

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. 30

WARSZAWA, 25 LIPCA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

*Z oddziału chorób nerwowych Szpitala na Czystem w Warszawie
i z pracowni neuro-biologicznej T-wa Nauk. Warsz.*

(Kierownik: E. FLATAU).

O glejakach. *)

Podał

J. MACKIEWICZ (Warszawa).

(Ciąg dalszy—p. Nr. 29).

W patologii ogólnej nowotworów poświęca się zwykle dużo miejsca zagadnieniu różnicowania między guzem łagodnym a złośliwym. Przyjęto ogólnie uważać nowotwór za złośliwy, o ile rośnie on destrukcyjnie, wykazuje skłonność do nawrotów po usunięciu drogą chirurgiczną oraz do tworzenia przerzutów do innych narządów. Z wymienionych 3 czynników należałoby, w stosunku do glejaków, postawić na pierwszym miejscu rozrost destrukcyjny. Natomiast, co się tyczy zdolności tworzenia przerzutów do innych narządów — to kilka ogłoszonych odpowiednich przypadków należy do piśmiennictwa dawniejszego (z przed 30-40 lat), i te są przez większość autorów kwestionowane. Pozostaje więc tylko skłonność do przerzutów z jednej okolicy układu nerwowego do innych części tegoż układu. Dotąd wiadomo nam, że taką skłonnością odznaczają się wyłącznie medulloblastomaty. Grupa ta dawniej była rozpoznawana, jako mięsakowatość opon przerzutowa (*sarcomatosis meningum metastatica*), lecz B. i C. pierwsi zwrócili na to uwagę, że są to nowotwory glejopochodne, którym nadali nazwę medulloblastomatów. Wśród przypadków własnych posiadamy przypadek medulloblastomatu, gdzie guz pierwotny był umiejscowiony w istocie białej robaka górnego mózdzku, przerzuty zaś

zostały stwierdzone w rdzeniu kręgowym oraz w oponach miękkich prawie na całej rozciągłości. Poza tem stwierdzono dużą liczbę guzków przerzutowych w obu płatach czołowych. Wreszcie, co do nawrotów, to opisane są przypadki, w których, po dokonaniu wyluszczenia glejaka, guz ponowił się kilka razy zrzędu (Cushing i in.).

Co do innych gatunków glejaków, nawet najbardziej złośliwych, t. j. o wyjątkowo szybkim przebiegu — nie mamy jeszcze żadnych danych, czy wykazują one skłonność do tworzenia przerzutów do innych okolic układu nerwowego.

W stosunku więc do glejaków omawiane 3 czynniki t. j. rozrost destrukcyjny, skłonność do przerzutów i nawrotów, rzadko tylko nadają się do rozstrzygnięcia pytania, azali dany glejak jest łagodny, czy też złośliwy. Dlatego też celową wydaje się nam próba analizy złośliwości glejaków ze stanowiska histologicznego.

Niestety, współczesna technika nie daje nam jeszcze możliwości odróżnienia bezpośredniego komórki złośliwie nowotworowej od zbliżonej do niej morfologicznie komórki normalnej; nie potrafimy odróżnić komórki rakowatej od nabłonka, komórki mięsakowatej od normalnej mezenchymalnej. Borst mówi o „vielerlei Abirrungen vom Normalbilde der Mutterzelle”. W zastosowaniu do glejaków kryterjum to daje bardzo niewielkie wyniki dodatnie, jeśli zważyć, że obecnie odróżniamy co najmniej 8 typów komórek gleju dojrzałego i około 9 embriologicznie ustalonych etapów rozwojowych. O ile uwzględnimy jeszcze różnice gleju istoty białej i szarej, różnice topograficzne (glej podwysiężkowy, glej obrzeżny i t. d.) i teoretyczne prawdopodobieństwo całego szeregu etapów embryonalnych gleju, to przekonamy się, że w glejakach nie może być obecnie mowy o „komórce macierzystej”, tembardziej zaś o uchyleniach od zasadniczego typu komórki macierzystej glejaków.

Pomimo to można się pokusić o określenie, na zasadzie cech morfologicznych, pojęcia łagod-

*) Streszczenie odczytu, wygłoszonego na I dorocznym zebraniu Tow. Neurologicznego w Warszawie 24.III 1929 r.

ności i złośliwości poszczególnych typów glejaków, wliczając tu również czynniki biomechaniczne wzrostu oraz zjawiska odczynowe ze strony otaczającej tkanki mózgowej.

Za punkt wyjścia naszego rozumowania mogą posłużyć z jednej strony właśnie medulloblastomaty — jako typ o cechach wyjątkowo złośliwych, z drugiej zaś — astrocytomaty zarodkowe, wykazujące największą skłonność do „samowyleczenia” (powstawanie torbieli kolikwacyjnej i nieraz zupełny niemal zanik elementów nowotworowych), jako typu nowotworu łagodnego o przebiegu wyjątkowo powolnym.

Rozpocniemy od *astrocytoma plasmaticum* (glejaka gwiazdkowatego zarodkowego).

Aczkolwiek w statystyce B. i C. na jednostkę tę przypada 20% (53 przyp. na 254), to jednak została ona potraktowana po macoszemu: opis morfologiczny zajmuje tylko 12 wierszy. Z tego więc względu podaną poniżej analizę faktów opieramy prawie wyłącznie na materiale własnym.

Morfologia pierwiastków, tworzących ten rodzaj nowotworu, świadczy o klasycznej homojoplazji tego typu: budowa nowotworu w zupełności przypomina budowę gleju zarodkowego, a dotyczy to nie tylko wyglądu samych składników komórkowych, lecz i wzajemnego ich do siebie stosunku. Zapomocą odpowiedniego sposobu barwienia: Heidenhaina, Cajal-Hortegi, Malloryego — uwidacznia się klasyczna struktura syncytjalna zarodki, jak tego dowiodły prace Helda w stosunku do normalnego gleju zarodkowego. Podścieliska obcego nie ma tam nawet śladu. Jądra są przeważnie okrągłe lub owalne, nieco większe lub mniejsze, lecz bez wybitnych różnic w tym kierunku, zupełnie tak, jak napotykamy je i wyodrębniamy w normalnej istocie mózgowej. Unaczynienie przeważnie skąpe. Metody impregnacyjne uwydatniają typowy wygląd gwiazdzisty wyrostków zarodkowych; łączą się one między sobą, i w ten sposób powstaje syncytjum. Bardzo często, w przypadkach obrzęku tkanki nowotworowej, wygląd gwiazdzisty elementów komórkowych występuje już przy barwieniu zwykłym hematoksylinoeozynowym lub Nissla. Między otaczającą tkanką nerwową a masą nowotworową nie ma żadnej granicy, ponieważ budowa syncytjalna zarodkowych komórek glejakowatych przechodzi bezpośrednio w taką budowę normalnego gleju tkanki nerwowej. Jednakże, używając imersji, można granicę tę ustalić często dość ściśle, i to dzięki temu, że budowa gwiazdzista komórek glejakowatych jest zaznaczona mocniej, aniżeli w komórkach glejowych normalnych. Komórki nerwowe są nieraz zachowane w wielkiej liczbie. Neuronofagji wśród tkanki nowotworowej nie widać często zupełnie.

To samo dotyczy włókien myelinowych oraz wyrostków osiowych. Ostatnie, o ile nam się zdaje, są najbardziej odporne, i nieraz spostrzega się na skrawkach, barwionych metodą Bielschowskiego, całe grupy wyrostków osiowych, sięgających bardzo daleko w głąb mas nowotworowych.

Włókien glejowych zasadniczo się nie spostrzega.

Na opony miękkie sprawa nowotworowa nigdy nie przechodzi. Jeśli w nowotworze, blisko powierzchni mózgu, nastąpił krwotok, to w organi-

zacji jego, oprócz tkanki mezenchymalnej dookoła naczyniowej, może też uczestniczyć opona miękka. Jest ona wtedy znacznie zgrubiała wskutek bujania odczynowego jej pierwiastków, tworzenia się w niej dużej liczby nowych naczyń; lecz odczyn ten ze strony opony miękkiej i udział jej w sprawach reparacyjnych nietrudno jest odróżnić od bezpośredniego przechodzenia komórek nowotworowych na opony miękkie. Zasługuje także na podkreślenie, że komórki glejaka gwiazdzistego zarodkowego nie przekraczają również błony granicznej dookoła naczyniowej (*membrana limitans perivascularis*).

Ze strony naczyń drobnych nigdy nie spostrzegaliśmy zmian odczynowych. W samych naczyniach powstaje nieraz zwyrodnienie szkliste ścianki. Zaznaczyć jeszcze należy skłonność do tworzenia torbieli.

Przechodząc do zmian odczynowych ze strony otaczającej tkanki mózgowej, należy podkreślić ten fakt, że, o ile na granicy nowotworu nie ma krwotoków, obrzęków — to faktycznie tkanka mózgowa, i to zarówno elementy nerwowe, jak i glejowe, zachowuje się zupełnie obojętnie wobec bliskiego sąsiedztwa tego rodzaju nowotworu.

Streszczając się, widzimy: homojotypję elementów komórkowych, zachowanie zasadniczej budowy syncytjalnej zarodki gleju normalnego, brak zupełny podścieliska mezenchymalnego (z wyjątkiem tych nielicznych elementów, które przenikają wraz z naczyniami), brak wielopostaciowości jąder, bezpośrednie zlewanie się zarodki syncytjalnej pierwiastków nowotworowych z syncytjum otaczającego gleju normalnego [co właśnie spowodowało, że dawniej mówiono o rozroście „nacieczeniowym” (infiltracyjnym) glejaków, a raczej „astromatów”] częste nieuszkodzenie elementów nerwowych (komórek nerwowych, wyrostków osiowych, otoczek myelinowych), nawet w głąbi nowotworów, skłonność do zwyrodnienia torbielowatego, które uważać należy za sprawę rozplywną, związaną z powstawaniem odrębnych ciał chemicznych. Skłonność ta prowadzi nieraz do histologicznego samowyleczenia guza w całości z włóknisto-glejowym jego otorbieniem dookoła. Brak mitoz, jak również pstrych obrazów podziału amitotycznego. Jednolity typ komórek nowotworowych. Brak odczynu ze strony otaczającej tkanki mózgowej.

W zupełnej zgodności z danymi Baileya i Cushinga, te grupy nowotworowe cechuje na ogół najdłuższy okres pozostawania chorych przy życiu. Dodamy jednak, że w niektórych przypadkach okres ten był znacznie krótszy, albowiem wynosił tylko od 4 do 8 miesięcy (przeważnie przy usadowieniu się guza w mózdzku, w robaku górnym).

Przechodzimy obecnie do analizy histologicznej postaci najzłośliwszej glejaków, a mianowicie do t. zw. medulloblastomatów. Znajdujemy tutaj obraz zgoła odmienny. Przedewszystkiem guz ten wykazuje bardzo daleko posuniętą heterotypję. Gdyby nie wzgląd, że niemal zawsze za pomocą metod elektrycznych udaje się wykryć w więk-

szej lub mniejszej liczbie obecność włókien glejowych, byłoby nader trudno zaliczyć guzy te do glejopochodnych. Przy najłokładniejszym nawet badaniu niepodobna znaleźć w nich pierwiastków, przypominających komórki gleju dojrzałego. Co zaś do samych pierwiastków, z których ten nowotwór się składa, widzimy w nim wyjątkową wielopostaciowość. W kazuistyce własnej nowotwór składał się z komórek drobnych, wielkości małych limfocytów, o jądrze okrągłym z obfitą ilością chromatyny i z komórek większych, z jądrem bladym. Zarodzi dokoła jąder w obu tych typach prawie zupełnie nie dostrzegaliśmy. Oprócz powyższych dwóch typów komórek, spostrzegaliśmy na obwodzie nowotworu komórki, które morfologicznie można było identyfikować z astrocytami włóknistymi. B. i C. podają, że często znajdowali spongioblasty i neuroblasty: „niekiedy komórki są dostatecznie zróżnicowane, tak, że można było stwierdzić włókna glejowe; zróżnicowanie to może się nawet posunąć do tworzenia astrocytów”. Smiało więc rzec można, iż budowa tego nowotworu jest wyraźnie heteroplastyczna.

Jeśli, jak widzieliśmy, w astrocytomatach brak było zupełnie podścieliska obcego, to w medulloblastomatach znajdujemy podścielisko bardzo wyraźne, aczkolwiek budowa jego nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona. Opierając się na cechach barwności tego podścieliska w przypadkach własnych, byłibyśmy raczej skłonni do przypuszczenia, że jest ono natury mezenchymalnej. Obecność tego podścieliska i różnorodne jego umiejscowienie powoduje wygląd dość pstry budowy zasadniczej medulloblastomatu.

Już makroskopowo przekonać się można, że masy nowotworowe są tutaj przeważnie dość ostro odgraniczone od otaczającej je tkanki mózgowej (rys. 88, 89 monografji B. i C.). Drobnowidzowo granica ta zaznacza się prawie zupełnie ostro.

W stosunku do barjer fizjologicznych, a więc do naczyń i opon miękkich, komórki nowotworowe medulloblastomatu zachowują się wybitnie napastliwie. Przejście na opony miękkie stanowi główną cechę tego nowotworu, a, jak wykazuje jeden z naszych przypadków — nad — i przeżeranie ścian naczyń aż do przedstawiania się mas nowotworowych do światła naczyń nie należy również do rzadkości. Jeśli dodać do tego opisu typową dla medulloblastomatów skłonność do tworzenia przerzutów, nie tylko poprzez przestrzeń podpajęczynówkową, jak przypuszczają B. i C. lecz, jak to stwierdziliśmy w jednym z naszych przypadków — drogą krwioobiegu, to dojdziemy do wniosku, że mamy tutaj do czynienia z nowotworem wybitnie złośliwym.

Stwierdzamy w guzach tych znaczną liczbę mitoz, często atypowych, zupełny brak skłonności do tworzenia torbieli, zmiany odczynowe w komórkach nerwowych i w gleju, otaczającym guz, oraz destrukcję elementów nerwowych.

A więc medulloblastomaty odznaczają się: heteroplazją, ostrem odgraniczeniem od otaczającej tkanki mózgowej, wielopostaciowością pierwiastków nowotworowych, podścieliskiem pochodzenia mezenchymalnego, niszczeniem wszystkich napotykanym po drodze pierwiastków nerwowych, niszczeniem barjer fizjologicznych, skłonnością do tworzenia przerzutów, występowaniem znacznej liczby mitoz, wpływem (toksycznym?) na otaczającą tkankę mózgową. Dodajmy, że również i ze stanowiska klinicznego medulloblastomaty należą do wyjątkowo złośliwych (p. tabl. Baileya i Cushinga), a otrzymamy obraz glejaka wybitnie złośliwego.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Kliniki Chirurgicznej 2-iej U. W.
(Dyrektor: Prof. Dr. Z. RADLIŃSKI).

Ropniak opłucny wywołany przez streptothrix.

Podał

Jerzy RUTKOWSKI (Warszawa),

st. asyst. Kliniki

Nigdy nie należy zaniedbywać bakterjologicznego zbadania wysięku z opłucny. Wynik tego badania będzie decydował o naszym postępowaniu leczniczym, o rokowaniu, wreszcie badanie bakterjologiczne pozwoli wzbogacić piśmiennictwo spostrzeżeniami bardzo rzadkich zakażeń, jak w naszym przypadku. Podaję spostrzeżenie własne takiego przypadku.

Pacjent nasz miał lat 57, z zawodu był komiwojażerem, przybył do Klin. Chir. 2-iej U. W. z powodu bólów i kłucia

w lewym boku oraz uczucia duszności i osłabienia. Chory podaje, że 3 tygodnie temu (listopad), odbywając dłuższą podróż końmi, przeziębził się, dostał silnej gorączki, kłucie w lewym boku, kaszlu, dwa tygodnie leżał w domu na wsi, był pod opieką lekarza, który tydzień temu zrobił nakłucie klatki piersiowej po lewej stronie i wydobyl 2½ szklanki białego płynu. Chory, nie widząc poprawy zgłosił się do Kliniki.

Stan obecny (20.XI.1928 r.).

Chory wzrostu średniego, budowy m. w. prawidłowej, otyły. Skóra na twarzy mocno zaczerwieniona, kark nabrzmiąły. Klatka piersiowa beczkowata. Płuco prawe: wypuk jawny, dolna granica obniżona, rozlane rżenia średniobańkowe. Płuco lewe: w górnej części wypuk jawny z odcieniem bębnowym, rżenia średniobańkowe, w całej dolnej części, od 2 palcy powyżej kąta łopatki, całkowite stłumienie, oddechu nie słychać, drżenie głosowe zniesione. Serce przemieszczone w prawo, prawa granica na prawej linii mostkowej. Tętno serca głuche. Tętno miarowe, średniego napełnienia, 120 uderzeń na minutę. Ciepłota 38° w.

Moc prawidłowy.

Nakłucie w miejscu stłumienia dało brudno-szarą cuch-

nącą ropę. Ropę posłano do zbadania (Zakład serologii i mikrobiologii Un. Warsz.).

Tego samego dnia przystąpiono do operacji. W sposób typowy w znieczuleniu miejscowym w okolicy lewej linii pachowej tylnej wycięto podokostnowo odcinek 10 żebra długości około 6 cm., nacięto opłucną. Wylało się około 2 litrów ropy, jak przy nakłuciu. Do jamy ropniaka wprowadzono dwa krótkie dreny gumowe oraz pasy gazy, na to nałożono suchy aseptyczny opatrunek. Środki nasercowe: kamfora i naparstnica. Wewnątrz - jodek potasu.

Wynik badania ropy (dr. Michniewiczówna).

W preparacie z ropy znaleziono ziarenkowce gramododatnie, układające się w łańcuszki, oraz nitki gramododatnie. Posiew: *streptothrix*.

W ciągu pierwszych paru dni po operacji stan chorego poprawił się, duszność się zmniejszyła.

Wydzielina z rany obfita, cuchnąca.

Począwszy od 4.XII.28 r. (dwa tygodnie od operacji) stan chorego zaczął się pogarszać; przy prawidłowej ciepłocie tętno 140 uderzeń na minutę, słabo napięte. 7 grudnia: coraz większe osłabienie serca, bardzo silna duszność, sinica, tętno ledwo macalne 150 uderzeń na minutę. Ciepłota prawidłowa. Wydzielina z rany obfita, cuchnąca. 8 grudnia chory zmarł.

Badanie pośmiertne (dr. Siedlecka): *status post resectionem costae X sin. Dilatio cordis, Gangraena lobi inferioris pulmonis sin, cum incisione communicans. Bronchopneumonia in suppurationem vertens partis inf. lobi inf. pulm. dextr. Tumor lienis. Obesitas. Atherosclerosis incipiens. Adhaesiones circumscriptae pleurae sin. Putrefactio universalis.*

U dzieci najczęściej przyczyną zakażenia opłucny są pneumokoki, u dorosłych paciorkowce (przebieg bardziej złośliwy). C. Beck na 289 przypadków ropnego zapalenia opłucny znalazł:

paciorkowce	w 131
gronkowce	w 86
posiew jałowy	w 55
saprofity	w 17

W 109 przypadkach Nettera stwierdzono:

paciorkowce	w 50
pneumokoki	w 32
saprofity	w 15
prątki gruźlicze	w 12

v. Redwitz zebrał z piśmiennictwa większą liczbę badanych bakteriologicznie przypadków ropnego zapalenia opłucny. Stosunek odsetkowy 533 zebranych przypadków wypadł w sposób następujący:

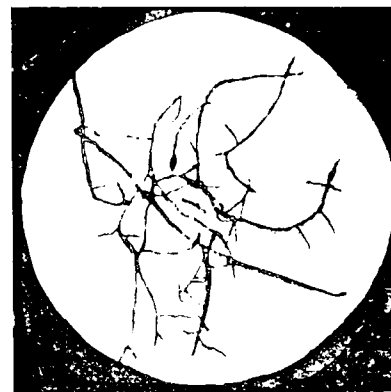
paciorkowce	71,18%
pneumokoki	12,08%
gronkowce	7,62%
zakażenie mieszane	7,41%
<i>bac. influenzae</i>	1,71%

Zwykle zapalenie opłucny występuje po jednej stronie, przeważnie lewej, wysięk najczęściej znajdujemy od tyłu w dolnej części jamy opłucnej. Zapalenie obustronne lub całkowite (*empyema totale*) spotykamy rzadko. Zakażenie albo przechodzi z sąsiedniego narządu (płuca), albo następuje drogą naczyń krwionośnych lub limfatycznych z bardziej odległego miejsca.

Zakażenie grzybkami *streptothrix* jest niezmiernie rzadkie, spotykamy je u ludzi mających do czynienia z sianem i słomą. Schottmüller

podał przypadek ogólnego zakażenia grzybkami *streptothrix* wskutek ugryzienia przez zdrowego szczura.

Streptothrix należy razem z grzybkiem promienicy (*actinomyces*) do rodziny grzybków włosowatych (*trichomycetes*), które mają postać cienkich rozgałę-



Streptothrix candida.

Świeża kultura buljonowa (Petruschky).

ziających się nitek — rozgałęzienia prawdziwe — (patrz rysunek) i są zbliżone do grupy drobnoustrojów pałeczkowców.

Streptothrix wywołuje u człowieka cały szereg schorzeń. Już w r. 1855 Gräfe opisał przypadek zapalenia kanałów łzowych, w których znalazł *streptothrix*. Podobne spostrzeżenia zostały ogłoszone przez du Bois Saint-Séverin (1895), Silberschmidta (1900), Cahna (1903), Zur Neddena (1906). Najpierw w Madurze — (Madura — Indje, 1712), następnie na całym półwyspie Indostanie, rzadko w Afryce i w Ameryce spostrzegano swoiste przewlekłe postępujące zapalenie stopy (rzadziej rąk), poczynające się od obrzmienia podeszwy, z tworzeniem się okragłych niebiesko-czerwonych gruzelków rozmiękających i dających przetoki, wydzielające rzadką, cuchnącą ropę, zawierającą, jak w promienicy, ziarenka żółtawe lub czarne. Zapalenie powoli przechodzi na grzbiet stopy, niszcząc wszystko po drodze (ścięgna, kość, stawy), trwa latami, nawet dziesiątki lat i wśród objawów charłactwa prowadzi do zejścia niepomyślnego. Wczesne odjęcie chorej stopy daje wyzdrowienie. Grzybek, wyhodowany z ropy przy t. zw. „stopie madurskiej” (*mycetoma pedis*) należy do grupy *streptothrix* (*streptothrix Madurae*). Grzybki *streptothrix* spostrzegano również w ropniu mózgu (Eppinger, Ferré et Faguet).

Opisanych przypadków streptotrichozy płuc jest bardzo mało. Japończycy Aoyama i Miyamoto (1900) opisali przypadek (spostrzegany w październiku 1897 r.), który skończył się śmiercią. Grzybek wykryto w płwocinie chorego na 3 dni przed jego śmiercią. Podczas badania pośmiertnego znaleziono obustronne ropne zapalenie opłucny (w ropie nitki *streptothrix*), rozsiane małe ogniska szarego zwłóknienia w obu płucach i ropień wielkości jaja kurzego ze zgorzelinowymi ścianami w płucu prawym. Norris i Larhin z Ameryki (1900) spostrzegali dwa przypadki zapalenia płuc zrazikowego z grzybkiem *streptothrix*

w ropnej wydzielinie oskrzeli. Obydwa przypadki zakończyły się śmiercią. Przypadek Birta i Leishmana (1900), dotyczący 26-letniego żołnierza, uczestnika wojny południowo-afrykańskiej, również miał zejście niepomysłne (prawostronny ropniak opłucny). Liek (1911) opisał dwa przypadki, z których jeden (operowany ropniak opłucny) zakończył się śmiercią, drugi pacjent, u którego po przebicciu przepony powstał ropień opadowy z ogniska w płacie dolnym lewego płuca (jama zgorzelinowa wielkości pomarańczy) po nacięciu ropnia opadowego i ogniska w płucu — wyzdrowiał.

Sądząc z przebiegu naszego przypadku i przypadków przytoczonych wyżej, rokowanie w streptotrichozie płuc jest bardzo złe, leczenie powinno być chirurgiczne z podawaniem do wewnątrz jodu potasu w dużych ilościach.

Spostrzeżenia, dotyczące ogólnego zakażenia grzybkami *streptothrix* z przerzutami w najrozmaitszych narządach, są stosunkowo liczne. Szczególnie zasługuje na uwagę wyjątkowo szczęśliwy przypadek Schottmüllera, który zakończył się wyzdrowieniem. Dotyczył on służącego pracowni bakteriologicznej, który na 5-y dzień po ugryzieniu przez zdrowego szczura dostał wysokiej gorączki, bólów w stawach i wysypki (*roseola*). Chory był w bardzo ciężkim stanie, jednak po 9 tygodniach wyzdrowiał. Ze krwi chorego wyhodowano parokrotnie w przebiegu choroby *streptothrix*.

PIŚMIENNICTWO.

C. Garré, H. Küttner, E. Lexer. Handbuch der praktischen Chirurgie. 1924. Stuttgart. — L. Heim. Lehrbuch der Bakteriologie. 1922. Stuttgart. — E. Kaufmann. Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie. 1911. Berlin. — W. Kolle und A. Wassermann. Handbuch der pathogenen Mikroorganismen. Bd. V. 1913. Jena. — F. Kraus und Th. Brugsch. Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Bd. II 2. 1919. Berlin. — K. B. Lehmann und R. O. Neumann. Atlas und Grundriss der Bakteriologie. 1912. München. — E. Lexer. Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie. 1921. Stuttgart. — Liek. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1911. Bd. 23, str. 531. — H. Ribbert. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie. 1920. Leipzig. — Schottmüller. M. med. Woch 1912, str. 1405.

Z 2 oddziału chirurg. Szpłt. Przem. Pańskiego w Warszawie,
(Ordynator: Dr. T. BUTKIEWICZ).

Uproszczony sposób leczenia syndaktylii.

Podał

J. POMPER (Warszawa).

Jak wiadomo, syndaktylja wyraża się w zupełnym lub częściowym zrośnięciu się dwóch albo więcej palców ich bocznymi powierzchniami. Rozróżniamy syndaktylię skórną, włóknistą i kostną. O tej ostatniej mówić nie będę, ze względu na jej specjalny charakter, wymagający postępowania bardzo różnorodnego oraz indywidualizowania każdego poszczególnego przypadku. Co się zaś tyczy syndaktylii skórno-włóknistej, to zaznaczyć należy, że jest ona jedną z najczęstszych form wad rozwojowych kończyn i spotyka się względnie często. To też metody operacyjne, usiłujące wyleczyć tę wadę rozwojową, są wielce różne.

Ongiś próbowano zwyczajnie przeciąć zrośnięte palce nożem lub nożyczkami, niestety, bez żadnego wyniku, gdyż natychmiast po przecięciu błony, łączącej oba palce, występowało rozchodzenie się skóry powierzchni dłoniowej i grzbietowej na obu sąsiadujących bocznych powierzchniach tych palców. Obie te powierzchnie, pozbawione naskórki, przechodziły jedna w drugą w fałdzie międzypalcowej, wskutek czego palce znowu zaczynały się zrastać, poczynając od tej fałdy. Rudtorfer, wychodząc z założenia, że, gdyby udało się uzyskać zabliznienie z początku tylko tego kąta, to można by było zapobiec zrośnięciu się reszty powierzchni obu ran, zaproponował przeciągnąć dukt przez otwór, zrobiony troakarem w tym miejscu fałdy międzypalcowej, i zostawić go do czasu zabliznienia się kanałów wkłucia. Wówczas przecięcie zrośniętych palców mogłoby dać dodatni wynik leczniczy.

Poza tym sposobem znany jest sposób Maisonneuve'a, polegający na stopniowym miażdżeniu drutem mostka międzypalcowego. Metoda ta w czasach nowszych jest stosowana w klinice Spitzzy w formie zmodyfikowanej za pomocą uciskadeł kleszczowych.

Powyższe metody zachowawcze nie uzyskały jednak powszechnego uznania, zostały prawie zapomniane, toteż, przeglądając odnośne piśmiennictwo i cały szereg nowszych podręczników chirurgii szczegółowej, spotykamy się tylko z metodami plastycznymi, polegającymi na wytworzeniu odpowiednich płatów skórných, któreby nie dopuściły do ponownego zrośnięcia się palców po ich krwawym rozdzieleniu. Są to znane metody operacyjne Felizeta, Zeller'a, Didota, Forgue'a, Radoulesco i innych. Powyższe metody operacyjne mają tę wadę, że bardzo często nie dają się przy nich zapobiec całkowitemu lub częściowemu obumarciu płatów. Pozatem sam zabieg jest o tyle trudny, że wytworzenie odpowiedniej fałdy między palcami wymaga dość znużonej i w rezultacie rzadko kończącej się pomyślnie pracy wobec zbyt szczupłego materiału dla plastyki.

Dlatego więc chciałbym się podzielić wynikami uproszczonej metody operacyjnej, stosowanej na 2 oddziale chirurgicznym Szpłt. Przem. Pańskiego. Metoda ta, zainicjowana przez ś. p. Al. Zawadzkiego, polega na stosowaniu t. zw. szwu szewckiego w miejscu, w którym staramy się osiągnąć rozdzielenie zrośniętych palców.

Bierzemy dłuższą nitkę jedwabną, nawleczoną na obu końcach na proste igły. Wkłuwamy igłę w górny kąt fałdy międzypalcowej i przeprowadzamy nitkę do połowy jej długości. Następnie cokolwiek poniżej znowu wkłuwamy tę igłę, wprowadzając ją z połową nitki na stronę przeciwną. Wówczas bierzemy drugi koniec nitki z drugą igłą i przeprowadzamy ją przez ten sam kanał w tkankach, jaki zrobiła pierwsza igła, tylko w kierunku przeciwnym, tak, że obydwa końce nitki są znowu na przeciwnych powierzchniach błony, łączącej oba palce. W ten sposób przeprowadzamy obie igły z nitką wzdłuż całej tej błony, aż nie dojdziemy do koniuszków palców, w którym to miejscu obydwa końce nitki ściągamy i zawiązujemy w mocny węzeł. Pole operacyjne zasypujemy kseroformem i nakładamy suchy opatrunek. Jest to pierw-

szy etap operacji, dzięki któremu staramy się uzyskać w tkankach między palcami zrośniętymi małe kanały, stopniowo zblizniające się na swojej powierzchni. Równocześnie, uciskając między ściegami nitki naczynka krwionośne, pomagamy do wytworzenia samodzielnego krążenia krwi w obu poszczególnych palcach.

Po 7 — 10 dniach kontrolujemy powyższe kanały tkankowe i, jeżeli stwierdzamy, że przestrzenie pomiędzy nimi są zbyt szerokie, nie zdejmując nałożonej nitki, powtarzamy ten zabieg z inną nitką w sposób podobny do podanego powyżej, przeprowadzając oba końce nitki między otworami nitki pierwszej. Zaznaczam, że powtórny zabieg niezawsze jest potrzebny. Po tygodniu przecinamy węzeł i wyciągamy nitkę. Zauważymy wówczas wyraźnie zarysowującą się linię podłużną między zrośniętymi palcami. Linia ta składa się w przekroju z poszczególnych odcinków zbliznionych kanałów, połączonych ze sobą ścięciwą od ucisku tkanką łączną. Wówczas przecinamy nożem powyższe mostki, rozdzielając w ten sposób zrośnięte palce. Ranki między zbliznionymi odcinkami za-

sypujemy kseroformem i nakładamy oddzielne opatrunki na oba palce, odciągając dość mocno bandażem lub plastrem fałdę międzypalcową. Opatrunki zmieniamy co dwa-trzy dni, pozwalając pacjentom wykonywać wszelkie możliwe ruchy palcami podczas zmiany opatrunku.

Ogółem leczenie trwa około czterech-sześciu tygodni. Poszczególne jego etapy wykonywamy bez wszelkiego znieczulenia, nawet u najmłodszych dzieci.

Jak można wnioskować, opisana metoda ma na celu wyleczenie jednej z najczęstszych wad rozwojowych, jaką jest syndaktylja, nie drogą operacyjną plastyczną, które rzadko dają wyniki lecznicze dodatnie, lecz drogą zachowawczą po zasadniczym zmodyfikowaniu pomysłów starych mistrzów chirurgii. Statystyka nasza opiera się na czterech przypadkach u małych dzieci. Wyniki lecznicze tych przypadków naszą metodą były i pod względem czynnościowym oraz kosmetycznym nie tylko zadowalające, ale zachęcają do jaknajszerszego rozpowszechnienia i stosowania powyższej metody w leczeniu syndaktylii.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Geneza i Technika Metody Psychanalizy.

Podał

A. DRYJSKI (Poznań).

(Dokończenie—p. Nr. 27, 28 i 29).

§ 4. Opór i Przeniesienie.

Wprowadzenie diagnostyki asocjacyjnej odsłoniło przed oczami F r e u d a fakt, którego on—dopóki stosował hipnozę—nie mógł dostrzec. Było nim istnienie oporu¹⁾. Odkrycie to ułatwiło mu zrozumienie mechanizmu psychonerwicy i z kolei przyczyniło się do dalszej zmiany techniki psychanalizy.

Z początku psychanalizy poddawali obróbce skojarzeniowej każdy symptom poszczególny. Jest on „tworem zastępczym — niejako transkrypcją — całego szeregu silnie zabarwionych uczuciowo zajęć psychicznych, życzeń i dążeń”, które wskutek wyparcia, zostały zatrzymane w suterenach duszy, bez należytego odreagowania. Te twory zniekształcone²⁾ są dla chorego, a niekiedy i dla lekarza pozbawione sensu. Tymczasem, podobnie jak i marzenia senną, posiadają one treść jawną i ukrytą. Niezrozumiałymi wydają się dopóty, dopóki bierzemy pod uwagę tylko ostatnią. Psychanalizy musi więc odnaleźć

znaczenie każdego objawu, innemu słowu, wykryć tajemnicę jego tworzenia się. Celem interpretacji psychanalizy jest zrozumienie intencji nieświadomego, która przejawia się w marzeniach sennych, różnych automatyzmach i objawach. Nie jest to jednak rzecz łatwa, gdyż wskutek „stłoczenia”, „przesunięcia nacisku ps.” i t. p. mechanizmów, jedna jakaś innerwacja może zastąpić całe przeżycie. Przykład. Pani X cierpiała 15 lat na newralgię twarzy. Elektroterapia, hydroterapia, narkotyki, wyrwanie zębów i t. p. środki okazały się bezskutecznymi. Dopiero analiza psychologiczna wykazała, że ból ten pochodzi z czasu, kiedy została ciężko obrażona przez swego męża. Gdy opowiadała tę scenę, podniosła rękę do twarzy, krzyknęła z bólu i rzekła: „To było tak, jakby mnie w twarz uderzył!” Cały szereg przeżyć przykrych, skonkretyzował się i wyraził na drodze innerwacji bólowej twarzy. Kiedy lekarz jej to uświadomił, newralgia znikła (P f i s t e r).

Psychanaliza musi zatem wykryć drogi, na których powstały objawy, czyli twory zastępcze przeżyć urazowych, przyczem do uleczenia chorego koniecznym jest „by objaw na tychże samych drogach przeistoczony został znowu w myśl wypartą”.

Procedura analizy bezpośredniej objawów poszczególnych okazała się jednak niecelowa. Z dwóch mianowicie względów:

Primo. Każdy symptom jest w gruncie rzeczy reakcją całej osobowości. Zrozumieć go można dopiero wtedy, gdy w badaniu uwzględnimy całokształt przejawów duchowych. Objawy są bowiem „tarczą ochronną, pokrywającą konflikty osobowości”, zwalczyc je zatem można tylko przez dotarcie do źródeł

¹⁾ Odnosi się to także do Breuera. Opór istnieje także i w hipnozie o czym jednak Freud nie wiedział.

²⁾ Zniekształcenie jest tem większe, im silniejszy jest opór przeciw uświadomieniu.

choroby, czyli konfliktów. Środkiem najskuteczniejszym w danym wypadku są właśnie skojarzenia wolne, gdyż one, obejmując, że się tak wyrażę, całą osobowość, uwypuklają nieznacznie dla pacjenta jej strony bolesne.

Przejsięcie od analizy bezpośredniej objawów do skojarzeń wolnych było tem więcej zrozumiałe, że Freud zarzucił swój początkowy (z okresu katarskiego) pogląd na znaczenie wyłączone urazów do różnych³⁾ w uwarunkowaniu psynerwicy, przypisując im później rolę nieporównanie skromniejszą. W związku z powyższem analiza musiała z konieczności dotyczyć całego niemal życia jednostki, sięgając aż do przeżyć wczesnodziecięcych, a nawet porodowych (Ranck).

Secundo. Praktyka psychanalityczna wykazała, że przez umyślne kierowanie uwagi chorego na objawy, zwiększa się opór, co, oczywiście, utrudnia jeszcze bardziej powrót do świadomości kompleksów wypartych. Można by nawet powiedzieć, że zwalczanie oporu jest rzeczą ważniejszą, niż poszukiwanie kompleksów: wpłynęła ona samorzutnie w pole świadomości, skoro tamten zostanie przełamany. „Ta walka właśnie z oporem chorego jest najbardziej uciążliwą, lecz zarazem najbardziej kunsztowną metodą w technice psychoanalizy: zwycięża ten, kto najbardziej zagmatwany przejaw świadomości nie tylko odgadnie, lecz interpretację swą oprze na tak obfitym materiale psychologicznym chorego, że dzięki interpretacji tej chorey będzie w stanie wejść w tajniki własnej nieświadomości”.

Funkcja oporu polega na utrzymaniu możliwie najdalej od świadomości tych przeżyć, które wywołują konflikty. Jest on zjawiskiem stałym, to zn., że poszukiwanie kompleksów wypartych zachodzi w ciągłej walce z osobowością pacjenta. Jak łatwo zrozumieć, kompleksy jako takie nie stawiają żadnego oporu, przeciwnie, dążą one do świadomości. Czynnikiem, warunkującym jego istnienie jest nasze „ja”: „wypływa on z sił Jaźni, ze znanych i ukrytych właściwości charakteru. Są to więc te same siły i właściwości, które spowodowały, a przynajmniej przyczyniły się do wyparcia. Reszta jest nam jeszcze nieznana”¹⁾. Krótko mówiąc, opór, często zupełnie bezwiedny, jest dziełem cenzury, która wyparła do nieświadomego przeżycia niezgodne z wymogami osobowości i utworzyła następnie swojego rodzaju barierę dynamiczną, uniemożliwiającą ich powrót na powierzchnię życia duchowego. Nasilenie cenzury ulega jednak wahaniom, wobec czego i opór posiada charakter zmienny. W stanach np. hipnoicznych, we śnie fizjologicznym, hipnozie i t. p. działanie jej słabnie, a zatem i opór jest mniejszy. Bywa i tak, że znika on zupełnie, co ma miejsce np. w niektórych formach obłąkania.

Psychanalitycy utrzymują prócz tego, że jest on tem większy, im starsze i bardziej spacone są kompleksy, a także im więcej się do nich zbliżamy.

Opór może się przejawiać rozmaicie — w chęci odłożenia analizy, milczeniu, obojętności względem choroby i lekarza, w nastawieniu krytycznem wzglę-

dom nastęrczających się podczas analizy myśli, pełnych oburzenia słowach, niewierze w skuteczność metody psychanalizy... i t. p. Gdy jest bardzo silny, występuje niekiedy pod postacią lęku, bólu psychicznego, uczucia dławienia, osłabienia, a nawet letargu. W miarę jak wzrasta, należy wytłumaczyć choremu jego mechanizm, znaczenie i potrzebę przeżycia powtórnego — pod okiem lekarza — konfliktów poprzednio niezafatwionych.

Bardzo ważnym momentem jest chwila, gdy opór osiągnie punkt szczytowy swego nasilenia. Pacjent chce wtedy porzucić swego lekarza, aby tym sposobem pograć się w jeszcze większą chorobę. Należy wtenczas wykorzystać drugi niezmiernie ważny czynnik terapii psychanalizy — „przeniesienie” (Übertragung, transfert), które Freud opisał po raz pierwszy w swym klasycznym przykładzie analizy — *Bruchstück einer Hysterieanalyse* (1905).

Istota przeniesienia, które występuje samorzutnie prawie we wszystkich stosunkach ludzkich, polega na projekcji treści nieświadomych. Ono stanowi o wpływie leczniczym psychanalizy: tam, gdzie go niema, możliwość działania psychicznego na pacjenta jest zakwestjonowana.

Mówiąc o przeniesieniu, Freud ma na myśli taki stosunek, kiedy pacjent odnosi się do lekarza „z nadmiarem serdecznych, często z wrogością zmieszanych uczuć. Nie znajdują one żadnego uzasadnienia w rzeczywistym stosunku tych dwojga ludzi, tak, że sądząc ze szczegółów, w jakich się przejawiają, musimy je wyprowadzić z owych dawnych i w nieświadomości popadłych życzeń chorego. Tę więc część swych uczuć, których nie może sobie przywołać na pamięć, przeżywa chory na nowo w swym stosunku do lekarza”.

Zbliżając się w trakcie analizy do pewnych warstw nieświadomego, psychanalizy budzi różne stany afektywne, które chory przenosi teraz instynktownie¹⁾ na niego, przybierając — zależnie od wytworzonej konstelacji psychicznej — takie miłosne lub wrogie postawy, jakie zajmował poprzednio względem ojca, matki, siostry i t. p. Oto dlaczego lekarz staje się kolejno przedmiotem miłości lub nienawiści ze strony pacjenta, który rzutuje teraz na niego te same uczucia, jakich doznawał poprzednio w stosunku do tamtych osób. Projekcje powyższe opierają się na wspomnieniach osobowych. Jung sądzi jednak, że w danym wypadku, mogą zachodzić także wspomnienia dziedziczne, i wtedy chory obdarza lekarza właściwościami maga, czarodzieja, kapłana, anioła, mesjasza... Obrazy te, niezrozumiałe zupełnie dla pacjenta, pochodzą jakoby z najgłębszych warstw psychiki nieświadomej, którą on nazywa zbiorową (das kollektive Unbewusste).

Dzięki przeniesieniu pacjent ma możność złamania swoich oporów, ale ono staje się poniekąd nowym syмптомem, gdyż dookoła lekarza tworzy się jakby nowa nerwica, którą Freud nazywa psychonerwicą przeniesieniową (Übertragungsneurose). W centrum konfliktów nieświadomo-

³⁾ Niektórzy psychanalizyści zaczęli wprost lekceważyć przeżycia aktualne o charakterze urazowym i całą uwagę skupiają wyłącznie na kompleksach dziecięcych (szczególnie kazirodczych).

¹⁾ Freud, Vorlesungen... str. 339.

¹⁾ W grę wchodzi tutaj czynnik, nazwany przez Freuda przymusem powtórzenia (Wiederholungszwang), dzięki któremu odtwarzają się te sytuacje życiowe, które na jednostkę wywarły silne wrażenie, a obecnie zostały ożywożone przez psychanalizę.

mych staje teraz osoba lekarza. Od jego umiejętności będzie zależało tak pokierować owymi konfliktami, aby one nie zostały ponownie stłumione. Trzeba więc uświadomić choremu mechanizm i rolę przeniesienia, a mianowicie, że ono jest tylko powtórzeniem przeżyć dawno zapomnianych, że stanowi projekcję nieświadomą wczesnodziecięcych popędów seksualnych²⁾.

Skoro charakter istotny przeniesienia zostanie wyjaśniony, i chory przeżyje powtórnie swe konflikty, osądzi je, wyrzeknie się ich w pełnym świetle świadomości, a tem samem zlikwiduje — zostanie wyleczony.

Sprawa postawy uczuciowej, jaką przybiera pacjent względem swego lekarza, jest zjawiskiem znanem od bardzo dawna. Postawa tego rodzaju uwiidocznia się ze szczególną wyrazistością w stosunku medjum do hipnotyzera (le rapport magnétique, hypnotique), to też opisy jej znajdujemy już u Bertranda, De Lausanne'a, Deleuze'a, Charpignona, Despinea (d'Aix), Wirtha i wielu innych magnetyzerów, a w naszych czasach — Ochrowicza, Myersa, Molla, Janeta i t. d. Ten ostatni powiada, że uczucia, które przenosi pacjent na swego hipnotyzera są różne: zależy to od wieku, wychowania, inteligencji i t. p. czynników¹⁾. W przeciwieństwie do tego Freuda i jego zwolennicy utrzymują, że w danym wypadku mamy do czynienia tylko ze wzruszeniami natury seksualnej: „isto-

²⁾ Przeniesienie, o którym mowa, stanowi postać mechanizmu bardziej ogólnego, który był opisany przez Lehmana, Sullyego i Ribota pod nazwą przenoszenia uczuć (Verschiebung, déplacement affectif, transfert). To ostatnie polega, jak wiadomo, na tem, że pierwiastek uczuciowy, zespolony z jednym przedmiotem lub wyobrażeniem, może się przenosić na inne, związane z nim drogą kojarzenia.

¹⁾ Patrz o tem moją pracę — Sugestia i Wychowanie, 1927, Część II-ga, str. 6 — 7.

tę hipnozy stanowi nieświadome przytwierdzenie chuci do osoby hipnotyzera (za pomocą masochistycznych składników popędu płciowego²⁾). Natura sugestji i leczenie tą metodą sprowadza się więc do przeniesienia, a podatność na jej wpływy idzie w parze ze zdolnością do nieświadomego przytwierdzenia wczesnodziecięcych popędów kazirodczych.

Analizując sumiennie fakty, obserwowane w hipnozie i podczas seansów psychanalitycznych, stwierdzamy, że charakter seksualny postawy uczuciowej względem lekarza lub hipnotyzera ma niewątpliwie miejsce w niektórych przypadkach, w innych znowu jest całkiem dowolną — w myśl potrzeb teorii — interpretacją różnych przejawów zachowania się osobnika.

Pogląd Freuda na istotę sugestji i przeniesienia opiera się właśnie na takich interpretacjach dwuznacznych. Jest także niesłuszny i z tych jeszcze względów, że sugestia realizuje się czasami w takich okolicznościach, kiedy nie może być mowy nawet o pozorach jakiegokolwiek przytwierdzenia chuci²⁾...

Skoro uwzględnimy dane powyższe, stanie się jasnym, że wartość przeniesienia *libido*, jako istotnego współczynnika terapeutycznego, jest w każdym razie pod znakiem zapytania.

W leczeniu psychotherapeutycznym każdy moment, nawet skądinąd obojętny, np. pigułki ze zwykłego chleba, może wywołać dobre lub złe skutki, zależnie od tego, z jakim się łączy poddawaniem. Sądzę, że przeniesienie „wczesnodziecięcych przeżyć kazirodczych” odgrywa taką samą rolę, jak i owe pigułki... źródło zaś wyleczenia kryje się gdzieindziej.

²⁾ Janet, Névroses et idées fixes, t. I. Rozdz. XII, L'influence somnambulique et le besoin de direction.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

W. HIRSCH. Wstrząs cukrowy u dzieci. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 42, Nr. 5 r. 1928).

Autor podkreśla, że wprowadzanie do ustroju drogą zastrzyknięcia śródżylnego rozczyńców cukru gronowego silnie stężonego, aczkolwiek jest wskazane w wielu przypadkach zaburzeń przewodu pokarmowego, jednak jest nieco niebezpieczne ze względu na występujący nieraz wstrząs.

Jak wiadomo, stężone rozczyiny cukru gronowego podaje się dożylnie w przypadkach szczególnego wysuszenia ustroju, jak np. po silnych biegunkach, wymiotach i t. p.

W stanach takich krzywa cukru we krwi zachowuje się odmiennie, aniżeli u osobników zdrowych, a mianowicie, wzrasta szybciej i opada wolniej, aniżeli w przypadkach zaburzeń przemiany węglowodanowej.

Insulina w tych razach według autora nie posiada jakiegokolwiek wyraźnego wpływu na przebieg krzywej glikemji lub powstanie wstrząsu cukrowego. Aby więc uniknąć niebezpiecznego wstrząsu, autor radzi nie zastrzykiwać rozczyńców glukozy ponad 6%.

B. Goldstein.

R. S. ROWLAND. Układ siateczkowo-śródbłonkowy a ksantomatoza. (T. zw. zespół Christiana). (Arch. Int. Med. tom 42 Nr. 5).

Autor przytacza świeże 2 przypadki t. zw. zespołu Christiana, obejmującego jednocześnie *diabetes insipidus*, wytrzeszcz oraz swoiste ubytki w kościach płaskich.

Obydwa te przypadki, z których jeden był nekropsyjny, oraz 12 innych przypadków, przytoczonych w piśmiennictwie, autor zalicza do grupy t. zw. ksantomatozy.

Jest to ksantomatoza trzewiowa uogólniona, w której rozmaite części układu siateczkowo-śródbłonkowego wykazują nacieczenie lipidowe lub hiperplazję komórek lipidowych.

Zjawisko to występuje w postaci rozlanej w komórkach śródmiąższowych takich narządów, jak płuca, wątroba, śledziona, gruczoły chłonne, szpik kostny i t.p. Występuje także w bujących grudkach tkanki limfatycznej, szczególnie zaś opony twardej, okostny, opłucny oraz otrzewny.

Według autora wszystkie zmiany należy uważać za zaburzenia przemiany lipidowej.

L. H. NEWBURG i A. C. CURTIS. O doświadczalnych uszkodzeniach nerek na tle diety białkowej. (Arch. Int. Med. tom 42, Nr. 5 r. 1928).

W jednej z dawniejszych prac autor wykazał, że dieta białkowa u królika wywołuje zmiany w nerkach. Wobec zarzutów, że króliki, jako zwierzęta trawożerne, są szczególnie wrażliwe na dietę mięsną, autor tym razem użył szczurów do badań kontrolnych, podając im jako białko: mięso, ser, wątrobę i ziarna zbożowe.

Typ i nasilenie sprawy uzależniony jest od rodzaju białka podawanego. Tak np. wątroba wywołuje ciężkie zmiany jeszcze przed rokiem, podczas gdy ser przez ten sam okres czasu daje zmiany nieznaczne. Mięso stoi pośrodku pomiędzy wątrową a serem.

Swoistość działania rozmaitych białek zależy prawdopodobnie od rodzaju aminokwasów wchodzących w ich skład.

B. G.

J. T. KING. Sekretyna nie jest bodźcem krwiotwórczym. (Arch. Int. Med. tom 42, Nr. 5, r. 1928).

Downs, Eddie oraz Fuimoto wykazali, że zawarta w soku jelitowym sekretyna, zastrzyknięta podskórnie lub śródżylnie, wywołuje zwiększenie liczby czerwonych ciałek krwi o 20% w godzinę po zastrzyknięciu podskórnym, zaś o 40% w $\frac{1}{2}$ godz. po zastrzyknięciu śródżylnym.

Zjawisko to jest przejściowe, gdyż bardzo szybko wszystko wraca do normy. Na zasadzie danych powyższych uważano sekretynę za substancję, pobudzającą narządy krwiotwórcze.

King potwierdza wyniki badań autorów poprzednich, nie zgadza się jednak z ich interpretacją. Przeciwno świadczą: przejściowy charakter erytrocytozy, brak jakichkolwiek uchwytanych cech histologicznych regeneracji krwi, jak np. obecność retikulocytów, polichromatofilii i t.p.

Zwiększenie liczby erytrocytów zależy prawdopodobnie od chwilowego zagęszczenia krwi. Jest ono związane prawdopodobnie z działaniem nie sekretyny, jako takiej, lecz jako jednej z substancji wyciągowych tkanek, które wywołują zaburzenia w obrębie układu naczyń włosowatych.

B. G.

Balneologia i Klimatologia.

R. STAEHELIN. Kiedy klimat górski jest przeciwwskazany? (Ther. d. Gegenwart Nr. 3, r. 1929).

Do większych zaburzeń w rodzaju duszenia się z braku tlenu dochodzi dopiero na znacznych wysokościach i to tylko przez pewien czas, dopóki ustrój się nie dostosuje do zmienionych warunków. Jednakże i drobne odchylenia od normy w ciśnieniu cząstkowym tlenu wywołują odruchowe zaburzenia ze strony ośrodka oddechowego, jako bardzo czułego narządu. Te zmiany mogą wystąpić już na wysokości 1000 metrów. Nagromadzenie się w ustroju CO czy nawet innych kwasów powoduje nadmierną wentylację płuc.

Działanie to powoduje także zmiany w przemianie materii ustrojowej. Metabolizm się zwiększa w większym czy mniejszym stopniu z jednoczesnym zatrzymaniem azotu. Zazwyczaj można obserwować przytem wzrost wagi ciała co jest może dziwne wobec zmniejszenia rozpadu, objaśnia się jednak tem, że łaknienie silnie wzrasta. Duże wysokości działają szkodliwie na wątrobę, możnaby poniekąd przypuścić, że nieznaczne wzniesienie powoduje efekt przeciwny, to jest dodatni. Tak np. górski klimat zwiększa działanie (szkodliwe) arsenu osłabia natomiast działanie alkoholu. Wniosek z tego wypływa jeden: że nie należy posyłać w góry chorych z dużymi zaburzeniami metabolizmu.

Także u nerwowych góry mogą spowodować niekiedy ujemne działanie, choć naogół ludzie czują się specjalnie

„lekko” w górach, to inni znów nie mogą spać z powodu niespokojnych snów i t. p.

Brak tlenu powoduje także kompensacyjny wzrost liczby czerwonych ciałek krwi, przyspieszenie tętna, a nawet jak spostrzegano niekiedy, wzrost ciśnienia krwi. Zrozumiałem poniekąd będzie, że wywołać to może także przerost serca.

Poza ciśnieniem atmosferycznym działają jeszcze inne przyczyny jak np. temperatura powietrza niższa a zarazem łatwiejsza do zniesienia ze względu na jednoczesną suchość i brak mgły, co zwiększa dostęp promieni. Podobnie się rzecz ma z suchością powietrza. Dla zdrowego oznacza to tylko przyjemne ćwiczenie naczyń, podczas gdy dla chorego jest to już wysiłek.

Duże znaczenie przypisuje się powszechnie promieniom pozafijłkowym. W górskim klimacie jest ich więcej z dwóch przyczyn. Z jednej strony ilość promieni jest większa ze względu na większą przepuszczalność górskiego powietrza. Z drugiej strony, w górach liczba dni pogodnych jest większa. Promienie fijołkowe wywołują pewne zmiany w ustroju, bliżej jeszcze nieznane. Nazewnątrz objawiają się one silną pigmentacją skóry. Oczywiście, zbyt raptowne naświetlanie może wywołać niepożądane następstwa, nawet gorączkę.

Jak widzimy więc, choroba górska staje się wyraźna dopiero w wysokościach około 4,000 metrów i dopiero po dłuższym przebywaniu. Wobec tego należy bezwzględnie zabronić zwiedzania wyżyn osobom chorym na serce, hipertoniom lub wycieńczonym chorym. W przypadkach wątpliwych można zezwolić najwyżej na kilkugodzinny pobyt na tych wysokościach.

Wysokości mniejsze, które najczęściej wchodzą w grę naogół nie wpływają ujemnie. Ze względu jednak na grę naczynioruchową wymagana jest pewna zdolność ustroju do adaptacji do zmian zachodzących.

Z pośród przeciwwskazań należy wymienić więc na pierwszym miejscu choroby narządu krążenia. Tu należy pewnie nerwice oraz wszystkie niezupełnie skompensowane stany organiczne. Szczególnie wystrzegać się należy stosowania kąpeli kwasowęglowych w górskich okolicach, kąpiele takie działają bowiem same przez się już, jak klimat górski, w sensie wysiłku. Niekiedy jednak w dobrze wyrównanych sprawach leczenie takie jest bardzo skuteczne. Pierwsze dni pobytu w górach chory taki powinien zachowywać się spokojnie, a dopiero po kilku dniach, o ile nie ustąpią objawy górskiej choroby, winien powrócić do równiny.

Bezwzględnie przeciwwskazany jest górski klimat w miażdżycy. Wyjątkowo tylko można zezwolić chorym z lekką miażdżycą na pobyt w górach.

Pacjenci z hipertonią naczyniową nie nadają się do górskich okolic. Klimat ten wywołuje bowiem wzrost ciśnienia. Podobnie rzecz się ma z cierpieniami tętnicy głównej, szczególnie na tle kiły. Ważnem przeciwwskazaniem jest także *angina pectoris*.

Z chorób narządów oddychania wymienić należy: rozedmę silnego stopnia oraz suchy nieżyt oskrzeli, czasem także pewne postacie gruźlicy płuc. Szczególnie tyczy się to przypadków z wysoką gorączką, tętnem wyżej 120 i silną dusznością. O powikłaniach gruźlicy innymi chorobami można powiedzieć tyle, że należy je traktować, tak jak te ostatnie.

W niedokrewnościach góry są naogół wskazane jedynie tam, gdzie hematopoeza jest minimalna, należy uprzednio ją pobudzić innymi środkami. Niedokrewność złośliwa nie poprawia się pod wpływem gór.

W chorobach nerwowych należy decydować w każdym poszczególnym przypadku, czy klimat górski będzie wskazany. U szczególnie przeczułonych osób pobyt w górach jest raczej niepożądany ze względu na to, że niepokój ich się zwiększa.

Bardzo pożądanym jest klimat górski w chorobie Basedowa.

Wogóle więc biorąc, górski klimat będzie wskazany wszędzie tam, gdzie chodzi o pewne pobudzenie czynności ustroju, z tem jednak zastrzeżeniem, że ustrój będzie mógł zadaniu sprostać. Nadmierne wysiłki bowiem są zawsze szkodliwe.

B. G.

Choroby narządów trawienia.

M. A. MC. IVER i J. L. GAMBLE. O zmianach w płynach tkankowych w niedrożnościach wysokich jelit. (J. A. M. A. Tom 91, Nr. 21, r. 1928).

W przypadkach niedrożności wysokiej jelita następuje wzmożone wydzielanie ze strony gruczołów trawiennych. Ustrój traci przytem zasady, głównie w postaci sodu, oraz chlorki.

Jednocześnie następuje bardzo silne odwodnienie organizmu, przyczem zmienia się także odczyn płynów tkankowych najczęściej w stronę kwaśną (utrata zasad)

Autorzy skłonni są przypisać winę zejścia niepomysłnego nie rozmaitym toksynom, które jakoby mają powstawać w takich stanach, lecz głównie i przede wszystkim odwodnieniu oraz utracie zasad i chlorków.

Czynniki te odbijają się tak fatalnie na całokształcie gospodarki ustroju, że tenże ginie. Najlepszym dowodem, przemawiającym za słusznością tego poglądu, jest, zdaniem autorów, ta okoliczność, że, skoro brakujące czynniki zostaną ustrojowi doprowadzone, stan poprawia się w bardzo znacznym stopniu.

Przeciwno przesadnemu znaczeniu toksyn przemawia także to, że, na przykład, zwierzę, u którego przeprowadzano doświadczalnie zamknięcie jelita, mogło żyć (przy braku wymiotów) przez 28 dni.

Leczenie jest z konieczności tylko operacyjne. Wyniki zależne są od czasu interwencji.

B. Goldstein.

T. G. ORR i R. L. HADEN. O czynnikach chemicznych w zatruciach na tle niedrożności jelit. (J. of A. M. A. Tom 91 Nr. 20, 1928).

W niedrożnościach górnych odcinków przewodu pokarmowego zachodzą znaczne zmiany w składzie chemicznym krwi.

Wzrost azotu niebiałkowego, zależny od zagęszczenia krwi wskutek utraty płynu oraz od zwiększonego rozpadu tkanek, który się odbywa wskutek tej dehydratacji oraz z powodu jadów wewnętrznych krążących w ustroju.

Spadek ilości chlorków zależy częściowo od utraty chlorków w kwasie solnym żołądka (wymioty). Jednakże w pracach doświadczalnych wykazano, że przy zamknięciu wpustu w przyp. podobnych chlorki wydzielają się w zwiększonej ilości z moczem.

Dowodzi to, że chlorki biorą jakiś czynny udział w odtruwaniu ustroju, wiążąc się z nieznaną jeszcze bliżej istotą trującą. Odwrotnie, możliwe jest, że objawy zatrucia zależą od hipochloremji.

Utrata chlorków jest większa, aniżeli utrata sodu, reszta więc jego łączy się z CO₂ w dwuwęglan zwiększając zasób tegoż w surowicy.

Odwodnienie jest stałym zjawiskiem w niedrożnościach górnego odcinka przewodu pokarmowego, jako następstwo wymiotowania zwiększonej ilości wydzieliny gruczołów żołądka i jelit. Zagęszczenie krwi można wykazać za pomocą hematokrytu. Zwiększa się także stosunkowo liczba ciałek krwi i odsetek białka w surowicy oraz włókniaka. Ten ostatni wzrasta wogóle w sprawach, związanych z uszkodzeniem tkanek.

B. Goldstein.

WOLFSOHN. O raku jelita cienkiego i odporności w tym kierunku. (Arch. f. Vrdgkih. T. 42 Z. 4).

Niezwyczajną rzadkość raków jelita cienkiego można wytłomaczyć jedynie bardzo wielką odpornością śluzówki tej części przewodu pokarmowego. T. zw. teoria drażnienia, wg. której urażenie jelita jest znacznie mniejsze, niż żołądka, faktu powyższego nie tłumaczy, gdyż jelito cienkie, podobnie jak i żołądek, wykonywa w trawieniu bardzo dużą pracę

Sok jelitowy zawiera pewne substancje, odgrywające dużą rolę w walce z bakterjami. Sok żołądkowy posiada również b. duże bakterjobójcze i przeciwtoksyczne działanie, a jednak rak żołądka jest zjawiskiem b. częstym.

Mamy tu do czynienia z różnymi procesami patologicznymi. Czynniki obronne, odgrywające dużą rolę w walce z infekcją i intoksykacją, tracą swe znaczenie przy powstawaniu raka.

Badania Blumenthala nad działaniem soku żołądkowego i dwunastniczego na tkankę rakową wykazały, iż jest ona b. odporna na działanie pepsyny, łatwo zaś ulega trawieniu pod wpływem trypsyny.

Liczby statystyczne, podawane przez różnych autorów, dowodzą również, iż odporność na powstawanie raka w jelicie cienkiem rośnie w miarę oddalania się od dwunastnicy; jest największa w środkowej części jelita czczego i biodrowego, a stąd poczynając aż do zastawki coraz bardziej maleje.

Odporność ta dotyczy jedynie powstawania raka, inne guzy, nierakowe, powstają w jelicie cienkim najczęściej

Józef Nusbaum.

NEU. Obce ciało w wyrostku robaczkowym, znajdującym się w worku przepuklinowym. (Zblt. f. Chir., 40, 1927).

Mężczyzna 37-letni miał 20 lat przepuklinę pachwinową, którą zakrywał bandażem rupturowym. Ostatnio zdecydował się na operację. Przy badaniu stwierdzoną małą przepuklinę, w której wyczuwało się podłużne ciało, najprawdopodobniej wyrostek robaczkowy.

Podczas operacji stwierdzono w istocie, w wąskim wrodzonym worku otrzewnowym wyrostek robaczkowy długości 11 cm., zrosnięty swoim wolnym końcem z dnem worka. Usunięcie wyrostka oraz zabieg doszczętny przepukliny metodą Bassiniego.

Usunięty wyrostek zawierał w swojej części odśrodkowej szpilkę długości 3 cm. której główka była obrócona w kierunku koniuszka wyrostka, przyczem nie było żadnych objawów zapalnych. Jest godne uwagi, że szpilka, która znajdowała się w wyrostku od dłuższego czasu, gdyż była inkrustowana kałem i wykrzywiona, jak sam wyrostek, nie wywołała ani przedziurawienia, ani objawów zapalenia otrzewny.

J. Pomper.

SEUBERT. Przypadek skrętu wyrostka robaczkowego. (Zblt. f. Chir., 46, 1927).

Chłopiec 16-letni był operowany podczas drugiego ataku zapalenia wyrostka robaczkowego. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono wyrostek z przodu kątnicy, wolny koniec wyrostka był obrócony w kierunku pępka, z przyrośnięciem sieci do dolnych dwóch trzecich wyrostka. Po przecięciu tego zrostu i wyciągnięciu kątnicy z wyrostkiem nazewnątrż stwierdzono, że wyrostek jest skręcony trzy razy w kierunku swej osi. Wyrostek był przedziurawiony ze zmianami zgorzelinowymi. Usunięcie wyrostka. Wyzdrowienie.

J. Pomper.

GUTZEIT. Uwięźnięcie wewnętrzne spowodowane zserowaciałym gruczołem krezkowym. (Zblt. f. Chir., 51, 1927).

13 letni chłopiec zachorował nagle, doznając silnego bólu z prawej strony brzucha, zatrzymania stolca i gazów. Brzuch był zlekka wzdęty, bardzo bolesny przy obmacywaniu z prawej strony, lecz bez wyraźnej lokalizacji w punkcie MacBurneya, Ogólny stan chorego dobry, puls 80.

Natychmiastowa operacja. Cięcie w prawej jamie biodrowej. Po otwarciu brzucha stwierdza się przy końcu jelita krętego odcinek кишки o ciemno niebieskim zabarwieniu na przestrzeni około 40 cm. Jelito uległo w tym miejscu uwięzieniu przez krótki sznurek, który szedł od krezki. Po jego przecięciu jelito przybrało wygląd normalny. Stwierdzono wówczas w krezce, w miejscu przyczepu sznurka, zwapniały i zserowaciały gruczoł wielkości wiśni, który usunięto.

Pacjent wyzdrowiał, bez powikłań. Widziany po 18 miesiącach niema żadnych objawów chorobowych brzusznych, stwierdza się tylko zgęszczenie gruczołowe prawego szczytu płucnego.

J. P o m p e r.

TROJAN, W sprawie skrętu sieci. (Zblt. f. Chir., 43, 1927).

Mężczyzna 24-letni zachorował nagle, doznając silnych bólów w prawej połowie jamy brzusznej. Przy obmacywaniu stwierdza się w prawej jamie biodrowej guz wielkości pięści, bardzo bolesny przy dotknięciu. Wymiotów nie było, ciepłota — 37,7, tętno 120, leukocytoza — 12.700.

Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono sieć zmienioną, czerwono-niebieską, zgrubiałą, obrzękniętą. Sieć wyciągnięto, żadnych zrostów z wyrostkiem robaczkowym lub ślepą kiską nie było, natomiast stwierdzone skręt sieci o 360 stopni dookoła swojej osi, w jej prawej połowie. Mały odcinek sieci był nawet już zmartwiał. Wycięto skręconą część sieci i usunięto wyrostek. Pacjent wyzdrowiał.

J. P o m p e r.

FR. ERTL. Przyczynę do wpływu leczniczego perystaltyny. (Wiener Medizin. Wochenschr. 1928. Nr. 41).

Perystaltynę stosowano we wszystkich postaciach pooperacyjnego porażenia jelit. Ertl stosuje perystaltynę na 2—4 dzień po operacji i zaznacza, że wpływa ona nader korzystnie na wynik operacji.

W istotnej niedrożności jelit zalecił perystaltynę W o l f e r, Sternberg stosował ją dożylnie w nawykowym zaparciu i niedowładzie jelit. Nie działa ona drażniaco, lecz przez uczulanie nerwów perystaltycznych. Można wstrzykiwać perystaltynę w ciągu wielu tygodni bez wywołania ze strony chorych skarg na dolegliwości po zastrzykiwaniach. Bardzo skuteczna jest ona w niedowładzie jelit u osób młodych. W niektórych przypadkach dobre usługi oddawała perystaltyna w zaparciach skurczowych. Skutek po dożylnym zastrzyknięciu perystaltyny następuje dość szybko — w $\frac{1}{2}$ godziny po zastosowaniu. Dla lekarza praktyka stosowne jest wewnętrzne podawanie. Srodek ten wyróżnia się spośród innych leków pobudzających ruch robaczkowy jelit tem, że chętnie bywa zażywany przez chorych. Nigdy po zastosowaniu perystaltyny nie zauważono żadnego szkodliwego działania ubocznego. Perystaltynę bez żadnej szkody dla ustroju można stosować w wielkich dawkach — po 6 tabletek na raz.

X.

Choroby płuc.

FROMME. Ropne zapalenie opłucny. (D. M. W. Nr. 13, 1929).

Wskazania chirurgiczne, a przede wszystkim odpowiednie postępowanie lecznicze w ropnym zapaleniu opłucny, pomimo wszystko, nie są dziś jeszcze zupełnie ściśle ustalone.

Wykonanie zabiegu zależy od stanu ogólnego pacjenta, od objawów toksycznych, od niebezpieczeństwa dla życia, od ilości wysięku, od składu i własności ropy. Otworzenie operacyjne w sprawach, powstałych na tle gruźlicy, o ile nie ma wtórnego zakażenia, wybitnie wyrażonego, poczytywać należy za błąd.

Do dnia dzisiejszego sporna jest sprawa drenowania. Zdaniem autora, duże, prędko powstające wysięki należy najpierw raz lub kilka razy opróżnić za pomocą nakłucia, a później dopiero dokonać szerokiego otwarcia z zachowaniem wszelkich środków ostrożności z powodu możliwości powstania odmy piersiowej przy zbyt szybkim odpływie ropy.

Natomiast bezpośrednio szerokiemu otwarciu winny podlegać wysięki ograniczone z zawartością cuchnącą jak np. w zgorzeli płuc, ropniu płuc. W podobnych przypadkach leczenie zachowawcze (nakłucia, płukania środkami odkażającymi) nie dają dobrych wyników. Wręcz przeciwnie przedstawia się sprawa u dzieci, gdzie pomyślnie skutki daje właśnie ten sposób konserwatywny. W każdym przypadku jednak przepłukiwania jamy opłucny muszą być stosowane ostrożnie w celu uniknięcia zapaści.

Specjalną uwagę zwrócić należy na rozprężenie płuca i powrót jego do możliwie prawidłowych stosunków. Aby to uzyskać, winno się możliwie najwcześniej dokonać zabiegu otwarcia i w tym wypadku można liczyć na wyleczenie w przeciągu 3 tygodni. O wiele powolniejsze wyleczenie następuje w przypadkach otorbienia wysięku przez zrosty. Natomiast powrót płuca do normy nie następuje wcale; gdy istnieje przetoka, łącząca jamę opłucny z oskrzelem jak np. może się zdarzyć w gruźlicy, — następnie, gdy silne zrosty przeszkadzają rozprężeniu się płuca, — lub też gdy torakotomia została wykonana w nieodpowiednim miejscu i następnie źle leczona. O ile sprawa się przeciąga i przechodzi w okres przewlekły, należy zastosować sposób leczniczy według ogólnych wskazań chirurgji.

Komplikacje, jakie mogą towarzyszyć tej sprawie chorobowej, idą głównie w dwóch kierunkach. O ile po zabiegu chirurgicznym temperatura ciała nie opada, i stan ogólny się nie poprawia, należy myśleć o istnieniu drugiego ograniczonego wysięku. Dla ustalenia rozpoznania duże znaczenie ma wtedy badanie promieniami Roentgena. Druga możliwość — to powstanie ropni w mózgu na drodze przerzutowej poprzez żyły płucne i lewe serce. Objawy początkowe tego stanu — to lekkie drgawki w obrębie n. twarzowego lub kończyn. Pomimo chirurgicznego leczenia tego powikłania, autor nie spostrzegł nigdy dobrych wyników.

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

A. KONRAD i W. FRANKE. W sprawie raka pierwotnego płuc. (D. M. W. Nr. 16).

Częste występowanie w ostatnich latach przypadków raka pierwotnego płuc — głównie wzrost liczby chorych w 1913 r. i 1918 r. — skłoniły autorów do zajęcia się tą sprawą.

Obserwowano 94 przypadki. Badania statystyk, szczegółowe wywiady: przebytych chorób, nawyknień, ustaliły, że momentem wywołującym nie może być ani kurz, ani rodzaj pracy, ani warunki socjalne. Również wybitnego wpływu nie wywierała przebyta grypa, gruźlica, palenie tytoniu. Mężczyźni są częściej dotknięci tą sprawą chorobową około 60 — 70 roku życia, kobiety rzadziej i w wieku lat 40-tu. Najczęściej spotyka się raka górnego płata płuc. Leczenie promieniami R., poza niewielką przemijającą poprawą subiektywną, wyników dodatnich nie dało.

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

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

TSCHERKES i GOLDSTEIN. Objaw fitotoksyczny w niedokrewności złośliwej i stosunek jego do leczenia wątroby. (D. m. W. Nr. 11, r. 1929).

Badania Machta nad hamującym wpływem krwi chorych z niedokrewnością złośliwą na wzrost nasion niektó-

rych roślin, skłoniły autorów do skontrolowania tego objawu w klinice.

Hodując nasiona w odpowiedni sposób, Ma ch t określił jako wskaźnik fitotoksyczny, stosunek przrrostu nasion do ich wzrostu, który dla krwi ludzkiej wynosił od 73 — 75. Liczby poniżej 51 wskazują na istnienie niedokrewności złośliwej. Krew w innych cierpieniach narządów krwiotwórczych podobnych właściwości nie miała. Jednocześnie zauważono, iż fitotoksyczne działanie posiada nie tylko surowica ale i sama krew, jako taka, co znacznie ułatwia technikę badania.

W 10 przypadkach niedokrewności złośliwej stwierdzono w 3 przypadkach, nie leczonych wątroba, wskaźnik = 47 — 46, a w 7 przypadkach, klinicznie wyleczonych, które przebyły kurację wątrobową (od 7—12 miesięcy) — *index* wynosił 47 — 50.

Brak różnicy w liczbach wskaźnika przed i po leczeniu wątroba, nasuwa autorom przypuszczenie, iż podawanie wątroby w obecnej formie nie usuwa jednak dostatecznie zaburzeń przemiany materji, której wyrazem są właściwości fitotoksyczne krwi.

St. Luxemburg.

HITTMAYER A. W sprawie stosowania wątroby przez obdymnicę. (D. m. W. Nr. 10, r. 1929).

Autor, opierając się na nielicznych co prawda przypadkach niedokrewności złośliwej, nie spostrzegał dobrych wyników stosowania wątroby *per rectum*. Uporczywe biegunki, nie dające się niczem powstrzymać, były główną tego przyczyną. Również nie odniosło pomyślnego skutku stosowanie wątroby w postaci czopków.

Zwraca więc uwagę, iż podawanie wątroby *per rectum* może natrafić na takie same trudności, jak i podawanie *per os*.

St. Luxemburg.

v. VARGA. Stosowanie insuliny w leczeniu niedokrewności złośliwej. (D. m. W. Nr. 11, r. 1929).

Podawanie insuliny w niedokrewności złośliwej na ogół nie spotkało się z uznaniem większości autorów, a nawet sądzono, iż podobne postępowanie jest szkodliwe. W przypadku śpiączki, spostrzeganej przez autora w przebiegu ciężkiej niedokrewności złośliwej zastosowano insulinę z wynikiem b. pomyślnym. Powrót łaknienia umożliwił w dalszym ciągu leczenia podawanie wątroby, i po 2 miesiącach osiągnięto liczbę ciałek czerwonych równą 5 milionom.

Zachęcony tym pomyślnym wynikiem, w 8-iu innych przypadkach, stosował autor insulinę 2 razy po 30 — 40 jednostek dziennie na 1 godzinę przed jedzeniem dla pobudzenia łaknienia i podniesienia samopoczucia chorych, a następnie kombinowano leczenie z podawaniem wątroby i arsenu. We wszystkich przypadkach wynik pomyślny przedstawiał się w przeciętnym zwiększeniu dziennym liczby ciałek czerwonych od 30.000 — 40.000 i hemoglobiny od 0,5% — 1,0%.

St. Luxemburg.

Choroby dzieci.

K. STOLTE. Dychawica oskrzelowa we wczesnym wieku dziecięcym. (Jahrb. für Kinderh. 72 tom, zeszyt 1 i 2).

Autor przytacza 6 przypadków dychawicy oskrzelowej, spostrzeganych u dzieci w wieku od 5-ciu tygodni do 3-ich lat. Dychawica oskrzelowa w tak młodym wieku należy do rzadkości, i stwierdzenie jej nasuwa duże trudności rozpoznawcze. Różniczkować należy z wciągnięciem ciała obcego do dróg oddechowych, głęboko umiejscowioną błonią, bronchotętnianą, a nawet niekiedy z wysiękiem opłucny. Typowy przebieg cierpienia u dzieci jest następujący: Po dłuższym okresie kataralnym, bądź też wśród zupełnego zdrowia rozwija się w krótkim

czasie nader groźny obraz chorobowy, a mianowicie — wielka duszność z jedno- lub obustronnym rozdzieleniem płuc, udział w oddychaniu wszystkich dodatkowych mięśni oddechowych, niemożność zupełnego wydechu, bledność skóry, sinica warg i kończyn a zwłaszcza intensywne zeszynienie paznokci. Na początku napadu niepokój, wkrótce jednak zwióczenie całego ciała z wyjątkiem pracujących usilnie mięśni oddechowych. Autor podkreśla specjalnie, że napad dychawicy oskrzelowej może powstać u dzieci nagle, bez zwiastunów kataralnych, gdyż skurcz i obrzmienie błony śluzowej oskrzelików, nawet bez wzmózonej wydzieliny, wystarczają do wywołania koniecznego dla napadu zwężenia dróg oddechowych. W przeciwieństwie do dorosłych napad dla niemowlęcia jest groźny, zapewne z powodu wąskości światła oskrzelików. Z wyżej wymienionych przypadków 3 skończyły się śmiertelnie. Lecznico autor stosował w czasie napadu iniekcje wapnia (5 cm. Afenilu dożylnie, bądź 10 cm. Calcium Sandoz domięśniowo), adrenalinę, tlen, luminal, oraz środki nasercowe.

M. Stopnicka.

B. LEICHTENTRITT i W. LENGSELD — część kliniczna i doświadczalna. M. SILBERBERG — część anatomo-patologiczna. O leczeniu nirwanolem płasawicy u dzieci. (Jahrb. für Kinderh. 72 tom, 1/2 zeszyt).

Autorzy stosowali nirwanol u 20 dzieci w wieku od lat 4-ich do 13-tu w przebiegu lekkiej, średnio ciężkiej i ciężkiej płasawicy w dawkach dziennych od 0,2 do 0,45; odstawiali nirwanol z chwilą zjawienia się wysypki. Wyniki leczenia są, zdaniem autorów, b. dobre; nawet w średnio-ciężkich i ciężkich przypadkach następuje w krótkim czasie poprawa. Nie stwierdzili wpływu ujemnego nirwanolu na serce i naczynia. Między 7 — 12 dniem występuje w części przypadków wysypka o charakterze odrowym, bądź płoniczym, miejscami o charakterze pokrzywki, oraz gorączka. Objawy te prowadzą do przejściowego pogorszenia stanu chorobowego, wkrótce potem jednak następuje poprawa i wyleczenie cierpienia podstawowego. Wysypka i gorączka występują niekiedy wcześniej, niż wyżej podano. Im wcześniej występuje gorączka, tem ciężiej i dłużej reagują dzieci. Niekiedy wysypka występuje b. późno (np. w 24 dni po odstawieniu nirwanolu), w innych przypadkach zdarzają się nawroty wysypki (17 — 39 dni po odstawieniu nirwanolu wraz z podniesieniem ciepłoty). Wraz z wysypką i gorączką występują zmiany w obrazie krwi: leukopenja, względna limfocytoza, eozynofilja, monocytoza, trombopenja.

Powyższe „kompletne” działanie nirwanolu (choroba nirwanolowa Pfaundlera) występuje nie we wszystkich przypadkach. Niekiedy spostrzega się reakcję częściową. Najtalszym, niekiedy jedynym objawem jest eozynofilja, która zaznacza się już przed wystąpieniem innych objawów. Eozynofilja nie udaje się wywołać *in vitro*. W doświadczeniach na królikach nie udaje się wywołać eozynofilji przez wstrzyknięcie im surowicy chorvch nirwanolowych, bądź też nieleczonych chorych płasawicznych. Po wstrzyknięciu powyższej surowicy występuje u królika ciężki wstrząs. Niekiedy wstrząs następuje również po wstrzyknięciu normalnej surowicy, jednak najcięższa reakcja spowodowana jest przez wstrzyknięcie surowicy chorych nirwanolowych.

Podawanie królikom dużych dawek nirwanolu wywołuje znaczne obniżenie liczby leukocytów (do 1200). W jednym przypadku stwierdzono zmiany anatomo-patologiczne w szpiku kostnym, typowe dla aleukji Franka. Zapomocą podawania nirwanolu można zatem wywołać u królika obraz chorobowy, odpowiadający aleukji, wywoływanej przez benzol, salwarsan, prom. Roentgena, rad i tor X. Powyższe ciężkie zmiany anatomo-patologiczne u zwierzęcia winny być ostrzeżeniem, by nie podawać nirwanolu ludziom dłużej ponad 10 — 12 dni. Nawet w razie braku gorączki, wysypki oraz wpływu na prze-

bieg płasawicy nie należy bezwzględnie stosować środka tego dłużej. Przed i w czasie leczenia należy stale badać krew na liczbę leukocytów. Z temi zastrzeżeniami autorzy mogą polecić nirwanol, jako skuteczny środek przeciw płasawicy.

M. Stopnicka.

C. WIENER. Leczenie skurczu odźwiernika u niemowląt za pomocą naświetlania promieniami Roentgena. (Jahrb. für Kinderh. 72 tom, zeszyt 1 i 2).

Autor stosował w 6-ciu przypadkach skurczu odźwiernika u niemowląt naświetlanie promieniami Roentgena okolicy odźwiernika z wynikiem bardzo dobrym; wkrótce, po jednym, a najwyżej dwóch seansach wymioty ustępowały i stan dziecka zaczynał się szybko poprawiać. Podkreślić należy, że poprawa w tych przypadkach następowała znacznie szybciej, niż przy

zwykłym leczeniu zachowawczem. Szybkie znikanie wymiotów pozwalało również w powyższych przypadkach na stosowanie zwykłego odżywiania zarówno co do ilości, jak i jakości potraw. Technika naświetlania była następująca: Dziecko było zakryte, z wyjątkiem okolicy odźwiernika, odsłoniętej na przestrzeni 5 cm, nieprzepuszczającą promieni Roentgena gumą ołowianą. Autor stosował 10⁰/₀ HED przez 3 — 4 mm., filtr aluminiowy, w odległości ogniska 40 cm. Po naświetlaniu występowała niekiedy szybko znikająca urobilinogenuria, we krwi umiarkowana eozynofilia. Działanie prom. Roentgena autor tłumaczy w dwojaki sposób: albo przerosły mięsień odźwiernika niemowlęcia, jako tkanka młoda, jest specjalnie wrażliwy na naświetlanie, i przerosł szybko się cofa, albo też pr. Roentgena, działając drogą nerwów, hamują skurcz odźwiernika.

M. Stopnicka.

Wskazówki praktyczne.

Intertrigo u chorych, nie znoszących jodu, ani azotanu srebra, leczy Brocq pendzlowaniem 10 — 20% wodnym roztworem ichtiolu. W zapaleniu naczyń chłonnych (*lymphangitis*) stosuje B. maść: *Lanolini* 6,0; *Vaselini* 12,0; *Ichthyoli* 2 — 5,0, a na to okład z muślinu, nasyczonego 10% wodnym roztworem ichtiolu.

(Presse méd. 1929 N. 18)

Uporczywe przypadki białych upławów pochwoowych natury nieswoistej leczy Lippert wprowadzaniem do pochwy co 2-gi dzień łyżeczki drożdży. Później można robić przepłukiwania roztworem mydlanym drożdży.

(Dermat. Woch. 1929 N. 19).

Myosalwarsan, zdaniem Obermayera, nie powinien wyrugować z użycia zastrzykiwań dożylnych salwarsanu. Stosować go należy w kile u osesków i drobnych dzieci, u których zastrzykiwania dożylna są niemożliwe do wykonania, jak również u dorosłych z bardzo delikatnymi żyłami. Również wskazany jest myosalwarsan w miażdżycy tętnic i w schorzeniach kilowych naczyń krwionośnych, jakoteż u osobników, odznaczających się nadwrażliwością na zastrzykiwania dożylna salwarsanu.

(W. Kl. W. 1928 N. 50).

Lindt radzi następujące postępowanie w przypadkach *brwotoków płucnych pochodzenia gruźliczego*. Zamiast zastrzykiwań

dożylnych 10 ctm.³ 10% chlorku wapnia, które wywołują ból i zawrót głowy, nudności, uczucie gorąca — stosuje L. mieszaninę 5 ctm.³ 10% soli kuchennej z 5 ctm.³ 10% chlorku wapnia. Kombinacja ta nie sprawia żadnych dolegliwości. Takie zastrzykiwania robi się z początku 2 razy, a w ciężkich przypadkach 3 razy dziennie. Jeżeli środek ten zawodzi, robi L. zastrzykiwania domięśniowe lub podskórne 5 ctm.³ 20% oleju karmelowego. Zastrzykiwania takie stosuje L. również profilaktycznie po opanowaniu krwotoku za pomocą chlorku wapnia. Jeżeli oba te środki nie pomagają, to przechodzi L. do *stryfnonu* (przetwór adrenalinowy). Gdy i to zawodzi, zastrzykuje L. do żyły 10 ctm.³ *klaudenu*, ogrzanego do ciepłoty ciała. Ujemną stroną tego postępowania stanowi występujący po 30 — 40 minutach wstrząsający dreszcz i gorączka do 39°—40°. Zastrzyknięcie 1—2 ctm.³ kardjazolu we 20 minut po klaudenie ma ten przykry stan nieco łagodzić. Zastrzykiwania podskórne klaudenu nie wywołują dreszczu i gorączki, ale chorzy czują się po nich fatalnie i wolą już kilku-godzinny stan gorączkowy. Przeciwnie mniej obfitym, ale długotrwałym krwawieniem z pożytkiem stosował L. pastylki klaudenowe (4 — 6 dziennie) lub zastrzykiwania podskórne *koagulenu* po jednym zrana i wieczorem, w ciągu dłuższego czasu. *Zelatyne* stosuje L. tylko przez usta. Chlorku wapnia wewnętrznie L. nie stosuje wcale z powodu wywoływanych przezeń zaburzeń żołądkowych obok działania niepewnego.

(Med. Klin. 1929 N. 28).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

104 posiedzenie kliniczne z dn. 2. IV. 1929 r.

A.) W. Róbin — *Wspomnienie pośmiertne o D-rze Dawidzie Nisenencie*.

Każdy z nas, uczęszczających na posiedzenia Zrzeszenia, doskonale pamięta sylwetkę D-ra Nisenensa, zawsze ruchliwego, żywego, pełnego temperamentu i werwy młodzieńczej, zawsze pełnego zapału do pracy społecznej.

Był to b. popularny w Warszawie lekarz, cieszący się zaufaniem ogromnej rzeszy pacjentów, których leczył bodaj w 3 pokoleniach.

Był to typ lekarza-człowieka, lekarza wrażliwego na niedolę ludzką, lekarza, szczerze oddanego naszemu szczytnemu powołaniu.

Tem się tłumaczy żywy oddźwięk, jaki wywołał zgon D-ra Nisenensa nie tylko wśród nas, jego najbliższych, ale i wśród całego społeczeństwa żydowskiego.

Dr. Nisenens urodził się i kształcił w Warszawie. Uniwersytet ukończył w r. 1881. Pracował całe życie w ambulatorjum Szpitala Żydowskiego, potem oddanego pod Zarząd Gminy Żydowskiej. Uczestniczył w 2 wojnach: japońskiej i ogólnieuropejskiej, podczas której pracował bezinteresownie w Szp. Czerw. Krzyża.

Był inicjatorem i długoletnim do końca życia kierownikiem przychodni dla gruźliczych chorych Tow. „Brijus“, której oddawał się z wielkim zapałem. Jeździł kilkakrotnie specjalnie zagranicę w celu zapoznania się z ulepszeniami w dziedzinie zwalczania gruźlicy.

Napisał 36 prac naukowych, poświęconych pedjatrii i gruźlicy.

Cześć Jego pamięci!

B.) A. Fryszberg *O znieczuleniu w przebiegu porodu.*

Sprawa znieczulenia w przebiegu porodu nie jest nowa, gdyż już w czasach starożytnych stosowano środki, w celu łagodzenia bólów porodowych. Zagadnienie to jest szczególnie aktualne dziś, kiedy nowoczesna kobieta wskutek ciężkich warunków życia już do porodu zjawia się z nadwątłymi nerwami. Istnieje dziś cały szereg sposobów znieczulenia w przebiegu porodu. Najstarsza jest metoda inhalacyjna t. zw. narkoza „à la reine”. Stosować ją można jedynie w okresie przerzucania się główki-chłerek tytułu jest tu środkiem najlepszym. Z amroczienie sennie skopolaminowo-morfinowe (szkoła fryburska) zostało zarzucone, gdyż metoda ta nie jest obojętna zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Sposób Gwattwoga, polegający na usypianiu rodzącej mieszaniną eteru z oliwą *per rectum* również zadowolenia w praktyce nie daje (niedowład macicy, przedłużający się poród, zamartwica noworodków). To samo tyczy się awertyny, skombinowane znieczulenie miejscowe (v. Jaschke) polegające na zastrzykiwaniu 1/2 — 1% rozc. nowokainy do tkanki okołoszykowej i do splotu sromowego i ogonowego, jest godne uwagi ze względu na stopień znieczulenia i bezpieczeństwo dla matki i dziecka. Metoda ta jest jednak skomplikowana i wymaga wielu manipulacji. Zastrzykiwanie nowokainy do płynu mózgowo-rdzeniowego i do *Hiatus sacralis* nie przyjęło się — działa niepewnie.

Stosowana przez niektórych specjalistów hipnoza i narkohipnoza w celu zwalczania bólów porodowych wymaga gruntownej znajomości nauki o hipnozie ze strony lekarza, wymaga też gruntownego przygotowania pacjentki za pomocą 15-20 seansów.

Wprowadzony niedawno do położnictwa „Pernoceton” (pochodna kwasu barbiturowego w związku z bromem) jest środkiem nasennym i daje na przeciąg 2-3 godzin zniesienie uczucia bólu i wsteczne zapomnienie. Preparat ten stosuje się dożylnie 1 gr. na 12 1/2 kg. wagi, u pierwiastek przy rozwarciu na 5 palców, u wieloródek na 2 palce. Do ujemnych cech tego preparatu należą zdarzające się nieraz silne stany podniecenia. Zwalczając je można za pomocą małych dawek morfiny (0.005). Środek ten udoskonala się coraz bardziej (Alt — Pernoceton i Neu-Pernoceton), kombinuje się go również ze skopolaminą, w celu przedłużenia analgezji.

Z dotychczasowych wysiłków łagodzenia bólów porodowych wynika, że środki narkotyczne ustępują obecnie miejsca środkom nasennym, przedewszystkiem pochodnym kwasu barbiturowego. W dyskusji zabierali głos: Szejnberg, Rozenblatt, Fingerhut, Raschnes, Szenkier, Orzechowa, Temerson.

C.) A. Zamenhof. — *O kinematografii klinicznej.*

Od czasu, gdy fotografia stała się dostępna dla amatorów, znalazła ona szerokie zastosowanie we wszystkich dziedzinach życia, a, co za tem idzie, i w klinice.

Obecnie kinematografia staje się również dostępna dla niefachowców, i dzięki temu można uwieczniać na taśmie cały szereg ciekawych ruchów i zabiegów bez specjalnych przygotowań i zbyt wielkich kosztów.

Technika zdjęć nie jest w gruncie rzeczy trudniejsza od zwykłej fotografii, rzeczą najważniejszą jest dobre oświetlenie.

Zastosowanie kinematografii naukowej może być rozmaite. Największą usługę okazała kinematografia przy badaniu odruchów żrenic, albowiem w tym przypadku nie może być zastosowana żadna inna metoda, jak np. kimografion. Inne odruchy i ruchy mogą być analizowane co do czasu trwania, albo, co najciekawsze, mogą być badane w tempie zwolnionem. Niektóre zjawiska, jak np. rozwój drobnoustrojów lub ich ruchy mogą być badane za pomocą mikrokinematografii przy zastosowaniu t. zw. przyspieszenia ruchów, polegającego na wyświetlaniu w tempie znacznie szybszem, niż było robione zdjęcie. Wreszcie wielkie usługi okazuje kinematografia przy demonstrowaniu rozmaitych zabiegów.

D.) A. Zamenhof i A. Fryszberg. — *Pokaz filmów ocznych, neurologicznych i ginekologicznych.*

105 posiedzenie kliniczne z dn. 16.IV. 1929 r.

A. Pokazy.

1. M. Szour i R. Szajnówna. *Przypadek skazy krwotocznej na tle zaburzeń wewnątrzwydzielniczych.*

Przypadek dotyczy 12-letniej chorej (z oddz. D-ra Lewina), która cierpi od kilku lat na t. zw. stan hemofiliczny-*etat haemophylique* autorów francuskich — (czas krzepliwości krwi ponad 1 godzinę). Ograniczone okrągłe tarczki samoistnego zaniku skóry wielkości od 1 — 6 cm. średnicy na powierzchniach wyprostnych kończyn dolnych, częściowo górnych. Skóra brunatna, grubości papieru, ujmując się lekko w fałdy ściśle sinawej barwy. Wypadanie i suchość włosów. Wypadanie spró-

chniałych i wadliwie ułożonych zębów z brzegami zgrubiałymi oraz znaczna giętkość stawów (bez zmian przy badaniu promieniami X).

Szour szczegółowo omawia każdy z wymienionych objawów chorobowych i dochodzi do wniosku, iż w przypadku tym ma się do czynienia z niedomogą wydzielniczą wielogrzeczową z przewagą zaburzeń czynnościowych tarczycy.

W dyskusji zabiera głos St. Markusfeld, który omawia sprawę zaniku skóry w rozmaitych miejscach podudzi, patogenetę tych zaników; przypadek zalicza do „*atrophia cutis maculosa*”.

2. Szour i Zwajer. *Przyczynek do leczenia choroby Basedowa.*

Szour przedstawia typowy przypadek choroby Basedowa leczonej w szpitalu systematycznie dawnymi i nowszymi metodami leczniczymi, między innymi galwanizacją szyjnego nerwu współczulnego, antytyreoidyną, insuliną, jodem, Roentgenem i t. p. Każda ze stosowanych metod dawała na czas krótki poprawę subiektywną. Jedynie jod (duże dawki amerykańskie), stosowany w przeciągu 10 dni, dał znaczną poprawę przedmiotową z następem natychmiastowym pogorszeniem po odstawieniu jodu. Powtórne podawanie jodu pozostało bez skutku. Obecnie stan chorego jest gorszy, niż przed rozpoczęciem leczenia. Szour po wyczerpującym omówieniu zagadnienia leczenia choroby Basedowa, przyłącza się do ostatnio wysuniętej przez autorów niemieckich koncepcji, że przypadki klasyczne choroby Basedowa, po uzyskaniu poprawy po stosowaniu jodu, należy natychmiast operować.

Dyskusja:

Goldstein. W postaciach rozwiniętych leczenie zachowawcze nie daje wyniku; wyniki dobre są do osiągnięcia, o ile są stosowane metody operacyjne, odpowiadające stanowi schorzenia, i o ile czas odpowiedni jest wyzyskany (kiedy chory zaczyna się poprawiać i przybiera na wadze). Większość chirurgów sprzeciwia się naświetlaniu Roentgenem.

Fejgin: ważne jest różnicowanie między *struma toxica* a Basedowem. Uważa, że należy dawać jod; po uzyskaniu poprawy operować.

Bychowski: Chorych na chorobę Basedowa należy traktować, jak chorych nerwowych. Nawroty następują często i po operacji. Każdego należy rentgenizować (w celach diagnostycznych), o ile niema objawów uciskowych, można czekać i nie operować. Wole może nagle powstawać nieraz i nagle zniknąć.

Goldflam: Od funkcjonalnego, konserwatywnego leczenia (góry, wies) nigdy poprawy nie widział; nie widział też nigdy nagłego znikania wola. Jedyna metoda — leczenie operacyjne.

Lubelczyk: Uzasadnia wskazania do naświetlań promieniami Roentgena.

3. Higier. *Neuritis n. mediani bezpośrednio po zastrzyknięciu dożylnym.*

Higier demonstrowuje 2 przypadki porażenia ruchowo-cuciowego nerwu pośrodkowego, (kol. Knastr) powstałego u podejrzanego o zajęcie szczytu osobnika tuż po wstrzyknięciu dożylnym w miejscu klasycznym zwykłego chlorku wapnia. Ciekawa rzecz, że oba porażenia wystąpiły u tegoż pacjenta, u którego dokonano zastrzykiwań w odstępie tygodniowym. Porażenia są rozległe, uporczywe, połączone z bólami, znieczuleniem i bezwładem dłoni, z absolutną niezdolnością do pracy w przeciwieństwie do innego chorego, znanego prelegentowi (kol. Orzech), u którego podobna *neuritis n. mediani* cofnęła się w ciągu miesiąca prawie zupełnie. Takż przypadek widział H. przed rokiem na oddziale klinicznym prof. Orzechowskiego. Bliższe omówienie patogenety i prognozy tego rodzaju niepożądanych powikłań, nader ważnych ze stanowiska sądowno-lekarskiego.

B. Odczyt.

D. Hirszbajn. *O wpływie kąpeli kwaso-węglowych na układ krążenia* (ukaze się w druku).

Sekretarz: J. Merenlender.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

O wyleczeniu całkowitem tyfobacillozy z rumieniem wielopostaciowym po upływie 9 1/2 roku mówił Caussade na posiedz. czerw. tow. lek. szpit. paryskich. Przypadek dotyczył kobiety 30-letniej, która przed 9 1/2 laty miała objawy tyfobacillozy z gorączką 39 — 40°, podnieceniem, zaburzeniami psychicznymi, głuchotą i ślepotą przemijającymi, bez zmian miejscowych. Choroba trwała 3 miesiące, w czasie których wystąpiły objawy zapalne w dolnych płatach płuc. W płwocinie niezbyt

obfitej stwierdzono wówczas prątki Koccha. W okresie zdrowienia odczyn doskórny wywołał rumień guzowaty. Obecnie po porodzie, który się odbył 4 $\frac{1}{2}$ roku temu, po usunięciu macicy z powodu włókniaka przed 15 miesiącami, badanie płuc z pomocą Roentgena nie wykazuje żadnych zmian w płucach, opłucnie czy śródpiersiu.

(Paris méd. N. 27).

Na tem samem posiedzeniu Guillaín, Perisson i Bertrand omawiali przypadek ropnia mózgu symulującego śpiączkę. Chory lat 22, mający ptozę i diploję zasypia wszędzie, nawet w tramwaju i w metro. Dopiero w szpitalu stwierdzono tarczę zastoinową, nadciśnienie płynu mózgowodzeniowego z hipercytozą i rozpoznano ropień, którego jednak nie można było umiejscowić. W wilgę zabiegu chory zmarł. Na sekcji znaleziono ropień w płacie skroniowym prawym.

(Paris méd. Nr. 27)

Historję przypadku zapalenia mózgu po szczepieniu ospy cytuję Dévé z Rouen na posiedz. lipcowem Akad. lek. w Paryżu. W 11 dni po szczepieniu ospv chłopiec 8

letni,—który był szczepiony, mając 3 miesiące, bez rezultatu,—dostał bardzo silnej gorączki i śpiączki z utratą przytomności, szczękostkiem, rozszerzeniem źrenic, lekką sztywnością karku i kończyn, nietrzymaniem moczu, dwustronnym objawem Babinskiego, zniesieniem odruchów ścięgowych i skórnych. Po 3 dniach wystąpiła poprawa, następnego dnia wróciła przytomność i odruchy, gorączka zaczęła opadać. Po tygodniu choroby stan bezgorączkowy i powrót do zdrowia.

(Pr. méd. Nr. 56).

Negre, Boquet i Valtis zdawali sprawę na posiedz. lipc. tow. biologicznego w Paryżu ze swych doświadczeń z osłabieniem szczepu bydłowego Vallée prątków gruźliczych drogą nieprzerwanego przeszczepiania co 4 dni na podłożu syntetycznym Sautona. Po 7 miesiącach przeszczepiania hodowla, wprowadzona w ilości 1 miligr. dożylnie królikowi, okazała się zupełnie niezłośliwa. Właściwość tę zachowują te hodowle w środowiskach sztucznych, gdyż nawet jednomiesięczna hodowla tego rodzaju okazała się niezłośliwa.

(Pr. méd. N. 56).

Z j a z d y.

Zjazd pielęgniarski.

(Dokończenie—p. Nr. 29).

W drugim dniu obrad poruszono sprawę specjalizacji pielęgniarek. W kilku referatach przedstawiona została praca włoskich pielęgniarek społecznych w poradni, sanatorjum, fabryce, szkole i domu.

W poradni funkcje pielęgniarki są następujące:

1. Przygotowuje chorego do wizyty lekarskiej.
2. Wypełnia kartę rejestracyjną
3. Asystuje przy badaniu chorego.
4. Prowadzi go w razie potrzeby do Roentgena.
5. Robi wywiad domowy dla zebrania potrzebnych danych.
6. Zaprowadza czasową izolację chorego w domu do czasu umieszczenia go w szpitalu.
7. Wyszukuje wśród rodziny chorego przypadki, podejrzan o gruźlicę.
8. Jeżeli może, wyszukuje środki na utrzymanie rodziny, gdy chory na skutek umieszczenia go w zakładzie leczniczym sam nie może jej utrzymać.
9. Pomaga w lecznictwie, prowadzonym w poradni.
10. Robi zestawienia dzienne, tygodniowe, miesięczne roczne.
11. W mniejszych poradniach prowadzi książki kasowe i inwentarzowe.

W sanatorjum:

1. Uświadamia chorego co do regulaminów, obowiązujących w sanatorjum, usposabia go dobrze do sanatorjum i podnosi jego wiarę w skuteczność leczenia sanatoryjnego.
2. Zbiera dane o chorym.
3. Pielęguje go w razie choroby.
4. Roztacza moralną opiekę nad nim.
5. Pilnuje wykonania regulaminów ze szczególnem uwzględnieniem tyczących się wypoczynku
6. Píše raport o każdym chorym, opuszczającym sanatorjum.
7. Przyjmuje dawnych pacjentów, którzy przychodzą po radę lub odmę.

W fabryce:

Zajmuje się zdrowiem robotnika i, aby obowiązki swoje wypełnić dobrze, musi znać zasady produkcji, zasady naukowej organizacji pracy, prawodawstwo fabryczne, ubezpieczenia społeczne i przepisy higieny pracy. Funkcje jej są następujące:

1. Robi opatrunki w ambulatorjum.
2. Notuje przypadki lekkich niedomagań i udziela im pomocy na miejscu według wskazówek lekarza.
3. Nadzoruje nad higieną w ubikacjach, przydzielonych do poradni.

4. Nadzoruje nad higieną budynków fabrycznych według wskazówek lekarza.

5. Odwiedza robotników w domach i udziela im potrzebnych rad.

6. Wzmacnia stosunek pomiędzy pracodawcą a pracownikiem.

7. Organizuje pogadanki z higieny.

8. Pomaga w badaniach przy przyjęciu robotników.

9. Informuje o życiu robotnika i jego rodziny.

10. Umieszcza potrzebujących w szpitalach, sanatorjach, zakładach położniczych i t. p.

11. Informuje o świadczeniach, podatkach, umieszczeniach dzieci w szkołach i t. p.

W szkole:

Przejmuje część czynności lekarza szkolnego. Przeciętnie lekarz może zajmować się rocznie 800 dziećmi; gdy ma pomoc pielęgniarki, może mieć pod opieką do 5.000 dzieci rocznie pod warunkiem, że na każde 1.000 dzieci będzie miał jedną pielęgniarkę do pomocy. Jej funkcje są następujące:

1. Nadzoruje nad czystością osobistą dzieci.
2. Sprawdza przy przyjęciu dzieci, czy nie ma przypadków choroby zakaźnej.
3. Czuwa nad stanem zdrowia dzieci w czasie roku szkolnego.
4. Mierzy i waży dzieci.
5. Zbiera dane o przebytych chorobach.
6. Pomaga przy wizytach lekarskich.
7. Robi małe opatrunki w szkole według zleceń lekarza.
8. Udziela pierwszej pomocy.
9. Informuje rodziców.
10. Nadzoruje nad stanem higienicznym szkoły.
11. Prowadzi pogadanki dla dzieci i matek.
12. Odwiedza dzieci w domu z powodu ich nieobecności.

Pielęgniarka domowa ma specjalne posłannictwo uczenia higieny i pielęgnowania chorego; jej funkcje, jako pielęgniarki społecznej, są następujące:

1. Zbiera dane, potrzebne dla lekarza.
 2. Pilnuje przestrzegania higieny.
 3. Wskazuje przypadki chorób podejrzanym.
 4. Dopomaga do umieszczenia czasowego chorych na gruźlicę lub predysponowanych do niej, a specjalnie dzieci w odpowiednich instytucjach.
 5. Umieszcza rodziny chorych w odpowiednich instytucjach.
 6. Prowadzi chorych do poradni.
- Jej funkcje, jako pielęgniarki domowej, w dziedzinie lecznictwa są następujące:
1. Robi zabiegi, przepisane przez lekarza.
 2. Opiekuje się chorym do czasu umieszczenia go w szpitalu.
 3. Pielęguje go w razie krótkotrwałej choroby.
 4. Daje wskazówki co do izolacji chorego.

5. Daje rady co do higieny ogólnej i ekonomii domowej, szczególnie w sprawie żywienia.

Warunki, jakim powinna odpowiadać pielęgniarka, pracująca w jednej z wyżej wymienionych specjalności, są następujące:

1. Odporność fizyczna.
2. Przygotowanie ogólne i specjalne
3. Wysoki poziom etyczny, który pozwoli jej należycie wypełniać obowiązki, choć nie jest kontrolowana.
4. Wyższe wykształcenie, które pozwoli jej na pewną zażyłość z chorym, bez zbytniego poufaleńia się.
5. Doskonały takt dla zdobycia zaufania.
6. Umiejętność perswazji i stanowczość bez autorytatywności.
7. Umiejętność odróżniania na pierwszy rzut oka rzeczywistych przypadków od symulowanych.
8. Bezstronność w dawaniu rad, wypływająca z przekonania zawodowych.

Specjalizacja może mieć miejsce dopiero po ugruntowaniu wiedzy ogólnej i długoletnim doświadczeniu. Niezależnie od zdolności wrodzonych, przygotowania moralnego, praktycznego i naukowego, potrzeba przynajmniej 10 lat pracy, aby pielęgniarka mogła uważać się za wyspecjalizowaną.

W dyskusji nad specjalizacją pielęgniarek, czy też przygotowaniem typu ogólnego, większość zebranych wypowiedziała się raczej za typem pielęgniarki ogólnej. W pracy społecznej daje to daleko lepsze rezultaty. Pielęgniarka specjalizowana nie jest w stanie zająć się całokształtem spraw zdrowotnych ludności. Często jako pielęgniarka przeciwgruźlicza ma wstęp do domów, które nie chcą zdradzić przed sąsiadami obecności u nich gruźlicy. Należy też wspomnieć, że zajmowanie się przez jedną osobę całokształtem spraw danego środowiska daje dużo oszczędności na czasie, zużywanym przez kilka pielęgniarek specjalistek na drogę do tego środowiska, oraz na prowadzeniu rejestracji.

W ostatnim dniu obrad były rozpatrywane sprawy, związane ściśle z walką z gruźlicą. W referacie o odpowiedzialności pielęgniarek w walce z gruźlicą rzucona była myśl, że odpowiedzialność spoczywa nie tylko na pielęgniarsko-specjalistce z poradni lub sanatorium, lecz na każdej innej, która w jakikolwiek sposób znajduje się w kontakcie z gruźlicą. Odpowiedzialność pielęgniarki jest tem większa, im większa jest jej wiedza o gruźlicy. Ponosi ona odpowiedzialność za uświadamianie publiczności o przyczynach, drogach przenoszenia się gruźlicy i jej zapobieganiu, dalej za wyszukiwanie źródeł zakażenia i kontaktów oraz za stan psychiczny chorych, którymi się opiekuje. Zaś największa jej odpowiedzialność leży w wiedzy, że gruźlicy można i powinno się zapobiec.

Na zakończenie przełożona osiedla dla gruźlików w Papworth w Anglii zaznajomiła zebranych z historią powstania osiedla i jego rozwojem.

Osiedle było założone w 1916 r. dla gruźlików i ich rodzin, aby ich wyeliminować ze zdrowego otoczenia i stworzyć takie warunki zdrowotne, w których oni mogliby nie tylko egzystować, ale i zarabiać na utrzymanie swoje i rodzin.

Osiedle składa się ze szpitala, sanatorium, domu dla przełożonych, domu dla samotnych i osiedla dla rodzin gruźliczych. Jest to jakby mała gmina, w której higieniczne i ekonomiczne czynniki zostały przystosowane do potrzeb fizycznych i stanu psychicznego członków.

Rezultaty są imponujące. W ciągu 11 lat istnienia osiedla nie było przypadku gruźlicy klinicznej u 133 dzieci gruźlików, które przebywają z rodzicami, chorymi i prątkującymi od czasu do czasu. Osiedle, składające się z 350 osób, utrzymuje się samo z pracy mieszkańców. Proces rozwoju gruźlicy został powstrzymany do tego stopnia, że przeciętny okres życia mieszkańca osiedla został przedłużony trzykrotnie w stosunku do danych statystycznych sanatoryjnych.

Zjazd zakończył się szeregiem wycieczek do sanatoriów i prewentoriów w Rzymie i jego okolicach. Wszędzie widać ogromną troskliwość o przyszłe pokolenie. Rezultaty osiągnięte są dobre, lecz nie wiadomo, ile przypisywać należy dobrej organizacji walki z gruźlicą, a ile cudownemu klimatowi włoskiemu.

Na zakończenie nadmienić należy, że pielęgniarki włoskie rekrutują się ze szkół pielęgniarskich trzyletnich, których ukończenie daje dopiero prawo wstępu na kursy dla pielęgniarek społecznych.

Opiócz pielęgniarek zawodowych pracują we Włoszech tak zwane wolontariuszki, osoby, które ukończyły kursy pielęgniarskie z mniej-więcej taką samą ilością teorii, co i szkoły pielęgniarskie, lecz ze znacznie zredukowanymi zajęciami praktycznymi. Wolontariuszki nie trudnią się pielęgniarstwem zawodowo, lecz w razie potrzeby ofiarowują bezpłatnie swe usługi, jako siły pomocnicze szpitalom lub instytucjom społecznym.

Naogół w porównaniu z pielęgniarstwem w krajach anglosaskich pielęgniarki włoskie są jeszcze mało wyrobione, zorganizowane i przygotowane do samodzielnego życia zawodowego. Prawdopodobnie wynika to ze zwyczajów miejscowych, które raczej wyznaczają kobiecie zajęcie się domem i dziećmi, niż udział w sprawach politycznych i społecznych.

Następny zjazd pielęgniarski odbędzie się w 1929 r. w Kanaadzie.

M. Babicka.

Przegląd terapeutyczny.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. W.
(Dyrektor: Prof. M. MICHAŁOWICZ).

Przyczynek do działania efetoniny.

Podali

R. BARAŃSKI i MARJANKO - LEWENFISZOWA (Warszawa)

Badając ciśnienie krwi prawie na całkowitym materiale, przechodzącym przez klinikę, staramy się popierwsze, ustalić znaczenie ciśnienia w najróżniejszych stanach patologicznych wieku dziecięcego, podrugie, zamierzamy ustalić wskazania do stosowania rozmaitych środków, w ten więc sposób wyłoniła się i sprawa stosowania efetoniny.

Efetonina, syntetyczna efedryna pod względem budowy chemicznej i działania fizjologicznego jest b. zbliżona do adrenaliny. Efetonina, podobnie jak i adrenalina, podnosi ciśnienie krwi, wzmacnia czynność serca, zwęża naczynia, pobudza ośrodek oddechania, przyczem rozszerza oskrzela. W oku

powoduje rozszerzenie źrenicy. Pobudza do skurczu gładkie mięśnie macicy — a zatem, jak i adrenalina, pobudza zakończenia nerwu współczulnego. Rozczyny efetoniny są trwalsze od rozczyń adrenaliny. Trwałość tę efetonina zawdzięcza swej budowie chemicznej; nie zawiera dwóch grup hydroksylowych adrenaliny, dzięki czemu nie rozkłada się pod wpływem światła, ciepła, soku żołądkowego i jelitowego, co umożliwia stosowanie tego preparatu doustnie. Efetonina jest znacznie mniej trująca od adrenaliny. Na jej korzyść wobec adrenaliny przemawia znacznie dłuższy okres jej działania. Ciśnienie krwi wzmacnia się wolniej, nie podnosi się tak wysoko, dłużej zaś utrzymuje się, niż po adrenalinie.

Dzięki własności wzmacniania ciśnienia krwi, efetonina może być stosowana w różnych stanach hipotonicznych, czy to w przebiegu chorób zakaźnych, w niedomodze serca i układu naczynioruchowego. Wywiera ona również bardzo korzystny wpływ w dychawicy oskrzelowej, w rozedmie starczej płuc, w różnych stanach alergicznych, prze-

dewszystkiem zaś we wszelkiego rodzaju pokrzywkach, gorączce siennej, następnie w chorobie posurowiczej. I tu na pierwszy plan wysuwa się jedna z większych jej zalet, a mianowicie, możliwość podawania doustnego. W wieku niemowlęcym efetonina wywiera bardzo korzystne działanie w grypie, w zapaleniu płuc i w innych chorobach zakaźnych.

Dawkowanie efetoniny musi być indywidualizowane. W każdym przypadku należy wypróbować, w jakich dawkach preparat jest czynny i wolny od działania ubocznego. W jednych przypadkach wystarczy 0,005 gr. na dawkę, w innych znów 0,05. W wieku dziecięcym Hess poleca, jako dawkę jednorazową, 0,001 do 0,002 gr. na kg. wagi, przy wielokrotnym podawaniu 0,0001 do 0,0005 gr. na kg. wagi. W naszych doświadczeniach podawaliśmy dzieciom (wiek 4—11 lat) jako dawkę jednorazową 0,025 gr. i 0,05 gr. (druga dawka odpowiada dawce dla osoby dorosłej).

Podawaliśmy efetoninę prawie wyłącznie dzieciom zdrowym lub rekonwalescentom doustnie i podskórnym w dawkach 0,025 i 0,05 gr; przeważnie w jednakowych warunkach, a mianowicie: w przerwie między drugim śniadaniem a obiadem. Przeprowadziliśmy w ten sposób 46 doświadczeń.

Rozpocznijmy od tych przypadków, w których stosowaliśmy 0,05 gr., przedewszystkiem podskórnym. Na 16 przypadków w 13-tu ciśnienie wzrastało w niektórych dość wyraźnie¹⁾.

Tak np. ze 105—65 mm Hg na 126—70 mm Hg
 102—45 " " " 124—60 " "
 103—53 " " " 130—75 " "
 120—70 " " " 145—75 " "

W większości przypadków ciśnienie zaczyna wzrastać już w 5—10' po wstrzyknięciu, osiąga najwyższą wartość w 30—50', potem stopniowo obniża się, przekraczając jednak niekiedy jeszcze w 2,5—3 godz. ciśnienie początkowe; przeważnie jednak w dwie godziny po zastrzyknięciu osiągamy ciśnienie pierwotne. Tak np. w jednym przypadku ciśnienie przed wstrzyknięciem 0,05 gr. efetoniny wynosiło 103—53 mm. Hg; w 45 minut wzrosło do 130—75 mm. Hg., jeszcze w dwie godziny po rozpoczęciu doświadczenia wynosiło 119—60 mm. Hg. W innym znowu przypadku początkowe ciśnienie wynosiło 102—45 mm. Hg., w 40 minut po wstrzyknięciu efetoniny wzniosło się do 124—60 mm. Hg., w godzinę i 40 minut wynosiło już 104—45 mm. Hg. Naogół po dwóch godzinach mogliśmy już doświadczenie uważać za skończone, gdyż ciśnienie opadało do wielkości początkowej.

Efetonina podnosi w większym stopniu ciśnienie maksymalne, ciśnienie minimalne bardzo często ulega nieznacznym tylko wahaniom, a zatem najbardziej wzrasta ciśnienie tętna (*pressio pulsus*). Tak np. w jednym z badanych przypadków ciśnienie maksymalne podniosło się ze 118 mm. do 132 mm., minimalne tylko z 65 do 70 mm. Hg. Nie jest to jednak prawidłem, gdyż w innych wprowadzie rzadkich, równoległe z maksymalnym wzrastało i minimalne ciśnienie.

Wzrost ciśnienia maksymalnego waha się

w granicach 10—27 mm. Hg., minimalnego od 5—22 mm.

W trzech tylko przypadkach na 16 nie stwierdziliśmy wyraźnego wpływu efetoniny na ciśnienie, ciśnienie maksymalne bowiem wzrosło ze 120 mm. na 127 mm., minimalne obniżyło się nawet z 65 mm. na 51 mm., w innym znów przypadku ciśnienie ze 100—40 mm. Hg. wzrosło do 105—41 mm. Hg.; w trzecim zaś ciśnienie ze 120—50 mm. Hg. wzrosło do 126—55 mm. Hg.

Przy stosowaniu doustnym tej samej dawki (0,05 gr.) efetoniny wyniki są nieco inne. Ciśnienie naogół podnosi się, później jednak, niż po podskórnym zastosowaniu, t. j. 30—40 minut po podaniu leku. Wzrost ciśnienia jest niższy przy doustnym stosowaniu, wzrost ciśnienia maksymalnego przeważnie nie przekracza 18 mm. Hg. minimalne zaś ciśnienie w większości przypadków ulega minimalnym tylko wahaniom. W jednym np. przypadku ciśnienie maksymalne ze 105 wzrosło do 118 mm., minimalne zaś obniżyło z 45 na 40 mm. Hg., co, zresztą, odpowiada granicom błędu. Podniesione ciśnienie utrzymuje się dłużej przy doustnym stosowaniu preparatu, po trzech godzinach częstokroć nie osiąga jeszcze początkowej wysokości, po 3-ch np. godzinach ciśnienie wynosiło jeszcze 111—70 mm. Hg. (pierwotne 102—50 mm. Hg.).

Poniżej przytaczamy 2 doświadczenia z efetoniną, podaną podskórnym i doustnym w ilości 0,05.

Przyp. Nr. 1 F. K. *Status post influenzam*. (Nr. hist. chor. 3517). 8 l. 4 m. Tętno 104 na l'. Ciśnienie 103—53 mm. Hg. Pp. 50 mm. Hg. O godz. 11 m. 35—0,05 efetoniny podskórnym.

Czas	Tętno	Ciśnienie.
11.45	96	122—55
12	100	127—57
12.10	108	127—65
12.20	96	130—75
12.37	100	127—69
13.10	102	127—69
13.25	102	119—60
13.35	102	119—60

Przyp. Nr. 2. K. R. 7 lat. *Mastoiditis*. (Nr. hist. chor. 3712). Tętno 96 na l'. Ciśnienie 102—50 mm. Hg. Pp. 52 mm. Hg. Godz. 10.30—0,05 efetoniny doustnym.

Czas	Tętno	Ciśnienie	Uwagi
10.40	96	102—55	
10.50	90	107—60	senny
11.00	102	112—60	"
11.10	102	120—75	"
11.20	120	117—72	"
11.30	102	107—65	śpi
11.40	108	115—70	śpi
11.50	120	115—70	śpi
12.00	96	118—70	śpi
12.10	90	120—72	senny
12.30	96	118—70	placze, ból głowy
12.50	120	117—70	"
1.10	120	115—75	"
1.30	120	111—70	(doświadczenie trwało 3 godziny).

Jednakowa dawka efetoniny wywołuje czasem u różnych osób wręcz przeciwne działanie, naj-

¹⁾ Korzystaliśmy z aparatu Riva-Rocciego; szerokość mankietu=7 cm. Metoda wysłuchowa Korotkowa.

prawdopodobniej w zależności od stopnia napięcia nerwu sympatycznego i parasympatycznego. W jednym naszym przypadku po podaniu efetoniny ciśnienie, przeciwnie niż to się działo w szeregu innych przypadków, obniżyło się: ciśnienie maksymalne obniżyło się ze 113 mm. do 105 mm. Hg., minimalne wahało się w granicach 5 mm.

W następnej serii przypadków stosowaliśmy połowę dawki powyższej, a więc 0,025 gr. Dawka ta w większości przypadków nie wpływa wcale lub minimalnie na ciśnienie. Wzrost ciśnienia waha się w granicy 10 mm.; po godzinie przeważnie ciśnienie osiąga pierwotną wielkość.

We wszystkich naszych przypadkach badaliśmy obok ciśnienia także tętno: wyniki badania tętna są tak bardzo niejednolite, że właściwie żadnych wniosków wyciągnąć nie pozwalają; naogół wahania są minimalne.

Niezmiernie ciekawe spostrzeżenie wyłoniło się w toku wykonywania powyższych doświadczeń. Otóż we wszystkich prawie przypadkach w 10 minut po otrzymaniu efetoniny dzieci ogarniała senność, zasypiały na przeciąg 10 do 60 minut. Senność trwała przez cały czas badania; o głębokości snu świadczy fakt, że zdejmowanie, nakładanie mankieta (aparatu Riva-Rocciego), częstokroć głośne zachowywanie się dzieci sąsiednich nie wytrącały badanych ze snu. Przy dawce 0,025 gr. dzieci rzadziej zasypiały, niż przy wyższej dawce. (Na 21 przypadków — 13 spało).

Nawet w tych przypadkach, w których efetonina nie wywierała żadnego prawie wpływu na ciśnienie, wywoływała jednak sen i to na dość długi okres czasu, bo przeszło godzinę.

Biorąc pod uwagę zakres zastosowania efetoniny, należy jej cechę nasenną uważać za zaletę. Np. u zmęczonego atakiem duszności astmatyka — spokojny oddech, związany ze snem, jest wszak wielkim dobrodziejstwem.

Efetonina niezupełnie jest wolna od działania ubocznego. Dzieci częstokroć, zwłaszcza po większych dawkach, skarżą się na ból głowy, bicie serca, inne znów na uczucie gorąca, pocenie się. Podmiotowe te objawy występują również i w tych przypadkach, w których efetonina nie wywiera znacznego wpływu na ciśnienie. Sądzymy, że sensacje powyższe są jednak zależne od zmian naczynioruchowych (skurcz drobnych naczyń mózgo-

wych, skórnych, mięśnia sercowego), które mogły jeszcze nie odbić się na ciśnieniu ogólnym.

Na zasadzie powyższych doświadczeń wnioskujemy, że efetonina, zresztą, jak i adrenalina, nie jest środkiem niezawodnie skutecznym. Wzrost ciśnienia stwierdzaliśmy przeważnie tylko po dawkach 0,05 gr. Przy mniejszych dawkach — 0,025 gr. — należy raczej przyjąć brak wpływu na ciśnienie, wyjąwszy, oczywiście, przypadki sporadyczne. Utwierdza nas to w przekonaniu, że dawkowanie efetoniny należy bardzo dokładnie indywidualizować. W każdym przypadku należy rozpocząć od dawek małych, stopniowo je powiększać, aby nie wywołać działania ubocznego — osiągnąć tem samem niepożądany efekt. Działanie uboczne efetoniny u różnych osób występuje po różnych dawkach, w zależności od tolerancji indywidualnej. Efetonina, zbliżona w swem działaniu do adrenaliny, ma bezsprzecznie rozległe zastosowanie w różnych, a wyżej wymienionych stanach chorobowych, między innymi i wieku dziecięcego. Wartość jej podnosi zwłaszcza możliwość stosowania doustnego.

PIŚMIENNICTWO.

W. Beck. Über neuere Arzneimittel. Die Therapie der Gegenwart 1928. Heft 1. W. Fischer. Über Ephetonin Merck, einen synthetischen Körper von der Wirkung des Ephedrin. Münchener med. Wochenschrift, 1927. Nr. 25. W. K. Fränkel. Ephetoninwirkungen auf Magen und Darm. Med. Klinik 1929 Nr. 3. W. K. Fränkel. Über Ephetoninwirkung bei Urticaria. Med. Klinik. 1928 Nr. 47. E. Heller. Selbstbeobachtung über Ephedrin Merck bei Asthma bronchiale. Therapie der Gegenwart. Dezember 1926. W. Henning. Erfahrungen mit Ephetonin bei Asthma bronchiale, Emphyse, bronchitis, chronisch r Bronchitis und bei der Begleitbronchitis der Tuberkulösen. Beiträge zur klinik der Tuberkulose 1928. 69 B. Erick Guttmann. Skopolamin — Ephedrin. Münch. med. Wochenschrift 1926. Nr. 51. Paul Müller. Über die Verwendung des Ephedrins in der Augenheilkunde. Monatsblätter für Augenheilkunde 1928. Mai. A. Neustadt. Ephetonin und Asthma bronchiale. Med. Klinik. 1928. Nr. 7. H. Petow und E. Wittkower. Über Ephetonin. München, med. Wochenschrift 1927. Nr. 18. H. Poppe. Bekämpfung der Abstinenzerscheinungen bei plötzlicher Morphinentziehung durch Ephetonin. Klinische Wochenschrift. 1928 Nr. 16. C. H. Sattler. Die Anwendung des Ephetonins in der Augenheilkunde. Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde 1927. Nr. 79 B. S. Saxl. Zur Behandlung des Altersemphysems mit Ephedrin und Ephetonin. Wien. Klin. Wochenschrift 1927. Nr. 23. L. Takacs. Untersuchungen über die Wirkung der adrenalinähnlichen Alkaloide: Ephedrin und Ephetonin. Wiener Klin. Wochenschrift. 1928. Nr. 39. H. Taterka und L. Hirsch. Zur Therapie der Serumkrankheit. Med. Klinik. 1928. Nr. 42.

Krytyka lekarska.

Żartem o rzeczy poważnej.

Nie jeden z lekarzy w swej praktyce znalazł się w kłopotcie, co począć z przypadkiem, który z istoty swej nadaje się do poważnej dyskusji, a jednak ze względu na brak kwalifikacji nie może liczyć na dostęp do poważnego organu naukowego?

W takim kłopotcie znalazłem się również i ja. Od 2-ch lat głowią się nad sposobem ogłoszenia przypadku, który, jako niezupełnie powszedni, zasługuje przynajmniej na powierzchowne zaintereso-

wanie świata lekarskiego. Zresztą nieostatnią rolę odgrywa tu również moje sumienie lekarskie, które nie pozwala mi zamilczeć o rzeczy, która, zdaniem mojem, może być dla wiedzy nawet pożyteczna.

Jak już wspomniałem wyżej, kwalifikacje mego przypadku nie odpowiadają warunkom etykiety, wymaganej przez naukę. Niemal nagi, nie mający na sobie nawet pozorów szaty naukowej, nie mógł on marzyć o przekroczeniu progu wspaniałych saloonów wiedzy, gdzie, jak wiadomo, zbiera się wyłącznie towarzystwo, odświeżnie ubrane we wzorzystą

tkaninę, upstrzoną cyframi i różnemi znakami kabalistycznymi.

Wreszcie przyszła mi myśl wprowadzenia mego kopciuszka do świątyni nauki tylnem wejściem, czyli pod postacią bezpretensjonalnego feljetonu. Wdzięczny jestem niewymownie Reklakcji za udzielenie mi gościny choćby na tem skromnem miejscu. Przecież nie jest wyłączone, że wcześniej, czy później wzrok jakiegoś potentata medycznego zatrzyma się i na tym oryginalnym elaboracie i zechce wyciągnąć zeń choćby najskromniejszy wniosek praktyczny...

Po tej, może trochę przydługiej przedmowie przystępuję do opisu samego przypadku.

Prócz pewnej niesamowitości jest on jeszcze pod tym względem oryginalny, że dotyczy mnie samego jako obiektu klinicznego.

Przed 2 laty przebyłem ciężką anginę z powikłaniem w postaci goścca mięśniowego. Po ustąpieniu ostrych objawów — podniesionej ciepłoty i silnych bólów w mięśniach, otrzymałem od kolegów zlecenie wyjazdu do Ciechocinka.

Było to w miesiącu lipcu. Na skutek długotrwałej choroby byłem niezdolny do pracy, bóle mięśniowe, pomimo ustąpienia okresu ostrego, nie opuszczały mnie.

W tym czasie odbywał się w Gdańsku zjazd, na którym musiałem być obecny. Ułożyłem sobie plan, według którego po kilkodniowym pobycie w Gdańsku miałem udać się na kurację do Ciechocinka. Pojechałem więc z zachowaniem wszystkich ostrożności, zamówiwszy poprzednio w Gdańsku „pokój suchy i słoneczny”. Jakież było moje przeżalenie, kiedy, przybywszy na miejsce, dowiedziałem się, że z braku mieszkań wyznaczono mi pokój ani mniej ani więcej tylko w Brösen, jak wiadomo, najwilgotniejszej miejscowości w zatoce Gdańskiej. Nadomiar złego dnia tego była fatalna deszczowa pogoda. Nie mając wyboru, udałem się na miejsce przeznaczenia z mocnem postanowieniem zrezygnowania ze zjazdu, gdybym nazajutrz nie znalazł innego mieszkania.

Los chciał, że następnego dnia w Brösen była cudowna słoneczna pogoda. Udałem się zrana nad morze, aby wygrzać się nieco w słońcu. Było tak ciepło, że postanowiłem użyć kąpieli słonecznej. Moje wiadomości balneologiczne nie zgłosiły przeciw temu protestu...

Błękitne morze, niezwykle piękna pogoda, różnobarwny tłum ludzi w strojach kąpielowych rozpedziły błyskawicznie ponure jeszcze przed chwilą myśli. Odżyły we mnie wspomnienia z czasów, kiedy zwiedzałem te okolice w pełnem zdrowiu...

Zapomniałem o chorobie... Morze czarem swej głębi zaczęło kusić mnie do siebie. Nie umiałem mu się oprzeć. Na chwilę przestałem być lekarzem...

W oka mgnieniu ulotniły się z mego mózgu wszystkie naukowe wskazania i przeciwwskazania do korzystania z kąpieli morskich, zwłaszcza po świeżo przeżytym reumatyzmie. Zmieszałem się z tłumem rozbawionych kąpielowiczów i, licząc na to, że może Wszechwidzący nie zauważy mnie w tej ciżbie ludzi, zdobyłem się na szalony krok i bezmyślnie zanurzyłem się w morzu...

Popełniłem przestępstwo, którego prawdopodobnie nie wybaczy mi nigdy surowa medycyna!

Ze strachem wróciłem na plażę, kryjąc się pod ożywcziemi promieniami uśmiechniętego słońca, gotów ponieść bez szemrania zasłużoną karę... Ale kara jakoś nie zjawiała się. Kiedym się podniósł, nie wierzyłem, że wszystko, co się odbyło w tej krótkiej chwili, było nie snem, lecz jawą! Zdawało mi się, że dokonał się na mnie jakiś cud z bajki. Ta jedna szalona kąpiel jakby za dotknięciem różdżki czarodziejskiej przywróciła mi w dużym stopniu rzeźkość i elastyczność ruchów!

Los, który nigdy nie przesadzał w uprzejmości w stosunku do mnie, tu na obczyźnie naraz uśmiechnął mi się niezwykle gościnnie!

Czy był to uśmiech szczerzy, życzliwy, czy też ironiczny pod adresem moim i naszej poważnej nauki, niestety, nawet dziś nie umiem się zorientować. Dosyć, że sześć dni bez przerwy słonecznej pogody dały mi możność sześciokrotnego popełnienia tego samego szaleństwa! Na siódmy dzień byłem już zupełnie zdrow!

Przyjechałem inwalidą, wróciłem kompletnie zdrow, za dowód czego może służyć fakt, że z Gdańska nie zająrzałem już do Ciechocinka, lecz udałem się wprost do Zakopanego, gdzie po pewnym odpoczynku odbyłem nawet kilka dłuższych pieszych wycieczek!

Oto w kilku słowach akt skruchy i jednocześnie spełnienie obowiązku lekarza, któremu nie wolno ukrywać rzeczy chociażby najmniej prawdopodobnych, jeżeli był on istotnie ich świadkiem.

Jako lekarz, wiem, że stanę przed nieubłaganim trybunałem opinii lekarskiej, która niezawodnie zarzuci mi cały szereg przestępstw natury czysto naukowej.

Upredzając to, składam następujące zeznanie dodatkowe.

Nie mogę przytoczyć świadków całego tego zajścia, gdyż przypadkowo znalazłem się w gronie osób obcych mi nie tylko z zawodu, lecz nawet z przynależności państwowej. Nie mogę więc nikogo wymienić, jako świadka. Przypuszczam, że, gdyby przypadkowo znalazł się wówczas na plaży jakiś kolega, całe to zajście napewno nie miałoby miejsca.

Drugi zarzut, który niezawodnie mnie również nie ominie — to niedostatecznie naukowe opracowanie przypadku. Przyznaję się w zupełności do tego grzechu, ale, niestety, wszystko odbyło się z taką błyskawiczną szybkością, że nie zdążyłem zbadać nawet stanu mego tętna przed zabiegiem i po nim!

Przypuszczam, że po tych wyjaśnieniach uda mi się choć na krótki czas zwrócić na mój przypadek łaskawą uwagę klinicystów i wogóle świata lekarskiego.

Wiem, że tak opracowany artykuł nie upoważnia do wyprowadzania jakichkolwiek poważnych wniosków, dlatego też pozwolę sobie zakończyć mój feljeton tylko zapytaniem pod adresem naszej nauki.

1. Czy ten figiel natury, który tylko co opisałem, nie zasługuje na to, aby nasza poważna nauka balneologii zastanowiła się nad tem, czy głoszone przez nią dotychczas, jako nieomyłne dogmaty wiary istotnie są nieomyłne? Czy nie należy zastanowić się nad tem, że prócz poważnie zachwalanej przez naszych balneologów zdrojowis-

kowej terapii ze ścisłością niemal do 0,001, mogą być inne metody lecznicze poza zdrojowiskiem? Warto chyba o tem pomyśleć dla dobra pacjentów!

2. Czy przypadek ten nie nadaje się do obudzenia samokrytyki wogóle w poglądach lekarskich, często konserwatywnych, zaśniedziałych? Czyżby torowanie dróg śmielszych w naszej terapii było atrybutem osób, nic wspólnego z medycyną nie mających?

Czy Priessnitz, Zander i inni nie są zbyt wymownymi dowodami naszego zacofania?

A może ja posiadam zupełnie wyjątkową konstytucję fizyczną? W takim razie gotów byłbym poddać się wszechstronnie badaniu!

Leon Zamenhof (Warszawa)

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Z działalności Departamentu Służby Zdrowia.

Posiedzenie plenarne Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych z dnia 29 kwietnia 1929 r.

P. Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Dr. E. Piestrzyński w zastępstwie P. Ministra Spraw Wewnętrznych otwiera 2-gie plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

Porządek dzienny zostaje przyjęty w brzmieniu następującem:

1. Zatwierdzenie protokołu I posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, odbytego w dniu 30 kwietnia 1928 r.

2. Projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

3. a) Projekt ustawy o aptekach.

b) Zasady uregulowania handlu drogerijnego.

4. Utworzenie sekcji:

a) do zwalczania chorób zawodowych,

b) do zwalczania raka,

5. Projekt rozporządzenia o użyciu farb.

6. Projekt regulaminu dla zakładów przeciwigalicznych.

7. Sprawozdanie z sekcji do zwalczania chorób zakaźnych.

8. Sprawozdanie z działalności sekcji do zwalczania gruźlicy:

1) Sprawa uzdrowisk dla chorych gruźliczych.

2) Organizacja walki z gruźlicą na terenie Województwa, jako jednostki administracyjnej.

9. Uzupełnienie składu sekcji farmaceutycznej.

10. Wolne wnioski,

1. Przyjęto bez poprawek protokół I-go posiedzenia Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 30 kwietnia 1928 r.

II. Projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Radca ministerjalny w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych Dr. Sęczyński referuje projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, przedłożony przez Sekcję do zwalczania chorób wenerycznych na plenarne posiedzenie rady i opraco-

wany przez Komisję, wybraną w tym celu przez Sekcję.

W dyskusji nad powyższym tematem Prof. Dr. Sieradzki zaznacza, iż byłoby wskazane wprowadzić pewne zmiany do projektu. Mówca zauważa przytem, iż sprawa tajemnicy lekarskiej jest w projekcie udatnie rozwiązana; co do układu projektu mówca jest zdania, iż postanowienia karne powinny być umieszczone na końcu; ponadto ustawa nie powinna zawierać dezyderatów np. w sprawie przytułków lub w sprawie młodzieży szkolnej.

W sprawie postanowień karnych mówca powołuje się na zdanie Prof. Makarewicz, zgodnie z którym, o ile projekt ustawy będzie zawierał postanowienia karne, postanowienia te winny być skreślone z kodeksu karnego.

W zakończeniu mówca proponuje zebrać postanowienia karne oraz proponuje, aby Naczelna Rada Zdrowia przyjęła zasady projektu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, pozostawiając dokładniejsze jego opracowanie, po porozumieniu się z odnośnymi czynnikami prawniczymi, Departamentowi Służby Zdrowia. Mówca składa na piśmie wnioski w sprawie projektu ustawy oraz projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych.

Przewodniczący dr. Piestrzyński zwraca uwagę na konieczność przeprowadzenia dyskusji co do głównych zasad projektu.

Dr. Hirszfeld porusza art. 9 projektu ustawy, a ponadto sprawę podrzutków.

Dr. Tomaszewski zwraca uwagę na postanowienia art. 25, zauważa przytem, iż jeżeli niema możliwości podawania nazwisk chorych, to Kasa Chorych nie może regulować rachunków.

Prof. Dr. Szmurło podnosi zastrzeżenia co do art. 2 projektu ustawy, ponadto mówca porusza szereg wątpliwości co do poszczególnych artykułów (art. 6, 16, 17, 23 i 33).

Dr. Kunicki podkreśla sprzeczności, jakie zachodzą pomiędzy art. 14 projektu oraz ustawą o Kasach Chorych.

Prof. Dr. Sieradzki proponuje ograniczyć dyskusję do stawiania wniosków.

Dr. M. Wowkonowicz uzasadnia stanowisko Komisji, zajęte przy układaniu projektu ustawy. Sekcja była zwolenniczką zniesienia reglamentacji.

Dr. Łuniewski zaznacza, iż projekt jest oparty na przestrzeganiu tajemnicy, należy jednakże stanąć na takim stanowisku, na jakim stoi

lekarz w stosunku do chorego psychicznie: z chwilą gdy chory staje się niebezpieczny dla otoczenia, lekarza przestaje obowiązywać tajemnica lekarska.

Kwestja tajemnicy lekarskiej została w projekcie udatnie rozwiązana, ale pozostaje do rozwiązania sprawa zwrotu kosztów leczenia chorych, która napotyka trudności przy zachowaniu tajemnicy lekarskiej.

Dr. Wowkonowicz porusza kwestję reklam: życie wymaga, aby władze administracyjne miały możność należytego uregulowania sprawy reklam. W sprawie tajemnicy lekarskiej mówca podkreśla, iż ujęcie tej sprawy w projekcie Prof. Lenartowicza jest bez zarzutu.

Prof. Krzyształowicz zaznacza, iż projekt D-ra Sieradzkiego w art. 18 doskonale rozwiązuje kwestję tajemnicy lekarskiej łącznie z kwestją zwrotu kosztów leczenia.

W wyniku dyskusji postanowiono: przyjąć zasady przedłożonego projektu ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, pozostawiając dokładniejsze opracowanie po porozumieniu z czynnikami prawniczemi Departamentowi Służby Zdrowia.

II. Utworzenie sekcji:

1. do zwalczania chorób zawodowych,

2. do zwalczania raka.

Przewodniczący Dr. E. Piestrzyński, motywując potrzebę utworzenia sekcji do zwalczania chorób zawodowych, stawia wniosek co do utworzenia tej sekcji oraz proponuje jej skład.

Prof. Dr. Szmurło zwraca uwagę na konieczność wprowadzenia przedstawiciela lekarzy chorób nosa i gardła.

Prof. Dr. Czyżewicz zaznacza, iż w składzie sekcji brakuje toksykologa, przyczem proponuje kooptować do składu sekcji Prof. Dra Modrakowskiego.

W wyniku dyskusji uchwalono utworzyć sekcję do zwalczania chorób zawodowych w składzie następującym:

1. Dr. Eugenjusz Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.
2. Dr. Jan Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.
3. Dr. Kłuszyński, przedstawiciel Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych, Członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.
4. Prof. Dr. Kazimierz Karaffa-Korbütt, przedstawiciel Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, Członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.
5. Dr. Przemysław Rudzki, Członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.
6. Prof. Dr. Paweł Gantkowski.

Członkowie kooptowani:

7. Marjan Klott, Główny Inspektor Pracy.
8. Dr. Gustaw Raciążek, urzędnik kontraktowy Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.
9. Dr. Kazimierz Szczęśny, urzędnik kontr. w Min. Pracy i Opieki Społ.
10. Dr. Luksemburg Józef.
11. Dr. Jakób Sęczyc, Radca ministerjalny w Min. Spraw Wewnętrznych.
12. Dr. Robert Bernhardt.
13. Dr. Nowakowski Bruno, Kierownik Oddziału w Państwowej Szkole Higieny.
14. Docent Dr. Gustaw

Szulc, podpułkownik - lekarz.

15. Dr. Borkowski Wiktor.
16. Prof. Jerzy Mołakowski.

Na wniosek przewodniczącego uchwalono utworzyć sekcję do zwalczania raka w składzie następującym:

1. Dr. Eugenjusz Piestrzyński, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.
2. Dr. Jan Adamski, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.
3. Dr. Witold Chodźko, Kierownik Państwowej Szkoły Higieny.
4. Prof. Dr. Adam Czyżewicz, Członek Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia.

Członkowie kooptowani:

5. Prof. Dr. Ludwik Paszkiewicz.
6. Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz.
7. Doc. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski.
8. Dr. Bronisław Wejnert.
9. Dr. Józef Kowalczewski, Naczelnik Wydziału Min. Sprawy Wewn.
10. Dr. Zofja Garlicka.

III. Projekt rozporządzenia o użyciu farb.

Przechodząc do p. 5 porządku dziennego, Radca ministerjalny Dr. Sęczyc uzasadnia konieczność wydania rozporządzenia o użyciu farb.

Prof. Koskowski zwraca uwagę, iż projekt jest niesłychanie uciążliwy.

W wyniku dyskusji uchwalono projekt odesłać do sekcji dla szczegółowego rozważenia i wydania opinii.

Uchwalono ponadto uzupełnić skład sekcji do zwalczania chorób zawodowych przez zaproszenie do sekcji prof. Dra Pawła Gantkowskiego Członka Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z Poznania.

IV. Projekt regulaminu dla zakładów przeciwjagliczych.

Radca ministerjalny Dr. Zachert referuje sprawę regulaminu dla zakładów przeciwjagliczych.

Referent przedstawia stan nasilenia jaglicy po wojnie oraz organizację i wyniki dotychczasowej akcji zwalczania tej klęski, zwłaszcza na terenie zakładów opiekuńczych, gdzie jaglica ze szczególną łatwością się szerzyła. Dla dzieci, chorych na jaglicę, z zakładów opiekuńczych zostały przeznaczone specjalne zakłady dla ich izolacji i leczenia. Zakłady te musiały posiadać odpowiednio dostosowaną oo swych zadań organizację, urządzenia i wyposażenie. Pod tym względem pomiędzy poszczególnymi zakładami jagliczemi zachodziły dość zasadnicze różnice. W celu podniesienia wydajności działalności zakładów jagliczych, która w dużym stopniu pozostaje w zależności od ich urządzenia i organizacji, Departament Służby Zdrowia opracował ramowy regulamin organizacyjny dla tego rodzaju zakładów. W regulaminie tym, opierając się na zdobytych doświadczeniach, określono warunki, jakim zakład taki ma odpowiadać tak pod względem organizacyjnym (podporządkowania całej działalności zakładu zadaniom leczniczym), urządzenia (3 oddziały odrębne, ambulatorja i t. p.), jak również wyposażenia (bielizna, instrumenty i t. p.) oraz systemu pracy, aby zapewniły zakładowi należyte wypełnienie zadań.

Ten regulamin spowodował, że zwłaszcza zakłady większe w miarę możliwości dostosowywały urządzenia i organizację do tych wymagań, a dzięki temu także działalność ich stawała się coraz sprawniejsza. W regulaminie ramowym z natury rzeczy nie mogła być dokładnie określona działalność lecznicza zakładu, i poprzestano tylko na określeniu ogólnych zadań (leczenie i izolacja) i zasadniczych obowiązków lekarza (leczenie i nadzór).

Praktyka dotychczasowa wykazuje, że poszczególne zakłady jaglicze w rozmaity sposób interpretują zadania zakładu i przetrzymują w zakładzie nie tylko chorych na jaglicę, ale także z innymi schorzeniami oczu, lub nawet całkiem zdrowych. Poza tem okazało się, że zakłady jaglicze nie posiadają wewnętrznego regulaminu leczniczego, określającego warunki przydziału chorych na poszczególne oddziały i obowiązki i zadania lekarza w stosunku do chorych na poszczególnych oddziałach (częstość oględzin i badań uzupełniających i t. p.), i dalej przepisów co do wypisywania chorych z poszczególnych oddziałów i zakładu. Brak unormowania wymienionych zagadnień przyczyniał się często z jednej strony do przedłużania i tak już z natury rzeczy długiego okresu leczenia i pobytu w zakładzie, a z drugiej strony do niedość intensywnego wyzyskania tego czasu dla leczenia jaglicy i innych ubocznych schorzeń. Z tego to powodu, aby właśnie podnieść wydajność działalności leczniczej zakładów dla chorych jagliczych. Departament Służby Zdrowia występuje z projektem regulaminu leczniczego dla zakładów jagliczych.

Regulamin przewiduje nowe normy, określające czas leczenia dzieci w zakładach. Obecnie istnieje tendencja zbyt długiego lub krótkiego trzymania dzieci w zakładach, względnie tendencja zamiany zakładów tych na przytułki; projekt regulaminu przewiduje określenie czasokresu pobytu w zakładzie rekonwalescentów. Ponadto regulamin wprowadza karty choroby.

Prof. Dr. Godlewski proponuje przesłanie projektu regulaminu fachowcom do opinii; mówca porusza kwestję dzieci repatriantów i dzieci bezdomnych.

Dr. Koszutski podkreśla te trudności, jakie powstają przy narzuceniu lekarzowi terminu dla wyleczenia dzieci z jaglicy.

Prof. Dr. Padlewski podziela zdanie poprzednika.

Prof. Dr. Szmurło porusza kwestję nauki dzieci, pozostających w zakładach przeciwjagliczych.

W odpowiedzi na to przemówienie Naczelnik Wydziału p. Krakowski wyjaśnia, iż w zakładach wychowawczych, gdzie akcja jest prowadzona w porozumieniu z Ministerstwem Pracy i Opieki Społecznej, odbywa się nauka i wychowanie dzieci.

Przewodniczący Dr. Piestrzyński wyjaśnia, iż przewidziany w regulaminie czasokres pobytu chorych dzieci jest wywołany koniecznością spowodowania najintensywniejszego leczenia dzieci.

Dr. Zachert wyjaśnia również, iż motyw powyższy miano na względzie przy układaniu regulaminu.

Na wniosek przewodniczącego uchwalono odesłać projekt regulaminu dla zakładów przeciwjagliczych do sekcji dla zwalczania chorób zakaźnych dla szczegółowego rozważenia oraz uzupełnić skład tej sekcji przez kooptowanie Dr. Koszutskiego z Kalisza.

V. Projekt ustawy o aptekach. Zasady unormowania handlu drogerijnego.

P. Naczelnik Wydziału Gawiński referuje zasady projektu, są następujące:

Najważniejszymi zasadami, stanowiącymi podstawy projektu, są następujące:

- 1) lekarstwa w handlu detalicznym mogą być sprzedawane tylko przez apteki;
- 2) apteka może być prowadzona przez aptekarza;
- 3) w aptekarstwie utrzymuje się system koncesyjny;
- 4) koncesje mają być osobiste i dożywotnie.

Przewodniczący podkreśla, iż Departament Służby Zdrowia będzie dążył do tego, ażeby ustawa o aptekach oraz ustawy o drogerjach zostały jednocześnie wydane ze względów na wspólność tematów.

Przewodniczący stwierdza, iż mogą być pewne wątpliwości co do wartości systemu koncesyjnego, przyczem zwraca uwagę na to, iż system koncesyjny nie jest związany z żadnym przymusem, jak to ma miejsce np. z lekarzami.

Prof. Dr. Sieradzki porusza kwestję, iż projekt ustawy nie przewiduje możliwości nadawania lekarzom koncesyj na apteki domowe.

Dr. Rudzki zaznacza, iż uwagi Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego co do projektu są bardzo słuszne i należy je przy układaniu projektu wziąć pod rozwagę.

Dr. Poratyński podkreśla wielkie znaczenie postanowienia projektu, iż lekarstwa mogą być nabywane tylko w aptekach. Mówca podkreśla te plusy, jakie zawiera system koncesyjny, znajduje, iż wyłom dla lekarzy niema uzasadnienia, i stwierdza iż ustalenie wieku prekluzyjnego jest również nieuzasadnione.

Mówca zaznacza, iż przypuszczalny kontygent odbiorców lekarstw staje się niekiedy iluzoryczny, a to wobec aptek kas chorych, które mają swoich klientów przymusowych.

Mówca porusza kwestję gremjów aptekarskich, istniejących na terenie Małopolski; gremja te byłyby zlikwidowane. Do czasu utworzenia izb aptekarskich należy obowiązki, uprzednio przez gremja te spełniane, przekazać Polskiemu Towarzystwu Farmaceutycznemu.

W sprawie sankcji karnej mówca znajduje, iż nie jest rzeczą słuszną odbierać koncesje w wypadku, gdy dzierżawca zawinił, jak również nie jest rzeczą słuszną utrata koncesji w wypadku upadłości.

Dr. Rudzki znajduje, iż asystent aptekarski, upoważniony w drodze wyjątku do zarządu apteką, winien mieć przynajmniej 2-letnią praktykę.

Prof. Dr. Szmurło zwraca uwagę, iż sprawę projektu o aptekach i drogerjach należy traktować razem.

P. Zdankowski zwraca uwagę, iż zadaniem zebrania jest zatwierdzenie tych tez, jakie były na sekcji, tymczasem dyskusja nie idzie w tym kierunku.

Najważniejszą zasadą jest wyłączność zawioda aptekarzy w dostarczaniu leków ludności.

Mówca przypomina przebieg dyskusji nad projektem ustawy o aptekach w parlamencie austriackim; wynik tej dyskusji poucza, iż drobne punkty, odbiegające od wytycznej linii, mogą się w przyszłości okazać b. niebezpiecznymi.

Dr. Hirszfeld zwraca uwagę, iż zajęcia praktyczne na Wydziale Farmaceutycznym w obecnym stadium są wystarczającym przygotowaniem do tego, aby magistranci mogli wykonywać badania mikroskopowe.

Dr. Kunicki znajduje, iż ograniczenie dla lekarzy co do wydawania chorym środków lekarskich jest dla ludności, zwłaszcza na wsi, bardzo uciążliwe.

Pułk. Sokolewicz zwraca uwagę na pokrzywdzenie w projekcie ustawy ochotniczej służby w stosunku do służby wojskowej wskutek powołania; ograniczenie co do wieku prekluzyjnego 60 lat należy zmienić na ograniczenie, wynikające z uzdolnień fizycznych.

Prof. Dr. Czyżewicz zapytuje dlaczego zawód aptekarski jest specjalnie broniący systemem koncesyjnym.

Dr. Koszutski jest zdania, iż sprawę koncesji należy traktować z punktu widzenia chorych i społeczeństwa; jeżeli zniesiemy koncesję to wtedy pójdziemy wbrew interesom ludności.

Dr. Kunicki zwraca uwagę, iż ograniczenia co do aptek prywatnych nie mogą mieć zastosowania do aptek składowych.

P. Gawiński zwraca uwagę, iż dyskusja w dostateczny sposób nie wykazuje, na jakich podstawach winien być projekt ustawy oparty. Mówca w każdym razie zwraca uwagę, iż system koncesyjny ma na względzie dobro lecznictwa, a mianowicie, racjonalne rozmieszczanie aptek; gdybyśmy

zniesli system koncesyjny, doszlibyśmy do tego, iż głęboka prowincja i przedmieścia byłyby pozostawione bez aptek; projekt przewiduje, iż koncesja ma być dożywotnia i osobista, nie może być spieniężana, przyczem mówca zgadza się, ażeby zamiast prekluzyjnego wieku decydowała sprawność fizyczna.

Mówca znajduje, iż terytorjum Rzeczypospolitej jest dostatecznie nasycone aptekami, nie należy wobec tego zakładać domowych aptek lekarzy.

W kwestji analiz, o ile nie damy ramowego upoważnienia, to wtedy apteka nie będzie miała możliwości sporządzenia analizy.

Mówca prosi, aby zebranie wypowiedziało się co do podstawowych zasad projektu.

Prof. Dr. Markowski proponuje zażądać od członków Rady opinji na piśmie.

Dr. Czyżewicz znajduje, iż sprawa winna wrócić do sekcji i w sekcji projekt winien być jeszcze raz uzgodniony.

P. Zdankowski zwraca uwagę, iż jeżeli Rada uzna stanowisko sekcji za słuszne, winna to wyraźnie wypowiedzieć.

P. Gawiński w sprawie aptek homeopatycznych zauważa, iż projekt ustawy o aptekach pozwala wszystkim aptekom sprzedawać lekarstwa homeopatyczne; przedłożony zaś memoriał Towarzystwa homeopatów dąży do tego, aby uzasadnić potrzebę istnienia specjalnych aptek homeopatycznych. W związku z tem powstaje zagadnienie, czy na przyszłość apteki homopatyczne mają istnieć. Mówca wyjaśnia, że apteki allopatyczne mogą się specjalizować i mogą mieć na składzie środki homeopatyczne.

Prof. Dr. Czyżewicz jest zdania, iż specjalne apteki homeopatyczne nie są konieczne, a sprzedaż środków homeopatycznych winny się zajmować apteki allopatyczne.

Prof. Dr. Godlewski znajduje, iż nie można zabronić ludności nabywania lekarstw w aptekach homeopatycznych, gdyż psychoterapia tu wchodzi w grę.

(Dok. nast.)

Wiadomości bieżące.

— Nagrodę Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej za najlepsze odczyty, wygłoszone w temże Towarzystwie w r. 1928 i drukowane w „Warsz. Czasop. Lekarskim”, otrzymali koledzy: W. Czarnocki za wykład kliniczny p. t. Patologia układu siateczkowo-śródbłonkowego i Wł. Sterling za streszczenie poglądowe p. t. Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologji seksualnej.

— Z Międzynarodowego Zjazdu Chirurgów w Warszawie.

Wiadomość nasza, że „nawet gazety codzienne” nie zostały poinformowane o programie Zjazdu, okazała się przed-

wczesna: na parę dni przed Zjazdem i w dniu jego otwarcia ukazały się w pismach codziennych krótkie notatki o proponowanych przyjęciach gości, przemówieniach i tytułach odczytów programowych.

W „Robotniku” z d. 20.VII. „Medyk” skarży się, że do funkcji pomocniczych przy organizowaniu Zjazdu, zamiast studentów medycyny, zaangażowani zostali, z rekomendacji Naczelnego Komitetu Akademickiego, słuchacze Wyższej Szkoły Handlowej.

— W Nr. 7 i 8 „Świata Zwierzęcego”, wychodzącego od początku r. b. pod redakcją pani Janiny Maszewskiej

Knappe, znajdujemy sprawozdanie z Wszechświatowego Kongresu Towarzystwa opieki nad zwierzętami pióra redaktorki. Ze sprawozdania tego dowiadujemy się, że polska ustawa o „Ochronie zwierząt” przyjęta została przez członków Zjazdu z wielkim uznaniem. Nie mniejszym powodzeniem cieszył się referat p. Maszewskiej-Knappe p. t. „Walka o duszę i prawa zwierzęce”. W tymże zeszycie „Świata zwierzęcego” znajdujemy interesującą rozprawę A. Geilkego „O wegetarianizmie”, Janiny Maszewskiej-Knappe: „Życie rodzinne ptaków”, Konrada Chmielewskiego: „Głuszczyk”, artykuły polemiczne w sprawie wiwisekcji i rytualnego uboju bydła oraz kilka rozpraw drobniejszych.

— Dwa projekty prawa, mającego zapewnić ochronę przed gruźlicą we Francji, wniesione zostały do Izby francuskiej. Justin Godart (podsekretarz stanu Wydziału Zdrowia podczas wojny), podał oryginalny, choć mało praktyczny projekt prawa. Wiadomo, że komisje poborowe często stwierdzają stan „przedtuberkuliczny” poborowego. Jeśli go zwalniają, jest to strata dla armii, jeśli zostaje wcielony, rekrut nieraz w tych warunkach staje się suchotnikiem podczas służby i wraca na łono rodziny, szerząc zarazę. By temu zapobiec, J. Godard proponuje utworzenie specjalnych koszar-sanatoriów (zbudowanych w Alpach lub Wogezach) w których odbywaliby służbę wojskową ci, co przez komisję

poborową uznani zostaną za „przedtuberkulicznych”. Służba wojskowa dla nich połączona byłaby z odpowiednim leczeniem, i udzielałoby się w ten sposób tym rekrutom pewnego rodzaju wychowania przeciwegruźliczego. Kategoria rekrutów „skłonnych” do nabawienia się suchot będzie pod obserwacją lekarską, dopóki komisja nie wypowie się bądź za wcieleniem do służby czynnej, bądź — do koszar — sanatoriów.

Projekt ten został odesłany przez parlament do Komisji Wojskowej, ale już z góry przewidzieć można, że zostanie odrzucony z powodu wielkich trudności praktycznych i kosztów, z jego realizacją związanych.

Drugi projekt, łatwiejszy do wykonania, został wniesiony przez Dr. Quenille, b. ministra rolnictwa. Projektodawca wychodzi z założenia, że znaczny procent suchotników, w Paryżu naprzykład, rekrutuje się spośród dawnych wieśniaków, którzy porzucili rolę (przeważnie południe - zachód Francji) dla stolicy. Nieprzyzwyczajeni do życia wielkomiejskiego, szybko ulegają tuberkulizacji. Quenille proponuje przeto utworzenie wsi dla suchotników, którzy nabawili się gruźlicy podczas wojny. Rząd, który i tak płaci im emeryturę, ułatwiłby im powrót na rolę.

Projekt jest ogłoszony *in extenso* w numerze lutowym biuletynu „Société de Médecine des Sanatoriums et des Dispensaires d'Hygiène”.

TREŚĆ: J. MACKIEWICZ. O glejakach. (C. d.) — J. RUTKOWSKI. Ropniak płucny wywołany przez streptothrix. — J. POMPER. Uproszczony sposób leczenia syndaktylii. — A. DRYJSKI. Geneza i Technika Metody Psychoanalitycznej (Str. zbior., (Dok.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — R. BARAŃSKI i MARJANKO-LEWENFISZOWA. Przyczynek do działania efetoniny. — L. ZAMENHOF. Żartem o rzeczy poważnej. — Z działalności Departamentu Służby Zdrowia. Posiedzenie plenarne Państwowej naczelnej Rady Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych z dnia 29 kwietnia 1929 r. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. MACKIEWICZ. Sur les gliomes. (Suite). — J. RUTKOWSKI Empyème de la plèvre causé par streptothrix. — J. POMPER. Une méthode simple du traitement de la syndactylie. — A. DRYJSKI. Genèse et technique de la méthode psychoanalytique (Rev. gén. fin). — R. BARAŃSKI et MARJANKO-LEWENFISZ. Contribution à l'action d'éphetonine. — L. ZAMENHOF. En plaisantant sur une chose sérieuse. — L'action du Département de Santé. Séance du Conseil de Santé d'Etat de 29.IV.1929.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96

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

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

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