

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Siankiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Rok VII

WARSZAWA, 17 LIPCA 1930 R.

Nr. 29

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala na Czystem

(Ordynator: G. Lewin)

W sprawie rozpoznawania klinicznego białaczki ostrej.

P o d a ł

Michał SZOUR (Warszawa).

(Dokończenie: p. Nr. 28).

Jeżeli teraz przejdziemy do I-go przypadku, to widzimy zupełną analogję do przyp. II-go. Długi okres przedwstępny ze stanem podgorączkowym, znaczna niedokrewność, która zastanawiała lekarzy i nie mogła być wytłumaczona zmianami w szczycie płuc (t. zw. sprawy szczytowe, w dodatku niewybitne, nie powinny powodować większej niedokrewności), pod koniec zaś życia chorej 10-dniowy okres gorączki posocznicznej z niezwykle szybko postępującą niedokrewnością i charłactwem, krew morfologicznie—wskaźnik barwny ponad 1, neutrochłonna hiperleukocytoza, brak młodych szpikowych postaci we krwi obwodowej, natomiast ilość hemoglobiny i liczba czerwonych krwinek krwi niezmiernie niskie (15%—850.000).

Jakie kliniczne różnice zachodzą pomiędzy obydwoma przypadkami i czy są zasadnicze? 1) W 2-gim przypadku sekcyjnie nie stwierdzono gruźlicy, gdy tymczasem w I-ym — gruźlica prawego szczytu płuc wydawała się niewątpliwa dla wielu lekarzy; różnica ta nie jest zasadnicza: przedewszystkiem niewiadomo, czy sekcja wykryłaby w tym przypadku gruźlicę płuc, gdyby zaś wykryła, to rozumowania nasze zmieniłyby się jedynie o tyle, że moglibyśmy mówić o toksycznym zadziałaniu gruźlicy na szpik kostny niewystarczalny albo atypowo reagujący na toksyny gruźlicze.—2) Obostrzenie choroby u I-ej chorej poprzedzało ogniskowe zapalenie płuc, wzgl. opłucny; już dawno spostrzeżono, że na początku białaczki ostrej stwierdza się zmiany w płucach—zapalenia oskrzeli, ogniskowe zapalenia miąższu, suche zapalenie opłucny i t. p. 3) W 2-gim przyp. były krwawienia z dziąseł, w I-ym nie było żadnych. krwa-

wień—znane są przypadki białaczki ostrej, w których nawet badania pośmiertne nie wykazują najmniejszych objawów skazy krwotocznej (Januszkiewicz, Denning i t. d.). 4) W 2-gim przyp. stwierdzało się klinicznie niewielkie powiększenie śledziony, w I-ym—tego stwierdzić nie mogliśmy: nie jest to pewnym dowodem, że śledziona w istocie wcale nie była powiększona, zresztą, znane są przypadki białaczki ostrej bez powiększenia śledziony. Naogół zaś przypadki te są do siebie bliźniaczo podobne. I w I-ym więc przypadku należy rozpoznać białaczkę ostrą tembardziej, że gdybyśmy chcieli przeprowadzić szczegółowe kliniczne różniczkowanie, to (nie będziemy tu powtarzali rozważań, analogicznych do tychże w 2-gim przyp.) nie moglibyśmy wysunąć innego bardziej prawdopodobnego rozpoznania. Można byłoby jeszcze wspomnieć o nietypowym odczynie szpikowym na gruźlicę; odczyny te przebiegają wszakże naogół łagodnie, dają dobre rokowanie, nie wywołują ciężkiej niedokrewności i t. p. Podkreślamy i w tym przyp., że wybuch białaczki ostrej, wzgl. ostrego jej okresu, poprzedzał długotrwały stan znacznej niedokrewności, który był odpowiednikiem albo schorzenia szpiku kostnego, może utajonej postaci białaczki „ostrej”, albo niewydolności czynnościowej szpiku kostnego, zaznaczonej pod wpływem toksyn infekcyjnych (gruźliczych?). Podkreślić również należy, że i ten przypadek przebiegał bez skazy krwotocznej, bez powiększenia gruczołów chłonnych i śledziony, bez owrzodzeń, bez większych zmian ilościowych i jakościowych białych ciałek krwi obwodowej, czyli bez znamienych cech białaczki ostrej.

Jeżeli, wprawdzie, znamy przypadki niewątpliwie ostrej białaczki bez śladu skazy krwotocznej (Alexander i Hirschfeld, Chuiton i Bondet, Januszkiewicz, Deunig i t. d.), bez powiększenia gruczołów chłonnych (Pappenheim, Walz i t. d.), bez powiększenia śledziony (Kriukow i inni), bez nalotów i owrzodzeń gardła (Decastello i in.), to przypadki nasze, nie wykazujące jednocześnie żadnego z tych objawów, dodatkowo zaś wyróżniające się brakiem

ilościowych, zwłaszcza jakościowych zmian leukocytów we krwi obwodowej, są wyjątkowymi przypadkami, w piśmiennictwie lekarskim nieznanymi.

Czy rozpoznanie w opisanych przypadkach ostrej białaczki bez oparcia się na któreś z jej typowych cech oraz chociażby na niewątpliwiej ostrości schorzenia jest z klinicznego punktu widzenia celowe, wskazane? Wspomnieliśmy już wyżej, że trudno jest obecnie ściśle zdefiniować białaczkę ostrą; mnożą się głosy, że białaczka ostra jest zwykłą ostrą posoczniczą o nietypowym odczynie układu krwiotwórczego (Fränkel, Ulrich, Jochmann, Citron, Hirschfeld, Sternberg, Paltauf, Jagić, Tempka i inni). Autorzy ci różnią się tylko poglądem na rodzaj posocznicy w białaczce ostrej: jedni uważają ją za posocznicę, wywołaną swoistym, acz dotychczas nieznanym zarazkiem, inni—różnymi znanymi zarażkami, część zaś nie rozważa sprawy rodzaju zarażków i określa ogólnikowo ostrą białaczkę, jako zakażenie ogólne o charakterze septycznym i mocnym odczynie szpiku kostnego.

Teoretycznie z temi poglądami można byłoby się zgodzić, gdyby nie jedna ważna cecha kliniczna białaczki ostrej: bezwzględnie złe rokowanie. Opisane przypadki remisji, poprawy w ostrej białaczce są wyjątkowe i wzbudzają wątpliwości dajagnostyczne (Troje, Mixa, Benjamin i Sluka, Cheney i inni). Naogół ta cecha nie powinna, według autorów, stanowić o odrębności jednostki klinicznej, gdyż każda choroba jaknajgroźniejsza wyjątkowo może przejść w wyzdrowienie. Naegeli, Berblinger, Decastello, Kutschera, jeżeli sprzeciwiają się podporządkowaniu ostrej białaczki ogólnej grupie nietypowych odczynów układu krwiotwórczego, wzgl. zakażeń ogólnych, to ze względu na bronione przez nich różnice anatomiczne, kliniczne i hematologiczne. Zdaniem naszym, jednak nie należy w klinice upatrywać przybytku ścisłości matematycznej, wyjątki można pominąć; jeżeli dane kliniczne po głębszem i wszechstronnem rozważeniu pozwalają postawić rozpoznanie, które w około 100% daje bezwzględnie złe rokowanie, to rozpoznanie takie powinno nadal się utrzymać w klinice z wielu względów, przeważnie praktycznych.

Ta myśl przewodnia kierowała nami, gdyśmy starali się odseparować nasze przypadki od innych rodzajów schorzeń, specjalnie niedokrewności i nietypowych odczynów układu krwiotwórczego. Pomimo skąpego i mało znamiennego zespołu objawów można było, jak widzieliśmy, zwalczyć trudności rozpoznawcze. Trudności te byłyby mniejsze, gdybyśmy w większym stopniu w swych rozważaniach dajagnostycznych uwzględnili jeden objaw: obydwaj chorzy od dłuższego czasu cierpieli na znaczną niedokrewność bez wyraźnych ku temu przyczyn przedmiotowych. Litten, Waldstein, Körnöczy i inni podkreślali już dawniej rozwój białaczki ostrej z poprzedniego stanu niedokrewności; Leube wprowadził pojęcie leukanemji. Rzecz ta jest dotychczas niedostatecznie oceniona przez lekarzy. Należy zwracać specjalną uwagę na znaczną niedokrewność w przebiegu innych schorzeń, które zwykle do większej anemji nie przyczyniają się. Zwłaszcza w tak częstych „katarach szczytów płuc” większa niedokrewność powinna

być rozpatrywana, jako objaw podejrzaný: albo jest ona wyrazem odrębnej hematologicznej jednostki chorobowej, albo świadczy o czynnościowej niewystarczalności szpiku kostnego. W rokowaniu w tych przypadkach należy zachować ostrożność, możemy bowiem narazić się na przykrą niespodziankę i być świadkami rozwoju ciężkiej niedokrewności, nietypowych odczynów układu krwiotwórczego, w poszczególnych zaś przypadkach i ostrej białaczki. To jest jedna z najważniejszych wskazówek klinicznych z obserwacji powyższych przypadków.

Przechodzimy do 2-ej wskazówki klinicznej. W przypadkach naszych nie wykryliśmy ani wyraźniejszych ilościowych, ani jakościowych zmian białych ciałek krwi obwodowej. Ebstein, gdy w 1889 r. ogłosił pierwsze 16 przyp. białaczki ostrej—swoich i zebranych z piśmiennictwa lekarskiego—podniósł tylko absolutne zwiększenie liczby białych ciałek we krwi obwodowej, dlatego też przypadki te zaliczono wogóle do białaczek. Później dopiero różni autorzy opisali przyp. ostrej białaczki z niewielkiem zwiększeniem liczby białych ciałek (postaci subleukemiczne), z normalną lub nawet zmniejszoną ich liczbą (postaci aleukemiczne), sedno zmian morfologicznych we krwi obwodowej widząc w jakościowych zmianach białych ciałek, w zjawieniu się w niej młodych, niedojrzałych postaci. Tak dotychczas przedstawia się ta rzecz w nauce o białaczkach. Przypadki nasze pouczają, że w białaczce ostrej może nie być i jakościowych zmian białych ciałek we krwi obwodowej; przyczyna tego zjawiska tkwi prawdopodobnie w tem, że układ krwiotwórczy, specjalnie szpik kostny, może nie mobilizować komórek patologicznych do naczyń obwodowych albo z powodu szybkiego przebiegu schorzenia, albo z powodu patologicznej utraty zdolności do wysyłania młodych postaci do naczyń. Dowodem tu—dość znaczne zmiany histologiczne i obfitość komórek niedojrzałych w narządach krwiotwórczych w 2-im przypadku. Nie jest to rzecz zupełnie nowa, wzmianki o takich możliwościach w piśmiennictwie specjalnem spotyka się, niema w niem tylko tak jaskrawych przykładów, jak nasze. Do okoliczności tej nie przykładamy się wszakże tej wagi, na jaką zasługuje. Wyobraźmy sobie, że w przypadkach naszych mielibyśmy do czynienia nie z myeloblastyczną, lecz limfatyczną postacią białaczki ostrej, i że ogólna liczba leukocytów w 1mm.³ krwi obwodowej byłaby, jak to nierzadko ma miejsce w białaczce ostrej, poniżej normy. Mielibyśmy wtedy zadanie różniczkowania jeszcze bardziej utrudnione: w rachubę wchodziłyby, prócz wyżej wspomnianych schorzeń, a obok białaczki limfatycznej ostrej i odczynu limfatycznego, jeszcze t. zw. agranulocytoza (o ileby, analogicznie do 2-go przyp., zaczęły znikać ze krwi obwodowej leukocyty neutrocytne), a zwłaszcza ostra niedokrewność aplastyczna. Gdyby w obrazie klinicznym była zaznaczona skaza krwotoczna, to wyłączenie tej ostatniej postaci byłoby prawie niemożliwe, gdyż w różniczkowaniu jej od ostrej białaczki limfatycznej opierałoby się na braku patologicznych limfocytów w preparatach krwi. Przypadki nasze dowodzą pośrednio, że brak patologicznych limfocytów nie odróżnia ostrej apla-

stycznej niedokrewności od ostrej limfatycznej białaczki. Dodamy jeszcze, że niełatwe, a niekiedy wprost niemożliwe jest zróżniczkowanie normalnych jednojądrzastych leukocytów (duże limfocyty, monocyty) od patologicznych. A jednak nieraz nieustalenie patologicznych limfocytów w preparatach krwi obwodowej jest motywem do odrzucenia rozpoznania białaczki ostrej i niesłusznego wysunięcia rozpoznania ostrej aplastycznej niedokrewności (*aleukia haemorrhagica*).

Streszczając się, dochodzimy do wniosków:

1) Aczkolwiek rokowanie zasadniczo nie powinno być i przeważnie nie jest cechą różniczkową schorzenia, jednak wyjątkowo złe rokowanie w białaczce ostrej usprawiedliwia nadal kliniczne istnienie tej postaci chorobowej; dążenia nowszych autorów do utożsamienia białaczki ostrej z bardziej ogólnym nietypowym odczynem układu krwiotwórczego na czynniki toksyczno-bakteryjne, poniekąd uzasadnione, mijają się z dwoma ważnymi celami klinicznego ujęcia sprawy: ściśłem, jaknajmniej ogólnikowym rozpoznaniem i możliwie pewnym rokowaniem.

2) Znaczna niedokrewność w przebiegu przewlekłych, wzgl. ostrych schorzeń infekcyjnych (na pierwszym miejscu zbyt często rozpoznawanych katarów szczytów płuc), które zazwyczaj większej niedokrewności nie wywołują, powinna być poważnie brana w rachubę w różniczkowaniu i rokowaniu schorzenia, bowiem jest ona wtedy wy-

razem albo schorzenia układu krwiotwórczego, albo czynnościowej jego niedomogi; poprzedza ona niekiedy ciężkie odczyny układu krwiotwórczego, w poszczególnych przypadkach—nawet białaczkę ostrą, zmieniając zasadniczo a nieoczekiwanie rokowanie.

3) Niektóre przypadki białaczki ostrej mogą przebiegać nie tylko bez objawów skazy krwotocznej, owrzodzeń w jamie ustnej i w innych miejscach, bez powiększenia wyraźnego gruczołów chłonnych i śledziony oraz bez powiększenia liczby leukocytów we krwi obwodowej, lecz nawet i bez jakościowych zmian białych ciałek krwi w naczyniach krwionośnych obwodowych.

5) Białaczka ostra trwać może wiele miesięcy—7 i więcej; „ostrość” tego schorzenia jest tedy pojęciem względnym; gwałtowność i ostrość wystąpienia ostrej białaczki w części przypadków należy odnieść do końcowych okresów tej choroby; końcowe okresy poprzedzają niekiedy długotrwałe stany „utajonej białaczki ostrej”, których najbardziej stałymi cechami są: niedomaganie ogólne, niedokrewność i podgorączkowe, wzgl. lekkie wahania gorączkowe t^0 ciała; cechy te, jako mało znamienne dla jednego schorzenia, nie dają poważnej podstawy do rozpoznania; znaczenie różniczkowe posiada dołączający się do nich w niektórych przypadkach objaw: krwawienie z dziąseł, wzgl. z innych miejsc.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. W.

(Kierownik Prof. Dr. M. Michałowicz)

Przypadek śpiączki cukrzyczej u dwuletniego dziecka.

Podali:

Dr. P. BAUMRITTER (Warszawa)
i Dr. St. BIELOBRADEK (Warszawa).

Leczenie śpiączki cukrzyczej wymaga dużego doświadczenia, dokładnej znajomości obrazu klinicznego oraz umiejętności stosowania insuliny i leczenia djetetycznego. Jedynie doświadczenie kliniczne pozwala pokonać trudności rozpoznawcze, które przedstawia odróżnienie śpiączki od zamroczenia hipoglikemicznego, a więc odróżnienie dwóch stanów chorobowych, w których postępowanie lecznicze jest biegunowo przeciwne. Śpiączka jest bezwzględnie wskazanym do stosowania insuliny, nadmierna zaś jej dawka powoduje wstrząs hipoglikemiczny.

Poniżej opisany przypadek jest bardzo pouczający ze względu na trudności dagnostyczne i terapeutyczne, jakie przedstawiał.

Obserwacja kliniczna trwała dwa i pół miesiąca. W opisie obszerniej uwzględniamy pierwszy okres obserwacji, obejmujący śpiączkę, dalszy zaś przebieg choroby podajemy możliwie krótko. Przy omawianiu poszczególnych djet nie podajemy me-

tod układania jadłospisu, odsyłając czytelnika do źródłowych prac o leczeniu cukrzycy dziecięcej*).

Przypadek nasz dotyczy dziecka, Stasia L, lat 2, mies. 10, przyjętego do kliniki dnia 2. X. 1929 r. Rodzice zdrowi, w rodzinie nikt na cukrzycę nie chorował. Chorych gruźliczych w otoczeniu niema.

Urodzony na czas. Poród prawidłowy. Karmiony piersią do dwóch lat życia. Dokarmiany od dwunastego miesiąca życia. Ząbkować zaczął w siódmym miesiącu. Chodzić zaczął od roku. Chował się naogół dobrze, nie chorował. Przed miesiącem przebył chorobę gorączkową (grypa?), w której przebiegu zauważono u dziecka zwiększone pragnienie oraz częstsze i obfitsze oddawanie moczu. Łaknienie wzmożone. Rozbiór moczu, dokonany w przeddzień przybycia do kliniki, wykazał 8,4% cukru oraz obecność acetonu.

Dziecko przybyło do kliniki 2. X. 1929 r. o godz. 17-ej. W chwili przybycia stan ogólny niezły, dziecko przytomne, nieco sennie. Na podwieczorek i kolację dziecko otrzymało mleko oraz twaróg. Przed przybyciem do kliniki dziecko zjadło sporą porcję kaszy na mleku i jedno jajo. O godzinie 20-ej pielęgniarka zauważyła przyspieszenie i pogłębienie oddechu nieznacznego stopnia (około 30 na minutę), tętno miarowe, przyspieszone (130 na minutę), Gałki oczne o napięciu zwykłym, źrenice reagują na światło.

*) P. Baumritter. Odrębności kliniczne i terapeutyczne cukrzycy wieku dziecięcego. Polskie Monografie z Dziedziny Pedjatrii Zeszyt III.

K. Priesel i K. Wagner. Ergebn. der inn. M. u. Kinderheilk. T. 30. 1926.

3. X. o godzinie 4-ej wystąpiły objawy śpiączki. Dziecko nieprzytomne, oddech głęboki, przyspieszony, do 42 na minutę, tętno częste, drobne, źrenice rozszerzone, leniwie reagują na światło, gałki oczne o wyraźnie zmniejszonym napięciu, szczykościsk.

Zastrzyknięto 25 jednostek insuliny, oraz 50 cm.³ 10% roztworu glukozy, poczem nastąpiła poprawa stanu ogólnego. Oddech stał się mniej głęboki, wolniejszy, tętno pełniejsze. W ciągu 1/2 godziny dziecko wypilo około 1/2 litra herbaty z 50 gr. cukru. Po godzinie ponowne pogorszenie się stanu dziecka. Zupełna utrata przytomności. Na bodźce zewnętrzne nie reaguje. Powłoki blade, skóra sucha. Przy pobieżnym badaniu w narządach wewnętrznych zmian nie stwierdza się, poza powiększoną wątrobą (5 cm. poniżej łuku żebrowego). Przez cały czas dziecko otrzymuje zastrzykiwania insuliny i 10% roztworu glukozy. Insulinę wstrzykiwano mniej więcej co dwie godziny. Ogółem wstrzyknięto w ciągu doby 170 jednostek insuliny. Glukozy zastrzyknięto około 300 cm.³. Dziecko stale znajduje się w stanie śpiączki z krótkimi przerwami, w czasie których podawano dziecku osłodzoną herbatę. Ze środków nasercowych zastosowano wstrzykiwania strychniny i kamfory.

Pod wieczór dziecko nawpół przytomne, sennie. Oddech miarowy, głęboki, 35 na minutę. Tętno 130 na minutę, miernie wypełnione. Ciepłota 38° *in recto*.

4. X. ciepłota 38°. Tętno 128, miarowe. Ogólny stan dziecka lepszy. Oddech mniej głęboki. W moczu stwierdzono 3,2% cukru, aceton nadal w dużej ilości. Dobowej ilości moczu ustalić nie można, gdyż dziecko oddaje mocz pod siebie. Dziecko przytomne, bardzo sennie, znęcone. W ciągu doby zastrzyknięto 150 jednostek insuliny. Dziecko wypilo w ciągu doby około 1 i pół litra dobrze osłodzonej herbaty oraz lemoniady ze sodą.

5. X. ciepłota 38°. Stan dziecka bardzo ciężki — ponownie zapada w śpiączkę. Oddechy bardzo głębokie, nierówne, z przerwami, wyraźny zapach acetonu. Tętno bardzo przyspieszone, drobne. W moczu stwierdzono 3% cukru i aceton nadal w dużej ilości. Od godziny 9-ej do 11-ej wstrzyknięto 120 jednostek insuliny i 100 cm.³ 10% glukozy. Dziecko powoli wraca do przytomności. Poznaje matkę. Chętnie pije. Do godziny 21-ej zastrzyknięto w ciągu doby 220 jednostek insuliny. Badanie moczu, który chory oddał wieczorem, nie wykazało obecności cukru i acetonu. Ze względu na znaczne osłabienie chory otrzymuje co 3 godziny zastrzykiwania kamfory lub kardiazolu. W nocy spał spokojnie. Djeta owsiankowa: 60 gr. płatków owsianych, 50 gr. masła — 612 kaloryj.

6. X. ciepłota 38°. Przytomny, interesuje się otoczeniem. Przez cały czas pije dobrze osłodzoną herbatę, lemoniadę ze sodą oraz rosół. Ze względu na ciężkość śpiączki i obawę przed nawrotem zalecono zastrzykiwania insuliny w stosunkowo małych dawkach. Rano zastrzyknięto 10 jednostek insuliny, które chory zniósł dobrze. W godzinach popołudniowych zastrzyknięto ponownie 10 jednostek insuliny. Stan dziecka nadal dobry. Badanie moczu nie wykazało obecności cukru. Badania krwi na zawartość cukru ze względów technicznych nie udało się wykonać.

W 3 godziny po powtórnej zastrzyknięciu insuliny stan dziecka pogorszył się, i lekarz dyżurny, sądząc, że ma do czynienia ponownie ze śpiączką, zaleca wstrzyknąć 10 jednostek insuliny (ogółem od rana zastrzyknięto 30 jednostek). Stan dziecka pogorszył się bardziej, zjawiał się niepokój, niemiary oddech, któremu towarzyszył jęk dziecka, tętno częste, słabo wypełnione i niemiary, wyraźne drżenie rączek. Stan powyższy ujęliśmy, jako napad hipoglikemji poinsulinowej i z tego względu ponawianie zastrzykiwań uznaliśmy za szkodliwe. W celu przeciwdziałania wpływowi

insuliny zastrzyknęliśmy 1 cm.³ adrenaliny (0,001) oraz 100 cm.³ 10% glukozy. Po 20-tu minutach wraca przytomność, oddech staje się spokojniejszy, tętno zaś miarowe.

Djeta 6. X. przedstawiała się następująco: 60 gr. płatków owsianych, 50 gr. masła oraz 300 gr. jabłek. Ze względu na wystąpienie napadu hipoglikemji dziecko otrzymało 80 gr. cukru.

7. X. Dziecko bardzo osłabione, przytomne, lecz sennie.

W moczu cukru i acetonu nie stwierdzono. Badanie krwi wykazało normalną zawartość cukru: 0,11%. Djeta, jak dnia poprzedniego. Insuliny nie wstrzykiwano.

8. X. — ciepłota normalna. Samopoczucie znacznie lepsze. Przytomność zupełna, sennie. W moczu: cukier — aceton. Ilości dobowej nie udaje się zebrać — dziecko oddaje często mocz pod siebie. Djeta: 80 gr. płatków owsianych, 60 gr. masła, 300 gr. jabłek.

9. X. w moczu acetonu i cukru niema. Wystąpiły obrzęki na twarzy i kończynach dolnych. Tętno miarowe, dość dobrze wypełnione. W sercu objawów chorobowych nie stwierdza się. Chory otrzymuje 2 razy dziennie zastrzyknięcie strychniny (0,25 mgr.) oraz koraminę 3 razy dziennie po 5 kropeł. Odczyn Pirqueta, — odczyn Wassermann'a w surowicy krwi ujemny.

10. X. Uwzględniając poprawę stanu ogólnego i konieczność przejścia na dietę mieszaną, podajemy dziecku dietę próbną. Waga 13.200 — waga należna 14.450. Wysokość ciemieniowa — siedzeniowa wynosi 56 cm. Djeta próbna 0,3. Si² niemów, co odpowiada około 615 kalorjom, składała się z 15 gr. białka, 60 gr. węglowodanów i 35 gr. tłuszczu, a jakościowo przedstawiała się, w przybliżeniu, następująco:

płatków owsianych	— 50 gr.
kalafioru	— 100 „
szpinaku	— 100 „
jabłek	— 200 „
masła	— 35 „

11. X. Djeta bez zmiany. Obrzęki na stopach i twarzy utrzymują się. W moczu cukru i acetonu nie stwierdza się.

12. X. Stan dziecka dobry. Ciepłota normalna. Diureza wynosi 800 — 1000 cm.³ moczu na dobę. Acetonu i cukru niema. Urozmaicamy dietę, nie przekraczając 0,3 Si². niemów. Skład diety:

10% śmietanki	— 30 gr.
kalafioru	— 200 „
kapusty	— 100 „
płatków owsian.	— 20 „
jabłek	— 300 „
masła	— 30 „

14. X. Stan ogólny dobry. Obrzęki zmniejszają się, waga — 12.900.

15. X. Przechodzimy na dietę przejściową 0,4. Si² niemów — 815 kaloryj. Djeta ta przedstawiała się następująco:

10% śmietanki	— 30 gr.
kalafioru	— 200 „
kapusty	— 200 „
płatków owsian.	— 20 „
twarogu	— 30 „
jabłek	— 300 „
masła	— 50 „

Po przeliczeniu na zawartość białka, tłuszczu i węglowodanów, dieta powyższa zawiera:

białka	— 20 gr.
węglowodanów	— 60 „
tłuszczu	— 55 „

18. X. W czasie stosowania diety przejściowej 0,4. Si² niemów nie stwierdzono cukru i acetonu w moczu. Diureza 800 — 1200 cm.³ moczu na dobę. Obrzęki znikły, waga: 12,200

19. X. Powiększamy skład diety przejściowej do 0,5. Si² nemów — 915 kaloryj. Skład diety:

śmietanki	— 50 gr.
kalafioru	— 200 „
kapusty	— 200 „
płatków owsian.	— 20 „
jablek	— 300 „
masła	— 55 „
twarogu	— 30 „
tranu	— 10 „
soku cytrynowego	— 30 „

Dieta powyższa zawiera:

białka	— 23 gr.
węglowodanów	— 60 „
tluszczu	— 65 „

20. X. W moczu cukru i acetonu niema.

21. X. Samopoczucie dziecka dobre, waga 11,600. Na lewym pośladku naciek po zastrzyknięciu.

22. X. W moczu stwierdzono 1% cukru oraz ślad acetonu, dobową ilość cukru 5,0 gr. Naciek zwiększył się.

23. X. Zawartość cukru w moczu 0,8%, aceton obecny. Dobowa ilość cukru 6,4 gr. Zalecamy zastrzykiwania insuliny 2 razy dziennie po 2 jednostki. W okolicy pośladka powstał ropień.

24. X. Przecięto ropień. Ogólny stan dziecka dobry. W moczu 0,7% cukru, aceton obecny. Insuliny 5 jednostek na dobę. Waga dziecka 11,450.

26. X. Ciepłota normalna. Rana po przecięciu ropnia goi się dobrze. W moczu nie stwierdza się cukru, ani acetonu.

28. X. Stan ogólny bez zmiany. Waga dziecka 11,450.

29. X. Ze względu na stały ubytek wagi przechodzimy na dietę 0,6 Si² nemów = 1223 kaloryj. Skład diety:

śmietanki	— 75 gr.
kalafioru	— 200 „
kapusty	— 200 „
płatków owsianych	— 20 „
jablek	— 300 „
twarogu	— 50 „
masła	— 90 „
tranu	— 10 „
żółtko	— jedno

Dieta powyższa zawiera:

białka	— 30 gr.
węglowodanów	— 60 „
tluszczu	— 95 „

Zwiększamy ilość insuliny do 9 jednostek na dobę, a jednocześnie rozpoczynamy wstrzykiwać ją trzykrotnie. Waga dziecka 11,500.

30. X. — 11. XI. Dziecko czuje się dobrze. Przez pierwsze trzy dni stosowania diety 0,6. Si² nemów w moczu cukier 0,4 — 0,5% oraz ślad acetonu. Waga dziecka nie wykazuje dostatecznego przyrostu. Od 2. XI. w moczu cukru i acetonu nie stwierdza się. Zmniejszamy ilość insuliny do 6 jednostek na dobę.

12. XI. Waga 11,900. Decydujemy się zastosować dietę tuczącą 0,7. Si² nemów.:

śmietanki	— 100 gr.
kalafioru	— 300 „
jablek	— 300 „
twarogu	— 50 „
żółtka	— dwa
masła	— 100 gr.
chleba	— 25 „
tranu	— 10 „

18. XI. Dobry przyrost wagi. W ciągu 6 dni przyrost

wagi 600 gr. Samopoczucie bardzo dobre. W moczu cukru i acetonu nie stwierdzamy.

19. XI. — 25. XI. Dziecko zachorowało na wietrzną ospę. Ciepłota w ciągu trzech dni około 39°. Przechodzimy na dietę węglowodanową Falty: 30 gr. bulki, 30 gr. chleba, 12 gr. kaszy, 12 gr. ryżu, 40 gr. kartofli, 200 gr. kalafioru, 300 gr. jabłek, 55 gr. masła. Wartość odżywcza powyższej diety wynosi 0,5. Si² nemów. Dietę węglowodanową zastosowaliśmy z powodu zjawienia się acetonu w moczu. Na dziecie Falty aceton znikł, zjawiał się natomiast cukromocz. Insulinę zastrzykujemy w ilości 9 jednostek na dobę.

25. XI. Stan bezgorączkowy. Cukromocz dość znaczny; około 3% cukru. Na dobę wydzielił 16 gr. cukru. Acetonu niema.

27. XI. Cukromocz nieznaczny. Acetonu niema.

29. XI. Z powodu spadku wagi przechodzimy z diety Falty na dietę mieszaną, której wartość odżywcza równa się 0,6. Si² nemów.

31. XI. Dalszy spadek wagi. Przechodzimy na dietę tuczącą 0,7 Si² nemów. Insulina nadal w ilości 9 jednostek na dobę. Waga dziecka: 12,300.

4. XII Stan ogólny dobry. Do diety wprowadzamy mięso. Cukromocz znacznie się zwiększa. Aceton obecny. Waga dziecka 12,750.

7. XII. Dobowa ilość wydzielonego z moczem cukru — 32 gr. Aceton obecny. Zwiększamy ilość insuliny do 12 jednostek na dobę. Waga dziecka 13,000. Stan ogólny dziecka bardzo dobry.

10. XII. Dietę tuczącą stosowaliśmy przez 10 dni. Wracamy do diety stałej 0,6 Si² nemów. Nadal zastrzykujemy insuliną w ilości 12 jednostek dziennie.

16. XII. Waga 13,300. Cukromocz ustąpił. Acetonu nie stwierdza się. Ogólny stan dziecka bardzo dobry. Przyrost wagi od chwili przybycia 1 kg. 200 gr. Dziecko zostało wypisane z zaleceniem diety stałej, której wartość odpowiada 0,6 Si² nemom, składającej się:

z śmietanki	— 50 gr.
kalafioru	— 200 „
jablek	— 150 „
twarogu	— 35 „
chleba	— 50 „
mięsa	— 30 „
jajo	— jedno
kaszy inanny	— 20 gr.
masła	— 100 „

Rozdzielona na poszczególne posiłki dieta powyższa przedstawiała się w sposób następujący:

- I. herbata ze śmietanką (25 gr)
25 gr. chleba z masłem.
- II. Twarożku 35 gr.
10 gr. chleba z masłem.
- III. Rosół z mianą kaszą 20 gr.
mięso gotowane 30 gr.
- IV. Jedno jajko, herbata ze śmietanką (25 gr.)
surowe jabłko 50 gr.
- V. kalafioru 200 gr., 15 gr. chleba z masłem,
kompot ze 100 gr. jablek.

Zalecono zastrzykiwania insuliny dwa razy dziennie po 6 jednostek.

Przypadek powyższy jest niezmiernie pouczający ze względu na jego ciężkość, a jednocześnie szybką poprawę, osiągniętą dzięki metodycznemu stosowaniu leczenia dietetycznego oraz insuliny. Jedynie dzięki zastosowaniu insuliny udało się skutecznie zwalczyć śpiączkę i poprawić tolerancję przez podawanie diety węglowodanowej (dni kleikowe).

Podkreślić należy błąd dietetyczny, który polegał na podawaniu dziecku w chwili przybycia do kliniki twarogu i mleka. Słuszniej byłoby zalecić dania węglowodanowe (np. klej owsiany), licząc się z dużym cukromoczem i obecnością acetonu. W ten sposób, stosując od pierwszej chwili insulinę, udałooby się, być może, uniknąć śpiączki. Podnieść również należy skuteczność dużych, jak na wiek dziecka, dawek insuliny (550 jednostek w ciągu trzech dni trwania śpiączki). Jedynie duże dawki insuliny pozwalają osiągnąć właściwy efekt leczniczy. Częstość i wielkość poszczególnych dawek uzależniamy od wyniku badań na obecność cukru w moczu i we krwi.

Napad hipoglikemii poinsulinowej wywołany został zbyt wielkimi dawkami insuliny po zniknięciu cukromoczu. Objawem, ułatwiającym nam różniczkowanie z śpiączką, było wyraźne drżenie rącek oraz niemiarkowa tętna. Na uwagę zasługuje bardzo szybka poprawa po zastrzyknięciu domięśniowym adrenaliny i 10% glukozy.

Wystąpienie znacznych obrzęków na twarzy i na kończynach przypisujemy głównie nawadniającemu działaniu insuliny, pewną rolę odegrała również dieta wyłączenie węglowodanowa przez szereg dni oraz podawanie sody.

Poprawę stanu ogólnego, przyrost wagi, odkwaczenie i odkwaszenie, brak dłuższego pogorszenia tolerancji wskutek przebytej choroby zakaź-

nej przypisujemy jedynie systematycznemu prowadzeniu dziecka według przyjętej metody.

Przypadek nasz potwierdza, że przyjęta, jako dieta stała, wartość odżywcza diety 0,6 Si² nemów wystarcza do osiągnięcia normalnego rozwoju. Ilość białka, zawarta w tej diecie, nie przekraczając 10^{0,0} ogólnego pokrycia kaloryjnego, wynosi 30 gr. na dobę, około 2,5 gr. na 1 klgr. wagi (łącznie z białkiem jarzyn) i zapewnia prawidłowy przyrost wagi i wzrost dziecka. Ilość węglowodanów powyższej diety równa ekwiwalentowi 100 gr. bulki dla dziecka młodszego jest dostateczna dla zapobiegania acetonemii. W naszym przypadku, uwzględniając wagę dziecka 12 klgr. pokrycie węglowodanowe 60 gr. na dobę wynosi 5 gr. na 1 klgr. wagi. Biorąc pod uwagę, iż dziecko otrzymuje od 8–9 gr. na 1 klgr. wagi, dieta stała w naszym przypadku może być stosowana przez czas dłuższy bez konieczności okresowego powiększenia zawartości węglowodanów.

Dieta stała, zalecona przez nas, oparta na metodzie, którą zaproponowali Priesel i Wagner, jakkolwiek zawiera dużo tłuszczu, bo około 7 gr. na 1 klgr. wagi, nie może być traktowana jako dieta przeważnie tłuszczowa w sensie diety Petrena, ze względu na zawartość dostatecznej ilości białka i węglowodanów.

Dzięki temu zbliża się ona do diety mieszanej, którą, jako najbardziej „fizjologiczną”, zalecają Heiman—Trosien i Hirsch—Kauffmann.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z przychodni dla chorób żołądka, kiszek i wątroby.

O wartości rozpoznawczej badania treści żołądkowej.

Podał B. GOLDSTEIN. (Warszawa).
(Ciąg dalszy p. Nr. 28).

Badanie chemizmu żołądka rozwijało się w dwóch kierunkach: jedni badacze starali się określać chemizm po wprowadzeniu do żołądka pokarmów czy napojów, miernie oddziałujących na wydzielanie, chcąc zbadać mniej więcej przeciętną siłę wydzielniczą żołądka w warunkach możliwie fizjologicznych. Stosowali więc napoje czy pokarmy możliwie zbliżone do spożywanych w życiu codziennym.

Inni badacze dążyli do określenia maksymalnej czynności wydzielniczej narządu.

Wadą pierwszego kierunku jest to, że badanie trawienia stosunkowo prostego posiłku nie mogło nigdy odzwierciedlić stosunków, jakie zachodzą podczas trawienia złożonych pokarmów. Chodzi o to, że żołądek rozmaicie reaguje w przypadkach dużego i małego posiłku, przeprowadzenie zaś badań nad szeregiem jedzeń próbnych, mniej lub więcej obfitych — daje się przeprowadzić li tylko w klinice, przy stosowaniu wielokrotnym zgłębnika grubego, bardzo niepopularnego

wśród pacjentów. Wreszcie rozmaite składniki pokarmu złożonego w rozmaity sposób wiążą soki trawienne, tak, że np. dokładne obliczanie ilości kwasu solnego może natrafić na trudności.

Sposób drugi — badanie maksymalnego wydzielania daje tylko jednostronny obraz — nadaje się natomiast lepiej do t. zw. frakcjonowanego badania czynności wydzielniczej.

Oczywiście, że najlepiej byłoby zbadać zarówno jeden, jak i drugi mechanizm, tak fizjologiczny, jak i maksymalny.

Wadą atoli obydwu sposobów jest to, że treść potrzebna do zbadania musi być wydobyta za pomocą zgłębnika. Jest to procedura dla pacjenta naogół dość nieprzyjemna, czasem bardzo męcząca, a niekiedy nawet niebezpieczna. Istnieje nawet cały szereg stanów chorobowych, kiedy zgłębnikowanie jest wprost przeciwwskazane. Do takich należą stany wyniszczenia, choroby serca i aorty, nowotwory i świeże wrzody żołądka.

To też od szeregu lat czyniono wysiłki, by zastąpić zgłębnikowanie inną jakąś metodą. Metody te sprowadzały się do podawania pacjentowi perełki, zawierającej jakiś lek, który po strawieniu otoczki żelatynowej wydzielal się w moczu lub dawał odbijanie (eter). Wyniki jednak były zawsze niepewne, żadna z tych metod dotychczas nie znalazła szerszego zastosowania,

Proces zgłębnikowania, pomijając względy natury wyżej wyłuszczonej, oddziaływa także czysto mechanicznie, a mianowicie — u osób szczególnie wrażliwych wprowadzenie zgłębnika, drażniąc tylną ścianę gardzieli, może wywołać wymioty, nawet jeżeli robione jest bardzo prędko i zręcznie.

Można to stwierdzić bardzo łatwo, obserwując wydobywającą się treść, która w tych razach wylewa się nie przez zgłębnik, lecz obok niego; albo też treść może trysnąć mocnym strumieniem, zanim jeszcze zgłębnik dojdzie do żołądka. Dzieje się to szczególnie w stanach, połączonych z nadwrażliwością układu parasympatycznego.

W innych przypadkach — wprost przeciwnie; treść nie chce się wydostać, i trzeba się wówczas uciec do szeregu manipulacji, z których najbardziej przyjęło się stosowanie pompki aspirującej przesuwanej bowiem zgłębnika tam i z powrotem jest procedurą bardzo brutalną. Inni, szczególnie szkoła francuska stara się ułatwić wydobywanie treści przez odpowiednie ułożenie pacjenta, tak, by treść sama się wylewała. Kładą więc chorego na brzuch, podkładając niekiedy jeszcze poduszkę pod brzuch. Przy wprowadzaniu zgłębnika głowa i górna część tułowia zostają uniesione, zaś po wprowadzeniu opuszczone.

Jeżeli chodzi o zgłębnik cienki, to manipulowanie jest istotnie mniej brutalne; połykanie natomiast nastęrcza u osób nerwowych ogromne trudności o tyle, że w tym przypadku niezbędne jest współdziałanie chorego przy połykaniu zgłębnika.

Przytem często występuje dławienie się i nudności.

Jednocześnie z nudnościami następuje wydzielanie soków trawiennych, otwarcie odźwiernika i powrót treści dwunastniczej do żołądka i wreszcie wymioty. Treść żołądkowa tedy dość często podbarwiona jest żółcią.

Pozostawianie zgłębnika przez dłuższy czas w żołądku działa jako bodziec mechaniczny przez samą swą obecność na wydzielanie i gmatwa stolunki jeszcze bardziej.

Przy stosowaniu cienkiego zgłębnika wypadnie więc niejednokrotnie znieczulić gardziel kokainą.

Dalej przy odczytywaniu wyników należy uwzględnić wszystkie momenty kolidujące.

Pomimo wszystkie te zastrzeżenia badanie treści żołądkowej daje nam cały szereg cennych danych.

Jeżeli pominiemy sprawę czynności mechanicznej, która z lepszym powodzeniem da się zastąpić radioskopją; jeżeli dalej pominiemy sprawę czynności wydalniczej, która najlepiej da się określić li tylko przy badaniu frakcjonowaniem, względnie również radioskopowo, to badanie własności fizycznych i chemicznych treści wraz z sokami trawiennymi pozostaje dla nas cennym nabytkiem rozpoznawczym.

Przystępując do badania treści żołądkowej, zwracamy uwagę przede wszystkim na jej wygląd oraz zapach. Wygląd ten w zależności od użytego „śniadania próbnego” będzie zmienny. Stosując jednak stale jednakowe śniadanie możemy ocenić już z wyglądu siłę trawienną żołądka.

Już sam zapach pozwala niekiedy na wyciąganie odnośnych wniosków np. co do procesów

gnicia, względnie rozpadu w obrębie żołądka, zjełczały w obecności kwasów tłuszczowych (zaleganie) i t. p.

Badanie domieszek patologicznych jest bardzo ważne. Jeżeli chodzi o krew, to można ją stwierdzić makroskopowo lub też mikroskopowo oraz chemicznie. O ile krew się znajduje w dużej ilości, świadczy to o uszkodzeniu jakiegoś naczynia, w drugim przypadku — o naruszeniu ciągłości tkanek, bez uwzględnienia jednakże przyczyny krwawienia. Trzeba bowiem liczyć się z okolicznością, że samo zgłębnikowanie, zwłaszcza przy pomocy grubego zgłębnika jest zabiegiem brutalnym i może spowodować drobne wybroczyny (dość często), a nawet znaczne krwawienie (rzadko). Zmniejsza to wartość rozpoznawczą krwi w treści żołądkowej o tyle, że jest ona zawsze pod znakiem zapytania co do naturalnego pochodzenia uszkodzenia.

R o p a — jako domieszka w większej ilości spotyka się jedynie w ciężkich schorzeniach, kiedy badanie treści żołądkowej zazwyczaj nie jest wykonywane. Natomiast mniejsze ilości leukocytów mogą cechować zmiany nieżytowe śluzówki, aczkolwiek znajdujemy je także fizjologicznie, szczeg. w treści żołądka czczego. Należy brać pod uwagę liczbę leukocytów widzianych. Ponieważ jednak domieszki ropy znaleźć możemy przeważnie tylko w treści czczej, to zbyt dużego znaczenia temu zjawisku przypisywać nie należy. Do leukocytów należy zaliczyć także t. zw. ciała Jaworskiego, które są mniej lub więcej zmienionymi pod wpływem procesów trawienia białymi ciałkami krwi.

Ś l u z znajduje się zawsze w treści żołądkowej w ilości mniejszej lub większej. Rozróżnić należy w treści wydobytej śluz pochodzenia żołądkowego od śluzu pochodzenia pozażołądkowego. Ten ostatni jest zwykle zbity w większe kłaczki i zawiera powietrze (o ile pochodzi z dróg oddechowych) i wobec tego pływa na wierzchu treści. Śluz żołądkowy natomiast jest zazwyczaj zmieszany z treścią.

Ilościowe określenie śluzu do dnia dzisiejszego nie zostało jeszcze w praktyczny sposób przeprowadzone. Zadawałamy się więc z konieczności przybliżoną oceną, np. na zasadzie ciągłości treści. T. zw. bardziej dokładne sposoby, np. Straussa, nie są zbyt dokładne, natomiast dość kłopotliwe, tak, że dla praktycznych celów ocena „na oko” wystarczy w zupełności. Najłatwiej skutecznie można to, przelewając treść z jednego naczynia do drugiego i obserwując przytem stopień ciągłości.

Treść silnie kwaśna zawiera często bardzo mało śluzu. Zatem widzimy małe ilości śluzu w stanach takich, jak *hypersecretio ventriculi*. Odwrotnie znajdujemy dużo śluzu w przypadkach, gdzie kwasota jest bardzo mała, a więc w nieżytach pierwotnych lub wtórnych. Olbrzymie ilości śluzu widuje się w schorzeniu nazywanem *myxorrhoea gastrica*.

Śluz, jak wspominaliśmy występuje w większych ilościach zazwyczaj przy zmniejszonej kwasocie, jednakże zdarza się w tych przypadkach że ilość wolnego kwasu solnego jest mała, zaś t. zw. kwasota ogólna dość duża. Powodowane to

bywa m. inn. obecnością dużych ilości śluzu, które wiążą wolny kwas solny. Zdarzają się niekiedy przypadki (dość rzadko), kiedy mamy sporo śluzu, mimo obecności znacznych ilości wolnego kwasu solnego.

Naogół więc można powiedzieć, że obecność dużej ilości śluzu przemawia za sprawą nieżytołą, niezależnie od jej natury.

Żółć spotyka się w treści żołądkowej niezbyt rzadko, nadając tej ostatniej barwę żółtawą lub zielonkawą. Barwa zielona powstaje wskutek przemiany bilirubiny w biliwerdynę (na skutek działania kwasu solnego).

Obecność żółci daje się wytłumaczyć w sposób trojaki: albo dostaje się ona do żołądka przez niedomknięty odźwiernik, albo przy ruchach wstecznych (antypertystycznych) z dwunastnicy, albo też z przetoki żółciowej.

Obecność żółci jest stosunkowo częstsza przy stosowaniu zgłębnika cienkiego ze względu na dłuższe pozostawianie jego w żołądku i mechaniczne drażnienie (ruchy wsteczne).

Zabarwienie treści wogóle zależy od rodzaju spożytego pokarmu — i na zasadzie tego żadnych wniosków rozpoznawczych wysnuwać nie można.

Jeżeli teraz przejdziemy do omawiania samego soku żołądkowego, to przedstawia on się dość niejednolicie. Mianowicie: najistotniejszy składnik soku żołądkowego kwas solny, znajduje się w nim w bardzo zmiennych ilościach, które szczególnie duże odchylenie wykazują w stanach patologicznych.

Kwas solny występuje w soku żołądkowym w dwóch postaciach — jako kwas solny wolny i związany.

Ilość kwasu solnego określa się zwykle w ten sposób, że oznacza się ilość potrzebnych do zobojętnienia ługu sodowego $\frac{1}{10}$ normalnego, w stosunku na 100 cm.³ soku żołądkowego. Sposób ten został przyjęty dlatego, że zazwyczaj oznaczamy ilość kwasu solnego zapomocą miareczkowania wyżej wspomnianym ługiem sodowym, po dodaniu odpowiednich indykatorów.

Wolny kwas solny najprościej można wykazać za pomocą papierka Kongo; który pod wpływem HCl zmienia swą barwę czerwoną na niebieską, ilościowo zaś miareczkując pewną ilość treści (20 cm.³) za pomocą $\frac{1}{10}$ norm. ługu sodo-

wego i badając kropelkę, czy treść jest jeszcze kwaśna wobec papierka Kongo.

Drugi sposób polega na użyciu jako indykatora t. zw. odczynnika Töpferra, który to odczynnik kwaśną treść barwi na czerwono, zaś przy stopniowym zobojętnianiu zmienia swój kolor na żółty. Ilość wolnego kwasu odpowiada przejściu koloru czerwonego w łososiowy, reszta idzie na karb związanego kwasu. Za ilość związanego kwasu bierze się połowę różnicy pomiędzy punktem łososiowym, a kanarkowo żółtym, jednakże to określanie jest znacznie mniej ścisłe.

Sposobów określania ilościowego kwasu solnego jest bardzo dużo; wymieniliśmy powyższe dwa jako najprostsze i najbardziej rozpowszechnione.

W praktyce zwykle nie określamy ilości kw, solnego związanego lecz t. zw. ogólną kwasotę, która, w przyp. niezawierania kwasów mlecznego lub tłuszczowych lotnych (fermentacyjnych), składa się głównie ze związanego HCl. Inaczej ma się rzecz w przypadkach, kiedy te kwasy, t. zw. fermentacyjne, istnieją.

Zwykle jednak w takich razach ilości wolnego kwasu solnego są bardzo małe lub istnieje nawet zupełny jego brak.

To też w przypadkach, kiedy ilość HCl wolnego jest mała, zaś ogólna kwasota duża — należą specjalnie szukać kwasów fermentacyjnych. Inny przyczyną istnienia takiego nieustosunkowania, jak już wspominaliśmy, może być duża domieszka śluzu, względnie żółci.

Dane ilościowe kwasu solnego nie są bezwzględne. Zależą one także od rodzaju „śniadania próbnego” spożytego, a więc bodźca, który podział na aparat wydzielniczy.

Ilości kwasu są duże po t. zw. pokarmach kwasopędnych (Säure locker). Dla śniadania próbnego, najczęściej używanego t. zw. Boas-Ewalda (50 gr. bułki i 300 cm.³ herbaty niesłodzonej), wynoszą one dla wolnego kwasu solnego 20—40. Oznacza to, że do zobojętnienia 10 cm.³ treści żołądkowej potrzeba 2 do 4 cm.³ $\frac{1}{10}$ normalnego ługu sodowego. Kwasota ogólna wynosi po takim śniadaniu 40—60. W przypadkach stosowania innych jedzeń próbnych dane odpowiednio się zmieniają. Co do warunków patologicznych wydzielania kwasu solnego, to powrócimy do nich jeszcze później. (Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Patologia kliniczna i doświadczalna.

P. GLEY. O zmianach histologicznych narządu płciowego samic pod wpływem hormonu ciała żółtego. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 11 — 1928).

W poprzedniej swej pracy autor wykazał, że hormon ciała żółtego hamuje prawidłowy cykl rui u szczurów. Samice będące pod wpływem codziennych wstrzykiwań tego hormonu nie wykazują pochwowych objawów rui. W obecnej swej pracy autor badał histologicznie narządy płciowe szczurów, u których przy pomocy wstrzykiwań luteokryniny powstrzymał ruję na przeciąg 12 dni.

Badanie jajników wykazało obecność jedynie pęcherzyków średniej i małej wielkości, pęcherzyków większych stwierdzanych stale u zwierząt normalnych w okresie oestrus lub dioestrus, nie znaleziono wcale. Otoczką pęcherzyków ulegała przemianie luteinowej; owocyty, znajdujące się w pęcherzykach, były znacznie zmienione. Ciała żółte znajdowały się w znacznej liczbie. Stwierdza się więc zwolnienie rozwoju pęcherzyków i ich luteinowe zwyrodnienie. Jest to objaw jaki się stwierdza podczas ciąży. Można więc przypuszczać, że hormon ciała żółtego hamuje ruję, powstrzymując rozwój pęcherzyków i przeciwdziałając w ten sposób wytwarzaniu follikuliny.

Macica różniła się znacznie od macicy zwierząt kontrolnych. Była ona znacznie zmniejszona (przeciętnie o połowę). Śluzówka była w stanie zaniku. Komórki nabłonkowe były mniejszej wysokości i nie wykazywały mitoz. Gruczoły zmniejszone i pokurczone. Obraz, przypominający stan macic samic kastrowanych.

Nabłonek pochwoy składał się jedynie z dwóch warstw, z których powierzchnia wykazywała przemianę śluzową, podobną do stwierdzonej u samic kastrowanych.

Badanie więc histologiczne narządu płciowego uzupełnia badanie rozmazów pochwoy. Samice, będące pod nieprzerwanym wpływem hormonu ciała żółtego, tracą ruję i ich narząd płciowy przechodzi w stan zaniku, jak po kastracji. Doświadczenia te powodują prawdziwą kastrację fizjologiczną.

Wiadomo, że ruja i rozwój narządu płciowego są wywołane przez follikulinę. Zmiany, stwierdzone w jajnikach, pozwalają na przypuszczenie, że hormon ciała żółtego powstrzymuje rozwój pęcherzyków Graafa i hamuje w ten sposób wytwarzanie follikuliny.

J. Typograf.

NÉCHAT OMER i RASSIM ALI. Przemiana nukleo-proteinów. (Arch. des mal. de l'app. Org. et des mal. de la nutr. Nr. 10, 1929).

Przy spalaniu się kwasu moczowego w obecności wody powstaje mocznik, kwas szczawiowy i dwutlenek węgla; tłumaczy to nam fakt, dlaczego u osób ze skazą moczową stwierdza się oksalurję. Przemiana ta zależy od zaczynu urikazy, znajdującej się w nerkach, mięśniach i szpiku kostnym.

Normalnie człowiek wydziela z moczem na dobę 0,7 gr. kwasu moczowego, przy mięsnej diecie ilość ta może dojść do 2 gr. Kwas moczowy utrzymuje się w stanie rozpuszczalnym w moczu dzięki obecności kwaśnego fosforanu sodu. U osobników z niedomogą wątroby, dną i niedomogą nerek kwas moczowy, nie ulegając rozkładowi lub wydalaniu, gromadzi się w tkankach. Wydalanie nadmiernych ilości kwasu moczowego bywa w chorobach zakaźnych i białaczce jako skutek zniszczenia komórkowego.

Ilość kwasu moczowego we krwi wynosi 0,05^{0/100}; występuje on tutaj w postaci wolnej lub swych soli, związane go organicznie kwasu moczowego oraz związków, z których powstaje kwas moczowy.

W przebiegu zapaleń nerkowych zatrzymanie kwasu moczowego zaczyna się wcześniej niż retencja mocznika, wartość jego we krwi dochodzi do 0,185^{0/100}. hiperurikemja trwa nawet przez pewien czas po wyzdrowieniu chorych. W trzech przypadkach marskości zanikowej wątroby stwierdzili autorzy 0,052^{0/100}, 0,050^{0/100} i 0,071^{0/100} kwasu moczowego we krwi. Z 23 dnawych u większości stwierdzono hipercholesterynemję, u 18 ilość kwasu moczowego we krwi była zwiększona, dochodząc do 0,220^{0/100}, w 2 przypadkach była normalna; u wielu dnawych stwierdzono hiperglikemję bez cukromoczu, zawartość mocznika we krwi była w wszystkich normalna. W wielu przypadkach chorób skórnych, zwłaszcza w wyprysku, stwierdzono zwiększenie się zawartości kwasu moczowego, cholesteryny i cukru we krwi, aczkolwiek cukromoczu nie było.

Istnieje bezwzględnie związek między przemianą purynową, cholesterynową i węglowodanową, tak, jak istnieje związek między dną, cukrzycą i otyłością. U dnawych hiperglikemja poniżej 150 mgr. % nie pociąga za sobą cukromoczu, gdyż widocznie próg nerkowy dla cukru przy hiperurikemji jest podwyższony.

Prócz dny i niedomogi nerkowej spotyka się hiperurikemję w chorobach z bardzo znacznym rozpadem białych ciałek krwi (białaczka, niedokrewność, guzy śledziony) i po naświetlaniu śledziony promieniami Roentgena. Ostre schorzenia z leukocytozą (gościec stawowy, zapalenie płuc, zapalenie wsierdza, rzeżączka) powodują przemijającą hiperurikemję.

Mamy więc cztery rodzaje hyperurikemji:

1) hiperurikemja z hiperazotemją wskutek niedomogi nerek;

2) hiperurikemja w związku z zaburzeniami czynności wątroby towarzyszy jej prawie zawsze hipercholesterynemja. Do tej kategorii należy hiperurikemja w dnę, cukrzycę, chorobach skórnych. Jeśli hiperurikemja idzie w parze z hiperglikemją obok tego stwierdza się prawie zawsze hipercholesterynemję;

3) hiperurikemja z hipercholesterynemją i hiperazotemją bywa w chorobach nerek z białkomoczem: hipercholesterynemja jest skutkiem białkomoczu, hiperurikemja — skutkiem hiperazotemji.

4) hiperurikemja bez hipercholesterynemji i hiperazotemji.

Henryk Landau.

A. von CZIKE. O tworzeniu się barwników żółtych *in vitro*. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 154, z. 3 i 4)

We krwi niekrzepnącej dzięki zmieszaniu jej z cytrynianem sodu lub hirudyną wytwarza się bilirubina. W powstawaniu bilirubiny *in vitro* nie biorą udziału białe ciała krwi. Zwiększanie się ilości bilirubiny we krwi, wstawionej do cieplarki na 24 godziny, nie polega na uwolnieniu bilirubiny, zaadsorbowanej przez ciała białkowe lub czerwone ciała krwi. Tworzenie się bilirubiny nie odbywa się 1) po dodaniu ciał hamujących działanie zaczynów, 2) w niskiej temperaturze, 3) po unieczynnieniu osocza. Prawdopodobnie więc tworzenie się bilirubiny *in vitro* jest procesem natury fermentacyjnej. Ten sposób powstawania bilirubiny jest możliwy też w ustroju, gdzie w krążącej krwi istnieją najlepsze warunki dla działania zaczynów. Zwiększona zawartość bilirubiny w krwotocznych wysiękach, większych wylewach krwawych i wydzielinach ran dowodziłaby tego.

Henryk Landau.

M. LEFFKOWITZ. O zachowaniu się naczyń w zakresie nerwu trzewiowego w zapaści. (Ther. der Gegenw. grudzień 1929).

W ciężkich zaburzeniach krążenia ze spadkiem ciśnienia krwi tętnica i żyły jamy brzusznej są silnie rozszerzone. W zapaści żyły są węższe, aniżeli odpowiednie tętnice. W tych przypadkach Kardiazol przez zwężenie naczyń i podniesienie ciśnienia krwi doprowadza nagromadzoną w brzuchu krew do jej normalnych torów, dzięki czemu zwiększa się ilość krążącej krwi i poprawia się stan ogólny chorego.

Henryk Landau.

K. E. GREINACHER. Przemijający cukromocz w zatruciu gazem świetlnym bez zwiększenia zawartości cukru we krwi. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 165, z. 3 i 4).

W przypadku zatrucia gazem świetlnym u czteroletniego dziecka zjawiał się w dniu zatrucia cukier w moczu w ilości 1 %, mocz zawierał również mierne ilości acetonu. Ilość cukru we krwi wynosiła 83 mgr. %. Następnego dnia objawy zatrucia ustąpiły, a jednocześnie znikły z moczu cukier i aceton. Przypuszczać należy, że cukromocz został tutaj wywołany ośrodkowo (drogą mózgową).

Henryk Landau.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

G. LITARCZEK, H. STUBERT, J. COSMULESCO, V. COMANESCO i S. LITARCZEK. Przypadek sinicy autotoksycznej wskutek methemoglobinemji wewnątrzkrążkowej. (Le Sang Nr. 2/1930).

Intensywna sinica chorego, opisywanego przez autorów, nie była zależna, jak zwykle, od schorzenia sercowego lub płucnego i wskutek tego zwiększenia się odtlenionej hemoglobiny ponad próg powstawania sinicy, lecz od obecności patologicznego barwnika wewnątrzkrążkowego, który przy badaniu spektroskopowym okazał się methemoglobina. Ilość tego barwnika stanowiła 25 proc. całego barwnika krwi.

Zmiany fizyczno-chemiczne, spowodowane obecnością tego patologicznego barwnika, były następujące:

1) zmniejszenie się pojemności całkowitej O_2 prawie o jedną czwartą ($15,62 \text{ cm}^3 O_2$ zamiast około 21) wskutek usunięcia się części barwnika, zmienionego w methemoglobinę, od pełnienia swych czynności;

2) zwiększanie się powinowactwa hemoglobiny do O_2 , a więc bardziej trwale związanie i mniejsze oddawanie tkankom;

3) mniejsza zależność powinowactwa hemoglobiny do O_2 od zmian w stężeniu jonów wodorowych;

4) zwiększanie się rezerwy alkalicznej i dobra zdolność buforowa. A więc methemoglobina powoduje alkalozę.

Te zmiany są odwrotne w stosunku do zmian, obserwowanych przez Barcrofta i jego współpracowników w przypadkach sinicy autotoksycznej, podobnych klinicznie do przypadku autorów, lecz spowodowanych przez sulfhemoglobinę.

Henryk Landau.

P. PAGNIEZ, L. ROUQUES i I. SOLOMON. Radjoterapia i fizjopatologia poliglobulji pochodzenia sercowo-płucnego. (Le Sang Nr. 2/1930).

Dobrze zastosowana radjoterapia może zmniejszyć pewne wtórne poliglobulje, podobnie jak poliglobulję pozornie pierwotną choroby Vaqueza. Jest to fakt, którego istnienia nie możnaby przypuszczać, wychodząc z teoretycznych przesłanek patogenetycznych poliglobulji; fakt ten powinien pobudzić do szukania nowych teorii dla wytłumaczenia wtórnych poliglobulji.

Byłoby ciekawem np. zbadać wpływ radjoterapii w tych postaciach niedomogi prawej komory z sinicą i poliglobulją, które, jak wiadomo z prac Laubry, Routier i Largeau, szybko prowadzą do śmierci.

Być może, wpływ lub bezskuteczność radjoterapii pozwoliła ustanowić pewien podział w dość pomieszanej dotąd grupie poliglobulji, niezależnych od prawdziwej erytemji. W jednej z poprzednich prac opisali autorzy przypadek, dotyczący trzydziestoletniej kobiety z poliglobulją nieznanego pochodzenia, której towarzyszyła sinica i nadciśnienie tętnicze; pod wpływem naświetłań rdzeniowych poliglobulja ustąpiła, a ciśnienie krwi obniżyło się. Jest to więc inny typ poliglobulji, również wrażliwej na działanie promieni X.

Radjoterapia stanowi więc nową i niespodziewaną pomoc w przynoszeniu ulgi w pewnych stanach sinicy, w których dotąd byliśmy zupełnie bezradni. Dlatego zasługuje ona w zupełności na uwagę.

Z drugiej strony badania autorów wykazują stałość normalnej liczby czerwonych ciałek krwi w stosunku do naświetlań. Wszystko odbywa się w ten sposób, jakgdyby promienie wywierały wpływ tylko na nadmierne wytwarzanie czerwonych ciałek. Jest to znakomity przykład, w jaki spo-

sób ustrój utrzymuje swe stałe liczby, a jednocześnie pośredni dowód nieszkodliwości radjoterapii, utrzymanej oczywiście w rozsądnych granicach, dających się pogodzić ze wskazaniami fizjologii.

Henryk Landau.

W. BENORS i A. GOUTTAS. Ciężka niedokrewność ciążowa, rozwijająca się pod postacią niedokrewności złośliwej metaplastycznej, wyleczona przez przedwczesny poród. (Le Sang Nr. 2/1930).

Chora w szóstym miesiącu ciąży przedstawia obraz niedokrewności (1500000 czerwonych ciałek krwi) o charakterze metaplastycznym (niedokrewność ciążowa noszą zwykły charakter ortoplastyczny).

Po paru dniach liczba czerwonych krążków spadła do 600000, tak, że żaden w położników nie odważał się na wykonanie zabiegu, mającego na celu przerwanie ciąży.

Wobec tego chora postanowiła wrócić do domu. Czterogodzinna jazda samochodem spowodowała przedwczesny poród, po którym chora czuła się zupełnie dobrze i tak szybko powróciła do sił, że w 20 dni później dała sobie radę z zapaleniem płuc i głębokim ropniem.

Henryk Landau.

Choroby dzieci.

Dr. BEUMER. W sprawie sztucznego odżywiania niemowląt. (D. m. W. Nr. 2—1930)

Właściwe odżywianie niemowląt sprzyja dobremu rozwojowi i zabezpiecza je przed chorobami. Zdaniem autora rozcieńczanie mleka odpowiednio do wieku niemowlęcia nie sprzyja lepszemu przyswajaniu. Sam autor od 1921 r. podaje zdrowym niemowlętom i wcześniakom pełne mleko z dodatkiem 2% mondaminy i 4—6% cukru i nie spostrzegając ujemnego działania. Przez ostatnie 6 lat autor podaje pełne mleko z dodatkiem 5—6 cm^3 kwasu mlekowego na litr i uważa tę mieszankę za najwłaściwszy pokarm dla najmłodszych niemowląt w przypadkach sztucznego karmienia. Niemowlęta były w ten sposób karmione przez pierwsze 4—5 miesięcy, następnie kwas mlekowy odstawiano. Pełne mleko z dodatkiem kwasu mlekowego daje również dobre wyniki w przypadkach zaburzeń w odżywianiu; przy skąpej ilości pokarmu matki, dokarmianie tą mieszanką zabezpiecza niemowlęta przed niedożywieniem. Stolce przy tem odżywianiu podobne są do stolców przy karmieniu piersią. Objawy krzywicy u dzieci nie rozwijały się. Również nie spostrzegano występowania zaburzeń w odżywianiu oraz objawów przekarmienia mlekiem.

Wanda Franzówna.

Leo LANGSTEIN. O losach niemowląt urodzonych z matek morfinistek. (Med. Kl. 14—1930).

Zażywanie dużych dawek morfiny przez ciążarną (w jednym przypadku do 25 cg. dziennie) nie wpływa na przebieg ciąży. U niemowląt natomiast wkrótce po urodzeniu występują objawy nerwowe w postaci drgawek i bardzo silnego niepokoju.

Niemowlęta takie bezwzględnie winny być umieszczone w klinice, gdyż tylko przy obserwacji klinicznej dają się zwalczyć ciężkie zaburzenia odżywiania, występujące u tych niemowląt.

Niedokarmianie mlekiem kobiecym przez czas dłuższy daje możliwość zwalczania dekomensacji. Po zwiększeniu ilości pokarmu następował spadek wagi i zapaść. Obawa przed dłuższą głodówką jest nieuzasadniona.

Dla zwalczania niepokoju są wskazane małe dawki makowca.

M. Segal.

M. PFAUNDLER. Czy krzywica jest awitaminozą? (Wien. Kl. Woch. Nr. 21—1930).

Aby odpowiedzieć twierdząco na pytania, czy krzywica jest awitaminozą, należy udowodnić, że 1) ciała, któremu dzisiaj słuszenie przypisuje się doniosłe znaczenie w zapobieganiu i leczeniu krzywicy, jest witaminą i 2) brak tej witaminy wyczerpuje w zupełności etiologię krzywicy lub przynajmniej stanowi punkt wyjścia dla niej.

Przeciwnikrzywicą witaminę identyfikuje się dzisiaj z czynną ergosteryną. Ale tę ostatnią znajduje się, klinicznie i praktycznie rzecz biorąc, wyłącznie w tranie pewnych ryb i żółtku pewnych jaj; w innych pokarmach występuje ona w znikomych ilościach, nie mających praktycznie znaczenia. Ale ani tran, ani żółtka jaj nie stanowią normalnego pożywienia ośesków, a mimo to większość ich na krzywicę nie cierpi. Zapasu tej witaminy w ustroju noworodka, otrzymanego podczas życia płodowego od matki, nie można uważać za czynnik zapobiegający krzywicy, gdyż wiele kobiet z najrozmaitszych przyczyn (warunki geograficzne, materialne, względy religijne, idjosynkrazja) nie spożywa ani tranu, ani jaj podczas ciąży, a mimo to dzieci ich nie chorują na krzywicę. Wprawdzie zwykłe pokarmy (mąki, oleje, tłuszcze, mięso, jarzyny) zawierają nieczynną ergosterynę — prowitaminę D, ale nikt dotąd nie czynił prób ze stosowaniem diety, nie zawierającej tej prowitaminy, ani prób takich nie można czynić, gdyż doprowadziłyby do śmierci głodowej. Pewnem jest, że prawdziwą krzywicę można wyleczyć szybko i pewnie, nie wprowadzając żadnych zmian w odżywianiu chorych. Fakty geograficzne, etnograficzne, meteorologiczne i socjologiczne dowodziłyby, że krzywica nie jest chorobą, spowodowaną brakiem czegoś w pożywieniu, ile raczej brakiem pewnych promieni — „anaktinozą”. Wobec wszystkiego powyższego czynnej ergosteryny nie można uważać w dzisiejszym stanie nauki za witaminę w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Ochronny czynnik przeciwnikrzywicy, obojętnie czy doprowadzony przez przewód pokarmowy, czy wytworzony w ustroju z zewnątrz doprowadzonych składników i zrobiony czynnym przez naświetlanie promieniami pozafajolkowymi lub w inny sposób, będąc w dostatecznej ilości, zapobiega niewątpliwie krzywicy i leczy ją. Lecz to ochronne działanie może zależeć od tego, że czynnik ten skutecznie zwalcza jakiś patologiczny proces, zależny od innego zewnętrznego lub wewnątrzustrojowego czynnika szkodliwego, który należałoby raczej uważać za prawdziwą i zasadniczą przyczynę krzywicy, aniżeli ujemny moment braku czynnika ochronnego.

W powstawaniu krzywicy odgrywa zapewne dużą rolę czynnik dziedziczny, i, być może, słuszne jest twierdzenie Freudenberga i György'ego, że chodzi tutaj o pewną ospałość w przemianie materji, która łącznie z hypofosfatemją stanowi patologię krzywicy, a której przeciwdziałają rozmaite czynniki przyspieszające przemianę materji, przedewszystkiem czynna ergosteryna. Za takim idjopatycznym pochodzeniem krzywicy przemawia jej występowanie wśród narodów kulturalnych u ośesków, rozwijających się pozatem bez zarzutu.

Fakt, że krzywicę odkrył Glisson przedewszystkiem u ośesków wyższych warstw społeczeństwa kraju (Anglja, XVII w.), który w tym czasie znajdował się w kwitnym stanie, przemawia przeciw pokarmowemu pochodzeniu krzywicy. Przeciw świetlnej teorii pochodzenia krzywicy przemawia brak zmian krzywicznych szkieletów z czasów przedhistorycznych, pochodzących zarówno z krajów północnych (Anglja, Niemcy, Ameryka Półn. i t.d.), jak i południowych (Egipt, Nubja i t.d.).

Należy zwrócić uwagę jeszcze na dwa czynniki, które mało w dotychczasowych pracach uwzględniano: występowanie krzywicy w coraz młodszym wieku i przewaga płci męskiej nad żeńską (stosunek 2:1). Czynniki te robią wielce, prawdopodobnem podłożę zwyczajniowo - konstytucyjne obok którego w poszczególnych przypadkach działają rozmaite czynniki szkodliwe (przedwczesny poród, poród urazowo-operacyjny, nieodpowiednie odżywianie), jednak te wszystkie zewnętrzne przyczyny nie powinny odwracać naszej uwagi od czynników wewnątrzustrojowych.

Henryk Landau,

Choroby oczu.

SAMOJLOFF. O działaniu nakłucia komory przedniej na oko ludzkie. (v. Graef. Arch. für Opht. T. 122. 1929).

Autor skorzystał z przypadku mięsaka naczyńki i wykonał przed wyjęciem oka nakłucie komory przedniej. Wyjęcie oka wykonał po jednej dobie. Przed usunięciem oka wykonał pomiary ciśnienia wewnątrzgałkowego. Ciśnienie było po 2-ch godzinach wzmożone, następnego dnia ciśnienie normalne. Na preparatach mikroskopowych widać duże przekrwienie wyrostków ciała rzęskowego i pęcherzyki Greefa w śródbłonku. Ponieważ przed usunięciem oko było zupełnie białe, należy myśleć, że 2 te objawy (przekrwienia ciała rzęskowego i naskrzyknięcie rzęskowe) nie zawsze idą w parze.

W. Arkin.

YRÓSZ. O mięsakach jagodówki. (Archiv f. Augenhilf. B. 100/101. 1929).

Mięsaki jagodówki należą do najzłośliwszych nowotworów. Fuchs podaje, że zaledwie w 60% przypadków nie spotykamy przerzutów i to u chorych, u których dokonane zostało usunięcie dotkniętej cierpieniem gałki. Toteż nie ulega wątpliwości, że nawet w razie wczesnej interwencji chirurgicznej przerzuty są częste. Hippel twierdzi, że rokowanie w przypadku późniejszego usunięcia gałki wcale nie jest gorsze od tych przypadków, w których zabieg wykonano wczesny, i uważa, że z zabiegiem nie należy się spieszyć tam, gdzie jedyne widzące oko zostało dotknięte schorzeniem.

Autor pomimo to jest słusznego zdania, że wczesne i pewne rozpoznanie ma duże znaczenie dla rokowania, że nie należy zaniechać żadnej z metod, pomocnej w pewnym ustaleniu rozpoznania. Dlatego też Yrószy już oddawna, bo od r. 1895 stosuje we wszystkich przypadkach podejrzanych — nakłucie skleralne, z następczem drobnowidzowem badaniem płynu podsiatkówkowego. Zapewne, że nie tracą przez to na wartości inne sposoby klinicznego rozpoznawania, jak metoda Schmid-Rimplera, wzniesienie prześwietlenie i t. p.

Ciekawe spostrzeżenia podaje G. na podstawie obfitego materiału gałek, wyluszczonego na klinice w Budapeszcie nie z powodu mięsaka.

Okazuje się, że na 4004 gałki — plon za okres 25 lat — w 25 przypadkach znaleziono mięsak tam, gdzie nowotworu wogóle się nie spodziewano. Rozpoznanie kliniczne w tych przypadkach brzmiało: *atrophia bulbi dolorosa*(1), *phtisis bulbi*(1), *iridocyclitis plastica*(1), *glaucoma inflammatorium absolutum*(16), *glaucoma secundarium absolutum*(6).

To też autor na podstawie powyższego zestawienia uważa, że gałki pod względem optycznym bezwartościowe i wywołujące bóle winny być bezwzględnie usuwane.

N. Essigmann.

VAN LINT. Kilka wskazań do tarsorafji: przewlekły wrzód rogówki, drążący wrzód rogówki, garbiak twardówki urazowy i rany drążące przedniego odcinka gałki ocznej. (Archives d'ophtalmologie, juillet 1929 r.).

Tarsorafję stosowano w neuroparalitycznem zapaleniu rogówki i zajęciem oku. Autor zaleca podobny zabieg w bardzo przewlekłych owrzodzeniach rogówki, kiedy żadne inne środki nie pomagały. We wrzodzie drążącym autor po tarsorafji miał kilka dość dobrych wyników. Przy tym zabiegu autor, nie odświeżając brzegów powiek, zaszywa powieki w częściach środkowych, pozostawiając wolnymi boki szpary powiekowej. Autor także osiągnął dobry wynik w garbiaku twardówki, powstałym po urazie oka, i garbiaku rąbka rogówki. Po tarsorafji z powodu dużej drążącej rany rogówki i skłery był osiągnięty wynik zdumiewający, gdyż rana zagoiła się zupełnie w ciągu kilku tygodni.

H i n d e s.

ALI BEY MURAV-CHAN. Przetrwiała błona żreniczna zrosnięta z rogówką i imitująca rzęsę w przedniej komorze. (Zeitschrift für Augenheilkunde, sierpień 1928).

Do kliniki ocznej w Baku zgłosiła się chora ze zmianami jagliczmi III stopnia. W przedniej komorze lew. oka zauważono ciało obce, które wielkością, kształtem i kolorem przypominało rzęsę. Przy bocznem oświetleniu ciało obce przedstawiało się jako niteczka o kolorze tęczy, nieco

szerszą podstawą przylegająca do tęczy, a wierzchołkiem do tylnej powierzchni rogówki.

W miejscu zetknięcia niteczki z rogówką ostatnia wykazuje nieznaczne zmętnienie. Poza to tęczy, środki załamujące i dno bez zmian. Brak też wszelkich śladów zmian zapalnych. Badanie mikroskopem rogówkowym i lampą szczelinową wykazało, że na granicy 2 beleczek warstwy ektodermalnej tęczy, odśrodkowo od krętu tętniczego mniejszego (*circulus arter. minor*) oddzielają się 2 niteczki. U podstawy niteczki ograniczają pierścieniowate światło i tuż nad powierzchnią tęczy łączą się razem. Niteczki przechodzą w tęczy, jakby były z nią organicznie związane. Lampą szczelinową widać dokoła zmętnienia rogówki jeszcze lekkie nachuchanie. Różniczkowo wchodzi w grę zrosty przednie. Brak pozostałości zapalnych, kolor tęczy i wreszcie nieznaczne zmętnienie rogówki wyłaczają w tym przypadku zrosty przednie. Szereg autorów tłumaczy sposób powstawania przetrwiałej błony żrenicznej wadą rozwojową. W 6 miesiącu ciąży następuje rozszczepienie mezodermy. Tworzy się wówczas przednia komora, dzieląca nowopowstałe twory po rozszczepieniu, a mianowicie, rogówkę i błonkę irido-papilarną, z której później rozwija się tęczy. Wskutek niepełnego rozszczepienia pozostają zrosty różnego kalibru.

H a m e r.

Wskazówki praktyczne.

Leczenie kily aorty i serca radzi A. Meyer rozpoczynać od środka łagodnego (wcierania rtęci lub zastrzykiwania domięśniowe przetworów bismutu), jednocześnie jod. Następnie stosuje się salwarsan, który po 4, a potem jeszcze po 12 tygodniach należy powtórzyć (M. m. W. 1930. Nr. 22)

—o—

Adonis vernalis, według spostrzeżeń W. v. Noordena, działa na tętno zwalniająco, zwłaszcza w *lżejszych zaburzeniach sercowych*, wywołuje zarazem ogólne działanie uspokajające. W postaci *Adonigeny* daje się jako najwyższą dawkę 3 razy dziennie po 15—30 kropel. Objawy uboczne, na które zwracać należy uwagę, stanowi osłabienie tętna i potliwość. (M. m. W. 1930. N. 13).

—o—

Koopmann chwali działanie *Doloresumptophiment* w *dnia, gościcu i rwie kulzowej*. Po jedno—, najwyżej dwurazowym użyciu ustępują bóle. Tłumaczy się to w ten sposób, że

zawarty w leku tym kwas fenyl-chinolin-karbonowy dwa razy prędzej się wchłania, niż z maści tej samej koncentracji. (D. m. W. 1930. N. 16)

—o—

Niskie ciśnienie *plynu mózgowo-rdzeniowego* i jego objawy (ból głowy po nakłuciu lędźwiowym) można według Stocka usunąć za pomocą zastrzyknięcia dożylnego wody destylowanej, wysokie ciśnienie, zaś — obok nakłucia lędźwiowego przy pomocy takich samych zastrzykiwań płynów hipertonicznych. (Schw. m. W. 1930. N. 16).

—o—

Lust zwraca uwagę, że i *mleczne zęby zepsute* mogą być źródłem zakażeń septycznych. W 2 przypadkach schorzenia gościcowego opornych na wszelkie leczenie, nastąpiło prawie błyskawiczne wyleczenie po wyjęciu chorych zębów mlecznych. (D. m. W. 1930. N. 25)

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Warszawskie koło polskiego lekarskiego towarzystwa radiologicznego.

Protokół XXXVIII posiedzenia naukowego z dn. 24 marca 1930r.

Prezes: N. Mesz. Sekretarz: M. Werkenhówna. Obecnych — 25.

Porządek dzienny:

1). Kochanowski J. *Trzy przypadki rzadkich schorzeń stawu łokciowego*. (Ukaże się w druku).

Dyskusja: Zawadowski uważa wypustki kostne na brzegach powierzchni stawowych za objaw przewlekłego zapalenia, rozwijającego się na tle wady rozwojowej stawu, jak to zresztą bardzo często zdarza się w innych stawach. Poza to zabiera głos Adelfang.

2). Adelfang H. a) *Złamanie i zwichnięcie kręgow*

szyjnych bez objawów rdzeniowych. Przypadek dotyczy 53-letniego chorego ze zwichnięciem 4-go kręgu szyjnego i jednocześnie zupełnem odłamaniem wyrostka kolczastego tegoż kręgu i nadłamaniem wyrostka kolczastego kręgu 5-go. Ciekawy w tym przypadku był zupełny brak zmian uciskowych rdzenia przy istnieniu zmian korzonkowych, co, przy tak znacznym przemieszczeniu kręgów, należy uważać za bardzo rzadkie. Przyczyną tego stanu jest jednoczesne złamanie łuków kręgowych, które właśnie we wszystkich przypadkach zwichnięcia bez złamania są główną i jedyną przyczyną ucisku. W danym przypadku złamanie okazało się zbawienne dla chorego i uczyniło to, co nieraz musi wykonać zabieg chirurgiczny (laminektomia i przecięcie łuków). Tego rodzaju operację ref. obserwował jeszcze przed wojną w Berlinie u Prof. Krauzego.

Przypadek ten ref. demonstruje dlatego, że jedynie badanie rentgenologiczne mogło wyrazić patogenezę i niektóre

clemne dla kliniki objawy (brak zmian uciskowych ze strony rdzenia).

b). *Przypadek rzadkich zmian w kręgach szyjnych.* Przypadek dotyczy 40-letniego mężczyzny, u którego badanie rentgenologiczne stwierdziło okrągłe, ostro ograniczone rozjaśnienie w trzonie kręgu szyjnego 3-go i takież rozjaśnienie, o konturach nieprawidłowych w trzonie kręgu 2-go. Wszelkie choroby infekcyjne, które mogłyby ewent. być uważane za przyczynę schorzenia, nie zostały stwierdzone w wywiadach. Całą sprawę należało więc różniczkować między niezmiernie rzadkim w tem miejscu chrząstniakiem a wrodzonym ubytkiem kostnym (niedorozwojem) trzonów kręgowych. Rozpoznanie nie mogło być ustalone.

Dyskusja.

Zawadowski zaznacza, że od czasu wprowadzenia systematycznego badania radiologicznego kręgosłupa złamania stały się bardzo pospolite, a doświadczenie pokazało, że występują one nawet po bardzo nieznacznych urazach, jak n. p. upadek nawznak po poślizgnięciu się. Najczęściej ulega urazom część lędźwiowa kręgosłupa; złamania i zwicnięcia szyjnego odcinka są rzadsze. Kol. Z. obserwował osobiście kilka przypadków zwicnięć i złamań, między innymi złamania kręgu szyjowego i obrotnika. Zejście tych przypadków było zawsze pomyślne.

Chanarin zwraca uwagę, że w przypadku Kol. A. nie tylko trzon zwicniętego 4-go kręgu jest przemieszczony ku przodowi, lecz i wszystkie kręgi wyżej leżące i czaszka są przesunięte ku przodowi, jak to zresztą zwykle w zwicnięciach bywa.

Gądek zapytuje o bliższe dane kliniczne, dotyczące chorego drugiego, gdyż zna przypadek, gdzie występowały ubytki kostne „jakby wyszancowane” w przebiegu jakiejś niejasnej przewlekłej choroby infekcyjnej, trwającej kilka lat i przebiegającej ze stanami podgorączkowymi. Ubytki te miały po pewnym czasie zniknąć.

Pozatem zabierają głos Sabat i Elektrowicz.

Ref. w odpowiedzi zaznacza, że główny i jedyny cel, dla którego przypadek drugi został demonstrowany, nie został jednak osiągnięty, mianowicie, sprawa nie została wyjaśniona i pozostaje nadal ciemną.

3). Grott J. W. i Zalewski M. *Dwa przypadki akromegalji.*

Kol. Zaleski demonstruje rentgenogramy dwóch przypadków akromegalji. Przypadek 1-y przedstawia zespół klasycznych objawów daleko posuniętej akromegalji: 1) siodelko tureckie jest rozmiarów orzecha włoskiego z typowym dla akromegalji pogłębieniem, 2) wybitny przerost żuchwy, prognatyzm, kąt żuchwy rozwart, wyrostki zębodołowe rozrośnięte ku przodowi, 3) ręce i nogi olbrzymich rozmiarów, kości rozrośnięte nie tylko wzdłuż, ale i wszcz; szczególnie zaznacza się rozrost miejsc przyczepów mięśniowych (n. p. dla *interossei*, *lumbricalis* i inn.); występy kostne na członkach paznokciowych rozrośnięte do rozmiarów, rzadko spotykanych — na nogach mają wygląd stykających się narośli kostnych.

Przypadek ten można zaliczyć do t. zw. „masywnego typu” akromegalji.

W przypadku 2-m objawy są podobne, ale o znacznie mniejszym nasileniu, co łatwo można wytłumaczyć krótszym trwaniem choroby: 1) powiększenie siodelka jest mniej znaczne, chociaż charakterystyczne pogłębienie daje się zauważyć i tutaj; 2) rozrost żuchwy nieznaczny; 3) powiększenie rozmiarów kości rąk i nóg występuje wyraźnie, szczególnie, jeżeli uwzględnić płę żeńską chorej. Wszystkie inne cechy charakterystyczne, podkreślone w przypadku 1-m, występują i tutaj, aczkolwiek w stopniu mniejszym.

Kol. Grott omawia demonstrowane przypadki z punktu widzenia klinicznego.

Przypadek 1-y dotyczy chorego lat 45. Od 8-ju lat rodzina zauważyła zmianę rysów twarzy oraz konturów rąk u pacjenta. Wkrótce po wyraźnym zaznaczeniu się wspomnianych zmian w budowie nastąpiło gwałtowne powiększenie się szyi z powodu powiększenia się gruczołu tarczowego. Od wczesnego dzieciństwa chory ten spożywał bardzo duże ilości płynów. Badanie przedmiotowe wykazuje sylwetkę typową dla akromegalji, t. j. charakterystyczny nos, podbródek oraz ręce i nogi — a pozatem wybitnie powiększony gruczoł tarczowy. Pole widzenia nieznacznie zwężone do strony skroniowej o 15⁰/₀. Pozatem stwierdzono zwiększenie kwasu moczowego we krwi do 7 mgr. oraz przecukrzenie krwi ponad normę i cukromocz po obciążeniu glukozą.

Przypadek 2-gi dotyczy chorej lat 32. Choroba rozpoczęła się przed 5-ju laty. W ciągu ostatnich 2-u lat zmie-

nił się wygląd twarzy — rysy twarzy wydłużyły się, wargi i nos zgrubiały. Czaszka, jako całość, też miała zwiększyć swą objętość. W ostatnim roku nastąpiło znaczne powiększenie gruczołu tarczowego. Perjody rozpoczęły się w 12-m roku życia, występowały cały czas prawidłowo i dopiero w ostatnich czasach zaczęły się stale opóźniać. Wywiady rodzinne baz znaczenia.

Badanie bezpośrednie wykazuje typowy obraz akromegalji, którą cechują: duży nos, wysunięty podbródek, duży język oraz zgrubienie członów palców dłoni i stóp. Gruczoł tarczowy wybitnie powiększony; obwód szyi 43-46 cm. Narządy wewnętrzne bez wybitnych zmian. Pola widzenia nie zmienione. Badania chemizmu nie wykazywały poważniejszych odchyleń od normy.

Przypadki te zasługują na specjalną uwagę ze względu na typowe objawy akromegalji, zmiany w gruczole tarczowym oraz stopień ciężkości schorzenia.

Pierwszy z nich znajduje się w okresie daleko posuniętej sprawy chorobowej, drugi zaś w początkowym. Pozatem prel. szczegółowo omawia częstość występowania oraz znaczenie hiperglikemji i cukromoczu po obciążeniu glukozą w akromegalji z punktu widzenia patogenezy.

W dyskusji Zawadowski omawia typ zniekształcenia siodelka w akromegalji i podnosi, iż przypadek 1-y odpowiada zmianie siodelka, już daleko posuniętej, drugi — typowi początkowemu. W przypadku akromegalji, obserwowanej przez Kol. Zawadowskiego od szeregu lat i leczonym promieniami X, wystąpiła znaczna i trwała poprawa, i to nie tylko objawów ocznych, ale także nastąpiło zmniejszenie się rąk i nóg.

4). Kryński J. Pokaz rentgenogramów następujących przypadków.

1. *Uchyłek przelyku wielkości i kształtu główki dziecka.*

2. *Uchyłkowatość okrężnicy — szereg większych i mniejszych uchyłków na całej przestrzeni okrężnicy.*

3. *Przerzuty raka sutka od płuc, żeber, kręgosłupa i miednicy.*

4. *Przypadek ecchondrosis disseminata.*

Z Towarzystw Lekarskich zagranicznych.

Langeron i Archer spozstrzegali (tow. lek. szpit. parysk. — Pr. méd. Nr. 45) przypadek *zapalenia opon pochodzenia enterokokowego uleczony zastrzykiwaniami dordzeniowemi surowicy szczepionego*. W związku z jakimś niejasnym zakażeniem wystąpiło u pacjenta zapalenie opon z płynem, stopniowo ropiejącym, w którym stwierdzono drogą posiewu na podłożu beztlenowem enterokoki. Przebieg stał się przewlekły i prowadził do charłactwa. Leczenie polegało na dożylnem wprowadzeniu zarazka osobnikowi zdrowemu, na pobieraniu od niego surowicy i na zastrzykiwaniu jej do kanału rdzeniowego choremu. Po dwu zastrzykiwaniach nastąpiło wyzdrowienie.

Henri Dufourt na tem samym posiedzeniu zwraca uwagę na *stosunek kily do astmy*. Nie negując ustalonego już związku między astmą i gruźlicą, uczuleniem, układem neurowegetatywnym i t. p., D. zajął się sprawą stosunku kily do astmy. Na 37 spozstrzeżeń w ciągu lat ostatnich, w 15-stu wywiady w kierunku kily były niejasne, w 2 kila została nabyta, gdy astma trwała od dzieciństwa, w 8-ju wynik leczenia przeciwkilowego i współistnienie innych zmian kilowych przemawiał za związkiem między kilą a astmą, w 6-ju astma rozwinięła się po zakażeniu kilą, wreszcie w 5-ju była astma u dzieci, których ojcowie byli syfilitykami.

Armand-Delille, Vibert i Bertrand, na posiedzeniu akademji lekarskiej w Paryżu (Pr. méd. Nr. 46) omawiali *skuteczność odmy piersiowej sztucznej u dzieci*. Opierali się na materiale. obserwowanym w ciągu 5—7 lat. Otrzymali oni 23 wyleczenia ze znaczną poprawą wagi, zniknięciem zmian na zdjęciu i z powrotem do życia zwykłego. Zdaniem autora można uzyskać wyzdrowienie w 70⁰/₀ przypadków gruźlicy otwartej u dzieci zarówno w czasie pierwszego dzieciństwa jak i w okresie przed dojrzewaniem płciowym. Należy tylko pamiętać o użyciu wczesnem radiografji i o poszukiwaniu zarazków w zawartości żołądka.

Gantier na posiedzeniu Akademji lek. w Paryżu (Pr. méd. Nr. 46) omawiał swoje badania nad *pochodzeniem cukromoczu adrenalinowego* dochodząc do wniosku, że wątroba jest źródłem tego cukromoczu, skoro u żab, pozbawionych wątroby, ani razu nie udało się wywołać cukromoczu adrenalinowego.

Z j a z d y.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Kieleckiego w Radomiu w dniach 15 i 16 lutego 1930 r.

Na zjazd przybyło 14 lekarzy powiatowych i 8 lekarzy miejskich. Usprawiedliwili swoją nieobecność lekarze powiatów Opatowskiego, Częstochowskiego i Miechowskiego.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał Zjazd Dr. Hryszkiewicz, wzywając lekarzy powiatowych, ażeby i nadal z niesłabnącą energią prowadzili akcję uporządkowania miast i wsi, która już dała wcale pokaźne wyniki.

Przewodnictwo zjazdu objął Dr. Ostromecki. W trakcie obrad zjazdu przybył p. Wojewoda Korsak, który w swym przemówieniu zaznaczył, że aczkolwiek dzięki pracy i zasługom zebranych w dziedzinie sanitarnej zrobiono wiele, to jednak wskutek działających czynników natury ekonomicznej doby obecnej czekają lekarzy nowe zadania w związku ze stale wzrastającym bezrobociem i ubożeniem warstw robotniczych, pociągających za sobą nasilenie chorób i wzrost śmiertelności.

W wykonaniu porządku dziennego Dr. Ostromecki wygłosił referat o wzmoczonej akcji sanitarnej-porządkowej, poparty statystycznymi wykresami, obrazującymi postępy w kierunku podniesienia stanu sanitarnego województwa. Z wykresów widać, że postęp wyraził się przeważnie w dziedzinie uporządkowania wsi, która przedtem była w zupełnym zaniedbaniu.

Zarówno z referatu D-ra Ostromeckiego, jak i z odczytanych kolejno sprawozdań lekarzy powiatowych i miejskich wynika, że aczkolwiek sprawy sanitarnej-porządkowej na terenie województwa zrobiły znaczne postępy, wymagają jednak one jeszcze dużego nakładu pracy, ażeby mogły stanąć na należytych poziomach.

Domów odnowionych w miastach wydzielonych jest zaledwie 27 proc., w miastach niewydzielonych 59 proc., a gminach wiejskich 46 proc. Ulic zabrukowanych w miastach jest około 55 proc., a w gminach wiejskich 38 proc.

Co do zaopatrzenia w wodę, w miastach jedna studnia przypada na 60 mieszkańców, w gminach zaś wiejskich — na 16 mieszkańców. Natomiast są gminy, wcale nieposiadające studzien wskutek wielkiej głębokości pokładów wodonośnych. Jak np. 24 wsie w powiecie Olkuskim, gdzie ludność czerpie wodę z potoków i stawów. Wodociągi i kanalizację posiada połowa miast wydzielonych; 48 proc. miast ma tabory asenizacyjne, z tych 16 proc. beczek hermetycznych.

Miasta posiadają w domach lub na podwórzach do 85 proc. ustępów i do 90 proc. śmietników. Po wsiach, w obejściach jest do 90 proc. ustępów i zaledwie do 30 proc. uporządkowanych gnojówek. Kąpielisk magistrackich, sejmikowych, kolejowych, fabrycznych i więziennych jest 28, ze 196 natryskami, 18 parniami i 8 kamerami dezynfekcyjnymi. Mykw jest 84, kąpielisk w budowie 7, projektowanych na rok bieżący 6.

Co do akcji społecznej walki z gruźlicą prowadzona była w Ośrodkach Zdrowia w Będzinie, Zagórz, Czeladzi, Częstochowie, Kłobucku, Krzepicach, Mostowie, Dąbrowie Górniczej, Kielcach, Jędrzejowie i Radomiu. Akcja ta dała wyniki dodatnie, które mogą być jeszcze większe w miarę zwiększenia liczby wykwalifikowanych higienistów dla wywiadów domowych.

Walka z jaglicą prowadzona była, poza Ośrodkami Zdrowia w przychodniach sejmikowych, rejonowych i Kas Chorych, w których leczenie odbywało się bezpłatnie. Znaczniejsze ogniska jaglicy zanotowano w powiecie Stopnickim, w gminach Oględów i Uleśnicy, wobec czego uruchomiono czasową poradnię w Nizinach.

Co do walki z chorobami wenerycznymi i nierządem należy zaznaczyć, że miasta Radom i Zawiercie biorą ją na swych terenach całkowicie na siebie, pragnąc otrzymać od Rządu tylko subwencję na urządzenie przychodni przeciwenerycznych.

Badanie środków spożywczych ujawniło znaczny odsetek zafałszowań: w Radomiu 37 proc., a w Zawierciu na 264 wziętych prób było aż 254 zafałszowanych.

Znaczny rozwój działalności sanitarnej i osiągnięte dodatnie wyniki, należy między innymi przypisać nasileniu akcji propagandowej, prowadzonej przez lekarzy powiatowych i miejskich, zapomocą odczytów, filmów, pogadek, rozdawnictwa broszur, ulotek i t. p. Odczyty, sądząc ze zwiększającej się frekwencji, wzbudziły zainteresowanie ludności.

W dn. 16 lutego uczestnicy zjazdu zwiedzili rzeźnię miejską, miejski zakład badania żywności, stację opieki nad matką i dzieckiem, oraz wzorową szkołę powszechną im. Narutowicza, w której ławnik magistratu p. Kelles-Krauzowa udzielała wyjaśnień o stanie opieki higieniczno-lekarskiej w szkołach powszechnych w Radomiu.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Pomorskiego w Grudziądzu,

w dniach 21 i 22 lutego 1930 r.

Na zjazd przybyło 17 lekarzy powiatowych i 3 lekarzy miejskich. W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał zjazd dr. Hryszkiewicz, w imieniu Wojewody Pomorskiego dr. Krysiński, a w imieniu miasta Prezydent m. Grudziądz p. Włodek, poczem odczytane zostały sprawozdania lekarzy powiatowych i miejskich.

Ze sprawozdań wynika, że akcja zapobiegawcza, oparta między innymi na ośrodkach zdrowia, napotyka w samorządzie i społeczeństwie na wielkie trudności. Przeszkodą dla tych instytucji jest pośrednio Kasa Chorych, która część swych stacji sanitarnych mianowała ośrodkami zdrowia, wobec czego społeczeństwo nie uświadamia sobie różnicy między zapobiegawczymi ośrodkami zdrowia, zalecanymi przez Departament Służby Zdrowia, i leczniczymi ośrodkami zdrowia Kas Chorych.

Pomimo to niektórym lekarzom powiatowym udało się wpłynąć na samorządy w kierunku pozytywnym i np. w Lidzbarku i Jabłonowie pow. Brodnickiego mają wkrótce powstać ośrodki zdrowia.

Leczeniem gruźlicy zajmuje się Kasa Chorych w swych przychodniach, „stacjach przeciwgruźliczych” i „ośrodkach zdrowia”, pozatem urządza kolonie letnie i rozdaje tran. Oprócz tego przychodnie miejskie w Toruniu, Grudziądzu, Brodnicy, Chełmie i Starogardzie udzielają chorym na gruźlicę pomocy leczniczej.

Przypadki jaglicy leczone są w stacjach sanitarnych Kas Chorych, w przychodniach miejskich w Toruniu, Grudziądzu, Brodnicy i Chełmie, względnie przesyłane są do oddziału ocnego przy szpitalu w Bydgoszczy, lub do zakładu w Witkovicach.

To samo dotyczy walki z chorobami wenerycznymi, chorzy leczeni są w przychodniach ogólnych.

Akcja sanitarnej-porządkowej napotykała szczególnie w sferze odnawiania domów na trudności, naogół jednak zrobiła postępy. Ustępy i śmietniki w miastach doprowadzono prawie do normy. W Starogardzie, Kamieniu, Tucholi i Wębarsku pobudowano ustępy publiczne. W Chełmie rozszerzono wodociąg i zrobiono stację chlorowania wody. W Tczewie rozbudowano wodociąg i zaopatrzone w kompresor „Mamut”, co zwiększyło znacznie wydajność wody.

W miejscowościach, w których z przyczyn natury geologicznej lub finansowej niema głębokich studzien z dobrą wodą, dur brzuszny nie wygasa; np. w Toruniu na Dębowej Górze, w Wysińskich Chrustach i Junkrowach powiatu Kościerskiego, gdzie ludność w braku studzien czerpie wodę z rowów, Golubiu, Brzeźnie, Chełmży i in. Szczepionki przeciwdurowe Besredki są według opinii lekarzy powiatowych bardzo skuteczne i chętnie przez ludność przyjmowane.

Po zakończeniu sprawozdań dr. Skowroński referował o rozwoju higieny zapobiegawczej na Pomorzu, dr. Lewszecki o usterkach w prowadzeniu księgi sanitarnej i dr. Krysiński o skuteczności środków, stosowanych w walce z chorobami zakaźnymi, jakimi są przedewszystkiem szczepienia profilaktyczne i bieżąca dezynfekcja przy łóżku chorego.

Nazajutrz 22 lutego uczestnicy zjazdu zwiedzili nowowbudowany szpital sejmiku Grudziądzkiego w Łasinie. Szpital

jeszcze nie funkcjonuje, jest dobrze zaopatrzony w szpitalny inwentarz, posiada swój wodociąg i kanalizację.

W Radzynie zwiedzono wodociąg miejski i „Ośrodek Zdrowia” Kasy Chorych z wannami i natryskami, wzorowo, nawet luksusowo urządzone z wielkim nakładem kosztów. Zwraca uwagę, że zarówno m. Łasin, jak i Radzyń, liczące po niespełna dwa tysiące ludności, są całkowicie zabrukowane, mają własne elektrownie, wodociągi, częściową kanalizację, dobre chodniki i wiele odnowionych domów.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Łódzkiego w Łęczycy

w dniach 7 i 8 marca 1930 r.

Na zjazd przybyło 14 lekarzy powiatowych, 2 lekarzy miejskich, delegat Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (Departamentu Służby Zdrowia) dr. Hryszkiewicz, Naczelnik i inspektor wojewódzkiego Wydziału Zdrowia dr. Skalski i dr. Ładyński, prelegenci: Dyrektor Państwowego Zakładu badania żywności w Łodzi inż. Kępiński, Kierownik Filii Państwowego Zakładu Higieny w Łodzi dr. Załęski, Wojewódzki inspektor farmaceutyczny p. Wagner, oraz starosta łęczycki Ostaszewski i burmistrz m. Łęczycy Dodacki.

Po oficjalnych powitaniach przystąpiono do kolejnego składania sprawozdań z pracy lekarzy powiatowych i miejskich.

W dziedzinie społecznej walki z gruźlicą, jaglicą i chorobami wenerycznymi daje się zauważyć znaczny postęp. Ośrodki Zdrowia, jako poradnie, połączone z wywiadem domowym, powstały: w Tomaszowie, Kaliszu, Stawiszynie, Łęczycy, Ozorkowie i Piotrkowie.

W roku bieżącym mają powstać poradnie społeczne w Zgierz, Sieradzu, Łodzi, Widawie i Kole.

Jaglica w Województwie Łódzkim jest znacznie rozpowszechniona, w szczególności w powiatach Kaliskim, Konińskim, Łaskim, Radomskim i Słupskim. Walka prowadzona jest energicznie zapomocą 26 poradni przeciwjagliczych.

Walka z alkoholizmem prowadzona jest przez lekarzy i nauczycieli. W Kaliszu powstała bezalkoholowa gospoda.

Chorzy na choroby weneryczne są leczeni w przychodniach, względnie kierowani do oddziału wenerycznego szpitala w Koninie.

Opieka nad psychicznie chorymi jest wlece utrudniona z powodu braku wolnych miejsc w zakładach dla umysłowo chorych.

Pomimo to jednak magistrat m. Łodzi umieścił na swój koszt 900 umysłowo chorych w Warcie, Kochanówku i Kocborowie.

Akcja opieki nad matką i dzieckiem dobrze się rozwija. Stacje Opieki są w Brzezinach, Kaliszu, Pabjanicach, Łęczycy Łodzi (przy stacji jest przytułek dla dzieci jagliczych), Piotrkowie i Sieradzu. (Ciekawa jest próba urządzenia żłobka w przytułku dla starych kobiet w Łodzi. Staruszki z całym zapalem wzięły na siebie obowiązki pielęgnowania niemowląt i dobrze wywiązują się z zadania, co potwierdza mały procent śmiertelności. Z pomiędzy 20 dzieci zmarło tylko 2).

Higiena szkół doznała poprawy przez zwiększenie liczby lekarzy szkolnych oraz dzięki częstszym lustracjom szkół przez lekarzy powiatowych i gminnych. Większość szkół mieści się jednak w budynkach nieodpowiednich.

Zaopatrzenie w wodę jest w większości powiatów niewystarczające. Szczególnie źle przedstawiają się pod tym względem powiaty Kaliski, Łaski i Radomski, gdzie woda jest przeważnie niezdatna do picia bez przegotowania. W bardziej jeszcze złych warunkach znajduje się m. Konin, gdyż wskutek niskiego położenia miasta i otaczających je bagnisk wody z ulic, domów, kąpielisk i t. p. nie mają dostatecznego odpływu, wsiakają w glebę i przedostają się do studzien, a warstwy z dobrą wodą są bardzo głęboko położone.

Akcja sanitarno-porządkowa zrobiła pewne postępy. W miastach jest około 45% odnowionych domów, około 60% ustępów i śmietników. Ustępów po wsiach jest przeszło 80%, Place i ulice w miastach i miasteczkach są w 50% zabrukowane. Podwórza są przeważnie zabrukowane. Hotele, fryzjer-

nie, piekarnie, masarnie, jatki i sklepy spożywcze są w większości doprowadzone do porządku.

Badanie żywności i środków spożywczych jest dzięki intensywnej działalności Państwowego Zakładu badania żywności w Łodzi dobrze postawione. W roku ubiegłym zakład dokonał badania: 26,289 prób mleka, 2,050 prób masła i 3,446 prób innych artykułów spożywczych. Skutkiem pobierania tak znacznej liczby prób było, że zafałszowania spadły z 60% w r. 1927 do 16%. Mleka zafałszowanego było tylko 7%.

Filia Państwowego Zakładu Higieny w Łodzi dokonała 1100 analiz wody, przytem w Częstochowie było 10% złej wody, a w innych powiatach woda w 50% była nie do użycia.

Dnia następnego, t. j. 8 marca, uczestnicy zjazdu zwiedzili w Łęczycy nową szkołę powszechną, szpital sejmikowy na 55 łóżek (skromnie wyposażony, lecz czysto i porządnie utrzymany), Ośrodek Zdrowia z poradnią dla gruźlicy i jaglicy i niedawno zakończony przebudową gmach urzędów państwowych, w którym się mieści starostwo, poczem zwiedzono wieś Tum z jednym z najstarszych w Polsce kościołów, i miasteczko Ozorków. W Ozorkowie mieści się powiatowy szpital dla chorych zakaźnych i wenerycznych na 30 łóżek i dobrze urządzony Ośrodek Zdrowia ze stacją opieki nad matką i dzieckiem. W końcu zwiedzono położoną o parę kilometrów za Ozorkowem, imponującą swymi rozmiarami strzelnicę W. F. i P. W.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Lwowskiego w Drohobyczu

z dnia 21 i 22 marca 1930 r.

Na zjazd przybyło 25 lekarzy powiatowych i lekarz miejski m. Lwowa, oraz Naczelnicy Wydziałów Zdrowia Województwa Lwowskiego, Tarnopolskiego i Stanisławowskiego.

Zagait zjazd p. Wojewoda Głuchowski, poczem uczcił w słowach pełnych uznania pamięć zmarłych w roku ubiegłym zasłużonych działaczy na niwie sanitarnej Województwa Lwowskiego: D-ra Mikołajskiego i D-ra Bilińskiego. W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, wzywając lekarzy powiatowych do kontynuowania z całą energią akcji sanitarno-porządkowej, stanowiącej podłoże do zapobiegania chorobom społecznym, przez podniesienie kultury higienicznej wśród ludności.

W wykonaniu porządku dziennego wygłosili referaty: Dr. Gąsiorowski „o najważniejszych metodach profilaktycznych i ich wynikach”, p. Mańkowska: „o roli i zadaniu kobiety w pracy około podniesienia zdrowia publicznego”, Dr. Parecki: „o zwalczaniu chorób zakaźnych”, Dr. Doliński: „rzut oka na higienę pracy zawodowej w związku z ustawowem normowaniem sprawy zwalczania chorób zawodowych w Polsce”, i p. Jezierski: „o roli lekarza powiatowego w sprawach obrotu środkami odurzającymi”.

Następnie lekarze powiatowi składali sprawozdania ze swej pracy na terenie powiatu w roku ubiegłym. Ze sprawozdań daje się zauważyć pewien postęp w dziedzinie sanitarnej. Postęp wyraził się we wzmożonej frekwencji chorych w ośrodkach zdrowia, w zwiększeniu liczby wywiadów domowych oraz w nasileniu akcji propagandowej. Aczkolwiek w dziale higieny zapobiegawczej jest jeszcze wiele do zrobienia, to rok ubiegły sprawę znacznie posunął naprzód. Akcja zapobiegania gruźlicy, jaglicy i chorobom wenerycznym prowadzona była w ośrodkach zdrowia w Jarosławiu, Krośnie, Lwowie, Przemyślu, Samborze, Sanoku, Sokalu i Żółkwi.

W ośrodku zdrowia w Krośnie jest poradnia przeciw-rakowa i przeciwalkoholowa. Miasto Lwów urządziło wzorowy ośrodek zdrowia, ponadto 7 przychodni dla chorych na jaglicę i choroby weneryczne. Budżety sanitarne sejmików wynosiły przeciętnie 7—8% ogólnego budżetu. Akcja sanitarno-porządkowa zrobiła postępy. Liczba śmietników w miastach wzrosła przeciętnie do 70%, liczba ustępów do 80% liczby przepisowej. Po wsiach ustępy, aczkolwiek prymitywnie urządzone, są prawie w każdej zagrodzie. W powiecie Sanockim przystąpiono do uruchomienia 12 małych kąpielisk natryskowych po wsiach.

Dnia następnego uczestnicy zjazdu zwiedzili źródła i urządzenia kąpielowe w uzdrowisku Truskawiec, oraz muzeum i będący w budowie basen pływacki na Pomiarkach.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Na marginesie nowej Ustawy Szpitalnej.

Podał
Z. SREBRNY.*)

Mające zapewne już wkrótce wejść w życie Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z d. 22 marca r. 1928 o zakładach leczniczych nasuwa nam garść uwag, dotyczących niektórych artykułów tego Rozporządzenia, rsp. przepisów wykonawczych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Artykuł 10 Rozporządzenia przewiduje w szpitalach publicznych „jednakową pomoc i opiekę lekarską dla wszystkich chorych”, pod względem zaś pomieszczenia i żywienia chorych każdy szpital publiczny dzieli się conajmniej na 2, a według przepisów wykonawczych najwyżej na 3 klasy, przyczem liczba łóżek klas wyższych nie może przekraczać $\frac{1}{4}$ części ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

Nad artykułem tym dyskutowano gorąco na odbytym przed kilkoma miesiącami Zjeździe lekarzy szpitalnych. Wysuwano argumenty za podziałem na klasy i przeciwko niemu. Obrońcami projektu byli głównie lekarze, a zwłaszcza chirurgowie z Poznańskiego i Małopolski. Zdaniem ich, podział na klasy pozwala: 1) na skoncentrowanie wszystkich przypadków operacyjnych w jednym miejscu, co stanowi dużą oszczędność czasu dla prymarjusza lub kierownika kliniki; 2) na lepsze wyposażenie szpitala w środki diagnostyczne i lecznicze; 3) na lepsze zużytkowanie naukowe przypadków chorobowych, których obserwacja, o ile dotyczy chorych zamożniejszych, w mieszkaniu prywatnem nie może być tak dokładna, jak w szpitalu.

Wreszcie powoływano się na Niemcy, gdzie podział na klasy istnieje oddawna.

Słabą stroną ostatniego argumentu stanowi porównywanie stanu naszego szpitalnictwa ze szpitalnictwem niemieckiem. Różnice tu zachodzą bardzo wybitne. Nasz katastrofalny brak łóżek szpitalnych nie pozwala na ich uszczuplanie przez przeznaczanie pewnej ich części dla ludności, która leczyć się może prywatnie. Lekarze dyżurni w szpitalach naszych odprawiają codziennie od wrót szpitalnych całe rzesze chorych ubogich, którzy zmuszeni są wędrować bezskutecznie od jednego szpitala do drugiego i czekać nieraz po wiele dni na łóżko wolne, jeżeli tylko przedtem podczas tej wędrówki lub w mieszkaniu swoim nie umrą. Na wielu oddziałach szpitalnych liczba łóżek nadetatowych przekracza często 25% etatowych. Zaprowadzenie wobec takiego stanu rzeczy klas, tj. łóżek dla chorych zamożniejszych, groziłoby uszczupleniem i tak już niedostatecznej liczby łóżek dla ludności ubogiej. Tymczasem więc troską somorządów powinno być powiększenie liczby łóżek szpitalnych. Ażeby zaś i człowiek

o wymaganiach wybredniejszych mógł znaleźć w szpitalu warunki właściwe, należy dążyć do podniesienia jego poziomu zarówno pod względem pomieszczenia i pożywienia, jak i lecznictwa. W ten sposób klasy okażą się zupełnie zbędnymi. Zanim zaś to nastąpi, ludzie zamożniejsi, wymagający wygód i przyzwyczajeni do środowiska kulturalniejszego, mogą warunki te znaleźć w lecznicach prywatnych.

Pewien kłopot w warunkach obecnych sprawiać będą chorzy ze sfer inteligencji pracującej, dotknięci chorobą zakaźną nagminną. Według obowiązujących przepisów każdy chory taki powinien być leczony w szpitalu, jeżeli warunki mieszkaniowe nie dają pełnej gwarancji bezpieczeństwa pod względem szerzenia się choroby.

Z drugiej jednak strony umieszczenie człowieka, mającego pewne wymagania kulturalne, w przepełnionym podczas panowania epidemii szpitalu, w warunkach jaknajgorszych może mieć jedynie fatalny wpływ na przebieg jego choroby. Troską więc sfer odpowiednich powinno być pobudowanie nowych szpitali dla chorych, dotkniętych chorobami nagminnymi, i doprowadzenie istniejących do takiego poziomu, aby i sfery zamożniejsze w nich leczyć się mogły.

Nietylko jednak brak łóżek szpitalnych przemawia przeciwko tworzeniu klas, są jeszcze inne, niemniej ważne względy, które powinny powstrzymać od tego eksperymentu.

A więc przede wszystkim pewne ułomności natury ludzkiej. Chory, płacący w klasie wyższej więcej, niż pacjent klasy niższej, będzie wymagał dla siebie pewnych przywilejów, jakiegoś troskliwszego opiekowania się nim. A służba szpitalna, nietylko niższa, może nawet i sam ordynator traktować będzie klasę wyższą inaczej, t.j. lepiej, niż niższą. Szpital musi pozostać instytucją demokratyczną, w której dla żadnych przywilejów, oprócz smutnego przywileju cierpienia i niedoli, miejsca niema.

Dlatego też wysunięty na Zjeździe argument, że „wszak i na kolejach żelaznych mamy podział na klasy”, nie należy do zbyt szczęśliwych.

Wprowadzenie podziału na klasy uprawnia też do pobierania od chorych honorarjum za zabiegi lecznicze. Słusznie na Zjeździe zwrócił na punkt ten uwagę prymarjusz, kol. Jan L a n d a u z Krakowa: idzie już tu wprawdzie o interesy nie chorych, lecz lekarzy, ale i o sobie pamiętać należy. Kol. L a n d a u widzi w tem niebezpieczeństwo dla stanu lekarskiego: „z jednej strony”, powiada, „Kasy Chorych zabierają 50% pacjentów, a z drugiej prymarjusze pochłoną tę część ludności, która jeszcze będzie w stanie opłacać lekarzy”. A dalej, zdaniem tegoż kolegi, należy zwrócić uwagę „na demoralizujący wpływ przyjmowania chorych klasowych na cały szpital. Asystenci i sekundarjusze słusznie zapytają, dlaczego im się nic nie należy za opiekę nad chorymi, którzy są w stanie płacić za usługi, im odda-

*) Przy współudziale Leona Bregmana, Eufemjusza Hermana i Antoniego Natansona.

wane, i którzy płacą za leczenie prymarjuszowi; pielęgniarki i służba niższa to samo zadadzą pytanie. Należy wreszcie uwzględnić psychikę innych 'chorych, patrzących z zazdrością na swoich współtowarzyszy, których lekarze i służba mimowoli traktują lepiej, niż ich samych, bo tamci płacą za świadczenia!'

Tyle co do systemu klasowego w szpitalach. Przejdziemy teraz do sprawy obowiązków i wyboru dyrektora szpitala.

§ 10 przepisów wykonawczych głosi: „W szpitalach publicznych, w których stosunki na to pozwalają, m o ż e *) dyrektor szpitala pełnić zarazem funkcje ordynatora“. Zaś § 11 punkt c do o b o w i ą z k ó w **) dyrektora szpitala zalicza: „pełnienie jednocześnie obowiązków ordynatora na oddziałach szpitalnych, o ile z powodu nadmiaru zajęć dyrektor nie musi poprzestać na obowiązkach kierownika szpitala“. Uzgodnienie § 10 z punktem c § 11 wymagałoby zmiany w § 10 wyrazu: „może“ na „jest obowiązany“. Zastrzeżenie zaś, uwalniające dyrektora szpitala od pełnienia obowiązków ordynatora powinno być skasowane. Dyrektor szpitala musi być razem ordynatorem, gdyż to stawia go bliżej żywotnych spraw lecznictwa i chroni od suchego biurokratyzmu. Dyrektor szpitala, który nie będzie miał bliższego kontaktu z chorymi, nie odpowie godnie wymaganiom punktu d § 11: „nadzór nad stanem lecznictwa i dbanie o podniesienie poziomu jego przez o s o b i s t e ***) interesowanie się metodami, stosowanymi na oddziałach szpitalnych, urządzenie periodycznych konferencji naukowych, zachęcanie lekarzy szpitala do pracy naukowej i popieranie ich w tym względzie“, i po kilku latach stanie się urzędnikiem, któremu na sercu leżeć będzie jedynie administracja. Jeżeli zaś rozmiary szpitala, wielka liczba łóżek, stanowią przeszkodę do prowadzenia oddziału, to dyrektorowi powinien być dodany pomocnik. Możliwość określić liczbę łóżek, powyżej której dyrektorowi ma być dodany pomocnik, na 600.

Dalej rozporządzenie wykonawcze nakłada na dyrektora szpitala obowiązek zakładania i uzupełniania lekarskiej biblioteki szpitalnej. Nakaz bardzo słuszny i rozumny, spełnienie go atoli wymaga odpowiednich na ten cel dotacji. Skąd je brać, o tem rozporządzenie nie wspomina. Tę samą uwagę nastrocza obowiązek starania się o należyte i dostateczne zaopatrzenie szpitala we wszelkie narzędzia, aparaty, leki i urządzenia higieniczne.

W sprawie wyboru dyrektora szpitala § 10 przepisów wykonawczych głosi: „Na stanowiska dyrektorów powoływać należy lekarzy, którzy się najlepiej nadają do zarządu szpitalem i są obznajmieni z przepisami sanitarnymi i administracyjnymi“. Poznanie przepisów sanitarnych i administracyjnych nie jest rzeczą trudną i wymaga tylko pilnego ich przestudjowania, *rsp.* zaglądania do nich od czasu do czasu w razie nastroczających się wątpliwości.

*) podkreślenie moje.

**) podkreślenie moje.

***) podkreślenie moje.

Inaczej przedstawia się druga kwalifikacja, dotycząca sprawnego zarządzania szpitalem. Odpowiedzieć temu warunkowi może tylko lekarz, który ma za sobą długoletnie pod tym względem doświadczenie, a więc dobrze obeznany ze szpitalnictwem. Stąd wniosek, że na stanowisko dyrektora powinno się powoływać lekarza, który długi czas w szpitalu pracował, ewentualnie ma za sobą naukowe lub praktyczne wyniki tej pracy. Może więc na stanowisko dyrektora szpitala kandydować obecny lub byłby ordynator albo też asystent, a może nawet wolontariusz, mogący się wykazać wieloletnią pracą szpitalną. Ze względu na to, że dyrektor ma pełnić i obowiązki ordynatora, które to stanowisko otrzymałby bez konkursu, pierwszeństwo przy obsadzaniu posady dyrektora powinien mieć obecny lub byłby ordynator, o ile, rzecz prosta, odpowiada innym warunkom, jak: sprężystość, inicjatywa, aspiracje naukowe i t.d. Wiek niezawsze ma znaczenie rozstrzygające: bywają 40 letnie niedołągi i 60-letni, a nawet jeszcze starsi dzielni, pełni zapału i energii, ludzie.

Jedno z najważniejszych rozporządzeń wykonawczych stanowi sprawa obsadzania ordynatur.

Przepis, stanowiący, że stanowiska ordynatorów winny być nadawane tylko na podstawie konkursów publicznych, jest jedynie słuszny i racjonalny. Konkurs utrudnia przemycanie protegowanych przez sfery wpływowe kandydatów i pozwala stanąć do szlachetnej walki każdemu lekarzowi, nietyko posiadającemu tytuł naukowy, który w braku konkursów mógłby być uważany za kryterjum wartości kandydata, kryterjum niezawsze trafne. Konkurs jest tedy najwłaściwszym sposobem obsadzania ordynatur. Inna sprawa — jak ten konkurs odbywać się powinien? Czy dotychczasowy regulamin konkursu, oparty na ustawie szpitalnej z roku 1848, może dać istotnie to, czego się od niego wymaga, t. j. sprawiedliwą ocenę wartości kandydata? Mam co do tego poważne wątpliwości, a fakt ustalony, że wynik ogromnej większości konkursów na stanowiska ordynatorów bywał wiadomy przed ich rozstrzygnięciem, jest najlepszym dowodem wadliwej tych konkursów organizacji. Toż sensacją był wynik przed dwoma, zdaje się, laty odbytego konkursu, na którym utrzymał się kandydat, o którym wcale nie myśłano. Z dawniejszych konkursów, a pamiętam je od długiego szeregu lat, wychodzili zawsze upatrzeni zawczasu kandydaci. Na jednym z konkursów, np., przewodniczący, inspektor szpitali, ustawicznie dopytywał się o Dra X. „A gdzie jest Dr X? Gdzie jest Dr X?“ padło z ust jego kilka razy zapytanie. I Dr X otrzymał ordynaturę. Przed kilkudziesięciu laty na stanowisko ordynatora chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu żydowskim stawało dwóch kandydatów, a „opinja publiczna“ daremnie gubiła się w domysłach, który też z nich posadę otrzyma. Wynik był taki, że ani jeden, ani drugi nie utrzymał się na konkursie, a ordynatorem został ktoś trzeci... bez konkursu. Jeżeli takie bywają zwykłe wyniki konkursów szpitalnych, to, oczywista rzecz, w sposobie, w jaki się one odbywają, muszą tkwić błędy.

Według praktykowanego dotychczas regulaminu kandydat na ordynatora powinien, po zbadaniu wobec sędziów dwóch chorych, postawić w obu przypadkach rozpoznanie i wygłosić wykład na temat jednego z nich.

Jeżeli jeszcze rozpoznanie w dwóch nie przedstawiających wątpliwości przypadkach jest dla wprawnego lekarza rzeczą nietrudną, to już wykład może dlań przedstawiać duże trudności i dać powód do zgoła nietrafnej oceny jego wartości: kandydat śmiały, wymowny, choć niewiele umiejący, może zrobić wrażenie bardzo dodatnie, gdy gruntownie wykształcony, ale bojaźliwy, nerwowy, nieobdarzony talentem krasomówczym źle sędziów dla siebie usposobi.

A dalej, wykład nie stanowi przekonywającego kryterjum wykształcenia kandydata, gdyż każdy stający do konkursu przygotowuje sobie kilka takich wykładów na tematy, najczęściej na konkursach zadawane.

Tyle o wadach dotyczących wykładu.

A teraz przypatrzmy się sposobowi oceny.

Sędziowie w tajnym głosowaniu (bez podania motywów) na piśmie wyrażają stopniem swoją o kandydacie opinię. Tajność głosowania daje sędziemu możność dopuszczania się ocen niesprawiedliwych. Bywały konkursy, na których kandydat miał od jednego sędziego jedynkę, a od reszty 9 lub 10. Czy możliwa jest taka różnica zdań? A jednak tajność głosowania umożliwia takie dziwolągi.

Przytoczone względy przemawiają w zupełności za koniecznością zmiany dzisiejszego regulaminu konkursowego.

Przedewszystkiem ocena kandydata musi być jawna i motywowana. Takie głosowanie wyłącza już wszelką dowolność i niesprawiedliwość, a przynajmniej niesprawiedliwość krzyżującą. Dyskusja, po wyrażeniu przez każdego sędziego motywowanej opinii, może wpłynąć decydująco na głosowanie, a więc i na los kandydata.

A zaś miarą wartości kandydata nie powinien być wynik egzaminu, o którym mówiliśmy wyżej, i który niezawsze pozwala na wyrobienie sobie trafnej opinii o egzaminowanym. Nawet błędne rozpoznanie choroby, zrobione w warunkach egzaminacyjnych, nie jest jeszcze dowodem braku wykształcenia lekarskiego: ten sam lekarz w innych warunkach, wezwany do chorego, nie drżący o wynik egzaminu, lecz spokojnie chorego badający, rozpozna chorobę trafnie.

Nowa ustawa szpitalna, ani przepisy wykonawcze nic nie mówią o sposobie, w jaki konkurs ma się odbywać. Mowa jest tu tylko o składzie sądu konkursowego, o czem niżej. Należałoby tu wypowiedzieć się wyraźnie w sensie koniecznej zmiany praktykowanej dotychczas organizacji konkursu. A zmiana ta, zgodnie z tem, co powiedziane było wyżej, polegać powinna: 1) na zupełnym zniesieniu egzaminu: o kwalifikacjach kandydata stanowić powinna cała jego dotychczasowa działalność, a przedewszystkiem jego praca szpitalna, szkoła, z której wyszedł, i prace naukowe; 2) na ocenie jawnej i motywowanej, wyłączającej wszelką możność kierowania się względami osobistymi.

Według art. 21 nowej ustawy szpitalnej o posady lekarzy ordynujących w szpitalach publicznych

ubiegać się mogą kandydaci, którzy odbyli najmniej dwuletnią praktykę w jednym ze szpitali publicznych. Sądźmy, że wymienione tu minimum pracy szpitalnej jest o wiele za małe; na odpowiedzialne stanowisko ordynatora kandydować może lekarz mniej więcej wyrobiony, a takiego wyrobienia dwuletnia praktyka lekarska dać nie może. Okres, przewidziany ustawą, powinien być przedłużony przynajmniej do lat pięciu praktyki szpitalnej, a dziesięciu praktyki lekarskiej wogóle. Wprawdzie ustawa pozwala statutom poszczególnych szpitali publicznych wyznaczyć dłuższy okres praktyki szpitalnej, potrzebnej do ubiegania się o posady ordynatorów, ale byłoby pożądane, aby minimum tego okresu było ustalone ściśle według normy, wyżej wymienionej.

Funkcje sądu konkursowego, według nowej ustawy, wykonywa w zasadzie rada szpitalna. Statut szpitala publicznego może jednak ustanowić inny sąd konkursowy i określić jego skład.

Zdaniem naszym, sąd konkursowy powinien być zawsze ściśle fachowy, t. j. obejmować przede wszystkim specjalistów tej dziedziny, na którą konkurs się odbywa, następnie internistę, chirurga, a z urzędu inspektora szpitali i przedstawiciela uniwersytetu, kierownika odpowiedniej kliniki lub zakładu, ale z głosem równym wszystkim innym sędziom, nie zaś, jak proponowano na Zjeździe lekarzy szpitalnych, z głosem decydującym. Gdyby tak być miało, to profesorowie—kierownicy klinik psychaliby na stanowiska ordynatorów najmniej zdolnych asystentów swoich, którzy nie potrafili zdobyć odpowiedniego stanowiska w uniwersytecie, a z drugiej strony wspomniany przywilej profesorów zniechęcałby do pracy naukowej asystentów szpitalnych, dla których droga objęcia w przyszłości stanowisk samodzielnych byłaby prawie zamknięta.

Dodać wreszcie należy, że każdy konkurs powinien decydować o jednym, najlepszym kandydacie. Inni, chociażby byli również godni objęcia stanowiska ordynatora, nie mogą być w przyszłości bez nowego konkursu na wakującą ordynaturę desygnowani, w międzyczasie bowiem mógł im wyrosnąć współzawodnik godniejszy od wszystkich dawniejszych.

Na każde opróżnione stanowisko ordynatora szpitalnego powinien być ogłaszany konkurs w pewnym ściśle przestrzeganim terminie, np. w miesiąc po zawakowaniu posady. Wprowadzonego od lat kilkunastu wielce szkodliwego zwyczaju komasowania oddziałów szpitalnych po zawakowaniu ordynatury należy nakonić już zaniechać. Nie do kasowania istniejących ordynatur, lecz, przeciwnie, do tworzenia nowych dążyć trzeba. Dwa argumenty, wysuwane na korzyść komasacji oddziałów szpitalnych: większy materiał naukowy dla ordynatora i oszczędność w wydatkach komunalnych—nie wytrzymują krytyki, jak to już wykazywaliśmy przez 2 lata w artykule: Duże czy małe oddziały szpitalne? („Warsz. Czasop. Lek.” 1928). Dziś powtórzmy tylko, że obsłużenie sumienne 100-lóżkowego oddziału przez jednego ordynatora, nawet przy pomocy asystentów, jest niemożliwe, a więc dzieje się ze szkodą i dla chorych i dla poziomu naukowego oddziału. Powtórzmy, że wzorowanie się na wielkich oddziałach niemieckich, mających do rozporządzenia kilku wytrawnych, płatnych i stale w szpitalu mieszkających asystentów, w naszych stosunkach nie da się zastosować. Powtórzmy

wreszcie, że oszczędność, jaką z krzywdą dla chorych i dla nauki robi magistrat jest znikoma w stosunku do olbrzymiego budżetu miasta; więcej nawet — oszczędność ta jest iluzoryczna, gdyż na wielkich oddziałach chorzy przebywają dłużej, czekając nieraz całymi dniami, czasem nawet tygodniami na dokładne zbadanie, a na oddziałach chirurgicznych na wykonanie operacji. Co się oszczędza na kasowaniu ordynatur, to traci się na niepotrzebnym przedłużaniu pobytu chorych w szpitalach. A i chorzy sami (lub gminy) tracą materiałnie z powodu dłuższego leżenia w szpitalu.

W stosunku zaś do lekarzy, rwących się do

pracy naukowej, do doskonalenia się w zawodzie, a napróżno czekających dziesiątki lat na wakans, zamykanie oddziałów szpitalnych jest zbrodnią, zabijaniem najszlachetniejszych dążeń i porywów.—

Pogrążone w letargu szpitalnictwo nasze ożyje, nabierze rozmachu, jego poziom naukowy wzrośnie, gdy kierownictwo szpitali znajdzie się w rękach sprężystych, a nadewszystko, gdy zamiast kasowania istniejących ordynatur zaplanuje dążność do tworzenia nowych.

O innej bolączce naszego szpitalnictwa — w następnym artykule.

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie skonfiskowanych przez sądy środków leczniczych.

Celem uniknięcia tego, aby skonfiskowane przez sądy, a niedozwolone do obrotu środki lecznicze w razie sprzedaży ich na ogólnych zasadach w drodze przetargu nie dostawały się znów do obiegu, Ministerstwo Sprawiedliwości poleciło sądom i prokuratorom, aby wszystkie skonfiskowane środki lecznicze przekazywali Wydziałom Zdrowia Publicznego właściwego Województwa.

W związku z powyższem Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zarządza co następuje:

1) w przypadku przekazania przez władze sądowe środków, dozwolonych do obrotu, zaproponować nabycie ich 3—5 firmom, uprawnionym do handlu środkami leczniczymi, i sprzedać najwięcej dającemu. Kwoty, uzyskane za środki sprzedane, należy przelać tej władzy sądowej, która je nadesłała. O ileby jednak przypuszczalna wartość rynkowa nadesłanych leków nie przenosiła 20 zł., należy je przekazać szpitalowi publicznemu (w rozumieniu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. Dz. U. R. P. Nr. 38 poz. 382). Formalne ocenienie wartości leku przez biegłego zarządza się tylko w miarę nieodzownej potrzeby;

2) w przypadku otrzymania środków, niedozwolonych do obrotu, a mających wartość leczniczą, należy je przekazać szpitalowi publicznemu bez względu na ich wartość;

3) o ileby wśród skonfiskowanych środków znajdowały się środki odurzające, należy je przesłać do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, dołączając odpis pisma, przy którym otrzymano te środki;

4) o ileby nadesłane środki tak dozwolone, jak i niedozwolone do obrotu, nie nadawały się do użytku, należy je zniszczyć w obecności urzędników i spisać o tem protokół, w którym należy taksatywnie wyszczególnić nazwy i ilości zniszczonych środków oraz powody, dla których uznano za konieczne poddać je zniszczeniu.

W każdym przypadku władze sądowe, przekazujące wyżej wymienione skonfiskowane środki lecznicze, winny być zawiadomione, co z temi środkami uczyniono.

(—) Dr. Piestrzyński

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— X Zjazd Psychiatrów Polskich w Łodzi (łącznie z Kochanówką i Wartą) uchwalił na posiedzeniu w Warcie dn. 9. VI. 1930 r. następujące wnioski:

I. Zjazd zwraca się do odpowiednich czynników rządowych z gorącym apelem, aby w imię najwyższych dóbr społecznych zechciały ściśle wykonywać przepisy ustawy antyalkoholowej, — aby zechciały zająć się rewizją zagadnienia Państwowego Monopolu Spirytusowego, powoławszy do współpracy odpowiednich przedstawicieli wiedzy lekarskiej, — aby zechciały uwzględnić w statystykach nieszczęśliwych wypadków przy pracy oraz w ruchu sprawę alkoholizmu jako przyczyny bezpośredniej lub pośredniej wypadku, — oraz by w celu skutecznej walki z plagą alkoholizmu u dzieci i młodzieży wprowadziły systematyczne wykłady alkoholologii w seminarjach nauczycielskich i odpowiednie wykłady z tej dziedziny w szkołach średnich i powszechnych (w wykładach tych czynny udział psychiatrów w roli psychohygienistów jest konieczny).

II. Zjazd zwraca się do prasy codziennej z gorącym apelem, aby zagadnienie alkoholizmu traktowała z całą powagą, na jaką zasługuje ta wielka klęska społeczna.

III. Uważając istnienie szpitala psychiatrycznego w Warcie za niezbędne ze względu na katastrofalny brak miejsc dla psychicznie chorych w województwie Łódzkim, opierając się także na wrażeniu, że w istniejących warunkach szpital łącznie z jego adneksami znakomicie odpowiada swojemu przeznaczeniu, X Zjazd Psychiatrów Polskich zwraca się do Pana Wojewody Łódzkiego z prośbą, by zechciał wziąć szpital w Warcie w obronę i by ugruntował byt tej instytucji na bezspornych fundamentach prawnych.

— Dyrekcja Związku Uzdrowisk Polskich nadesłała nam, z prośbą o wydrukowanie, następujący komunikat:

W związku z pewnemi uwagami co do wartości leczniczej solanek stężonych, w które obfituje Inowrocław, wydaje nam się wskazanem podać opinię Docenta Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie Dra A. Sabatowskiego. Opinia ta brzmi jak następuje:

„Stężone solanki są oddawna w użyciu leczniczem, przyczem rozcieńcza się je do celów kąpielowych, wlewalnianych i do picia. Biorąc pod uwagę już tylko środkową Europę, widzimy solankę 31% w Rheinfelden w Szwajcarii, obecnie bardzo popularną wśród Anglików, dalej solankę 26% w Hall (Tyrol) i Jschl oraz 23% w Reichenhall, gdzie się ją rozcieńcza do 5 i 4% do kąpeli, na 1% do picia i wlewaniania. W Issingen używa się do celów kąpielowych 10 do 14% solanki odpowiednio rozcieńczonej i gazowanej (Sool-sprudel i Schönbornsprudel).

Prawie we wszystkich tych miejscowościach są warzelnie soli, co jest oczywiste przy tak znacznym stężeniu solanki.

Są to wszystko solanki o zupełnie podobnym składzie do inowrocławskiej, a więc przy ogromnych ilościach chlorku sodu czyli soli kuchennej zawierają małe ilości soli potasowych, wapniowych i magnezowych i jeszcze mniejsze ilości soli jodowych i bromowych. Solankę inowrocławską należy postawić obok tej z Rheinfelden tak co do stężenia jak i co do składu.

W Polsce są również stężone solanki używane w zdrojowiskach. Umyślnie jednak wstrzymuje się od ich porównywania między sobą wychodząc z założenia, że zakaz takich porównywań zdrojowych krajowych między sobą, zawarty np. w ustawie zdrojowskiej rumuńskiej jest życiowo bardzo na miejscu, jako wykluczający niepożądaną a czasem gorszącą polemikę między zdrojowiskami.

Okoliczność, że głównym składnikiem wody mineralnej jest sól kuchenna czyli chlorek sodu nie ujmuje więc — jak widzimy — znaczenia i wartości tych wód w umiejętnym stosowaniu leczniczym.

Wskazania, jakie wieloletnia empirja tym wodom wyznaczyła są: gościec stawowy i mięśniowy, gościec dnawy (gicht), sprawy pozapalne narządów jamy brzusznej, okostnej i nerwów obwodowych, otyłość, a w leczeniu wziewalaniem cały szereg schorzeń górnych dróg oddechowych. W praktyce dziecięcej obok schorzeń reumatycznych leczone są żolzy.

Jak na te sprawy zapatrują się kierownicy np. lecznictwa kasowego w Niemczech, niech poświadczy fakt, że zdrojowisko Sülze w Meklenburgji, posiadające stężone solanki i borowinę, zostało w r. 1927 nabyte przez meklenburski związek kas chorych dla własnego użytku. W listopadzie 1929 otwarto tam instytut naukowo-leczniczy przeciwreumatyczny. W mowie inauguracyjnej taki znawca spraw reumatycznych jak Prof. Curschmann z Rostock, który jest naukowym opiekunem tego zdrojowiska, podnosił dotychczasowe piękne wyniki lecznicze tam osiągnięte. Na 981 chorych dorosłych i 704 dzieci w 90% osiągnięto wyleczenie lub znaczną poprawę stanu, przywracającą zdolność pracy.

Że takie same wyniki można osiągnąć umiejętnym stosowaniem solanki i borowiny inowrocławskiej o tem nie mamy prawa wątpić.

Lwów, dnia 18 marca 1930 r.

(—) Doc. Dr. Antoni Sabatowski.

— Nr. 6 miesięcznika „Wiedza i Życie” zawiera: Ewa Białynia. Ideale Komisji Edukacyjnej Narodowej w pismach Grzegorza Piramowicza. W. Massalski. Ewolucja Afryki. Al. Palkowski. Szkolny ruch krajoznawczy zagranicą. Dr. J. Kołodziejczyk. Zagadnienie ochrony przyrody w Polsce. J. W. Kosmowska. Przeszłość historyczna i współczesny rozwój Belgji. Życie współczesne. Zdobyte wiedzy Związek polskiego nauczycielstwa szkół powszechnych.

TREŚĆ: M. SZOUR. W sprawie rozpoznawania klinicznego białaczki ostrej. (Dok.). — P. BAUMRITTER i St. BIELOBRADEK. Przypadek śpiączki cukrzyczej u dwuletniego dziecka. — B. GOLDSTEIN. O wartości rozpoznawczej badania treści żołądkowej. (Str. pogl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy — Z. SREBRNY. Na marginesie nowej Ustawy Szpitalnej. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. SZOUR. Sur le diagnostic clinique de la leukaemie aiguë. (fin). — P. BAUMRITTER et St. BIELOBRADEK. Un cas de coma diabétique chez un enfant de deux ans. — B. GOLDSTEIN. Sur la valeur diagnostique de l'examen du contenu de l'estomac. (Rev. gén. suite). — Z. SREBRNY. A propos du nouveau Statut des hôpitaux.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

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

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 150.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie ina prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3ej do 4ej pp.

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

Drukarnia „SIŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

NASTĘPNY NUMER PODWÓJNY WYJDZIE DNIA 31 LIPCA R. B.