

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA: WILHELM KNAPPE

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

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

Rok X

WARSZAWA, 29 CZERWCA 1933 R.

Nr. 25-26

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Bóle głowy pochodzenia ocznego, bóle oczu pochodzenia pozaocznego*).

Podał
Leon ENDELMAN (Warszawa).

Jest teraz rzeczą pewną, nie dającą się już zaprzeczyć, że obok znacznych korzyści, jakie osiągnęła nauka nasza dzięki jej podziałowi na wielką liczbę specjalności, płyną z tej właśnie racji dla niej i szkody, których niedoceniać nam nie należy: specjalista, zasklepiony tylko w swej gałęzi medycyny praktycznej, nieomal na każdym kroku popełniać będzie błędy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób swej specjalności. Z tego też względu obecnie jest wszędzie na porządku dziennym omawianie stanów i postaci chorobowych, stojących na pograniczu dwu, a niekiedy i więcej specjalności. Taki cel przyświeca mi w dzisiejszym bardzo zwięzłym odczycie.

Nie mam potrzeby podkreślać, jak często spotyka się lekarz - praktyk z tak pospolitym objawem chorobowym, jak bóle głowy. Objaw ten towarzyszy najróżnorodniejszym stanom chorobowym, źródłem jego bywają wszystkie niemal narządy, umiejscowione w głowie. Z jednym takim, bodaj najczęstszym, a zazwyczaj mało jeszcze powszechnie docenianem, ogniskiem, z którego powstawać mogą bardzo dotkliwe, uporczywe i niczem niedające się zwalczyć, o ile nie będzie zastosowane leczenie miejscowe, ściśle przyczynowe, bóle głowy, pragnę zaznajomić nieco dokładniej słuchaczy. Mam tu na myśli cały szereg wad wrodzonych lub rozwojowych, stanów chorobowych i zachorzeń narządu wzroku.

W wieku dziecięcym, ściślej wieku szkolnym, gdy narządowi wzroku zaczyna się stawiać coraz to większe wymagania, często spotykamy się z bólami głowy, zależnymi całkowicie od t. zw. niedomogi nastawczości (*asthenopia accomodativa*), która płynie z wady wrodzonej wzroku — nadwzroczności. W nadwzroczności przedmioty otaczającego nas świata, czy dalekie czy bliskie, nie odbijają się na siatkówce, o ile nie nastąpi skurcz mięśnia rzęskowego, wywołującego czynność akkomodacyjną oka. Skurcz ten będzie tem większy, im więk-

szego stopnia będzie nadwzroczność, i im bliższy będzie przedmiot, w który osoba nadwzroczna się wpatruje. Zwrócić należy uwagę, że dziecko takie bardzo często widzi doskonale i zdaleka i zbliża, bo w wieku dziecięcym zasób akkomodacji jest znaczny, lecz odbywa się to dzięki trwałemu i nadmiernemu napięciu mięśnia rzęskowego, które przejść może już w stały jego skurcz, a to zazwyczaj drogą odruchową powoduje napadowe lub stałe bóle głowy, najczęściej po dłuższej lub krótszej pracy. Umiejscawiają się one zwykle w okolicy czołowej lub skroniach. Bywa niekiedy, że stan ten pociąga za sobą i gorsze skutki: ból głowy doprowadza do młotności, braku łaknienia, niedokrewności. Dokładne zbadanie refrakcji dziecka, przyczem zachodzi niekiedy potrzeba atropinizacji oczu, wykryje w tych razach nadwzroczność, a zastosowanie szkieł uleczy wszystkie objawy chorobowe. Również częstą przyczyną bólów głowy u dzieci bywa nieźorność (a s t y g m a t y z m), zwłaszcza nadwzroczna. I tu jedynie zastosowanie odpowiednich szkieł pomóc dziecku może.

W nieco późniejszym wieku źródłem dokuczliwych, jeszcze bardziej nieznosnych bólów głowy bywa t. zw. niedomoga mięśni ocznych (*asthenopia muscularis*). Łączą się z temi zaburzeniami stany t. zw. h e t e r o f o r j i, polegające na tem, że obie gałki oczne nie stoją zupełnie równolegle jedna do drugiej, lecz są już w spokoju nieco odchylone nazewnątrz (t. z. *exophoria*), nawewnątrz (t. zw. *esophoria*), lub wreszcie w kierunku pionowym (t. z. *hyperphoria*). Jest rzeczą zrozumiałą, że w tych warunkach niektóre mięśnie będą wymagały mocniejszego skurczu, aniżeli toby wypadło w warunkach prawidłowych. Przy zwiększonym nieco wysiłku, jakiego wymaga dłuższa praca, osoby, dotknięte heteroforją, doznawać będą bardzo przykrych sensacji, połączonych z dotkliwym bólem głowy. Zapobiec tym bólom możemy, zalecając chorym szkła klinowe (pryzmatyczne), a w nadmiernej heteroforji uciec się musimy do jednej z operacji, jakie stosujemy w zezie.

Podobne do powyższych bóle głowy miewają chorzy, dotknięci lekką niedomogą jakiegokolwiek mięśnia gałek ocznych. Często chorzy tacy nie zdają sobie sprawy, że mają obrazy zdwojone otaczającego świata,

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Zrzeszenia Lekarzy Rz. P. w dniu 6 grudnia 1932 r.

jak to zawsze już przy lekkiej niedomodze mięśnia ocznego ma miejsce, lecz uskarżają się na zawroty i bóle głowy. Tu zwrócić uwagę należy, iż przy nieznacznych stopniach porażenia mięśni ocznych może nie być ograniczenia ruchów w którymś kierunku, gdyż gałka oczna może być niekiedy doprowadzana nawet do krańcowego ustawienia dzięki wzmożonej innerwacji porażonego mięśnia.

Wróćmy jeszcze na chwilę do wad refrakcji i akkomodacji. U osób w wieku starszym, mających miarową refrakcję (*emmetropia*), skutkiem fizjologicznego stopniowego osłabienia zdolności nastawczej, wywołanego wzmaganiem się wciąż stwardnieniem soczewki, nastąpi chwila, gdy praca z bliskiej odległości będzie połączona z bólami głowy o tym samym charakterze, co bóle w nadwzroczności. We wszelkich sprawach chorobowych układu nerwowego ośrodkowego, w których przebiegu występować może zajęcie jąder mięśnia rzęskowego, więc porażenie akkomodacji, a nie są one tak rzadkie, chorzy skarżyć się będą na bóle głowy przy próbach czytania lub pisania.

Innego rodzaju bólami głowy są dotknięte osoby obciążone postępującą krótkowzrocznością nadmierną, więc ponad 10 D. Chorzy ci często uskarżają się na trapiące ich prawie stale bóle w okolicy czoła, skroni, ciemienia, a nawet potylicy; są one zazwyczaj niezależne od pracy, gdyż występują i u takich chorych, co już utracili zupełnie możliwość czytania lub pisania skutkiem daleko sięgających zmian wstecznych na dnie oka. Wytlumaczyć je chyba można stałym podrażnieniem tylnych nerwów rzęskowych skutkiem postępującego wydłużania się przednio - tylnej osi gałki ocznej.

A teraz przejdźmy do bardzo rozległej kategorii chorób oczu, którym z reguły towarzyszą bóle głowy, niekiedy o tak znacznym natężeniu, jakiego nie spotyka się w innych stanach chorobowych. Zważyć należy, że oko jest narządem bodaj najbardziej w sploty nerwowe uposażonym. Każde ich zadrażnienie drogą odruchową przenosi się nawet na odległe okolice ciała i narządy (odruch *A s c h n e r a*). Wystarczy, jeśli dla przykładu weźmiemy osobę z ciałem obcym pod powieką. Niekiedy już po paru godzinach znajdowania się w oku jakiegoś żdźbła lub drobnego pyłka węglowego osoba taka jest wprost złamana fizycznie skutkiem bólów w oku, promieniujących we wszystkich kierunkach głowy. Zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego należy do rzędu najboleśniejszych zachorzeń, a bóle nigdy nie ograniczają się do oka, lecz rozchodzą się po całej głowie. Nawet zachorzenia ochronnych części oka, jak jęczmień na powiece lub zapalenie spojówek, może powodować u osób wrażliwych dotkliwie bóle głowy.

Oddzielny rozdział należy się bólom głowy, spotrzegany w jaskrze, a to głównie dlatego, że dominują one do tego stopnia w całym obrazie chorobowym, że chorzy, zwłaszcza w napadzie ostrej jaskry, czy to nie zdając sobie sprawy z utraty wzroku, jaki zazwyczaj towarzyszy takiemu napadowi, czy też uważając zamroczenie wzroku jedynie za następstwo piorunujących bólów głowy, bardzo często zwracają się nie do okulisty, lecz internisty, szukając u niego pomocy. Zwrócić nadto należy uwagę, że prócz bólów głowy ostremu napadowi jaskry towarzyszą jeszcze bardzo często nudności i wymioty, tak, że sami chorzy, a niekiedy i lekarz, który o możliwości jaskry w tych razach nie pamięta, rozpoznają ostrą niedyspozycję żołądkową. Wystarczy wtedy już powierzchowne zbadanie oka, by się ustrzec od tej

bardzo ciężkiej w następstwie omyłki rozpoznawczej: gałka w napadzie jaskry jest mocno nastrzyknięta, źrenica nieprawidłowo rozszerzona, na światło nie oddziałują, rogówka traci swój lustrzany połysk, a co najważniejsza, palpacja obydwoma wskazicielami wykryje kamienną niemal twardość gałki (najlepiej porównać napięcie jednej i drugiej gałki). Trudniej nieco rozpoznać jaskrę podostrą czy też przewlekłą z powtarzającymi się od czasu do czasu nasileniami wzmożonego ciśnienia wewnątrzgałkowego, dla których to postaci jaskry również znamieny jest ból głowy, a trudniej jest to dlatego, bo w tych przypadkach zmiany w źrenicy i w napięciu gałki nie są w tym stopniu wydadne, lecz, bądź co bądź, zazwyczaj i w tych razach źrenice wydają się podejrzanym i niespecjaliście. Jeśli chory, pytany o to, doda jeszcze, że miewa napady widzenia barwnych kół dookoła płomienia w nocy lub krótkotrwałe zamglenia wzroku w dzień, rozpoznanie jaskry staje się prawie że pewne. Z rzadziej spotykanych chorób oczu, którym towarzyszą bóle głowy, należy przytoczyć zapalenie nerwów wzrokowych, zwłaszcza ich odcinków pozagałkowych i tarcze zastoinowe. Są to bóle poniekąd dość znamienne, gdyż tkwią one jakby w głębi oczodołów i dookoła nich, nasilają się przy wszelkich ruchach gałek, zwłaszcza zaś przy wciskaniu gałek do oczodołów. Objaw ten — nadmierna bolesność już przy najlżejszym ucisku na gałki oczne przy zamkniętych powiekach — spostrzegałem parę razy u chorych w początkowych okresach zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego, nawet wtedy, gdy w dniu ocznym nie było żadnych zmian lub też jedynie tylko nieznaczne przekrwienie brodawek nerwów wzrokowych, któremu nie zwykliśmy nadawać zbyt wielkiego znaczenia. Zgodnie z wieloma otjatrami uważam bóle w okolicach gałek ocznych i nadmierną ich wrażliwość na ucisk za objaw rozpoczynających się powikłań mózgowych w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego.

Parę słów należy się t. zw. migrenie ocznej, bo jest ona dość rozpowszechniona, a chorzy, nią dotknięci, zwykle bardzo szczegółowo opisują zjawiska świetlne, jakie występują podczas takiego napadu, uważając, że dopiero taki szczegółowy opis da możliwość lekarzowi zorientowania się w rodzaju ich cierpienia. Zwykle napad taki rozpoczyna się od migotania, błysków w oczach lub zamroczenia częściowego lub całkowitego pola widzenia. Te migocące mroczki najczęściej są zwiastunem silnego połowiczego bólu głowy, który z kolei kończyć się może mdłościami, a nawet wymiotami, jak to w typowej migrenie bywa. Wiemy już obecnie z dokładnością zupełną, że tętnice siatkówki ulegać mogą kurczom napadowym, tak, jak im ulegają tętnice rozmaitych odcinków kory mózgowej.

W związku z migreną oczną wspomnieć należy o najrozmaitszych dolegliwościach ocznych i bólach w otaczających oko częściach głowy u osób histerycznych i neurasteników. W dawnych podręcznikach udzielano im względnie dużo uwagi, a nawet istniał dla nich zespół zwany *copiopia hysterica*. Obecnie jesteśmy tu, jak i w innych dziedzinach, znacznie ostrożniejsi z rozpoznaniem hysterji, gdyż najczęściej u podstawy podobnych objawów podmiotowych leżą, jak to wyżej wskazaliśmy, zaburzenia refrakcji, akkomodacji lub niedomogi mięśniowej.

Z powyższych nader ułamkowych rozważań płynie wniosek praktyczny: internista przy badaniu chorego, u którego w wywiadach spotyka się z bólami gł.

wy musi udzielić nieco czasu na powierzchowne choćby zbadanie zewnętrznych części oczu, ruchów gałek, źrenic i tęczówki. W wywiadach u takich chorych powinny też znaleźć uwzględnienie pytania co do stanu wzroku w dal i zbliżka, łatwego wyczerpywania się przy pracy, różnych doznawań wzrokowych (koła tęczowe, mroczki).

Drugiej połowie mojego odczytu poświęcę tylko parę uwag. Ta część jest raczej skierowana pod adresem kolegów okulistów, gdyż chorzy, o których zaraz będzie mowa, najczęściej trafiają przedewszystkiem do nas — okulistów. Chodzi mi w tej chwili o bóle w cierpieniach ocznych, które to choroby stanowią tylko objaw towarzyszący lub też są następstwem pewnego zaburzenia w całym ustroju lub w innych narządach.

Już długotrwałe bóle lub rozmaite przykre doznawania w oczach, dla których nie znajdujemy dostatecznego oparcia w stanie przedmiotowym, powinny nas naprowadzić na poszukiwania ich przyczyny w stanie ogólnym. T. z. suche nieżyty spojówek lub przewlekłe zaczerwienienia brzegów powiek są często oznaką jakiejś skazy ogólnej. Nie możemy ich najczęściej tłómaczyć w tych przypadkach stałymi drażnieniami mechanicznymi lub chemicznymi, bo nader często spotykamy je u osób ze sfer zamożniejszych, która przebywa w warunkach jaknajbardziej higienicznych. Natomiast przepisanie osobie młodej leczenia wzmacniającego (arszenik, żelazo, strychnina) często bez wszelkiej terapii miejscowej usuwa na czas dłuższy wszystkie dolegliwości. Przekonywamy się na wielu chorych, że dłuższy wypoczynek letni w jakiegokolwiek miejscowości wpływa nader dodatnio na objawy ze strony oczu, które ustępują wraz z poprawą stanu ogólnego. U osób starszych wcale nierzadko spotykamy się ze skargami na uczucie prawie stałego pieczenia, swędzenia, obcego ciała pod powiekami; zmusza ich to do ciągłego przecierania oczu lub posługiwania się po parę razy dziennie okładami z kwasu bornego, rumianku lub essencji herbaty. Jaknajdokładniejsze badanie powiek i spojówek najczęściej nic w tych przypadkach nam nie wykrywa, co najwyżej nieznaczny stan zapalny w skórze powiek w postaci jej lekkiego obrzęku lub zaczerwienienia. Jest to, zdaniem mojem, bo w podręcznikach okulistyki nigdzie niema o tem wzmianki, rodzaj świądu, jakiego doznają w wielu innych częściach ciała osoby starsze z rozmaitymi zaburzeniami w przemianie materji. Oczywiście, że rzetelną pomoc chorym takim przynieść może jedynie leczenie ogólne.

Nierzadko osoby starsze mają od czasu do czasu nawroty silnego przekrwienia białówek w obrębie szpar ocznych, którym towarzyszy pewna bolesność. Takie nawrotowe zapalenia nadtwardówki (*episcleritis*) u osób młodych bardzo często rozpoznajemy jako zapalenia pochodzenia gruźliczego, u osób zaś starszych w przeważającej liczbie przypadków są one również zależne od skazy ogólnej. Często sami chorzy wiedzą doskonale, że wypicie kieliszka wina lub wódki albo też zjedzenie zbyt pikantnej potrawy sprowadza nawrót choroby.

Dość często zwracają się do nas okulistów, zwłaszcza w porze angin, nieżytów nosa i grypy, chorzy ze

skargami na bardzo dotkliwe bóle oczu. Przy bliższym badaniu okazuje się, że nie są bolesne same gałki oczne, lecz krawędzie oczodołów, najczęściej zaś górna wewnętrzną, nosowym jej kącie. Zwraca uwagę, że znacznie rzadziej punktem najboleśniejszym jest otwór nadoczodołowy, częściej o wiele okolica bloczka. Również znamienym objawem jest silna bolesność przy opukiwaniu okolicy czołowej bliżej nasady nosa. Jasną jest rzeczą, że w tych przypadkach mamy do czynienia z zajęciem zatoki czołowej w przebiegu lub w następstwie nieżyty nosa lub grypy. Nieco rzadziej mamy bolesność wewnętrznej ściany w okolicy woreczka łzowego, co przy braku objawów ze strony tego narządu (uprzednie długotrwałe łzawienie, ropna wydzielina przy ucisku na woreczek) wskazuje na sprawę w komórkach sitowych.

W przebiegu grypy spostrzegam niekiedy bardzo dotkliwe bóle gałek ocznych, potęgujące się przy każdym ich ruchu i przy najlżejszym ucisku na nie, którym towarzyszy niewielki obrzęk powiek, nieznaczny wytrzeszcz i lekkie obrzmienie spojówek gałkowych. Są to przypadki zapalenia surowiczego otoczki Tenon'a, które może występować samoistnie lub też towarzyszyć zapaleniom surowiczym jam obocznych nosa.

Późną wiosną i wczesnym latem zjawia się u nas inny rodzaj chorych. Są to przeważnie dzieci i osoby w wieku młodym, które skarżą się na nader dokuczliwe palenie i swędzenie w oczach. Badanie takich chorych wykrywa jedynie bardzo nikiel zmiany w spojówkach, przypominające t. zw. nieżyt wiosenny oczu. O tych poronnych postaciach nieżyty wiosennego ogłosiłem pracę w roku ubiegłym w Zeitschrift f. Augenheilkunde. Cierpienie to należy do rzędu t. z. alergicznych chorób, jak gorączka sienna, dychawica oskrzelowa, więc środki miejscowe tu nie wystarczają, lecz, mając na względzie leczenie przyczynowe, odczuwać należy cały czy to przez podawanie wapnia, czy przez wlewania dożylnie afenilu, o ile nie zechcemy lub nie możemy chorego poddać leczeniu swoistemu przez szczepienia rozmaitych allergenów.

Wzmianka jeszcze należy się dolegliwościom ocznym, powstałym z powodu chorych zębów. Nie mam tu na myśli takich chorób, jak zapalenie tęczówki i ciała szklстого, w których zwłaszcza dawniej lekarze amerykańscy często doszukiwali się t. z. *oral sepsis*, lecz właśnie tylko pewne dolegliwości, jak niewielkie drażnienia, powierzchowne nastrzyknięcia, pewien światłowstręt, nieco zwięzła szpara powiekowa, a najczęściej dość uporczywe łzawienie, dla którego nie znajdujemy przyczyny w drogach, odprowadzających łzy do jamy nosowej. O ile sprawa dotyczy jednego tylko oka, spotykam od czasu do czasu u swoich chorych przewlekłą sprawę w zębodołach, leżącą u podłoża tych zaburzeń.

Omówiłem tu niemal w skrócie konspektowym szereg zachorzeń, stojących na pograniczu okulistyki i innych gałęzi wiedzy lekarskiej. Przekonany jestem, że większość z nich, jeśli nie wszystkie, dobrze są znane Koleżankom i Kolegom, lecz postąpiłem w myśl zasady: „*Repetitio est mater studiorum*”.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddz. fizjoterapeutycznego Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Kierownik: J. R o t s t a d t).

Ból barkowy jako zagadnienie rozpoznawcze.

Podał

Szymon HOPENSZTADT.

Ból barku jest skargą, często stwierdzaną w praktyce lekarskiej. Jednak nie zawsze orientujemy się dość dokładnie, gdy idzie o ustalenie i różniczkowanie schorzeń, powodujących ból barku. Jest to poniekąd zrozumiałe, gdy się zważy, że sprawy te należą do pogranicza chirurgii, chorób wewnętrznych i neurologii.

Zamierzamy tu właśnie wyodrębnić i zestawić najważniejsze kliniczne znamiona różniczkowe, tak ważne dla ustalenia dokładnego rozpoznania i planu leczenia.

Chorzy z cierpieniem tem zazwyczaj zgłaszają się do lekarza, skarżąc się na ograniczenie ruchów kończyny górnej oraz bóle, promieniujące zwykle do łopatki i do ramienia, nawet do dłoni, a wzmagające się w nocy.

Podczas badania kończyny górnej stwierdza się wówczas ograniczenie ruchów biernych i czynnych, a nawet próba najslabszego ruchu wywołuje już ból, natrafia na opór.

Chory trzyma rękę najchętniej w addukcji i lekkiej rotacji nawewnątrz, a więc w ułożeniu, sprawiającem najmniej bólu, gdyż kończyna ma oparcie o klatkę piersiową.

Taki w szkicu najkrótszym jest obraz chorobowy, gdy dominującym objawem klinicznym staje się ból w barku.

Teraz przejdziemy do przeglądu spraw, które w ewolucji swej dają powyższe objawy, jako przodujące znamiona kliniczne.

W grę tu wchodzić mogą schorzenia następujących odcinków pasa barkowego, względnie kończyny górnej.

A więc schorzenia:

1) stawów (barkowego, szczytowo - obojczykowego);

2) torebek maziowych (*bursitis subdeltoides, subacromialis i subcoracoidea*);

3) mięśni (*myalgia scapularis, myositis*);

4) nerwów (*neuralgia plexus brachialis, neuritis*);

5) kości (zapalenie okostny, zapalenie szpiku kości ramieniowej, gruźlica i nowotwory, naprz. mięsaki kości, złamania, zwichnięcia);

6) choroby wewnętrzne, dające drogą promieniowania ból barku.

Należy pamiętać, że w ostrych stanach momenty różniczkowe występują o wiele wyraźniej, a wyodrębnianie poszczególnych schorzeń staje się — z natury rzeczy — trudniejsze, gdy idzie o sprawy przewlekłe.

Zacznijmy od klinicznej oceny sprawy stawowej barkowej, jako prawie najczęstszej przyczyny bólu barkowego.

Ostry stan zapalny stawu, jak wiadomo, znamionują: t^o podwyższona, wysięk w stawie barkowym, zwykle mało widoczny, ograniczenie ruchów we wszelkich kierunkach oraz bolesność dotykowa całego stawu.

Należy pamiętać, że często spostrzega się ostry reumatyzm stawowy, umiejscowiony jedynie w stawie barkowym (*monoarthritis rheumat. acut.*). Poważniejsze trudności rozpoznawcze nasuwa chroniczne zapalenie

stawu barkowego (*omarthritis chronica*). Należy tu brać pod uwagę albo sprawę pozapalną, albo pierwotny gościec zniekształcający, albo dnę, wzgl. sprawy skazowe.

Podczas badania stwierdzamy przede wszystkim znaczne ograniczenie ruchów obrotowych. W związku z tem ograniczony i bolesny jest ruch ręki ku tyłowi, w kierunku części krzyżowo - lędźwiowej, oraz ruch w stronę karku, albowiem konieczne tu się stają zwroty rotacyjne kończyny nawewnątrz i nazewnątrz. Ograniczenie ruchu ku tyłowi w stronę krzyżową jest znamienne dla sprawy stawowej. Następnie znacznie ograniczona jest abdukcja, mniej zwykle elewacja ku przodowi. Wymiary ruchów biernych są przeważnie zachowane w granicach odpowiednich ruchów czynnych, albo też mamy zwiększenie rozmiaru ruchu biernego w stosunku do czynnego o 15% — 20%.

Również ruch przedramienia wywołuje niekiedy silne bóle barku, co, zdawałoby się zrazu, nie ma bezpośredniego związku z odosobnionem schorzeniem stawu barkowego. Tłumaczy się to tem jednak, że skurcze mięśni przedramienia, które mają swe miejsce przyczepu u stawu barkowego, z natury rzeczy wywołują ból w tym stawie (naprz. *m. biceps*, którego jedno ścięgno — główki długiej — przechodzi przez staw barkowy).

Pozatem pewne znaczenie ma także przewodnictwo wstrząsu, wywołanego ruchem, w stronę chorego stawu barkowego, a to powoduje również ból w tym odcinku. Tem tłumaczyć należałoby również bóle, występujące niekiedy przy ruchach wyłącznie tylko stawu nadgarstkowego. Naturalnie, że powyższe objawy dotyczą głównie ostrego schorzenia stawu barkowego.

Następnie stwierdzamy zaniki mięśni barku, szczególnie w *deltoid.*, *biceps*, *supra - infraspinatus*. Zanik ten jest najprawdopodobniej pochodzenia troficznego. Według t. zw. teorii odruchowej zaników mięśni w odcinkach stawów chorych (teorii, wysuniętej przez V u l p i a n a, opartej na badaniach doświadczalnych Ch a r c o t a i H a l i p r é), nerwy czuciowe stawu przy normalnej czynności pobudzają stan troficzny mięśni; w schorzeniach stawów zaś nadmiernie pobudzone nerwy czuciowe drażnią drogą odruchową rogi przednie w istocie szarej rdzenia, a stąd wpływają ujemnie na stan troficzny mięśni. Należy jednak podkreślić, że zanik z braku ruchu normalnego (*atrophia ex inactivitate*) odgrywa tu również bardzo poważną rolę. Jak niejednokrotnie stwierdzaliśmy to na oddziale, zanik mięśni wokół stawu występuje najwybitniej i najszybciej w sprawach pourazowych, gdy ograniczenie ruchów w danym odcinku stawowym, z natury rzeczy, następuje zaraz po urazie.

Badanie stawu barkowego wykrywa mniejszą lub większą wrażliwość główki kości ramieniowej na dotyk, głębszy z przodu, obok braku wyraźnej miejscowej bolesności, odpowiadającej schorzałym torebkom maziowym. Uderzenie w łokieć lub główkę kości ramieniowej od strony pachowej powoduje ból w barku; często i ugniatanie głębsze miejsca splotu barkowego wywołuje tam również znaczny ból.

W przypadkach *omarthritis deformans* dłoń, nałożona na powierzchnię stawu, wyczuwa trzeszczenia w stawie poruszonym. Należy jednak pamiętać, że często i u zdrowych słyszymy trzeszczenia podczas ruchów. W przypadkach wątpliwych zdjęcie rentgenowskie może

U n g u e n t u m

Desitin

Drancz

Nowość
Poważny postęp
wytwórczości
krajowej.

**JEDYNA NIEOGRANICZENIE TRWAŁA MAŚĆ LECZNICZA Z ZAWAR-
TOŚCIĄ CHLOROWANEGO TRANU RYBIEGO.**

Wskutek niezwykłego działania leczniczego, szerokiego zakresu wskazań,
oszczędności w użyciu i przystępnej ceny odpowiada maść Desitin wszelkim
wymogom ekonomicznego przepisywania.

GLÓWNE WSKAZANIA:

Combustiones, Decubitus, Ekzema, Haemorrhoides, Intertrigo,
Ulcus cruris, leczenie ran wszelkiego rodzaju.

CENA:

Tubka zł. 2.20

Opak. klin. po 250 gr. zł. 10.-

WYTWÓRCA:

Aptekarz Drancz i S-ka, Bielsko

Laboratorium Chemiczno-Farmaceutyczne



LUMINAL

ANTISPASMODICUM, SEDATIVUM i HYPNOTICUM

WSKAZANIA:

**Epilepsja, stany silnego podniecenia,
ciężka bezsenność.**

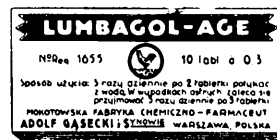


Rurki zaw. 10 tabletek po 0,1 g 2,20 zł., po 0,3 g 5,75 zł.
Dawkowania: $\frac{1}{2}$ — 1 tabl. ew. kilka razy dziennie.
Luminal po 0,015 g, opakow. zaw. 30 tabl. 2,20 zł.

E. MERCK — DARMSTADT

Przedstawicielstwo Działu Naukowego: WARSZAWA, TŁOMACKIE 1, tel. 617-71.

Nowy przeciwbólowy i przeciwgorączkowy
środek pod nazwą



LUMBAGOL-AGE

Reg. Nr. 1655

Cena

detal. 2 zł.

jest wapniowem połączeniem kwasu β -phenylo-cinchoninowego z chininianem piperazyny i kwasem acetylo-salicylowym.

LUMBAGOL AGE jest energicznym rozpuszczalnikiem kwasu moczowego i soli jego moczanów oraz wybitnym środkiem moczopędnym. — Lumbagol Age działa skutecznie w przypadkach, w których inne środki zawodzą. — Lumbagol Age nie posiada żadnego szkodliwego, ubocznego działania, nawet przy dłuższem stosowaniu. — Wskazania: Lumbago, ischias, podagra, reumatyzm, artretyzm, bóle stawowe, kostne i neuralgiczne, piasek i kamica nerkowa, grypa, przeziębienia, zła przemiana materji i t. p. — Użycie: 3 razy dziennie połykać z wodą po 2—3 tabletki (lepiej pokrusz.) po jedzeniu.

LUMBAGOL AGE — w proszku do receptury. — Dawki jednorazowe 0,5 — 0,6 pro die 2,5 g.

ADOLF GASECKI I SYNOWIE, MOKOTOWSKA FABRYKA
CHEM.-FARMACEUTYCZNA **w Warszawie,** KANTOR FABR.
ul. LESZNO 41.

AGOMENSINA.
luteamina

Czynna substancja,
wydzielona z jajników,
rozpuszczalna w wodzie.

Zanik miesiączki.
Niedokształcenia narządów
płciowych. Niepłodność.
Objawy pokastracyjne
i klimakteryczne.

Drażetki
Amputki.



SISTOMENSINA.
luteolipoid

Standardyzowany hormon
z corpus luteum rozpuszczalny
w lipoidach, regulujący
miesiączkowanie i rozwój
narządów rodnych.

Hyperfunkcje jajnikowe,
zaburzenia w miesiączkowaniu:
bolesność, nadmiar krwa-
wienia bez organicznych
przyczyn etc.

Drażetki
Amputki.

Przeciwno zespołowi objawów,
stałe powtarzających się w okresie prze-
kwitania i w przypadkach pokastracyjnych:

PROKLIMAN.

R. B. t.

mieć wogóle znaczenie rozstrzygające dzięki ujawnieniu zmian w stawie.

W przypadkach przewlekłych, gdy doszło do zeszczywnienia stawu barkowego, za ruchu kończyny górnej postępuje łopatka (normalnie spostrzega się to tylko przy ruchach kończyny ponad poziom pasa barkowego). P l a t e podkreśla, że w przypadkach zeszczywnienia stawu barkowego brzeg przysrodkowy łopatki ma kierunek bardziej skośny, aniżeli normalnie (górny kąt łopatki jest przesunięty bliżej do kręgosłupa, dolny — dalej). Następuje to wskutek pociągnięcia łopatki przez zrosty stawowe nazewnątrż i ku górze. Gdy przy próbach odpowiednich unieruchomimy łopatkę, ruchy w stawie barkowym stają się jeszcze bardziej ograniczone, nawet niekiedy zupełnie zniesione.

Niekiedy sprawa może się umiejscowić nie w stawie barkowym, lecz jedynie w obrębie stawu szczytowo - obojczykowego (*articulatio acromioclavicularis*). Wówczas występuje ograniczenie zgięcia ręki ku przodowi i tyłowi oraz odprowadzanie wyłącznie tylko do poziomu pasa barkowego obok zachowania ruchów obrotowych; pozwala to na wyłączenie w rozpoznaniu cierpienia stawu barkowego. W zajęтым odcinku stawowym stwierdzamy zgrubienie oraz umiejscowioną tamże bolesność.

Równolegle często współistnieć może *bursit. subacromialis*, którą trudno wyodrębnić w okresie trwania miejscowej sprawy stawowej. Przy pomocy promieni R t g. zwykle ujawnia się zmiany o charakterze *arthritides deformans*.

Przechodźmy następnie do omówienia schorzeń torebek maziowych.

Należy tu mieć na względzie 3 torebki maziowe: *bursa subdeltoidea*, *subacromialis* i *subcoracoidea*. Wszystkie te torebki mieszczą się w pewnym oddaleniu od siebie, w przestrzeni pod mięśniem naramiennym, w bliskości biegnących tu gałęzi nerwowych oraz naczyń krwionośnych.

Zrosty tych torebek z otaczającymi tkankami mogą spowodować mniejsze lub większe uszczywnienie stawu (*periarthritis humero - scapularis* — D u p l a y). W przebiegu klinicznym przewlekłego zapalenia torebek maziowych występuje ból znamieny, strzelający w kierunku ramienia, a wzmagający się w nocy. Ograniczeniu w ruchu ulegają głównie zgięcie ku przodowi i tyłowi oraz odprowadzenie kończyny górnej. Ruchy obrotowe — w odróżnieniu od zapalenia stawu — są tu wolne; jedynie w przypadkach *bursitis subdeltoidea* ma się pewne ograniczenie ruchu obrotowego. Ruchy kończyny górnej w stronę karku, a w mniejszym stopniu ku tyłowi, w stronę łędźwiowo - krzyżową, są bolesne. Poza to stwierdza się naogół, że ograniczenie ruchów w cierpieniach kaletki maziowej jest mniejsze, aniżeli w sprawie stawowej jako takiej.

Częstą sprawą w odcinku stawu barkowego, dającą trudności rozpoznawcze, jest t. z. *myalgia scapularis*. Postać ta, co do częstości — wg. F ü r s t e n b e r g a (1926) — stanowi ¼ część spostrzeganych wogóle w klinice myalgij.

I w tem cierpieniu występują bóle w barku, promieniujące ku łopatce i do ramienia. Ruchy czynne są tu bolesne i ograniczone. W ostrym okresie chory trzyma zwykle rękę przyciśniętą do klatki piersiowej, w obawie przed bólem wykonywa ruchy w stopniu bardzo ograniczonym. Natomiast ostrożne, oględne poruszanie kończyny przy ruchach biernych wykazuje, że rozległość

ich jest jeszcze jednak względnie dość znaczna. Taka różnica rozpiętości ruchów czynnych a biernych jest właśnie znamieną dla myalgji i pozwala na odróżnienie od schorzenia stawu, gdyż i w myalgji stwierdza się ograniczenie ruchów kończyny ku tyłowi, na krzyż.

Podczas badania stawu barkowego stwierdzamy w schorzeniach torebek maziowych wyraźną miejscową bolesność z ucisku: w przypadkach *bursitis subacromialis* — pod wyrostkiem barkowo - szczytowym (*acromion*), w *bursitis subdeltoidea* — w górnej części m. naramiennego, w *bursitis subcoracoidea* — pod wyrostkiem kruczym. Uderzenia próbne w łokieć lub główkę kości ramieniowej, od strony pachowej, nie powodują bólu stawowego. Zanik mięśni występuje także w schorzeniach kaletki maziowej: szczególnie wyraźnie ujawnia się w *periarthritis humero - scapularis*, gdy występuje większe lub mniejsze zeszczywnienie stawu obok braku wszelkich zmian rentgenologicznych w samym stawie i w obocznych częściach kostnych. Jedynie w niektórych przypadkach za pomocą promieni R t g. stwierdza się złogi i grudki, t. zw. bursolity, powstałe ze zwapnienia torebek maziowych (*bursitis calcarea*). Sprawa ta może klinicznie niczem się nie ujawniać. Z drugiej strony spostrzega się przypadki, gdy w przebiegu dalszym następuje zanikanie bursolitów, a objawy kliniczne nie ustępują.

Ostre przypadki są zwykle, dzięki wyraźniej zaznaczonym objawom miejscowym oraz wybitniej występującemu ograniczeniu ruchów, łatwiejsze do rozpoznania. Zaznacza się to szczególnie w ropnym zapaleniu torebek maziowych, należącym już do dziedziny chirurgji.

Pozatem podczas badania stwierdza się tu bolesność wyraźną z ugniatania mięśni barku, szczególnie *mm. trapezii*, *deltoidei* i *bicipitis*. Uciskanie obwodu szpary stawowej nie powoduje bólu; nie stwierdza się miejscowej bolesności, w miejscu odpowiadającym lokalizacji torebek maziowych.

W niektórych przypadkach wyczuwa się dotykiem w mięśniach stwardnienia, t. z. *myelogeosis*, rzadziej guzki. Istota i pochodzenie tych stwardnień są jeszcze niewyjaśnione.

Często w przypadkach myalgji występuje bolesność nie tyle samego mięśnia, ile ścięgien, a mianowicie ścięgna m. piersiowego i długiej główki m. dwugłowego (P l a t e). Dotrzeć palcami do ścięgna m. piersiowego można po zwrocie ręki nazewnątrż, przesuwając palce wzdłuż brzegu mięśnia piersiowego aż pod mięsień naramienny.

Należy rozróżniać myalgję, jako taką, od zapalenia mięśnia (*myositis*). W tem ostatniem ma się do czynienia z istotnym stanem zapalnym, a więc obrzękiem, zaczerwienieniem skóry i ciepłotą podwyższoną.

Co do zmian klinicznych w przypadkach rwy spłotu barkowego, to ma ona przebieg napadowy, mniej zależny od ruchów; następnie nie prowadzi tak szybko do zaniku mięśni, a bolesność pnia nerwowego występuje tu również wyraźniej, aniżeli w *omarthritis*.

Zapalenie nerwów daje porażenie odpowiednich grup mięśniowych całych lub poszczególnych tylko mięśni, i to często odległych od stawu. Rzecz ważna tu w rozpoznaniu różniczkowem, że występuje wówczas w mięśniach grup porażonych częściowa lub całkowita reakcja zwyrodnienia, czego nie stwierdza się w przypadkach zaników innego pochodzenia, gdy zmiany pobudliwości elektrycznej są tylko ilościowe.

A teraz słów kilka o t. z. periostalgii.

Fre y stwierdzał bolesność, choć w słabszym znaczenie stopniu — nawet u zdrowych, w 3 punktach: I. u wewnętrznego brzegu mięśnia naramiennego, obocznie i nieco ku górze, od przedniej fałdy pachowej (*omalgia anterior*); II. na wysokości I kręgu piersiowego nad górnym brzegiem łopatki (*omalgia superior*); III. a najrzadziej w miejscu między środkową a dolną 1/3 częścią łopatki po stronie wewnętrznej (*omalgia inferior*). Punkty te nie odpowiadają anatomicznie ani miejscom przejścia nerwów, ani też umiejscowieniu torebek maziowych. Bóle te są najprawdopodobniej pochodzenia okostnowego. W miejscach tych okostna jest albo słabo pokryta warstwami mięśniowymi (II i III punkt), albo znajduje się pod ścięgnem mięśnia (I punkt), łatwo więc ulega urazom, a zatem i podrażnieniu.

Sprawy kostne w odcinku barkowym najlepiej dają się wyodrębnić zapomocą promieni R o e n t g e n a.

Co do schorzeń w narządach wewnętrznych, to przede wszystkim wymienić należy męczące, niekiedy o znacznym nasileniu, bóle, które często w dławicy piersiowej szerzą się wwyż do poziomu lewego pasa barkowego. Również tętniak tętnicy głównej może spowodować z powodu ucisku na pnie nerwowe bardzo silne bóle barkowe.

Nowotwory płuc, gruźlica szczytów płucnych oraz schorzenia opłucny, następnie choroby żołądka, wątroby, nawet śledziony, mogą stać się punktem wyjścia dla bólu barkowego.

Również i schorzenia kręgosłupa, guzy w jego odcinku szyjno-grzbietowym, dodatkowe żebro szyjne, zapalenie przerostowe opony twardej w części szyjnej, mogą dać ból barku.

Hipertonicy często skarżą się na ból w barku (reumatyzm z nadciśnienia B a u e r a).

Wreszcie trzeba pamiętać o cukrzycy, która może być przyczyną silnego bólu barkowego.

Dlatego też rzecz jasna, że w każdym przypadku bezwzględnie wskazane jest najdokładniejsze zbadanie chorego z bólem barku, aby nie przeoczyć bardziej oddalonego źródła tego, często napozór tylko, odosobnionego schorzenia.

Tak więc w zwięzłym zarysie przedstawia się sprawa wyodrębniania poszczególnych zespołów klinicznych z bólem barkowym, jako objawem przodującym.

Jest to zadanie często dość trudne, gdyż zazwyczaj obraz kliniczny cierpień, wymienionych wyżej, nie ma wszystkich wyraźnych oznak rozpoznawczych.

Wiadomo, że często sprawa stawowa daje drogą promieniowania tak wyraźne objawy przeculicy ręki, że, gdy jednocześnie podczas badania ustala się bolesność splotu barkowego, obraz kliniczny w zupełności odzwierciedla nam rwę tegoż splotu.

Również i występujące zwykle w przebiegu ostrej sprawy stawowej, jakby odruchowe nadmierne wzmoczone, twarde, napięcie mięśni — obok jednoczesnej bolesności dotykowej — robi często wrażenie myalgii.

To samo dotyczy mięśnia naramiennego, znajdującego się w stanie wzmoczonego napięcia w przypadkach *bursitis subdeltoidea* i *subacromialis*.

Z drugiej strony należy pamiętać, że jedna i ta sama przyczyna (np. gościec) może spowodować nie tylko cierpienie stawu, ale także mięśni oraz torebek maziowych, a nawet stany zapalne nerwów; wówczas

dokładne zróżniczkowanie będzie naturalnie bardzo trudne.

Oto jeszcze w szkicu cztery odmienne przypadki bólu barkowego, jako objawu, przodującego w obrazie klinicznym.

1) K. R. l. 55. *Omarthrititis sin. deformans*. Jako mleczarka, roznosi od wielu lat mleko po domach. Zgłosiła się z przychodni szpitala dn. 17.1.33. Zachorowała pół roku temu, stopniowo, na bóle barkowe lewostronne, promieniujące ku dłoni, szczególnie silne w nocy. Skarży się też na bicie serca; cierpi na bezsenność. 9 dzieci; bez poronień. Od 18 lat *climax*.

St. praes. Budowy prawidłowej, odżywienia średniego. Zrenice równe, reagują na światło. Migdałki w stanie zaniku. Zachowanych tylko 6 zębów, zapalenie dziąseł (*gingivitis*). Płuca — granice normalne, oddech — pęcherzykowy. Serce — gr. norm.; tony — czyste, tętno — 90, regularne. Wątroba i śledziona niemacalne. Mocz bez zmian. Układ nerwowy w stanie normalnym. W odcinku lewym barkowym — zanik mięśni, szczególnie *mm. deltoideus* i *biceps*. Ruchy obrotowe kończyny prawie zniesione. W abdukcji czynnej chora doprowadza kończynę górną do kąta 70°, bierna do 80°. W ruchu czynnym ku przodowi unosi kończynę do kąta 100°, bierny do 120°. Kuch ku tyłowi, na krzyż — ograniczony i bolesny. Przy ruchu kończyny górnej lewej do poziomu pasa barkowego łopatka unosi się wraz z ramieniem. Miejscowej bolesności, uciskowej, — jak w cierpieniu torebek maziowych — nie stwierdza się. Uciskanie główki kości ramiennej od strony pachowej spowoduje ból.

R t g. (kol. O r l o w s k i): w górnej części główki na niedużej przestrzeni znaki odwapnienia; osteoporozy kości nie stwierdzono. W dolnej części główki kości ramiennej — wyrost kostny. Obraz rentgenowski przemawia za zmianami, jak w *arthrititis deformans*.

2) G. H. l. 54. *Omarthrititis dextr. posttraumatica*. Zgłosiła się do przychodni szpitala na Czystem w pierwszej połowie stycznia r. b. Upadła 8 tygodni temu na prawą rękę; uczuła zaraz ból; nie mogła unieść ręki. Odtąd ma bóle, promieniujące ku dłoni, szczególnie silne w nocy oraz po „rozrobieniu ręki”, jak podaje.

Pozatem czuje się zdrowa. Od czterech lat okres przekwitania.

S t. o b e c n y. Budowy prawidłowej, odżywienia miernego. Migdałki — dość duże. Narządy wewnętrzne i ukł. nerwowy bez zmian przedmiotowych. W odcinku barkowym prawostronnym zanik *mm. deltoideus, trapezius*. Zarys główki kości ramiennej wyraźnie zaznaczony. Ruchy obrotowe — znacznie ograniczone i bolesne. Ruchy w stronę karkową, mniej w stronę krzyża — ograniczone i bolesne. Abdukcja kończyny górnej prawej — czynna do kąta 70°, bierna do 90°. Również tak samo elewacja ku przodowi. Bolesności miejscowej, odpowiadającej torebkom maziowym, nie stwierdza się. Bolesność znaczna przy uciskaniu główki od strony pachowej. Uderzanie w łokieć bolesności nie powoduje. R t g. (kol. O r l o w s k i) zmian kostnych nie stwierdza.

3) W. N. l. 54. *Bursitis subacromialis dextra chronica. Diabetes mellitus (?)*. Zgłosiła się z przychodni szpitala na Czystem w lipcu 1932. 3 miesiące temu nagle wystąpiły bóle w stawie barkowym. Obecnie umiejscawia głównie ból w okolicy wyrostka szczytowo - barkowego (*acromion*); bóle te stąd promieniują do łokcia. 2 lata temu miała 4% cukru w moczu (chora nie zgłosiła się do kuracji, wobec czego nie można było dokonać powtórnej analizy moczu). W narządach wewnętrznych zmian szczególnych nie stwierdzono. Przy badaniu prawego stawu barkowego zmian konfiguracji stawu nie stwierdza się. Ruchy obrotowe wolne. Jedynie elewacja ku przodowi nieznacznie ograniczona. Uderzenie próbne w ło-

kieć — niebolesne. Wyraźny ból uciskowy w okolicy *acromion*. R t g. (kol. G l o z m a n) zmian chorobowych stawu nie wykazał.

4) F. R. I. 50. *Myalgia scapularis dextra. Hepatoptosis*. Zgłosiła się w lipcu 1932 r. z przychodni szpitala. Chora od dwóch lat, skarży się na bóle ręki od łokcia do karku; ostatnio od pół roku bóle bardziej dokuczliwe występują szczególnie silnie w nocy i na zmianę pogody. Cierpi także na napadowe bóle głowy o charakterze migreny. *Climax* od 5 lat. Dzieci — 13; dwa poronienia samoistne.

S t. o b e c n y. Budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. Cztery zęby, pięć korzeni zepsutych. Zrenice równe, reakcja +. Płuca — granice normalne; oddech — płucny. Serce — granice prawidłowe, II ton nad aortą wzmocniony. Brzuch obwisły. Wątroba — brzeg okrągły, wyczuwalny 3 palce pod łukiem. Śledziona niemacalna. Konfiguracja stawu barkowego prawego bez zmian. Ruchy obrotowe wolne i niebolesne, jak również ruch kończyny na kark i ku tyłowi, na krzyż. Jedynie unoszenie kończyny ku przodowi jest cokolwiek ograniczone (do 170°) i nieznacznie bolesne. Miejscowej bolesności, odpowiadającej zajęciu torebek maziowych, nie stwierdza się. Znaczna bolesność mięśni z ucisku, szczególnie w *mm. trapezius i deltoideus*.

PISMIENICTWO.

1) Freund — Gelenkerkrankungen. 2) Högler — W. Ar. f. in M. 1928, t. 15. 3) Frey — M. Kl. 1928. 4) Franke — M. M. W. 1924, str. 39. 5) Fürstenberg — M. M. W. 1926. 6) Goldscheider — Ter. Mon. - nef. 1909/12. 7) Plate — M. M. W. 1920, str. 313. 8) Virchow — Kl. W. 1927. 9) Haller. — Arch. pat. An. 1917/224. 10) Wrede. — A. f. kl. Chir. 1912, tom 99. 11) Bauer. — Der sogenannte Rheumatismus. 12) Graber. — Kwart. Szp. na Czyst. 1929 (Z oddz. dra Rotstadta) 13) Goldflam. Medycyna 1900. 14) Bętkowski. Now. Lek 1929 r.

Z oddziału wewn. Szpit. Dzieciątka Jezus w Warszawie.
(Kierownik: Dr. Wł. Starkiewicz).

Przyczynę do postępowania leczniczego w niedokrewności złośliwej na tle brzośdogłowca szerokiego.

Podali

J. EISENFARB i St. LUXENBURG (Warszawa).

Wprowadzone przed sześciu laty przez M i n o t a, M u r p h y e g o i C o h n a opierających się na pracach doświadczalnych W h i p p l e a i współpracowników, leczenie niedokrewności złośliwej (N.Z.) za pomocą wątroby było jedną z najwspanialszych zdobyczy medycyny współczesnej. Wyniki, otrzymywane tą metodą, postawiły ją odrazu na pierwszym planie, usuwając nazawsze, jak się zdawało, dotychczasowe metody leczenia N.Z. Tak znakomite rezultaty były bodźcem do przeprowadzenia całego szeregu doniosłych prac biologicznych celem wyodrębnienia z tkanki wątrobowej czynnika działającego. Nie będziemy się zatrzymywać nad wynikami tych badań i wynikłych z tego nowych teoriach patogenetycznej N. Z., zaznaczymy tylko, że przyczyniły się one pośrednio w dużym stopniu do postępu leczenia wątroby.

Wiadomo bowiem, że na początku okresu leczenia wątroby było jeszcze dość dużo przypadków śmiertelnych, a to wskutek niemożności wprowadzenia jej do organizmu. Były to przypadki, gdzie na przeszkodzie stały albo nieprzezwyciężalny wstręt do wątroby albo bezustanne, nie do opanowania wymioty i biegunki, albo wreszcie nieprzytomność chorego. Wprowadzenie, dzięki wspomnianym badaniom, wyciągów wątrobowych

pod postacią proszku lub płynu, które w małych ilościach dawały te same wyniki, co wielokrotnie je przewyższające ilości wątroby świeżej, umożliwiające zatem stosowanie wątroby również przez o l b y t, przyczyniło się do ocalenia wielu chorych. Największym jednak postępem w leczeniu wątroby było wprowadzenie zastrzykiwań z wyciągu wątrobowego. Dało to możliwość ratowania chorych t. zw. wątrobowo - opornych i takich, u których stosowanie wątroby nawet drogą odbytniczą było niemożliwe.

Próby z wstrzykiwaniami wyciągów wątrobowych, poza Ameryką, były również prowadzone i w Niemczech, gdzie wyniki, otrzymane jeszcze w r. 1929 przez Beckmanna, Brauera, Reinitza i inn., były narazie niepewne, w wielu zaś przypadkach wykazały nawet szkodliwe działanie uboczne. Dopiero po zjeździe internistów niemieckich w Wiesbaden w r. 1930 przedstawił G ä n s l e n preparat („Campolon” o nieznanym składzie chemicznym), który w ilości 2 cm.³ = 10 gr. świeżej wątroby, wstrzykiwany co dzień, dawał po krótkim czasie świetne wyniki nawet w najcięższych przypadkach, bez żadnego działania ubocznego. Od tego czasu stosowanie wstrzykiwań z wyciągu wątrobowego doznało szerokiego rozpowszechnienia. W przeważającej więc liczbie przypadków N. Z. poprawa występuje wyłącznie pod wpływem tego lub innego stosowania wątroby bez potrzeby stosowania jakiegokolwiek innej metody leczenia. Dotyczy to również nawrotów. Przypadki poprawy po trzecim i czwartym nawrocie nie są rzadkością na naszym oddziale. Oczywiście, że leczenie wątroby należy stosować nie tylko w kryptogenetycznej B i e r m e r o w s k i e j postaci N. Z., ale również i w przypadkach, gdzie przyczyną wydaje się nam kiła, cięża, brzośdogłowiec szeroki i t. d.

Co się tyczy poszczególnych przypadków N. Z. u nosicieli brzośdogłowca szerokiego, to, nie wnikając w to, czy brzośdogłowiec jest czynnikiem etiologicznym N. Z., czy też czynnikiem wywołującym, jak to twierdzi B r e h m e r (który, dla potwierdzenia swego przypuszczenia, podaje, że na 5.000 — 10.000 nosicieli brzośdogłowca spotyka się jeden przypadek N. Z.), powinno się go bezwzględnie usunąć. Przy dobrym stanie chorego kwestja ta nie wymaga większego zastanowienia. W przypadkach natomiast ciężkich, gdzie życie chorego wisi na włosku, zagadnienie — czy najpierw wypędzić pasorzyta, czy też przedtem usiłować poprawić za wszelką cenę stan ogólny chorego, niezawsze jest łatwe do rozstrzygnięcia. Wypędzenie pasorzyta, jak wiemy, jest zabiegiem brutalnym, często nawet nieobojętym dla ludzi zdrowych (F r ö h l i c h), tembardziej dla ustroju, gonionego resztkami sił żywotnych, gdzie zabieg ten może się okazać wręcz przyczyną śmierci. W tych ciężkich przypadkach, ze względu na częste wólistnienie zaburzeń żołądkowo - kiszkowych, wypędzenie robaka jest technicznie wogóle niemożliwe do przeprowadzenia, a poprawa stanu ogólnego za pomocą podawania wątroby (nawet w postaci wstrzykiwań) może postępować zbyt wolno. Należy wówczas zastosować takie leczenie, które doraźnie podniosłoby stan ogólny, aż do chwili rozpoczęcia działania wątrobowego. Takim doraźnym zabiegiem jest przetoczenie kilkuset centymetrów sześciennych krwi. W niżej przytoczonym przypadku transfuzja krwi była właśnie momentem decydującym, ratującym życie chorego.

Ze względu na przebieg tego przypadku pozwalamy sobie przytoczyć go nieco obszerniej.

W październiku r. 1931 zgłosiła się do jednego z nas

chora H. Z. lat 51, z powodu silnego osłabienia, bicia serca, szumu i zawrotów głowy, wybitnej bladej powłok zewnętrznych, podając jednocześnie, że zauważyła „solitera”. Badanie krwi wykazało: 2.050.000 ciałek czerwonych, hemoglobiny 50%, wskaźnik 1,2, megalocyty, makrocyty, poikilocytoza, polichromatofilja, 2% normoblastów, 5% eozynofiliów. Zastosowano narazie leczenie wątroba z b. dobrym wynikiem; chora zaniedbała jednak dalszego leczenia. Na wiosnę r. 1932 zdrowie jej ponownie uległo znacznemu pogorszeniu; wskutek ciężkiego stanu nie można było narazie usunąć tasiemca, a poprawa po dacie wątrobowej, jakkolwiek nastąpiła szybko, jednak na krótki przeciąg czasu, i we wrześniu tegoż roku chora została skierowana na oddział z obrzękiem kończyn dolnych, biegunką (stolce wolne 2 — 3 dni w tygodniu po 5 — 6 razy dziennie), wymiotami, przeważnie wieczorem, uczuciem palenia języka, od czterech miesięcy zdrętwienia i znieczulenia palców kończyn górnych (wypuszcza przedmioty, trzymane w rękę). W ciągu ostatniego roku trzykrotnie zauważyła „solitera”, za każdym razem 1½ — 2 mtr. długości.

Miesiączkowanie zawsze prawidłowe, pierwsze w 12 roku życia, ostatnie 3 miesiące przed przybyciem na oddział, — 3 normalne porody, kilka poronień — po jednym z nich przed 12 laty silny krwotok.

S t a n o b e c n y.

Wzrost średni, budowa prawidłowa, skóra blada, z odzieniem żółtawo-zielonkawym, temperatura ciała niepodwyższona, język obłożony, suchy, bez cech języka H u n t e r a; w płucach, poza niestalemi rżęczeniami nad dolnymi płatami, żadnych zmian nie stwierdza się. Lewa granica serca przesunięta nalewo o szerokość jednego palca, szmer telesystolyczny na mostku, tętno 72 — 84 na 1', miarowe. Ciśnienie w/g R. R. Mx. 175 — Mn. 90 P. P. 85. Wątroba macalna, występuje z pod łuku żebrowego na szerokość jednego palca. Na kończynach dolnych nieznaczne obrzęki. W przeciągu pierwszych trzech dni pobytu chorej na oddziale stan niezły. Stolce wolne 1 — 2 razy dziennie, wymiotów niema. W moczu ślad białka, wzmożony odczyn na urobilinogen, w osadzie nic patologicznego.

We krwi ilość hemoglobiny wynosiła 35%, krążków czerwonych — 1.090.000, białych — 2.700, wskaźnik — 1,7; wzór: eozynofiliów — 4%, segmentowanych — 25%, limfocytów 69%, monocytów 2%, makro- i poikilocytoza. Reticulocytów 2%, czas krzepnięcia — 13 mm.; czas krwawienia 2½ min. W treści żołądkowej, po próbnym śniadaniu, brak kwasu solnego. Stolec o konsystencji półpłynnej, barwy brunatnej, o odczynie zasadowym — krwi utajonej nie zawiera. Stwierdzono liczne jaja *botriocephalus latus*. Chora otrzymywała kwas solny z pepsyną, wątrobę świeżą w ilości 250 gr. dziennie. Pomimo tego stan jej szybko się pogarszał. W przeciągu sześciu dni ilość hemoglobiny spadła do 25%, liczba ciałek czerwonych do 625.000, stolce wolne do 7 razy dziennie, wy-

mioty 2 — 3 razy dziennie, chora jest wybitnie osłabiona, lekko zamroczone, nie przyjmuje żadnych pokarmów. Zastąpiono wątrobę świeżą, podawaną *per os*, preparatami do wstrzykiwań firmy „Choya” 1 cm.³ domięśniowo co dzień. Pomimo tego, jak również pomimo zastosowania izohemoterapii stan chorej b. ciężki; wymioty i biegunki nie ustępują, wybitne osłabienie.

Wobec takiego przebiegu choroby przystąpiono do transfuzji krwi. Przetoczono ok. 400 cm.³ Chora zabieg ten zniosła dobrze. Stan ogólny już następnego dnia zaczął się poprawiać: wymioty ustaly, stolce w mniejszej liczbie i lepiej sformowane. Zastosowane pozatem leczenie wątrobą „Extractum Hepatis”, „Organon” ampulki po 5 cm.³ domięśniowo codzień dało w ciągu następnych dni dalszą poprawę; ilość hemoglobiny wzrosła po 6 dniach do 40%, a później do 44%; po 14 dniach do 50%, liczba krwinek do 2.600.000, wskaźnik 0,9, retikulocytów 38%.

Dopiero teraz zdecydowaliśmy się na przeprowadzenie leczenia przeciwczerwonego, w którego wyniku chora wydalila kilkanaście kawałków białej taśmy; wobec jednak zmacerowania członków, główki nie udało się znaleźć. Natomiast w kale po 10 dniach jaj pasorzytów już nie znaleziono, i po trzytygodniowym pobycie chorej na własne żądanie wypisała się z dużą poprawą.

Po sześciu tygodniach stan chorej nadal dobry. We krwi ilość hemoglobiny wynosiła 80%, ciałek czerwonych 3.900.000, wskaźnik 1,2.

W przypadku przytoczonym poprawę przy podawaniu wątroby, pomimo istnienia w ustroju brzożdżowca szerokiego, udało się uzyskać i utrzymać — za pierwszym razem przez długi przeciąg czasu, za drugim nawrótem na krótko, za trzecim dopiero przy pomocy leczenia skombinowanego. Usunięcie tasiemca zmuszeni byliśmy odłożyć do okresu lepszego stanu chorej. Przypadek nasz wskazuje pozatem i na to, że pomimo stosowania wątroby w postaci wstrzykiwań w pewnych przypadkach jest to leczenie zbyt powolne, i że wtedy należy się uciec do starej metody przetaczania krwi.

PIŚMIENNICTWO.

- 1) Bertram Kl. W. Nr. 45 1930. 2) Bremer Kl. W. Nr. 40 1932. 3) Biberfeld D. m. W. Nr. 50 1927. Biberfeld D. m. W. Nr. 51 1927. 4) Cytronberg P. A. M. W. T. VI 1928. 5) Henning i Stieger Kl. W. Nr. 46 1930. 6) Gänslén Kl. W. Nr. 45 1930. 7) Gänslén Kl. W. Nr. 7 1931. 8) Fröhlich Semin. Wien. med. Dokt. Kol. 1932. 9) Rosenow M. K. Nr. 1 1928. 10) Rosenow Kl. W. Nr. 13. 1930. 11) Seyderhelm Kl. W. Nr. 1 1928. 12) Schilling Kl. W. Nr. 19 1928. 13) Schilling Kl. W. Nr. 7 1931. 14) Schulten Kl. W. Nr. 39. 1928. 15) Schulten M. m. W. Nr. 15. 1928. 16) Strekhausen Kl. W. Nr. 2 1931. 17) Stern Kl. W. Nr. 4 1931.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

T. zw. otwarta i zamknięta gruźlica u dzieci w świetle nowszych badań.

Podał

St. WOLFSTEIN (Warszawa).

W 1898 roku Meunier pierwszy zastosował metodę poszukiwania prątków gruźliczych w treści żołądkowej niemowląt i młodych dzieci. Wycho-
dził on ze słusznego założenia, iż dzieci podczas

kaszlu połykają płwocinę, która normalnie prawie nigdy nie zostaje wydalana nazewnątr.

W późniejszych latach metodę tę na szeroką skalę stosowali Armand-Delille, Poulsen, Opitz, Bauman, Friedländer, Wallgren i inni. Z polskich autorów badania w tym kierunku, oparte na większym materiale, ogłosili Zeylandowie.

Dzięki tego rodzaju badaniom udało się

uchwycić szereg rzekomo zdrowych przypadków z utajoną otwartą gruźlicą, które były źródłem zakażenia dla otoczenia.

Zdaniem wielu autorów, wykrycie prątków gruźlicy nawet na podstawie próby biologicznej, nie mówiąc już o preparacie bezpośrednim, ma kolosalne znaczenie praktyczne, szczególnie dla szkół, szpitali i sanatoriów. Należy jednak już na wstępie zauważyć, iż we wnioskach, dotyczących rezultatów powyższych badań, istnieje jeszcze wielka rozbieżność między poszczególnymi autorami. Tem niemniej co do niektórych twierdzeń zgadzają się wszyscy.

Obok preparatu bezpośredniego i próby biologicznej niektórzy badacze stosują także metodę bakteriologiczną, siejąc materiał na odpowiednich pożywkach.

Prawie wszyscy są jednak zdania, iż najlepsze wyniki daje próba biologiczna, i w badaniach porównawczych b. często wykrywa się u świnki morskiej obecność gruźlicy tam, gdzie preparat bezpośredni i posiew wypadłby ujemnie.

Poulsen, badając na oddziale szpitalnym dzieci w wieku od 2 miesięcy do 8 lat z dodatnim odczynem Pirqueta, znalazł u 26 na 67 badanych, prątki w treści żołądkowej.

Dokładniej ilustruje to nam następujące zestawienie:

Na 14 przyp. między 0 — 1 rokiem	prątki w 14 przyp.
9 „ w 1 roku	4 „
14 „ „ 2 „	5 „
12 „ „ 3 „	1 „
4 „ „ 4 „	0 „
4 „ „ 5 „	0 „
6 „ „ 6 „	2 „
2 „ „ 7 „	0 „
2 „ „ 8 „	0 „
Ogół. 67 przyp.	prątki w 26 przyp.

Widzimy z powyższego zestawienia, iż więcej niż $\frac{1}{3}$ przypadków z dodatnimi odczynami tuberkulinowymi prątkuje, czyli że ma otwartą gruźlicę.

Jeżeli teraz przyjrzymy się wiekowi tych dzieci, zauważymy, że najwięcej przypadków otwartej gruźlicy przypada na pierwsze 2 lata (23 dodatnie wyniki).

Poulsen tłumaczy wielką liczbę prątkujących dzieci w 1 roku życia swoistością przebiegu gruźlicy w tym wieku z jej skłonnością do szerzenia się sprawy chorobowej.

Pozatem w wieku niemowlęcym mamy do czynienia z t. zw. świeżą postacią gruźlicy: ognisko pierwotne jeszcze się nie zdążyło zagoić, nie otorbiło się jeszcze. Prawie zawsze u tych dzieci znajdujemy świeże, czynne nacieczenie dookołaogniskowe.

Natomiast u dzieci w 2 — 3 roku życia zespół pierwotny, należy przypuszczać, dawno się zagoił. Proces wyszedł już tu zapewne z okresu czynnego. Naturalnie, mowa tu o takich przypadkach, gdzie brak jakichkolwiek zmian rentgenowskich i klinicznych, przemawiających za czynną gruźlicą.

Na zasadzie swoich obserwacji i badań Poulsen dochodzi do wniosku, iż wszystkie

dzieci w 1 roku życia z dodatnimi odczynami tuberkulinowymi należy traktować jako przypadki gruźlicy otwartej i uważać za niebezpieczne dla otoczenia bez względu na to, czy mają jakieś zmiany kliniczne lub rentgenowskie, czy nie. W 2 i 3 roku życia należy się wprawdzie mniej liczyć z obecnością otwartej gruźlicy płuc, dzieci te muszą jednak tak długo być izolowane, dopóki nie stwierdzimy przy pomocy próby biologicznej, iż są nieszkodliwe dla otoczenia. Co się tyczy dzieci z dod. odcz. tuberk. powyżej 3 lat, to tych można nie izolować, o ile, naturalnie, niema zmian klinicznych i rentgenowskich.

W innej swojej pracy Poulsen podaje 110 przypadków w wieku od 0—8 lat, gdzie w 53 znalazł prątki.

Na ogólną liczbę 62 dzieci poniżej 3 lat prątkowało 41 dzieci, co stanowi 66%.

Szereg tych przypadków miał tylko powiększone węzły, bez żadnych fizykalnych ani rentgenowskich zmian w płucach, mimo to jednak stwierdzono w próbie biologicznej obecność prątków gruźlicy.

Opitz, badając przypadki z t. zw. epituberkulozą lub z nacieczeniami dookołaogniskowymi, prawie zawsze stwierdzał w próbie biologicznej obecność prątków gruźlicy.

Zgodnie z Poulsenem twierdzi on, iż nawet, gdy objawy kliniczne i rentgenowskie już się cofnęły, można jeszcze przez czas długi znajdować prątki w treści żołądkowej. Przewagę wyników dodatnich próby biologicznej nad bezpośrednimi preparatami tłumaczyć sobie należy, zdaniem Opitza, niewielką ilością prątków, którą znajdujemy w łagodnych postaciach gruźlicy wieku dziecięcego.

Takie minimalne ilości prątków mogą wywołać zakażenie u świnki morskiej. Naturalnie, że takie dzieci z minimalną ilością prątków już mogą być niebezpieczne dla otoczenia, wystarczy bowiem niewinny katar, by wywołać kaszel i masowe wydzielanie prątków.

Opitz proponuje dla takich dzieci prątkujących, bez objawów klinicznych i rentgenowskich, budowanie oddzielnych pawilonów.

W obawie przed zakażeniem swoistem dodatkiem nie należy umieszczać takich chorych w pawilonach z gruźlicą czynną otwartą.

Bardzo interesujące i pouczające są obserwacje Baumann'a z Bazylei. Prześledził on 322 dzieci z dodatnim odczynem tuberkulinowym, u których stwierdził brak objawów gruźlicy czynnej tylko w 83 przypadkach, co stanowi 20%. Pozostałe 239 dzieci cierpiały na mniej lub bardziej czynny proces gruźlicy, jak objawy ze strony płuc, powiększenie gruczołów szyjnych, erythema nodosum, skrofuły i t. d. Wśród tych 239 dzieci tylko w 15 do 22% wykryto prątki w treści żołądkowej przy bezpośrednim badaniu mikroskopowym, natomiast z pomocą próby biologicznej w 53 do 78%.

I tutaj mało wyników dodatnich mamy przy badaniu preparatów bezpośrednich, a stosunkowo dużo dzięki próbie biologicznej.

Mniej więcej te same liczby dla swoich przypadków podają Armand-Delille, Wallgren, Poulsen, Opitz i inni.

Ze takie ukryte postacie gruźlicy są źródłem

infekcji dowodzą 2 przypadki, ogłoszone przez Baumann'a.

Pierwszy dotyczy 4-miesięcznego dziecka, drugi — 8 miesięcznego z objawami gruźlicy płuc, których rodzice uchodzili za wyleczonych i zdrowych po przebyciu gruźlicy. Kilkakrotne badanie płwociny tych rodziców w preparacie bezpośrednim nie wykazało obecności prątków. Dopiero, gdy nasutek zachorowań dzieci zbadano płwocinę rodziców metodą biologiczną, stwierdzono obecność prątków.

Zgodnie z Poulsenem, Opitzem i innymi, Baumann jest zdania, iż gruźlica niemożliwa jest przeważnie gruźlicą otwartą i że zmniejsza się ona z wiekiem.

Z zestawienia, przytoczonego przez Baumann'a, widać, iż w gruźlicy rozsianej (*tbc. disseminata*) mamy u dzieci daleko mniej dodatnich wyników przy badaniu w preparacie mikroskopowym, niż w tej samej jednostce chorobowej u dorosłych (do 4 lat 1 na 13, od 4 lat 7 na 18).

Zeylandowie na 10 przypadków gruźlicy rozsianej w 2 przypadkach wykryli prątki w bezpośrednim preparacie, w jednym przypadku w hodowli, a w 9 przypadkach przy badaniu biologicznym.

Jeżeli jednak porównamy dość duże zmiany rentgenowskie z względnie małymi danymi fizykalnymi w gruźlicy rozsianej wieku dziecięcego, wówczas łatwo zrozumiemy, dlaczego w klinice dorosłych częściej znajdujemy prątki w preparacie bezpośrednim. U dzieci ta postać gruźlicy występuje najczęściej jako skutek wysiewu limfo-krwiopochodnego, u dorosłych natomiast sprawa szerzy się raczej odoskrzelowo.

Z tego wypływa zrozumiała równoległość między małymi objawami fizykalnymi a bezpośrednim preparatem z jednej strony, i rozbieżność między danymi rentgenowskimi i małą liczbą prątków z drugiej strony.

Przy obecności jam świeżych, małych lub b. starych, opróżnionych możemy w bezpośrednim preparacie nic nie znaleźć, gdy tymczasem próba biologiczna prawie zawsze daje wyniki dodatnie.

Szczególnie cenne usługi oddaje nam poszukiwanie prątków w *tbc. disseminata*, gdzie często na zasadzie samego badania klinicznego i rentge-

nowskiego nie możemy z pewnością wypowiedzieć się co do swoistości danej sprawy chorobowej. Wiemy, bowiem, że i nieswoiste ogniska zapalenia odoskrzelowego mogą dać obraz identyczny z *tbc. disseminata*.

Opitz w swoich przypadkach gruźlicy rozsianej również stosunkowo rzadko otrzymywał wynik dodatni przy badaniu preparatu bezpośredniego, tembardziej przy badaniu jednorazowym. W miarę powtarzania badań odsetek wzrastał. Na 9 przypadków gruźlicy rozsianej w żadnym nie znalazł prątków w preparacie bezpośrednim.

Baumann na ogólną liczbę 6 przypadków gruźlicy prosówkowej i zapalenia gruźliczego opon mózgowych w 2 przypadkach stwierdził obecność prątków w próbie biologicznej. Zeylandowie w obu swoich przypadkach gruźliczego zapalenia opon mózgowych stwierdzali obecność prątków także tylko z pomocą próby biologicznej.

Friedländer z 12 przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowych w 7-miu stwierdził obecność prątków gruźlicy w treści żołądkowej.

Na 11 przypadków *meningitis tbc* Opitz w 8 znalazł prątki w treści żołądkowej. W 5 rentgenologicznie względnie sekcyjnie stwierdzono obecność *tbc. miliaris*.

Rozumie się, iż w świetle powyższych liczb dzieci z zapaleniem opon mózg. gruźliczem muszą być izolowane tak, jak czynna gruźlica otwarta.

Opitz znalazł w szeregu przypadków z t. zw. starą gruźlicą szczytową, która zasadniczo uchodzi za zamkniętą, obecność prątków.

Baumann prawie we wszystkich przypadkach nacieczeń dookołaogniskowych, epituberkulozy i gruźlicy wnękowej u dzieci do 4 lat, stwierdził obecność prątków, a w wieku od 4 do 15 lat prawie w połowie przypadków. Ścisłej — około 85% do 4 lat i 38% powyżej 4 lat. Zeylandowie przeszło w połowie przypadków tej grupy schorzeń (16 na 27 badanych przypadków). Większe liczby podaje Opitz. Na 19 przypadków nacieczeń dookołaogniskowych w wieku do lat 2 w 18 przypadkach znalazł prątki. Na 18 przypadków od 2 do 4 lat stwierdził obecność prątków w 14 przypadkach. Liczby te są zbliżone do liczb Baumann'a.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze

Patologia kliniczna i doświadczalna.

F. PEUDL. Badania nad zdolnością redukcyjną moczków, niezawierających cukru. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 173, z. 2—3 1932).

Badania Peudla potwierdzają badania dawnych autorów, z których wynika, że wydalanie substancji redukujących w moczu wykazuje u rozmaitych osób duże różnice, dla których nie ustalono dotąd prawidłowości. Jednoznaczne zwiększenie wydalania znajduje się tylko w chorobach gorączkowych i często po dużych wysiłkach. Jest prawdopodobne, że jest ono uwarunkowane tylko przez zwiększone wydalanie kwasu moczowego. W badaniach seryjnych okazuje się, że zdolności redukcyjne moczu u tej samej osoby w ciągu długich okresów czasu pozostają stałe, i że nawet ciężkie schorzenia, jak niedomoga krążenia mogą tylko przemijająco je zmienić. Badanie poszczególnych frakcyj substancji redukuj-

ących wykazuje przedewszystkiem, że największa część, wynosząca przeciętnie 60%, — połączenia siarkowe — pomimo zmienionych warunków życia, jak: głodu, wysiłków i t. d. wykazuje daleko idącą skłonność do pozostawania jednakowo dużą. Przez to zyskuje duże prawdopodobieństwo założenie, że w związkach tych chodzi o wyraz określonego właściwego każdemu osobnikowi stanu równowagi kostytucyjnej.

Henryk J. Landa u.

HOFF. W sprawie mocznicy hipochloremicznej. (D. m. W. Nr. 8. 1932).

Badania fizyko-chemiczne krwi lat ostatnich dowiodły, że zachowanie izotonji i izojonji musi być stałe, pod warunkiem utrzymania organizmu przy życiu. W przemianie mineralnej ustroju sok żołądkowy odgrywa niepoślednią rolę. Kwas solny soku żołądkowego powstaje z chloru tkanek, a przedewszystkiem z chloru krwi. Wiadomo, że w czasie wytwarza-

nia się soku żołądkowego we krwi powstaje spadek ilości chloru, a, jako moment wyrównawczy, zwiększenie się ilości dwuwęglanów, co uwidacznia się we wzmożeniu rezerwy alkalicznej. Dla utrzymania normalnej koncentracji jonów wodorowych krwi konieczny jest wzrost napięcia kwasu węglowego we krwi i dlatego spotykamy po jedzeniu zwiększone napięcie CO_2 pęcherzykowego. Równocześnie występuje zmniejszenie kwasoty moczu, jako objaw kompensacyjny. Cały ten zespół zmian występuje niezmiennie regularnie tak, że przez autorów amerykańskich bywa użytkowany jako dowód prawidłowego, względnie złego wydzielania soku żołądkowego. Wkrótce po spożyciu pokarmów zespół tych zmian fizyko-chemicznych cofa się, do czego przyczynia się w dużym stopniu zwrotne wchłanianie się w jelitach. Zrozumiałe jest tedy, że częste wymioty powodują utratę ważnych dla ustroju związków mineralnych, do czego przyczynia się także brak wchłaniania w jelitach. Jak już oddawna wiadomo, wystąpić mogą ciężkie stany drgawkowe wskutek istniejącej alkalozji i zmniejszenia się wolnych jonów wapnia, których dysocjacja zależy od koncentracji jonów wodorowych. W ostatnich latach zwrócono uwagę, zwłaszcza Amerykanie i Francuzi, na zmniejszenie się chloru krwi, wzrost ilości mocznika, stany uremiczne, śpiączkę prowadzącą nawet do zejścia śmiertelnego. Autor podaje obszernie historię choroby 49-letniego mężczyzny, u którego naskutek zwężenia odźwiernika wystąpiły wymioty i gdzie stwierdzono mocnicę przy silnej hipochloremji bez zmian w nerkach, sprawdzanych histologicznie. Ten ciężki stan wystąpił bezpośrednio po płukaniu żołądka. Mocz oddziaływał zasadowo, rezerwa alkaliczna krwi podwyższona — objaw wielce charakterystyczny dla tego zespołu (przy mocnicy nerkowej zmniejszenie zasobu zasad). Wielkie wysuszenie organizmu tłumaczy się nie tylko utratą wody wskutek wymiotów, ale także zaburzeniami w wiazaniu jej w organizmie: stosunkowo duża ilość moczu oraz wyschnięte powłoki są zespołem wielce znamienym. Teoretyczne uzasadnienie takiej mocnicy przedstawia się w sposób następujący: pewne *minimum* zawartości chlorku we krwi warunkuje prawidłową czynność nerek; natomiast w razie zbyt silnego jego zmniejszenia sprawne nerki mogą się stać niewydolnymi i doprowadzać do mocnicy. Wskazują na to przypadki mocnicy hipochloremicznej wyleczone podawaniem chlorku, badania na zwierzętach, oraz spostrzeżenia z fizjologii nerek. Autor jest przeciwny twierdzeniu B l u m a, który widzi w zatrzymaniu mocznika samoobronę organizmu, dążącego do utrzymania prawidłowego stężenia molekularnego, gdyż głównym powodem tego cierpienia jest brak izojonii, czego nie może wyrównać podwyższenie mocznika. W tym zespole humoralnym zubożenie ustroju w wodę wpływa również ujemnie, włącznie z zaburzeniami mineralnymi, na przemianę śródkomórkową; stwierdzamy także wzmożony rozpad białka z jednej strony, oraz zmniejszone jego oddawanie z drugiej strony. Mocznica hipochloremiczna spotyka się przede wszystkim przy częstych wymiotach, wskutek zwężenia odźwiernika, dwunastnicy, wysokiego zwężenia jelit, przy *hyperemesis gravidarum*; dołącza się, jako sprawa komplikująca stany mocnicowe innego pochodzenia, występują „ciężkich nieżytkach jelit z długotrwałymi biegunkami, w kwasicy cukrzycowej, o ile sprawa się przeciąga, w wydzielniczych zaburzeniach trzustki, przy dużych obrzękach i przejściach, zbyt często opróżnianych. Niektórzy autorzy podnoszą, że dłuższe podawanie zasad np.: przy leczeniu metodą S i p p y e g o, może powodować zubożenie krwi w chlorki z alkalozją i wzmożenie się resztki azotowej. We wszystkich tych przypadkach należy myśleć o możliwości wystąpienia azotemji hipochloremicznej. Także w każdym przypadku mocnicy nerkowej należy w tym kierunku czynić poszukiwania.

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

J. WILDER. O umiejscowionych kurczach mięśniowych i pokrewnych zjawiskach. (Wien. kl. Woch. Nr. 19. 1932).

Nerwica kurczowa jest powoli postępującym schorzeniem, w którym z początku pojedyncze, później zaś coraz więcej mięśni kurczy się boleśnie zamiarowo aż do spistości twardej, jak deska, jest to typ kurczu łydki. Ulubionymi miejscami są mięśnie brzuszne, łydki, zginacz ramienia, mięsień czworogłowy, lecz również mięśnie tułowia, mięśnie pośladkowe, rzadziej mięśnie kończyn górnych. Kurczom ulegają zrazu mięśnie, wykonywujące zamierzone ruchy, następnie jednak wskutek dalszych mimowolnych ruchów chorego również inne grupy mięśniowe. W nocy i po zmęczeniu istnieje większa skłonność. W i l d e r studjował jak najdokładniej przez lata trzy nowe przypadki i znalazł następujące nowe punkty widzenia. Przede wszystkim niema żadnych oznak schorzenia rdzeniowego lub mózgowego, natomiast istnieją objawy zupełnie lekkiego zapalenia wielonerwowego (*polyneuritis*) i zniekształcającego zapalenia stawów kręgosłupa (*spondylarthritis deformans*). Autor przykładą szczególną wagę do stwierdzonego przezeń zwiększenia zawartości kwasu moczowego we krwi, którego znaczenie etjologiczne wyraźnie się wykazało w zależności kurczów od diety (bezpurynowej i bogatej w puryny). Jako charakterystyczny dalej uważa autor odczyn faradyczny mięśni przy którym przychodzi do silnego bolesnego kurczu, trwającego od 3 do 6 minut dłużej niż drażnienie, który nazywa on odczynem mięśniowokurczowym (*myospastische Reaktion*). Chorobą bywają dotknięci przeważnie mężczyźni, pracujący w zawodach, wymagających wysiłków i związanych z przebiegami i przemoczeniami, dalej w zawodach związanych z ołowiem (malarze, zecerzy). Alkohol, moczówka cukrowa, zapalenie nerek odgrywają pewną rolę. W i l d e r wskazuje wreszcie jeszcze również na bliskie związki między nerwicą kurczową a zwykłymi kurczami łydek w etjologii, występowaniu i leczeniu.

A. N e u m a n n (Baden-Helenthal).

E. FREUND. Znaczenie nieprawidłowych procesów życia dla wzrostu guzów złośliwych. (Wien. kl. Woch. Nr. 35. 1932).

Normalna surowica wykazuje zdolności niszczenia komórek rakowych i mięsakowych. Surowica chorych z rakiem natomiast nie posiada tych własności w stosunku do komórek rakowych, zaś surowica chorych z mięsakiem — w stosunku do komórek mięsakowych. Surowice te przeciwnie nawet chronią odpowiednie komórki nowotworowe przed działaniem normalnej surowicy, podczas gdy mogą one same niszczyć komórki nowotworowe innego rodzaju nowotworu (odczyn F r e u n d a - K a m i n e r a). Podobnie jak normalna surowica zachowują się normalne tkanki ustrojowe w przeciwieństwie do tkanki rakowej. Tkanka przewlekłego wrzodu żołądka nie posiada własności niszczenia tkanki rakowej, ciała ochronne jednak występują dopiero wtedy, gdy następuje przejście w raka. Już w roku 1915 udało się F r e u n d o w i wykazać ten brak własności niszczenia komórek rakowych u szczurów smołowanych, zanim jeszcze występowały u zwierząt substancje ochronne komórek rakowych. Działanie to odbywa się dzięki kwasom tłuszczowym, a mianowicie F r e u n d nazywa kwasy tłuszczowe normalnego ustroju kwasami normalnymi, które posiadają własność niszczenia komórek rakowych, podczas gdy owym kwasom tłuszczowym, które powodują ochronę komórek rakowych, względnie mięsakowych, nadaje nazwę kwasów rakowych, względnie mięsakowych. Kwas rakowy, zastrzyknięty do skóry, powoduje swoisty odczyn skórny i może być zastosowany we wczesnem rozpoznawaniu. Grasicą posiada duże własności niszczenia raka, czem tłumaczyć należy stosunkową odporność młodocianych na raka. W zagadnieniu, skąd po-

chodzi materiał, z którego powstają te kwasy tłuszczowe, rak przełyku wykazał, że zostaje on wprowadzony do ustroju z zewnątrz. Albowiem w razie istnienia tego nowotworu przychodzi do głodu, trwającego tygodniami i miesiącami, zaś raki przełyku są zawsze małymi guzami. Okazało się, że wyciąg z treści jelitowej zdrowych ludzi, chorych z rakami i mięsakami zachowują się pod względem swego działania na komórki rakowe i mięsakowe dokładnie tak samo, jak odpowiednie surowice. Dalej okazało się, że ta własność wyciągów z treści jelitowej może się wzmacniać, słabnąć, a nawet znikać zależnie od podawanych pokarmów. Tak więc dodatek masła wzmacnia zdolności niszczenia komórek normalnej treści jelitowej w stosunku do komórek rakowych, lecz również siłę ochronną treści jelitowej chorych z rakiem w stosunku do komórek rakowych; pepton zmniejsza tę ostatnią w raku, wzmacnia zaś ją w mięsaku, podobnie działa dodatek oliwy. Powstawanie tych kwasów w jelitach zależy od występowania odmian prątków okrężnicy, z których jedne wytwarzają normalne kwasy, inne natomiast kwasy nowotworowe. Myszy, które posiadają normalny prątek okrężnicy, nie udaje się przeszczepić raka. Pod wpływem tych nieprawidłowych produktów trawienia przychodzi w miejscach ustroju, w których wskutek podrażnienia istnieją nieprawidłowe warunki wzrostu, do przemiany zdrowych jeszcze komórek w chore. Jako zapobieganie rakowi zaleca F r e u n d niszczenie chorobowych i chorobotwórczych bakterij jelitowych zapomocą zastosowania środków odkażających, jak: olejki eteryczne, gwajakol, salol, rezorcyna, podawanych doustnie lub w postaci przepłukiwań jelit. Co do zmiany żywienia, należałoby przede wszystkim próbować dietę białkową, nie zawierającą tłuszczu zwierzęcego, ani węglowodanów, ewentualnie dietę roślinną z dużą ilością białka (nie dawać białka jaja). (Włochy ze swem pożywieniem, bogatym w tłuszcze wykazują najmnijszą liczbę chorych rakowych).

A. N e u m a n n (Baden-Helenthal).

G. SINGER. **Szkody, wyrządzone przez insulinę.** (Wien. med. Wschr. Nr. 11. 1933).

Insulina jest silnie działającym ciałem, które w ustroju cukrzycowym zależnie od stanu przypadku, od typu zaburzeń w przemianie materji i od osobniczego rodzaju przebiegu wywołuje rozmaite, czasami powodujące rewolucję objawy odczynowe. Aczkolwiek obecnie odeszliśmy daleko od ogólnego i obowiązkowego leczenia moczołki cukrzej insuliną (błąd, którego nie można wytłumaczyć nawet pierwotnym entuzjazmem), nie można ustalić ogólnych, w pewnym stopniu ryczałtowych przepisów stosowania, ani dawkowania tego bardzo silnie działającego środka leczniczego. Każdy poszczególny przypadek musi być zbadany pod względem tolerancji insuliny, nastawienia na nią i swych wymagań co do insuliny. Czy jest wskazane tak częste dawanie do rąk strzykawki z insuliną chorym rozmaitego stanu i o nairozmaitszym poziomie wykształcenia, jest zagadnieniem, które ostatnio apeluje do sumienia lekarskiego. Podobne postępowanie z pewnością nie przyczynia się do podniesienia stanu zdrowotnego ludności.

Henryk J. L a n d a u.

Radjologia.

I. TEPLÓW i R. MESZERICKAJA. **Przemiana krwi pod wpływem systematycznych naświetlań lampą kwarcową.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 4).

Systematyczne naświetlanie zdrowych zwierząt, podobnie jak zdrowych i chorych ludzi lampą kwarcową pociąga za sobą wzmoczenie hemolizy w ustroju. Daje się to poznać po zwiększeniu się zawartości urobilinogenu w kale. Jednocześnie ze zwiększeniem się rozpadu czerwonych ciałek krwi następuje pod wpływem wielokrotnych naświetlań wzmoczenie się wytwarzania czerwonych ciałek krwi, które ujawnia się w zwiększeniu się liczby retikulocytów w krążącej krwi. Za-

wartość hemoglobiny i liczba czerwonych ciałek krwi pozostają pod wpływem naświetlań lampą kwarcową po większej części niezmienione, natomiast przemiana krwi ulega przyspieszeniu. Po ukończeniu okresu naświetlań hemoliza spada bardzo szybko w ustroju do wartości normalnych, a nawet subnormalnych, wzmoczona erytropojeza również szybko się cofa.

Henryk J. L a n d a u.

Ł. REJCHLIN. **Zależność obrazu rentgenowskiego gruźlicy kręgosłupa od wieku i umiejscowienia.** (Więstn. Rentg. i Rad. t. XI, z. 4).

Na gruźlicę kręgosłupa (*spondylitis tuberculosa*) zapadają najczęściej dzieci w wieku od 2 do 5 lat. Prawie połowa pacjentów autora zaczęła chorować w wieku do lat 5 (41,7%). Chłopcy w wieku od 5 do 10 lat zapadają na gruźlicę kręgosłupa częściej, niż dziewczynki. W okresie dojrzewania płciowego dziewczynki chorują na gruźlicę kręgosłupa równie często, jak chłopcy. Kobiety zapadają na gruźlicę zapalenie kręgosłupa nieco częściej, niż mężczyźni. Gruźlicze zapalenie kręgosłupa atakuje przeważnie 2 kręgi (56,2%) o wiele rzadziej — jeden (9,8%). Gruźlicze zapalenie kręgosłupa umiejscawia się najczęściej w odcinku piersiowym kręgosłupa (58,9%), drugie miejsce pod względem częstości zajmuje odcinek lędźwiowy (38,5%), trzecie — szyjny (2,5%) i wreszcie ostatnie — krzyżowy (0,87%). Zasadniczo należy uważać, że im bardziej jest ruchomy dany odcinek kręgosłupa i poszczególne kręgi, tem lepsze jest ich ukrwienie, i tem rzadziej ulegają one zapaleniu gruźliczemu. Częściej niż inne kręgi ulega schorzeniu gruźliczemu XI krąg piersiowy, który jest, jak wiadomo, jednym z mało ruchomych kręgów, a jednocześnie posiada tylko jedno źródło odżywcze — tętnice międzyżebrowe. V krąg lędźwiowy ulega stosunkowo rzadko gruźliczemu zapaleniu kręgosłupa, lecz częściej jednak, aniżeli kręgi krzyżowe. Kręgi krzyżowe ulegają nadzwyczaj rzadko schorzeniu gruźliczemu i to tylko w wieku dziecięcym, przyczem proces umiejscawia się w I kręgu krzyżowym jednocześnie z istnieniem o wiele bardziej rozległego procesu w II kręgu lędźwiowym. U dzieci w wieku przedszkolnym oraz u dorosłych częściej ulega schorzeniu gruźliczemu odcinek piersiowy, u dzieci w wieku szkolnym — lędźwiowy. Ropień opadowy (okołogniskowy) udaje się zobaczyć na zdjęciu rentgenowskim niezbyt często — w 37,7%, przyczem bywa to częściej w odcinku piersiowym — w 28,9%, rzadziej w lędźwiowo-krzyżowym — w 8,8% wszystkich (326) przypadków gruźliczego zapalenia kręgosłupa. Uraz, poprzedzający zapadnięcie na gruźlicę zapalenie kręgosłupa, podają chorzy w wywiadach stosunkowo rzadko — w 17,8%, natomiast odrę i krtusiec częściej — w 22,2%. Istnienie u chorego rozszczenia kręgosłupa (*spina bifida*) nie może służyć jako wskaźnik konstytucyjnej słabości kręgosłupa, gdyż spostrzega się je nie częściej, niż u zdrowych ludzi — w 22,1%.

L.

H. RUSSTNER, W. EISNER. **Wpływ światła czerwonego i pozafiołkowego na insulinę.** (Klin. Woch. Nr. 12. 1932).

Autorzy, opierając się na pracach E l l i s a, N e w t o n a i innych, badali glikemję zwierząt po dożylnym wstrzyknięciu insuliny zwykłej oraz naświetlanej promieniami czerwonymi przez 20 godzin i pozafiołkowymi przez 2 godziny. Okazało się, że przebieg glikemji po zwykłej insulinie oraz naświetlanej promieniami czerwonymi był zupełnie podobny; natomiast ta sama dawka insuliny, naświetlana promieniami pozafiołkowymi, dawała bardzo nieznaczny spadek glikemji. Przyczem autorzy spostrzegli, że najbardziej odmienna krzywa glikemji wypadła w przypadku naświetlania insuliny promieniami pozafiołkowymi tuż przed wstrzyknięciem; insulina natomiast naświetlana w przededniu i trzymana w ciemni nie traciła ze swej mocy. Stąd wniosek, że promienie pozafiołkowe nie niszczą insuliny, lecz wywołują przesunięcie w

kierunku zmniejszenia czynności; być może, że długotrwałe naświetlanie mogłoby wywołać głębsze zmiany. Badania autora oraz L u d w i g a i P i e s a dowiodły, że i inne hormony są czułe na naświetlanie promieniami pozafiołkowymi; stąd wniosek, że nie należy naświetlać temi promieniami osób, dotkniętych dysfunkcją hormonalną — grozi bowiem dalsze zmniejszenie czynności niektórych gruczołów dokrewnych.

Jakób P e n s o n.

Gruźlica.

O. HOCHÉ. O współistnieniu gruźlicy i raka. (Wien. kl. Woch. Nr. 19. 1932).

Teoria R o k i t a n s k y e g o, jakoby rak i gruźlica były antagonistami, które w ustroju ludzkim się wyłączają, nie utrzymuje się obecnie w tem ujęciu. Autor spostrzegał przypadek raka na kończynie dolnej, który przez 15 lat przebiegał pod obrazem gruźlicy grzybiastej, a w którym następnie badanie stwierdziło zrogowaciałego raka płaskokomórkowego. Chodziło zatem o powstanie raka na podłożu procesu gruźliczego, co stanowi nader rzadkie zdarzenie.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

K. RUMMELHARDT. O współistnieniu gruźlicy i raka. (Wien. kl. Woch. Nr. 34. 1932).

W oczach autora rozwinął się z gruźliczego procesu kostnego z wytwarzaniem przetok po 16-letnim istnieniu ich, możliwe, że pod wpływem żrącej maści, rak płaskokomórkowy.

A. N e u m a n n (Baden-Helenenthal).

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

H. W. FULLERTON, A. LYALL, L. DAVIDSON. Leczenie mocznicy cukrzyczej stężeniami roztworami glukozy. (The Lancet Nr. 11 T. 1. 1932).

Autorzy opisują przypadek śpiączki cukrzyczej, leczonej dużymi dawkami insuliny; po paru dniach cukromocz i ketonuria zniknęły, glikemja znacznie zniżyła się, chora wróciła do przytomności, jednak stan ogólny nadal był bardzo ciężki; dołączyły się uporczywe wymioty i anuria, we krwi stwierdzono znaczną azotemję i hiperchloremję. Zastosowano dożylnie wstrzykiwania stężonego roztworu glukozy; po paru dniach mocznik i chlorki stopniowo zmniejszyły się, chora zaczęła oddawać znaczne ilości moczu i szybko wróciła do zdrowia. Zdaniem autorów azotemja w przebiegu śpiączki cukrzyczej zależy nie tylko od uszkodzenia nerek, ale także od dehydratacji i wzmożonego rozpadu związków azotowych, zależnego od śpiączki cukrzyczej; autorzy nie zgadzają się z poglądem B l u m a, że azotemja zależy od chloropenji, towarzyszącej śpiączce; w przypadku autorów i w wielu innych obok azotemji występowała hiperchloremja, która wracała do normy w miarę spadku azotemji. Autorzy sądzą, że mocznica, występująca w przebiegu śpiączki cukrzyczej, pochodzi od podrażnienia nabłonków nerkowych przez ciała ketonowe i inne substancje toksyczne, krążące we krwi chorego na śpiączkę. Wstrzykiwania stężonej glukozy powodują nagłą zmianę ciśnienia osmotycznego, zwiększenie objętości krążącej krwi przez przyciąganie płynów tkankowych, co poprawia ogólne krążenie krwi i powoduje lepszy przepływ krwi przez nerki.

Jakób P e n s o n.

M. LÉVY, E. LÉVY. Leczenie hipercholesterynemji tyroksyną. (La Pr. Méd. Nr. 13. 1932).

Poziom cholesteryny we krwi ulega głównie zaburzeniom z powodów endogennych, dlatego też dieta uboga w cholesterynę wywiera nieznaczny wpływ na cholesterynemję. E p s t e i n i L a u d e stwierdzili, że niski poziom cholesteryny we krwi łączy się z powiększeniem metabolizmu, wysoki zaś — z obniżeniem. Opierając się na tych spostrzeżeniach auto-

rzy stosują tyroksynę w celu zwalczania hipercholesterynemji; leczenie to winno być systematycznie przeprowadzone, aby chory stale miał normalną ilość cholesteryny we krwi i w ten sposób był zabezpieczony przed schorzeniami, które łączą z hipercholesterynemją (miażdżycą, kamienie żółciowe). Najlepsze wyniki autorzy osiągnęli stosując 1 mg. tyroksyny dożylnie (2 — 4 razy tygodniowo). Dawkowanie jest indywidualne; po pewnym czasie można określić dawkę przez chorego dobrze znoszoną. Autorzy spostrzegli, że ludzie otyli dobrze znoszą duże dawki tyroksyny. U wychudzonych należy obok tyroksyny stosować dużo węglowodanów lub insulinę w iniekcjach. Prócz tego autorzy w 15 przypadkach otrzymali dobre wyniki przez stosowanie tyroksyny doustnie, natomiast wyciągi tarczycy nie dawały spadku cholesteryny we krwi.

Jakób P e n s o n.

R. BOLLER, K. ÜBERRACK. Tolerancja insulinowa w przebiegu żółtaczki. (Klin. Woch. Nr. 16. 1932).

Autorzy badali tolerancję na insulinę w 17 przypadkach żółtaczki o różnej etiologii. W 11 przypadkach żółtaczki z uszkodzeniem mięszu wątroby tolerancja przewyższała 75 jedn. insuliny dziennie. W 3 przypadkach żółtaczki lekkiej w okresie zdrowienia tolerancja na insulinę była mniejsza. Poza tem autorzy zwrócili uwagę na fakt, że w okresie podawania insuliny stwierdzili wysoki poziom cukru we krwi naczecz, co tłumaczą wzmożeniem działania mechanizmu, przeciwdziałającego właściwościom hipoglikemicznym insuliny. Autorzy sądzą, że próba tolerancji na insulinę może być uważana, jako próba czynnościowa wątroby.

Jakób P e n s o n.

KUGELMANN. Niebezpieczeństwo przedawkowania insuliny w leczeniu chorób wątroby. (D. m. W. Nr. 17 1932).

Od czasu spostrzeżenia, że uboga w glikogen wątroba pod wpływem insuliny zawiera go znacznie więcej, polecono stosowanie insuliny we wszystkich przypadkach rozlanych, mięszowych cierpień tego narządu. Nie wszyscy jednak autorzy zgadzają się z tem ujęciem rzeczy. Autor badał zachowanie się wątroby u ludzi zdrowych pod wpływem dużych dawek insuliny i adrenaliny i stwierdził w niej zaburzenia przemiany węglowodanów. Zapomocą dużych dawek insuliny osiągamy wręcz przeciwny skutek, nie zwiększamy ilości glikogenu w wątrobie i jej odporności. Jedynie małe dawki insuliny, 5 — 10 jednostek, podawane 2 razy dziennie, nigdy dożylnie, z obfitą ilością węglowodanów, powodują utrwalenie glikogenu w wątrobie. Nie należy nigdy doprowadzać do najmniejszych objawów niedocukrzenia krwi. Nie jest także obojętną ilość podawanych jednocześnie węglowodanów. 100 gr. i więcej powoduje wewnątrzpochodne wzmożenie się insuliny co może w połączeniu z podaną insuliną dać ciężkie objawy niedocukrzenia. Należy tedy podawać nie więcej niż 40 — 50 gr. cukru i najlepiej $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny przed głównym posiłkiem. Odmienne sprawa przedstawia się w kuracjach tużących zapomocą insuliny: tutaj duże dawki powodują od wpływ glikogenu do tkanek tłuszczowych i wywołują na początku hipoglikemji uczucie głodu, sprzyjające większemu spożyciu pokarmów.

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

Choroby nerwowe i psychiczne.

S. GOLDFLAM. O wzmożonych odruchach skórnych w cierpieniach zwojów czołowych.

M. BIRO. Samuel Goldflam. Wspomnienie pośmiertne. (Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psych. 1933, B. XXX, Nr. 2).

Nie mogę wspomnieć bez wzruszenia, że w jednym i tym samym numerze szwajcarskiego pisma podane jest wspomnienie o G o l d f l a m i e i jego ostatnia praca naukowa. Jego „Oeuvre posthume“ jest nowym wkładem do ulubionej przezeń dziedziny odruchów. Uchodzi za rzecz uznaną, że porażenia, względnie niedowłady na tle cierpień organicznych mózgu zachodzą ze wzmożeniem odruchów ścięgowych

i osłabieniem skórnych (brzusznym, mosznym i podeszwowym), bywają jednak przypadki, w których odruchy obu kategorii są wzmożone. Tło porażen, wzgl. niedowładów znajduje się w torebce wewnętrznej (w tych razach o. Babinskiego bywa dodatni, Rossolimo ujemny), bądź w korze zwojów czołowych lub centralnych (Rossolimo wówczas dodatni, Babinski ujemny). Na zasadzie szeregu przypadków (guzy, sprawy naczyniowe, wzgl. zapalne, włącznie ze specyficznymi) Goldflam dochodzi do wniosku, że w korze zwojów centralnych na pograniczu czołowych znajdują się aparaty, hamujące działalność ośrodków dla odruchów skórnych. Przez uszkodzenie kory w tej okolicy odruchy skórne się wzmagają. Spotęgowanie odruchów podeszwowych przemawia za umiejscowieniem sprawy w korze okolicy czołowej. Umiejscowienie ośrodków dla odruchów skórnych byłoby to samo, co dla o. Rossolimo. Jednoczesny Rossolimo i wzmożone o. o. skórne wzmacniają rozpoznanie sprawy w okolicy czołowej. Częste występowanie wzmożonego o. podeszwowego bez spotęgowania innych odruchów skórnych nasuwa przypuszczenie o umiejscowieniu ośrodków dla poszczególnych odruchów w oddzielnych miejscach. Wzmożenie odruchów brzusznych i nosisłowych wobec normalnych odruchów podeszwowych zachodzi rzadko. Istnieje analogja między odruchami skórnymi a Schusterowskim objawem chwytania. Oto są główne punkty ostatniej pracy Goldflama, którą redakcja Szwajc. Arch. Neurologji i Psychjatrji zaopatruje w dopisek, że jest wielkim dla niej zaszczytem, iż ostatnia praca wybitnego neurologa polskiego została ogłoszona w tem piśmie.

M. Biro.

ILLING Ernst. *Encephalitis lethargica z przejściem na rdzeń.* (Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie T. 82, str. 177, 1932).

Naogół według statystyki wielkiej monografji Stern a w 5% przypadków nagminnego zapalenia śpiączkowego mózgu notuje się w ostrym okresie tegoż objawy ogniskowo - rdzeniowe, które bądź prowadzą do szybkiego zejścia, bądź też cofają się stopniowo, zaś wyjątkowo postępują. Znacznie rzadziej widuje się tego rodzaju powikłania w przebiegu chronicznej postaci *encephalitis lethargica*. Widziano postaci porażenne, przypominające wstępującą odmianę choroby Landry, Heine-Medina, bezład Friedreicha, syringomyelię, chorobę Brown-Séquarda, Duchenne-Arana, *dystrophia muscularum progressiva*, *hemiatrophia faciei*. W przypadku Illinga w 8 blisko lat po początku choroby stopniowo zaczął się wyłaniać obraz *atrophiae muscularum progressivae* z jednoczesnym zajęciem jąder nerwów ruchowych opuszki.

Higier.

F. LANGE - MALKWITZ i W. LANGE. *Badania kapillaro-mikroskopowe w encephalitis chronica epidemica.* (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, T. 97, str. 152, 1932).

Na oddziale encefalitycznym zakładu Chemnitz - Altendorf stwierdzili autorzy u 73 encefalityków różnego wieku i płci poważne zaburzenia kapillaro - mikroskopowe, badając według metody Otfrieda Müllera (neokapillary, produktywne neokapillary, hipoplastyczne i zahamowane neokapillary), według schematu Janscha-Hoepfnera (postacie produktywne poszczególnych warstw Archi-, Meso- i Neo-Kapillarschicht) i według formułek morfologicznej, uwzględniającej zespół spastyczny - atoniczny ze zwężeniem i rozszerzeniem włóśnic, zespół cyrkulacyjny ze zmiennością w szybkości krążenia, zespół wazoneurotyczny z przepuszczalnością ścian i diapedezą miejscową krwinek. Autorzy podporządkowują te zaburzenia rubryce wegetatywnych nerwów naczyniowych, supponując im podłoże anatomiczno - fizjologiczne w jądrach podkorowych.

Higier

ALEXANDER W. *Bezwzględne wskazania do zastrzyknięcia wewnątrzwojowego w nerwobólach twarzy.* (Nervenarzt. IV. 385, 1931).

W każdym ciężkim i uporczywym przypadku nerwoból twarzy należy po wyczerpaniu terapii zachowawczej przystąpić do zastrzyknięcia alkoholowego metodą Hertla do samego zwoju n. trójdzielnego i dopiero po bezskuteczności tego zabiegu stosować usunięcie operacyjne samego zwoju (*ganglion (Gasseri)* lub przecięcie tylnego korzonka jego. Są znane przypadki zupełnego wyleczenia i wieloletniej poprawy. Zrosty się widuje na sekcji po zastrzykiwaniach i bez nich, nawroty są naogół rzadkie i usunąć się dają przy pomocy nowego zastrzyknięcia.

Higier.

Choroby oczu.

R. SCHEERER i C. ERNST. *Nadciśnienie a dno oczu.* (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 1).

Autor zastanawia się nad zagadnieniem, czy wahania ciśnienia krwi u chorych z nadciśnieniem samoistnym można położyć na karb zmian wielkości pojemności minutowej krążenia, i wskazuje na swoiste zmiany naczyniowe w obwodowym odcinku koryta u pacjentów z nadciśnieniem czerwonym (kurczowo-bezladowy zespół objawów O. Mueller a). Dla dalszych badań nad zmianami naczyniowymi u chorych z nadciśnieniem i postawienia zagadnienia, czy mechanizm czerwonego nadciśnienia ujmować należy jako bierny czy czynny, badali autorzy dno oczu u 88 chorych z nadciśnieniem samoistnym i 12 z nerkowopochodnym; jednocześnie obserwowano włóśniczki w typowych miejscach. Otrzymane wyniki wykazują, że słuszne jest pojęcie dna nadciśnieniowego, gdyż jest ono typowe. Przeniesienie tych wyników do dziedziny ogólnej oceny problemu nadciśnienia daje nowe podstawy nauce o nadciśnieniu wskutek zwiększenia napięcia drobnych tętniczek, dowodzi zaś, że pojęcia Volharda o biernym mechanizmie czerwonego nadciśnienia nie są wiążące.

Henryk J. Landau.

P. DYBAN. *O cytologii łącznicy w jaglicy.* (Sow. Wiest. Oftal. Nr. 8—9, 1932).

Cytologia rozmazów zawartości mieszków w II okresie jaglicy jest zupełnie podobna do cytologii w wyroślach. Na podstawie tego podobieństwa nie można jednakże mówić o tożsamości wyrośli gruczołowych z jaglicą, gdyż w obu przypadkach poddaje się badaniu głównie tylko zawartość mieszków, a nie całą grubość spojówki powiek, ani błony śluzowej jamy nosowo-gardzielowej. Jaglicy, ani wyrośli gruczołowych porównywać nie można z białaczką, gdyż w tej ostatniej ma się do czynienia z daleko posuniętym odmlodzeniem całej krwi i schorzeniem całego narządu krwiotwórczego, w jaglicy zaś i wyroślach gruczołowych proces ma charakter miejscowy. Cytologia jaglicy i wyrośli gruczołowych nie przeczy pogładowi na nie jako na przewlekły wytwórczy proces zapalny w połączeniu z rozrostem tkanki chłonnej.

L. H.

W. BUSYGIN i G. LIORBER. *O wpływie grup krwi na przebieg procesu jagliczego.* (Sow. Wiest. Oftal. Nr. 8—9, 1932).

Przypadki powiklanej jaglicy III okresu spotykają się prawie jednako często we wszystkich grupach krwi. Zestawiając historie choroby z wynikami badań nad odczynem izohemoaglutynacji u swych chorych, odnieśli autorzy wrażenie, że na ciężkie postaci jaglicy, którym towarzyszą bardzo ciężkie powikłania, chorować mogą przedstawiciele wszystkich grup krwi, wobec czego przypuszczają oni, że rozmaity przebieg jaglicy nie zależy od przynależności do tej lub innej grupy krwi.

L. H.

R. BERBEROW i G. ALEKSIEW. **Znaczenie bac. granulosis Noguchi w etiologii jaglicy.** (Sow. Wiest. Oftal. Nr. 8—9. 1932).

Celem skontrolowania chorobotwórczych własności *bac. granulosis Noguchi* u człowieka autorzy przeprowadzali doświadczenia ze szczepieniem tego zarazka na zupełnie zdrowej spojówce dwojga nieuleczalnie ślepych młodych dzieci. Skutkiem szczepienia powstał u obojga podostry nieżyt spojówek, natomiast zmian jagliczych pomimo długotrwałej obserwacji stwierdzić nie można było: spojówki pozostały gładkie, przeświecały przez nie naczyńka i przewody gruczołowe, ziaren, ani blizen nie było. Wo-

bec tego, że otrzymane przez autorów hodowle były zupełnie identyczne z *bac. granulosis Noguchi*, że używano hodowli w trzecim pokoleniu, że przy szczepieniu używano kilku sposobów i że wreszcie przedmiotem szczepień była spojówka dzieci, która jest szczególnie podatna na jaglicę, autorzy przypuszczają, że ujemny wynik ich szczepień stawia pod dużym znakiem zapytania swoistość *bac. granulosis* jako zarazka jaglicy. Możliwe jest również, że zarazek ten jest bardzo chwiejny i wymagający w znaczeniu zachowania swej zjadliwości. Dla wydania ostatecznego sądu o swoistości *bac. granulosis* niezbędne są, oczywiście, liczniejsze spostrzeżenia.

L. H.

Oceny książek

Polski Słownik Lekarski Radjologiczny i Światłolecznicy.

Polskie piśmiennictwo lekarskie poszczycić się może nielada dorobkiem. Polski Słownik Lekarski Radjologiczny i Światłolecznicy jest drugim tego rodzaju dziełem w światowej literaturze. Powstał on dzięki inicjatywie ś. p. doc. d-ra Z. Grudzińskiego i mrówczej pracy dra. Z. Stankiewicza przy współudziale szeregu sił fachowych. W części pierwszej mamy tłumaczenie z łaciny, niemieckiego, francuskiego i angielskiego na polski, w części drugiej zaś z polskiego na wyżej wymienione języki. Redakcja starała się często unikać tłumaczenia dosłownego, zastępując je o wiele racjonalniejszym „pojęciowym”. B. Kryński.

Prof. Dr. Med. G. F. HAENISCH i Prof. Dr. Med. H. HOLTTHUSEN. **Einführung in die Röntgenologie.** Stron druku 359, ilustracyj 299, nakładem Georg Thieme, Lipsk 1933 r.

Krótki, zgruba orientacyjny skorowidz rentgenologii, słusznie zresztą przez samych autorów nazwany „wstępem”. Dział techniczny i fizyczny opracowany przez Liechtięgo, djagnostyka przez Haenischę, a terapia przez Holtthusenę. W książce uwzględnione są w miarę możliwości najnowsze zdobycze z dziedziny radjodjagnostyki (jak np. Arterjo - Encefalografia). Wydanie na wysokim poziomie technicznym (pierwszorzędne reprodukcje). B. Kryński.

Ernst BRAUN. **Die vitale Person.** Thieme. Lipsk 1933.

Dziełko to stanowi wyraz dominującej coraz wyraźniej — nietylko w neuropsychiatrii, ale i w całej medycynie — tendencji do personalizmu czyli do ujmowania całości osoby ludzkiej psychofizycznej albo, jak chce twórca personalizmu filozoficznego Wiliam Stern, psychofizycznie neutralnej. Z tej wielkiej całości wyodrębnia autor jako „witalną osobę” zespół czynności życiowych najgłębszej, bliskiej ciału warstwy psychicznej. Jako takie funkcje rozważa zapęd (Antrieb), nastroj, podatność na podniety oraz kolejność snu i czuwania.

Zespół tych czynności — na granicy pomiędzy psyche i soma — otrzymuje impulsy z obu stron i wpływa z kolei na funkcje cielesne i psychiczne. Już sam punkt wyjścia rozważań autora musi zainteresować każdego klinicystę, gdyż jest nim analiza odczuwań psychofizycznych jako objawów zwiastunnych i początkowych lekkiej infekcji. Słusznie zwraca tutaj uwagę autor na ogromne znaczenie układu roślinnego w najszerszym tego słowa znaczeniu. Pomiędzy poszczególnymi funkcjami tego zespołu a czynnościami psychicznymi i cielesnymi istnieją liczne i wzajemne korelacje. Niema psychicznego procesu lub aktu, który by nie otrzymywał impulsów i sił od osoby witalnej, tak np. zapęd (Antrieb) służy wszelkiej czynności duchowej i psychoruchowej. Z drugiej strony każda czynność psychiczna prowadzi do zmian funkcjonalnych w całej osobie witalnej. Pomiędzy poszczególnymi właściwościami osoby witalnej a właściwościami psychicznymi istnieją „kręgi czynnościowe”. Omówieniu tych związków poświęcona jest pierwsza część książki. Część II-ga rozważa biologię osoby witalnej, spłoty wzajemnych związków i wpływów, jakie zachodzą pomiędzy nią a sferą cielesną. Uwzględnienie danych piśmiennictwa, które rzucają światło na patofizjologię zapędu oraz funkcji snu i czuwania, łącznie z rozważaniami natury filogenetycznej, fizjologicznej i anatomicznej, pozwalają ująć osobę witalną jako zcałkowany układ czynności, który sięga od niezróżniczkowanej komórki aż do złożonej funkcji kory mózgowej. Komórki wytwarzają siły witalne niezróżniczkowane, zaś wyższe hierarchicznie uporządkowane instancje regulują równowagę i porządek tej produkcji w przystosowaniu do wymagań zewnętrznych. Taką instancję regulującą stanowi przedewszystkiem układ wegetatywny Krausa z ośrodkami międzymózgowia na czele; ponad nim działają zwoje podstawne i kora mózgowa. Ostatnia część pracy rozważa „zespoły witalne”, w których objawy pochodzenia wegetatywnego sprzęgają się z objawami witalnymi. Praca poważna i gruntownie przemyślana. G. Bychowski.

Wskazówki praktyczne

Johnstone, Wiesner i Marshall polecają w *skłonności do poronień przetwory jajnikowe*, w szczególności hormony luteowe. Leczenie hormonowe należy prowadzić do 7 miesiąca ciąży. W przypadkach grożącego już poronienia leczenie hormonowe jest bezskuteczne. (Lancet. 1932 Nr. 5688).

—o—

Leczenie trądzika pospolitego: W okresie ostrym okłady z 1% rezorcyny lub 3% kwasu bornego, sulfoderm w proszku. W późniejszym okresie pędzlowanie wieczorem przed snem: Rp. Acid. salicyl. 1,5; Thigenol. 1,0; Sulf. praecip. 3,0; Talci

venet 10,0; Amyli 10,0; Ferr. silic. 5,0; Spir. vin. dil. ad 150,0. (Prakt. Arzt. 1933 Nr. 44).

—o—

W leczeniu *miażdżycy tętnic* radzi Denek nie zabraniać zbyt surowo używania kawy i herbaty, gdyż kawa działa dodatnio na diurezę i wypróżnienia, a u wielu osób ma wpływ i na stan duchowy. Unikać należy raczej wódki po jedzeniu i wieczorem, gdyż wpływa ona źle na trawienie i sen. (Ther. Gegenw. 1932 Nr. 12).

—o—

Przeciwno uporczywym wymiotom, napadom kamicy żółciowej, bólowi z powodu schorzeń żołądkowych poleca Citron: Rp. Cocain. hydrochl. Menthol. aa 0,1; Atropin. sulf. 0,004; Spirit. dil. ad 10,0. M. D. S. 3 razy dziennie po 10 — 15 kropel. (Prakt. Arzt. 1933 Nr. 4).

—o—

Grypę u ośesków i małych dzieci leczy Petran y i dużymi dawkami piramidonu: ośeskom do 1 miesiąca 0,05, od 3 — 6 mies. 0,10, od 6 — 12 mies. 0,15, dzieciom 2 — 5 lat 0,20 co 2 godziny aż do spadku ciepłoty do normy, co zwykle za-

czyna się przy 3 lub 4 dawce. Jeżeli ciepłota spadła niżej 37, to przerwy przedłuża się do 3 godzin, w dalszym ciągu do 4 godzin i w końcu do 3 razy dziennie. Żyby wcześnie odstawienie leku jest błędem. Daje się piramidon w roztworze 3% z obfitym dodatkiem syropu. U dzieci słabowitych i gruźliczych zaleca się ostrożność. Jeżeli gorączka nie spada pomimo dużych dawek piramidonu, to albo już powstały powikłania, albo można się ich spodziewać. (Arch. Kindhlk. T. 98 Nr. Nr. 1 i 2).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej

Doroczne Walne Zebranie z dnia 16 lutego 1933 r.

Obecnych 22.

1) Po zagajeniu Walnego Zebrania i stwierdzeniu, że jako zwołane w II terminie jest ono ważne bez względu na liczbę obecnych, prezes Towarzystwa Srebrny zaproponował na przewodniczącego prof. Dr. W. Grzywo-Dąbrowskiego, co zostało przyjęte przez aklamację. Przewodniczący zaprosił na asesora D-ra Lebensbama, na sekretarza D-ra H. J. Landaua.

2) Przyjęto porządek dzienny bez zmian.

3) Protokół Dorocznego Walnego Zebrania z roku ubiegłego odczytał Dr. W. Knapp. Protokół został przyjęty bez zmian.

4) Sprawozdanie roczne Zarządu, Skarbnika i Komisji Rewizyjnej zostało odczytane przez D-ra Knappa. Doroczne Walne Zebranie przyjęło do wiadomości i zatwierdziło odczytane sprawozdanie.

5) Następnie udzielono absolutorium ustępującemu Zarządowi.

6) Na miejsce 3 ustępujących członków Zarządu wybrano Dr. J. Adamskiego, Dr. Bacię i Dr. St. Higiera (wszystkich ponownie).

7) Do Komisji Rewizyjnej wybrano prof. M. Koppackiego, Dr. Korala i Dr. Przemysława Rudzkiego (wszystkich ponownie).

8) Sprawę nowelizacji statutu Towarzystwa zreferował prezes Srebrny, który po odczytaniu starego i nowego statutu wyjaśnił, na czym polegają różnice pomiędzy nimi. Następnie przystąpiono do omawiania poszczególnych paragrafów.

9) Srebrny referuje wniosek Zarządu w sprawie nadania prof. O. Bujwidowi godności członka honorowego. Prof. Bujwid pracuje od szeregu lat na polu naukowym i społecznym; jest chronologicznie pierwszym w Polsce bakterjologiem, stanowi chlubę nauki polskiej. Wniosek Zarządu został przyjęty przez aklamację.

10) Wolne wnioski.

Budzyńska-Tylińska wnosi o zmniejszenie składki członkowskiej ze zł. 20 na zł. 12 rocznie; wniosek swój motywuje złym stanem materialnym lekarzy.

Dr. Knapp wyjaśnia, że składka wynosiła zrazu zł. 16 rocznie, potem podniesiono ją do 20 zł. rocznie uzyskawszy zaś w ten sposób nadwyżkę w wysokości Zł. 1.000 rocznie, przeznaczono ją na stypendjum Towarzystwa. Ze względu na to, że tym którzy nie mogą płacić, składkę się obniża, albo nawet zwalnia się ich zupełnie od płacenia składki członkowskiej, co jest przewidziane statutowo, jest przeciwny obniżeniu składki członkowskiej.

Dr. Kacprzak wypowiada się przeciwko obniżaniu składki członkowskiej, gdyż doświadczenie wykazuje, że ci, którzy nie płacili zł. 20, nie będą płacili też obniżonej składki. Jest za utrzymaniem składki w dotychczasowej wysokości.

Prof. Grzywo-Dąbrowski uważa, że możeby należało obniżyć składkę członkowską do wysokości zł. 16 rocznie.

Dr. Knapp stwierdza, że w innych Towarzystwach składki członkowskie są znacznie wyższe, i przeciwny jest obniżaniu składki, gdyż może się to odbić w katastrofalny sposób na funduszach i budżecie Towarzystwa.

Dr. Budzyńska-Tylińska uważa za niesłuszne, ażeby lekarze, będący na posadach, często dobrze płatnych,

płacili niższą składkę, aniżeli lekarze wolnopraktykujący, których zarobki w dotkliwy i szybki sposób w chwili obecnej zmniejszają się. Uważa za bardziej demokratyczny sposób postępowania wprowadzenie niskiej i jednakowej dla wszystkich członków składki.

Dr. Kacprzak staje w obronie lekarzy, będących na posadach, przeważnie bardzo lichy płatnych, i tłumaczy, dlaczego obniżono dla nich składkę członkowską.

Za wnioskiem Dr. Budzyńskiej-Tylińskiej co do obniżenia składki członkowskiej do wysokości zł. 12 rocznie wypowiedziały się 2 głosy, za poprawką prof. Grzywo-Dąbrowskiego (obniżenie składki do zł. 16 rocznie) — 3 głosy, za utrzymaniem składki w dotychczasowej wysokości — 4 głosy, wobec czego wysokość składki pozostała niezmieniona.

11) Prof. Grzywo-Dąbrowski wygłosił odczyt p. t. „Nowy polski kodeks karny z punktu widzenia sądowno-lekarskiego” (streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji stwierdza Dr. Budzyńska-Tylińska, że nowy polski Kodeks Karny nie jest liberalny. Nie stanowi, zresztą, wyniku prac Komisji Kodyfikacyjnej, która zniósła karę śmierci i karalność przerywania ciąży przez lekarzy. W nowym polskim Kodeksie Karnym utrzymana została hanbiąca ludzkość kara śmierci. Pogorszono również sprawę karalności za przerywanie ciąży. Polska, nie będąca obciążona dziedzictwem, mogła zdobyć się na lepszy i liberalniejszy kodeks, idąc za przykładem nowopowstałych państw.

Według np. kodeksu estońskiego lekarz nie jest karany za przerywanie ciąży; takie samo stanowisko zajmuje projekt kodeksu czesko-słowackiego. Nie mówi już o sądach doraźnych. Jak można karać za śmierć, jeżeli sam sędzia może zadawać śmierć. Wymaganie dwóch świadectw lekarskich dla zezwolenia na przerywanie ciąży jest przestępstwem wobec kobiet ubogich, gdyż bogate zawsze je zdobędą. Pozwolenie prokuratora na przerywanie ciąży zgwałconej jest iluzją, gdyż nim się takie pozwolenie otrzyma, wobec czasu potrzebnego do przeprowadzenia śledztwa i sprawy, ciąża dobiegnie końca. Pozostanie wobec tego, że wskazania społeczne do przerywania ciąży w kodeksie nie zostały uwzględnione, pozostanie tak, jak było: ubogie będą cierpiały, bogate — będą płaciły. Jedyną dobrą stroną kodeksu stanowi zastrzeżona karalność akuserek za przerywanie ciąży. Zastanawia się, czy przy dzisiejszym rozróżnieniu obyczajów i upadku pojęć etycznych usiłowanie czynu przestępnego nie jest zbytnią finezją. Prosi o wyjaśnienie, czy rodząca, która w psychozie poporodowej popełni zabójstwo dziecka, będzie karana więzieniem do lat pięciu.

Dr. Knapp zgadza się z przedmówczynią. Kara śmierci płami nowy polski Kodeks Karny. Wszystkie towarzystwa naukowe powinny stale przeciwko niej zakładać protesty. Kara śmierci nie jest karą, lecz aktem zemsty, zaś aktów zemsty nie powinno być w kodeksie. Każdy wypadek kary śmierci powinien być piętnowany przez społeczeństwo, co może wywrzeć wpływ na sądownictwo. Wyjaśnia, że świadectw dwóch lekarzy na pozwolenie przerywania ciąży nie wymaga Kodeks Karny, lecz § 12 „Ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej”, na której wydanie mieli duży wpływ lekarze. Gdy sprawa ta była rozpatrywana na Radzie Lekarskiej, przeciwko § 12 wypowiedzieli się jedynie prof. Grzywo-Dąbrowski i mówca. Przyczynę tego upatruje w nieoczytaniu, nieuspołecznieniu i wsteczniwieniu lekarzy. Praktyczne wyjście z sytuacji upatruje we wprowadzeniu pojęcia wstrząsu moralnego, który uważa za wskazanie do przerywania ciąży. Istnieje w kodeksie cały szereg paradoksów i

sprzeczności z życiem i praktyką lekarską. W ustawie o wykonywaniu praktyki lekarskiej nie mówi się zupełnie o odpowiedzialności cywilnej lekarzy, chociaż na porządku dziennym są przypadki śmierci z winy lekarzy. Cytuje przypadek złamania kości, nastawionego bez badania rentgenowskiego.

Dr. K a c p r z a k uważa, że nie należy rzucać takich oskarżeń na lekarzy. Zastanawia się, czy oskarżenia lekarzy nie są często przesadzone.

Dr. S r e b r n y uważa, że Dr. K n a p p e sądzi zbyt surowo lekarzy.

W odpowiedzi prof. G r z y w o - D a b r o w s k i stwierdza, że oczywiście, lekarze popełniają błędy, lecz nie zdarza się to znów tak często. Nasza młodzież lekarska stoi na bardzo niskim poziomie, być może, ponoszą za to części odpowiedzialność ich nauczyciele, lecz przede wszystkim nieodpowiednie warunki, w jakich odbywają się studia.

Nie zajmował w swym odczycie stanowiska wobec kary śmierci w nowym polskim Kodeksie Karnym, gdyż omawiał go tylko z punktu widzenia sądowo - lekarskiego.

Nowy Kodeks Karny, jeżeli chodzi o sprawę przerywania ciąży, stanowi pewien postęp w porównaniu z rosyjskim kodeksem karnym z r. 1903. Dawniej lekarz mógł być pociągany do odpowiedzialności za przerywanie ciąży nawet ze wskazań lekarskich, czego niema w nowym kodeksie. Świadectwa lekarskie można otrzymać nie tylko u lekarzy wolno praktykujących, lecz również w kasach chorych, u lekarzy rządowych, ubogich i t. d. Zresztą, ma być wydana nowela do § 12 ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej. Na dobrą sprawę pod punkt, przewidujący przerywanie ciąży ze wskazań lekarskich, podciągnąć można prawie każdy przypadek. Sprawa zgwałconych i pozwolenia prokuratora na przerywanie ciąży nie przedstawia się tragicznie: jeżeli lekarz stwierdzi ciążę, co dzięki odczynowi A s c h h e i m - Z o n d e k a jest możliwe w bardzo krótkim czasie, prokurator obowiązany jest szybko załatwić sprawę. Zabójstwo w psychozie poprodowej podpada pod paragrafy 16 i 17 nowego Kodeksu Karnego. Wstrząs moralny i możliwość samobójstwa nie mogą być kodeksowo podciągnięte pod wskazania do przerywania ciąży. Odpowiedzialność cywilna lekarzy za szkody, przez nich wyrządzone, wypływa z kodeksu cywilnego i karnego, nie mogło więc o tem być mowy w ustawie o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Sekretarz: Henryk J. L a n d a u.

Posiedzenie plenarne z dnia 9 marca 1933 r.

Obecnych 28.

Przewodniczył S r e b r n y.

Odczyt:

K. D a b r o w s k i. *Zadania społeczne higieny psychicznej.* (Streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji stwierdza H a n d e l s m a n, że zagadnienie higieny psychicznej jest bardzo ważne. Nie należy sądzić, że jest ono u nas zaniedbane, zwłaszcza przez lekarzy. Sprawie tej poświęcono cały jeden dzień zjazdu psychiatrów. W Warszawie istniały już przed wojną dwa towarzystwa, utrzymujące zakłady dla psychicznie chorych w Otwocku i Drewnicy oraz zakład dla nerwicy w Karolinie. Walkę z chorobami psychicznymi rozpoczęto w Ameryce. Ciekawy jest fakt, że inicjatorem jej był dawny psychicznie chory, który znał ujemne strony zakładów dla takich chorych. Naogół w Ameryce sprawa ta zajmuje się laicy, nieznający psychiatrii, ani neurologii. We Francji najlepszym jej znawcą jest T o u l o u s e, prowadzący otwarty zakład (Henri R o u s s e l) z szeregiem przychodni; trzeba podkreślić, że zakład ten pozostaje w ścisłej styczności z kliniką psychiatryczną C l a u d e a. H a n d e l s m a n jest za tem, ażeby szpitale dla nerwicy pozostawały w związku z klinikami pediatrycznymi lub psychiatrycznymi, gdyż w oderwaniu będą one niewystarczające dla walki z chorobami psychicznymi, podobnie jak same przychodnie nie wystarczą do zwalczania gruźlicy, chorób wenerycznych i t. d. W przeciwnym razie byłoby to marnotrawieniem grosza i czasu. Przeciwny jest wobec tego twórczyni samych tylko szpitali dla nerwicy. Sprawami higieny społecznej zajmuje się w Polsce dość dużo instytucji: wyżej wspomniane towarzystwa, opieki pozazakładowe i t. d. Niema natomiast jednej naczelnej organizacji, która by koordynowała działalność tych wszystkich instytucji. Stworzono taką organizację przed kongresem w Ameryce, na który wydelegowano prof. P i l c a, oraz przed kongresem we Francji, na którym reprezentowali Polskę M i n k o w s k i i G a l l u s, lecz po kongresach organizacja ta przestała działać.

Czyni się starania o przywrócenie jej do życia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Opieki Społecznej. Stawia wniosek o poparcie tej inicjatywy przez Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

R o z e n b l u m ó w n a występuje przeciwko przychodni dla dzieci w takiej postaci, jak to zaproponował prelegent. Przypadki, zgłaszające się do przychodni dziecięcych, składają się przeważnie z oligofrenji i dzieci, cofniętych w rozwoju. W praktyce przychodni pielęgniarka nie zastąpi psychologa i muszą w nich być, prócz pielęgniarki, wykwalifikowany lekarz i psycholog. Tak samo w szkole obok lekarza musi być psycholog, gdyż lekarze szkolni są i tak nadmiernie przeciążeni pracą innego rodzaju. Instytucji, zajmujących się higieną psychiczną u dzieci, niema w Warszawie; istnieje tylko Instytut Pedagogii Specjalnej, kształcący nauczycieli dla dzieci niedorozwiniętych i zaniedbanych. Wszystkie instytucje, zajmujące się higieną psychiczną u dzieci, powinny pozostawać w styczności ze szpitalami psychiatrycznymi, lecz nie powinny być umieszczone na ich terenie, gdyż to odstręcza publiczność od zwracania się do nich.

N e l k e n przytacza powiedzenie K a n d e r s a, że higienę psychiczną należy traktować i jako cel, i jako cały szereg urządzeń i instytucji społecznych. Część instytucji, wymienionych przez przedmówców, nie pozostaje w bezpośrednim związku z higieną psychiczną. Higiena psychiczna w wojsku ma na celu walkę z psychopatią w wojsku i z psychopatią społeczeństwa w czasie wojny. Psychopatia silniejszego stopnia, stwierdzona przez lekarza u żołnierzy, powinna pociągać za sobą ich wydalenie z wojska. Co do postępowania z psychopatami na wypadek wojny istnieją dwie tendencje: tendencja amerykańska, stojąca na tem stanowisku, że w wojsku powinni być tylko ludzie dobrani psychicznie, oraz tendencja, którą możnaby określić mianem „*therapia sterilisans magna*“, reprezentowana np. przez pewnych lekarzy niemieckich, że właśnie na front należy wysyłać psychopatów, gdyż ich śmierć będzie mniejszą stratą dla państwa i społeczeństwa, niż śmierć zdrowych psychicznie ludzi, śmieszne zaś byłoby postępowanie odwrotne. Ze psychopaci mogą być dobrymi żołnierzami, dowodzi przykład Mauricea L é f l e u r y, który opisuje psychopatę wielokrotnie odznaczanego, ale też wielokrotnie karanego przez sądy wojskowe za kradzieże i zbrodnie przeciwko moralności. Autorzy francuscy proponują wyzyskiwanie psychopatów do pracy w przemyśle wojennym. Walka gazowa nasuwa niebezpieczeństwo pod względem psychicznym nie tylko na froncie, lecz również i na tyłach. Wielu autorów uważa większość zaburzeń nerwowych na tle walki gazowej za nieistniejące, były jednak niewątpliwie wstrząsy nerwowe na tem tle. Ataki gazowe na tyły powodują takie same zaburzenia nerwowe, jak podczas wielkich katastrof (np. w czasie trzęsienia ziemi w Mesynie i t. p.). Atak gazowy szerzy niewątpliwie panikę. Nieumiejętne uświadamianie społeczeństwa co do walki gazowej wobec dużej liczby psychopatów w społeczeństwie może spowodować nieobliczalne szkody. Konieczna jest pod tym względem współpraca instytucji higieny psychicznej z L. O. P. Pem. Dla zwalczania nerwicy wojennych konieczny jest wysiłek nie tylko wojska, lecz i całego społeczeństwa. Na przyszość przewidziane są dla takich chorych szpitale nie w kraju, lecz tuż poza frontem; droga z tych szpitali prowadzić może tylko z powrotem na front, lecz nigdy nie do kraju. Jeżeli chodzi o nerwice rentowe, to 50% rent inwalidzkich w Ameryce, Niemczech i t. d. udziela się z powodu zaburzeń nerwowych: przyczynia się do powstawania tych nerwicy fakt niejednokrotnie ocen rent w rozmaitych miejscowościach. Rent inwalidzkie powinny być wszędzie jednakowo oceniane: istnieje pod tym względem projekt międzynarodowego ujednostajnienia rent inwalidzkich.

M u t e r m i l c h o w a zabiera głos jako psycholog szkolny i stwierdza, że bynajmniej nie wszystkie szkoły mają psychologów. Zdaje sobie sprawę z tego, że psycholog nie może zastąpić lekarza szkolnego, lecz jest i odwrotnie: lekarz szkolny nie może zastąpić psychologa, konieczna jest w dziedzinie higieny psychicznej współpraca lekarza szkolnego i psychologa, zwłaszcza, że częstokroć lekarzem w szkole nie jest lekarz szkolny w ścisłym znaczeniu tego słowa, lecz np. chirurg i t. p. Często właśnie lekarze szkolni zwracają się o pomoc do psychologów. Jeżeli lekarz szkolny będzie posiadał przygotowanie psychologiczne, nie będzie można o nim mówić tylko jako o lekarzu: będzie on w jednej osobie lekarzem i psychologiem. C l a p a r e d e jest przede wszystkim psychologiem, a nie lekarzem. Nauczyciele nie mogą również

zastąpić psychologów; otrzymują oni wprawdzie przygotowanie psychologiczne, muszą zdawać odpowiednie egzamina, lecz wkrótce nabyte w tej dziedzinie wiadomości ulatniają się, co jest, zresztą, zrozumiałe: nauczyciel zajmuje się dydaktyką, a nie psychologią. Metod psychologicznych nie będą opracowywali ani lekarze, ani nauczyciele, lecz wyłącznie psychologowie; oni też muszą posiadać możność stosowania ich i kontrolowania w praktyce.

W odpowiedzi prosi Dąbrowski, że na czele lig i przychodni higieny psychicznej w Ameryce stoją lekarze. Sprawa współistnienia na jednym terenie szpitali psychopatycznych i psychiatrycznych pozostała pod względem naukowym nierozstrzygnięta. Tworzy się obecnie w Polsce przychodnie higieny psychicznej dla dzieci, lecz jest wątpliwym, czy związek ich z klinikami pediatrycznymi jest celowy. Pielęgniarki stanowią dużą pomoc w praktyce przychodni, zwłaszcza, że często rekrutują się one z pośród byłych nauczycieli i posiadają dość dobre przygotowanie psychologiczne. Prelegent zdaje sobie dokładnie sprawę z doniosłości zagadnień, poruszonych przez Nelkena. Zastrzega się, że nie walczy na terenie szkolnym z psychologami, lecz uważa obsadzenie wszystkich szkół przez odpowiednio przygotowanych lekarzy szkolnych za łatwiejsze do osiągnięcia. Lekarze szkolni powinni bezwzględnie otrzymywać przygotowanie psychologiczne a wtedy będą oni z pewnością bardziej pożyteczni w szkole, niż psychologowie, którzy nie mogą się orjentować w całym szeregu takich zagadnień, jak: onanizm, fizjologia okresu dojrzewania płciowego i t. d. Czynione są kroki celem szerszego uwzględnienia psychologii w studiach lekarskich aniżeli dotąd.

Srebrny dziękuje prelegentowi za nadzwyczaj ciekawy referat i odczytuje wniosek Handelsmana, który brzmi, jak następuje: Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej, rozumiejąc konieczność celowej, umiejętnej i jednolitej działalności w dziedzinie higieny psychicznej w Polsce, zwraca się do p. Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia przy Ministerstwie Opieki Społecznej z prośbą o wznowienie prac Polskiej Ligi Higieny Psychiczej (powstałej przed paru laty przy Departamencie Służby Zdrowia), któraby nadała kierunek tej działalności.

Dąbrowski stwierdza, że Polska Liga Higieny Psychiczej nie istniała i nie istnieje, nie może więc być mowy o wznowieniu jej działalności; przed kilku laty przed kongresem w Ameryce stworzono *ad hoc* komitet, który wybrał delegata Polski na ten kongres, lecz później komitet ten przestał istnieć.

Srebrny zaznacza, że wniosek Handelsmana, zmodyfikowany w tym sensie, że chodzi o utworzenie Polskiej Ligi Higieny Psychiczej, przedłoży zarządowi Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej do zatwierdzenia. poczem Towarzystwo poczyni odpowiednie kroki u czynników miarodajnych.

Sekretarz: H. J. Landau.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Dolnego Re-

nu w Strasburgu z dnia 25 lutego 1933 r. (Strasbourg méd. Nr. 10. 1933) pokazywali M. Lacroix, P. Daul i A. Horber przypadek ropnego jałowego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. 24-letni chory przybył do kliniki z powodu wystąpienia objawów oponowych w przebiegu ostrego lewostronnego zapalenia ucha środkowego z gorączką 40° i tętnem 100. Badanie uszu wykazało ostre zapalenie ucha środkowego z przedziurawieniem błony bębenkowej bez odczynu ze strony wyrostka sutkowego. Badanie neurologiczne wykazało całkowite porażenie nerwu twarzowego lewego, sztywność karku z wyraźnym objawem Kerniga, oczopląs poziomy prawostronny, zbaczanie wyciągniętych ramion ku stronie lewej. Dno oczu było normalne. Nakłucie łędźwiowe wykazało wzmożone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego (40 w pozycji leżącej według Claudefa), płyn mętny, objaw Queckenstedta ujemny przy badaniu drobnowodzowym płynu 2040 komórek, w tem 60% wielojądźrząstych, 23% limfocytów, 15% monocytów, 2% makrofagów, posiew z płynu pozostał jałowy. Badanie rentgenowskie wykazało stare, przewlekłe zapalenie wyrostka sutkowego lewego z ogniskami zniszczenia. Badanie krwi wykazało leukocytozę (18800) z przewagą wielojądźrząstych (88%). Wobec tego stanu wykonano w znieczuleniu miejscowym szerokie otwarcie kości skalistej i wyrostka sutkowego z wyskrobanie nacieków grzybiastych oraz nałożono ropień fiksacyjny. Wymioty i bóle głowy ustąpiły natychmiast, porażenie nerwu twarzowego po 2 dniach. Nakłucie łędźwiowe wykazało spadek ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego i zmniejszenie się pleocytozy. Leczenie miejscowe uzupełniono wstrzykiwaniami 10 cm.³ 1/2 roztworu fioletu gencyjany co drugi dzień (ogółem 2), naprzemian z 2 przetaczaniami 100 cm.³ krwi. Gorączka się stopniowo obniżała, po 8 dniach wróciła do normy, po 15 dniach płyn mózgowo-rdzeniowy był normalny, po 50 dniach pacjent opuścił klinikę zupełnie zdrowy.

Na tem samem posiedzeniu (Strasbourg méd. Nr. 10. 1933) A. Hanns i R. Sacrez pokazywali przypadek żółtaczkii hemolitycznej. 52-letni chory miał od 5 roku życia żółtaczkę. Gdy zgłosił się do prelegentów, skóra i spojówki były żółte, śledziona sięgała aż do lewego dołu biodrowego, wątroba nie była powiększona. Mocz zawierał dużo urobilinu i urobiliny, nie było w nim natomiast barwników żółciowych. Stolec normalnie zabarwiony. Bilirubina w surowicy 0,013%. Krew: czerwonych ciałek 2.400.000, wskaźnik barwnikowy 0,80, białych ciałek 4900, odczyn Bordet-Wassermana ujemny, oporność czerwonych ciałek: początek hemolizy przy 0,65%, zupełna hemoliza przy 0,3% roztworu NaCl, retikulocytoza, w osoczu nie wykryto hemolizyn, czas krwawienia i krzepnięcia normalny. W rodzinie nikt nie miał żółtaczkii. Miało się więc tutaj do czynienia z żółtaczką hemolityczną prawie zupełnie pewnie wrodzoną, lecz występującą po raz pierwszy w tej rodzinie, z klasycznymi objawami ze strony krwi i splenomegalją. Pomimo bardzo silnej niedokrewności nie było zaburzeń stanu ogólnego. Łagodność schorzenia stanowi przeciwskazanie do wszelkiego zabiegu chirurgicznego.

Przegląd terapeutyczny

W sprawie stosowania kąpeli gazowych w naszych uzdrowiskach.

Podał

Władysław PRĘGOWSKI, stud. med. (Warszawa).

Do powszechnie stosowanych w uzdrowiskach zabiegów leczniczych należą kąpiele gazowe lub mineralno-gazowe. Są to zwykle kąpiele kwaso-węglowe — z bezwodnikiem węglowym (CO₂), bądź dodawanym z balonów, bądź, jak to ma miejsce w Krynicy, znajdującym się w naturalnej wodzie mineralnej, używanej do kąpeli. Kąpiele te mają dużą wartość leczniczą, zwłaszcza dla układu krążenia i serca, — atoli pod warunkiem, że są odpowiednio sporządzane.

Niestety, nie można powiedzieć, aby kąpiele gazowe w naszych uzdrowiskach były przyrządzane w spo-

sób właściwy. Uwidaczniają się tu przedewszystkiem następujące braki:

1) Niedostateczne uwzględnianie elementarnego faktu, że działający w tych kąpielach bezwodnik węglowy jest gazem trującym, — mniejsza, na jakiej drodze to zatrucie dochodzi do skutku*) — i że, jak podaje toksykologia, już 8%—10% CO₂ w powietrzu jest koncentracją trującą. Kąpiele gazowe z CO₂ — są udzielane u nas w ten sposób, że często doprowadzają do zatrucia, jak o tem biorący taką kąpiel łatwo przekonać się może po zawrotach i bólach głowy, odurzeniu, ogólnem osłabie-

*) Liczni lekarze są wprowadzani w błąd opinją, iż CO₂ bezpośrednio, sam przez się, nie truje. Gaz ten zdaje się wywierać swój wpływ trujący na drodze pośredniej — przez utrudnianie rozszczepiania się CO₂ — hemoglobiny i uchodzenia w powietrze w płucach wolnego CO₂.

niu, często sinicy i t. p. objawach zatrucia. Pokoje kąpielowe nie mają odpowiednich urządzeń wentylacyjnych, wentylowanie zaś przez otwierane okna i drzwi w dnie chłodne pociąga za sobą niebezpieczne dla kuracjuszków wyziębianie pokoiów.

Wanny z wydzielającym się w kąpeli, cięższym od powietrza dwutlenkiem węgla albo nie bywają wcale nakrywane, albo też bywają nakrywane tak, (rama o kształcie prostokąta z położonym na niej prześcieradłem jest przysuwana przed twarz kąpiącego się), — że bezwodnik węglowy ma swobodny dostęp do dróg oddechowych osoby, znajdującej się w kąpeli.

2) Drugim brakiem, występującym głównie przy stosowaniu kąpeli gazowo-mineralnych naturalnych (w Krynicy) jest niejednakowe przyrządzanie przez personel lazienki kąpeli, uniemożliwiające należyte dawkowanie tego zabiegu.

Ogrzewanie kąpeli zapomocą przegrzanej pary wodnej, przyczem pewna ilość CO_2 uchodzi z wody, raz jest dokonywane przez lazienkę p o w l a n i u d o w a n n y w o d y m i n e r a l n e j, innym zaś razem przez inną lazienkę, lub przez tę samą, zależnie od jej widzimisie, lub pośpiechu, jest rozpoczynane r ó w n o c z e ś n i e z w l e w a n i e m w o d y d o w a n n y, co pociąga za sobą większe ułatwienie się CO_2 i zmniejszenie koncentracji gazowej w kąpeli. Ponadto używana do kąpeli woda mineralna, zawierająca CO_2 , bywa wlewana do wanny raz prądem silnym, kiedy indziej słabym, przyczem różnej siły wstrząsanie wody wpływa w różnym stopniu na uchodzenie gazu z wody, dając różnorodny stopień nasycenia gazowego kąpeli.

3) Oprócz wymienionych wyżej wad przy stosowaniu kąpeli gazowych w naszych uzdrowiskach rzucają się w oczy jeszcze ogólne braki charakteru sanitarno-higienicznego. Znajdujące się w pokojach tapczany, służące do wypoczynku kuracjuszków po kąpeli, są pokryte materiałami nieodpowiednimi (płótnem), uniemożliwiającymi należytą dezynfekcję. Również niedostatecznie przestrzegana bywa elementarna zasada higieny, że nienależy jednemu kuracjuszowi dawać bielizny kąpielowej, nieprzepranej po użyciu jej przez innego kuracjusza.

Aby uwagi powyższe nie wydały się gołosłowne, zostają poniżej przytoczone spostrzeżenia, notowane w czasie pobierania kąpeli mineralno-gazowych w lazienkach I-szej klasy w jednym z najwybitniejszych uzdrowisk polskich w ostatnim letnim sezonie kąpielowym.

Dnia 13.VIII.32 r. Pokój Nr. 60 (z 2-ma wannami). Godz. 8 rano. (kąpiel 2-ga). Na tapczanach leżą prześcieradła pomięte, wilgotne, z miejscami mokremi, widocznie używane co dopiero przez osoby, które poprzednio się kąpały. Na uwagę co do pokrycia wanny lazienka położyła na wannę ramę, zapytując, czy mamy ze sobą „coś do nakrycia ramy”; poczem przyniosła jakieś pomięte prześcieradło, które ułożyła na ramę i wraz z ramą przysunęła na parę centymetrów przed twarz kąpiącego się dziecka.

Dnia 15.VIII.32 r. Pokój 42. (2-osobowy). Godz. 7 rano (I kąpiel). Lazienka inna. Prześcieradła na tapczanie zmięte, brudne, widocznie pozostałe z dnia poprzedniego. Jedną wannę lazienka najpierw wypełniła wodą mineralną, a potem wpuściła przegrzaną parę, do drugiej zaś wanny wpuściła odrazu wodę i parę. W drugiej wannie bańki gazu osiadały na cieple kąpiącego się znacznie słabiej i mniej licznie. Na uczynioną uwagę lazienka odpowiedziała, że ona w taki sposób sporządza kąpiele od lat, że tak robią inne lazienki, bo tak są nau-

czone. W kilkanaście minut po tem lazienka oświadczyła, że koleżanki jej powiedziały, iż lekarz zdrojowiska uczył je tak, jak ja jej wskazałem, oraz że lekarz Zakładu stale kontroluje czynności lazienkowych.

Dnia 17.VIII.32. Lazienka 14. (2-na). Godz. 7 rano. Lazienka inna. Jeden płat podnożny ma świeże plamy czerwone — z wiśni, malin czy krwi. Drugi płat podnożny ma parę plam rdzawych. Na jednym z prześcieradeł jest duża plama tłusta wielkości talerza, widocznie nie ustąpiła od prania. Prześcieradła podane świeże.

Dnia 19.VIII.32. Lazienka 60, ta sama, co w dniu 30.VIII. Godz. 8 rano. Lazienka znajoma. Kąpiel sporządzona dobrze. Prześcieradła do nakrycia się i płaty podnożne świeżo przyniesione. Zauważono, że na tapczanie znajduje się zwykły domowy materac i na nim prześcieradło miejscami mokre, widocznie nie zmienione po poprzednim kuracjuszu.

Dnia 21.VIII.32. Lazienka 60. Na kaloryferach suszą się mokre płaty podnożne. Na tapczanie z materacem leży niezmienione prześcieradło z miejscami mokremi. Na tem prześcieradle drugie, widocznie użyte dopiero co przez osobę, która poprzednio się kąpała. Lazienka zapytuje, czy ma to drugie prześcieradło zostawić, czy przynieść czyste. Jedno z przyniesionych świeżo prześcieradeł ma dużą plamę.

Dnia 23.VIII.32. Lazienka 60. Na kaloryferze suszą się mokre płaty podnożne. Woda mineralna została wpuszczona do wanny b. silnym prądem, wywołującym duży wstrząs, wskutek którego liczne bańki gazu uchodzą z wody w powietrze. Na pytanie co do okrywania wanny lazienka oświadczyła, że, według pouczeń, ramy daje się tylko na żądanie osób, które, „nie lubią wachać tego gazu, co przecież nie jest taki trujący”. Ramę, nakrytą używanym prześcieradłem, lazienka kładzie na wannie przed twarz kąpiącej się osoby.

Dnia 25.VIII.32. Lazienka 11. Godz. 8 rano. Na kaloryferach wilgotne płaty podnożne. Otwarte okno, przy zamkniętych drzwiach. Lazienka z przewiazaną szczęką „zawiana”, nie otwarła drzwi, aby nie robić sobie przewiewu. W pokoju przyprawiające o zawrót głowy duszne powietrze, nie do wytrzymania. Prześcieradła zmięte, używane, nie zmienione i dopiero po energicznym domaganiu się zamienione na świeże. Przed wypełnieniem wanny wodą, gdy wody tej było za ledwie około połowy, lazienka wpuściła parę przegrzaną.

Dnia 27.VIII.32. Lazienka 6. Godz. 8 r. Prześcieradła na tapczanach niezmieniane po osobach, które poprzednio się kąpały. Woda wpuszczona do wanny prądem bardzo silnym i równocześnie z parą przegrzaną. Rama, nakryta prześcieradłem używanym, pomiętem, podsunęta została na parę centymetrów przed twarz kąpiącej się osoby.

Dnia 2.IX.32. Salonki (lazienki luksusowe). 2. W jednej lazienka znajoma sporządziła wszystko zadawalająco, w drugiej zaś lazienka nieznajoma wpuściła wodę równocześnie z parą przegrzaną, nie zatroszczyła się o osłonę twarzy, podała prześcieradło pomięte, widocznie nieswieże. Tapczan w lazience wyścielony płótnem impregnowanym.

Dnia 4.IX.32. Lazienka 14 (2-na). Godz. 7 rano. Jedna wanna wypełniona najpierw wodą, a potem ogrzana, gdy w drugiej równocześnie puszczona woda i para. Okazało się jednak, że pierwsza kąpiel została zrobiona dobrze dlatego, że lazienka nie była w stanie sama odkręcić kranu od pary i dopiero potem wezwwała koleżankę do pomocy. Prześcieradła niezmienione. Rama nie dana.

Przytoczone spostrzeżenia z jednej strony stwierdzają podane wyżej braki w wentylacji oraz w sporządzaniu kąpeli, jakoteż pod względem higieniczno-sanitarnym, z drugiej zaś strony wykazują, że pomimo należytego spełniania swych obowiązków przez odnośnych lekarzy, z których jeden prowadzi kursy i pouczenia obsługi kąpielowej, a drugi częste kontrole czynności tej

obsługi, kontrola ta mimo to jest niedostateczna. Jest to zrozumiałe, trudno bowiem, aby lekarz dla stwierdzenia sposobu sporządzenia kąpeli wchodził do pokoju kąpielowego wtedy, gdy w nim znajdują się roznieglizowani kuracjusze.

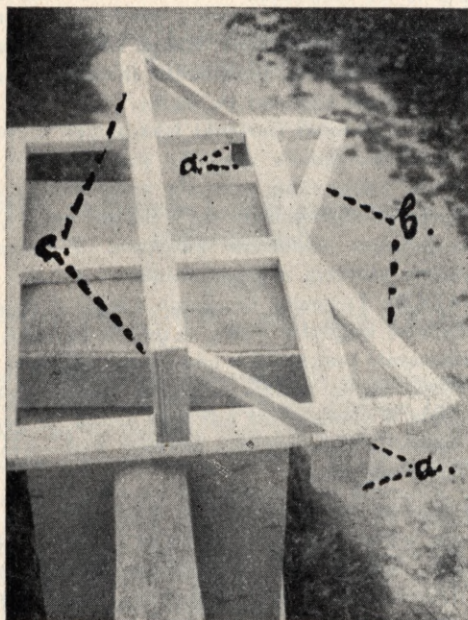
Jak usunąć przytoczone braki?

Sprawa należytej wentylacji pokoi w kąpielowych nie należy do łatwych. Rozwiązanie jej wymaga nakładów pieniężnych na instalacje lub przebudowę oraz kontaktu z fachowcami budowniczymi. Nasuwają się tu dwie koncepcje: *primo* wypompowywanie, czy to z nad powierzchni wody w wannie, czy z pokoju kąpielowego bezwodnika węglowego, który, jako cięższy od powietrza, znajduje się na dole. Rury, doprowadzające wodę i ewent. parę przegrzaną do pokoi kąpielowych, wskazują drogę, przez którą CO₂ mógłby być wypompowywany zapomocą aparatów ssących; *secundo* chemiczne wiązanie ewent. wypompowanego gazu.

W sprawie niehigienicznego nakrycia tapczanów wystarczyłby jeden, pod rygorami i kontrolą wykonania wydany okólnik departamentu, nakazujący nakrycie tych tapczanów skórą, dermatoidem lub ceratą, któreby, przed każdorazowym oddaniem pokoju nowemu kąpiącemu się, mogły być zmyte jakimś płynem dezynfekującym. Dla każdorazowego uporządkowania ogólnego łazienki powinna być wprowadzona kilkuminutowa przerwa w użytkowaniu jej przez kuracjuszy.

Dawanie kuracjom czystej bielizny, jak również należyte sporządzanie kąpeli mogą być osiągnięte nietyle okólnikiem władz, choćby on zawierał najostrzejsze rygory, ile przy stosowaniu rygorów względem personelu przez odpowiednio zorganizowaną stałą kontrolę, a taka może być jedynie kontrola samej kąpiącej się publiczności. Odpowiednie pouczenia publiczności winny być wywieszone w każdym pokoju kąpielowym.

Poniżej zostaje podany projekt takiego pouczenia oraz pewne udoskonalenie w ochranianiu osoby kąpiącej się od wdechania unoszącego się nad wodą w wannie gazu.



Model zmienionej ramy na wannę

Fotografia przedstawia model zmienionej ramy na wannę *). Zmiany wprowadzone są następujące: 1) pręty boczne (a) dla uniemożliwienia spadania ramy z wanny, 2) występy boczne (b) dla podtrzymywania prześcieradła, owijanego około szyi osoby kąpiącej się, 3) wzniesienie (c) dla utrudnienia dostępu dyfundującego w powietrzu CO₂ do dróg oddechowych kuracjusza. Ponadto rama ta jest krótsza, niż ramy, zwykle dotąd stosowane.

Jednym z czynników, zniechęcających zarządy Zakładów kąpielowych do stosowania ochrony osób kąpiących się przed wdychaniem gazu w wannie, jest potrzeba dodawania na ten cel jeszcze jednej sztuki bielizny. Trudność tę można ominąć w ten sposób, że będzie się używało do tego celu płatów, kładzionych zwykle pod nogi dla wychodzącego z kąpeli. Płaty te jednak winny być o połowę szersze, niż obecnie. W pouczeniu dla publiczności należy wskazać na podwójne zużytkowanie tych płatów.

Należy ponadto zaznaczyć, że, gdyby jeszcze w naszych zakładach kąpielowych wprowadzone zostało przyjęte zagranicą wycieranie kuracjusza po wyjściu z kąpeli ogrzanym prześcieradłem, — znajdujące się w łazienkach lub w samych pokojach kąpielowych piecyki, bądź kaloryfery, dają możliwość ogrzewania prześcieradła, — to wtedy stosowanie u nas kąpeli mineralno-gazowych już całkowicie stanęłoby na tej wysokości, na jakiej one stoją w dobrze urządzonych zakładach europejskich.

Projekt pouczenia dla osób używających kąpeli gazowych:

Należy unikać wdychania wydzielającego się z wody gazu, cięższego od powietrza, — bezwodnika węglowego. W tym celu po wejściu kuracjusza do wanny łazienka układa na wannie ramę, nakrytą płatem kąpielowym, którym owija szyję kąpiącego się.

Przy wyjściu z kąpeli płat ten należy podłożyć pod nogi.

Po wyjściu kuracjusza z kąpeli wezwany (a) łazienny (a) silnie wyciera go ogrzanym prześcieradłem kąpielowym.

Płat kąpielowy oraz prześcieradło otrzymuje każdy kąpiący się w świeżym stanie. Dodatkową bieliznę wydaje się za opłatą.

Pokój kąpielowy po uprzednim użyciu winien być należycie przewietrzony.

Kąpiel jest przygotowana dobrze, gdy najpierw do wanny zostaje wpuszczona woda mineralna słabym prądem (aż do znaku na wannie), poczem dopiero para przerzana.

Należy przestrzegać przepisanego przez lekarza stopnia ciepłoty oraz czasu trwania kąpeli.

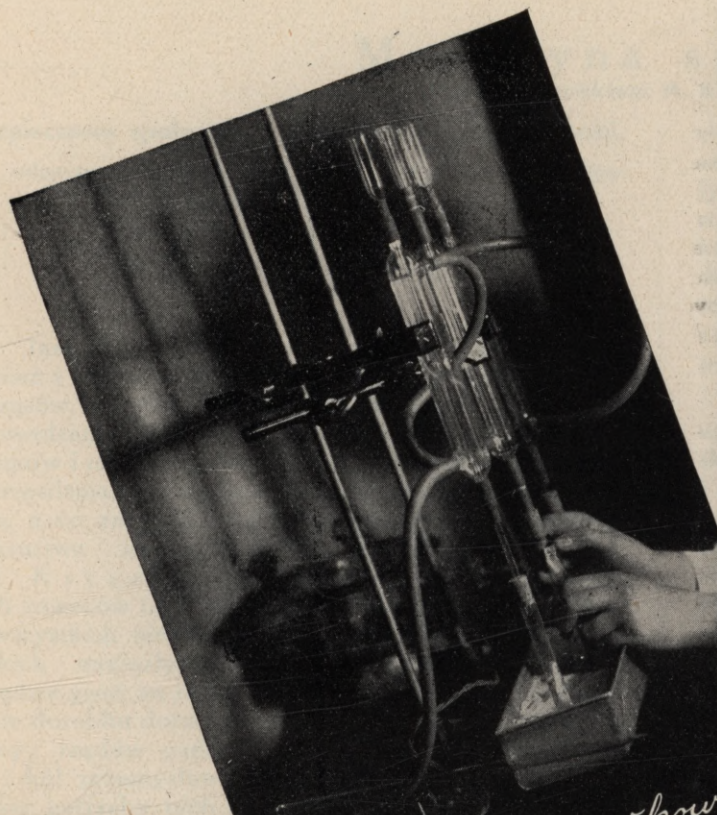
O zauważonych brakach należy zanotować w Księżce Zażeń, która znajduje się w

W razie zaprowadzenia pokrycia tapczanów materiałem, nadającym się do dezynfekcji, można dodać wskazówkę, że pokój kąpielowy winien być opróżniony najpóźniej na 5 minut przed upływem godziny — dla umożliwienia dezynfekcji i wentylacji.

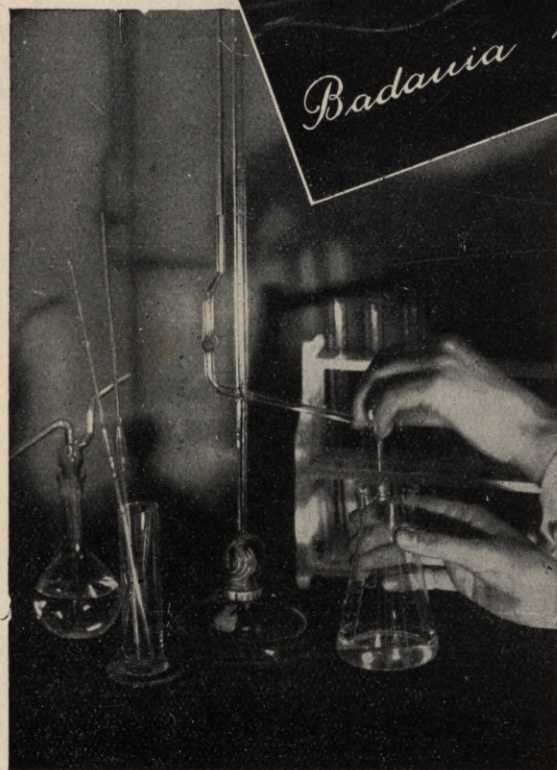
Dzięki przytoczonym lub podobnym pouczeniom, oddającym w ręce samej publiczności kąpiącej się kontrolę nad kąpielą, osiągnięte się niewątpliwie w maksymalnym stopniu właściwe stosowanie tego doniosłego zabiegu leczniczego, a przez to podniesie się skuteczność kuracji uzdrowiskowej.

*) Przedstawiony na fotografii model, — długości 50 cm., szerokości 84 cm., przyczepy (a) — 8 cm., wzniesienie (c) — 15 cm., — został wykonany przez pracownię stolarską Antoniego Kamińskiego w Krynicy.

WYRÓB KRAJOWY.



*Badania naukowe
wykazaty*



że PROMONTA usuwa dzięki zwiększeniu ilości ciał lipoidalnych mózgu niedomogi nerwowe, a ze względu zaś na zawartość tak witaminów jak wysokowartościowych ciał białkowych, jak wreszcie łatwo przyswajalnych węglowodanów, zwiększa odporność ustroju i usuwa zaburzenia przemiany białkowej i elektrolitów.

PROMONTA zawiera w czynnej postaci znaczne ilości witaminów A i D.

Współdziałanie tych wszystkich czynników tłumaczy wybitną wartość leczniczą preparatu PROMONTA.



Próby i literaturę wysyła na żądanie WWP. Lekarzy

FABRYKA CHEMICZNA PROMONTA Spółka z ogr. odp. **BIELSKO (ŚLĄSK)**,

Jeśli, oprócz wprowadzenia powyższych udoskonalenia, udało się jeszcze zwalczyć będący plagą naszych uzdrowisk kurz uliczny, dający różne cierpienia kataralne — wyasfaltowanie wszystkiego w obrębie uzdrowisk, co nie jest pokryte roślinnością, winno być

dewizą, nakazaną przez państwowe władze sanitarne — to już nic nie stałoby na przeszkodzie nietylko obowiązkowi każdego lekarza polskiego kierowania wszystkich chorych do naszych miejscowości uzdrowiskowych, ale także przyjazdowi do nich kuracjuszy obcych.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Ubezpieczenie społeczne (chorobowe) a stan lekarski.

(Wg. odczytu wygłoszonego w Polsk. T-wie Medycyny Społecznej dn. 11.V.33 r.).

Podał

E. BIRZOWSKI (Warszawa).

I.

Instytucja ubezpieczeń społecznych znajduje się również i u nas ostatnio pod znakiem niebezpiecznych wstrząsów, konieczności ciągłych redukcji świadczeń, wprowadzania coraz nowych rygorów lub ograniczeń dla członków i ich rodzin — słowem, jest w obliczu groźnego przesilenia, niebezpieczeństwa załamania się materialnego, a co za tem idzie — wobec groźby moralnego bankructwa idei społeczno - ubezpieczeniowej. Wg. prof. K r z e c z k o w s k i e g o, jednego z najlepszych znawców tego zagadnienia, ubezpieczenia społeczne wszystkich niemal państw europejskich i pozaeuropejskich znalazły się obecnie w zaulku bez wyjścia. Wszędzie grozi im ruina, wykołowanie lub zagłada. Zniszczenie dorobku dotychczasowego zagraża im zarówno ze strony rządów państw, broniących swych budżetów, jak i kół przemysłowców, niechętnie patrzących na wielkie potrzeby tych instytucji. Do przyczyn specjalnych, które groziły lub grożą zagładą ubezpieczeniom społecznym w ostatnich latach przybył sojusznik najgroźniejszy — kryzys gospodarczy. Wzmógł on niezwykle silnie powszechną nienawiść do ubezpieczeń społecznych, można nawet powiedzieć, że wywołał przeciw nim istną krucjatę. Walka z ciężarem ubezpieczeń społ. stała się zażarta, rozwinęła się powszechna reakcja przeciw zdobyczom społecznym świata pracy. Wszystkie zarządzenia lub projekty lat ostatnich w Anglii, Polsce, Czechosłowacji i Niemczech i t. d. zmierzają wprost lub bezpośrednio do likwidacji ubezpieczeń, do odebrania im wszelkiego sensu lub znaczenia. Również i wg. prof. Ł a z o w s k i e g o, sytuacja Ubezp. Społ. przedstawia się dość groźnie — jesteśmy świadkami ośauzczasu ruchu w rozwoju ubezpieczeń społecznych... poprzez wszystkie niemieckie Notverordnungen (nadzwyczajne postanowienia), poprzez angielskie zmiany w zakresie świadczeń ubezpieczenia chorobowego, zwłaszcza w stosunku do bezrobotnych, poprzez projekty czechosłowackie i jugosłowiańskie, dotyczące zmian w ubezpieczeniu chorobowym, wreszcie w pewnym stopniu i poprzez nasz projekt z r. 1932 przebiega jedno wyraźne hasło: „Abbau d. Sozialversicherungen“. Bierność, małe zainteresowanie się ubezpieczonych mas pracujących losem zagrożonej instytucji bardziej jeszcze zachęca jej przeciwników ze sfer klas posiadających, z niecierpliwością wyczekujących odpowiedniej chwili dla zniszczenia lub zgładzenia z takim trudem zdobytych świadczeń społecznych.

Mimo jednak swego groźnego położenia (a może właśnie w związku z niem) ubezpieczenia społeczne ujawniają ostatnio tendencję do zagarnięcia coraz większej liczby osób pod swoją opiekę, czynią próbę roz-

ciągnięcia sfery swych czynności i świadczeń i na te szeregi pracujących, które dotychczas niezgorzej radziły sobie w zakresie przystępnej pomocy lekarskiej. Następstwem tego są wrzenia wśród tych grup pracowników, którym zapowiedziano obdarzenie dobrodziejstwami Kasy Chorych. Akcja ta odśrodkowa na terenie nprz. Magistratu i przedsiębiorstw miejskich części się udała, gdyż pracownikom miejskim chwilowo pozostawiono ich obecną organizację pomocy lekarskiej.

W związku z wyżej wymienionym przesileniem warto rozejrzeć się w ustosunkowaniu się świata lekarskiego do ubezpieczenia społecznego wogóle, w roli i stanowisku jego obecnem w Kasie Chorych w szczególności oraz poczynić próbę wyobrażenia sobie, jak zapowiada się w najbliższej przyszłości los stanu lekarskiego, w dużym wszak stopniu związanego narazie z losem ubezpieczenia społecznego (chorobowego). Lekarz współczesny stoi na rozdrożu. Czy pozostanie nadal członkiem wolnego zawodu, czy ma się stać pracownikiem ubezpieczeniowym od lecznictwa, ryczałtowo pracującym i ryczałtowo opłacanym, czy lecznictwo nadal pozostanie indywidualne, czy też nabierze cech traktowania masowego, tak, jak do tego już nawołują niektóre Zarządy K. Ch. — rozstrzygnąć mają najbliższe czasy. Warto tu przypomnieć, iż na międzynarodowym Kongresie Zarządów Kas Chorych w Dreźnie w r. 1931 niektórzy mówcy dowodzili, iż indywidualizm w lecznictwie ma się ku końcowi (!) i należy, idąc z prądem czasu traktować chorych—członków Kasy—zbiorowo, masowo. W tym duchu przemawiał delegat czeski p. Kowis: „Lekarz, który traktuje siebie i chorego indywidualnie, a nie jako ogniwo zbiorowości, nie należy już do obecnej epoki. Jest to zacofanie (!), niedostrzegający, iż świat idzie naprzód“ i t. d.*)... Zasadnicza zmiana w stosunkach między lekarzem a pacjentem nastąpiła po rozpoczęciu działalności U. Społ. (Kas Chorych). Zanikać poczęły przy lecznictwie „masowem“ rodzinne prawie stosunki, które do niedawna jeszcze łączyły lekarza i pacjenta, stały się suchsze, trzeźwiejsze (za „trzeźwe“ już niejednokrotnie!), rzeczowe. Bieg dziejów wyznaczył lekarzowi nowe stanowisko w zmienionym układzie stosunków

*) Wogóle wg. zapatrywań niektórych kół socjalistycznych — lekarz przyszłości czynny w ubezp. społ. również i w swojej czynności leczniczej będzie lekarzem specyficznie „socjalnym“: wyposażony w najnowsze instrumenty i przyrządy lekarskie, ujmujący również i zjawiska chorobowe czysto mechanicznie — materialistycznie, nietylko nie posiadający własnego gabinetu lekarskiego prywatnego, własnych narzędzi, lecz pozbawiony również i własnej opinii, urzędnik leczniczy o stałej zapewnionej pensji, zapomocą twardych i surowych rygorów, fizycznie i duchowo odsunięty od masy cierpiących, bezwzględny wykonawca nakazów i rozkazów swojej władzy zwierzchniej — takim zapowiadałby się „utilitarny“, „masowy“ typ lekarza, lekarza - mózgowca, człowiek bez uczuć i serca, — zbędnego balastu minionej przeszłości...

społecznych — stanowisko odpowiedzialne i w znamienne następstwa brzemiennie. Czy zechce lekarz i potrafi oprzeć się biegowi wydarzeń, czy wciąż będzie przez nielekarszy kierowany lub pouczany w sprawach zdrowia lub zdrowotności najszerzych warstw ludności, czy nadal odgrywać będzie rolę bierną i pokorną — trudno o tem narazie rokować. Gdyż ostatecznie zdecydować tu wynik nieobliczalnej gry sił społecznych, jak również zbiorowy twórczy wysiłek stanu lekarskiego, o ile jeszcze go stać będzie na tę próbę ogniową swoich sił i możliwości....

Należy jednak zaznaczyć, iż zagadnienie stosunku stanu lekarskiego do Ubezp. Społ. w obecnej ich postaci nie jest tak łatwe do rozwiązania: „Gdy przyglądam się prawie że 50-letniej historii ubezpieczenia chorobowego w Niemczech — zaznacza L e k — nie mogę się pozbyć wrażenia, iż świat lekarski nie całkowicie jeszcze opanował całokształt zagadnienia. Nie opanował mimo największe swoje wysiłki, mimo najbardziej uporczywą pracę w tym kierunku najtęższych umysłów lekarskich, mimo najszczerze dążenia do rozstrzygnięcia tego palącego i żywotnego problemu dla wspólnego dobra — tak najszerzych mas pracujących, jak i dla również ciężko i ofiarnie pracującego stanu lekarskiego. Daremne próby — musi się przyznać, iż stoimy tu, jak i przed laty, przed zagadnieniem trudnym do rozwiązania, wciąż nawet jakby oddalamy się od jego rozwiązania. Potęgują się ciągle trudności i przeszkody — wątpić wypada — czy wogóle nadające się do przezwyciężenia. W związku z tem znajduje się smutny fakt ciągłego upadku znaczenia i autorytetu lekarza, postępującej proletaryzacji stanu lekarskiego, idącej równolegle z ciąglem obniżaniem szacunku dla niego. Nie wmawiajmy sobie, iż jest to jedynie następstwem czasów powojennych, przeludnienia, nadprodukcji lekarzy, spadku wartości moralnych i t. d. — wszak inne wolne zawody, jak filolodzy, prawnicy, teolodzy, przynajmniej utrzymały się na swoim przedwojennym poziomie, niektóre zaś (zawód nauczycielski) nawet w dużym stopniu powiększyły swój dotychczasowy stan posiadania tek moralny, jak i materialny, podniósłszy się znacznie w hierarchji społecznej”.

By móc zorjentować się należycie w stanie obecnym zagadnienia, które brzmi: „Stan lekarski a ubezpieczenia społeczne”, należy na chwilę cofnąć się, zbadać genezę, powody i granice nowonarodzonych przed 50 laty Ubezpieczeń. Ubezp. Społeczne powstały jako polityczno - taktyczne posunięcie B i s m a r k a. Ubezpieczenie socjalne (chorobowe) okazało się niezbędne, gdyż powinno się było jakoś zaradzić zupełnemu brakowi przystępnej pomocy lekarskiej wśród szybko rozmnażającej się najuboższej ludności, i jedynie w drodze przymusowej dałoby to się uskuteczyć. Ustawę o ubezpieczeniu przeprowadzono w okresie rozkwitu, pełni rozwoju przemysłu niemieckiego, po wygranej wojnie, gdy zachodziła potrzeba zdrowego robotnika, wytrwałego żołnierza. Gospodarka już wtedy tak się rozwinęła, że okazała się w stanie materialnie zapewnić byt tej nowej instytucji. Zbiegło to się z okresem wielkiego rozwoju medycyny, za pomocą zatem ubezpieczenia soc. miało się niezwykłą sposobność uprzystępnienia wszystkich jej zdobyczy na polu higieny, lecznictwa, zapobiegania szerokim masom ludności. Stan lekarski otrzymał wtedy możność przyczynienia się do podniesienia na wysoki poziom stanu zdrowotnego, kultury

zdrowotnej narodu. Przez U. Społ. proklamowane zostało po raz pierwszy w dziejach naturalne prawo najbiedniejszych również do życia i zdrowia, założone zostały podstawy kultury sanitarnej dla całego bez wyjątku narodu, zaszczepiono świadomość, potrzebę utrzymania swego stanu zdrowia, obwieszczono ubezpieczonym hasło: „sumienia zdrowotnego”. Ale niema prawa „któregoby się nie usiłowało obejść, najczystsze sumienie miewa również swoje słabe chwile”. Miast „sumienia zdrowia” rozwinęła się „chorobliwa niesumienność” wg powiedzenia H e l p a c h a. Miast poszukiwania lekarza i jego sztuki leczniczej w celu uzdrowienia — w wielu przypadkach niesumienni ubezpieczeni ubiegać się poczęli o pomoc lekarską, aby jaknajdłużej uchodzić za chorych i w ten sposób jaknajwięcej wyciągnąć korzyści materialnych z ubezpieczenia. Ponieważ dalej — zsocjalizowano zachorowanie, lecznictwo natomiast krańcowo na początku zindywidualizowano (opłata za każdorazową wizytę lub zabieg), a zarobki kasowe zaczęły coraz bardziej stanowić jedną z najważniejszych pozycji w budżecie większości lekarzy — powstały na tem tle wyzyskiwania, nadużycia kasowo-lekarskie, ciemna plama — twierdzi H e l p a c h — na stanie lekarskim, w większości swojej etycznym i swój zawód miłującym. Zależność od biurokracji kasowej przyczyniła się do zachwiania zaufania, do zerwania więzów, łączących go z chorym, gdyż miast samorządu ubezpieczonych ma się w Kasach zwykle do czynienia z panującą tam biurokracją. Zależność ta bodaj czy nie jest jedną z największych bolączek systemu ubezpieczeniowego na wypadek choroby, bolączek nierozzerwalnie wszak złączonych z istnieniem systemu w obecnej postaci. Ostro i bez ogródek mówi o tem L i e k. „Czem to właściwie da się wytłumaczyć, iż wszystkie dotychczasowe, najlepiej chociażby pomyślane próby umieszczenia lekarza w systemie K. Ch. (niemieckich) w odpowiednim do jego wykształcenia i zadania miejscu całkowicie zawiodły? Odpowiedź tu nasuwa się sama przez się. To Państwo, wprowadzając w swoim czasie U. Społ., uczyniło nad wyraz śmiałą próbę — do normalnych i naturalnych stosunków pacjenta do lekarza wplotło nowy czynnik — aparat skomplikowany a mający odmienne cele i zadania — aparat biurokratyczny. Tu właśnie, na tym odcinku rozgrywa się tragedia i walka świata lekarskiego. Ten oto problem — nierozstrzygalny, jak kwadratura koła lub *perpetuum mobile*, tyle już zdrowia i nerwów kosztował lekarzy — po dziś dzień nie został rozstrzygnięty. Państwo poczyniło swoje próby z ubezpieczeniami, nie poradziwszy się lekarzy. Lekarze jednak natychmiast zgłosili się gotowi do pracy. Doświadczenie, uczynione po dziś dzień, niestety, nie usprawiedliwiło ofiary lekarskiej: ani opinia, ani materialna strona świata lekarskiego w całości nie tylko nie zyskały na tym wielkim eksperymencie, odwrotnie, dotkliwe poniosły szkody. Daremne okazały się wysiłki, niepotrzebne wprost ofiary”....

Jako następstwo niesłusznego założenia zasadniczego w ubezpieczeniach — mamy do czynienia z uczuciem nieufności, brakiem zaufania każdego wobec wszystkich a wszystkich czynników ubezpieczeniowych wobec każdego pojedynczego: nieufność lekarzy wobec chorych, „gotowość” odkrywania w każdym cierpiącym symulanta, nieufność zarządów Kasy, tak do lekarzy, jak i do pacjentów, co spowodowało zaprowadzenie instytucji kontrolerów lekarskich — lekarzy zaufania, co w większym jeszcze stopniu przyczynia

się do utrwalenia złej opinii, do zniechęcenia i zdemoralizowania lekarzy i chorych kasowych. W praktyce lekarskiej, również i w kasowej ma się — jak wiadomo — do czynienia nie z samą przedmiotowo — leczniczą czynnością, lecz nie małą, bodaj czy nie ogromną rolę gra tu czynnik podmiotowy — zaufania pacjenta do swego lekarza. Zwłaszcza w ubezpieczeniu momenty moralne, gotowość, chęć wyzdrowienia, lub odwrotnie — niepodążanie ku temu, gotowość ukrywania się w chorobie — odgrywają wybitną rolę. Pacjent „pozwała się” szybko uzdrowić jedynie swemu zaufanemu lekarzowi. Obiektywne zaś stwierdzenie normalnego stanu zdrowia nigdy tego nie zastąpi, gdyż można obiektywnie być zdrowym, a nie być zdolnym do trwałej, wysiłku fizycznego lub duchowego wymagającej pracy. Na tem właśnie między innemi opiera się oprócz etycznego swego znaczenia — żądanie wolnego wyboru lekarzy — również i na zrozumieniu ogromnej roli czynnika psychicznego lekarza, obdarzonego prawdziwym zaufaniem i oddziaływającego odpowiednio na pacjenta (H e l p a c h)... Choroba, niedomaganie, dolegliwość, niezawsze jest czemś konkretnem, łatwo stwierdzalnym, nieraz raczej czemś subiektywnem, względnem. Bogate doświadczenie, uczynione przez ubezp. społ., w sposób oczywisty wykazało moment formowania przez psychikę tego lub owego stanu chorobowego. Z drugiej strony choroba fizyczna odbija się niejednokrotnie na psychice, która u chorego jest całkiem inna, niż u zdrowego. Dość często konflikt psychiczny albo z wielu powodów powstała niechęć wyzdrowienia tamują, jak słusznie twierdzi B l u m normalnie rozwijający proces rekonwalescencji. Pacjent ucieka się do choroby, żywa się z nią, nie chce się uwolnić od niej, jako dającej mu prawo do opieki społeczeństwa albo ubezpieczenia. Przez los skrzywdzony w ciężkich warunkach życiowych przebywający ubezpieczony jest gotów szukać w ubezpieczeniu częściowego chociażby zadośćuczynienia ze strony społeczeństwa za krzywdę, które mu życie, ew. członkowie tegoż społeczeństwa wyrządzili. Cel najbliższy zaś — zaraz lub w krótkim czasie wyzdrowieć — nie staje się już celem samym w sobie. Żywa się bowiem ubezpieczony z chorobą, pielęgnuje swoją dolegliwość, uwypukla poniekąd swoje samopoczucie chorobowe. Znacznie komplikuje to stan choroby, gdyż brak tu woli do wyzdrowienia, do powrotu do zdrowia, wymaga natomiast wielu nieprzewidzianych kosztów, ofiar materialnych ze strony ubezpieczeń. Na tem tle powstaje słynna nerwica ubezpieczeniowa, wyścigi za rentą urazową.

Na tle nieznajomości życia, podjęli się lekarze nie tylko swojej szczytnej misji lecznictwa, ale orzecznictwa również i w sprawach zdolności do pracy, aczkolwiek wcale żadnego nie posiadali doświadczenia w tej sprawie. Wg. H e l p a c h a — dla orzecznictwa w sprawach niezdolności do pracy, co do początku lub końca jej — nie posiadamy właściwie żadnych uchwytnych bezwzględnych oznak. Żaden dział Ubezpieczenia nie daje tak łatwej okazji (przy istnieniu złej woli) do nadużyć i wyzysku jak K. Ch. Patologia kliniczna nie jest odpowiednim instrumentem dla oceny zdolności do pracy, gdyż określa ona charakter choroby, lecz nie formę i stan pozostałego zdrowia, pozostałej zdolności do pracy. Pod pewnemi zatem względami stwierdzenie choroby lub stanu zdrowia jest raczej czynnością psychologiczną, niż lekarską. Orzecznictwo, decydujące o zasiłku na czas choroby, w

dużym stopniu utrudniło sytuację lekarza, przysparzając mu niemało ciężkich i kłopotliwych chwil. Tu — przypuścić należy — tkwi powód, dlaczego lekarz kasowy, mimo swej wszak ofiarnej pracy pozostał nie lubiany, antypatja ta w niemałym stopniu trwa i po dziś dzień. Od tego czasu datuje się również pomniejszenie wartości lekarza kasowego w oczach pacjenta, do czego przyczyniły się także ograniczenia w zapisywaniu leków i droższych preparatów. Spowodowało to, iż pacjent kasowy uważać się zaczął za pacjenta II kl., a stąd wniosek, iż odpowiednio i lekarz jego również należeć chyba musi do niższego stopnia.

Mówiąc o momentach, które zasadniczo zaciążyły na losie lekarzy oraz Ubezpiecz. Społ. od czasu narodzenia się ostatnich aż do chwili obecnej — nie powinno się ominąć jednego bardzo ważkiego faktu, mianowicie, nieprzygotowania socjalnego stanu lekarskiego do szerokiego a gruntownego ogarnięcia, do rozstrzygnięcia tego ogromnej wagi zagadnienia społecznego. Gdy po 40 latach U. Społ. wprowadzone zostały i u nas — spotkały się ze zdecydowanym sprzeciwem ze strony prawie że całego stanu lekarskiego. Konkretnych, pozytywnych postulatów co do zapewnienia przystępnej pomocy lekarskiej dla całej ludności kraju w przeważającej większości swojej — ubogiej i niekulturalnej (sanitarnie) — natomiast nie wysunięto. „Mimowoli przychodzi na myśl” mówi głęboko a mądrze o tem Judym J a r e c k i — czy lekarze sami nie są winni, że tak ułożył się spłot stosunków społecznych w Polsce. Czyż lekarze nie są winni, że, mając przedstawicielstwo w Sejmie i wśród wyższych urzędników państwowych, nie potrafili obronić słusznych interesów lecznictwa? Zemściła się tu na lekarzach pewna jednostronność ich wykształcenia zawodowego. Mamy wśród lekarzy doskonałych profesorów i praktyków, lecz lekarzy tych nigdy nie interesowały zagadnienia m e d y c y n y i h i g i e n y s o c j a l n e j. Organizacja K. Ch. nikogo z lekarzy naszych nie tylko nie entuzjazmowała, lecz nawet poważnie nie interesowała. Ochrona i higiena pracy — to *terra incognita* dla większości naszych kolegów. A dlatego zagadnienia te zaskoczyły naszych lekarzy, którzy się okazali złymi psychologami. Pod wpływem dotychczasowego szablonu lecznictwa nie dojrżeli, pomimo błyskawic, rozdzierających przejściowe mgły, promiennych konturów nowego życia. Ci ludzie, którym metody badania i leczenia nakazują wiele przewidywać, a często wyciągać z tego daleko idące wnioski, okazali się — w burzliwym okresie budowania zrębów państwowości rodzimej — najbardziej konserwatywną, wprost zacofaną kastą. Głusi na potężne łaskoty walących się dotychczas uznanych potęg i autorytetów, zapatrzeni w dawny ustrój lecznictwa, pełen błędów i wad, a nadewszystko nie zapewniający elementarnej pomocy lekarskiej szerokim warstwom społecznym, ustrój, który musiał wreszcie runąć i stopnieć, jak wiosną topnieje śnieg pod ożywczemi promieniami słońca, lekarze polscy byli przekonani, że ich pracowitość, znaczenie społeczne, wreszcie wiedza zawodowa — będą ich zawsze chronić skutecznie przed wszelkiemi kataklizmami społecznymi i dziejowymi. Tymczasem inni ludzie, bardziej żywi i współcześni, a nadewszystko umiejący się dobrze orjentować w zjawiskach społecznych, nie możąc się wiele przetłumaczyć z języków obcych cały szereg ustaw, odpowiednio je dostosowali i zareklamowali, wreszcie zainteresowali niemi sfery miarodajne, które,

nie mając do wyboru żadnych innych odpowiednich projektów, ustawy te i rozporządzenia zatwierdziły... Metody walki z reformami społecznymi, jakie zaczęły być stosowane po wprowadzeniu ubezpieczenia chorobowego przez pewne wpływowe zgrupowania lekarskie — zaznacza J a r e c k i — nie były słuszne. Krytyka, niestety, nie zawsze była obiektywna, niepotrzebnie wносиła pierwiastek roznamietnienia" i t. d. Zatem zdaje się być nie wyłączone przypuszczenie, że, gdyby

w zaraniu zmartwychwstania Polski kierownicze czynniki świata lekarskiego wystąpiły z należycie opracowanym, przekonywającym planem uprzywilejowania pomocy lekarskiej dla całej ludności kraju — czy nie znalazłby on zrozumienia i poparcia wśród społecznie i demokratycznie usposobionych ówczesnych kół miarodajnych. Stałoby się to z ogromnym pożytkiem tak dla szerokiej rzeszy ludności niezamożnej wsi i miasteczek, jak i również dla lekarzy całej Polski. (C. d. nast.).

Wiadomości bieżące

— W lipcu i sierpniu „Warsz. Czas. Lek.” wychodzić będzie w powiększonej objętości co 2 tygodnie.

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów. Wydział Wytwarzalności Związku Pracy Obywatelskiej Kobiety w Warszawie, ul. Nowogrodzka 23 zawiadomił Ministerstwo Opieki Społecznej, że przy współudziale swych Oddziałów prowincjonalnych w liczbie przeszło 800 uruchamia w tym roku zbiór i suszenie ziół leczniczych dziko rosnących. Mimo, iż bogactwo ziół leczniczych w Polsce jest tak wielkie, że możnaby je eksportować za kilkanaście milionów rocznie, import ziół z zagranicy wynosi dotychczas parę milionów złotych rocznie. Związek Pracy Obywatelskiej Kobiety ma zamiar przy zbieraniu ziół zatrudniać bezrobotne kobiety wiejskie pod kierownictwem należycie przeszkolonych instruktorek. Praca w tym kierunku ma na celu zatrzymanie importu, co na wypadek wojny miałoby specjalne znaczenie, jak również wzmoczenie eksportu, wymagającego planowej i fachowej organizacji. Uważając, że akcja powyższa ze wszech miar zasługuje na poparcie, proszę Pana Wojewodę, aby w drodze odpowiednich zarządzeń, wydanych w zależności od warunków miejscowych i zgodnie z postulatami oddziałów prowincjonalnych Związku, poparł wysiłki Związku Pracy Obywatelskiej Kobiety, zmierzające do stworzenia nowej dziedziny pracy dla bezrobotnych.

Minister:

(—) Dr. S. H u b i c k i.

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy. Ostatnio dokonywane lustracje aptek, szczególnie aptek nowozałożonych, wykazały, że urządzenie wewnętrzne tych aptek nie jest zadowalające i nie odpowiada normom, przepisany w postanowieniach obowiązujących. W związku z powyższym Ministerstwo Opieki Społecznej prosi, aby na przyszłość P. P. Inspektorzy Farmaceutyczni ściśle przestrzegali przepisów, prze-

widzianych w §§ 70—81 wł. ustawy dla farmaceutów i aptek z dnia 21 października 1844 r. (Dziennik Praw z 1844 r. tom 35), dotychczas obowiązującej w województwach centralnych, w art. 361 rosyjskiej ustawy lekarskiej wyd. 1905 r., obowiązującej w województwach wschodnich, w niemieckim rozporządzeniu ministerjalnym z dnia 18 lutego 1902 roku obowiązującym w województwach zachodnich, i rozporządzeniu austriackim. Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 27 maja 1911 r. Dz. U. P. Nr. 103, obowiązującego w województwach południowych, z tem jednak zastrzeżeniem, że wyraźnie przedstawiające postanowienia wymienionych ustaw i rozporządzeń, jak np. tłuczarnie do sporządzania proszków lub zieleni, mogą nie być przestrzegane. W szczególności P. P. Inspektorzy Farmaceutyczni nie powinni wydawać pozwoleń na otwarcie nowych nienależycie urządzonych aptek.

Podsekretarz Stanu:

(—) Dr. E. P i e s t r z y ń s k i

— Z Polskiej Akademii Umiejętności. Na posiedzeniu Wydziału lekarskiego Akademii w dn. 16 czerwca 1933 zostały przedstawione prace pp. S i e r a k o w s k i e g o i Z a b ł o c k i e g o, pp. P e l c z a r a i B i e l o s z a b s k i e g o, pp. H i r s z f e l d a, H a l b e r ó w n e j, F l o k s z t r u m p f a i K o ł o d z i e j s k i e g o z zakresu serologii, dalej prace p. M a r c i n i a k a z zakresu teratologii, p. M o d r a k o w s k i e g o i S i k o r s k i e g o z zakresu farmakologii i p. J u e r a z zakresu chemii fizjologicznej.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

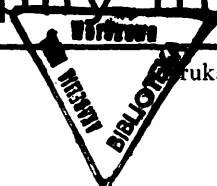
30.VI. Polskie Towarzystwo Oto - laryngologiczne.

1. Demonstracja chorych. 2. B. K a r b o w s k i: a) Przyczynek do kazuistyki przetok błędnikowych. b) W sprawie przewlekłych stanów zapalnych w obrębie zatoki szczękowej. 3. Wolne wnioski.

TREŚĆ: L. ENDELMAN. Bóle głowy pochodzenia ocznego, bóle oczu pochodzenia pozaocznego. — SZ. HOPENSZTADT. Ból barkowy jako zagadnienie rozpoznawcze. — J. EISENFARB i ST. LUXENBURG. Przyczynek do postępowania leczniczego w niedokrewności złośliwej na tle brzośdogłowca szerokiego. — S. WOLFSTEIN. 1. zw. otwarta i zamknięta gruźlica u dzieci w świetle nowszych badań. (Str. pogl.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — WŁ. PRĘGOWSKI. W sprawie stosowania łapieli gazowych w szpitalnych uzdrowiskach. — E. BIRZOWSKI. Ubezpieczenia społeczne (chorobowe) a stan lekarski. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. ENDELMAN. Céphalalgies d'origine oculaire, douleurs des yeux d'origine extraoculaire. — SZ. HOPENSZTADT. Omalgie comme problème diagnostique. — J. EISENFARB et ST. LUXENBURG. Contribution au traitement de l'anémie pernicieuse causée par le bothriocéphale. — S. WOLFSTEIN. La tuberculose soit-disant ouverte et fermée chez les enfants au jour des recherches modernes. (Rev. gén.) — WŁ. PRĘGOWSKI. A propos d'application des bains gazeux dans nos stations climatiques. — E. BIRZOWSKI. Les assurances sociales et les médecins.

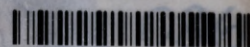
Następny numer wyjdzie d. 13 lipca r. b.



Wydawnictwo drukarnia „Sif A”, Warszawa, Marszałkowska 71. Tel. 8-34-48.

Biblioteka Główna WUM

B.086



400000009821

