etjologii pasorzytniczej względnie bakteryjnej z jednej strony, zaś nieżyty toksyczne z drugiej strony.

Pozostałe natomiast nieżyty o etjologii nieswoistej nie zostały jeszcze dostatecznie sprecyzowane i, jako całość grupowa, przedstawiają się dość chaotycznie.

Obejmują one, dwie dość luźno zresztą związane ze sobą grupy nieżytów — t. zw. nieżyty „pierwotne” i „wtórne”.

Pierwsze rozwijają się na tle zaburzeń równowagi spóżywania saprofitów jelitowych, zaburzeń zależnych od całego szeregu czynników wewnętrznych, konstytucjonalnych; szczególne znaczenie ostatnio przypisuje się czynnikom układu autonomicznego oraz zaburzeniom w równowadze kwasowo zasadowej treści, pod których wpływem zmienia się chemizm treści jelita, a co za tem idzie podłoże dla rozwoju drobnoustrojów, stale bytujących w jelitach. Drobnoustroje te, w pewnych warunkach, stają się chorobotwórcze dla ustroju gospodarza, czy to wskutek osłabienia odporności tegoż ustroju, czy to wskutek osiągnięcia przewagi przez jeden rodzaj bakterji, które dotychczas były równoważone przez inne bakterje o działaniu wprost przeciwnem (fermentacja gnilna a węglowodanowa).

Drugie — „wtórne” — zawdzięczają swe powstanie głównie zaburzeniom mechanicznym w przesuwaniu treści przewodu pokarmowego — innemi słowy: 1) Z a s t o j o w i k a ł u czy to na tle nowotworów, zrostów, skurczów i t. p. momentów mechanicznych, czy też na tle nienormalnego ułożenia jelita grubego, nienormalnej długości, względ-

nie szerokości, wreszcie na tle niedomogi mięśniówki jelita. 2) Z b y t s z y b k i e m u przesuwaniu się treści z górnych odcinków przewodu pokarmowego do dolnych, czy to na tle zaburzeń wydzielniczych, czy też neuro-motorycznych.

Jak widzimy, zarówno w pierwszej, jak i w drugiej grupie czynniki konstytucjonalne wysuwają się na pierwszy plan. W grupie pierwszej zmiana „podłoża” bakteryjnego zależy, jak mówiliśmy już, od układu autonomicznego oraz od równowagi jonów, czynników, jak wiemy, par excellence konstytucjonalnych. W grupie drugiej zastój kału zależy w rzędzie pierwszym od nienormalnego położenia kiszek oraz nienormalnej ich długości. Podłoże konstytucjonalne w tych przypadkach jest tak wyraźne, że np. Stierlin dopatruje się przyczyn częstszych zaburzeń jelitowych u rasy żydowskiej w przeciętnie zwiększonej długości kątnicy. Także zbyt szybkie przesuwanie treści w przewodzie pokarmowym jest b. często zależne od czynników konstytucjonalnych, przedewszystkiem neuro-motorycznych, a nawet braku soków trawiennych.

Dalszym czynnikiem etjologicznym wielkiej wagi w powstawaniu nieżytów jelitowych są zaburzenia układu nerwowego nie tylko natury czysto konstytucjonalnej, lecz i nabyte. Tak np. stwierdzono doświadczalnie, że przecięcie nerwu błędnego (K a t s c h k o w s k y), względnie nerwu trzewiowego (L i c h t e n b e l t) wywołuje bardzo ciężkie zaburzenia jelitowe.

Z czynników zewnętrznych, po za drobnoustrojami, których rola jest zrozumiała, wchodzi tu w grę czynniki termiczne (przeziębienie), a przedewszystkiem nieracjonalne odżywianie. Do tej sprawy wrócimy jeszcze później przy omawianiu leczenia nieżytów jelita grubego.

Zanim przejdziemy do omawiania patologji zaburzeń nieżytowych jelita grubego, przypomnimy pokrótce fizjologję tego odcinka kiszek.

Jelito grube anatomicznie dzieli się na szereg odcinków, oddzielonych zagięciami, o budowie dość podobnej. Fizjologicznie rozróżniamy natomiast 2 odcinki: bliższy (proksymalny) i dalszy (dystalny)

Bliższy, prawy, służy do formowania kału, do zagęszczenia go oraz do zakończenia procesu tra-

wiennego. Dalszy, lewy służy tylko jako zbiornik do gromadzenia kału, przyczem w procesie wydalenia, jako takim, bierze główny udział końcowy odcinek tegoż jelita lewego. Miejscem pogranicznym jest zagięcie śledzionowe okrężnicy, które już w życiu zarodkowym dzieli okrężnicę na 2 części: prawą, wykonywającą swój ontogenetyczny obrót, i lewą, która po. hodzi głównie z końcowego odcinka jelita zarodkowego i w obrocie powyższym udziału nie bierze.

Co się tyczy ruchów jelita grubego, to rozróżniamy zasadniczo 2 ich rodzaje: ruchy perystaltyczne, służące do przesuwania treści jelita, oraz ruchy mieszania, które nie przesuwają treści, tylko ugniatają i mieszają ją na miejscu, co się odbywa dzięki jednoczesnemu skurczowi mięśni podłużnych i okrężnych, jednakże z przewagą pierwszych.

Samo przesuwanie treści w kierunku odbytu nie jest czemś ciągłym. Treść zostaje przesunięta o pewien odcinek, tu następują ruchy mieszania, a dopiero, jeśli treść jest już dość zagęszczona, zostaje przesunięta dalej. O ile zagęszczanie to nie nastąpiło w dostatecznej mierze, to powstaje przesuwanie wsteczne oraz ponowne mieszanie i zgęszczanie do odpowiedniej konsystencji, dopiero potem treść posuwa się naprzód.

Wiadomości o ruchach treści jelitowej oparte są na danych rentgenologicznych, i dzięki nim też wiemy, że ruchy wsteczne nie są czemś nadzwyczajnym, bądź chorobowym.

W ciągu 12 do 24 godzin po spożyciu kał (treść do tego czasu zmieniała się w kał) przebywa w zstępnicy, potem w esicy, gdzie oczekuje na wydalenie.

W części prawej jelita grubego, odbywa się zagęszczenie przez wchłanianie wody — tak np. stolce płynne zawierają ok 90% wody, papkowate ok. 85%, miękkie — 80%, twarde zaś ok. 75 — 70% i mniej.

W kątnicy konsystencja kału jest płynna lub papkowata, odczyn kwaśny; znajdujemy w nim jeszcze resztki niestrawione pokarmów takich, jak cukier, skrobia (w otoczkach błonnik), białka i albumozy, tłuszcze obojętne, produkty rozszczepienia białek, jak tyrozyna, indol, skatol i t. p. wreszcie błonnik. Z fermentów spotyka się tu jedynie inwertazę. Wreszcie znajdujemy tu całą masę drobnoustrojów fermentacyjnych i gnilnych, których zadaniem jest ostateczny rozkład produktów trawienia.

Natomiast w końcowym odcinku jelita grubego stolec jest już sformowany, o wyraźnym zapachu kałowym, odczynie alkalicznym lub obojętnym. Z resztek pokarmowych występuje głównie błonnik w postaci włókien roślinnych, resztki włókien mięsnych oraz martwe bakterje w wielkiej liczbie.

Co się tyczy mechanizmu ruchów, to zależny on jest od autonomicznego układu nerwowego. W szeregu miejsc jelita znajdują się zwoje nerwowe analogiczne do zwojów automatycznych w sercu. Zwoje te wraz z nerwami układu autonomicznego kierują ruchami jelit. Od nich zależy także stan napięcia (*tonus*) mięśniówki, wydzielanie gruczołów, wreszcie i ból.

Przechodząc teraz do obrazu kliniczno-patologicznego nieżytyłów jelita grubego, zaznaczymy,

że schematycznie dadzą się one ująć w sposób następujący: 1) Zaburzenia ruchowe — zbyt szybkie, względnie zbyt powolne przesuwanie się treści jelit, innymi słowy — biegunka lub zaparcie. 2) Zaburzenia czynności chłonnowydzielniczej jelita, a więc upośledzone lub zwiększone wchłanianie składników pokarmowych, skąpe lub nadmierne wydzielanie gruczołów trawiennych i śluzowych. 3) Zaburzenia odruchowo nerwowe, które z jednej strony objawiają się jako bóle, skurcze porażenia i t. p. w obrębie jelita samego, z drugiej strony powodują odruchowe zaburzenia innych narządów ustroju.

Jeżeli chodzi o klasyfikację samych nieżytyłów, to można je podzielić w sposób następujący:

I. Nieżyty ostre i przewlekłe.

II. Nieżyty zwykłe — śluzowe, ciężkie — wrzodziejace oraz wytwórcze — nacieczeniowe.

III. Nieżyty odcinka prawego i lewego.

Jeżelibyśmy chcieli teraz zestawzić powyższe grupy, to zobaczymy, że częstokroć nie pokrywają się one wcale, i powstaje cały szereg postaci mieszanych, przejściowych. Stąd też cała trudność systematyzowania spraw nieżytywych jelita grubego, tembardziej, że istnieje cały szereg stanów chorobowych, niewątpliwie zbliżonych do t. zw. nieżytyłów właściwych, które jednak do żadnej kategorii całkowicie nie dadzą się zaliczyć, jak na przykład biegunki fermentacyjne i gnilne.

Przechodząc teraz do strony czysto klinicznej, zaznaczyć należy, że w sprawach cierpień jelita poza właściwym badaniem fizykalnym, które daje stosunkowo niewiele wyników, na pierwszy plan wysuwają się badania laboratoryjne, a więc endoskopia, badanie rentgenologiczne jelita grubego, wreszcie badania chemiczno-mikroskopowe kału. Badania te, łącznie wzięte, pouczają nas co do umiejscowienia schorzenia, jego natury, (tak często swojej), natężenia procesu chorobowego, wreszcie przebiegu klinicznego, względnie wyzdrowienia.

Badanie rentgenologiczne jelita grubego wywalczyło sobie w ostatnim dziesięciu lat prawo obywatelstwa w dziedzinie dżagnostyki chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Schwarzer, Stierlin, Aubourg, Cole i inni oparli rentgeno-dżagnostykę na mocnych podstawach.

Badanie rentgenologiczne daje nam pojęcie o szybkości przesuwania się treści w przewodzie pokarmowym, o zboczeniach rozwojowych, topograficznych, o uchyłkach, o stanie skurczu lub porażenia tego czy innego odcinka jelita, poniekąd nawet o stopniu schorzenia.

Badanie może być przeprowadzone w sposób dwojaki — za pomocą posiłku barytowego lub też za pomocą ławatywy barytowej.

Posiłek barytowy jest poniekąd bardziej, fizjologiczny, niż ławatywa, dla jelita, szczególnie zaś dla jelita chorego — to też dane, otrzymane tą drogą, są bardziej pouczające. Wadą tego sposobu jest zbyt długi okres czasu, wymagany dla przesłędzenia wędrówki barytu przez cały przewód pokarmowy. Z drugiej strony obraz wypełnionego jelita, otrzymany drogą doustną, nie jest ciągły, co staramy się poprawić w ten sposób, że podajemy pacjentowi 3 porcje barytu w odstępach 4-godzinnych. Sposób ten nie zawsze się jednak udaje, to też często musimy się uciec

do drugiego sposobu badania, do lawatywy barytowej.

Lawatywa kontrastowa daje w bardzo szybkim czasie obraz jelita grubego, ma jednak tę wadę, że jest metodą нефизjologiczną. Skurcze, występujące w obrazie rentgenologicznym, często utrudniają ściśle rozpoznanie cierpienia, tak samo, jak rozległe przestrzenie atoniczne w obrazie rentgenowskim, wcale nie odpowiadające obrazowi klinicznemu. Często więc trzeba zastosować obydwa sposoby badania. Bada się przytem zarówno obraz statyczny w postaci rentgenogramu, jakoteż obraz kinetyczny, śledząc ruchy cieni masy kontrastowej szczególnie przy stosowaniu lawatywy.

Badanie rektoskopowe daje nam pojęcie o stanie śluzówki końcowego odcinka jelita grubego aż do esicy włącznie (30 cm. od otworu odbytniczego). Ze względu na to, że wiele spraw, zajmujących całe jelito grube, wykazuje takie same zmiany również w odcinkach niższych, badanie rektoskopowe często oddaje nam cenne usługi także w nieżytach ogólnych jelita grubego. Oczywiście, specjalne znaczenie ma badanie endoskopowe w przypadkach zajęcia odcinka wydalniczego jelita.

Wreszcie badanie chemiczno-mikroskopowe poucza nas o stanie chemizmu jelitowego, o stopniu przerobienia masy pokarmowej, o drobnoustrojach i pasorzytach jelita, o chorobowych domieszkach, występujących w kale, a pochodzących z takich czy innych tworów patologicznych.

Do takich domieszek należą więc: białko, śluz, krew, ropa, pasorzyty i ich jaja i t. p.

Wreszcie pod mikroskopem widzimy resztki pokarmowe w postaci normalnej (t. j. takie jakie bywają w stolcu normalnym) i takie, które zdarzają się w przypadkach chorobowych, a więc włókna roślinne, ziarna skrobi, tłuszcze obojętne, kwasy tłuszczowe, włókna mięsne, tkanka łączna, jądra komórek i t. p.

W celu ułatwienia rozpoznania w cierpieniach jelita i oceny jego czynności, wprowadził A. Schmidt swoją słynną próbną djete, którą podaje się choremu przez 2—3 dni zrzędu. Djeta ta (skład podany jest w każdym podręczniku) zawiera m. in. mięso, tłuszcze oraz skrobię w określonych ilościach, dających możność badania stopnia strawienia poszczególnych jej składników (ewent. podaje się także tkankę łączną w postaci surowej szynki, jeżeli chodzi o zbadanie czynności trawiennej żołądka).

Przy ocenianiu obrazu resztek pokarmowych należy brać pod uwagę ewentualne cierpienia żołądka, trzustki, wątroby a także szybkość przesuwania treści, w biegunkach bowiem trawienia jelitowego właściwie prawie że niema.

Skrobia zostaje strawiona w jelicie powyżej zastawki Bauhina, tak, że w kale normalnym znajduje się w drobnych bardzo ilościach. W stanach nieżytych jelita cienkiego występuje obficie (nie w nieżytach jelita grubego).

Jako ciekawy składnik stolca patologicznego przy dziecie próbnej, podaje Schmidt obecność laseczników, zawierających t. zw. granulację (barwią się Lugolem na niebiesko). Mają one być dowodem zaburzeń w trawieniu węglowodanów.

W stolicach gnilnych występują natomiast inne drobnoustroje.

Jak widzimy więc, badanie drobnowidowe szczególnie przy podaniu próbnej djety ma znacznie pierwszorzędne szczególnie w rozpoznawaniu stanów takich, jak niestrawność fermentacyjna czy gnilna, które pod względem klinicznym zbliżają się do nieżytów jelita grubego prawego.

Po za schorzeniami właściwymi jelita grubego natury nieżytowej, istnieje cały szereg cierpień, które są tylko niejako odczynem jelita na zaburzenia, powstające w innym zupełnie narządzie.

Z takich organów, oddziaływających na jelita, należy wymienić na pierwszym miejscu żołądek i układ krwionośny.

Przejdziemy teraz do opisu symptomatologii nieżytów jelita o t. zw. etiologii banalnej. Wypadnie nam podzielić je na kilka grup.

Do pierwszej grupy zaliczymy nieżyty jelita u dzieci. Występują one głównie u dzieci w wieku od lat dwu.

Nieżyty u dzieci powstają niewątpliwie na tle usposobienia dziedzicznego, t. zw. terenu patologicznego przewodu pokarmowego.

Co do etiologii, to głównie wchodzi w grę nadmierne i niewłaściwe odżywianie dzieci; młodszych mlekiem starszych zaś mięsem czy jajami, czyli jednym słowem pokarmami białkowymi.

Z tego punktu widzenia ta grupa nieżytów jelita zbliżałaby się poniekąd do t. zw. biegunki gnilnej Schmidta, ze względu jednakże na inne cechy nieżytów jelita wieku dziecięcego omówić należy je oddzielnie.

Drugim momentem, sprzyjającym powstawaniu nieżytów jelita u dzieci, są zakażenia jamy nosowo-gardzielowej. Nieżyty miałyby w tym wypadku powstawać według jednych drogą zakażenia wskutek połykania wydzielin jamy nosogardzielowej, według innych zaś drogą krwi.

W każdym razie zależność pomiędzy temi cierpieniami niewątpliwie istnieje.

Trzecią przyczyną powstawania nieżytów jelita u dzieci są choroby zakaźne.

Wreszcie oddzielnie wymienić należy istnienie nieżytów o etiologii niezupełnie wyraźnej.

Z cech charakterystycznych nieżytów jelita u dzieci wymienić należy następujące: gorączka, wymioty, objawy zatrucia ogólne i nerwowe. Jednym słowem, obraz kliniczny choroby jest opanowany przez t. zw. objawy ogólne podczas gdy objawy miejscowe ustępują na plan drugi. U osobników dorosłych stosunki są odwrotne.

Najczęściej sprawy nieżytowe u dzieci mają przebieg lekki, zdarzają się jednak i ciężkie przypadki, szczególnie w miesiącach letnich.

„Gros“ przypadków stanowią nieżyty ostre, zaś postacię przewlekłą są rzadsze, aniżeli u dorosłych, jednakże również dość częste.

Nie będziemy się zajmowali specjalnie nieżytymi dziecięcymi, zaznaczymy tylko, że zasadniczym postępowaniem w tych sprawach jest usunięcie z pożywienia dziecka tych substancji, które mogły wywołać u niego objawy zatrucia jelitowego, a więc przede wszystkim pokarmów białkowych. Następnie należy usunąć już spożyte pokarmy tego rodzaju z obrotu przewodu pokarmowego — a więc dać środki przeczyszczające. Wreszcie należy symptomatycznie zwalczać poszczególne objawy chorobowe.

Przechodzimy teraz do opisu nieżytych jelita grubego u osobników dorosłych.

Tutaj również należy podkreślić specjalną skłonność do tego cierpienia u pewnych osobników. Tacy pacjenci zwykle podają, że już od wielu lat, czasem już od dzieciństwa mieli słaby żołądek, cierpieli na biegunki lub też, przeciwnie, na zaparcie. Nierzadko spotyka się takie w wywiadach jakąś chorobę zakaźną o lokalizacji jelitowej. Niekiedy znowu nieżyt jelita sprowadza się do zatrucia pokarmowego czy to wskutek spożywania nieświeżych pokarmów, czy też wskutek nadmiernego spożywania substancji białkowych, przy zmniejszonej odporności ustroju wobec produktów rozpadu białek. Są wreszcie przypadki, w których nie możemy wykazać żadnej widocznej etiologii.

W przeciwstawieniu do nieżytów jelita wieku dziecięcego u osób dorosłych na pierwszym miejscu występują objawy miejscowe: bóle w dolnej części brzucha, bolesne parcie na stolec, śluzowe stolce, które zawierają niekiedy domieszkę krwi czy ropy. Nieżyty osób dorosłych zdradzają silną tendencję do nawrotów.

Długotrwałe biegunki wraz z działaniem ogólnym nieżyty na ustrój doprowadzić mogą do daleko idącego wyniszczenia, a nawet do śmierci.

Co do postaci klinicznych, to można podzielić nieżyty na ostre i przewlekłe.

Ostre nieżyty cechują się bólami w dolnej części brzucha rozmaitego natężenia, o charakterze kurczowym, burczeniami i przelewaniem treści jelitowej oraz stolcami mniej lub więcej płynnymi.

Stolce stają się coraz bardziej wodniste, widać w nich śluz, strzępy błoniaste, krew, czasem ropę.

Zazwyczaj występuje silne parcie na stolec, a nawet na moczu. Temperatura trzyma się w granicach 38° — $38,5^{\circ}$. Brzuch staje się twardy szczególnie wzdłuż przebiegu okrężnicy można niekiedy wyczuć twarde, kielbaskowate jelito grube, najczęściej jeszcze t. zw. jelito esowate i zstępnice.

W przypadkach lżejszych sprawa potrochu się uspakaja, stolce stają się bardziej gęste, ciepłota opada do normy. Leczą chory przez długi jeszcze czas ma wybitną skłonność do nawrotów.

Czasem sprawa przechodzi w t. zw. nieżyt śluzowo-błoniasty jelita.

W przypadkach ciężkich przebieg jest bardzo ostry. Stolce są krwawe, czasem ropne. Stan ogólny jest ciężki wskutek zakażenia ogólnego ustroju. Badania laboratoryjne naogół nie są w stanie wykazać swoistej etiologii.

W sprawach ciężkich o charakterze nieżyty wrzodziejacego zejście niepomysłne jest częste, nawet pomimo założenia odbytu sztucznego wyłaczającego całe jelito grube.

Co się tyczy nieżytów przewlekłych, to one właśnie nasuwają najwięcej trudności pod względem rozpoznawczym.

Zazwyczaj z pojęciem nieżyty łączy się najczęściej główne jego objawy t. j. biegunkę i zaparcie. Atoli wiemy, że może istnieć biegunka, względnie zaparcie bez właściwego „nieżyty”.

Istnieje poza tem cały szereg spraw chorobowych, które stoją na pograniczu zwykłych biegunek czy zaparc, a właściwych nieżytów.

(Dok. nast.).

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Fizjologia normalna i patologiczna.

K. BECKMANN. *Wątroba a przemiana mineralna.* (Deutsch Arch. f. Klin. Med. Tom 160. zeszyt 1/2).

Autor wstrzykiwał roztwory rozmaitych soli do żyły wrotnej i badał potem krew, chłonce oraz żółć. Określał w ten sposób podział wody jako też jonów pomiędzy poszczególne drogi odpływowe oraz zatrzymanie ich przez miąższ wątrobowy.

Podczas kiedy odpływ wody do krwi zachowuje się dość obojętnie wobec zmian poszczególnych jonów mineralnych, odpływ na drodze chłonki i żółci waha się w zależności od odnośnego jonu.

Tak np. KCl i Na HCO₃ wywierają wpływ hamujący. Ca Cl₂ zaś wpływ wzmagający. Na Cl i Na₂ HPO₄ — wzmożenie odpływu płynu przez chłonce a zmniejszenie przez żółć. Jon sodowy, doprowadzony w ilości miernej, zostaje niemal całkowicie zatrzymany w wątrobie. Przy dowożeniu nadmiernym nadwyżka zostaje wydalona głównie przez żółć, mniej przez limfę. Natomiast do odprowadzania jonu wapnia służy głównie krew. Odsetek zawartości wapnia w żółci może przytem wzrastać, choć tą drogą tylko nieznaczne ilości są wydalone zazwyczaj.

Podobnie zachowują się jony potasu — nadmiar ich wydala się drogą krwi, a nie inną. Czasem ilość potasu, oddawana do krwi, jest większa, aniżeli ilość wogóle doprowadzana.

Jony chloru zostają głównie zatrzymane w wątrobie,

w drogach odpływowych znajduje się tylko nieznaczna ilość tego rodzaju jonów.

Dwuwęglany po początkowym zatrzymaniu przez miąższ wątrobowy zostają w znacznej ilości wydzielone drogą żółci, znacznie mniej w chłonce, a w zupełnie drobnej ilości we krwi. Pomimo tak stosunkowo obfitego wydalenia z żółcią, pozostaje jeszcze w miąższu wątrobowym część dwuwęglanów.

Fosfor nieorganiczny zostaje wydalaný głównie drogą krwi i limfy, w żółci znajdują się tylko nieznaczne ilości fosforu.

W wyniku badań swych autor stwierdza, że wątroba jest nader precyzyjnym regulatorem równowagi jonów w ustroju.

Wątroba utrzymuje również równowagę jonów w chłonce, przepływającej przez nią. Wahania w chłonce, występujące w późniejszych okresach, nie są zależne od wątroby, lecz od domieszek chłonki, mieszającej się z chłonce, idącą poprzez wątrobę przed waniem się do przewodu piersiowego.

Dzięki powrotnemu wchłanianiu żółci wytwarza się rodzaj krążenia, którego zadaniem jest osłabianie dużych wahań, powstających na skutek doprowadzenia większej ilości którejkolwiek jonu, co ma bardzo ważne znaczenie fizjologiczne

B. Goldstein

SALOMON. *O wydzielaniu cholesteryny przez jelita.* (Arch. f. Vrdkrh. Tom 41. Zesz. 3 — 4).

Autor przypuszcza, iż cholesteryna nie zostaje całkowicie wydzielona drogą żółci, lecz iż znaczną jej część wydziela śluzówka jelitowa.

W przypadkach zupełnego i dłuższego zamknięcia przewodu żółciowego można stwierdzić we krwi znaczne zwiększenie ilości bilirubiny przy zupełnie normalnej wartości cholesterolu. Rosenthal i Holzer znaleźli tutaj w wątrobie, nerkach, nadnerczach i śledzionie raczej zmniejszoną zawartość cholesterolu.

Objaw ten tłumaczy zmniejszeniem jej tworzeniem się w cholemicznym organizmie względnie obniżeniem wchłanianiem. Salomon podaje jeszcze inną możliwość: wydzielanie cholesterolu przez ścianę jelitową.

Józef Nusbaum

K. HOSOI, W. C. ALWAREZ i F. C. MANN. **O wchłanianiu pokarmów w jelicie.** (Arch. of Int. Medicine 1928 r. Nr. 1).

Autorzy dowodzą, że najlepszym z pożywień małoszlakowych jest chude mięso. Do tego można dodawać: ryż, twarde jaja, cukry (prócz mlecznego) i nieduże ilości soków owocowych, herbaty i kawy. Najlepsze wyniki daje częste a małe dawkowanie pokarmów. Badania na psach wykazały, że w przypadkach suchej diety mniej treści dochodzi do jelita grubego, z czego autorzy wnioskuje, że w przyp., gdy się chce uniknąć ruchów jelit, mleko jest przeciwwskazane.

B. Goldstein

Biologia.

WOHLGEMUTH. **O wpływie hormonów na chemizm komórek.** (Deutsch med. Woch. Nr. 20. 1928).

Aut. badał wpływ różnych hormonów na przebieg zjawiska oddychania i glikolizy poszczególnych narządów. Oddychanie skóry (badanie met. Warburga) najsilniej pobudza wyciąg z grucz. tarczowego i gruczołów płciowych; insulina obniża przebieg oddychania skóry. Wzrost oddychania pod wpływem tarczycy otrzymywał Dresel dla nerek i wątroby.

W. otrzymywał najlepsze działanie hormonów, stosując dawki małe, gdy dawki większe posiadały wpływ niekiedy hamujący.

Wynik działania hormonów na dany narząd zależy od jego własnej zawartości tych hormonów. Jednakże ten sam hormon może różnie oddziaływać na poszczególne narządy.

M. Goldman junior

HETCH, SCHLOSSBERGER, WICHMANN. **Badania doświadczalne nad określaniem wartości tuberkuliny.** (Deutsch. med. Woch. Nr. 15 1928).

Badania nad określaniem jakości tuberkulin zajmują odrębne miejsce wśród różnych metod badania produktów biologicznych, głównie dzięki temu, że istota czynna tuberkuliny nie posiada charakteru jadu w znaczeniu jadu błonicy lub tężca. Również brak własności antygenu i odrębność tuberkuliny oraz białka laseczników gruźlicy były powodem niepowodzeń określania wartości tuberkuliny metodą precypitacji i wiązania dopełniacza.

Czynnik działający w tuberkulinie posiada bezwzględną swoistość dlatego też wszelkie badania możliwe są tylko na osobnikach gruźliczych. Różnice osobnicze gruźliczych świnek w stosunku do różnej wrażliwości na tuberkulinę dają się wyrównać przez uprzednie doskórne wprowadzanie tuberkuliny i następnie korzystanie w doświadczeniach ze świnek, które jednakowo na tuberkulinę oddziaływały.

Metoda spermatocytowa, podana przez E. K. Longa, również nie nadaje się do określania jakości tuberkuliny, jest jednak bezpośrednim dowodem jej swoistego działania.

Autorom nie udało się wykazać ściślej zależności działania tuberkuliny od stężenia jonów wodorowych. Związek onanganu, adrenalina nie wpływały na przebieg odczynu tuberkulinowego.

Promienie pozafioletkowe oraz formalina osłabiały, wzgl. znosiły swoiste działanie tuberkuliny.

Przenoszenie wrażliwości tuberkulinowej ze świnek gruźliczych na zwierzęta niezażone przez przeszczepianie narządów lub krwi — pozostało bez wyniku.

M. Goldman junior.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

E. CHABROL i M. MAXIMIN. **Badania nad zawartością soli żółciowych we krwi.** (Paris médical 1928 Nr. 20).

Autorzy przeprowadzili badania nad działaniem soli żółciowych, wprowadzonych do krwiobiegu, na ustrój zwierzęcy i ludzki.

Pod wpływem soli żółciowych, wprowadzonych dożylnie do ustroju, napięcie powierzchniowe moczu obniża się. Obniżenie to trwa u osobników o wątrobie zdrowej krótko (4 — 8 godz.), u osobników zaś o chorej wątrobie obniżenie to przeciąga się i daje się wykazać (za pomocą stalagmometru) jeszcze w kilkanaście godzin po wstrzyknięciu.

Z drugiej strony także ilość barwników żółciowych we krwi wzrasta po zastrzyknięciu soli żółciowych. Wzrost ten jest szczególnie wybitny u osób z zaburzeniami czynności wątrobowej.

Ilość soli powinna wynosić 2 — 3 gramów, przeszkodą do dokładniejszego oznaczenia dawki jest niestałość składu preparatów fabrycznych.

W dziedzinie leczenia — sole żółciowe powinny znaleźć szersze zastosowanie, przede wszystkim w dziedzinie t. zw. żółtaczek kataralnych.

Leczenie solami żółciowymi zbliża się poniekąd do proteinoterapii.

Niektóre zakażenia dróg żółciowych nadają się specjalnie do leczenia solami żółciowymi co staje się zrozumiałem, jeżeli wziąć pod uwagę działanie bakterjobójcze soli żółciowych na pneumokokki lub krętki Ina d y - l d o.

B. Goldstein.

MINOT, MURPHY i STETSON. **Oddziaływanie retikulocytów na leczenie wątroby.** (Am. Journ. Med. Sciences Nr. 5 z r. 1928).

Minot i tow. uważają, że niedokrewność w anemii pernicioza polega na zaburzeniu przetwarzania się komórek pierwotnych szpiku kostnego w dojrzałe czerwone ciała.

Po podaniu znaczniejszych ilości wątroby, nerek lub skutecznych wyciągów wątrobowych następuje zazwyczaj wyraźny, szybki, aczkolwiek tylko czasowy wzrost liczby retikulocytów we krwi obwodowej. Liczba retikulocytów pozostaje zwiększona przez jakie 9 dni.

Odczyn retikulocytowy (jak to wykaza o na 150 przypadkach) przypisywany jest specyficznemu czynnikowi pierwiastkom, wywołującym wzrost i przetwarzanie się komórek szpikowych w elementy dojrzałe, prawdopodobnie przyspieszając ten cykl ich ewolucji czy też wogóle go umożliwiając.

Wysokość procentowa liczby retikulocytów jest w stosunku odwrotnym do liczby czerwonych ciałek krwi. Pacjenci, którzy mają więcej niż 3 miliony czerwonych ciałek, zazwyczaj dają tylko słaby odczyn retikulocytowy. We wszystkich jednakże przypadkach leczenie wątroby w dostatecznej ilości sprowadza normalne stosunki erytrocytów.

Łącznie z odczynem retikulocytowym również inne elementy szpikowe zjawiają się we krwi w zwiększonej ilości, jak np. białe ciała czy płytki.

Jeżeli leczenie wątrobowe rozpoczęto w okresie samostnej poprawy lub tuż po jego stwierdzeniu, skutki leczenia nie ukażą się.

Podawanie dużych ilości wątroby osobom zdrowym nie wywołuje odczynu retikulocytowego.

Odczyn retikulocytowy może wypaść dodatnio także w przypadkach niedokrewności niezłotliwej lecz brak go zu-

pełnie, względnie jest on tylko słabo zaznaczony — w przypadkach niedokrewności wtórnej. Tak, na przykład, niektóre przypadki niedokrewności o etiologii nieznannej oraz na tle cięży wykazały wybitny odczyn retikulocytowy. Takież wyniki otrzymano w przypadkach niedokrewności na tle robaków i w t. zw. „sprue“.

B. G.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

∞ Dr. med. Witold SZUMLAŃSKI. *Pielęgnowanie ucha i ochrona słuchu*. Z 10 rycinami. Biblioteczka higieniczna. Zesz. XIII. Książnica—Atlas, Warszawa 1928. Str. 30.

Jest to popularna, bardzo przystępnie i z talentem pedagogicznym napisana broszurka, zawierająca najniezbędniejsze wiadomości z anatomii i fizjologii ucha oraz rady praktyczne z dziedziny higieny tego narządu.

Książeczka ta stanowi pożyteczne wzbogacenie naszych popularnych wydawnictw lekarskich i powinna znaleźć liczne grono czytelników, zwłaszcza wśród rodziców i wychowawców.

Kilka drobnych usterek pozwalam sobie wymienić. Na str. 15, gdzie jest mowa o wkładaniu sobie do ucha rozmaitych przedmiotów, należałoby zwrócić uwagę rodziców, że bywa to u dzieci często surogatem onanizmu.

Wątpliwą jest rzeczą, aby oddychanie ustami mogło być u dzieci następstwem złego przyzwyczajenia (str. 23); oddychanie ustami jest tak męczące i przykre, że tylko z musu może być robione.

Wreszcie w zdaniu: ustrój dziecka gorączkującego ... jest ... odporniejszy na działanie środków leczniczych — powinno być zapewne: odporniejszy (str. 47).

Z. Srebrny.

R CAUSSÉ. *Jonizacja cynku w leczeniu chorób uszów*. (Ann. d. mal. de l'oreille etc. Nr. 1, 1928).

Cynk wywiera działanie bakterjobójcze oraz łatwo łączy się z tkankami. Posiada on i tę własność, że podczas jonizacji roztworów cynkowych nie tylko działa na powierzchnię tkanek, lecz również wnika w głąb.

Jonizację cynku zastosowano w otarycji. Metodą tą leczą się skutecznie różne postaci ropnego zapalenia ucha środkowego.

J. Tencer.

VERNIEUWE. *Porażenia nerwu odwodzącego w przebiegu zapalenia ucha*. Kazuistyka. Patogeneza. (Revue de laryng., d'otol. et de rhin. Nr. 4, 1928 r.).

Do zespołu Gradenigo należą, jak wiadomo, następujące objawy: zapalenie ostre ucha środkowego, bóle uporczywe głowy, porażenie nerwu odwodzącego. Objawy te w licznych przypadkach dają się wytłumaczyć zmianami anatomicznymi wierzchołka kości skalistej. Jednakże nie można w ten sposób wyjaśnić tych przypadków, w których porażenie nerwu V! wystąpiło nie po stronie chorego ucha, lecz po przeciwnej. Wyłoniły się wobec tego inne poglądy. Niektórzy uważają, iż zespół Gradenigo jest skutkiem surowiczego zapalenia opon mózgowych. Pogląd ten trudno uznać za słuszny, ponieważ w wielu przypadkach omawianego zespołu nie można było stwierdzić wybitniejszych zmian ani w ilości, ani w ciśnieniu płynu mózgoworodzeniowego. Również i teoria odruchowa trudna jest do przyjęcia.

Autor przychylił się do poglądów tych badaczy, którzy porażenie nerwu odwodzącego tłumaczą zmianami toksycznymi i zapalnymi, zachodzącymi w nerwie.

J. Tencer.

E. CHARSHAK. *Przypadek podwiązania tętnicy szyjnej wewnętrznej wskutek kilkakrotnego krwawienia z ucha*

po dokonanej operacji doszczętniej. (Zeitschr. f. Hals., Nas. u. Ohrheilk., t. 19. z. 4).

Podczas usuwania martwaka z jamy pooperacyjnej w kilkanaście dni po dokonaniu operacji doszczętniej, powstał bardzo silny krwotok tętniczy, który udało się zatrzymać przy pomocy tamponady i opatrunku uciskowego. Przy każdej próbie usunięcia tamponów występowało obfite krwawienie. Wobec tego podwiązano tętnicę szyjną wewnętrzną, poczem krwawienie całkowicie ustało.

Przypadki krwotoków z tętnicy szyjnej są niezmiernie rzadkie, zejście zaś ich przeważnie jest niepomysłne.

J. Tencer.

R. MARTIN. *Zapalenie migdałków, jako choroba i odczyn*. (Therapie d. Gegenwart, Nr. 3, 1928).

Naogół panuje pogląd, że migdałki bronią ustroju przed wnikaniem zarazków chorobotwórczych. Jako wyraz tej obrony powstaje zapalenie migdałków. Na tem jednakże rola ich nie wyczerpuje się. W wielu toczących się sprawach zakaźnych migdałki wykazują odczyn dopiero następczo. Odczyn ten należy uważać nie za chorobę migdałków, lecz za podrażnienie fizjologiczne, które świadczy o wzmożonej walce migdałków z zakażeniem.

Należy ściśle odgraniczać pierwotne zapalenie migdałków od odczynu wtórnego, ponieważ leczenie w obydwu sprawach jest różne.

J. Tencer.

F. HUTTER. *W sprawie leczenia ropni okołomigdałkowych*. (Med. Klin. N. 8 1928).

Punktem wyjścia ropnia okołomigdałkowego jest zazwyczaj górny biegun migdałka. Wskutek toczącej się tutaj przewlekłej sprawy zapalnej jama ponadmigdałkowa zostaje zamknięta od dołu. Bardzo łatwo dochodzi do zaostrenia się procesu w tej jamie, i wtedy sprawa chorobowa szerzy się w kierunku przedniego łuku podniebiennej.

Zgodnie z temi przesłankami, autor oddziela w okresie tworzenia się ropnia okołomigdałkowego za pomocą specjalnego przyrządu połączenie pomiędzy migdałkiem a łukami podniebionymi w górnej części, docierając w ten sposób do jamy ponadmigdałkowej. Dzięki temu postępowaniu udaje się w wielu przypadkach zapobiec powstaniu ropnia okołomigdałkowego oraz wybitnie skrócić czas choroby.

J. Tencer.

A. TAVIANI. *Gruźlica krtani a leczenie światłem*. (Revue de lar. d'ot. et de rhin. N. 3 1928).

Autor obserwował chorego z dość posuniętą gruźlicą krtani. Leczenie zwykłymi sposobami nie dawało pomyślnego wyniku. Wobec tego autor przeszedł do naświetlań krtani promieniami słonecznymi. Po 3 miesięcznym leczeniu tą metodą zdrowie chorego uległo znacznej poprawie, badanie zaś krtani wykazało prawie zupełne cołnięcie się zmian chorobowych.

Leczenie gruźlicy krtani naświetlaniami słonecznymi jest skuteczne jedynie w przypadkach dobrego stanu ogólnego chorego oraz przy niezbyt wysokiej ciepłocie ciała. Naświetlania winny być prowadzone systematycznie w ciągu dłuższego czasu pod kontrolą lekarską.

J. Tencer.

A. SERCER. *Uwagi o różnych sposobach technicznych wycięcia krtani*. (Revue de lar. d'ot. et de rhin. N. 3 1928).

Zakażenie rany operacyjnej stanowi najgroźniejsze powikłanie po operacji usunięcia krtani. Usiłowania chirurga powinny zmierzać ku temu, aby umożliwić pooperacyjne gojenie się rany przez rychłozrost. Autor robi cięcie skórne w kształcie podkowy uzyskując w ten sposób szeroki płat skórny, którym pokrywa gardziel. Wychodząc z założenia, że szew nałożony na ścianę gardzieli, często puszcza, autor pozostawia w gardzieli sztuczny otwór, którego brzegi wszywa w skórę. Przez ten otwór przeprowadza się sondę żołądkową celem odżywiania chorego. Po

10 — 14 dniach od chwili operacji otwór w gardzieli zostaje zaszyty.

Autor dokonywa również plastyki dodatkowej, aby ściany rozciętej tchawicy mogły się szybciej zrosnąć z brzegami otworu skórno. W tym celu przeprowadza cięcie skórne po obu stronach otworu tchawicznego, przyczem uzyskuje ruchome płaty

skórne. Dzięki temu ruchy tchawicy, występujące normalnie podczas oddychania, nie są przeszkodą do szybkiego gojenia się rany.

Śmiertelność po wyłuszczeniu krtani znacznie spadła od czasu wprowadzenia opisanych modyfikacji.

J. Tencer.

Wskazówki praktyczne.

— Wilson stosuje leczenie oparzeń kwasem garbnikowym w sposób następujący: W uśpieniu oczyszcza skórę, usuwa zmartwiałe tkanki, otwiera kieszenie i t. d., poczem rozpyla na ranę świeżo przygotowany 2,5% ciepły roztwór kwasu garbnikowego i bezpośrednio potem osusza ją za pomocą żarówek. To postępowanie powtarza się kilkakrotnie dopóty, aż cała powierzchnia miejsc oparzonych pokryje się cienką warstwą brunatnej skrzepłej tkanki. Opatrunku nakładać nie należy. Dopiero, gdy wspomniana skrzepła tkanka daje się łatwo usunąć, nakłada się na miejsca, jeszcze nie pokryte nabłonkiem, opatrunek z maści. Leczenie to obok działania kojącego zapobiega występowaniu objawów toksycznych i septycznych i zmniejsza w ten sposób śmiertelność.

(Brit. med. Journ. 1928. Nr. 3524).

— *Gelonida antineuralgica* wypróbował Rodecurt w najrozmaitszych cierpieniach ginekologicznych, połączonych z bólami. Skutek był zawsze niezawodny; już po 15 minutach bóle ustawały. Zwykle wystarczała 1 pastylka, w razie bardzo silnych, ciągłych bólów 3 razy dziennie po 1 pastylce, rzadko do 6 pastylek dziennie. Przyzwyczajenia z wyczerpaniem się działania kojącego, ani objawów ubocznych autor nie spostrzegł. Również w nerwobólach, grypie i bólach głowy środek ten okazał dobre działanie zapobiegawcze i lecznicze.

(Med. Klin. 1928. Nr. 40).

— Collebrook uważa leczenie wrzodów goleni maścią Unny (tlenek cynku, żelatyna, gliceryna i woda w stosunku wagowym 6:4:12:16) za skuteczniejsze, niż naświetlanie promieniami pozafioletkowymi. Pod opatrunkiem Unny leczenie postępuje dwa razy szybciej, o czym łatwo się przekonać, jeżeli wrzód w połowie leczyć maścią, a w połowie naświetlaniem. Poprawa stanu ogólnego, znikanie objawów miejscowych występuje niemal natychmiast. Również i liczba porad lekarskich jest tu

o wiele mniejsza, niż w przypadkach naświetlanych. Tylko w pierwszym tygodniu opatrunek zmieniamy 2—4 razy, później raz na tydzień, raz na 2, a nawet na 3 tygodnie.

(Lancet. 1928. Nr. 5462).

— Hummeli i Salzmann leczą wrzody goleni, słabo ziarninujące rany i przetoki przetworami strontu. Sole strontu, stosowane śródżylnie, pobudzają ziarninowanie źle gojących się ran, zmniejszają wydzielinę przetok, czasami nawet do zupełnego zaprzestania. Stosowano 8% roztwór chlorku strontu w połączeniu z bromkiem strontu. Autorzy robili także zastrzykiwania domięśniowe strontu. Leczenie trwało 2—3 tygodni.

(M. med. Woch. 1928. Nr. 36)

— Springer zaleca zastrzykiwania stryfnonowe (przetwór adrenalinowy) w krwotokach z narządów rodnych kobiecych. Codzienne zastrzykiwania 2 cm³ okazały się bardzo skuteczne, szczególnie w krwawieniach pochodzenia zapalnego. Zwykle już po 2—3 zastrzyknięciach udawało się krwawienie opanować.

(Ztbl. f. Gyn. 1928. Nr. 34).

— Batisweiler chwali działania progynonu (wyciąg z łożyska — fabryka Schering — Kahlbaum) w zaburzeniach miesiączkowania i następstwach łożyska. Środek ten znajduje się w handlu w postaci czopków, które należy stosować przez czas dłuższy.

(Ztbl. f. Gyn. 1928. Nr. 35).

— Solwochinę w położnictwie zaleca Amnon, jako środek, oddający dobre usługi w przypadkach słabych bólów porodowych oraz poronień. Zastrzykiwania domięśniowe tego środka są niebolesne, dawki nie przekraczają 0,5 na raz. Powtarzać można zastrzykiwania kilkakrotnie, stosownie do potrzeby.

(D. m. Woch. 1928. Nr. 35).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Z Towarzystw Lekarskich Polskich.

Na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego (Oddział Poznań) z dnia 10.VI.1928 r. Śniegowski przedstawił przypadek zaniku skóry górnych i dolnych kończyn z pominięciem palcy rąk i nóg; powiększenie tarczycy, leukocytoza, obniżona liczba limfocytów. Rozpoznanie: *acrodermatitis atrophicans* albo *scleroderma, stadium atrophicum*. Leczenie: przetwory tarczycy.

Jako drugi przypadek przedstawił Śniegowski chorą, u której rozpoznano *Erythema induratum Bazin* z umiejscowieniem na obu podudziach. Próba ektibina dała wynik dodatni.

Binek przedstawił starszą kobietę z rakiem skóry sromu na wielkiej przestrzeni. Terapija: promienie Roentgena.

Na posiedzeniu tegoż Towarzystwa z dnia 12.IV.1928 r. wywiązała się długa dyskusja na temat leczenia rzeżączki *trypaflawiną* resp. *gonakryną*. W rezultacie zdaje się wynikać z poszczególnych zapamiętań kolegów, że chociaż metody tej nie można uważać za panaceum, to należy ją jednakże uważać za

postęp, szczególnie w uporczywych przypadkach przewlekłej rzeżączki u kobiet.

Następnie Danecki przedstawił przypadek kiłowego owróżdzenia pierwotnego na palcu.

Binek podobny przypadek na dolnej wardze.

Dziegiecki pokazał nacieki kiłowy pierwotny prącia z równoczesnym toczniem na twarzy i przedramieniu oraz wysypką grudkową i pęcherzykową z łuszczeniem na tułowiu.

Paszkowski przedstawił młodą pacjentkę z rozległym owróżdzeniem prawej ręki, powstałym po naświetlaniu w zakładzie fizykalnym Kasy Chorych promieniami X kilku małych brodawek.

Jako drugi przypadek przedstawił Paszkowski chorą cierpiącą na *Pityriasis rubra pilaris Devergie*. Choroba wystąpiła w szóstym roku życia i trwa z przerwami do dnia dzisiejszego; chora ma obecnie 28 lat, ostatni nawrót trwa od 16 roku życia.

(Przegl. Dermatol. 1928 N. 3).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

W Getyngieńskim Towarzystwie Lekarskim na posiedzeniu z dn. 10. V. r. b., mówił Ziegler o powstawaniu i rozwoju gruźlicy, które to zagadnienie nanowo poruszył ostatnimi czasami Redeker. Dotychczasowy pogląd, że gruźlica płuc rozpoczyna się w szczycie płuca i stąd bądź szerzy się powoli ku dołowi, bądź drogą przerzutów rozprzestrzenia się w ustroju, pogląd ten został zachwiany przez Redekera, który wyprowadza początek gruźlicy dorosłych z nacieku tkanki płucnej poniżej szczytu (naciek wczesny). R. opiera się na obrazach rentgenowskich, które pozwalają rozróżnić cień pod obojczykiem, odpowiadający naciekowi w bocznym tylnym odcinku górnego płata płucnego. Naciek ten powstaje drogą aspiracji i przytem częściej skutkiem ponownego zakażenia zewnątrzpochoдного, niż jako przerzut zewnątrzpochoдного. Według Romberga, który przyjmuje naukę Redekera, naciek ten można porównać z działaniem tuberkuliny w tym sensie, że wdychane lasseczniki wywołują zapalenie miejscowe, które w pewnych warunkach może znowu szybko zniknąć. Romberg przypuszcza nawet, że lasseczniki niekoniecznie muszą dostać się do omawianego miejsca, lecz gdziekolwiek bądź do ustroju, aby wywołać zapalenie w tkance, allergicznie już do tego przygotowanej. Naciek ma skłonność do zserowacenia i szybkiego tworzenia jam, może jednak także w każdym okresie swego rozwoju ulec wchłonięciu. To samo dotyczy i jam nacieku wczesnego, które mogą zniknąć bez śladu. Naciek może również przejść w gruźlicę włóknistą szczytu płucnego lub też zjawić się jako późny objaw w przebiegu suchot przewlekłych i stanowi wtedy świeże obostrzenie sprawy. Wykazanie nacieku możliwe jest tylko przy pomocy promieni Roentgena, badanie fizykalne zwykle zawodzi. Badanie krwi daje przyspieszenie opadania krwinek i przesunięcie obrazu białego na lewo. Oprócz nacieku wczesnego zna Redeker jeszcze i naciek późny, którego pochodzenie nie jest jednolite, jego rola w rozwoju gruźlicy dorosłych jest znikoma. Obok tych nacieków uznaje Redeker jeszcze rozsianą postać krwiopochodną gruźlicy szczytów płucnych, o przebiegu łagodnym, nie mającą skłonności do szerzenia się i rzadko tylko wywołującą suchoty przewlekłe. Szczególnie ważne ma być znaczenie prognostyczne nacieku wczesnego; według Romberga jest ono złe i wymaga zawsze wczesnego zastosowania odmy piersiowej.

Z poglądem Redekera i Romberga polemizuje Ziegler, zwracając przede wszystkim uwagę na to, że naciek wczesny nie jest żadnym nowym odkryciem, lecz objawem, od dawna znanym i wielokrotnie opisywanym. Nowe jest tylko twierdzenie Redekera, że naciek ten stanowi początek gruźlicy dorosłych. Twierdzenie to zdaniem Z. jest bezpodstawne, gdyż rozpoznawanie rentgenowskie pojedynczych drobnych ognisk wczesnych nie może być dokładne. Tylna środkowa część szczytu płucnego na zdjęciu rentgenowskim nie wychodzi z całą dokładnością. Natomiast badanie fizykalne nie jest tak mało warte, jak chcą Redeker i Ulrici. Błąd Redekera polega na przecenianiu wyników badania rentgenowskiego i zupełnym zaniedbaniu badań anatomopatologicznych.

Co się tyczy samego nacieku, to zdaniem Z. składa się on z tkanki gruźliczej. Dopóki naciek nie uległ zserowaceniowi może on być wchłonięty. Naciek ten zwykle znajduje się nie w najwyższej części szczytu, lecz nieco niżej i przytem ztyłu, a więc w bocznej, tylnej i dolnej części szczytu płucnego. Ponieważ szczyt płucny sięga do 2 żebra, a więc naciek wczesny znajduje się jeszcze w szczycie. A zatem i obecnie obowiązuje kliniczny pogląd, że gruźlica płuc przeważnie rozpoczyna się w szczycie płucnym. Staranne opukiwanie i wysłuchiwanie, wbrew twierdzeniu Ulriciego, jest niezbędne do rozpoznania rozpoczynającej się gruźlicy. Zdaniem Z., Redeker nie dowiódł słuszności swojej tezy, jest rzeczą przyszłości, aby anatomja patologiczna stwierdziła, czy przy sekcji nacieków wczesnych znajdowano starsze ogniska w szczytach. Ziegler skłania się do tego przypuszczenia już choćby dlatego, że naciek wczesny jest ogniskiem, powstałym przez aspirację, a więc przy jego powstaniu zewnątrzpochoдным sprawa rozpadowa (drobne jamy w szczytach) poprzedzić musi wystąpienie nacieku. Staranna kontrola rentgenologiczna wykazuje też często obecność starych zmian szczytowych obok nacieku wczesnego. Co się tyczy rokowania, to Z. mniema, że nacieki wczesne mogą być zarówno łagodne, jak i złośliwe, tak samo, jak i z drugiej strony rozsiane ogniska szczytowe, które według nowych zapatrywań, mają nie wymagać leczenia, mogą być także łagodne i złośliwe. Zgodnie z tem nie podziela Z. poglądu Romberga, że naciek wczesny wymaga bezwarunkowo odmy sztucznej, można spokojnie czekać, czy naciek ulegnie rozpadowi i dopiero, gdyby to się stało, zastosować odmy.

(Med. Klin. 1928. Nr. 40).

Z j a z d y.

Liga Narodów.

Sprawozdanie z Londyńskiej konferencji Ekspertów-higienistów w sprawie ochrony wczesnego dzieciństwa (od 3 — 5 lipca 1928 r.).

Porządek dzienny obejmował następujące punkty:

- 1) Wyniki ankiet w rozmaitych krajach.
- 2) Formę ostatecznego sprawozdania.
- 3) Propozycję dalszego wykonywania ankiety, opartej na nowych przesłankach.
- 4) Propozycję w sprawie przedstawienia zebranych danych.
- 5) Praktyczne wnioski, wypływające z ankiety.
- 6) Zagadnienia rozmaite.

I. Wyniki ankiety w sprawie śmiertelności w okresie wczesnego dzieciństwa.

Trzy główne przyczyny powodują tę śmiertelność we wszystkich krajach: liczba płodów martwourodzonych oraz wcześniactwo, schorzenia dróg oddechowych i narządów trawienia.

Przyczynę wcześniactwa oraz dużej liczby płodów martwo-urodzonych stanowi, być może, brak odpowiedniej opieki podczas ciąży oraz szereg zabiegów akuszerskich, wykonanych nienależycie.

II. Sprawa szczepień ochronnych przeciw błonicy, płonicy, odrze i ksztuścowi ma być przedmiotem obrad przyszłych.

III. Projekt ankiety, dotyczącej częstości krzywicy i jej zapobiegania.

Dotyczy to liczby dzieci krzywiczych w różnych krajach; badań nad wpływem klimatu, mieszkania, odżywiania; wpływu różnych schorzeń na krzywicę; kwestji zapobiegania.

— Liga Narodów. Komisja ospy i szczepień przeciwospowych.

Sprawozdanie z posiedzenia z dnia 22 — 25 sierpnia 1928 r. w Genewie.

Tematem obrad były dwa zagadnienia:

- 1) *Encephalitis postvaccinalis*.
- 2) Przygotowywanie i przechowywanie krowianki.

Każdy z tych punktów został opracowany przez specjalną podkomisję.

Za materiały do pierwszego sprawozdania służyły liczne prace naukowe z ostatnich 4 — 5 lat, komunikaty Komitetu Higieny Ligi Narodów oraz Office International d'Hygiène Publique.

Wnioski w sprawie pierwszego zagadnienia:

a) nawet w krajach, szczególnie dotkniętych, liczba przypadków *encephalitis postvaccinalis* jest znikoma w porównaniu z liczbą osób szczepionych.

b) zwykła koincydencja pomiędzy szczepieniem a zapaleniem mózgowia wydaje się zjawiskiem niemożliwym, to znaczy, iż to ostatnie nie jest zjawiskiem przypadkowym.

Nazwa *encephalitis postvaccinalis* została zachowana, jednakże Komisja zastrzega się, że *post* nie oznacza *propter*. Należy zaznaczyć, iż *encephalitis* może wystąpić po licznych zakażeniach, np. jako powikłanie odrzy lub ospy. Wszystkie te zapalenia mogłoby być zjednoczyć pod nazwą *encephalitis post infectionem*. Szczepienie jest również zakażeniem i *encephalitis postvaccinalis* mogłoby być zaklasyfikowane jako *post infectionem*, jednakże ze względów praktycznych zachowuje swą specjalną nazwę.

c) w obecnym stanie wiedzy należy przyjąć, iż *encephalitis postvaccinalis* nie jest schorzeniem identycznym z *encephalitis letargica*.

Doświadczenia z Holandji i Anglii pouczają, iż szczególną skłonność wykazują dzieci w wieku od 3 do 13 lat. Wybuch schorzenia nie zależy ani od poszczególnej serji krwi, ani od sposobu jej przygotowania.

Obdukcje wykazały rozsiane *encephalomyelitis*, zapalenie typu dookoła naczyńowego z obrzękiem. W niektórych przypadkach śmiertelnych stwierdzono obecność jadu szczepionnego w tkance mózgowia, jednakże należy traktować ten fakt w świetle poglądów obecnych za rozsianie tego jadu po szczepieniu. Układ nerwowy był badany w czasie, gdy można było spodziewać się obecności jadu w układzie nerwowym.

d) w sprawie etjologii i patologii wydaje się, iż jad szczepionny nie jest jedynym czynnikiem; należy przypuścić istnienie nieznanego czynnika, bądź to bakterji, ultrajadu lub też jadu utajonego.

Żaden z faktów nie upoważnia Komisji do wniosku, iż należałoby przerwać szczepienia, gdyż są one najpotężniejszym orężem przeciwko ospie. W związku z faktami opisanymi Komisja zwraca uwagę, iż należałoby pierwsze szczepienie przeprowadzić w pierwszym roku życia.

Krytyka lekarska.

W sprawie komasacji naszych oddziałów szpitalnych.

Podał

Aleksander SIMON (Warszawa).

Pan dr. Srebrny poruszył w artykule „Duże czy małe oddziały szpitalne” z Nr. 13 „Warszawskiego Czasopisma lekarskiego” z r. b. nader aktualną sprawę komasacji oddziałów szpitalnych, którą od paru lat zwolna i systematycznie przeprowadza Magistrat m. st. Warszawy. Sprawa ta z czasem niewątpliwie żywo zaprzatnie uwagę świata lekarskiego, dotychczas nieuświadamiającego sobie w pełni szkodliwości i niebezpieczeństwa tej nowej reformy. Zabieram głos nie poto, by wyrazić uznanie dla słusznych, rozumnych i obywatelskich wywodów autora, lecz dlatego, by, jako świadek bezstronny, z gruntu obalić najmocniejszy argument obrońców dużych oddziałów szpitalnych, powołujących się na to, że system ten w Niemczech jest oddawna stosowany jakoby ku ogólnemu zadowoleniu i z największą korzyścią. Przeciwno temu twierdzeniu muszę w imię prawdy mocno zaprotestować. System ten zwalczają lekarze niemieccy od lat kilkudziesięciu, a popierają go głównie ordynatorowie, „*beati possidentes*”, niestety, przeważnie ze względów egoistycznych, w czym dopomaga im w ich rękach się znajdująca, wielka prasa lekarska. Ja twierdzę tego głośno. Artykułu w tej sprawie, napisanego przezemnie 20 lat temu, nie chciało zamieścić żadne przodujące niemieckie czasopismo lekarskie, bo nie znalazł artykułu ten aprobaty Komitetu redakcyjnego, składającego się z profesorów i ordynatorów szpitalnych. Dopiero, kiedy tę sprawę poruszył związek lekarzy, mój artykuł wraz z innymi pokrewnymi został ogłoszony w dzienniku związkowym.

System dużych oddziałów doprowadził w Niemczech do takich dziwolągów, że w licznych wielkich szpitalach istniały wogóle tylko 2 oddziały: zewnętrzny i wewnętrzny. Na oddziale zewnętrznym czyli chirurgicznym umieszczano również chore z cierpieniami kobiecymi (włącznie z położnicami), ludzi dotkniętych chorobami narządów moczowych, gardła, krtani i innych, a na oddziale wewnętrznym były sale z dotkniętymi chorobami skórными, wenerycznymi, psychicznymi oraz sale pediatryczne. Miało to miejsce nie tak dawno jeszcze, bo kilkanaście lat temu np. w miejskim szpitalu, skąd-

nad nader wzorowo urządzonym, tak wysoce kulturalnego miasta, jakim jest 130-tysięczne miasto Wiesbaden. Pamiętam czasy, kiedy w klinice chorób wewnętrznych prof. Senatora w szpitalu Charité w Berlinie robiono jeszcze skrobanki macicy.

Potrzeby życia zmusiły do zmian, ale i przytem nie obeszło się bez walki. Że na wielkich oddziałach szpitalnych kierownik, czyli starszy ordynator, chociażby posiadał najwyższe kwalifikacje moralne i naukowe, może mieć tylko i ma też w życiu faktycznie tylko minimalny kontakt z chorymi, a zarówno rozpoznawanie choroby jak i samo leczenie w zupełności leży w rękach asystentów, niekiedy bardzo wyrobionych i wybitnych, ale też często zupełnie młodych i niedoświadczonych, jest faktem, nie dającym się zaprzeczyć. Kto zna stosunki szpitalne w Niemczech, wie, jak wielkie i trwałe jest rozgoryczenie pacjentów z tego powodu i że prasa codzienna jest pełna tych skarg. Jest to jednym z powodów tak bujnie panoszącego się w Niemczech partactwa lekarskiego.

Jeśli system dużych oddziałów szpitalnych okazał się wadliwy w Niemczech, to tembardziej nie nadaje się zupełnie do wprowadzenia go u nas, a to dla następujących powodów: wobec nadzwyczajnej nadprodukcji inteligencji w krajach, jak Anglja, Francja, Niemcy, na stanowiska ordynatorów szpitalnych powoływane zostają prawie wyłącznie wybitne siły naukowe, nadzwyczajni profesorowie uniwersytetów, zaprawieni w kierowaniu zastępczem dużymi oddziałami i nadawaniu im tonu naukowego w wielkim stylu. Koryfeusze nauki, jak Goldscheider, von Noorden, Klemperer, Volhard i tylu innych, wyszli przecież z grona ordynatorów szpitalnych. Nie wiem, czy mamy wielu kandydatów na stanowiska ordynatorów o tak szerokim zakroju. Ponadto ordynator szpitalny w Niemczech prawie w zupełności musi się poświęcić swemu oddziałowi, bo ma prawo do praktyki prywatnej tylko w stopniu bardzo ograniczonym, mianowicie do konsyliów z lekarzami i przyjmowania u siebie chorych, przez lekarzy mu przekazanych. Na takie ograniczenie ordynator może sobie w zupełności pozwolić, bo ordynatura daje mu duże dochody, przynajmniej kilkadziesiąt tysięcy marek czyli około 100,000 złotych rocznie.

Na to składa się nietylko dość wysoka pensja, lecz głównie dochody z nieograniczonych honorarjów od pacjentów I-ej klasy. A trzeba pamiętać

tać, że pierwsza klasa miewa często 20 do 30-tu pokoiów, że jest wzorowo i często z przepychem urządzona, że tam się leczy większość obywateli, nawet najbogatszych, z ciężkimi chorobami, prawie wszyscy zakaźnie chorzy, że tam rodzą prawie wszystkie zamożniejsze kobiety, i że tam wykonywane zostają niemal wszystkie poważniejsze operacje.

Jeśli i sam ordynator, to tembardziej jego liczni asystenci cały czas i pracę tylko szpitalowi poświęcają. Wszyscy są uposażeni i to bardzo dobrze, wszyscy mieszkają w szpitalu, tam jadają, praktyką prywatną zupełnie zajmować się nie mają prawa, ani się żenić, dopóki są asystentami. Instytucja nieopłacanych, a pracujących bezpłatnie dla szpitala, a więc dla samorządu asystentów ekster-nów, wolontariuszów w Niemczech jest nieznaną i nie do pomyślenia. Czy i pod wszystkimi wyżej wymienionymi względami Magistrat m. st. Warszawy zamierza naśladować wzór niemiecki?

Wzór ten, zasada wielkich oddziałów szpitalnych pomimo wyjątkowo sprzyjających warunków w Niemczech, okazał się wadliwy i wymaga naprawy, poprostu dlatego, że sama zasada w swojej istocie jest wadliwa i w wysokim stopniu szkodliwa, zarówno dla chorych, jak i dla nauki lekarskiej.

Wzór ten, zasada wielkich oddziałów szpitalnych pomimo wyjątkowo sprzyjających warunków w Niemczech, okazał się wadliwy i wymaga naprawy, poprostu dlatego, że sama zasada w swojej istocie jest wadliwa i w wysokim stopniu szkodliwa, zarówno dla chorych, jak i dla nauki lekarskiej.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Stan obecny ustawodawstwa szpitalnego i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa w Polsce¹⁾.

Podali

Dr. Witold PRZYWIECZERSKI, inż. Felicjan RAKIEWICZ
i Dr. Rudolf SIKORSKI (Warszawa).

II. Najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa polskiego.

(Dokończenie—p. N. 34).

Powyżej przedstawione główne zasady rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych uznała za odpowiednie Państwowa Rada Samorządowa, a ponadto uznał je za trafne i odpowiednie dla stosunków Rzeczypospolitej Związek powiatów samorządowych, na który obok miast wydzielonych rozporządzenie największe i podstawowe nałożyło obowiązki.

Obecnie od 26 czerwca r. b. rozporządzenie o zakładach leczniczych z wyjątkami przewidzianymi w samym rozporządzeniu weszło w życie i obowiązuje z wyjątkiem przepisów uzależnionych od wydania rozporządzenia wykonawczego lub rozporządzeń specjalnych np. dla państwowych szpitali bez prawa publiczności lub szpitali instytucji ubezpieczeń społecznych. Do czasu wydania tych rozporządzeń odpowiednie sprawy załatwiane być muszą siłą rzeczy w sposób dotychczas obowiązujący.

Praca nad rozporządzeniem wykonawczem do rozporządzenia o zakładach leczniczych jest już rozpoczęta i będzie przeprowadzona w pośpiesznym tempie.

Równocześnie przygotowuje Ministerstwo Spraw Wewnętrznych projekt uzupełniającej omawiane rozporządzenie ustawy o ponoszeniu kosztów leczenia w szpitalach publicznych.

Z zagadnień, połączonych z rozporządzeniem o zakładach leczniczych, które rozporządzenie to mają dalej rozbudować lub ułatwić jego wykonanie, wyszczególnić należy następujące:

1) Departament Służby Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych opracował już projekt statutu wzorowego dla szpitali publicznych, a ponadto opracował schemat instrukcji służbowej dla personelu szpitalnego i schemat regulaminu porządku wewnętrznego, które są obecnie przesłane znawcom do opinii.

Ponadto opracował Departament Służby Zdrowia przy współudziale wojewodów projekt sieci szpitalnej dla całego Państwa.

2) W zakresie przepisów budowlanych dla szpitali publicznych będą wydane przez Ministra Robót Publicznych w porozumieniu z zainteresowanymi Ministrami na podstawie art. 320 rozporządzenia z 16 lutego 1928 r. o prawie budowlanym i zabudowaniu osiedli (Dz. U. Nr. 23 poz. 202) specjalne przepisy o zasadach budowania szpitali, a na podstawie art. 330 tegoż rozporządzenia przepisy Ministra Spraw Wewnętrznych, które będą wydane w porozumieniu z zainteresowanymi Ministrami, o wymogach sanitarnych przy budowie szpitali i innych zakładów leczniczych.

Z ramienia Departamentu Służby Zdrowia wydane zostały już w roku bieżącym drukiem przepisy dla budowy zakładów psychiatrycznych, opracowane przez Dr. Witolda Łuniewskiego, dyrektora państwowego zakładu psychiatrycznego w Tworkach i radcę ministerjalnego inż. arch. Felicjana Rakiewicza.

3) Przy opracowaniu projektu ustawy o ponoszeniu kosztów leczenia w szpitalach publicznych uwzględni Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych szczególnie sprawę pomnożenia finansów komunalnych na cele zdrowia publicznego. Z powodu braku pełnomocnictw w tej sprawie nie można jej było załatwić już przy rozporządzeniu o zakładach leczniczych.

Podnieść należy, że Ministerstwo Skarbu uznaje potrzebę powyżej przedstawioną, albowiem już w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej

¹⁾ Referat przedstawiony w ogólnym zarysie na VI-ym Zjeździe Polskich Lekarzy Higienistów we Lwowie w dniu 8-ym lipca 1928 r.

z 22 marca 1928 r. (Dz. U. Nr. 36) o częściowej zmianie rozporządzenia o tymczasowym uregulowaniu finansów komunalnych przyznane zostało związkom powiatowym prawo pociągania miast niewydziałonych z powiatu do współudziału w ponoszeniu kosztów przy budowie zakładów użyteczności publicznej.

Ponadto zgodziło się Ministerstwo Skarbu na przyjęcie w projekcie ustawy psychiatrycznej obowiązku pokrywania przez Państwo części kosztów budowy zakładów psychiatrycznych w miarę kwot na ten cel wstawionych do budżetu — a w projektach ustaw o podwyższeniu podatku gruntowego i o wprowadzeniu podatku od domów mieszkalnych w gminach wiejskich i osadach przewidywało Ministerstwo Skarbu znaczne podwyższenie finansów komunalnych, z którego część miała być poświęcona na cele zdrowotne.

O ileby ustawy powyższe nie przeszły, wystąpi Departament Służby Zdrowia do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z własnymi wnioskami o pomnożenie finansów komunalnych na cele zdrowotne, które dla uporządkowania sprawy szpitalnictwa w Polsce są niezbędne i pilne.

Tu wspomnieć należy, że Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej zgodziło się w projekcie ustawy psychiatrycznej na ponoszenie przez Kasy Chorych pełnych taks leczenia za chorych psychicznie, a przy reformie ustawy o Kasach Chorych rzeknie się wogóle przywileju umieszczania członków Kas Chorych za połowę taksy w szpitalach publicznych.

Pomnożenie finansów komunalnych na cele zdrowotne będzie połączone z obowiązkiem wyższych związków samorządowych do subwencjonowania takichże związków niższych, słabych finansowo.

4. Przy wyborze systemu pokrywania kosztów leczenia główną zasadą będzie walka z zaległościami w tej dziedzinie i umożliwienie szpitalom rychłego otrzymania należnych im kosztów leczenia. Ponieważ projekt ustawy psychiatrycznej, a za nim także i projekt ustawy o pokrywaniu kosztów leczenia, oparte będą o zasadę, że koszty leczenia chorych długotrwałych i posiadających charakter społeczny za ubogich ponosić będą wyższe związki samorządowe, które w zleconym zakresie działania będą władzami egzekucyjnymi, przeto interesy szpitali będą w tym względzie przez oparcie o zamożniejsze i w doborowy personel zaopatrzone wyższe związki samorządowe dostatecznie zabezpieczone.

5. Celem zrealizowania zasady, aby każdy powiat posiadał szpital ogólny, potrzeba w Polsce jeszcze do 100 takich szpitali kilkadziesiąt szpitali ogólnych i epidemicznych w większych miastach. Do 100 szpitali: sanatoriów i innych lecznic mogłyby jeszcze założyć stowarzyszenia i związki społeczne a dla prywatnych zakładów leczniczych otwarte jest jeszcze obszerne pole działania w kierunku uzupełnienia w gałęziach specjalnych działalności publicznych szpitali ogólnych.

Ponadto niezbędne jest bezzwłoczne założenie 5 zakładów psychiatrycznych, z których jeden obsługiwałby województwa wileńskie, nowogródzkie i białostockie, drugi — województwo poleskie i wołyńskie, trzeci — województwo lubelskie i wschodnią

Małopolskę, czwarty — województwo warszawskie, a piąty województwo kieleckie.

Stolica, uznając braki w sprawie omawianej, samodzielnie podjęła w tym roku budowę własnego, dużego zakładu psychiatrycznego (800 — 1000 łóżek).

Do tej brakującej liczby szpitali potrzeba szeregu dyrektorów szpitali i ordynujących lekarzy, a szczególnie lekarzy psychiatrów, których liczba jest dotąd niewystarczająca.

Ze sprawą obsadzania posad dyrektorów szpitali i ordynatorów łączy się kwestja konkursów naukowych lub egzaminów w rodzaju fizykatów szpitalnych. Sprawę naukowych egzaminów konkursowych popiera szczególnie stolica, a ze strony wydziałów lekarskich podnoszą się głosy za obowiązkiem składania przez kandydatów na lekarzy szpitalnych egzaminów praktycznych przed Komisjami ustanowionymi w miastach uniwersyteckich, na wzór egzaminów we Francji wprowadzonych.

Rozporządzenie o zakładach leczniczych, mając na uwadze, że znajomość przepisów sanitarno-administracyjnych jest w całej pełni potrzebna dopiero dyrektorom szpitali i ich zastępcom, której mogą nabyć w czasie wykonywania zawodu, oraz, że od lekarzy ordynujących wymagana jest przede wszystkim praktyka lecznicza, której rozporządzenie wymaga, nie wprowadziło od siebie przymusu egzaminacyjnego, zostawiając jednak poszczególnym statutom swobodę wprowadzenia odpowiednich przepisów a Ministerstwu Spraw Wewnętrznych na wniosek Departamentu Służby Zdrowia możność uregulowania tej sprawy rozporządzeniem, jeśli praktyka życiowa będzie tego wymagała.

6. Łącznie ze sprawą wyrobienia zastępu lekarzy szpitalnych a zwłaszcza dyrektorów, pilną rzeczą jest przygotowanie szeregu zawodowych sił pomocniczych dla szpitali, a więc dozorców sanitarnych, pielęgniarzy, pielęgniarek, akuszerów i t. d. Sprawa ta jest przedmiotem troskliwych starań ze strony Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, czego dowodem jest nowo zbudowana szkoła wyższych pielęgniarek, której własny budynek od jesieni będzie już oddany do użytku.

Sprawa kształcenia zawodowych sił pomocniczych dla szpitali ma rozległe wzory praktyczne i ustawowe oraz naukowe w Niemczech, gdzie sprawa ta jest postawiona na wysokości zadania. W sprawie omawianej pożądanym jest współdziałanie samorządów i związków społecznych oraz inicjatywy prywatnej.

7. Łącznie ze sprawą personelu zawodowego w szpitalach publicznych Departament Służby Zdrowia przedstawi Ministerstwu Spraw Wewnętrznych wnioski o wprowadzenie do projektu ustawy o prawach i obowiązkach pracowników komunalnych przepisów, umożliwiających unormowanie osobnymi statutami takichże praw i obowiązków pracowników szpitalnych z uwzględnieniem szczególnych właściwości tej gałęzi służby publicznej. W sprawie tej należałoby przewidzieć możność stabilizacji, dla zawodowych pracowników szpitalnych a dla stałych pracowników przyznać charakter publiczno-prawny, zgodnie z publicznym charakterem szpitala, jako ważnego zakładu admini-

stracji publicznej. Publiczno-prawny charakter zawodowego pracownika szpitalnego nadaje mu uprawnienia urzędnika publicznego, a więc i możliwość stabilizacji, nieusuwalność dowolną, lecz tylko w wypadkach prawem przewidzianych, a wreszcie zaopatrzenie emerytalne i możliwość dochodzenia pretensyj, wynikających ze stosunku służbowego w drodze instancji administracyjnych, a nie w drodze sądowej.

Ważną zasadą, gwarantującą dobór sił odpowiednich i przywiązanie do zakładu, jest podział pracowników szpitalnych na takich, którzy muszą mieszkać w zakładzie i takich, którzy mogą mieszkać poza zakładem. Pierwsi pracownicy powinni otrzymywać mieszkanie i ewentualnie opał i światło zadarmo lub tylko za dodatek kwaterowy.

8. Rozporządzenie o zakładach leczniczych liczyło się także z ważną sprawą dostarczania lekarzom specjalistom podstawy do osiadania przy szpitalach prowincjonalnych i w tym celu wprowadziło w art. 29 przepis, że szpitale mogą w I klasie za specjalne zabiegi lecznicze pobierać odpowiednio do wymagań pacjentów specjalne opłaty, które po straceniu kosztów szpitala mogą być przeznaczone na rzecz lekarzy i personelu, którzy zabiegów dokonali.

Rozciągnięcie tego przepisu, jak w Wielkopolsce, i na II klasę szpitalną może być z czasem dopiero przeprowadzone, obecnie bowiem należy przedewszystkiem zabezpieczyć i rozwinąć opiekę szpitalną dla pacjentów III klasy, a co do klasy II-iej uwzględnić przedewszystkiem potrzeby licznych warstw urzędniczych, które z klasy tej przeważnie korzystają, a następnie dopiero rozważyć, jakie są lokalne postulaty obywatelstwa, które pragnie korzystać ze szpitala i odpowiednio do tego rozwinąć przepisy, które obecnie tylko dla I klasy zostały wydane.

Ze sfer lekarsko-szpitalnych Wielkopolski podnoszą się głosy krytyczne przeciw art. 10 rozporządzenia o zakładach leczniczych, który liczbę łóżek klas wyższych w szpitalu ogranicza do 25% ogólnej liczby łóżek, głosy te jednak liczyć się muszą z potrzebą utrzymywania separarek i dla pacjentów III klasy, a następnie z prądami w tej dziedzinie zagranicą, gdzie wogóle, acz niesłusznie jest zwalczany podział na klasy w szpitalach publicznych, i gdzie jak np. w Austrii liczba łóżek klas wyższych ograniczona została do 10 proc. ogólnej liczby łóżek w szpitalach publicznych.

9. Sprawność funkcjonowania szpitali publicznych wymaga także unormowania osobnemi przepisami sposobu prowadzenia urzędowania administracyjnego, sposobu prowadzenia kasowości i rachunkowości, opracowywania sprawozdań i statystyki ruchu chorych, co w stosunku do szpitali komunalnych może być jednostajnie urządzone przez wytyczne, podane przez związki nadzorcze w oparciu o przepisy, jakie już w tych sprawach dla samorządu zostały wydane. Szpitale państwowe stosować się będą do odpowiednich przepisów państwowych.

W podanych kierunkach będzie rozporządzenie o zakładach leczniczych rozwijane i uzupełniane.

Nie jest to jednak wszystko, co danej dziedziny dotyczy. Zagranicą bowiem, a szczególnie w Niemczech rozwój szpitalnictwa postępuje ustawicznie, a opiera się o związki szpitalne i coraz to nowe przepisy oraz dalsze zdobycze nauki i kształtowanie się opieki społecznej, które ustawicznie śledzić należy, aby nie popaść w zastój lub jednostronność i aby świadomie prowadzić rozwój własnego szpitalnictwa odpowiednio do swojskich potrzeb i zasobów materialnych a także i moralnych. W szczególności wspomnieć wypada z tych nowych kierunków rozwoju zagranicznego szpitalnictwa, że nowa ustawa o obowiązku opieki społecznej w Niemczech, wydana w r. 1924 przyjmuje za zasadę, że osobę, która wpadła w ubóstwo, nietylko należy wesprzeć odpowiednio, ale także doprowadzić do odbudowy jej samodzielności gospodarczej, a jeśli do tego celu prowadzić ma leczenie szpitalne należy je wziąć w rachubę w odpowiedniej mierze.

Ustawa szpitalna w Austrii, wydana w r. 1920, przepisuje, że o stosowaniu środków leczenia względem chorego decyduje wyłącznie rodzaj choroby, oraz, że bezpłatne leczenie ubogich ma być przeprowadzone tylko w III klasie. Liczba łóżek klas wyższych w szpitalach publicznych nie może przewyższać 10% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

Koszty budowy i rozbudowy szpitali publicznych ponosi w $\frac{3}{8}$ częściach Państwo, w $\frac{3}{8}$ częściach kraj, a tylko w $\frac{2}{8}$ częściach okręg, szpitalny a więc powiat lub miasto.

W Düsseldorfie i Kolonji zgodziły się zarządy tych miast dopuścić w porozumieniu z Ministerstwem Oświaty do praktyki w szpitalach miejskich kończących studentów medycyny i ukończonych lekarzy, przyczem praktyka ta otrzymuje urzędowe uznanie. Wzajemnie za to przyznano tym szpitalom miano szpitali akademickich. Zatwardziali samorządowcy zwalczają ten system ze względu na obciążenie samorządu nowym nadzorem ze strony Ministerstwa Oświaty.

W Niemczech powstał po wojnie Państwowy Związek powszechnych zakładów leczniczych i opiekuńczych. Siedziba tego związku jest w Berlinie, a należą do niego wszystkie związki tego rodzaju, jak potężny związek „Karitas”, związki wyznaniowe chrześcijańskie, żydowskie i świeckie. Zarząd tego związku urzędują zjazdy, opracowuje w komisjach wszystkie zagadnienia dotyczące szpitalnictwa i opieki społecznej. Związek ten utrzymuje stosunki współpracy z Niemieckim Związkiem Miast. Ponadto powstał w Niemczech Wydział opiniodawczy dla spraw szpitalnictwa (Gutachterausschuss für das gesamte Krankenhauswesen). Wydział ten ma siedzibę w Düsseldorfie w tamtejszym miejskim szpitalu akademickim, gdzie udzielane bywają wywiady ogólne, a dla opinii prawnych posiada filję w Lipsku.

Wydział ten połączył się z Wydziałem dla norm prawnych przemysłu niemieckiego (Normungsausschuss der deutschen Industrie) i utrzymuje fachowy wydział dla norm prawnych szpitalnictwa i zakładów leczniczych, zwany „Fanok”. W Wydziale tym utrzymuje się także składnica dla badania i zbierania danych, dotyczących stosunków zakładów leczniczych w innych krajach.

W Niemczech panuje ogólne przeświadczenie, że instytucje opieki społecznej a zwłaszcza Kasy

Chorych nie powinny budować własnych szpitali, lecz że raczej powinny korzystać ze szpitali publicznych, które im powszechnie przyznają pewne ulgi w opłatach szpitalnych, Kasy Chorych natomiast ograniczają swe świadczenia względem członków, które następnie przejmują inne związki publiczne. Osobne stanowisko zajmują szpitale bractw górniczych i szpitale fabryczne, które ograniczone do swych członków, dążą do udzielenia im pomocy odpowiednio do potrzeb zakładów, które szpitale te utrzymują.

Odrębne dążenia idą w kierunku zapewnienia przez centralne miejsca zakupu po najniższej cenie dostaw dla szpitali w każdym kierunku.

W końcu zaznaczyć należy pogląd fachowców niemieckich, którzy nie uznają za najlepsze dużych szpitali, tylko mniejsze o 50 — 150 łóżkach, którymi pod względem gospodarczym można najłatwiej zarządzać. Obok szpitali rozwijają się w Niemczech coraz to więcej sanatoria dla rekonwalescentów, zakładane przeważnie poza miastami, na prowincji.

Ź R Ó D Ł A:

1. Medycyna w samorządzie. Stan obecny leczenia publicznego w Królestwie Polskiem. Braki

i potrzeby. Praca zbiorowa lekarzy warszawskich. Warszawa, Wende i S-ka 1906.

2. Sprawozdania Tymczasowego Wydziału Krajowego we Lwowie z lat 1923, 1924, 1925.

3. Wykaz szpitali i zakładów leczniczych w Polsce, opracował inż. Felicjan Rakiewicz.

4. Handbuch der Socialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge herausgegeben von A. Gottstein, A. Schlossman, L. Teleky. 6 Band. Berlin. Verlag von J. Springer. 1927.

5. Handwörterbuch der socialen Hygiene. Dr. A. Grothjan und prof. J. Kaup. Band I, A.—K. Leipzig. Verlag von F. C. Vogel. 1912.

6. Dr. Lindemann. Die deutsche Städteverwaltung, Volkshygiene, Städtebau, Wohnungswesen. II Auflage. Stuttgart 1906. Verlag von I. H. W. Dietz Nachfolger.

7. Taschenbuch für den Krankenanstaltsbetrieb. III Ausgabe. B. Zeidler. Leipzig 1914. Verlag der Zeitschrift für das Krankenhauswesen. F. Leineweber.

Sprawy zawodowe.

Dziwne praktyki.

W sprawie wyborów do Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

Przygotowywana od dwóch tygodni akcja ułożenia listy kandydatów do Rady Izby znalazła swój wyraz w posiedzeniach, zwołanych z ramienia ustępującego Zarządu. Pierwsze odbyło się 4 b. m. i miało dość burzliwy przebieg z powodu różnicy zdań pomiędzy przedstawicielami poszczególnych ugrupowań lekarskich. Klub Lekarzy Polskich i Towarzystwo Medycyny Społecznej oraz kilku innych delegatów wypowiadało się za ułożeniem jednej listy obowiązującej i jednocześnie domagało się gwarancji, że się tym razem nie powtórzą niekoleżeńskie intrzygi z przeszłych wyborów, kiedy w ostatniej chwili wysunięta została dodatkowa lista kandydatów obok przyjętej poprzednio przez ogół delegatów listy obowiązującej. Niektórzy mówcy oświadczyli, że mogą podać nazwiska kolegów, którzy, uchwalivszy listę wspólną, uczestniczyli potem w układaniu listy konkurencyjnej o bardzo jednolitym składzie. Delegaci Stowarzyszenia i Związku (częściowo) wypowiadali się za listą orientacyjną, zasłaniając się brakiem określonych dyrektyw od swoich mocodawców i pragnęli uniknąć omawiania niemiłych zajęć z poprzednich wyborów. Po długich debatach uchwalono zażądać opinii od poszczególnych zrzeszeń i wybrano ściślejszy komitet, który miał po ostatecznym zdecydowaniu charakteru listy zająć się jej ułożeniem. Po tygodniu, 11-go b. m., zarząd zwołał drugie posiedzenie. Byli na niem obecni także koledzy z prowincji. Po

odczytaniu poprzedniego protokołu i listy obecnych przystąpiono do czytania nadesłanych opinii. Ołtrzymia większość wypowiedziała się za listą obowiązującą i uzgodnioną. Tylko organizacje warszawskie, pozostające pod wpływami koła Marcinkowskiego, domagały się listy orientacyjnej. Na końcu odczytano długi memoriał Koła imienia Marcinkowskiego. Była to właściwie polemika z poglądami przeciwnymi a także ścisła instrukcja zarówno dla zebranych, jak zwłaszcza dla ustępującego Zarządu. W wywodzie, gęsto przetykanym powoływaniem się na rozmaite paragrafy, powłóceniami, co komu wolno, a czego nie wolno, Koło występowało w obronie wolności głosowania zapewne na listę swoją własną. Jeżeli się nie mylę, było tam nawet wyrażone życzenie, ażeby o każdym z kandydatów zaznaczyć, kto go poleca. Postępowanie przy wyborach poprzednich zostało uznane za jedynie słuszne. Po odczytaniu tego elaboratu przewodniczący oświadczył, że zdania zrzeszeń są rozbieżne, i że wobec tego zarząd sam załatwi sprawę listy, wzywając jednocześnie zrzeszenia do wskazania kandydatów w ciągu 9-ciu dni. Następnie, nie odwołując się wcale do zebrania, przewodniczący zamknął posiedzenie, nie otwierając wcale dyskusji ani rzeczowej, ani nad samą sprawą zamknięcia. Jeden z kolegów zaprotestował przeciwko temu, oświadczaając, żeśmy się zebrali na posiedzenie, a nie na odprawę. Przewodniczący na to nie zareagował wcale. Na to zażądałem głosu w sprawie formalnej, którego mi nie udzielono. Zapowiedziałem wtedy obrachunek na innym terenie, co przewodniczący uznał za niewłaściwe z mojej strony; ze względu na urzędowy

charakter jego osoby. Całe zebranie trwało 25 minut. Wszystko stało się podług komendy Koła.

Podaję te fakty do wiadomości ogółu kolegów w przekonaniu, że czas wielki skończyć z poddawaniem się dobrowolnem terrorowi organizacji, napol zakonspirowanej, terrorowi, który ciąży, jak złom, nad całym życiem warszawskiego ogółu lekarskiego. Widzimy wszyscy jego owoce. Podkopywanie świetnej tradycji Towarzystwa Lekarskiego przez stałe przekształcanie go w zespół ludzi jednego tylko obozu, stałe tamowanie normalnego biegu prac Izby i sądu — oto chlubny dorobek działalności tego grona. Sądząc z opinii większości, jesteśmy w okresie przechylenia się szali wpływów; miejmy nadzieję, że metody postępowania inspiratorów akcji obecnej otworzą oczy nawet najbardziej zaślepionym kolegom.

Z. Szymanowski (Warszawa).

Wiadomości bieżące.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	9/IX-15/IX	16/IX-22/IX	23/IX-29/IX
Dzuma	0	0	0
Ospa	0	0	0
Cholera	0	0	0
Dur brzuszny	542 (zg. 32)	474 (zg. 44)	480 (zg. 42)
Dur rzekomy	1 (zg. 0)	1 (zg. 0)	0
Dur osutkowy	10 (zg. 0)	19 (zg. 0)	12 (zg. 2)
Dur powrotny	3 (zg. 0)	0	0
Czerwonka	92 (zg. 6)	113 (zg. 17)	107 (zg. 8)
Płonica	577 (zg. 30)	663 (zg. 42)	675 (zg. 41)
Błonica	217 (zg. 14)	217 (zg. 13)	222 (zg. 12)
Zapal. op. mózg.	8 (zg. 2)	13 (zg. 2)	16 (zg. 0)
Odra	245 (zg. 7)	222 (zg. 0)	250 (zg. 4)
Róża	70 (zg. 3)	125 (zg. 2)	100 (zg. 7)
Krztusiec	189 (zg. 14)	266 (zg. 13)	180 (zg. 9)
Malaria	13 (zg. 1)	7 (zg. 0)	5 (zg. 0)
Posoczn. połóg.	17 (zg. 6)	16 (zg. 5)	19 (zg. 5)
Trąd	0	0	0
Jaglica	188 (zg. 0)	175 (zg. 0)	221 (zg. 0)
Wąglik	0	1 (zg. 0)	2 (zg. 1)
Nosaczna	0	0	0
Włośnica	0	0	0
Wścieklizna	0 (zg. 1)	0 (zg. 2)	0 (zg. 2)
Zatrucie jad. kiełb.	0	0	0
Choroba Heine-Medina	3 (zg. 0)	2 (zg. 0)	3 (zg. 0)
Inne choroby zakaźne	134 (zg. 13)	118 (zg. 6)	156 (zg. 3)

— Ministerstwo Spraw Wewn. (Departament V Służby Zdrowia) rozesało do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. St. Warszawy następujący Okólnik.

Z inicjatywy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby zdrowia) — Państwowa Szkoła Higieny w porozumieniu z polskiem Towarzystwem walki z alkoholizmem „Trzeźwość” organizuje w dn. 22 — 27 października r. b. III kurs p. t. Alkoholizm i jego zwalczanie“.

Wykłady odbywać się będą codziennie od 9 — 13 i od 17 — 19 wieczorem w gmachu Państwowej Szkoły Higieny. Kurs bezpłatny, wpisowe wynosi 5 zł.

Pragnąc ułatwić pewnej liczbie osób przybycie na kurs — Departament V Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wyznaczył pewną liczbę stypendjów w postaci zapomogi w wysokości 50 zł. lub w postaci bezpłatnego utrzymania i mieszkania w bursie Państwowej Szkoły Higieny.

Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli delego-

wani przez Urzędy Wojewódzkie i Starościńskie oraz Kuratoria Szkolne.

Podania na kurs oraz o stypendjum składać należy pisemnie w Państwowej Szkole Higieny do dnia 15 października r. b. włącznie.

Do podania należy dołączyć;

1) krótkie curriculum vitae z podaniem dotychczasowej działalności.

2) zaświadczenie instytucji, delegującej kandydata.

O przyznaniu stypendjum kandydaci zostaną zawiadomieni przed początkiem kursu.

Wszelkich wyjaśnień udziela i przyjmuje zapisy codziennie Sekretariat Kursu Państwowej Szkoły Higieny (Chocimska Nr. 24).

(—) Piestrzyński.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— Ministerstwo Spraw Wewn. (Depart. V Służby Zdrowia) rozesało do Panów Wojewodów i Pana komisarza Rządu m. st. Warszawy następujący Okólnik.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) jak w latach ubiegłych zwraca się do Pana Wojewody z prośbą o poparcie akcji „dni przeciwgruźliczych“.

Załączona instrukcja Polskiego Związku Przeciwigruźliczego zawiera szczegółowe wskazówki, dotyczące organizacji „dni”, i tych imprez propagandowych i dochodowych jakie w okresie od 1. XII. r. b. do 10 stycznia 1929 r. mogą i powinny być podjęte.

Chodzi szczególnie o zainteresowanie jaknajszerszych sfer społeczeństwa akcją walki z gruźlicą oraz przy uzyskaniu jaknajwiększych funduszy społecznych, o uzyskanie konkretnego celu na jaki fundusze te powinny być użyte. Akcja społeczna nie będzie wydawną bez poparcia czynników urzędowych. Dlatego byłoby pożądane zainteresowanie naczelników Wojewódzkich Urzędów Zdrowia i lekarzy powiatowych organizacją komitetów „dni przeciwgruźliczych“.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) oczekuje stałego postępu akcji propagandowej przeciwgruźliczej, a zatem również znaczniejszych wyników „dni przeciwgruźliczych” niż w latach ubiegłych.

W załączeniu przesyła się instrukcję z prośbą o jej rozesłanie lekarzom powiatowym.

(—) Piestrzyński.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— Walka z jaglicą.

W celu podniesienia i przygotowania lekarzy powiatowych i samorządowych, zwłaszcza kierowników przychodni przeciwgruźliczych i przychodni ogólnych rejonowych w zakresie akcji zwalczania jaglicy, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departa-

ment Służby Zdrowia) urzęduje w czasie od 12. XII. do 20 XII. r. 1928 w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie III-ci kurs rachematologii z uwzględnieniem społecznej organizacji walki z jaglicą.

W programie kursu przewidzianych jest 20 godzin wykładów teoretycznych i 30 godzin zajęć praktycznych na oddziałach ocnych i w przychodniach przeciwiglicznych.

— Doksztalcenie sanitarne inżynierów.

W dniu 5-go listopada r. b. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higieny w Warszawie trzeci kurs doksztalcenia sanitarnego dla inżynierów z udziałem sił profesorskich wyższych uczelni.

Program kursu przewiduje prowadzenie wykładów według trzech działów: ogólnego, przyrodniczego i techniczno-sanitarnego. Dział pierwszy obejmuje: podstawy inżynierji sanitarnej, zagadnienia higieny publicznej, planowanie miast i higienę mieszkań, statystykę i epidemiologję oraz walkę z gruźlicą. Dział drugi — bakterjologję, hydrobiologję i chemję sanitarną. Do działu trzeciego wchodzi: hydrologja, osuszenie terenów, wodociągi i kanalizacja (konstrukcja, eksploatacja i organizacja budowy), usuwanie śmieci, higiena wsi, wentylacja i ogrzewanie, dezynfekcja, dezynsekcja i deratyzacja, higiena zakładów użyteczności publicznej (szkoły, szpitale, kąpieliska, rzeźnie), chłodnictwo, higiena przemysłowa i bezpieczeństwo pracy, oświetlenie i walka z dymem.

Na kurs ten przyjmowani będą kandydaci, którzy wykazą się posiadaniem dyplomu inżyniera wyższej szkoły technicznej krajowej lub zagranicznej. Kandydaci nie posiadający tego dyplomu, mogą przesłuchać kurs, jednak bez prawa przystąpienia do egzaminu.

Zapisy przyjmuje Sekretariat Państwowej Szkoły Higieny (ul. Chocimska 24) do dnia rozpoczęcia kursu. Wszelkich wyjaśnień w sprawach kursu udziela kierownik kursu, inżynier Zygmunt Rudolf (M. S. Wewn. tel. 23-87.) Opłata za kurs wynosi 75 zł. od osoby. Słuchacze w liczbie co najmniej 20 będą mogli korzystać z mieszkania i całkowitego utrzymania (bursa „Amelin“ ul. Puławska 91).

Kurs ma trwać 5 tygodni i stanowić będzie dalszy ciąg zapoczątkowanej przez Państwową Służbę Zdrowia akcji wyszkolenia sanitarnego inżynierów państwowych, samorządowych i z biur instalacyjnych.

Podniesienie stanu sanitarnego kraju zależy w dużym stopniu od pracy inżynierów, to też kursy te zostały specjalnym okólnikiem Pana Ministra Spraw Wewnętrznych zalecone Zarządowi Związków Komunalnych i zainteresowanym instytucjom.

— W październiku r. b. w siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich odbędą się 2 posiedzenia odczytowo-dyskusyjne, na których, po komunikatach Zarządu, będą wygłoszone odczyty następujące:

1) Piątek, 12 paźdz., 8.30 w. Dyrektor Józef Stęmler. O zadaniach akcji społeczno-oświatowej (z uwzględnieniem działalności Zjednoczonych Polskich Towarzystw Oświatowych).

2) Piątek, 26 paźdz., 8.30 w. D-r. Med. Marcełi Gromski. Podstawy organizacji opieki nad dzieckiem w Polsce.

Wstęp wolny dla wprowadzonych gości.

— Wyszło z druku IV wydanie katalogu środków leczniczych, wyrabianych przez Zakłady Chemiczne p. f. Ludwik Spiess i Syn. Przy każdym środku leczniczym podany jest opis jego wyglądu, skład, wskazania lecznicze i sposób stosowania. Wydawnictwo to ułatwi niewątpliwie zastępowanie środków zagranicznych wyrobami krajowymi.

Katalog wydany jest starannie i z pewnością przyjęty zostanie życzliwie przez szeroki ogół lekarzy polskich.

NADESŁANO DO REDAKCJI.

R. Kołakowski i S. Konówna. O działaniu feniny w przypadkach gośca stawowego Od. z „Nowin Lekarskich“ 1928 Z. 7

Wilhelm Szenwicz. O leczeniu operacyjnem przewlekłych schorzeń zapalnych przydatków macicznych. Odb. z „Ginek. Polsk.“ 1928 Z. VII. — IX.

TREŚĆ: W. ZAWADOWSKI. O rozwoju radjodjagnostyki i niektórych jej nowszych zdobyczach. — J. HANDELSMAN. Próby leczenia schizofrenji metodą Walbuma. — B. GOLDSTEIN. O nieżytach pospolitych jelita grubego. (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — A. SIMON. W sprawie komasacji naszych oddziałów szpitalnych. — W. PRZYWIECZERSKI, F. RAKIEWICZ, i R. SIKORSKI. Stan obecny ustawodawstwa szpitalnego i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa w Polsce. (Dok.). — Z. SZYMANOWSKI. Dziwne praktyki. W sprawie wyborów do Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. — Wiadomości bieżące. — Nadesłano do Redakcji.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: W. ZAWADOWSKI. Sur le développement du radiodiagnostic. — J. HANDELSMAN. Le traitement de la schizophrénie par la méthode de Walbum. — B. GOLDSTEIN. Sur les colites banales. (Rév. gén.) — A. SIMON. A propos de grands services hospitaliers. — W. PRZYWIECZERSKI, F. RAKIEWICZ et R. SIKORSKI. L'état actuel de la législation hospitalière et les besoins des hôpitaux en Pologne. (fin.). — Z. SZYMANOWSKI. Pratiques étranges.

Redaktor przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej rano.

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

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich, Warszawa, Zielna 47. Tel. 19-57.

