

B.086

Oplata pocztowa uliszczona ryczałtem.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

ADRES ADMINISTRACJI:
UL. MARSZAŁKOWSKA 71. TEL. 8.34-48.

Konto czekowe
P.K.O. Nr. 86.96.

ADRES REDAKCJI:
UL. SIENKIEWICZA 12 m. 28.

Nr. 27-28 T.2. WARSZAWA, 13 LIPCA 1933 R.

Rok X

Cardiazol (Knoll)

**Środek pobudzający
krążenie i oddychanie.**

Wskazania:

Stany zapaści,
zaburzenia sercowe,
zaburzenia w krążeniu,
choroby zakaźne i
zatrucia.

Opakowania oryginalne:

10,0 liquidum (Zł. 5.—)
3 ampulki (Zł. 3.10)
6 ampulek (Zł. 6.—)
10 tabletek (Zł. 4.50).

Gdy
wskazana
jest **naparstnica**,

Digipuratum
Knoll

Dobrze znoszony i niezawodnie działający środek.

Liquidum: opak. oryg. po 10 g Zł. 3.70
Tabletki: opak. oryg. po 12 szt. Zł. 3.20
Ampulki: opak. oryg. po 6 szt. Zł. 4.95
opak. oryg. po 3 szt. Zł. 2.75

1 cm. Digipuratum liquid. lub 1 ampulka wzgl. 1 tabletki
jest równoważnikiem 0,1 g Fol. digit. titrata,
użytych w postaci 10%-go naparu.



Knoll A.-G.
Ludwigshafen/Rh.

Przedstawicielstwo:

Dom Handlowy R. Arcichowski, Warszawa, Galerja Luxemburga 61/63, Tel. 613-21.

LECZENIE DUSZNOŚCI WSZELKIEGO POCHODZENIA



DAWKOWANIE:

DAWKI ZWYKŁE: 2-6 ŁYŻ. OD HERBATY
DZIENNIE

DAWKĘ DZIENNĄ WLAĆ DO SZKLANKI WODY
OCUKRZONEJ I POPIJAĆ MAŁEMI ŁYKAMI
W CIĄGU DNIA.

DAWKĄ DLA DZIECI — STOSOWNIE DO WIEKU.

Wskazania: Rozedma płuc,
Dychawica, Miażdżyca, Przewlekły nieżyt
oskrzeli, Przewlekłe schorzenia sercowo-nerkowe,
Wszelkie wskazania terapii jodowej.

L. NASIEROWSKI · WARSZAWA ·

Kaliska 9, tel. 924-39, 930-42. PROBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE WPr. LEKARZY

HORMOSPERMINE

Wyciąg z całkowitych gruczołów płciowych męskich, kanalików
nasiennych, gruczołu krokowego i gruczołu śródmiaższowego.

WSKAZANIA:

Niemoc płciowa

Zaburzenia rozwojowe

Starzenie się

Neurastenia

Wyczerpanie ustroju

Ślednica u zwierząt

Przejawy przekwitania



Dawka:

3 razy dziennie po 40-60 kropeł.

Proby i literatura na żądanie Wpr. lekarzy

L. WŁODARCZYK

L. NASIEROWSKI · WARSZAWA · KALISKA 9, TEL. 924-39, 930-42.

WARSZAWSKIE *B. 086* 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. *Nr inw. 9822*

Rok X

WARSZAWA, 13 LIPCA 1933 R.

Nr. 27-28

Dr. JAKÓB PUTERMAN

na tle 25-cioletniej działalności Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego *).

Nieco więcej, niż trzy miesiące, upłynęło od śmierci powszechnie przez nas czczonego i szanowanego starszego kolegi naszego Dra Jakóba Putermana. Myśl ludzka, aczkolwiek od wieków stara się zgłębić tajemnicę śmierci, wciąż jeszcze nie może się z tem oswoić, że coraz odchodzi w zaświaty ktoś, kto jeszcze by żyć i tyle dobrego zrobić mógł! Ile razy chory, szukający ulgi w cierpieniu, a którą tyle razy znajdował u Dra Putermana, zwróci swą myśl w Jego stronę i z żalem przypomni sobie, że Go już nie ma! Ile razy lekarze, gdy się z cięższem schorzeniem u pacjenta spotkają, a rady światłej i doświadczonej zasięgnąć zapragną z wielką żalością wspomną tę stratę! Świeżo jeszcze mamy w pamięci Jego światłą postać, jak pomimo wieku prostą postawą, zakończoną bielutką, jak śnieg głową, jaśniał na wszystkich posiedzeniach Tow. Lekarskiego Zagłębia Dąbr. Z niepokojem dowiadaliśmy się o Jego zdrowiu, o ile Go na posiedzeniu nie było, bo wiedzieliśmy, że tylko zły stan zdrowia mógł Go powstrzymać od przyjścia na posiedzenie. Wszyscy pamiętamy, jak się interesował życiem naszego Towarzystwa i, aczkolwiek nigdy nie był jego Prezesem, to jednak był jego duszą, jak Towarzystwo Lekarskie było częścią Jego duszy. Wszyscy znamy Jego pęd do wiedzy i nauki, wszyscy podziwialiśmy, jak sędziwy już starzec pilnie brał udział do ostatniego nieomal roku życia w kursach dokształcających, jak do ostatnich chwil życia czytał i studiował dzieła naukowe i piśmiennictwo lekarskie. Wyraz temu dał Prezes Tow. Lek., Dr. Suchodolski, w przemówieniu swem, żegnając im. Tow. Lekarsk. zwłoki Dra Putermana przed opuszczeniem ich do grobu na wieczny spoczynek, podnosząc te cechy Zmarłego. Fakt, że na krótko przed śmiercią występował jeszcze na posiedzeniu Tow. Lekarsk., potwierdza tę opinię. Nie z własnej obserwacji, ale z opowiadań ojca mego, który był szkolnym kolegą Dra Putermana, wiem, że ta pracowitość i pilność cechowała Go od najmłodszych chłopięcych lat. Zresztą, wiedzieliśmy o tem wszyscy, bo wszystkim, czego się nauczył i o czem przeczytał lub się dowiedział, zawsze starał się podzielić z kolegami. Ażeby podniesione przed chwilą cechy Dra Putermana

jeszcze więcej w pamięci naszej utrwalić, pozwoliłem sobie na podstawie materiałów naszego Tow. Lekarskiego opracować szkic działalności Dra Putermana na tle działalności tego Towarzystwa, poprzedzając go krótkim życiorysem.

Dr. Jakób Puterman urodził się w 1857 r. w Zamościu Lubelskim, tam też skończył progimnazjum, przechodząc z klasy do klasy z nagrodami w postaci książek, które do ostatnich lat życia przechowywał w swej bibliotece. Dla otrzymania matury gimnazjalnej przeniósł się do Warszawy, gdzie ukończył II gimn., a potem wstąpił na wydz. lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który skończył w 1881 r. W tym też roku otrzymał złoty medal za pierwszą swą pracę naukową o próbie usznej Wrede'na. O wartości tej pracy świadczy jeszcze fakt, że cytowana ona jest w tak poważnym dziele, jakim był podręcz. medycyny sądowej Hofmanna w 1896 r. Krótko po ukończeniu Uniwersytetu, nosząc już zamłodu w sobie pociąg do głębokiej wiedzy i nauki, pracuje na oddziale szpitala Św. Ducha w Warszawie, prowadzonym przez Dra Kwietniewskiego, a potem udaje się na dalsze studia do Wiednia, gdzie spędza około 2 lat, pracując w poliklinikach, klinikach i szpitalach.

Po tak gruntownym przygotowaniu, osiada w 1883 r. w Serocku, skąd przedko przenosi się do Koszyc, a w 1892 r. przyjeżdża do Sosnowca i tu przez pełnych lat 40 z 4-letnią tylko przerwą w czasie wojny pędzi swój tak owocny żywot. W ciągu nieomal całego tego okresu prawie wszystkie swe urlopy wypoczynkowe starał się spędzać gdzieś blisko uniwersyteckiego albo większego miasta, aby tam codziennie ranne godziny spędzać w klinikach lub szpitalach. Dalszy konkretny znak wspomnianego dążenia do wiedzy i umiłowania pracy w tak poważnym wieku widzieliśmy w tem, że w 1927 r., a więc mając lat 70, przystępuje do egzaminu na doktorat, który uzyskuje ponownie w tej samej Warszawie, ale już w Uniwersytecie Polskim. Już tylko ostatnie 2 lata swego życia nie wyjeżdżał, gdyż, jako lekarz, orjentował się, że mając 73 — 74 lata musi umrzeć, twierdząc zawsze, że „młody umrzeć może, a stary musi”. A tembardziej liczył się z możliwością śmierci ze względu na stan swego zdrowia, w którym też się dobrze orjentował; nie wyjeżdżał więc, bo nie chciał, aby śmierć Go na obcej ziemi zastała. Tu we własnej ojczystej ziemi chciał spocząć i tu też w Sosnow-

*) Według odczytu, wygłoszonego na poświęconem pamięci Dra J. Putermana posiedzeniu Tow. Lekarsk. Zagł. Dąbr. w dn. 26.IV.33.

cu, w którym tyle dobrego uczynił, zamknął na wieki oczy w dn. 8.I.1933 r.

Kiedy Dr. P u t e r m a n przybył do Sosnowca w 1892 jako młody, 35 letni lekarz, 15 lat przed powstaniem Tow. Lekarskiego, było w Sosnowcu kilkunastu lekarzy. Do r. 1901 życie lekarskie ograniczało się do zebrań lekarskich, odbywających się kolejno z kolegów i noszących więcej charakter towarzyski. Czasami były na nich komunikowane spostrzeżenia z praktyki lekarskiej, a wyjątkowo były ogłaszane referaty z poszczególnych dziedzin wiedzy lekarskiej.

Dopiero w 1901 r. powstaje Tow. Lekarskie Częstochowskie, które obejmuje swą działalnością i nasze Zagłębie Dąbrowskie. Na posiedzeniach tego Towarzystwa już w I-ym roku jego istnienia pierwszy z lekarzy Zagł. wygłasza w Częstochowie odczyt Dr. P u t e r m a n na temat „Wpływ egzaminów szkolnych na układ krwionośny” jako przyczynek do badań nad ciśnieniem krwi za pomocą tonometru G ä r t n e r a. W drugim roku istnienia tego Tow. Dr. P u t e r m a n wygłasza odczyt, mówiąc słowami pamiętnika Jubileusz 25-lecia Tow. Lekarskiego Częstochowsk. 1901 — 1926, jeden z 5-ciu wybitniejszych, na temat „Kilka uwag w sprawie najnowszych odkryć bakterjologii”, a w następnych latach, kiedy posiedzenia zaczęły odbywać się na zmianę w Częstochowie i Sosnowcu, Dr. P u t e r m a n wygłasza „Kilka słów w sprawie aglutynacji, nowy odczynnik — *typhus diagnosticum*”, następnie „Przyczynek do kazuistyki zakażeń pneumococowych przerzutowych” i wreszcie „O bakterjemji”.

Są to tylko wygłoszone odczyty i referaty bez pokazów i udziału w dyskusjach, o czym brak wzmianek.

W 1906 r. kończy się działalność Tow. Lek. Częstochowsk., obejmującego i Zagłębie Dąbr., gdyż 1.XII. tego roku odbywa się ostatnie posiedzenie tego Tow. przed wyodrębnieniem samodzielnego oddziału Zagł. Dąbr. Jaki udział w pracy zarówno Tow. Lek. Częstochowskiego, jak i w zabiegach ku zorganizowaniu oddziału Zagł. Dąbr., brał Dr. P u t e r m a n dowodzi, że na tem ostatnim wspólnym posiedzeniu, odbytem w Sosnowcu pod przewodnictwem Dra B i e g a ń s k i e g o, przewodniczący uczcił 25-ciolecie działalności Lekarskiej Dra P u t e r m a n a, zaznaczając Jego zasługi jako członka Tow. Lekarsk. i sumienną działalność lekarską, opartą na szerokiej wiedzy lekarskiej, a także niemałe przyczynki, wniesione do literatury ojczystej; następnie wręczył Dr. P u t e r m a n o w i adres i upominek pieniężny od Kolegów, przeznaczony na cel dobroczynny według uznania Jubilata, oraz oddał Dr. P u t e r m a n o w i przewodnictwo na tem posiedzeniu.

Na posiedzeniu w dn. 2.II.1907 r. wyodrębniono już oddział Zagł. Dąbr. Tow. Lekarskiego i wybrano Zarząd, do którego odrazu wszedł Dr. P u t e r m a n i pozostawał w nim bez przerwy aż do ostatniej chwili swego życia z krótką przerwą w latach światowej wojny, którą spędził przymusowo w Rosji. Od pierwszej chwili powierzono Dr. P u t e r m a n o w i mandat bibliotekarza, który piastował bez przerwy przez 7 lat, t. j. do 1914 roku, w którym opuścił Sosnowiec. Na tem stanowisku wykazywał wielką troskliwość o rozwój biblioteki, powiększenie liczby jej dzieł i czasopism, ich skatalogowanie i uprzystępnienie zainteresowanym kolegom do użytku. W 1909 r. ofiarował 58 tomów do biblioteki, a ostatnią wolą zapisuje Towarzystwu Lekarskiemu cały swój bogaty i różnorodny księgozbiór,

składający się ze 165 tomów dzieł i około 65 roczników czasopism lekarsk. Pracę bibliotekarza przerwał wyjazd do Rosji, po powrocie z której wszedł natychmiast z powrotem do Zarządu, będąc przez rok członkiem Komisji Rewizyjnej, potem v.-prezesem, a następnie przez 4 lata członkiem Zarządu do roku 1926, w którym został ponownie wybrany na v-prezesa. Od tego roku do samej śmierci był już corocznie z entuzjazmem przez aklamację wybierany na to stanowisko.

Po tym fakcie niedziwnem wyda się twierdzenie, że Towarzystwo, w którego narodzeniu i życiu brał Dr. P u t e r m a n długiuletni udział musiało się stać częścią Jego duszy. A szczególnie, że udział w tem życiu Towarzystwa nie ograniczał się do formalnego tylko piastowania tego czy innego mandatu. Nietylko koledzy, biorący udział w pracach Zarządu Towarzystwa Lekarskiego, wiedzą, że Dr. P u t e r m a n był w pewnych okresach jedynym, a w innych bardzo ważnym katalizatorem rozwoju życia naukowego naszego Towarzystwa. Zawsze pełen inicjatywy w kierunku wyszukiwania prelegentów, werbował ich na miejscu pośród członków Towarzystwa, czy to zapraszał drogą korespondencji prelegentów zamiejscowych, dbając o ożywienie życia w Towarzystwie. Wiecznie zachęcał kolegów do występowania czy to z pokazami, czy referatami, bądź ośmieszał początkującego, dodając odwagi do wystąpienia na posiedzeniu Towarzystwa.

Jak w początku działalności jeszcze połączonego Towarzystwa Zagł. Dąbr. z Częstochowsk., starał się Dr. P u t e r m a n utrzymać ścisły i żywy kontakt pomiędzy Zagłębiem a Częstochową, tak i potem w każdym momencie osłabienia tempa prac naszego Towarzystwa starał się nawiązać kontakt z Częstochowsk. Tow. Lekarskim, gdzie w początku pracował sam B i e g a ń s k i, a potem wywierał potężny wpływ wielki genjusz, choć zmarłego, ale żyjącego w pamięci wszystkich kolegów, a podtrzymywany przez następcę Jego i najbliższego współpracownika, Dra R ó ż k o w s k i e g o. Utrzymywanie kontaktu ze światem Lekarskim krakowskim dawało Dr. P u t e r m a n o w i asumpt do zapraszania prelegentów z tego Uniwersytetu albo zpośród wybitniejszych lekarzy krakowskich.

Ale nietylko na tem polegała praca i wielka zasługa Dra P u t e r m a n a w życiu Towarzystwa, że się starał zasilać je prelegentami, lecz na tem przede wszystkim, że sam brał jaknajczynniejszy udział, występując jako demonstrator, referent, prelegent, popularyzator, mówca, podnoszący cudze zasługi i t. d. Liczba 80 wystąpień w czasie omawianego okresu jest to liczba dla lekarza prowincjonalnego, nie posiadającego warsztatu pracy, ani szpitala, ani ambulatorjum, do którego chorzy są zmuszeni przychodzić, ołbrzymia. Wiemy wszyscy dobrze, jak niepomyślnie są warunki dla ciągłości obserwacji w praktyce prywatnej, jak trudno zdobyć wszelkie dodatkowe badania, za które chory sam musi zapłacić, a które są tak konieczne do ustalenia ścisłego rozpoznania różniczkowego. Trzeba mieć z jednej strony ołbrzymi autorytet u chorych, pełne ich zaufanie, ażeby szczególnie w przypadkach długotrwałych schorzeń układu nerwowego, nie dających dobrych rokowań, nie zmieniali lekarza, a z drugiej wielkie zamiłowanie do nauki i ścisłości w pracy, aby w tych warunkach demonstrować przypadki opracowane tak, jak to czynił Dr. P u t e r m a n, a co mamy wszyscy jeszcze tak świeżo w pamięci. Każdy demonstrowany przypadek był jaknajszczegółowiej opracowany, zarówno z punktu widzenia wywiadu, jak objawów somatycznych,

jak i wreszcie rozpoznania różniczkowego. Często po pokazie chorego, przedstawiającego trudności pod względem rozpoznawczym, względnie ciekawego pod względem przebiegu, obserwował dalej i komunikował o tem kołegom na następnych posiedzeniach. Ciekawe schorzenia, w pierwszym rzędzie układu nerwowego, któremi Dr. P u t e r m a n szczególnie się interesował, starał się demonstrować po kilka razy, dobierając przypadki nieomal, jak w klinice. Jednem słowem, widać było w pokazach chorych Dra P u t e r m a n a pewną celowość, pewną myśl przewodnią, widziało się odzwierciedlenie interesujących Go problematów i dziedzin, które starał się sam dokładnie zbadać, poznać, a potem z kołegami się tem podzielić. Na ogólną liczbę 306 pokazów chorych, demonstrowanych przez 52 kołegów, sam Dr. P u t e r m a n wystąpił z 47 pokazami, t. j. 6-tą częścią.

Oprócz pokazów chorych Dr. P u t e r m a n demonstrował stetoskop F r o s z a r d a i sphigmo-tensiometr Dra L a u r e y a, jako narzędzia, służące do ulepszenia metod rozpoznawczych.

6 pokazów preparatów, jak kamieni żółciowych, laseczników gruźlicy, obrazu krwi w białaczce i z pasorczytami zimnicy, osadu z moczu kryształków cystyny u chorego na *lues cerebro - spinalis* oraz preparatów do wykonywania próby S a h l i e g o na obecność woln. kwasu solnego w żołądku i próby benzydynowo-aloinowej na obecność śladów krwi, wskazują dalej na krąg zainteresowań Dra P u t e r m a n a.

Również i w odczytach, które można nazwać klinicznymi, a których Dr. P u t e r m a n wygłosił 15, widać dużą planowość. Każdy z tych odczytów przedstawiał w sobie pewną całość, był referatem zbiorowym, ujmującym dany temat wyczerpująco, referatem, streszczającym obecny stan nauki o danym przedmiocie, wskazującym na to, że sam prelegent gruntownie z danym tematem się zapoznał. Pewnie, nie były to rzeczy oryginalne ale pomagające słuchaczom utrzymać się na nowoczesnym poziomie wiedzy o danym temacie. Przeciennie co rok był przez Dra P u t e r m a n a poruszany jakiś temat w odczycie. Opracowanie tych tematów było wynikiem albo zapoznania się z nim na jednym z kursów dokształcających, na które wyjeżdżał nieomal co rok, albo studiów nad piśmiennictwem w domu. Gdzie nie wystarczyło tylko badanie piśmiennictwa, tam miał Dr. P u t e r m a n zawsze dość własnego doświadczenia klinicznego i obserwacji u łóżka chorego, aby przedstawiany temat ująć też i z punktu widzenia klinicznego. Że posiadał zmysł obserwacyjny i umiał z tego wyciągać wnioski, dowodzą dalsze odczyty, wygłoszone przez Dra P u t e r m a n a o niezwyklej postaci influenzy, obserwowanej w Zagłębiu, o spostrzeganych przypadkach, identycznych z influenżą L a t k o w s k i e g o, o działaniu surowic leczniczych wogóle, a surowic przeciw płonicy w szczególe.

Podkreślam to, co już podniosłem, że Dr. P u t e r m a n nie posiadał szpitala i wszystko musiał obserwować w praktyce prywatnej. O ile więcej znajomości przedmiotu, zmysłu obserwacyjnego i głębokiej chęci posuwania nauki naprzód trzeba posiadać, aby w tych warunkach robić tak i tyle, jak Dr. P u t e r m a n.

Jeżeli po przebytych kursie dokształcającym nie wygłaszał zbiorowego referatu, to przynajmniej składał obszernie sprawozdanie z kursu, bo zawsze chciał się dzielić z kołegami tem, co sam widział, co sam słyszał. Znajdujemy więc w protokołach z posiedzeń Tow. Lekarsk. sprawozdanie z VI międzynarodowego kursu

dokształcającego w Karlsbadzie, na które tak chętnie jeździł, a na którym jeszcze ostatnio był, mając już lat /2. Prowadząc z małżonką swą laboratorium lekarsko-analityczne, chemiczne i bakterjologiczne, chciał i tu stać na wysokości i, przestudjowawszy sprawę, wygłosił w 1911 r. odczyt o pracowniach prowincjonalnych. Prócz powyższego ogłosił Dr. P u t e r m a n szereg streszczeń rozmaitych wykładów klinicznych w latach 1902 — 1927 w Gaz. Lek. i Polsk. Gaz. Lekarsk. Z odczytami swemi występował nie tylko na terenie Tow. Lek. Częstochow. i Zagł. Dąbrow., ale też na I Zjeździe Lekarzy prowincjonalnych w Łodzi w 1911 r., na II zjeździe lekarzy prowincjonal. w Lublinie (1914 r.), a następnie mówił o B i e g a ń s k i m na posiedzeniu Sekcji Lekarskiej Polskiego Koła Naukowego w Moskwie w 1917 r.

Ale jeszcze na tem nie wyczerpuje się działalność naukowa Dra P u t e r m a n a na terenie naszego Towarzystwa Lekarsk. Jak już wspominałem, tylko w ostatnich latach zły stan zdrowia powstrzymywał Go od przyścia na posiedzenie, ale pozatem i szczególnie w poprzednich latach najpilniej bywał na wszystkich posiedzeniach. Lecz nie tylko bywał, ale nie było prawie odczytu, referatu, czy pokazu, w dyskusji nad którymi nie zabrałby głosu. Każde odezwanie się Dra P u t e r m a n a odcznaczało się głęboką znajomością poszczególnego tematu, krytycznem uzupełnieniem słów prelegenta, a stawiane pytania wskazywały na poważny sposób myślenia lekarskiego o poruszanych tematach. Uważając protokoły posiedzeń naukowych za materiał naukowy, o wszystkich swych odczytach, referatach, pokazach, a nawet przemówieniach w dyskusji, nadsyłał streszczenia własne, które, gdyby zebrać oddzielnie, stanowiłyby same w sobie dość poważny dorobek lekarskopisarski.

Znając piśmiennictwo, po śmierci wybitnych lekarzy i uczonych wygłasza wspomnienie pośmiertne o ś. p. Prof. K o s i ń s k i m, Prof. K o c h u, Drze C z a j k o w s k i m, o B i e g a ń s k i m, P o l a k u a na posiedzeniach, na których występują prelegenci tacy, jak Dr. R o ż k o w s k i, Prof. M i c h a ł o w i c z, Dr. S t a r k i e w i c z, wygłasza obszerniejsze słowa powitania, w których streszcza prace prelegentów. Czynił to tem chętniej, że, znając wartość pracy, nie skąpił nigdy słów uznania tym, którzy się dorobkiem tej pracy poszczycić mogli. Sam skromny, nie żaden pochwał i zaszczytów, bardzo chętnie podnosił zasługi innych.

Oprócz tematów czysto naukowo - lekarskich, Dr. P u t e r m a n wygłosił wprawdzie tylko jeden odczyt na temat społeczny, a mianowicie, w sprawie partactwa lekarskiego, ale Koledzy, którzy znają Dra P u t e r m a n a z posiedzeń, albo kto czyta protokoły dawnych posiedzeń z okresu jubileuszowego, ten wie, że we wszystkich sprawach natury czysto społecznej, czy społeczno - zawodowej, czy wreszcie narodowo - państwowej zabierał głos, a reprezentowane przezeń w tych sprawach stanowisko świadczyło o Jego wysokości etycznych pojęciach, dotyczących obowiązków stanu lekarskiego. Oprócz pokazów chorych i wygłoszonych referatów i odczytów w naszym Towarzystwie Lek. Dr. P u t e r m a n ogłosił jeszcze 19 prac w różnych czasopismach lekarskich na różne tematy z najróżniejszych dziedzin medycyny.

Dla uzupełnienia sylwetki świetlanej postaci Dra P u t e r m a n a pozwolę sobie podkreślić kilka cech, charakteryzujących Go jako lekarza i obywatela. Jego

stosunek do chorego wynikał z jednej strony z opisanego gruntownego ujmowania spraw chorobowych, a z drugiej, z głębokiego ujęcia posłannictwa lekarskiego. Jego sumiennosc w badaniu, chęć zgłębienia prawdziwej istoty cierpienia i dolegliwości, z którymi chorzy zwracali się doń, chęć ulżenia tym cierpieniom, powodowała, że każdego chorego otaczał jaknajtroskliwszą opieką, interesował się przebiegiem choroby. Niejednokrotne zwracanie się do mnie, czy to wtedy, gdy byłem lekarzem powiatowym, czy ostatnio w Centrali Kasy Chorych, w sprawach swych chorych, nie nosiło nigdy na sobie cechy t. zw. interwencji u znajomego urzędnika, lecz widać było w tem poważną troskę o dobro chorego, który oddał się Mu pod opiekę, chęć zrobienia dla ulżenia jego doli wszystkiego, co było w Jego mocy. Łagodność usposobienia, duża wyrozumiałość, ogromna cierpliwość wyrobiły Dr. P u t e r m a n o w i zasłużoną opinię u pacjentów, którzy obdarzali Go wielkiem zaufaniem. Już podnosiłem trudności w ciągłości obserwacji w praktyce prywatnej, która była możliwa tylko dzięki tym własnościom charakteru i temu ustosunkowaniu się do chorych. Wiemy dobrze, jak pacjenci, którzy nie znajdują ulgi natychmiast po wizycie u lekarza, lub lekarza u chorego, zmieniają lekarza na innego. A przecież, zajmując się dużo neurologią, ileż miał przypadków niewdzięcznych co do efektów terapeutycznych, przeważnie długotrwałych, często beznadziejnych pod względem rokowania. Tylko wielkiem zaufaniem, jakie, dzięki wymienionym wyżej cechom, zdobył sobie Dr. P u t e r m a n u chorych, można wytłumaczyć tę wytrwałość pacjentów.

Niemniej stosunek Dra P u t e r m a n a do Kolegów nacechowany był najlepszymi elementami etyki lekarskiej. Zawsze grzeczny, uprzejmy dla kolegów, kolegów wszystkich, niezależnie od ich wieku, czy od zajmowanego stanowiska. Wskutek swej głębokiej wiedzy chętnie był przez kolegów wzywany na konsylja, tembardziej, że zachowanie się Jego na naradach lekarskich przy łóżku chorego cechowała również delikatność, ogromny takt względem wzywającego Go na konsyljum kolegi.

Chętnie dzielił się swą wiedzą z młodszymi kolegami, którzy, zachęceni takim stosunkiem, nieraz odwiedzali Dra P u t e r m a n a i rady światłej zasięgali. A ile razy który z kolegów sam ze swem cierpieniem, względnie w chorobie kogoś z członków swej rodziny o poradę doń się zwracał, to jakżeż był przyjmowany, jak w całym stosunku Dra P u t e r m a n a odbijała się dawna tradycja dobrych stosunków między lekarzami, czyniąca z zawodu lekarskiego jedną rodzinę. Za długo żył w tamtych czasach, aby rozluźnienie stosunków lekarskich, które zapanowało w ostatnich latach, aby zjawiska i stosunki dziś, niestety, dość częste, a stanowiące dawniej tylko przykre wyjątki, piętnowane przez ogół lekarzy, mogły jakikolwiek wpływ ujemny na Niego wywrzeć. Widział to Dr. P u t e r m a n i cierpiał nad tem, bolał nad upadkiem etyki lekarskiej, nad coraz niżej powiewającym sztandarem naszego zawodu. Nie był człowiekiem, któryby występował do walki z tem na szerokie forum publiczne, ale, jak we wszystkim, starał się skromnie, pocichu gdzie tylko mógł, w rozmowach, w stykaniu się z kolegami na te rzeczy wpływać. Do ostatniej chwili życia wysoko dzierżył sztandar zawodu lekarskiego, nie obniżając go nigdy, aż Mu śmierć zupełnie go z rąk wytrąciła.

Nietylko do swych chorych i kolegów był taki

stosunek Dra P u t e r m a n a, gdyż taki sam uprzejmy, równy, taktowny, wyrozumiały, pobłażliwy, uczynny, życzliwy był stosunek Dra P u t e r m a n a do wszystkich swych współobywateli. Pozbawiony wszelkich animozj partyjnych, społecznych, klasowych, stanowych czy wyznaniowych, w każdym widział człowieka-bliźniego, dla którego czynił wszystko to, o co się do Niego kto zwracał. Jak do każdego poszczególnego członka społeczeństwa, tak odnosił się do całego społeczeństwa i do Państwa. Wszystkie obowiązki obywatela wykonywał jaknajsumiennie. Tak często, niestety, teraz i wśród świata lekarskiego spotykany objaw uchylania się od wypełniania nakładanych na obywateli świadczeń był Mu nieznany. Taki, jaki był stosunek Dra P u t e r m a n a do nakładanych przez ustawy obowiązków, takie też było poczucie obowiązku względem wszelkich akcji społecznych, opartych na dobrowolnych świadczeniach społeczeństwa. Dr. P u t e r m a n posiadał poczucie obowiązku poparcia każdej imprezy, organizowanej na cele społeczne.

Jako jeden z tych, którzy od szeregu lat na terenie Zagłębia z ramienia różnych stałych organizacji społecznych, jak i dorywczych Komitetów, zwracali się do społeczeństwa o datki, nie omijając osoby Dra P u t e r m a n a, nigdy nie doznawałem u Niego zawodu. Zmarły każdy zbożny cel popierał, a nawet często sam z własnej inicjatywy przysyłał ofiarę; wszędzie starał się być, a jeżeli Mu zdrowie ostatnio nie pozwoliło być osobiście, wtedy przysyłał datkę albo należność za bilety. Dziś, gdy coraz trudniej o ludzi do pracy społecznej, a nawet o tych, którzy przynajmniej datkami zasilają fundusze, potrzebne do wykonania pracy tym, którzy się jej podjęli, taki typ obywatela zasługuje na wielkie uznanie. Nie było też dla Niego żadnych, jak powiedziałem, różnic — jedynie sam cel Mu przyswiecał. A że kochał swój kraj, w którym na świat przyszedł i tak długi owocny żywot spędził, więc wszystko, co za dobro tego kraju uważał, popierał.

Podniesione przezemnie cechy Dra P u t e r m a n a i Jego zasługi lekarskie zostały ocenione zarówno przez kolegów, jak i społeczeństwo.

Oprócz przytoczonego adresu, wręzonego D-rowi P u t e r m a n o w i w 1906 r. przez Prezesa Towarzystwa Lekarskiego w Częstochowie, obejmującego wtedy i Zagłębie Dąbrowskie, Dr. P u t e r m a n został wybrany na członka honorowego Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego. Dyplom na członka honorowego był Mu wręczony na uroczystym posiedzeniu z okazji jubileuszu 25-cio lecia tegoż Towarzystwa w 1926 r. Nasze Towarzystwo Lekarskie na Walnem Zebraniu dn. 30.I.1929 r. nadaje D-rowi P u t e r m a n o w i jednogłośnie dyplom swego członka honorowego, który zostaje Mu wręczony na posiedzeniu w dn. 17.IV tegoż roku. Wręczenie to poprzedza Prezes Towarzystwa, Dr. Z a h o r s k i, dłuższem przemówieniem, podnosząc zasługi D-ra P u t e r m a n a.

Na jednym z posiedzeń naszego Towarzystwa Lekarskiego w 1933 r. Prezes T-wa, Dr. S u c h o d o l s k i, w dłuższem przemówieniu podnosi wielkie zasługi D-ra P u t e r m a n a z okazji 50-letniego okresu Jego pracy lekarskiej, a obecni na tem posiedzeniu koledzy urządzili D-rowi P u t e r m a n o w i owację w formie hucznych i długotrwałych oklasków.

Nad grobem Prezes T-wa pożegnał zwłoki imię.

niem Towarzystwa Lekarskiego i uczcił przemówieniem Jego pamięć na, najbliższem po śmierci, posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego. Zarząd postanowił zawiesić portret Zmarłego w sali posiedzeń T-wa. Wiceprezes Towarzystwa, Dr. K o t a r s k i, umieścił wspomnienie pośmiertne o D-rze P u t e r m a n i e w Nr. 12 Polskiej Gazety Lekarskiej z 1933 r.

Całe społeczeństwo, poza naszą korporacją lekarską stojące, miało, niestety, dopiero przy oddaniu ostatniej posługi możliwość okazania Mu uczuć, jakie dla Niego żywiło. Na pogrzebie widzieliśmy przedstawicieli różnych sfer, którzy odprowadzili zwłoki do grobu. A gdyby nie skromność, która cechowała D-ra P u t e r m a n a za życia, a która w ostatniej woli poddyktowała zakaz urządzania pogrzebu z orszakiem przez

miasto, jestem przekonany, że znacznie więcej jeszcze osób wzięłoby udział w pogrzebie.

Jestem niewymownie szczęśliwy, że do mojej osobistej czci, jaką posiadam dla osoby Zmarłego, a której pragnąłem dać wyraz w krótkim zestawieniu Jego prac i zasług, przyłączyła się opinia Zarządu Towarzystwa Lekarskiego, uosabiająca głos ogółu kolegów, skupionych wokoło naszego sztandaru, i Zarząd poświęcił dzisiejsze posiedzenie, na którego porządku dziennym znalazł się mój odczyt, uczczeniu pamięci D-ra P u t e r m a n a.

W obecności tak licznie zebranych Kolegów pragnę widzieć również chęć złożenia hołdu pamięci naszego nieodżałowanego starszego Kolegi.

Dr. med. Karol R y d e r.

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Wytrysk przedwczesny (*ejaculatio praecox*), jego istota, postaci kliniczne i leczenie.

Podał

Stanisław HIGIER (Warszawa).

I.

Wytrysk przedwczesny (*ejaculatio praecox*) należy bynajmniej do rzadko spotykanych zjawisk patologicznych. Przeciwnie: zarówno neurolog, jak i wenerolog miewają do czynienia z tego rodzaju skargami pacjentów niemal codziennie, a i lekarz praktyk ogólny lub internista natrafia na omawiany objaw dość często, zazwyczaj przytem w określonym zespole innych objawów chorobowych, co nasunąć wprost może myśl o charakterystyczności *ejaculatio praecox* dla pewnych typów chorobowych lub pewnych spraw patologicznych.

Warto zauważyć, że zjawisko przedwczesnego wytrysku bywa zresztą nierazko przeoczane, ponieważ pacjenci określają ją zwykle ogólnikowo mianem „impotencji” lub mówią wręcz o braku wzwodu podczas stosunku płciowego, zapominając dodać, że upadek wzwodu następuje u nich już w trakcie aktu spółkowania, czasami nawet bardzo szybko, jednak dopiero po wytrysku (przedwczesnym!); lekarz zaś, nawet specjalista, niezawsze potrafi odpowiedniemi zszeregowaniem pytań ujawnić istotę zaburzenia.

Ze swej strony stwierdzić mogę, że przy dokładnych wywiadach wytrysk przedwczesny okazywał się cierpieniem przeszło 40% pacjentów, którzy zgłaszali się do mnie ze skargami na „niemoc płciową”, a poza tem ujawniłem go, jako objaw chorobowy uboczny, przynajmniej u 15% wszystkich mężczyzn, chorych neurologicznych, z którymi zetknąłem się w ciągu ostatnich kilku lat. Czy liczby te, nie odpowiadające zupełnie dotychczasowemu poglądem na częstość występowania *e. p.*, znaleźć mogą wytłomaczenie w swoistych warunkach życia powojennego, tak wybitnie sprzyjającego powstawaniu zaburzeń czynnościowych w zakresie unerwienia roślinnego, pozostaje, naturalnie, sprawą do rozstrzygnięcia.

II.

Odrębne rodzaje kliniczne przedwczesnego wytrysku uwydatniają się już w skargach chorego, które formułowane bywają w sposób dwojaki: 1) u jed-

nych skargi tyczą się niemal wyłącznie o b j e k t y w n e g o skrócenia czasu trwania *coitus* w porównaniu czy to z trwaniem aktu płciowego u innych (najczęściej u przyjaciół chorego, którzy, opowiadając mu o tem, zwracają dopiero w ten sposób jego uwagę na przejawianą „anomalję”), czy to w porównaniu z własną wydolnością pacjenta dawniej, czy, wreszcie, w stosunku do długotrwałości aktu, niezbędnej do zadowolenia partnerów seksualnych; 2) u innych chorych na plan pierwszy wybija się przedewszystkiem s u b j e k t y w n e poczucie „przedwczesności”, niełatwo dająca się przedmiotowo wytłomaczyć świadomość, że akt płciowy trwa zbyt krótko i zostaje niejako przerwany przez wytrysk w zgoła nieodpowiednim momencie; u takich osobników pozostaje też po skończonem spółkowaniu uczucie niezadowolenia nawet wówczas, gdy obiektywnie trwało ono normalny przeciąg czasu i doprowadziło do zadowolenia strony drugiej (co, zresztą, zdarza się tylko wyjątkowo).

W dalszym ciągu, przy rozpatrywaniu patogenezy *e. p.* przekonamy się, że tym różnicom subiektywnym odpowiadają różnice i w mechanice fizjopatologicznej.

Pod względem stopnia intensywności, *ejaculatio praecox* przejawiać się może w szerokich granicach zjawisk: od nieznacznego, obiektywnie i subiektywnie, skrócenia aktu spółkowania aż do całkowitej niemożności dokonania tego aktu wskutek wytrysku już przy pierwszej próbie wprowadzenia prącia do pochwy, względnie nawet przy pierwszych bodźcach dotykowych, działających na prącie, jego okolice, a nawet na t. zw. „pasma (zony) erogenne”. Tego rodzaju zjawiska, znane pod nazwą *ejaculatio ante portas*, praktycznie równoznaczne są z niemocą całkowitą.

Klinicznie wytrysk przedwczesny przebiegać może jako zaburzenie rozmaitego rodzaju. Przedewszystkiem przejawiać się może bądź w sposób sporadyczny, bądź stały. W tym ostatnim przypadku (abstrahując od spraw organicznych rdzenia lędźwiowego) wytrysk przedwczesny bywa często dolegliwością tak zasadniczą, powodując tak znaczne powikłania w zakresie czynności płciowej i stwarzając tak swoiste obrazy kliniczne, że ujmować go trzeba już nie jako objaw, ale jako samodzielną jednostkę nozologiczną.

Taka przewlekła postać przedwczesnego wytrysku wykazywać przytem może zarówno charakter zaburzenia, wyrównyującego się powoli, jak i postępującego, a wtedy objaw zasadniczy wzmagą się zarówno pod względem częstości występowania, jak i stopnia intensywności (t. j. że uprzednio nieznaczne skrócenie aktu płciowego przeobraża się w typową *ejaculatio ante portas*).

Wytrysk przedwczesny wystąpić może już przy pierwszym spółkowaniu w życiu osobnika; często jednak zjawia się on dopiero później, już w trakcie życia płciowego, występując po raz pierwszy w takim razie zazwyczaj podczas spółkowania dokonywanego w warunkach niezupełnie normalnych: pacjenci wiążą więc sami często jego pierwsze wystąpienie z silną obawą zakażenia, zapłodnienia, przyłapania „*in flagranti*” i t. d. Pozatem daje się też często ustalić związek z obawą kompromitacji w noc poślubną lub uczuciem tliwości „braterskiej” czy „ojcowskiej” do młodszej od siebie, dziewiczej małżonki.

Zasadniczego rozgraniczenia pomiędzy wytryskiem przedwczesnym „preformowanym” — istniejącym jakgdyby przed początkiem życia płciowego, a powstałym dopiero w trakcie tego życia, przeprowadzić nie można, gdyż nigdy nie daje się wyłączyć, że właśnie przy pierwszym stosunku płciowym istniały takie warunki, zadziałały takie momenty psychopatologiczne, które doprowadzić mogą do przedwczesnego wytrysku przy jakimkolwiek innym akcie spółkowania.

Mimo to bliższe przyjrzenie się odpowiedniemu materiałowi klinicznemu kieruje myśl lekarza i patologa ku przypuszczeniu, że same tylko czynniki psychorodne zewnątrzpochodne nie wystarczają do wywołania przedwczesnego wytrysku u każdego człowieka, a nawet, że odgrywają tu one rolę mniej wybitną, aniżeli np. w patogeniezie niemocy anerekcyjnej. W każdym razie stwierdzić trzeba, że o ile rzadko który mężczyzna nie przeżył sporadycznie „fiasca” płciowego wskutek psychorodnego zahamowania wzrodu, to przypadki przedwczesnego wytrysku tyczą się o wiele bardziej ograniczonej rzeszy osobników, często przytem, jak to dalej zobaczymy, wyraźnie „stygmatyzowanych” pod względem neuro-wegetatywnym.

Dla zobrazowania różnorodności przebiegu klinicznego schorzenia o typie przedwczesnego wytrysku przytoczyć tu wypada kilka przykładów:

1. M. L. lat 27, z zawodu inżynier, uskarża się na *ejaculatio praecox* od sześciu lat, t. j. od początku swego życia płciowego. Pomiędzy 15 a 22 rokiem życia — m a s t u r b a c j e, jak podaje chory, umiarkowane; przyczem chory zauważył, że przebieg aktu masturbacyjnego zmieniał się w ciągu tego okresu w tym sensie, że manipulacje onanistyczne doprowadzać zaczęły do wytrysku o wiele szybciej, niż początkowo. Popęd płciowy przejawia się od 14 roku życia. Przez dwa lata jednak (od 17 — 18 roku) był jakgdyby osłabiony, co pacjent wiąże z intensywnymi ćwiczeniami sportowymi. Erekcje prawidłowe utrzymywały się przez cały ten czas zarówno w odpowiedzi na bodźce psychiczne, jak i dotykowe (np. masturbacyjne). Zmazy nocne od 16 roku życia, w odstęпах niezbyt częstych. Pierwszy w życiu stosunek płciowy, z prostytutką, — jak sam chory określa, „dla eksperymentu” — zupełnie nieudatny: przy niedostatecznym wzwodzie nastąpił wytrysk już przy pierwszym dotknięciu prąciem ciała kobiecego. Od tego czasu w ciągu trzech lat powtarzane próby spółkowania, zawsze z przygodnymi i mało dla pacjenta pożądanymi partnerkami, kończyły się niepowo-

dzeniem wskutek *ejaculatio ante portas*, bądź przy wzwodzie prawidłowym, bądź też zahamowanym. W 26-ym roku życia trwalszy stosunek z kobietą, która, zresztą, również fizycznie chorego nie pociągała. Przedwczesność wytrysku w trakcie dłuższego z nią współżycia wybitnie się zmniejszyła: przypadki *e. ante portas* znikły całkowicie, pozostało jednak zarówno subiektywne uczucie zbytnej szybkości aktu, jak i istotna, obiektywna, jego krótkotrwałość ($\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ minuty). W tym samym okresie wszelkie próby dokonania aktu płciowego z innymi partnerkami zawodziły wskutek wytrysku *ante* lub *intra portas*. Przed rokiem, p o k i l k o t y g o d n i o w e m r o z s t a n i u s i ę z e s w ą t o w a r z y s z k ą, chory stwierdził, że objawy te zjawiały się i w stosunku do niej. Od tego czasu nastąpiło wybitne nasilenie się zaburzeń, tak, że wszystkie próby spółkowania uniemożliwione są ostatnio z powodu *ejaculatio praecocissima* oraz zupełnego b r a k u w z w o d u p r ą c i a, który zjawia się, zresztą w sposób prawidłowy w odpowiedzi na szereg słabszych bodźców psychicznych (wyobrażenia z dziedziny seksualnej, oglądanie fotografii pornograficznych i t. p.) w nieobecności partnerki seksualnej. Chory czuje się silnie przygnębiony, nosi się z myślami samobójczymi i jest zupełnie obecnie niezdolny do intensywniej pracy umysłowej.

2. S. K., handlowiec, lat 37, zgłasza się ze skargami na „impotencję”, trwającą od 2-ch lat. Dokładniejsze wywiady stwierdzają, że pacjent do 35-go roku życia uważał się za zupełnie zdrowego pod względem płciowym. Popęd płciowy ujawniać się rozpoczął prawidłowo koło 14-go roku życia; w tym też czasie miały miejsce pierwsze zmazy nocne. Pierwszy stosunek płciowy w 16-ym roku życia, oceniany przez chorego jako normalny; od tego czasu w ciągu 19 lat intensywnie życie płciowe (okresami kilkakrotne akty w ciągu dnia!); obiektywnie jednak akt spółkowania trwał zawsze dość krótko (1 — 2 minut) i rzadko kiedy prowadził do zadowolenia partnerki seksualnej. Przed dwoma laty chory był świadkiem stosunku płciowego, dokonywanego przez przyjaciela i z przykrością stwierdził wówczas swe „kalectwo”. Od tego ściśle czasu objaw „przedwczesności” wytrysku wyraźnie się wzmógł; zaczęły występować sporadycznie wypadki *e. ante portas*, czego dawniej nigdy nie bywało; od czasu do czasu występowała też niedostateczność wzrodu, przyczem chory zauważył, że, i m e r e k c j a j e s t s i l n i e j s z a, t e m i w y t r y s k n a s t ę p u j e p ó ź n i e j.

3. A. W., ziemianin, lat 33, cierpiący pozatem na dychawicę oskrzelową, uważa się za „zboczonego impotentą”. Do 23-go roku życia stosunków płciowych nie miał; zmazy nocne począwszy od 15-go roku życia, szczególnie częste od chwili zjawienia się napadów astmatycznych; masturbacji jakoby nie uprawiał zupełnie. Popęd płciowy dość wybitny. Podniecenie płciowe przez długi czas (do 21 — 22 roku życia) objawiało się bardzo przykro przez chorego odczuwanym przyspieszeniem akcji serca, n a w a ł a m i k r w i d o g ł o w y, o b f i t e m p o c e n i e m i ś l i n i e n i e m s i ę, po którym czasami zjawiały się m d ł o ś c i. Według słów chorego był to jeden z powodów, że unikał zbliżenia się do kobiet. Przed 10-u laty ożenił się; w noc poślubną wytrysk przedwczesny w takim stopniu, że uniemożliwił deflorację; powtarzane w ciągu kilku najbliższych tygodni próby współżycia płciowego z żoną kończyły się stale w ten sam sposób. W tym czasie, ulegając namowom przyjaciół, pacjent bywał zaczął u prostytutki, z którą, jak się okazało, akt spółkowania, jakkolwiek obiektywnie krótki, przebiegał o wiele normalniej, aniżeli z towarzyszką legalną. W ciągu kilku lat takiego trybu życia chory mógł stwierdzić, że naogół akt płciowy trwa u niego tem dłużej, im z mniej dla siebie pożądaną partnerką ma do czynienia; prócz tego, że do opóźnienia się wytrysku przyczynia się

z męczenie fizyczne i wyczerpanie seksualne, t. j. że drugi, a tembardziej trzeci stosunek, wykonany w ciągu jednej nocy, wzgl. kilku godzin, bywa z reguły bardziej udatny, niż pierwszy; wreszcie, że przedwczesność wyraźnie się zmniejsza po użyciu alkoholu. Te swoje właściwości pacjent postanowił zużytkować przy współżyciu z żoną i, istotnie, po czterech latach małżeństwa udało mu się mieć z nią po raz pierwszy stosunek mniej więcej prawidłowy, a to w stanie nietrzeźwym i po dwóch stosunkach z innemi kobietami tegoż samego dnia. Od tego czasu stan poprawił się o tyle, że w takich właśnie warunkach specjalnych, rzadziej w warunkach zwykłych, miewa z żoną stosunki płciowe „zadawalające“. Wystarczy jednak wybitniejsze podniecenie płciowe, tęsknota po dłuższej rozłące i wogóle napływ silniejszych uczuć do żony, aby wystąpił z powrotem wytrysk przyspieszony, nieraz o typie *e. ante portas*. Niezależnie od tego istnieją jakoby okresy wyraźnego wzmoczenia się zaburzeń płciowych, występujące zazwyczaj przed napadami dyshawicy.

4. J. Z. 28-letni oficer o popędzie płciowym dość wybitnym, który obudził się koło 13-go roku życia. Zmazy nocne od 16-go roku życia, przez pewien czas bardzo częste. Onanizm, jakoby umiarkowany, od 17 — 18 roku. Przed dziewięciu laty pierwszy stosunek płciowy; akt spółkowania bardzo skrócony, po którym niemal zaraz dokonany był drugi o przebiegu mniej więcej normalnym. Od tego czasu systematyczne i intensywne życie płciowe. Obiektywnie wytrysk zawsze dość szybki, jednak bez uczucia niezadowolenia u pacjenta. Przed 3 -ma laty pacjent ożenił się. Stosunki płciowe z żoną, nie zmieniły typu ani charakteru zaburzeń; do lekarza sprowadza chorego jedynie ta okoliczność, że p o w s z e l k i e j p r z y m u s o w e j a b s t y n e n c j i (choroba pacjenta lub żony, wyjazdy i t. p.) z j a w i a s i ę e. p., czasami ograniczająca się jedynie do pierwszego spółkowania, czasami jednak występująca w ciągu kilku lub kilkunastu dni.

We wszystkich powyżej opisanych przypadkach mamy do czynienia z rozwiniętym zespołem wytrysku przedwczesnego; przyczem w 1-ym i 3-im *e. pr.* przejawia się już przy pierwszym w życiu stosunku płciowym, potem zaś ulega raczej pewnemu wyrównaniu, w 2-im zaś przypadku zjawia się w patologicznej postaci dopiero po dłuższem życiu seksualnem. Przypadek 3-ci jest pozatem typowym przykładem t. zw. niemocy małżeńskiej — zaburzeń, które występują przedewszystkiem (lub jedynie) w warunkach legalnego współżycia, i w tym sensie jest on przeciwny przypadkowi 1, w którym *e. p.* traci na sile właśnie w stosunku do stałej partnerki. Wreszcie, przypadek 4 jest odrębnym nieco typem wytrysku przyśpieszającego się sporadycznie, co jednak u osobników neuropatycznych przejawia często tendencję do ustalania się i wywoływania rozmaitych innych psychorodnych zaburzeń płciowych.

III.

Jeżeli chodzi o korelację przedwczesnego wytrysku z zaburzeniami innych składników aktu płciowego, to możemy tu mieć do czynienia:

1. w stosunku do podniecenia przedkopulacyjnego: a) podniecenie i porciąg mogą być zbyt intensywne, co spotyka się w pewnych przypadkach, szczególnie po długotrwałych abstynencjach, w *ejaculatio praecox* sporadycznej, wykazującej wówczas zazwyczaj charakter przyspieszonej głównie „objektywnie”; b) podniecenie może być normalne; c) podniecenie może być wyraźnie osłabione, co zdarza się nie-

mał z reguły przy stałych i długotrwałych zaburzeniach wytryskowych, a w takich przypadkach chorobowych nierzadko też daje się stwierdzić, że, im podniecenie jest silniejsze, tem stopień przedwczesności wytrysku mniejszy (jak np. w przyp. 3).

2. W stosunku do erekcji: a) wzwód bywa prawidłowy lub b) niedostateczny, a wtedy ma charakter anerekcji „względnej”, t. zn., że zasadniczo zdolność prawidłowego wzwodu jest zachowana, a niedostateczność erekcji lub brak jej występuje głównie w obliczu konieczności odbycia aktu spółkowania; u takich chorych zdarza się więc często, że wytrysk następuje z członka zupełnie wiotkiego.

3. W stosunku do o r g a z m u; orgazm jest a) zazwyczaj wyraźnie osłabiony, szczególnie w tych przypadkach, którym towarzyszy osłabione podniecenie przedkopulacyjne i zahamowana erekcja; b) w niektórych przypadkach bywa on jednak prawidłowy lub nawet, c) jeżeli o psychiczne składowe orgazmu chodzi, przesadnie odczuwany.

Pozatem *e. p.* występuje często współzależnie z szeregiem innych zjawisk chorobowych, z pośród których, nie rozróżniając chwilowo przyczyn, powikłań, skutków i zjawisk konstelacyjnych, wymienić należy:

w dziedzinie płciowej: pod względem czynnościowym, prócz wyżej wymienionych, również jeszcze wzmogłą wydzielniczość gruczołów cewkowych (t. zw. *Urethrorrhoe ex libidine*); pod względem organicznym — przerost i przekrwienie wzgórka nasiennego; w wywiadach, wreszcie, odnajdziemy często długotrwały onanizm, późny początek normalnego życia płciowego lub dłużej trwające okresy abstynencji płciowej;

w innych dziedzinach: zaburzenia równowagi lub chwiejność układu wegetatywnego, tu i owdzie przejawiające się swoiście w jakimś narządzie, czy to pod postacią np. nerwicy serca, żołądka, pęcherza, dychawicy oskrzelowej, zaparcia nawykowego i t. p., czy też jako osłabienie wszystkich zwieraczy lub wzmożoną ich pobudliwość; stany neurasteniczne i lękowe; nieraz zespół adissonowski w bardziej lub mniej dyskretnej postaci.

IV.

Aby zrozumieć należyćie patogenezę ogólnego zjawiska — „przedwczesności” wytrysku, jak i mechanizm rozmaitych jego postaci, przypomnieć sobie trzeba szczegóły fizjologii aparatu wytryskowego.

Otóż wytrysk składa się z dwóch zasadniczych oddzielnych mechanizmów innerwacyjnych. Pierwszy z nich polega na wydaleniu wydzielin płciowych (pod tą nazwą rozumieć należy produkty wydzielania zewnętrznego zarówno gruczołu płciowego, jak i dróg płciowych), głównie zaś zawartości pęcherzyków nasiennych i kanalików stercza, — do tylnej części cewki moczowej. Dokonane to zostaje pod wpływem intensywnych skurczów muskulatury gładkiej głębszych dróg płciowych, skurczów, które są w stanie przemóc opór ścianek oraz znaczną lepkość przesuwającej się w stosunkowo wąskich przewodach wydzieliny; nie jest wyłączone, że w akcie tym bierze czynny udział również i część mięśniówki gładkiej tylnej części cewki, powodując rozluźnienie się jej ścian, a, co za tem idzie, wytwarzanie tam „aspirującej” próżni.

Drugi, następujący po tym akt innerwacyjny polega na skurczu masy mięśniowej mieszanej, gładkiej i prążkowanej, otaczającej cewkę, który gromadzącą się tam wysięk pierwowzrostu aktu innerwacyjnego ciecz nasienną wyrzuca z cewki na zewnątrz.

Każdy z wymienionych aktów innerwacyjnych zależy jest od oddzielnego ośrodka ruchowego w rdzeniu; przyczem, jak wynika z odpowiednich badań (L. R. Müller, De-Lisi, Boenheim), ośrodek, zarządzający opróżnianiem zbiorników nasennych i gruczołu krokowego oraz przesuwaniem cieczy nasiennej wzdłuż kanalików, mieści się prawdopodobnie w rdzeniu lędźwiowym, nieco poniżej t. zw. górnego rdzeniowego ośrodka wzwodowego. Natomiast ośrodek, zawiadujący drugą częścią aktu wytryskowego — opróżnianiem cewki moczowej nazewną — znajdować się ma w rdzeniu krzyżowym, mniej więcej na wysokości S₂, czyli nieco wyżej od dolnego rdzeniowego ośrodka dla wzvodu.

Oba tu opisane akty innerwacyjne, stanowiące w zasadzie *) o całokształcie wytrysku, zaliczane są do zjawisk odruchowych. Co wywołuje tedy jeden i drugi z tych odruchów?

Bodźcami pierwszego z nich są pobudzenia czuciowe obwodowe, odbierane przez powłoki prącia przy ruchach frykcyjnych; wiemy skądinąd, że te same bodźce stanowią również moment wywołujący w sposób najbardziej swoisty erekcję odruchową, jak również, że w trakcie aktu spółkowania służą do podtrzymywania już istniejącej erekcji psychorodnej. Te same bodźce są wreszcie nieodzowne dla zjawienia się zespołu zjawisk orgazmu cielesnego. Istnieją tu jednak pewne różnice natury ilościowej. A mianowicie: aby doprowadzić do odruchu wytryskowego lub do orgazmu bodźce te działać muszą w zasadzie o wiele dłużej, aniżeli dla wywołania wzvodu odruchowego. Tłumaczymy to w ten sposób, że owe bodźce czuciowe z obwodu działają przede wszystkim na ośrodek erekcji (t. zw. „krzyżowy” ośrodek erekcji), a potem dopiero ulegają tam zsumowaniu, skumulowaniu. Kumulowanie to posiada określone granice: w pewnej chwili zsumowany bodziec toruje sobie nową drogę do innych części układu nerwowego ośrodkowego, wywołuje w nich określone efekty, przejawiające się w postaci

*) Dokładniejsza analiza fizjologiczna rozróżnia jeszcze zmiany nerwowe w aparacie wytryskowym, powstające wskutek wcześniej działających bodźców psychologicznych, zmiany niejako „przygotowawcze”.

zjawisk ruchowych na obwodzie, i w ten sposób zostaje „wyładowany”. Możemy więc tu rozróżnić dwa układy — układ akumulujący i układ, w którym następuje wyładowanie; do tego drugiego układu zaliczyć należy m. in. i górny ośrodek wytryskowy (p. wyżej).

Ramię wstępujące pierwszego, wzgl. pierwotnego odruchu wytryskowego składałoby się tedy z kilku oddzielnych anatomo-fizjologicznie części, prawdopodobnie nawet kilku neuronów, bo przede wszystkim z drogi czuciowej wstępującej wzvodu odruchowego, dalej — z ośrodka krzyżowego erekcji, wzgl. układu kumulującego odpowiednie bodźce czuciowe (jako pewnej większej całości), wreszcie z dróg nerwowych krótkich, wewnątrzrdzeniowych, pomiędzy tym układem a ośrodkiem lędźwiowym dla wytrysku. Ramię zstępujące tego mechanizmu odruchowego jest, jak się zdaje, niepodzielne i przewodzi pobudzenie nerwowe z ośrodka do zakończeń neuro-muskularnych mięśniówki gładkiej głębszych dróg płciowych.

Drugi odruchowy akt innerwacji powstaje pod wpływem bodźców, wynikających z ucisku na ściany tylnej części cewki wydalonej tu przed chwilą nasienia *). Ramieniem wstępującym tego odruchu są drogi czuciowe (wegetatywne), biegnące od cewki do rdzenia, m. in. do dolnego ośrodka wytryskowego w rdzeniu krzyżowym, który to ośrodek, jak się zdaje, działać ma niezależnie od innych ośrodków płciowych, wywołując efekt ruchowy w postaci skurczu mięśniówki cewkowej, rozluźnionej w poprzedniej fazie i rozpychanej przez ciecz nasenną.

W sumie — wytrysk prawidłowy polega na naprzemiennym występowaniu obu powyższych odruchów, z których drugi jest zazwyczaj niejako nieuniknionym następstwem pierwszego.

Jest to więc mechanizm nerwowy bardzo złożony, wymagający znacznej koherencji rozmaitych zjawisk natury nerwowej, przejawiających się w różnych aparatach nerwowo-mięśniowych, i sprzężony czynnościowo i anatomicznie zarówno z poprzedzającym go zjawiskiem wzvodu, jak i ze współistniejącym zjawiskiem orgazmu.

(Dok. nast.).

*) Ściany te są jednak już odpowiednio „pobudzone” przez zjawiska nerwowe uprzednie.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego
(Dyrektor: Prof. M. Michałowicz).

W sprawie patogenetycznego ciężkiego schorzenia o charakterystycznych objawach jelitowych i usznych.
(Doniesienie pierwsze).

Fodali

H. BROKMAN i St. GLEICHGEWICHTOWA (Warszawa).

Wszelkie zakażenia, powstające w ustroju niemowlęcym, tem różnią się od podobnych schorzeń dzieci starszych oraz ludzi dorosłych, iż wpływają one częściej na czynność całego szeregu narządów. W rzędzie tych zjawisk na pierwszym planie pod względem częstości występowania należy postawić upośledzenie czynności układu trawiennego. Zapalenie ucha środkowego, poza swoim znaczeniem samodzielnym, zawsze u pedjatrów posiadało znaczenie czynnika powodującego t. zw. parenteralne zaburzenia w odżywianiu. Jed-

nakże do niedawna zapalenie ucha środkowego nie odgrywało jakiegokolwiek specjalnie uprzywilejowanej roli w tym zakresie, a nawet niektórzy pedjatrzy (F e e r) byli zdania, iż inne zakażenia częściej wpływają wtórnie na czynność przewodu pokarmowego, aniżeli zapalenie ucha środkowego. Dopiero pod wpływem prac amerykańskich (M a r i o t t) przypomniano sobie już dane z literatury dawniejszej (W r e d e n, R e n a u d, G ö p p e r t, H a r t m a n n, K i s h i), gdzie podkreślano związek pomiędzy schorzeniami ucha a przewodem pokarmowym.

Te spostrzeżenia autorów zagranicznych były bodźcem dla dokładniejszej analizy pod tym względem naszego materiału klinicznego. Zadanie, któreśmy sobie z początku postawili, było nader skromne, a sprowadzało się do skontrolowania spostrzeżeń wyżej wymienionych autorów. Zwróciliśmy uwagę początkowo na te przypadki, które trudno było umieścić w ściśle określ-

lonym zespole klinicznym, a w szczególności te z nich, w których objawy ze strony przewodu pokarmowego układały się w ramki 2-ch najcięższych postaci schorzeń tego narządu w wieku niemowlęcym. Były to przypadki, w których nie mogliśmy jednak rozpoznać zatrucia pokarmowego, a również objawy jelitowe nie odpowiadały obrazowi zwykłego nieżytu jelita grubego. Były to schorzenia ciężkie o charakterze posocznic niewiadomego pochodzenia. Analiza kliniczna, względnie badanie pośmiertne ustaliło w 3-ch przypadkach zapalenie ucha środkowego.

P r z y p a d e k 1. Pawl... Jerzy, 1 mies. (N. karty 6080), donoszone, urodzone siłami natury, karmione przez matkę kilka dni, następnie przez mamkę (matka leczy się w szpitalu z powodu sprawy poporodowej?). Przybyło do kliniki 19.5.1931 z powodu wymiotów oraz wolnych stolców, wodnistych, ze śluzem, co trwa od 3-ch dni; ciepłota niemierzona. Stan dziecka w dniu przybycia dość dobry, dziecko niezamroczone, ciepłota 38,4° — 38,8°, tętno miarowe 130 na min., oddechów 39 na min. dość głębokich. Waga 3.300 przy należnej 4.000. Płuca: granice i oddech prawidłowe. Serce: prawa granica na prawym brzegu mostka, lewa nieco nazewnątrz od linii sutkowej lewej, górna na 3 żebrze; tony czyste. Stwierdza się nieznaczną bolesność uciskową prawego ucha. Otjatra stwierdza zmętnienie błon i zanik refleksów, nie widzi jednak wskazania do zabiegu. Dziecko dużo śpi, pije niechętnie, wymiotuje po każdym karmieniu, stan jego z dnia na dzień się pogarsza: gorączka, wymioty i rozwolnienie wzmagają się, zjawia się narastające wysuszenie, skóra przybiera barwę ziemistą i ztraca sprężystość; zjawia się bolesność i wzdęcie brzucha. Odczyn dwuazowy w moczu dodatni. Badanie morfologiczne krwi wskazuje na toczącą się sprawę ropną o niewiadomem umiejscowieniu (50.000 białych ciałek z przewagą obojętnochłonnych). Otjatra wykonywa diagnostyczne nakłucie obu bębenków, ropy nie otrzymuje. Rozpoznajemy posocznicę nieznanego pochodzenia (uszy?). Stan dziecka jest coraz gorszy: cierpienie oraz wysuszenie nadają mu wygląd starczy, wymioty są bardzo męczące barwy zielonkawej; dziecko niespokojne, dużo krzyczy; brzuch bolesny, wzdęty, sinica powłok brzusznych. Dziecko zmarło po 10 dniach.

Badanie pośmiertne wykazało: *Pericarditis fibrinoso - purulenta. Otitis media purulenta bilateralis. Steatosis focalis hepatis. Offuscatio parenchymatosa renum. Tumor lienis subacutus. Catarrhus mucosus tractus digestivi. Anaemia omnium organorum. Inanitio.*

P r z y p a d e k 2. Niedźw.... Janina, 7,5 mies. (Nr. karty 6234). Dziecko donoszone, urodzone siłami natury. Przez pierwsze 3 mies. dokarmiane w połowie, następnie żywione sztucznie, nieregularnie, wyłącznie mlekiem i cukrem, soków ani jarzyn nie otrzymywało, na powietrze mało wynoszone. W 5 mies. życia przeżyło zapalenie płuc. Obecna choroba rozpoczęła się przed 4 tyg., ostro, kilkunastoma stolcami (10 — 15) z domieszką śluzu na dobę oraz gorączką około 38°. W 3 tyg. choroby liczba stolców zmniejszyła się (6 — 8 — 10), natomiast zjawiała się w nich krew (przez 3 dni), oraz wystąpiły wymioty po jedzeniu (3 — 4 razy dziennie) i kaszel. Przez cały czas trwania choroby dziecko jest na dje cie głodowej (300 gr. kleju na dobę i herbata). Skierowane do kliniki z rozpoznaniem zapalenia płuc i opon mózgowych. Stan dziecka w dniu przybycia do kliniki (6.6.1931) ciężki, dziecko apatyczne, sennie, jakby odurzone; stwierdza się wyniszczenie (waga 5.050, przy należnej 7.800); skóra blada, obrzękła. Odgłos wypukowy poniżej grzebienia lewej łopatki skrócony; w temże miejscu oddech chuchający, po kaszlu rżenia drobnobąkowe. Prawa granica serca na prawym brzegu mostka, tony serca głuchawe. W zakresie układu ner-

wowego: sztywność karku i drżenie rączek. Uszy niebolesne. Po stwierdzeniu normalnego płynu mózgowo - rdzeniowego upada przypuszczenie zajęcia opon mózgowych, natomiast nasuwa się przypuszczenie zajęcia ucha. Krótkotrwałość obserwacji klinicznej (śmierć po 2-ch dniach) nie pozwoliła na dostateczne wyjaśnienie sprawy. Badanie pośmiertne potwierdziło nasze przypuszczenie odnośnie sprawy usznej, a mianowicie wykazało ono: *Colitis follicularis ulcerosa. Steatosis permagna hepatis. Otitis media purulenta dextra.*

P r z y p a d e k 3. Wróbn... Jan, 1 rok, 6 mies. (Nr. karty 6413). Dziecko dotychczas zdrowe, żywione sztucznie od 1 mies. życia, naogół prawidłowo, wynoszone na powietrze, zapada na chorobę gorączkową, objawiającą się kaszlem, „tchnięciem“, oraz biegunką. Po 3-ch tyg. choroby, dnia 18.1.1932 r., zgłasza się do kliniki w stanie ciężkim, a mianowicie: objawy wysuszenia (jaskrawa czerwień warg, wysychające spojówki), znaczne upośledzenie odżywiania (waga 7.400 przy należnej 11.450), skóra wiotka, obrzęki na tułowiu i kończynach dolnych; apatja, głęboki, szybki (68 na min.) niemiarowy oddech oraz przyspieszenie tętna (132 na min.) przy cieplocie 36; objawy ogniskowego zajęcia mięszu płucnego, sztywność karku, drżenie rączek (uszy niebolesne). Dziecko układa się w pozycji na boku z podkurczonymi kończynami dolnymi. Odczyn P i q u e t a dodatni. R o e n t g e n wykazał zwiększenie cienia wnęki, zwłaszcza prawej. Objawy oponowe oraz dodatni odczyn P i r q u e t a nasuwają myśl o gruźliczym zapaleniu opon, jednak ujemny wynik badania płynu mózgo-rdzen. (odczyny P a n d y e g o i N o n n e - A p p e l t a ujemne, 2 ciałka w mm., refraktrometr = 1.3350) obala to przypuszczenie; również koncepcja zakażenia durowego odpada wobec ujemnych odczynów zlepných. Badanie otoskopowe, wykonane celem uzupełnienia badania klinicznego, wykrywa obustronne zapalenie ucha środkowego z ropieniem po stronie lewej. Paracenteza obustronna stanu nie poprawia. Dziecko zmarło po 6-ciu dniach pobytu w klinice. Badanie pośmiertne potwierdziło kliniczne rozpoznanie zapalenia płuc i uszu oraz nieżytu jelita grubego, ponadto wykryło przejście sprawy zapalnej ucha na zatoki żyłne. (*Thrombi obturatorii sinus sagittalis super. Thrombi obturatorii prolongati venarum convexitatis cerebri praecipue hemisphaerae sin. Bronchopneumonia bilateralis paravertebralis infer. Caseificatio inveterata glandul. hili pulmonis dextri et recens paratrachealis dex. Steatosis degenerativa hepatis. Enterocolitis mucosa chronica. Offuscatio parenchymatosa cordis et renum. Otitis media purulenta bilateralis*).

Pierwsze 2 z powyżej podanych przypadków spostrzegaliśmy w okresie letnim, 3-ci w zimowym. Jak zaznaczono wyżej, wówczas jeszcze nie sądziliśmy, że zespół kliniczny zaburzeń przewodu pokarmowego przy współzrędnym istnieniem zapaleniu ucha środkowego odpowiada określonej jednostce chorobowej; przypuszczaliśmy, iż mamy do czynienia z objawami parenteralnymi, spowodowanymi wpływem toksycznym, wywieranym przez schorzenie ucha środkowego. Jednakże niektóre z naszych przypadków, a głównie przypadki, spostrzegane w lecie (musimy mimochodem zaznaczyć, że w r. 1931 materiał z oddziału niemowlęcego był nam dostępny zaledwie do 15 lipca), wykazywały duże podobieństwo do zespołu klinicznego, który już od szeregu lat zwracał naszą uwagę, a który u nas w potocznym języku klinicznym był określany jako „colitis toxica“. (p. Mich a ł o w i c z i W i s z n i e w s k i, Monografie i wykłady kliniczne z dziedziny pedjatrii). Corocznie, poczynając od czerwca aż do października, postrzegamy epidemię tego rodzaju schorzenia przy największym jej nasileniu w miesiącach sierpniu i wrześniu. Chodzi tutaj

o niemowlęta, względnie dzieci do 2 roku życia, rzadziej starsze, rekrutujące się przeważnie, choć nie wyłącznie, ze znajdujących się w nieszczególnych warunkach higienicznych, przeważnie karmione sztucznie, choć są między niemi karmione piersią. Niektóre z nich cierpiały na zaburzenia w odżywianiu, i w okresie powstania choroby stan ich ogólny był upośledzony. Większość stanowią dzieci zdrowe, nieraz kwitnące. W niektórych przypadkach choroba rozwija się powoli, nieraz przyjmuje od razu charakter burzliwy. Występuje biegunka z mniejszą lub większą domieszką śluzu, rzadziej krwi, przy kilku do kilkunastu stolcach dziennie; ciepłota podniesiona, stan ogólny, jakśmy powiedzieli, z początku jest nieraz zadawalający, a pogorszenie występuje po 1 — 2-tych tygodniach. Nieraz od razu rozwija się typowy obraz kliniczny, którego głównymi objawami są: apatia, senność, zamroczenie bez całkowitej utraty przytomności, wymioty przy zachowaniu łaknienia, wysuszenie z utratą elastyczności skóry, obrzęki. W przypadku całkowicie rozwiniętego obrazu klinicznego rzadko kiedy następuje poprawa, najczęściej zejście śmiertelne.

Przypadki tego typu, których corocznie przez naszą klinikę przewijało się koło setki, a niewiele mniej, niestety, mieliśmy corocznie spostrzeżeń sekcyjnych, określaliśmy mianem „*colitis toxica*”, a to ze względu na obecność pewnych objawów klinicznych ze strony przewodu pokarmowego. Nasilenie jednakże tych ostatnich było w większości przypadków stosunkowo niewielkie, przyczem częstokroć brak było odpowiednika anatomopatologicznego. Dlatego też określanie mianem *colitis*, względnie *enterocolitis* powyższego obrazu chorobowego bynajmniej nas nie zadawalało, i szukaliśmy nowych dróg, któreby pozwoliły nam ustalić patogenezę oraz etiologię tej jednolitej pod względem klinicznym jednostki chorobowej. W roku 1927, wraz z K o l a g o przystąpiliśmy do wykonywania posiewów ze krwi. Omówienie ówczesnych wyników, które ogłoszone zostały w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim, nastąpi wkrótce w związku z następnym doniesieniem (wraz z B u s s l e m i G u m i ń s k i m). Zaznamy tutaj jednak, iż w 50% przypadków wykrywaliśmy we krwi laseczki z grupy *colityvhus*. Było to jednakże cecha wyłączną epidemię z r. 1927; w następnych 3-ach latach posiewy, acz nie tak systematycznie wykonywane, wypadły jałowo. Jak wspomnieliśmy już wyżej, pewne podobieństwo pomiędzy opisanymi wyżej przypadkami a zespołem „*colitis toxica*” upoważniło nas do zanalizowania tego zespołu chorobowego z punktu widzenia obecności w nim schorzenia ucha środkowego. Spostrzeżenia nasze, idące w tym kierunku, w niniejszej publikacji zostały dopiero zapoczątkowane. Dotyczą one 3-ich przypadków, które podajemy poniżej:

P r z y p a d e k 4. Staw... Irena, 4 mies. (Nr. karty 6963). Urodzona na czas, prawidłowo. Karmiona sztucznie od początku (mieszanka z wodą, od 3 mies. z klejem pół na pół) dostawała sok owocowy; wynoszona na powietrze. Skierowana w 3. dniu choroby do kliniki (4.8.1932 r.) z powodu wymiotów i gorączki oraz częstych stolców (2—3 na dobę). Stan dziecka w dniu przyjęcia bardzo ciężki, dziecko zamroczone, senne, ciepłota 39°, tętno słabo napięte, 144 na min., oddech szybki; odżywianie upośledzone (waga 5.440, należna 6.900), skóra niesprężysta, fałda powoli się wygładza, bolesność uciskowa ucha lewego. Stan dziecka stale się pogarsza: zamroczenie i wysuszenie wzrastają, ciepłota przekracza 40°, prawe ucho staje się również bolesne. Otjatra (Dr. G u m i ń s k i) stwierdza uwypuklenie prawego bębienka, przekłwa obydwa bębienki i znajduje obustronnie ropę. Dziecko zmarło w dniu

zabiegu, po 7-miu dniach choroby. Rozpoznanie kliniczne: *Colitis toxica*. *Sepsis* (?). *Otitis media bilateralis*. *Observ. q. bronchopneumoniam sin.* — Badanie pośmiertne wykazało: *Colitis fibrinosa*. *Bronchopneumonia paravertebralis infer. bilateralis*. *Steatosis focalis hepatis*. *Offuscatio parenchymatosa myocardi*. *Hyperplasia lymphoglandul. mesenterii*. *Otitis media purulenta bilateralis*.

P r z y p a d e k 5. Kusz... Irena, 1 rok 11,5 mies. (Nr. karty 6957). Urodzona na czas, prawidłowo; karmiona piersią do roku, następnie mlekiem, kleikami i sokami owocowymi; od urodzenia miewa często wolne stolce. Przyjęta do kliniki 2.8.1932 r. w 4 tyg. choroby, przebiegającej z wymiotami i rozwolnieniem (w stolcach żyłki krwi), bez gorączki. Stan w dniu przyjęcia bardzo ciężki: znaczna dystrofia (waga 5,200, należna 10,100), wysuszenie (skóra sucha, niesprężysta, szara), punkcikowate wybroczyny w skórze brzucha. Płuca i serce bez zmian. Uszy na ucisk niebolesne; badania otoskopowego nie przeprowadzono. W moczu 0.3% białka oraz nieliczne skupienia leukocytów. Rozpoznano: *Colitis et dystrophia gravis*. Dziecko zmarło nazajutrz. Badanie pośmiertne wykazało: obustronne zapalenie ucha środkowego. Rozpoznanie sekcyjne brzmi: *Enterocolitis follicularis*. *Otitis media bilateralis*. *Steatosis degenerativa hepatis et renum*. *Hyperplasia follicularis lienis*.

P r z y p a d e k 6. Pawłow... Waldemar Antoni, 4 mies. (Nr. karty 6944). Urodzone na czas, prawidłowo. Karmione piersią przez pierwsze 2 mies., następnie sztucznie z powodu choroby matki (5 razy dziennie po 200 gr. mieszanki). Do kliniki dziecko skierowane przez lekarza żłobka w 3-im dniu choroby, przebiegającej z wymiotami, biegunką i gorączką (39°). Stan ogólny w dniu przyjęcia ciężki, dziecko jakby wystraszone; odżywianie upośledzone (waga 4.100, należna 6.800) (dnia 28.8.1932). Skóra niesprężysta, sinawa, obrzęki stóp; ciepłota 39,6°, tętno słabo wyczuwalne, bardzo częste (nie daje się obliczyć), tony serca głuche, oddech głęboki, 56 na min., wątroba powiększona (na 2 palce z pod łuku). Dziecko zmarło po 2-tych dniach pobytu w klinice. Badanie pośmiertne wykryło ropne zapalenie uszu. Rozpoznanie sekcyjne brzmi: *Colitis follicularis*. *Hyperplasia lymphoglandularum mesenterii et lienis*. *Dilatatio atrii dextri*. *Pseudohaematoma valv. tricuspidalis*. *Otitis media purulenta*.

W każdym z przytoczonych przypadków ropnego zapalenia ucha środkowego potwierdziło się nasze poprzednie nieśmiało przypuszczenie, iż w zespole chorobowym „*colitis toxica*” stan zapalny ucha środkowego stanowi objaw prawie stały, a posiadający duże znaczenie praktyczne. Spostrzeżenia nasze były punktem wyjścia dla badań klinicznych, bakteriologicznych i anatomopatologicznych, przeprowadzonych wraz z B u s s l e m, G u m i ń s k i m i Jadwigą G o l d b e r ż a n k ą w czasie epidemii tegorocznej. Kol. K a r b o w s k i jest w toku badania kości skalistej pod względem anatomopatologicznym, zaś kol. L a s k o w s k a w tym samym kierunku bada resztę narządów, otrzymanych z sekcji. Wyniki, częściowo już podane do wiadomości publicznej w Polskim Towarzystwie Pediatrycznym w dniu 5.X.1932 r. oraz w sekcji klinicznej Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w dniu 12.XI.1932 roku, ogłoszone będą w czasie najbliższym. Potwierdziły one naszą koncepcję, iż między zapaleniem ucha środkowego a zespołem objawów ogólnych oraz ze strony przewodu pokarmowego istnieje nierozdzielna łączność, i że patogeniza oraz etiologia zespołu chorobowego „*colitis toxica*” może być zbudowana jedynie przy uwzględnieniu znaczenia klinicznego oraz wykryciu etiologii ropnego zapalenia ucha środkowego.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala dla dzieci im. Bersonów i Baumanów w Warszawie.

(Kierownik: Dr. M. S a i d m a n).

**Przyczynnik do kazuistyki rzadkich schorzeń prącia.
(*Sarcoma penis* u dziecka).**

Toda:

Stanisław HERCENBERG (Warszawa).

Nowotwory złośliwe prącia u dzieci należą do nader rzadkich, przeto przypadek nasz zasługuje na ogłoszenie.

3-letni K. T. przybył na oddział chirurgiczny szpitala z następującymi wywiadami: od paru tygodni wystąpiły zaburzenia w oddawaniu moczu, polegające na częstym parciu na mocz i bólach przy urywaniu; w ostatnich dniach oddawał mocz b. mało, od dwóch dni bezmocz zupełny. W tymże czasie matka zauważyła wygórowanie w okolicy kroczu i lewej pachwiny. Pozatem samopoczucie dziecka dobre, wychudnięcia nie zauważono.

Przy badaniu stwierdziliśmy: dziecko w dobrym stanie odżywiania, ciepłota prawidłowa, tętno 90 na minutę, w narządach wewnętrznych zmian nie stwierdza się.

Miejscowo: prącie w całej swej długości aż do podstawy znacznie powiększone, żyły na grzbiecie prącia rozszerzone, skóra prącia przesuwalna; prącie jest stale w erekcji, nawet podczas snu dziecka; przy obinacywaniu stwierdza się nacieczenie spoistości twardej, zlewające się z ciałem jamistym cewki moczowej, przechodzące aż na opuszkę cewki; nacieczenie to nie jest ograniczone do samego prącia, przechodzi na otoczenie, wszystkie miękkie części kroczu przeistoczone są w jedną masę. Skóra w obrębie nacieczenia ma barwę prawidłową, jest niebolesna, przesuwalna. Moszna uniesiona przez guz ku górze, jest niezmieniona, jądra w mosznie dobrze wyczuwalne, normalnie rozwinięte. W lewej pachwinie twarde i niebolesne obrzmienie gruczołów.



Rys. 1.

Ponad spojeniem łonowym nadmiernie wypełniony pęcherz moczowy, sięgający na 2 palce poniżej pępka.

Wprowadzony do cewki zgłębnik N e l a t o n a natrafił na słaby opór w części opuszkowej cewki, przeszedł jednak bez większego trudu do pęcherza, poczem wydobyto około 500 cm.³ moczu, którego badanie, zresztą, zmian nie wykazało.

Mieliśmy więc w tym przypadku do czynienia z guzem prącia, który powstał w krótkim czasie u zupełnie dotąd zdrowego dziecka, rozrastał się szybko, naciekając tkanki otaczające.

Ze względu na prawidłową ciepłotę, brak bolesności, charakter guza i twarde, niebolesne obrzmienie gruczołów wy-

łączyliśmy sprawę zapalną i rozpoznaliśmy nowotwór złośliwy, wychodzący z ciała jamistego cewki.

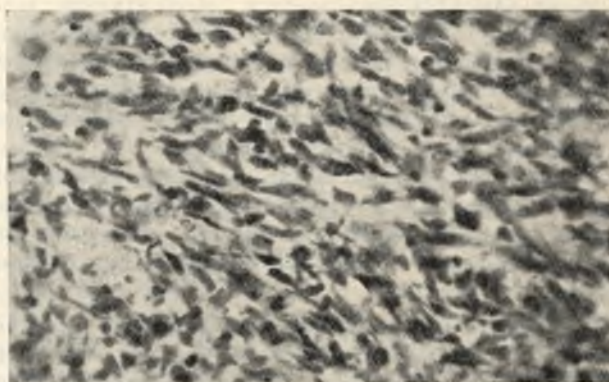
Badanie drobnowidzowe (Dr. P ł o Ń s k i e r) usuniętych z lewej pachwiny gruczołów powiększonych potwierdziło nasze rozpoznanie.

„Guz składa się z bardzo gęsto obok siebie leżących komórek nowotworowych, przeważnie dużych, wrzecionowatych, o dużych podłużnych pałeczkowatych jądrach i o bardzo skąpej zarodki, tworzącej wypustki, łączące się między sobą w różnych kierunkach; figury podziału są b. liczne, często nietypowe. Komórki nowotworowe przy zachowanym naogół opisanym typie są różnokształtne i chaotycznie ułożone. Podścielisko jest skąpe i składa się z tkanki włókninowej, niewyraźnie odgraniczonej od komórek nowotworowych; gdzieś jest ono obfitsze i mocno obrzęknięte. Nowotwór jest naogół dobrze unaczyniony, szczególnie na obwodzie. W jednym miejscu blisko obwodu widać dość duże skupienie o charakterze tkanki limfoidalnej, pozatem nigdzie śladów utkania gruczołu chłonnego nie stwierdzono. Rozpoznanie: *Sarcoma fusoceliularis*“.



Rys. 2.

W dostępnym nam piśmiennictwie znaleźliśmy zaledwie 1 przypadek raka prącia u 2-letniego dziecka, opisany przez C r e i t e g o z kliniki Brauna, natomiast mięsaka tego narządu u dziecka wogóle dotychczas nie ogłoszono.



Rys. 3.

W postępowaniu leczniczym mieliśmy 2 drogi do wyboru: drogę operacyjną lub leczenie energią promieniotwórczą. Ze względu na charakter nowotworu prącia, obrzmienie wtórne gruczołów pachwinowych, ze względu na to, że nowotwór przeszedł na tkanki otaczające, — widoki doszczętnego usunięcia guza były znikome, przeto zrezygnowaliśmy z zabiegu operacyjnego i poddaliśmy dziecko leczeniu prom. R o e n t-

g e n a. Po zastosowaniu tej terapii nastąpiła znaczna poprawa, ustąpiły zaburzenia w oddawaniu moczu, jak również wzrósł prącia. Guz zmniejszył się do połowy, stał się nieco ruchomy. Dziecko opuściło szpital ze znaczną poprawą, przy czym poleciliśmy rodzinie zgłosić się z dzieckiem po 2-tych tygodniach dla dalszego leczenia R o e n t g e n e m. Dziecko zgłosiło się jednak dopiero po 7-miu tygodniach.

Stwierdziliśmy wówczas wyraźne pogorszenie. Guz powiększył się do rozmiarów, przekraczających jego wielkość pierwotną, dał przerzuty do gruczołów prawej pachwiny w postaci guza wielkości mandarynki. Prześwietlenie klatki piersiowej wykazało liczne przerzuty w obu płucach.

Pomimo zastosowanej energicznej kuracji rentgenowskiej stan nie poprawiał się, guz rósł w oczach, dziecko opuściło szpital b. wyniszczone w stanie ciężkim.

Raki prącia u dorosłych spotykane są stosunkowo często; stanowią one prawie 3% wszystkich raków u mężczyzn.

Raki samej cewki są schorzeniem b. rzadkiem. Według H i l d e b r a n d a opisano dotychczas 20 przypadków *Ca urethrae* u dorosłych. K a u f m a n n podaje 1 przypadek *sarcoma urethrae* u dorosłej kobiety.

Osobną grupę stanowią tu nowotwory złośliwe ciał jamistych. Odróżniamy tu guzy, wychodzące z ciał jamistych cewki i prącia. Mają one charakter bądź mięsaków, wychodzących z podścieliska, jak w przypadku naszym, — lub też śródbłoniaków, wychodzących ze śródbłonników ciał jamistych. Nowotwory te jedni określają jako *endothelioma intravasculara* (H i l d e b r a n d), — inni jak K a u f m a n n, wogóle kwestionują istnienie śródbłoniaków, uważając guzy te za raka.

Dodać należy, że wszyscy autorzy zgodnie podkreślają, że różniczkowanie tych nowotworów pod względem histologicznym jest często rzeczą trudną.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

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

Podał

St. WOLFSTEIN (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 25-26).

O ile zrozumiała jest obecność prątków w powyższych przypadkach, gdzie badanie wykazało zajęcie tkanki płucnej bądź to w postaci ogniska pierwotnego lub przerzutu Simona, bądź to w postaci t. zw. nacieczenia, o tyle trudno zrozumieć i wytłumaczyć sobie obecność prątków w t. zw. gruczlicy gruczołów wnekowych. Opitz, Baumann, Zeylandowie i inni podają cały szereg takich przypadków. Na zasadzie naszych dotychczasowych wiadomości czysta postać t. zw. gruczlicy gruczołów wnekowych należy do postaci t. zw. gruczlicy zamkniętej.

Należy odróżnić tę postać chorobową od t. zw. gruczlicy wnekowej, gdzie ognisko gruczlicze znajduje się nie we wnęce, ale w mięszu płucnym. Przedstawia to jednak dość duże trudności rozpoznawcze rentgenowskie i kliniczne.

Bywają przypadki, gdzie jednocześnie obok siebie znajdujemy gruczlicę gruczołów wnekowych i t. zw. gruczlicę wnekową; można wówczas przyjąć, iż sprawa z gruczołów przeszła na tkankę płucną.

Według Engla, w przypadkach obecności prątków w treści żołądkowej, gdzie na zdjęciu stwierdza się niezbieżnie zwapniałe gruczoły i niezajętą tkankę płucną, należy przyjąć dwie możliwości: albo rentgenolog nam źle interpretuje obraz rentgenowski, czyli to, co nam imituje jako cień gruczołów, należy częściowo do mięszu płucnego, lub też ognisko w płucu jest tak świeże, że pozostaje nieuchwytnie dla promieni rentgenowskich.

Ze taka ewentualność jest możliwa, dowodzi nam przypadek Lignera, który znalazł prątki w treści żołądkowej u dziecka w okresie inkubacyjnym gruczlicy, t. j. w okresie preallergicznym.

Drugi podobny przypadek opisali niedawno Zeylandowie.

W obu tych przypadkach ognisko w płucach napewno istniało, było jednak jeszcze nieuchwytnie dla aparatu rentgenowskiego, a tembardziej dla ucha ludzkiego.

Redeker, na zasadzie przypadku Rubinstein'a, w którym zbadano część tkanki z nacieczeniem odwnękowym i stwierdzono typowe zmiany gruczlicze, jest zdania, iż nie można wykluczyć ewentualności przenikania zarazków z gruczołów do otaczającej tkanki płucnej. Pojedyncze prątki drogą żylną mogą jakoby dostać się do małego krążenia, gdzie naogół są niszczone, nieliczne jednak dzięki zmianom zastoinowym w chorem płucu mogą pozostać i tworzyć ogniska gruczlicze.

Drugą możliwością jest, wg. Redekera, koncepcja przesączalnego zarazka gruczliczego, przechodzącego przez otoczkę do tkanki otaczającej i w sprzyjających warunkach zmieniającego swoje własności zewnętrzne.

Wreszcie trzecią możliwością jest wsteczny prąd limfy.

Naogół, zdaje się, trudno z całą stanowczością twierdzić, iż mamy przed sobą czystą postać t. zw. gruczlicy gruczołów wnekowych. Nigdy nie możemy wykluczyć ewentualności, czy dane gruczoły nie są końcowym ogniwem czynnego jeszcze zespołu pierwotnego. Ognisko pierwotne, aczkolwiek jeszcze obecne i wydzielające prątki, jednak może być nieuchwytnie dla klinicysty i rentgenologa. Otorbienie, zwapnienie pierwotnego ogniska może trwać kilka lat, i dlatego Poulsen i Opitz mają słuszość, twierdząc, iż dzieci po przebytych zespołach pierwotnym mogą prątkować do 2 — 3 lat.

Niektórzy autorzy, jak Opitz, Zeylandowie, znaleźli prątki u dzieci bez objawów jakiegokolwiek gruczliczego schorzenia. Roentgen mógł jedynie stwierdzić wzmożony rysunek wnekowy, t. j. mniej więcej takie zmiany, jakie się widzi często u dzieci z ujemnym odczynem tuberkulinowym.

Wallgren, badając 27 dzieci z *erythema nodosum* w wieku od 7 do 14 lat, znalazł u 12 (44,4%) prątki w treści żołądkowej. Prawie we wszystkich przypadkach rumienia guzowatego, gdzie Roentgen wykazał wzmoczony rysunek wnekowy, stwierdzono obecność prątków w treści żołądkowej. Nie znaleziono natomiast tam, gdzie na zdjęciu były nieznaczne zmiany lub nie było wcale zmian. Niektóre dzieci prątkowały do 6 miesięcy.

Na zasadzie swoich obserwacji Wallgren dochodzi do wniosku, iż każde dziecko chore na *erythema nodosum*, należy poddać badaniu rentgenologicznemu. Jeżeli wynik będzie ujemny, względnie badanie wykaże bardzo niewielkie zmiany w postaci wzmoczonego rysunku wneli, wystarczy izolacja dziecka i pobyt w domu przez 1 miesiąc. Wszystkie inne dzieci muszą być izolowane na pół roku.

Opitz zbadał 6-cioro dzieci z rumieniem guzowatym — 5 dziewczynek i 1 chłopca. U wszystkich 6-cioro dzieci odczyny tuberkulinowe były dodatnie. U 5-cioro znalazł prątki w treści żołądkowej, niezależnie od większych lub mniejszych zmian rentgenowskich. Zgodnie ze swymi spostrzeżeniami jest zdania, iż każde dziecko z *erythema nodosum* musi być izolowane niezależnie od wyniku badania rentgenowskiego. Izolacja powinna trwać tak długo, póki trzykrotna próba biologiczna nie będzie ujemna.

W szeregu przypadków gruźlicy kostnej i gruczołów szyjnych, gdzie Roentgen znalazł nieznaczne zmiany w postaci wzmoczonego rysunku wnekowego, udało się Opitzowi stwierdzić obecność prątków gruźlicy w treści żołądkowej. Praktycznie należy, zdaniem Opitza, takie dzieci uważać za niebezpieczne dla otoczenia, szczególnie jeżeli zmiany te dotyczą dzieci do 4 lat.

Próba biologiczna ma swoje ujemne strony, a mianowicie, z powodu zbyt długotrwałego okresu wyczekiwania stawia lekarza w kłopotliwym położeniu, co znów z kolei odbija się niekorzystnie na ustosunkowaniu się do chorego i otoczenia. W ostatnich czasach czynione były próby skrócenia tego okresu.

Erlich proponował zastrzykiwanie treści żołądkowej bezpośrednio do gruczołu obwodowego i następnie zbadanie go po upływie 11 dni. Opitz w szeregu przypadków badał w ten sposób wycięte gruczoły, wynik jednak był ujemny, mimo iż obdukcja, później dokonana, wykazała zmiany gruźlicze u świnki morskiej.

Wszelkie próby, w tym kierunku poczynione, jak dotychczas, nie dały rezultatu. Hodowanie na pożywce, jak już poprzednio nadmieniono, trwa także dość długo, i wyniki dodatnie są o wiele radsze, niż przy próbie biologicznej.

Należy sobie jeszcze odpowiedzieć na pytanie, czy prątki znalezione w treści żołądkowej, są istotnie wyłącznie pochodzenia płucnego. Teoretycznie wg. Opitza możliwa jest eliminacja prątków z ustroju drogą żółci, tak, jak prątków Ebertha w tyfusie. Praktycznie jednak jest to bez znaczenia. Jedynie przy lokalnym gruźliczym schorzeniu wątroby i dróg żółciowych można wykryć w żołądku obecność prątków gruźlicy, wydanych przez żółć do dwunastnicy.

Należy się zastanowić, czy obecność prątków u dzieci bez wyraźnych zmian w płucach, nie kaszlących i rzekomo zdrowych ma jakieś znaczenie praktyczne. Poglądy na znaczenie tych badań są rozmaite.

Jedni autorzy są zdania, iż jest to zagadnienie czysto teoretyczne, bez większego znaczenia praktycznego. Drugi z Opitzem i Poulsenem na czele przypisują tym badaniom kolosalną wartość praktyczną i uważają je za największą zdobycz w walce z gruźlicą.

Sekcje dzieci, badanych promieniami Roentgena za życia i po śmierci, wykazały niedostateczność metody rentgenowskiej w uchwyceniu bardzo drobnych świeżych i starych ognisk gruźliczych, będących źródłem prątkowania. Nawet nieliczne prątki mogą być źródłem zakażenia i dawać bardzo ciężkie obrazy chorobowe.

Doświadczenia, przeprowadzone na świnkach morskich, niejednokrotnie wykazały obecność ciężkich zmian gruźliczych wskutek zaszczepienia treści żołądkowej z nielicznymi prątkami, pochodzącej od dzieci z dawno napozór wygojonymi zmianami rentgenowskimi i klinicznymi.

Wszystkie powyższe badania, przeprowadzone w ostatnich latach, zmusiły ftizjologów do zrewidowania swego stosunku do otwartej i zamkniętej gruźlicy.

Nad epidemiologicznym znaczeniem tych badań rozwinęła się w literaturze obszerna dyskusja.

Na zjeździe ftizjologów niemieckich w Kissingen programowym referatem była kwestja otwartej i zamkniętej gruźlicy.

W związku z pracami Opitza, Poulsena, Baumann'a i innych wywiązała się żywa dyskusja na temat izolacji chorych z otwartą gruźlicą od chorych z gruźlicą zamkniętą. W związku z tem szeroko omawiana była sprawa zaraźliwości gruźlicy płuc, a w szczególności kwestja stosunku tych rzekomo zdrowych, u których stwierdzono obecność prątków gruźlicy, do otoczenia zupełnie zdrowego.

Bruno Lange w swoim programowym referacie, teoretycznie wprowadzić nie neguje możliwości zakażenia dodatkowego nawet w dobrze prowadzonych sanatorjach, uważa jednak, iż praktycznie jest to bez wielkiego znaczenia. W dobrych warunkach higienicznych i przy uświadomieniu chorego co do zachowania się wobec otoczenia, możliwość ta zostaje zmniejszona do *minimum*. Na zasadzie swoich obserwacji klinicznych na zwierzętach uważa, iż ludzie, którzy nigdy na gruźlicę nie chorowali, mają odporność równą zeru. Tacy ludzie przy zetknięciu się z gruźlicą otwartą najszybciej zachorują, i przebieg choroby u takich osobników jest przeważnie b. ciężki. Ludzie z gruźlicą przebytą, obecnie nieczynną mają nieznaczną odporność, natomiast największą odporność względem zakażenia dodatkowego mają ludzie z gruźlicą czynną.

Odporność w gruźlicy, zdaniem Langego, zależy od odporności indywidualnej, jaką osobnik, eksponowany na gruźlicę, posiada w danej chwili.

Stąd wypływają oczywiście wnioski praktyczne, jak się należy ustosunkować do chorego z gruźlicą otwartą. Ludzie z gruźlicą czynną, jako posiadający największą odporność przeciwko zakaże-

niu dodatkowemu, mogą przebywać razem z chorymi na otwartą gruźlicą o ile, naturalnie, środowisko posiada odpowiednie warunki higieniczne. Jak się dalej przekonamy z danych liczbowych, zarówno zakażenia pierwotne, jak i dodatkowe nasilają się wraz z pogorszeniem się warunków socjalnych.

Natomiast należy izolować bezwzględnie i z całą ostrożnością zdrowych z Pirquetem ujemnym i osobników z gruźlicą nieczynną od chorych prątkujących.

Budowanie oddzielnych pawilonów dla chorych z gruźlicą otwartą i zamkniętą uważa Lange za bezcelowe.

W swoich wywodach Lange idzie tak daleko, iż uważa nawet za niekonieczne izolowanie dzieci już zarażonych, np. z pierwotnym zespołem od źródła zakażenia. W dowód słuszności swego poglądu przytacza argument, iż zwierzęta zakażone wórníe w okresie przedallergicznym mają zawsze dwa zespoły pierwotne, natomiast u dzieci zakażonych, pozostających razem ze źródłem zakażenia, zawsze jeden zespół.

Już Liebermeister w 1913 roku był tego samego zdania, co Lange, kładąc razem gruźlicę otwartą i zamkniętą, i nigdy nie widział zakażenia dodatkowego.

Mniej więcej do tych samych wniosków dochodzi Deist, który na zasadzie swojego materiału sanatoryjnego uważa za bezcelowe izolowanie gruźlicy otwartej od zamkniętej. Wobec tego jednak, iż do sanatorium i na oddziały gruźlicze przysyła się często chorych na t. zw. obserwację, wśród których mogą być ludzie z dawno już wygojoną gruźlicą, należy dla takich chorych wybudować oddzielne pawilony, gdyż mogą paść łatwo ofiarą zakażenia dodatkowego.

Braeuning na zasadzie badań swoich współpracowników stwierdza u chorych powracających z poprawą do mieszkania, w którym jest otwarta gruźlica, pogorszenie w 54—75%, natomiast u powracających do domu, gdzie nie ma otwartej gruźlicy, pogorszenie w 25—32%. Liczby te są w rażącej sprzeczności z poglądami Langego, Deista, Zieglera na możliwość zakażenia dodatkowego.

Zdaniem Braeuninga, dzieci, eksponowane na dalsze zakażenia gruźlicze, wykazują większą śmiertelność od dzieci izolowanych.

Nie podziela Braeuning natomiast krańcowych poglądów Opitza i Poulsena, którzy twierdzą, iż wystarczy obecność pojedynczych prątków, stwierdzana tylko na drodze biologicznej, by wywołać u osobnika eksponowanego zakażenie. Wyniki doświadczeń na zwierzętach nie mogą w całej swej rozciągłości być przeniesione na ludzi. Jeżeli świnka morska ginie z powodu zakażenia jej niewielką ilością laseczników, nie wyłącza to jeszcze możliwości nieszkodliwienia tej niewielkiej ilości prątków przez ustrój ludzki. Jednakże tam, gdzie Roentgen wykazuje obecność zmian, względnie tam, gdzie stwierdzamy objawy nieżytowe i kaszel, należy się liczyć z możliwością zakażenia i takie dzieci izolować mimo braku prątków w preparacie bezpośrednim. Na te ostatnie 2 objawy (zmiany nieżytowe, kaszel) Braeuning

klądzie wielki nacisk, twierdząc, że tam, gdzie nie ma objawów nieżytowych i kaszlu, nie ma obawy zakażenia.

Z ostatnim poglądem Braeuninga nie zgadza się Opitz, wychodząc z założenia, już powyżej wspomnianego, że obecność prątków w treści żołądkowej musi być spowodowana kaszlem. Fakt, że się o tej lub innej porze nie słyszy kaszlu dziecka, nie świadczy jeszcze, że ono go istotnie nie ma.

Zdaniem Opitza dzieci do 3 lat z dodatnimi odczynami tuberkulinowymi muszą być izolowane mimo chwilowego braku prątków. Należy przyjąć, iż zakażenie jest w tych przypadkach stosunkowo świeże, i że możliwość zakażenia jest wielce prawdopodobna. Dopiero trzykrotny ujemny wynik próby biologicznej jest miarodajny, by uznać takie dziecko za nieszkodliwe dla otoczenia.

Wallgren natomiast stara się ustalić okres, w którym dziecko uległo zakażeniu. Jeżeli przeszło rok, i brak jest zmian klinicznych, należy wówczas dziecko praktycznie uważać za wyleczone.

Zgodnie z Braeuningiem jest on zdania, iż tam, gdzie nie ma kaszlu, nie ma obawy zakażenia. Same dodatnie odczyny tuberkulinowe w wieku 2—3 lat, jak chcą Poulsen i Opitz, nie są jeszcze powodem do izolacji.

Dzieci z gruźlicą gruczołów wnąkowych i z t. zw. epituberkulozą mogą zarażać, zdaniem Wallgrena, około $\frac{1}{2}$ roku i na ten czas powinny być usunięte ze szkoły.

Mniej więcej tego samego zdania jest także Kayser-Petersen, który uważa, iż niemowlęta z Pirquetem dodatnim, bez względu na obecność prątków, muszą być izolowane, gdyż należy tu się liczyć ze świeżym zakażeniem. U dzieci 2—3 letnich należy w miarę możliwości ustalić, kiedy uprzednio ujemny Pirquet stał się dodatni i zależnie od czasu, jaki upłynął od początku zakażenia, izolować lub nie.

Jeżeli zakażenie nastąpiło przed $1\frac{1}{2}$ —2 laty, wówczas izolacja jest zbędna. Rozumie się, o ile przy braku jakichkolwiek zmian klinicznych nawet po upływie tego czasu, nie stwierdzi się obecności prątków w treści żołądkowej.

Redeker nie zgadza się z twierdzeniem Langego, iż dziecko zakażone gruźlicą, jest do chwili cofnięcia się objawów chorobowych odporne na zakażenie dodatkowe i tem samem nie musi być usunięte z otoczenia źródła zakażenia. Redeker, jak zresztą i wielu innych autorów, twierdzi, iż szanse wygojenia gruźlicy u niemowlęcia wzrastają niepomíernie wraz z usunięciem go z otoczenia źródła zakażenia. Mimo, że umieszczanie w szpitalach nie jest szczególnie korzystne dla niemowląt, jednakże szybko się one poprawiają i w tych warunkach.

Jako lekarz poradni przeciwgruźliczej Redeker częściej widywał wysiewy gruźlicy gruczołów wnąkowych u dzieci wystawionych na zakażenie dodatkowe.

Naturalnie, iż nie każde dziecko, znajdujące się w środowisku gruźlicy otwartej, musi ulec zakażeniu. Istnieje cały szereg czynników zarówno u dziecka, eksponowanego na gruźlicę, jak i w

otoczeniu, które dla epidemiologii gruźlicy posiadają znaczenie pierwszorzędne.

Scherman, badając 76 dzieci z rodzin z gruźlicą otwartą, stwierdził w 35 przypadkach (46%) dodatnie odczyny tuberkulinowe. Zdaniem jego, przejściowe źródło infekcji i skąpa ilość prątków nie są wystarczające do wywołania zakażenia gruźliczego.

Przypadki, przez siebie obserwowane, dzieli na 3 grupy:

Do grupy I zalicza dzieci, które krótko były w środowisku gruźlicy otw., do II grupy, które do $\frac{1}{2}$ swego życia były w środowisku gruźlicy otw., do III grupy, które były w trwałym kontakcie z gruźlicą otw.

Z	10	dzieci	grupy	I.	zachorowało	2	—	20%
	21	"	"	II.	"	5	—	24%
	44	"	"	III.	"	27	—	61%

Stąd zrozumiały wniosek, iż długotrwały kontakt dziecka z osobnikiem gruźliczym daje największy odsetek zachorowań.

Pod względem warunków higienicznych dzieli swój materiał na 4 grupy: I. — pierwszorzędne warunki higieniczne, II. dobre warunki higieniczne, III. średnie i IV. niedostateczne.

Z	12	dzieci	I. grupy	1 chore dziecko	8%
	9	"	II.	2 "	22%
	12	"	III.	3 "	25%
	42	"	IV.	26 "	62%

A więc przy wyciąganiu ostatecznych wniosków co do zaraźliwości gruźlicy należy oprócz odporności indywidualnej osobnika, eksponowanego na gruźlicę, uwzględnić długość kontaktu i warunki higieniczne. Ze jednak nie zawsze tak jest, świadczy przypadek Köfflera, w którym dziecko uległo zakażeniu gruźliczemu w ciągu kilkugodzinnego kontaktu z innym dzieckiem z gruźlicą otwartą. Z drugiej strony znane są przypadki, gdzie nawet dłuższy kontakt dziecka chorego prątkującego z szeregiem dzieci zdrowych, nie spowodował zakażenia gruźliczego.

Jako ilustrację powyższego warto przytoczyć kilka przypadków, opisanych przez Priesla z kliniki Hamburgera.

I-szy dotyczy 7 letniego chłopca, który z powodu cukrzycy przez rok pozostawał razem z innymi dziećmi na oddziale cukrzycowym, i u którego później stwierdzono zmiany gruźlicze i prątki w płwocinie. Żadne dziecko, które znajdowało się w kontakcie z chorym, nie uległo zakażeniu gruźliczemu. (Sprawdzone odczyny tuberkulinowe). W 2-gim przypadku 2 letnia dziewczynka z początkowo nierozpoznaną otwartą gruźlicą pozostawała przez 17 dni w jednym pokoju w ścisłym kontakcie z innymi, zdrowymi dziećmi, które również nie uległy zakażeniu.

Wobec tego, że zarówno w jednym, jak i drugim przypadku laseczники gruźlicy wykryto tylko z pomocą próby biologicznej. Priesel jest zdania, iż zakażenie w przypadku otwartej gruźlicy jest wówczas tylko możliwe, jeżeli chory wydziela dużo laseczników.

Wreszcie 3-ci bardzo pouczający przypadek, dotyczy 2 letniego dziecka, przyjętego do kliniki z powodu anoreksji z ujemnym odczynem Pirquet'a. Podczas pobytu na

oddziale dziecko zachorowało na *erythema nodosum*, Pirquet poprzednio ujemny stał się dodatni. Jednocześnie wystąpiły objawy *conjunctivitis phlyctenulosa*. Przy dokładnym szukaniu źródła zakażenia okazało się, iż do sąsiedniego dziecka przychodziła matka, która miała otwartą gruźlicę. Podczas odwiedzin w szpitalu często dochodziła do obcego dziecka, bawiła się z nim i w ten sposób zaraziła je gruźlicą.

Nie wiedząc o tem, iż mają otwartą gruźlicę, rodzice dzieci z dodatnimi odczynami tuberkulinowymi mogą się stać źródłem zakażenia dla obcych dzieci tak, jak to miało miejsce w przypadku powyższym. Hamburger i jego szkoła jest zdania, iż, aczkolwiek badania Opitz'a, Poulsen'a z punktu widzenia naukowego są b. cenne, nie mają jednak tego praktycznego znaczenia, które im ci autorzy chcą przypisać.

Zdaniem Hamburger'a dzieci tylko z dodatnimi odczynami tuberkulinowymi i z prątkami w treści żołą. lecz bez objawów klinicznych nie mogą być praktycznie uważane za źródło zakażenia.

Wnioski:

1. Badanie treści żołądkowej na obecność prątków gruźliczych jest b. cenną metodą pomocniczą w rozpoznawaniu gruźlicy płuc.
2. Brak prątków w bezpośrednim preparacie nie wystarcza, by wykluczyć obecność otwartej gruźlicy. Większość przypadków daje dodatnie wyniki tylko przy próbie biologicznej.
3. Bardzo często wykrywa się obecność prątków tam, gdzie nie stwierdza się żadnych zmian klinicznych ani rentgenowskich.
4. Proces gruźliczy należy wówczas uważać za wygojony, gdy wynik trzykrotnego badania biologicznego w odstępach kilkotygodniowych będzie ujemny.
5. Najwięcej t. zw. utajonych prątkujących dzieci spotykamy w wieku do 4 lat.
6. Należy się liczyć z możliwością zakażenia:
 - a) U wszystkich dzieci, z dodatnim odczynem tuberkulinowym, u których badanie kliniczne i rentgenowskie wykazuje zmiany w płucach,
 - b) u niemowląt i małych dzieci z dodatnim odczynem tuberkulinowym nawet jeżeli badanie kliniczne i rentgenowskie nie wykazuje zmian,
 - c) u starszych dzieci z dodatnim odczynem tuberkulinowym, bez zmian rentgenowskich i klinicznych, gdzie na zasadzie wywiadów i przebiegu możemy przypuścić obecność świeżego zakażenia swoistego.

PISMIENNICTWO.

Baumann. Z. Kinderheilk. T. 53. 1932 r. — Sprawozdanie ze zjazdu w Kissingen 1931 r. Beitr. Klin. Tbk. T. 78. Opitz. Beitr. Klin. Tbk. T. 82. 1933. Priesel. Beitr. Klin. Tbk. T. 81. 1932. Baumann. Beitr. Klin. Tbk. T. 79. 1932. Poulsen. H. Kinderheilk. 130, 127 i 125 (1929). Opitz. Münch. med. Woch. 1931. Opitz. D. m. Woch. 1928 i 1930. Friedländer H. Kinderheilk. 127 (1930). Ligner. Z. Kinderheilk. 50. Ossoin. Arch. Kinderheilk. 79. Gantz. O ewolucji gruźlicy płuc 1932. Pieser. Umfrage Kinderärztl. Prak. 1932. Gantz. W. Czas. Lek. 1932. Simon. Redeker. Prakt. Handbuch der Kindertuberkulose 1930. Scherman. Z. Tbk. T. 63. Zeylan. Gruźlica 1933 Nr. 1.

Streszczenia pojedyncze

Zagadnienia ogólne.

E. FRICK. Wyniki leczenia uodparniającego nowotworów złośliwych według metody O. i W. Schmidów. (Praktische Karzinom - Blätter. Nr. 5/6, 1933).

Autor we wstępie omawia przyczyny dotychczasowych złych wyników leczenia nowotworów złośliwych; zarówno leczenie chirurgiczne, jak i leczenie energią promienistą zawodzi w większej części przypadków. Nowotwór złośliwy nie jest chorobą miejscową, jest raczej chorobą ogólną (układową), w której przebiegu występuje patologiczny rozrost tkanek w szczególnie obciążonych miejscach. Rozpoznanie anatomicznohistologiczne „rak” lub „mięsak” nie określa jednostki chorobowej, a tylko pewne stany ogólnej choroby, wywołanej przez drobnoustroje. Stosunek nasz do zagadnienia powstawania nowotworu złośliwego powinien być taki sam, jak do zagadnienia powstawania kilaka w przebiegu ogólnego zakażenia krętkami. Nowotwór złośliwy jest wyrazem wadliwego odczynu tkankowego. Autor przytacza badania O. i W. Schmidów, którzy już dawno twierdzą, że przyczyną raka jest pasorzyt o charakterze pierwotniaka z bardzo zawilim cyklem rozwojowym; udawało się im wyhodowywać te pasorzyty z nowotworów złośliwych ludzkich i zwierzęcych. (O badaniach tych pisaliśmy w streszczeniach zbiorowych o nowotworach złośliwych w Czasop. Lek. w Nr. 4, 5, 6 — 1931, i Nr. 20 — 1932 roku). Podobne drobnoustroje opisywali Nebel, Koch i Brehmer. Q. Schmid t jeszcze w 1906 roku zaczął opracowywać metodę leczenia uodparniającego nowotworów. W następnych latach ukazały się środki (Cancroidin, Antimeristen, Novantimeristen), które były przygotowane na podstawie tych badań. Ostatnio W. Schmid opracował nową metodę przygotowywania środka, wywołującego bierną odporność względem pierwotniaków, świeżo wyhodowanych ze krwi chorych raka: środek ten nosi nazwę „Blastolysin”. Autor podaje wyniki leczenia nowotworów złośliwych za pomocą tegoż środka i zaznacza, że większość przypadków składała się z ciężko chorych, nienadających się do operacji lub opornych na działanie napromieniania. Z 64 chorych, którzy byli leczeni przed 1928 rokiem, — 17-tu udało się utrzymać przy życiu co najmniej przez 5 lat. Ze 110 chorych, którzy byli w leczeniu do 1930 roku, 33 udało się utrzymać przy życiu co najmniej 3 lata. Autor podaje szczegółowy opis choroby i przebiegu leczenia w kilkunastu przypadkach.

M. Płoński i r.

Fizjologia normalna i patologiczna.

I. P. PAWŁOW. Odpowiedź fizjologa psychologom. (Psychological Review. Vol. 39, N. 2, 1932).

Autor polemizuje z Cuthrie, któremu zarzuca, że jako psycholog nie wyrzekł się metody dedukcyjnej i, tworząc koncepcje teoretyczne na podstawie nielicznych faktów, nie szuka ich potwierdzenia w doświadczeniach — tak, jak to czyni fizjolog. Nie uznając bodźca zewnętrznego za czynnik, wywołujący reakcję warunkową, a przyjmując zań bodźce kinestetyczne, powstające wskutek odpowiedniej reakcji orjentacyjnej i uzależniając od nich wygasanie odruchów warunkowych i ich pierwotną generalizację, Cuthrie dochodzi do wniosków, którym wyraźnie przeczą przytoczone przez autora dane doświadczalne. Podobne zarzuty natury ogólnej autor czyni Leshleyowi, który wyraził się, że „teoria odruchowa stała się obecnie raczej przeszkodą, niż czynnikiem postępu”. Autor wlicza te zasługi, jakie oddała teoria odruchów warunkowych fizjologii półkul mózgowych, wyprowadzając ją ze „ślepego zaułka”, w jakim się dotychczas znajdowała i odkrywając przed nią nieograniczone możliwości

ci rozwoju. Teoria odruchowej czynności kory mózgowej opiera się na trzech zasadach ściśle naukowej myśli badawczej: 1° uznaje determinizm, 2° wszelkie zjawiska najpierw analizuje, rozбивa je na elementy, a potem z tych elementów syntetyzuje całość i 3° odnosi wszelkie procesy dynamiczne do pewnych elementów strukturalnych, przestrzennych. Leshley, krytykując teorię odruchową, pomija dwie pierwsze zasady a występuje przeciwko trzeciej, przypuszczając mylnie, że na niej jedynie ta teoria jest oparta. Przecząc lokalizacji oddzielnych czynności w określonych miejscach kory mózgowej, Leshley konstruuje doświadczenia, które tezę jego mają potwierdzać. Autor wlicza cały szereg faktów, których Leshley w rozważaniach swoich nie uwzględnił, a które przekreślają wnioski, jakie Leshley wyciąga ze swoich doświadczeń. Następnie autor wyraża przekonanie, że jedne i te same zjawiska zachowania się zwierząt mogą być objaśnione zarówno psychologicznie, jak i fizjologicznie. Np. zwierzę uczy się wykonywać określony ruch, jeżeli po tym ruchu otrzymuje pokarm. Fizjolog rozumie to zjawisko w ten sposób, że (wskutek jednoczesności ruchu i pokarmu) pomiędzy ośrodkiem ruchu i ośrodkiem pokarmowym nastąpiło połączenie (odruch warunkowy) i w następstwie, pobudzenie ośrodka pokarmowego przenosi się na ośrodek ruchu i daje reakcję ruchową. Psycholog będzie w tym wypadku mówił, że zwierzę domyśliło się, zrozumiało, że ten ruch należy wykonać, aby dostać pokarm. W niektórych jednak wypadkach, analiza fizjologiczna sięga o wiele głębiej w mechanizm różnych zjawisk i lepiej je wyjaśnia, aniżeli to czyni psycholog. Jako przykład, autor przytacza dośw. Köhlera: Pies znajduje się w pokoju przed zakratowanym oknem. Na przeciwległej ścianie — otwarte drzwi. Jeżeli nazewnątrz pokoju, w pewnej odległości od okna położyć pokarm, to pies odwróci się, wybiegnie drzwiami i pokarm weźmie. Natomiast, gdy pokarm położyć tuż przed oknem, to zwierzę wszelkimi siłami będzie starało się pochwycić go przez zakratowane okno, nie zrażając się niepomyślnym skutkiem swoich wysiłków. Autor uważa, że w tym ostatnim wypadku pobudzenie powstałe od bodźców węchowych (których nie ma, gdy pokarm jest daleko) jest tak silne, że wywołuje ono indukcję ujemną, hamującą całkowicie pozostałe części kory mózgowej, w których znajdują się ślady innych bodźców (drzwi, okólna droga etc.), potrzebnych do prawidłowego rozwiązania zadania, które pies ma rozwiązać. Oto jest fizjologiczny mechanizm tego, co nazywamy „oślepieniem pod wpływem namiętności”. Autor zarzuca psychologii, że zapomocą pojęć takich, jak „cel” i „zamiar”, zastępuje ona poznanie istotnych praw, kierujących postępowaniem zwierząt. W związku z tem porusza autor zagadnienie wolnej woli. Zdaniem autora, to, że człowiek jest jedynie skomplikowanym mechanizmem, działającym według określonych praw, nie zwalnia człowieka od odpowiedzialności za jego czyny.

S. Miller.

H. v. KRESS. W sprawie unerwienia gruczołów potowych. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 2).

Autor podaje opis przypadku, w którym nadmierne miejscowe pocenie się udawało się zahamować w wyraźnym stopniu tylko za pomocą atropiny, środka farmakologicznego nerwowego układu autonomicznego, który można jeszcze najbardziej bezzarzutnie oceniać; pod wpływem pilokarpiny następowało wzmożone wydzielanie potu lewej połowy twarzy, poprzedzające czasowo ogólne pocenie się. Ta wzmożona pobudliwość gruczołów potowych nie ujawniała się po podaniu adrenaliny. Przeciwnie, po uprzednim zastrzyknięciu adrenaliny miejscowe pocenie po pilokarpinie nie występowało. Na tej podstawie należy upatrywać w przywspółczul-

nej części układu autonomicznego działania nerwowe przyspieszające, a zatem ten sam mechanizm unerwiający w stosunku do gruczołów potowych, co w stosunku do gruczołów żołądka. Przypuszczenie to znajduje potwierdzenie jeszcze w histologicznych badaniach O l i v e t a i N a n c k a, które wykazały, że gruczoły potowe po zastosowaniu pilokarpiny przedstawiały obraz największego wydzielania, po atropinie i adrenalinie natomiast obniżenie ich czynności wydzielniczej.

Henryk J. L a n d a u.

C. BUME, E. WERBER. Wpływ wyciągów z przytarczycy na krzepliwość krwi. (Klin. Woch. N. 23, 1932).

Autorzy badali wpływ wstrzykiwania hormonu przytarczycy na krzepliwość krwi u zwierząt i ludzi. Okazało się, że u królika już po 10 minutach krzepliwość wzrasta o 40—60%; natomiast wstrzykiwanie chlorku wapnia nie wpłynęło na krzepliwość krwi ani u ludzi, ani u zwierząt. Autor sądzi, że hormon przytarczycy mobilizuje jakieś nieznane substancje, powodujące wzmoczenie krzepliwości krwi; nie chodzi tu prawdopodobnie o wzrost Ca we krwi, gdyż wstrzykiwanie wapnia nie zwiększa krzepliwości. Autor sądzi, że hormon przytarczycy winien być stosowany, jako środek wzmagający krzepliwość krwi.

Jakób P e n s o n.

Djagnostyka.

ZWERG, LAUBER. O znaczeniu klinicznym próby Lederera w raku. (D. m. W. N. 8, 1933 r.).

W celu wczesnego rozpoznania raka coraz częściej zwracamy się do badań laboratoryjnych, aby tą drogą możliwie prędko uchwycić początek choroby. Badania te idą w dwóch kierunkach: pierwsze ujmują raka, jako chorobę zakaźną i dążą do wykrycia we krwi endotoksyn, drugie — bardziej zbliżone do prawdy — starają się znaleźć we krwi produkty rozpadu komórek rakowych. Badania pierwszej grupy wykorzystują w tym celu odczyn wiązania dopełniacza, drugiej — opierają się na reakcji A b d e r h a l d e n a. W a r b u r g wskazuje na nieprawidłową fermentację kwasu mlecznego cukru krwi, jakoby typową dla raka, inni — na znaczenie przemiany tłuszczowej. Badania koloidochemiczne krwi, wprowadzone przez L e d e r e r a, zdawały się jeszcze bardziej upraszczać technikę badań, i sądzono ogólnie, że będą mogły być wprowadzone do kliniki. W 44 przypadkach raka, stwierdzonych operacyjnie i anatomopatologicznie, autorzy przeprowadzili badania według metody L e d e r e r a i pomimo niektórych wyników dodatnich, dochodzą do wniosku, że metoda ta nie nadaje się do celów klinicznych.

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

MOSLER. Określanie granic serca i metoda perkusji. (D. m. W. N. 4, 1933).

Pomimo, że perkusją posługujemy się od wielu lat, nie jest ona we wszystkich szczegółach zrozumiała. Główny spór toczy się dookoła tego czy określać należy absolutne czy też względne stłumienie serca. Autor jest zdania, że jedynie określanie dużego, t. j. względnego stłumienia serca za pomocą lekkiej perkusji ma istotne znaczenie. Do tej metody lekkiego opukiwania według G o l d s c h e i d e r a przychylił się ostatnio także i S a h l i. T. z. małe stłumienie, bezwzględne, nie ma tak wielkiego znaczenia, zwłaszcza, że utrudniona jest tutaj kontrola rentgenologiczna za życia i anatomiczna po śmierci. Ten sposób badania winien być bezwzględnie stosowany a specjalnie we wszystkich towarzysztwach ubezpieczeń.

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

J. AMMERSCHLAGER. Znaczenie rozpoznawcze zaczynów peptolitycznych w przesiekach i wysiękach. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 1).

W patologicznych płynach w jamach opłucnowych i w jamie brzusznej znajduje się w zmiennych ilościach zaczyn peptolityczny, rozszczepiający glicyltryptofan. Wykrycie jego po-

siada znaczenie dla rozpoznawania różniczkowego tylko w wodobrzuszu, a mianowicie: w gruźlicy i raku występuje on w zwiększonej ilości, w zastoju zaś i marskości wątroby nie zwiększa się. W płynie z jamy opłucnowej z ilości zaczynu nie można wyciągać rozstrzygających wniosków.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby zakaźne.

A. BESREDKA. O szczepieniach przeciwbłonniczych za pomocą wcierań doskórnych. (Klin. Med. N. 13 — 16, 1932).

Wcieranie maści (toksyna w mieszaninie lanoliny i wazeliny 2 : 1) w wygoloną skórę lub samo działanie brzytwy stwarza miejscową odporność skórą przeciwko jadowi błonniczemu. U zwierzęcia, któremu uprzednio wcierało się masę, a następnie zastrzyknięto podskórnie surowicę przeciwbłonniczą, bierna odporność wzmagła nieswoistą odporność skórą. Zatem własności miejscowej odporności nabytej podczas golenia, są inne, aniżeli odporność, którą daje surowica swoista. Zwierzę, którego broni odporność, nabyta wskutek wcierań, i odporność, którą daje niewielka ilość toksyny, znosi wcieranie doskórne dużej dawki toksyny i w ten sposób może spotęgować występowanie miejscowej swoistej odporności skórnej. Ta skórna odporność przeciwbłonnicza jest wynikiem miejscowego szczepienia skórno świeżą „uczuloną toksyną”.

Henryk J. L a n d a u.

S PITTA. Czy doustne podawanie chininy można uważać za środek zapobiegawczy przeciw grypie. (D. m. W. N. 3, 1933).

Po obszernych rozważaniach nad działaniem chininy w ogóle, a zwłaszcza w zimnicy autor podaje spostrzeżenia poczynione na sobie samym przez 15 lat. W krytycznych momentach epidemii grypy zażywa codziennie rano 50 mgr. chinini hydrochlor. a jedynie w okresie największego jej nasilenia taką samą dawkę powtórnie wieczorem. Być może, że odporność, jaką S. wykazał przeciw największym epidemjom była przypadkowa, niemniej jest zdania, że z wielu względów jest to metoda godna wypróbowania.

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

S. RUCZKOWSKIJ. O jadonaśicielstwie w durze osutkowym. (Sow. Wracz. Gaz. N. 19—20, 1932).

Jad (virus) duru osutkowego może się znajdować również we krwi pozornie zdrowych osobników, lecz spostrzega się to nader rzadko nawet w warunkach środowiska, przesyconego jadem (masowe zawszenie przy najbardziej bliskiej styczności zdrowych z chorymi). Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że bynajmniej niewszystkie przypadki jadonaśicielstwa udaje się wykryć zapomocą tak mało czułego wskaźnika, jakim jest świnka morska. Zupełnie otwartem pozostaje zagadnienie, jak długo może się utrzymywać jad we krwi takich klinicznie zdrowych osobników. Używając metody zarażania świnek morskich dla rozstrzygnięcia zagadnienia w jadonaśicielstwie, należy bezwzględnie kierować się istnieniem wszystkich objawów, charakteryzujących obraz chorobowy duru osutkowego u świnek morskich, włączając w to kontrolne zarażenia królików z następowem badaniem ich krwi na odczyn W e i l - F e l i x a.

Henryk J. L a n d a u.

L. BRUN. Leczenie tęcza metodą Dufoura. (Monde méd. N. 819, 1932).

Ażeby wzmoczyć działanie surowicy przeciwteczowej, proponowano rozmaite środki: środki nasenne (chlorał i t. d.), ogólne środki odkażające (wśródżylne zastrzyknięcia urotropiny i t. d.), metodę B a c e l l i e g o, polegającą na codziennych zastrzyknięciach 20 cm.³ 2% roztworu kwasu karbolowego, codzienne zastrzyknięcia podskórne 1/4 mlg. atropiny (L e h n e r e). Metoda D u f o u r a i D u h a m e l a polega na stosowaniu obok surowicy przeciwteczowej uśpienia chloroform-

mowego. Leczone przez autora tą metodą dwa przypadki tęcza skończyły się wyzdrowieniem chorych. Ilość surowicy zastrzykiwanej w ciągu kilku dni powinna być znaczna (do 1200 cm.³), lecz zastrzykiwać ją należy w niedużych pojedynczych dawkach. Droga, jaką wprowadza się surowicę, nie jest obojętna. W razie zmian w płynie mózgoworodzeniowym korzystać należy tylko z drogi podskórnej lub wśródmięśniowej. Znieczulenie chloroformowe przyczynia się w dużym stopniu do poprawy: znikanie przykurczów, które ono wywołuje, nie jest przemijające, lecz długo się utrzymuje. Używanie innych środków leczniczych (chloralu, zastrzyknięcie wśródżylnych urotropiny) nie jest nieodzowne.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby kobiet i położnictwo.

KULIKOWSKAJA - TUPINIEWICZ. W sprawie związku między czynnością krwiotwórczą a stanem układu siateczkowego - śródbłonkowego w zatruciach ciążowych i w drugiej połowie ciąży. (Żurn. Akusz. i Żensk. Bol. Nr. 4, 1932).

W zależności od stanu układu siateczkowo-śródbłonkowego, miejscowej czynności narządów krwiotwórczych, zastrzyknięcie krwi normalnych ciężarnych pobudza czynność układu siateczkowo-śródbłonkowego i narządów krwiotwórczych, długotrwale zaś zatrucie ustroju jadami ciążowymi działa hamująco na ten układ. W wątrobie spostrzega się wzmożoną fagocytozę czerwonych ciałek krwi oraz skłonność do zmian w kierunku rozwoju erytropojezy, czego brak u normalnych (kontrolnych) myszy. W śledzionie drugiej serii zwierząt spostrzega się wzmożoną czynność krwiotwórczą, wyrażającą się w zjawianiu się dużej liczby hemocytoblastów. Obraz białej krwi z przewagą młodych i zupełnie dojrzałych postaci wykazuje zmniejszenie się przejściowych postaci myelocytów, jak również limfocytów. W szpiku kostnym pierwszej serii myszy stwierdzono zwiększoną liczbę megakaryocytów, a także znaczne zwiększenie się kwasochłonnych przy zmniejszonej liczbie młodych i zupełnie dojrzałych postaci leukocytów. Prócz tego, w pierwszej serii zwierząt, a poczęści i w drugiej pod wpływem nadmiernego podrażnienia przez toksyny spostrzega się zahamowanie procesu rozwoju czerwonych ciałek krwi. Obraz obwodowej krwi przy zastrzykiwaniu myszom krwi ciężarnych z zatruciami wykazuje zwiększenie postaci jednojądrzastych (monocytów) i zmniejszenie się liczby limfocytów, a także charakteryzuje się zwiększeniem w niej liczby młodych leukocytów, co wskazuje na niezdolność narządów krwiotwórczych do wytwarzania dojrzałych postaci. Wszystko to jest do pewnego stopnia odbiciem procesów krwiotwórczych i ich związku z układem siateczkowo-śródbłonkowym.

L. J. H.

L. BODUAR. W sprawie przerywania wydzielania gruczołu piersiowego zapomocą lekarstw. (Wien. kl. Woch. N. 29, 1932).

Diuretyna w dawce dziennej 2 — 2,5 gr. bez uciekania się do pomocy innych leków działała najzupełniej zadawalająco. Przykre bolesne uczucie napięcia ulegało znacznemu zmniejszeniu się; zaczerwienienie poszczególnych odcinków, które zazwyczaj tak często się widuje, występowało rzadziej i w słabszym stopniu. Na piąty dzień rozwój wsteczny gruczołów piersiowych był już daleko posunięty. Na szósty lub siódmy dzień można już było przerwać podawanie leku. Diuretyna działa conajmniej tak samo, jak kamfora, bywa natomiast lepiej znoszona przez żołądek. Oczywiście, leczenie to można łączyć z wysokim podwiązaniem i uciśnięciem piersi.

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

J. L. LAPEYRE. Cięża śródmiąższowa. (Gynecologie et Obstetrique, Tome XXVI, N. 6).

Cięża śródmiąższowa, według podziału B e c k m a n a, może być jajowodowośródmiąższowa, jajowodowomaciczna, i prawdziwa śródmiąższowa w dwóch odmianach, jedna, kiedy

jajo się rozwija w tkance gruczołowej, druga — w tkance mięsnej macicy. Autor uważa za śródmiąższową taką ciążę, która się rozwija w odcinku macicznym jajowodu. Cięża ta jest bardzo rzadka. Jest kilka teorii powstawania: 1) wada wrodzona nienormalny rozwój jajowodu, resztki przewodów W o l f f a i G a r t n e r a; 2) teoria zapalna (*endometritis, endosalpingitis, perisalpingitis*); 3) teoria mechaniczna (skurcz zwieracza, zamknięcie wejścia przez mały guzek, polip); 4) teoria tworzenia się nowych kanałów i uchylków (gruczołek w kącie jajowodu). Prócz tego wykazano istnienie uchylków słuzówki w części śródmiąższowej jajowodu; wolne brzegi tych fałd mogą się łączyć, tworząc kanały o ślepm zakończeniu, które sprzyjają usadowieniu się jaja. Określenie jaja jajowodowego śródmiąższowego na podstawie obrazu histologicznego: 1) nieobecność doczesnej prawdziwej, 2) obecność mas włóknika, pomiędzy którymi znajdują się kosmki, 3) niszczenie mięśnia przez kosmki. Autor uważa, że obraz histologiczny nie ma znaczenia, czasami tylko pozwala rozpoznać, że niema nic w jamie macicy. Pewniejszy jest obraz makroskopowy: 1) objaw R u g e - S i m o n a, czyli zбочenie dna macicy, polegający na tem, że dno macicy wznosi się ze strony rogu ciężarnego; 2) ustawienie asymetryczne przydatków; 3) usadowienie się więzadła okrągłego, przeważnie na przedniodolnej ścianie jaja płodowego, nazewnątrz i poniżej jajowodu. Ostatni objaw jest zmienny i nie ma znaczenia praktycznego. D o y a y stara się go uzasadnić w dajagnostyce operacyjnej, a mianowicie znaleźć punkt wrośnięcia więzadła okrągłego: w ciąży śródmiąższowej — pod i nazewnątrz guza, w ciąży w rogu macicy — poza guzem, w ciąży cieśni jajowodowej — zawsze wewnątrz. Objawy pozwalające napewno stwierdzić ciążę śródmiąższową: obecność płodu lub elementów płodowych, owinięcie worka płodowego przez mięsień macicy (przed pęknięciem), brak połączenia pomiędzy jajem a jamą macicy (zwykle jest przegroda z tkanki mięsnej lub sluzowej). Objawy kliniczne: objawy ciąży (opóźnienie perjodu 1, 2 miesiące, ból, małe krwawienia), stwierdzenie oporu trochę bolesnego, połączonego z macicą szeroką podstawą, który może być ciążą jajowodową, w rogu macicy, śródmiąższową, lub maciczną przy bocznem zgięciu macicy. To ostatnie można wyłaczyć przez ułożenie chorej w pozycji T r e n d e l e n b u r g a: macica zmieni położenie, i opór zniknie. Jeśli opór leży głębiej, niż dno macicy, to bywa ciążą jajowodową, jeśli bardziej powierzchownie, przed macicą, to może być w rogu macicy, lub śródmiąższowa. Dwie ostatnie trudno jest odróżnić. Jeśli guz kurczy się; czasem jest twardy, a czasem miękki, to znaczy, że jest maciczny, jeśli zawsze miękki, to ciąża śródmiąższowa. Trudność dajagnozy bywa również w przypadkach nienormalnego rozwoju macicy; macica rozdwojona (wtedy bywa przegroda pochwoy) i macica dwurożna, przy której bardzo trudno uniknąć omyłki. Objawy pęknięcia ciąży śródmiąższowej są identyczne z pęknięciem ciąży jajowodowej. Jajo pęka zwykle do jamy otrzewnej (może tu powstać wtórna ciąża brzuszna), do jamy macicy lub więzadła szerokiego. Ciążę śródmiąższową zawsze należy operować.

W przypadkach prostych, przy małych pęknięciach wystarczy zwykły szew po wyjęciu jaja. Pewna i logiczna jest tylko *hysterectomy* i najczęściej bywa stosowana, ale obecnie stosuje się częściej operacje bardziej zachowawcze, a mianowicie wycięcie klinowate rogu macicy. Trudnością w tej operacji jest zatamowanie krwawienia z silnie unaczynionego podczas ciąży rogu macicy. Ale może to być uskutecznione metodą C o t t a i D o y a y; szew wstępny na *arteria uterina* przed jej podziałem końcowym, na poziomie rogu macicy. W przypadkach, w których po drugiej stronie przydatki są zajęte, C u l l e n i H a r t h i n g stosowali resekcję rogu macicy, a następnie wszczepienie jajowodu. Technika prosta: trzeba zachować nienaruszony jajowód, po

zrobionej klinowatej rezekcji trzonu jajowód trzeba przyciągnąć do jamy macicznej i przytwierdzić szwem katgutowym do dna macicy. Wybór operacji zależy od wyglądu anatomicznego ciąży: wielkość, zrosty, uszkodzenia mogą wpłynąć na radykalną operację, od stanu przydatków, wieku kobiety. U kobiety, zbliżającej się do okresu okwitania, która ma kilkoro dzieci, *hysterectomy* jest pożądana, u kobiety młodej, która pragnie mieć dzieci, należy operować konserwatywnie.

J. M e s z ó w n a.

Medycyna Sądowa.

Zagadnienie samobójstwa. (British Medical Association węd. Deutsche Med. Woch. Nr. 4, 1932).

Sekcja neurologiczno-psychiatryczna tego Towarzystwa poświęciła zagadnieniu samobójstwa trzy referaty. B o n d, inspektor psychiatryczny, omawiał stronę socjologiczną samobójstwa; ganił on prawo angielskie, które dotychczas uważa samobójstwo za przestępstwo i za zamach samobójczy wymierza karę, żądał od sędziów i publiczności gruntowniejszego zaznajomienia się z psychologią i patologią samobójstw, gdyż dokładniejsze oświetlenie tego zagadnienia może przyczynić się do zmniejszenia liczby ostatnio bardzo częstych przypadków samobójstw. Mówca podał, że samobójstwa najczęściej bywają popełniane za pomocą zatrucia gazem świetlnym. C r i c h t o n - M i l l e r zastanawiał się nad psychologią samobójców; czyn ten bywa umotywowany fizycznymi cierpieniami, złymi warunkami społecznymi, stanami lękowymi, wątpliwościami i obawą o przyszłość. Częściej ludzie pozabawiają się życia z lękiem przed przyszłością, niż z powodu istniejących już nieszczęść; następstwem obawy przed chorobą psychiczną więcej ludzi ginie śmiercią samobójczą, niż w okresie jej istnienia. Kobiety nieraz popełniają zamachy samobójcze z powodu niezaspokojenia popędu płciowego, mężczyźni — wskutek impotencji. Trzeci prelegent, G e f f e n, omawiając przyczyny samobójstw, zaznaczył, że tylko co piąty samobójca jest rzeczywiście psychicznie chory, większość zaś samobójców są to ludzie naogół zupełnie zdrowi, jedynie wskutek jakiegoś przejściowego stanu depresji bywają wytrąceni z równowagi. Dopresję tę uważa G e f f e n jako swego rodzaju postać chorobową, swoistą chorobę psychiczną, która, podobnie jak i inne choroby zakaźne, może być leczona. Gdy jakiś człowiek, zdaniem prelegenta, pomyśli tylko, że jest on predysponowany do samobójstwa, ponieważ jego ojciec lub matka pozbawili się życia, jest on już psychicznie zakażony i mniej już jest zdolny do stawiania czoła przeciwnostwom życiowym; należałoby żądać wobec tego unikania dyskusji publicznych o dziedziczności samobójstwa i przestrzegać aby pisma codzienne nie rozpisywały się o przypadkach pozabawiania się życia. Omawiając sposoby zwalczania samobójstw, G e f f e n podnosi, że dobrym środkiem przeciwsamobójczym byłaby praca, która mogłaby pochłonąć i zainteresować osoby skłonne do zamachów samobójczych.

W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

RUDEFELD. Dziwny przypadek samobójstwa. (Kriminalistische Monatshefte, 1932, Nr. 9).

Pewien mężczyzna pozbawił się życia z dubeltówki, strzelając najpierw w okolice serca, potem zaś w usta; ten ostatni strzał spowodował zupełne rozerwanie pokrywy czaszkowej. Ciało było znalezione w pozycji na brzuchu. Przy sekcji stwierdzono, iż wskutek pierwszego strzału uległa uszkodze-

niu przez śrut lewa nerka, śledziona była całkowicie rozszarpana, worek osierdziowy wypełniony krwią, w ściankach serca znaleziono 6 zranień śrutem wielkości od ziarna śrutu do 2 cm., ściana serca nie uległa jednak całkowitemu przebicciu przez śrut. Jak badania poprzednie wykazały, denat dał oba strzały z prawej lufy broni; po pierwszym wystrzale wyjął on wystrzeloną gilzę z lufy, z torby myśliwskiej wydobyl nowy nabój, założył znów w prawą lufę i wystrzelił sobie w usta. Przypadek jest niezwykle przedewszystkiem z tego powodu, że denat po pierwszym zranieniu, które spowodowało takie rozległe uszkodzenia narządów ciała, miał siłę i możność po raz drugi nabić broń i wystrzelić sobie w usta.

W. D.

Dwa niezwykle przypadki nagłej śmierci z przyczyn naturalnych. (Kriminalistische Monatshefte 1932, Nr. 9).

Zwłoki 72-letniej kobiety i 59-letniego mężczyzny były znalezione w zamkniętej kuchni w następującej pozycji: ciało kobiety w pozycji siedzącej na krześle, przechylone ku tyłowi, z głową odrzuconą i opartą o poręcz krzesła; nad ciałem kobiety znajdowało się w pozycji schylonej ciało mężczyzny; górna część tułowia spoczywała na łonie zmarłej, prawa jego ręka obejmowała lewy bark siedzącej, lewa leżała na fartuchu pomiędzy kolanami. Kobieta była kompletnie ubrana, mężczyzna zaś był tylko w bieliźnie. Przeprowadzone dochodzenie pozwoliło wykluczyć śmierć wskutek działania innych osób, jak również śmierć wypadkową lub samobójstwo wspólne; sekcja zwłok wykazała, że ci starzy ludzie zmarli szybko jedno po drugim z powodu udaru sercowego. Należało przypuścić, iż, siedząc na krześle, pierwsza zmarła kobieta, mężczyzna pośpieszył jej z pomocą, prawdopodobnie próbował ją podnieść i tu, wskutek przerażenia i wzruszenia, uległ również udarowi serca.

W. D.

O. HESS. W sprawie samoistnych wylewów krwawych pod oponami miękkimi. (Deutsch. med. Wochenschr. 1932, Nr. 2).

Cechą takich krwotoków jest ich nagłe występowanie u dzieci lub osób młodych przy zupełnie zdrowym układzie naczyniowym, wśród zupełnego zdrowia i bez żadnego poprzedzającego urazu. Początek jest zwykle gwałtowny: występują silne bóle głowy, wymioty, utrata przytomności (czasami jednak przytomność bywa zachowana). W pierwszych dniach stwierdza się objawy oponowe wraz z gorączką, następnie zaburzenia ze strony żrenic, niedowłady, drgawki, zaburzenia psychiczne i t. p. Ważnymi objawami są obfity białkomocz (do 30 *pro mille*) i krwawy płyn mózgowo-rdzeniowy. Jeśli nie nastąpi zejście śmiertelne, chory dochodzi do zdrowia w ciągu 1 do 4 tygodni. Pochodzenie tych krwotoków nie jest jasne: odgrywa tu ważną rolę migrena, być może, ma także znaczenie wrodzona mniejsza wartościowość układu krwionośnego (skaza naczyniowo - nerwowa, nerwice naczyniowe); przyczynami, wywołującymi krwotoki, mogą być nawet nieznaczne wysiłki fizyczne, wzruszenia psychiczne, czasami — *coitus*. Pod względem anatomo - patologicznym obraz jest następujący: pod oponami miękkimi, szczególnie na powierzchni mózgu, znajdujemy ograniczone, rozsiane wylewy krwawe; miejsce pęknięcia naczynia rzadko udaje się znaleźć. Prócz postaci mózgowej spotykamy także i rdzeniową, gdy wylewy krwi występują pod oponami rdzenia.

W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

Oceny książek

Prof. Dr. Franciszek WALTER. **Wit Stwosz, rzeźbiarz chorób skórnych.** Szczegóły dermatologiczne ołtarza Marjackiego. (Wyd. Krakowskiego Tow. Miłośników historii medycyny pod redakcją Prof. Dra Władysława Szumowskiego. Kraków 1933. Skład główny w księgarniach Gebethnera i Wolffa, str. 32 z 10 ilustr. na kredowym papierze).

Stan lekarski, przejęty swymi codziennymi obowiązkami zawodowymi, które zwłaszcza w dzisiejszej dobie przesilenia stały się bardzo ciężkie, znajduje, niestety, zbyt mało czasu (i zainteresowania) dla sztuki w jakiegokolwiek bądź jej postaci. Tem cenniejszy jest przeto każdy wysiłek, podjęty w tym kierunku przez lekarza, zwłaszcza, gdy powstał z pracy człowieka nauki, który opiera swoje poczynania na ścisłych danych naukowych i odnosi się do nich w sposób nader krytyczny, cechujący prawdziwego naukowca. Do tych właśnie nielicznych prac z dziedziny plastyki, które wyszły z pióra lekarza - specjalisty, zaliczyć należy bardzo sumiennie i dokładnie opracowaną monografię Prof. W a l t e r a. Z okazji odnawiania Wielkiego Ołtarza Kościoła N. P. Marji w Krakowie, dzieła wielkiego snycerza polskiego Wita S t w o s z a, wykonanego w latach 1477 — 1489, Prof. W a l t e r wykorzystał znakomite warunki w pracowni restauratorów krakowskich: w znakomitem oświetleniu, w rzeźbie, oczyszczonej z wiekowego pyłu i kurzu, zauważył autor „u niektórych postaci, wyrzeźbionych w płaskorzeźbach, bardzo ciekawe objawy chorób skórnych, odtworzone z zadziwiającą dokładnością i znawstwem, tak, że rozpoznanie ich przeważnie nie napotyka na większe trudności”. A więc w postaci apostoła, opisywanego jako Św. Piotr, artysta wyrzeźbił na prawym policzku w pobliżu zewnętrznego brzegu nosa brodawkę, spotykaną bardzo często u ludzi w tym wieku (*verruca senilis*). Dalej, na zewnętrznej górnej płaskorzeźbie prawego skrzydła środkowego, wyobrażającej Pojmanie Chrystusa, z 12 postaci u 3 stwierdza prof. W a l t e r obrazy typowych szpecących cierpień skórnych: u żołnierza, chwytającego Pana Jezusa, na twarzy dwa twory brodawkowate — charakterystyczny obraz raka skórno (basalioma, epithelioma, ulcus rodens), u pacholka, trzymającego pochodnię, w przedniej części skóry u dołu szyi widać duży włókniak wiszący (*fibroma pendulum*), wreszcie w trzeciej postaci, prawdopodobnie „faryzeusza”, widzimy zespół objawów (wytrzeszcz gałki ocznej, zez zbieżny, brak rzęs i t. d.), który łącznie z budową czaszki i nosem siodełkowatym składa się — według W a l t e r a — na bardzo charakterystyczną całość stygmatów późnej kily. Podobną budowę czaszki i nos siodełkowaty zauważa autor u jednego z uczonych, biorących udział w dyspucie (w płaskorzeźbie Chrystus wśród uczonych) — dla porównania zestawia prof. W a l t e r płaskorzeźbę z fotografiami osobników, dotkniętych niewątpliwie kilą wrodzoną. Dalej, u jednego z żołnierzy w płaskorzeźbie „Zmartwychwstanie” dopatruje się autor w oszpeceniu nosa trądzika różyczkowego, a na twarzy szatana (na lewym skrzydle ołtarza w płaskorzeźbie, przedstawiającej Zstępowanie Chrystusa do piekiel) rozpoznać można — zdaniem W a l t e r a — objawy gruźlicy skóry, t. zw. tocznia lub wilka żrącego (*lupus vulgaris vorax*). Poza tem zwraca uwagę autor na ciekawy obraz stonków anatomicznych w zakresie naczyń żylnych na podudziach u jednej z postaci w głównej scenie wielkiego ołtarza. Naogół zmiany chorobowe, przedstawione przez Wita S t w o s z a, nie nastrożają dla dermatologa, według W a l t e r a, większych trudności rozpoznawczych. Ponieważ jednak rozstrzygnięcie sprawy, czy mamy do czynienia z kilą u faryzeusza i u uczonego, o których wspomniano powyżej, przedstawia pewne trudności, ze względu na ogólnie przyjęty pogląd, że kila zjawiała się w Europie dopiero po odkryciu Ame-

ryki, natomiast wszędzie był rozpowszechniony trąd w trzech postaciach (jako guzkowy, nerwowy i mieszan), przeto prof. W a l t e r daje szereg zestawień historycznych, dotyczących obu cierpień i postaci klinicznych, zatrzymuje się na obrazach, na których odtworzony jest trąd (we Florencji ze szkoły G i o t t a i M a s s a c i a, w Pizie przypisywany braciom O r e a g n a, fresk B o t i c e l l e g o w Kaplicy Sykstyńskiej i w Niemczech obrazy van E y k a, H o l b e i n a, D ü r e r a, w innych krajach B r e u g h e l a starszego, R u b e n s a, M u r i l l a), chociaż często dzisiejsi uczeni - lekarze różnią się co do rozpoznania cierpienia, jakie chciał odtworzyć malarz średniowiecza. Wiemy zaś z dziedziny chorób zakaźnych, jak wielki chaos panował w rozpoznawaniu wielu z tych cierpień, jak trudno było nawet przed 75 laty oddzielić i wyodrębnić pewne jednostki chorobowe, które były ujmowane jako jedno cierpienie. Przeto zrozumiałe są trudności rozpoznawcze w dokładnem ustaleniu cierpienia faryzeusza i uczonego w ołtarzu Marjackim S t w o s z a. Za kilą przemawia obraz choroby, przeciw niej dane historyczne, za trądem — nawet w Krakowie istniejące schronisko dla trędowatych, skąd mógł wielki snycerz z łatwością czerpać modele. Rozważaniami, co skłoniło przypuszczalnie Wita S t w o s z a do oszpecenia ujemnych postaci swojej rzeźby, kończy prof. W a l t e r ciekawą analizę ołtarza Marjackiego. Piękne zdjęcia fotograficzne postaci z uszkodzeniami skórnymi zdobią rzecz, którą przeczyta z prawdziwą przyjemnością nie tylko dermatolog, ale każdy lekarz.

S t. - O k.

Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Balneologicznego. (Rok 1932. Tom XI-y. Kraków).

Oto znów mamy spory tom Pamiętnika, który po raz jedenasty prezentuje się czytelnikom. Ozdobą tego tomu jest niewątpliwie monografia profesora L. K o r c z y ŋ s k i e g o p. t. Klimat górski. Praca ta najdobitniej wskazuje, z jakimi skomplikowanymi czynnikami mamy do czynienia, gdy stajemy wobec oceny balneologicznej danej miejscowości, z iloma wpływami fizycznymi - meteorologicznymi liczyć się musimy, ile metod badania osiąść, jak te napozór rozbieżne dane skierować ku jednemu punktowi, mianowicie, ku oddziaływaniu na zdrowy lub chory ustrój ludzki. Jest to obszerny ustęp z wykładów hydrologji i klimatologii lekarskiej w Uniwersytecie Jagiellońskim. Dopelnienie tego ustępu przez wykład szczegółowy o działaniu czynników, działających w uzdrowiskach naszych na ciało ludzkie, dałoby nam pełny obraz balneologii polskiej. Fragmenty tego obrazu zebracby można, rozejrzawszy się szczegółowo we wszystkich dotychczas wydanych rocznikach Pamiętnika. Lecz — pomijając już sam trud takiej roboty — musimy przyznać, że nie dałoby nam to jeszcze podręcznikowego wizerunku, na którym tak bardzo zależeć nam musi w materji tak zawilej, jak balneologia. Ustęp powyższy nie tylko znakomicie wzbogaca literaturę przedmiotu, o którym mowa, lecz nadto świadczy o mnóstwie zalet pedagogicznych autora. Miejmy nadzieję, że przy innej sposobności te zalety wypadnie obszerniej omówić i ocenić. Charakter prac, pomieszczonych w tomie niniejszym, jest, jak i w poprzednich dość różnorodny. Przeważają opisy miejscowości, postępy, czynione w nich z roku na rok w najrozmaitszym kierunku, wrażenia, odbierane przez zwiedzających, lecz nie brak też bynajmniej wskazówek, w jakim kierunku dalsza praca nad rozwojem zdrojowisk polskich powinna się winna. Sam redaktor Pamiętnika, prof. K o r c z y ŋ s k i, jest tu najpilniejszym, najpracowitszym, najbardziej krytycznym współpracownikiem. Ze wszystkich dotychczasowych przyczynków prof. K o r c z y ŋ s k i e g o wynika jasno, że nikt w tym, co on, stopniu nie jest odpo-

wiednio predestynowany na przyszłego kierownika Instytutu Balneologii Polskiej, który — miejmy nadzieję — wkrótce już całkowicie zostanie stworzony i da możliwość pracy teoretycznej i praktycznej w dziedzinie balneologii. Z nazwiskiem prof. K o r c z y ń s k i e g o spotykamy się jeszcze w tomie niniejszym w pracach następujących: „Uzdrowiska Karpackie między Odrą a Dniestrem“, „Naukowe i dydaktyczne bolączki polskiego zdrojownictwa“, „Leczenie zdrojowe w porze zimowej“ i „Lecznicze znaczenie kruszcowej wody krosieńskiej“. Pilne trzymanie się zadań balneologicznych, wzrok, uważnie skierowany ku zadaniom praktycznym balneologii, oraz krytyczna ocena, uzyskana z badań dotychczasowych, charakteryzują wszystkie powyższe przyczynki i nadają im piętno naukowo - podręcznikowe. Nie wolno nam atoli pomijać innych autorów i innych prac, składających się na treść tomu niniejszego. Oto więc przede wszystkim w kilku rysach ogólnych jasne sprecyzowanie geografii turystycznej, jako naukowego ujęcia zagadnień turystycznych. W tym krótkim a treściwym artykule St. L e s z c z y c k i przedstawia swój przedmiot w sposób wysoce interesujący. O kąpielisku w Wiśle referuje inżynier Eugeniusz Z a c z y ń s k i. Dalej napotykamy z werwą literacką podaną garść wrażeń z dwóch letnich sezonów w Truskawcu oraz z wycieczki balneologicznej dydaktycznej, ostatnio pod kierunkiem prof. K o r c z y ń s k i e g o odbytej. Nad ogólnymi wskazówkami i przestrogi dla leczących się w uzdrowiskach rozwodzi się dr. Ignacy D e m b i c k i; o energetycznym wpływie kąpiele kwasowogłowych na ustrój poucza dr. J. M a r z e c k i. Z dziedziny dietetyki w zdrojowiskach naszych pisze dr. St. T r o c z y ń s k i. Raz jeszcze do ulubionego przedmiotu o elektryczności powietrza, jako czynnika terapeutycznym, powraca prof. K o r c z y ń s k i. Interesujące szczegóły o nowszych badaniach nad reumatyzmem podaje p. dr. St. S u s z c z y ń s k i. Doktor S p y c h a ł a informuje w niewielu słowach o nowo powstałym zakładzie im. W. G. K e r c h o f f a w Nauheimie, na którego czele stoi znany balneolog i badacz chorób serca, prof. G r o d e l. Wyniki badania wody mineralnej z nowowierconego źródła w Druskenikach notuje dr. S a f a r e w i c z. Wreszcie zwykle rubryki treści bibliograficznej i historycznej stanowią uzupełnienie omawianego tomu Pamiętnika. Sądząc, iż byłoby pożytecznym dla czytelnika, aby każdy z tomów następnych Pamiętnika mieścił w sobie krótki spis prac, pomieszczonych w tomach poprzednich. Nietylko stanowiłoby to pożądaną informację, ale obudziłoby zapewne i większe zainteresowanie dla samej instytucji polskiego Towarzystwa Balneologicznego.

M. F.

Dr. Ida FRISCHEISEN - KÖHLER. *Das persönliche Tempo.* (Thieme, Lipsk, 1933).

Niewielkie to, ale w wynikach swoich doniosłe dziełko, wykonane pod patronatem dwóch wybitnych uczonych E. F i s c h e r a (nauka o dziedziczności) i W. K ö h l e r a (jeden z przodujących psychologów), stanowi syntezę metody statystyczno - genealogicznej i doświadczalnie - psychologicznej. W ten sposób otrzymujemy cenny przyczynek do tak fundamentalnego zagadnienia, jakim jest dziedziczenie cech psychicznych. Autorka zadała sobie trud zbadania sprawy t. zw. tempa osobistego, które ustalała zapomocą prostych metod (test pukania oraz wybór z pośród różnych rytmów metronomu najprzyjemniejszego, najlepiej odpowiadającego). Szereg badań na tych samych osobnikach w różnych warunkach ustalił, iż tempo to stanowi pewną stałą intraindywidualną. Ciekawe jest stwierdzenie, że zmienność jego jest nieznaczna nie tylko przy dużych odstępach w czasie pomiędzy jednym badaniem a drugim, ale i pod wpływem działania niewielkich dawek środków podniecających (alkohol, kofeina) oraz przy różnym nastroju badanego. Natomiast zmienność

tempa interindywidualna, to znaczy u różnych osobników okazuje się bardzo znaczna. Wiek osobnika nie wpływa na tempo, płeć ma wpływ nieznaczny (tempo jest nieco szybsze u kobiet). Szczególnie interesujące okazały się badania autorki nad dziedzicznością. Zastosowała ona tutaj tak doniosłą nową metodę, jaką jest badanie bliźniąt, poza tem zbadala 85 rodzin z ogólną sumą 385 dzieci. Badania nad bliźniętami, z których 53 pary bliźniąt jednojajowych i 65 dwujajowych, wykazały, że podłoże dziedziczne dla tempa osobistego ujawnia się w wybitnym stopniu w fenotypie. Badania nad rodzinami pozwoliły ustalić niewątpliwie związki pomiędzy tempem rodziców a tempem dzieci i wyrazić przypuszczenie co do możliwego trybu dziedziczenia tej właściwości. Przy badaniach tych okazało się poza tem z całą wyrazistością, w jak nieznacznym stopniu wpływa na ten czynnik ustrojowy środowisko. Praca, ważna zarówno z punktu widzenia ścisłej metodyki, jak i zasadniczych wniosków, oświetla wycinek sfery zagadnień równie trudnej, jak pasjonującej: dziedziczenie osobowości.

G. B y c h o w s k i.

Kurt POHLISCH. *Soziale und persönliche Bedingungen des chronischen Alkoholismus.* (Georg Thieme, Lipsk, 1933).

Praca autora, który już ogłosił był szereg badań z dziedziny alkoholizmu, została odznaczona nagrodą fundacji Z e i t l e r a w Berlinie i stanowi niezmiernie cenny wkład do nauki teoretycznej i stosowanej. Prócz tego interesuje jako wzorowy przykład zastosowania różnorodnych metod badania nauki psychiatrycznej. Część pierwsza, socjologiczna, rozważa zagadnienie rozpowszechnienia alkoholizmu w różnych jego postaciach klinicznych w różnych warstwach społecznych. Czynniki ekonomiczne, zawodowe i ogólnospołeczne znajdują tutaj swoje oświetlenie na podstawie dokładnej statystyki z kliniki berlińskiej Charité. Wypływają stąd ważne wnioski, dotyczące profilaktyki społecznej w walce z alkoholizmem. Autor nie zapomina nawet o tak interesujących i nowych czynnikach, jak polityczne. Między innymi dowiadujemy się, że zarówno partja narodowo - socjalistyczna w Niemczech, jak i komunistyczna w Związku Radzieckim wymagają trzeźwości od swych członków. Część druga omawia warunki osobnicze powstawania różnych postaci alkoholizmu i ma już znaczenie czysto lekarskie. Na szczególnie uznanie zasługuje tutaj uwzględnienie w równej mierze czynników zwewnętrznych, jak nabytych, także organicznych i psychicznych. Zasadą kliniki berlińskiej jest między innymi zbadanie sprawy zmieniającej się okresowo tolerancji alkoholowej, która to okresowość ma podłoże organiczne i odgrywa dużą rolę w dipsomanji. Cenne są dokładne badania autora nad usposobieniem ustrojowem alkoholików i próba dokładniejszego określenia rodzajów psychopatii, z jakimi mamy tutaj do czynienia. Nowym faktem, odkrytym przez autora, jest stwierdzenie, iż w bredzeniu alkoholowym (*delirium tremens*), a więc w szczególnie ciężkiej postaci zatrucia przewlekłego, udział psychopatii jest o wiele słabszy. Interesujące są badania nad temperamentami (w granicach normy) alkoholików oraz rozważania, dotyczące zaburzeń przemiany materji w różnych postaciach alkoholizmu (własne, wcześniejsze badania autora). Nowe jest wybitne podkreślenie roli alkoholu jako używki, niekoniecznie zaś jako środka upajającego. Ten właśnie czynnik odgrywa dużą rolę w procesie stawania się alkoholizmem. Specjalne badania przeprowadził autor nad czynnikami konstytucyjnymi u kobiet alkoholicek. Na uwagę zasługują badania porównawcze nad konstytucją, przynależnością do grup zawodowych, socjalnych i etnicznych alkoholików i morfinomanów. Zestawienie np. ludności żydowskiej i chrześcijańskiej daje wyniki niezmiernie interesujące z punktu widzenia psychologii i psychopatologii rasowej. (Z naszych badaczy cytuje tutaj autor pracę kol. B e c k e r a). Ostatnia część dziełka oma-

wia zagadnienia dziedziczności. I tutaj obok badań innych autorów opiera się P o h l i s c h na swoich własnych. Interesujący jest zmieniony stosunek do słynnej F o r e l o w s k i e j blastoftrji (uszkodzenie zarodkowe), która obecnie jest podawana w wątpliwość przy zachowaniu poglądu na ogólne osłabienie vitalności potomków. Zmieniony ten pogląd pozwala na większy optymizm przy zapobieganiu w stosunku do dzieci alkoholików, które należy jaknajwcześniej usuwać ze środowiska rodzinnego. Zresztą, i w stosunku do leczenia samych alkoholików hołduje autor słusznie naszym nowym poglądom na możliwości psychoterapeutyczne wobec psychopatji ustrojowych.

G. B y c h o w s k i.

Prof. Dr. M. KAPPI. **Vorbeugung und Bekämpfung der Operationsgefahren.** (Georg Thieme, Lipsk, 1933, 12 rys, 382 str. Cena M. 17, w oprawie M. 18,60).

Minęły bezpowrotnie te czasy, gdy chirurg był tylko wykonawcą - technikiem. Współczesny chirurg powinien nie tylko umieć rozpoznać dane cierpienie, znaleźć wskazania do wykonania tego czy innego zabiegu, ale powinien potrafić ocenić siły chorego, stan jego narządów, który decyduje o poddaniu chorego operacji lub też wstrzymaniu się od niej. Chirurg współczesny musi wiedzieć, jak przygotować pacjenta do zabiegu i jak zwalczać możliwe powikłania. Wówczas tylko może on liczyć na *maximum* powodzenia w swoim zawodzie. Książka prof. dr. M. K a p p i s a w znakomity sposób ułatwia to zadanie. Znajdujemy w niej ocenę stanu chorego przed operacją (serce, naczynia, płuca, wątroba, nerki, krew, przemiana materji i t. d.), przygotowanie do

operacji ogólne i w rozmaitych stanach chorobowych, zapobieganie i leczenie występujących powikłań pooperacyjnych. W części szczegółowej mamy podane postępowanie pooperacyjne po rozmaitych zabiegach. Książka, napisana przez doskonałego i doświadczonego fachowca, stoi na wysokości zadania, uwzględnia nawet ostatnie zdobycze wiedzy, wskutek czego możemy ją gorąco polecić każdemu chirurgowi, który chce dążyć z postępem, mając na widoku dobro swych chorych.

J. R.

H. L. OSTOWSKI. **Propaganda farmaceutyczna, jej cel i metody.** (Warszawa 1933, str. 114).

Autor stara się w swej pracy dać podstawy naukowe propagandy środków farmaceutycznych, która korzystając z doświadczenia ogólnej propagandy handlowej, musi się jednak znacznie od niej różnić ze względu na rodzaj i charakter propagandowych środków oraz na środowisko, w którym się propaganda odbywa. Uwzględnione zostały wszelkie sposoby propagandy, przyczem autor omawia je szczegółowo, motywuje ich potrzebę, wytyka popełniane w tej dziedzinie błędy. O treści książki mówią tytuły jej rozdziałów: „Propaganda farmaceutyczna“, „Propagator“, „Ogłoszenia farmaceutyczne“, „Listy i druki propagandowe“, „Próby i upominki“, „Apteka i biuro“, „Bibliografia i czasopisma“. Książka napisana żywo wzorowym językiem, ilustrowana przykładami, tak, że czyta się ją z zainteresowaniem. Może ona wyświadczyć dobre usługi firmom farmaceutycznym, które mają niejedną grzech pod tym względem na sumieniu, oraz propagatorom, nie zawsze stojącym na wysokości powierzonych sobie zadań.

H. L.

Wskazówki praktyczne

Leczenie trądzika pospolitego według S e l k i. W przypadkach lekkich djeta małosolna z witaminami roślinnymi. Wewnętrznie: 5 — 10% *Lact. sulf. c. Magnesia usta* — 3 razy dziennie na koniec noża. Zewnętrznie: *Rp. Lact. sulf.* 2,0 — 10,0; *Gumm. arab.* 0,5. *Aq. calc. ad* 200,0. *D. S.* Po umyciu ciepłą wodą stosować zrana i wieczorem. W razie podrażnienia skóry 2 — 3% pasta cynkowo - ichtiolowa. Otwieranie pustuła po uprzednim leczeniu plastrem salicylowym. Obmywanie mieszanką: *Rp. Acid. acet., Trae Benzoes, Spir. camph. aa* 6,0; *Spir. dil. ad* 100,0. Prócz tego leczenie hormonami, leczenie zaburzeń trawienia i niedokrewności. W ciężkich przypadkach lampa kwarcowa i witamina D. (*Derm. Wehschr.* 1932, N. 47).

—o—

Leczenie stanu padaczkowego według R i e b e l i n g a. Najpierw upust 200 — 300 ctm.³ krwi, potem wypuszczenie co najmniej 60 ctm.³ płynu mózgowo-rdzeniowego, dalej dożylnie wstrzyknięcie 50 ctm.³ 40 — 50% cukru gronowego. Manipulacje te obniżają prawie stale istniejące nadmierne ciśnienie wewnątrzczaszkowe (*M. m. W.* 1933, N. 10).

—o—

L ö w poleca w *rwie kulzowej*, bezskutecznie leczonej środkami wewnętrznymi i zastrzykiwaniami — nakłucia lędźwiowe z upustem płynu mózgowo-rdzeniowego. Objaw

L a s e g u e a ustępuje, chód poprawia się znakomicie. (*Med. Klin.* 1933, N. 6).

—o—

W nieżytych gardzieli stosuje D e L e v i e: *Rp. Argolaval* 5,0; *Aq. dest. ad* 100,0. *D.* pendzlowanie. (*Ther. d. Gegenw.* 1933, N. 2).

—o—

Przeciwko nieżytych nosa u dzieci poleca M e t t e n h e i m. *Rp. Liq. Alum. acet.* 3,0; *Adip. lanae* 20,0; *Paraffin. ad* 30,0. *M. f. ung.* Wprowadzać do nosa. (*Med. Welt.* 1932, N. 49).

—o—

L. I s r a ë l zauważył, że kobiety, otrzymujące w 3 ostatnich miesiącach ciąży djeta bezsolną, łatwiej rodzą, mianowicie: 1) poród trwa krócej, 2) bóle porodowe są słabsze, 3) objawy kureczowe są łagodniejsze lub niema ich wcale. (*Bull. Soc. Obstetr.* 1933, Styczeń).

—o—

Przeciwko chorobie morskiej poleca D i e n z *Thalassan*. Jest to kombinacja dialu, belladonny i strychniny. Profilaktycznie 2 pastylki przed wypłynięciem na pełne morze. Leczniczko zrana i wieczorem 1 — 2 pastylek, w ciężkich przypadkach 3 razy dziennie po 2 pastylki — do 8 pastylek w ciągu dnia. Ten sam lek działa również dobrze przy podobnych objawach u podróżujących koleją lub samochodami. (*Ther. d. Gegenw.* 1933, Z. 2).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 11 października 1932 r.

Początek o godz. 20-tej punktualnie.

Obecnych członków Tow. 51, wprowadzonych gości 45.

1. Protokół posiedzenia z dnia 4 października r. 1932 przyjęto.

2. Kol. R u t k o w s k i J., (członek T-wa) i K a l i n o w s k i K. przedstawili chorego z rakiem żołądka, opero-

wanego we wczesnym okresie (streszczenie własne): przypadek, który mi dostarczył do zabiegu operacyjnego kol. R. K a l i n o w s k i, zasługuje na uwagę jeszcze z tego względu, że jest to rak dwuogniskowy, jak to widać na preparacie wyciętego żołądka, który przedstawiam. Przypadki takie są wyjątkowe (2 przypadki V e r s é g o, 3 K o n j e t z n e g o, 2 J a s i e Ń s k i e g o, 1 — nasz). Na naszym preparacie na ścianie tylnej żołądka widzimy dwa oddzielne miękkie guzy, pokryte brodawkowatymi wyrostkami, na niezbyt szerokiej podstawie, z których jeden wielkości około dużego orzecha włoskiego leży bliżej wpustu, drugi mniejszy — wielkości orzecha laskowego, bliżej oddzielnika. Badanie mikroskopowe (Dr. A. S i e d l e c k a): *adenocarcinoma*. Rak te mogły powstać na podłożu przewlekłego nieżytu żołądka.

R o z p r a w y:

Kol. K r y Ń s k i L. (członek T-wa) — podkreśla, że jedynym racjonalnym leczeniem raków żołądka jest leczenie chirurgiczne. Należy jednak zabieg operacyjny stosować możliwie wcześnie. Ma zastrzeżenia co do wyrażenia, „we wczesnym okresie”.

Kol. P a s z k i e w i c z L. (członek T-wa), na pytanie kol. R u t k o w s k i e g o co do możliwości wieloogniskowego powstawania nowotworów odpowiada twierdząco.

Kol. Z a l e s k i M. (członek T-wa), wyjaśnia, że rozpoznanie raka żołądka oparł na nieprawidłowościach zarosów śluzówki, sztywności z drobnymi nierównościami. Po upływie 2 tygodni obraz rentgenowski był taki sam. To go utwierdziło w rozpoznaniu.

Kol. R u t k o w s k i J. (członek T-wa) — zgadza się z Kol. K r y Ń s k i m, że trudno z całą pewnością twierdzić, że sprawa rozpoczęła się dopiero przed miesiącem. Ale również trudno z całą pewnością stwierdzić, że początek choroby datuje się od 3 lat, kiedy chory odczuwał pewne dolegliwości. W odpowiedzi kol. P a s z k i e w i c z o w i stwierdza, że klinicyści musi wierzyć w możliwość przekształcania się nowotworów łagodnych w złośliwe.

3. Kol. R u t k o w s k i J. (członek T-wa) i kol. J a r o s z e w i c z Wł. przedstawili chorego, *operowanego z powodu dużego rozszerzenia żołądka w zwężeniu odźwiernika* (streszczenie własne): w dużym rozszerzeniu żołądka z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika samo zespolenie nie wystarcza do przywrócenia drożności żołądka. Żołądek taki że się opróżnia przez zespolenie, gdyż po bokach jego zwisają dwa duże worki z zalegającą treścią. O ile stan chorego na to pozwala, R. — jest zwolennikiem w tych przypadkach doraźnej rezekcji żołądka; o ile zaś stan jest ciężki, rozkłada zabiegi operacyjne na 2 tempa: najpierw zespolenie, potem usunięcie części żołądka, znajdującą się pomiędzy odźwiernikiem a zespoleniem. W omawianym przypadku R. dokonał od razu rezekcji, ponieważ stan chorego nie był najgorszy.

Byłoby pożądane, ażeby koledzy interniści zbyt nieprzewlekali leczenia wewnętrznego (plukanie) i dawali chorych wcześniej do zabiegu niż *in extremis*.

Kol. K r y Ń s k i L. (członek T-wa) — stwierdza dodatnie wyniki zabiegu operacyjnego, wykonanego przez kol. R u t k o w s k i e g o. Ponieważ jest to zabieg ciężki, uważa, iż należało zacząć od zabiegów lżejszych, a więc od pyloro-plastyki. Gdyby ta zawiodła, po paru tygodniach można by wykonać gastroduodenostomię, wytwarzając w ten sposób jak najpomyślniejsze warunki dla trawienia. I dopiero w razie niepomyślnego wyniku pomyśleć o rezekcji. W tym przypadku otrzymane pomyślne wyniki są w znacznej mierze zależne od młodego wieku chorego.

Kol. Z a o r s k i J. (członek T-wa) wyjaśnia, że w chwili obecnej chirurgia stara się leczyć podstawę choroby w przypadkach wrzodu żołądka. W omawianym przypadku duża kwasota wskazywała raczej na trwającą sprawę zapalną. Zabiegami operacyjnymi uzyskiwaliśmy drożność, ale zarazem pozbyliśmy się części żołądka usuwając treść drażniącą. Do zabiegów wspomnianych przez Kol. K r y Ń s k i e g o, nie uciekamy się, gdyż w przypadkach istniejących wzrostów są trudne, lub niemożliwe. Możemy również natrafić na powierzchnię wrzodziejącą, co nie przyczyni się do wygojenia sprawy. Kol. Z a o r s k i jest zwolennikiem metody R y d y g i e r a, przy której usuwamy również część wydzielniczą.

Kol. R u t k o w s k i J. (członek T-wa) — w odpowiedzi kol. Z a o r s k i e m u wyjaśnił, że wrzód był już zagojony, za czem przemawiało badanie treści. Wydaje mu

się wątpliwym, aby można było osiągnąć wyniki dodatnie za pomocą metod plastycznych.

4. Kol. M i k u l o w s k i W. (członek T-wa), przedstawił *przypadek infantylismu renalis u 12-letniego chłopca* (streszczenie własne): Chłopiec proporcjonalnie zbudowany ma wagę dziecka 6-letniego, a wzrost chłopca 8-letniego t. j. 16,6% odchylenia od normy. Badanie rentgenologiczne czaszki, kości długich i jam narządów wewnętrznych — ujemne. W szkole jest najmniejszym chłopcem w klasie, posiada żywą inteligencję. Zahamowanie wzrostu zaczęło się w 6-ym r. życia. Od tego czasu chłopiec wykazuje przewlekłe, bezgorączkowe krwotoczne zapalenie nerek, ze względną kompensacją, z suchą retencją chloru, z acydozą, bez azotemii, z moczem o niskim ciężarze gatunkowym i z małą zawartością białka, skąpą hematurją i cylindrurją. Mimo twarzy bladej, kośćca drobnego i mięśni upośledzonych dziecko jest pozornie zupełnie zdrowe, bo poza zwiększoną diurezą, wolne od dolegliwości. Jakkolwiek rola toksyczna ukrytego zakażenia gruźliczego nie jest w przypadku tej nefropatii wyłączona — to jednak trudno ją udowodnić. Brak podejrzenia w kierunku kiły wrodzonej.

Przypadek porusza zagadnienie przyczyny karłowatości dziecka niezależnej od krzywicy, ale od cierpienia nerek. Schorzenie przewlekłe tego narządu powoduje w skutku wypadnięcie funkcji endokrynalnej nerki. Sprawa ta wprowadzona została do piśmiennictwa przez autorów amerykańskich H i l l a i H u n t a.

R o z p r a w y:

Kol. S a b a t B r. (członek T-wa) — uważa za wielką lukę brak rentgenogramów chorego, wobec czego tło karłowatości nie jest wyjaśnione.

Kol. C i e s z y Ń s k i T. (członek T-wa) podkreśla brak badania psychiki w omawianym przypadku. Uważa za niesłuszne wiązanie karłowatości z nieomogą trzustki lub nerek, gdyż nie znamy żadnej wydzieliny tych narządów, która by hamowała wzrost.

Kol. M i k u l o w s k i W. (członek T-wa) — wyjaśnia, że rentgenogramy chorego były zupełnie prawidłowe, również klinicznie nic nie przemawiało za zmianami w kościach (badania krwi). Co do *infantilismu renalis* — sprawa ta ma różne nazwy, i nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona.

4. Kol. S a b a t B r. (członek T-wa) wygłosił odczyt p. t. „Przyczynek do semiologii i patogenezy choroby Albers-Schönberga (marmurowatość kości)” — (streszczenie własne): w r. 1904 przedstawił A l b e r s - S c h ö n b e r g w Towarzystwie Lekarskim w Hamburgu przypadek nieznanej, osobliwej postaci osteosklerozy ogólnej, — zągęszczenia tkanki kostnej prawie wszystkich kości. Przypadek ten opisał A l b e r s - S c h ö n b e r g w r. 1907, przyczem podał główną cechę znamioną tego schorzenia układowego, polegającą na tem, że substancja gąbczasta kości zągęszcza się, zatracając swoją strukturę, staje się jednolicie zbita oraz krucho, mniej sprężysta, przez co upodabnia się do marmuru. A także kość, w ten sposób zmieniona, przypomina wyglądem swym w obrazie radiologicznym na negatywie biały marmur kararyjski. Porównanie użyte przez A l b e r s - S c h ö n b e r g a przyjęło się w piśmiennictwie, co znalazło swój wyraz w tem, że późniejsi autorowie w opisach swoich przypadków tej choroby nazywają ją „Marmorknochenerkrankung” i mówią o „Marmorskelett”, „Marmorknochen”, „les os marmoréens”, „marble bones”. Jako odpowiednik w j. polskim do wyrazu „Marmorknochenerkrankung” proponuje prelegent wyrażenie: „marmurowatość kości”, przyczem zauważa celem uniknięcia nieporozumienia, że miano „marmurowatość”, użyte w znaczeniu powyższem, oznacza zgoła co innego, niż wyraz o podobnym brzmieniu „marmurkowatość”, która oznacza podobieństwo do niektórych rodzajów marmuru pod względem żyłkowatości. Wyraz „marmurkowatość” byłby zatem tu niewłaściwy, i nie należy go utożsamiać z „marmurowatością”. Podobnie przez niektórych autorów francuskich użyta nazwa „les os marbrés” nie jest właściwa; natomiast odpowiednie jest wyrażenie, podane przez prelegenta na III Międzynarodowym Kongresie Radiologicznym „les os en marbre”. Angielski autor K a r s c h n e r, a za nim inni, jak D u p o n t, używają na oznaczenie choroby A l b e r s - S c h ö n b e r g a wyrazu „osteopetrosis”. Niektórzy autorowie opisali swoje przypadki schorzenia tego pod nazwą „osteosclerosis generalis”, która to nazwa jednak jako zbyt ogólna z pojęciem ściślej marmurowatości kości nie pokrywa się.

Choroba A l b e r s - S c h ö n b e r g a jest naogół jeszcze mało znana. Nawet w wielkich podręcznikach patologii szczegółowej i anatomii patologicznej niema o niej

wzmianki lub jest bardzo mało. Najwięcej znajdujemy o niej w piśmiennictwie radiologicznym, co się tem tłumaczy, że odkrycie tej choroby i rozpoznanie jej we wszystkich dotychczas notowanych przypadkach zawdzięczamy promieniom R o e n t g e n a. Dotychczas jest notowanych w piśmiennictwie około dwudziestu kilku przypadków tej choroby, w tem 3 przypadki prelegenta. Pierwszy przypadek marmurowatości kości, rozpoznany w Polsce, przedstawił prelegent w r. 1929 w Towarzystwie Radiologicznym Lekarskim Polskiem i również referował o nim w Verhandlungen d. Deutschen Röntgengesellschaft B. 21 w r. 1930. O wszystkich trzech swoich przypadkach marmurowatości kości referował prelegent na III Zjeździe Ortopedów Polskich w r. 1930 i na III Międzynarodowym Kongresie Radiologicznym w Paryżu w r. 1931. Z polskich autorów jeden przypadek schorzenia tego opisał K r z e p i s z w Polskim Przeglądzie Chirurgicznym T. XI. Z. IV. r. 1932.

W dalszym ciągu kol. S a b a t podaje szczegółowy opis choroby A l b e r s - S c h ö n b e r g a.

R o z p r a w y:

Kol. P a s z k i e w i c z L. (członek T-wa) — zwraca uwagę na termin *osteoporosis*, które prelegent uważa za odwapnienie. Zapytuje, co wobec tego prelegent uważa za *halisteresis*.

Kol. S a b a t Br. (członek T-wa) — wyjaśnia, że z *halisteresis* prawdopodobnie w patologii nie spotykamy się wcale. W krzywicy ilość wapnia w substancji kostnej odpowiada normie, podobnie jak w *osteoporosis*. Mamy natomiast do czynienia ze zmniejszeniem ilości beleczek w jednostce objętości.

5. Kol. R u d z k i St. (członek T-wa), wygłosił *sprawozdanie z Międzynarodowej konferencji Przeciwgruźliczej w Hadze* (streszczenie własne).

VIII-y międzynarodowy Zjazd przeciwgruźliczy odbył się we wrześniu r. b. w Hadze i Amsterdamie.

Uczestników było przeszło 700, reprezentujących 33 państwa; polaków było 12. Za miejsce następnego Zjazdu (w 1934 r.), obrano jednomyślnie Warszawę. Za języki urzędowe Zjazdów poza obowiązującymi dotąd językami francuskim i angielskim uznano również języki: niemiecki, hiszpański i włoski, a po burzliwej dyskusji większością głosów dodano jeszcze jeden z języków słowiańskich (wybór pozostawiono do uznania związku lekarzy słowiańskich).

Tematy naukowe były omawiane: Stosunek alergii do odporności w gruźlicy (główny referent — prof. B o r d e t z Brukseli), leczenie złotem w gruźlicy (prof. S a y é z Barcelony) i opieka posanatoryjna (dr. V o s z Hellendoorn).

Poza głównymi referentami do każdego tematu zgóry wyznaczono po 10 koreferentów z różnych krajów (w tej liczbie do tematu o leczeniu złotem — prof. R e n e k i ze Lwowa).

W dyskusji szczegółowej zabierali głos liczni mowcy w tem polacy: dr. S k i b i Ń s k i, Dr. D a n i e l s k i, Dr. D a b r o w s k i, Dr. M a r t y s z e w s k i i Dr. St. R u d z k i).

Na bankiecie pożegnalnym w Amsterdamie Dr. R u d z k i wygłosił dłuższe przemówienie, zapraszając wszystkich obecnych na następny Zjazd do Polski.

Po zamknięciu Zjazdu odbyły się wycieczki naukowe po Holandji.

Prelegent pokazał szereg przezroczy, ilustrujących odrębne cechy organizacji przeciwgruźliczych w Holandji.

Posiedzenie zamknięto o godz. 22 minut 45.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: M. K r u s z ó w n a.

Prezes: Witold O r ł o w s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Colmarze z dn. 4.II.1933 (Strasbourg méd. N. 11, 1933) pokazywał M. J o c q u e l przypadek *niedokrewności splenomegalicznej*. 14-letnią dziewczynkę przywieziono do szpitala z powodu krwawych wymiotów. Badanie kliniczne wykazało jedynie powiększenie śledziony (21 ctm. $\times$ 11½ ctm.), niedokrewność (?) (4.1700.000 czerwonych ciałek krwi i 76% hemoglobiny), leukopenję (3200 białych ciałek) z względną mononukleozą, objawy skazy krwotocznej z czasem krzepnięcia 15', zmniejszoną kurczliwość skrzepu, dodatnim objawem opaskowym, czasem krwawienia 11', małopłytkowością (48.000). Odczyn W a s s e r m a n n a, H e c h t a, K a h n a ujemne. Odczyn W e i n b e r g a ujemny. Próbné leczenie

swoiste nowarsenobenzolem i cjkaniem rtęci pozostało bez wpływu na powiększenie śledziony. Prelegent przypuszcza istnienie zespołu B a n t i e g o w jego okresie początkowym lub niedokrewności splenomegalicznej, uważa, że stan wymaga leczenia chirurgicznego i proponuje pacjentce wycięcie śledziony (*splenektomia*).

Na posiedzeniu Towarzystwa Oto-Neuro-Oftalmologii w Strasburgu z dnia 11 marca 1933 r. (Strasbourg méd. N. 11, 1933) pokazywali J. A. B a r r é, E. W o r i n g e r i L o r i n o d'A n d r a d e przypadek zespołu *dysharmonji i miejscowego zespołu blokady wodociągu w guzie półkuli mózdkowej*. 27-letni mężczyzna, operowany przez Cl. V i n c e n t a z powodu guza lewej półkuli mózdkowej wykazywał między innymi następujące objawy: 1) zespół przedsionkowy dysharmonji B a r r é g o, który prelegenci przypisują schorzeniu mózdkowemu (dodatni objaw przedsionkowy R o m b e r g a w tym samym kierunku, co oczopląs); 2) zespół uciskowy IV komory: blokada powietrza, zastrzykniętego dołędźwiowo metodą L a r n e l l e a i wczesne wystąpienie wymiotów, które się zjawiały na długo przed wystąpieniem wzmożonego ciśnienia czaszkowego. Prelegenci przypisują duże znaczenie przedsionkowemu zespołowi dysharmonji, który w tym przypadku był ściśle jedynym objawem schorzenia mózdkowego, podczas gdy klasycznych objawów nie było aż do dnia, poprzedzającego operację. Spostrzeżenie to potwierdza pozatem fakt, że wymioty niezawsze są wyrazem wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego, lecz że w pewnych przypadkach mają one znaczenie objawu umiejscawiającego.

Na posiedzeniu Towarzystwa Dermatologicznego w Strasburgu z dnia 12 marca 1933 r. (Strasbourg méd. N. 11, 1933) P a s t e u r - R a d o t i P. B l a m o n t i e r mówili o *działaniu wyciągów ze śledziony wieprzowej w dużych dawkach na pewne schorzenia skóry*. Wyciąg śledzionowy wykazuje działanie, tylko będąc podany w dużych dawkach. Autorzy robią codziennie wstrzykiwania dawek, odpowiadających 50 do 150 gr. śledziony w ciągu dwunastu dni. Dalej można prowadzić leczenie, robiąc wstrzykiwania co drugi dzień. Wyniki są różne w zależności od zastosowanego wyciągu śledzionowego; niektóre z nich okazują się szczególnie czynne. Znakomite wyniki osiągnęli prelegenci w sączących wypryskach, żadnych wyników nie otrzymano w suchych wypryskach, uległych zliżawaceniowi, wątpliwe — w pokrzywkach, czasami pomyślnie w świądzie.

Na posiedzeniu Towarzystwa Dermatologicznego w Strasburgu z dni 11 marca 1933 r. (Strasbourg méd. N. 11, 1933) pokazywał M. W o l t przypadek *wykwitów guzkowatych typu rumienia guzowatego o szczególnym przebiegu, wyleczonych salicylanem sodowym*. U 50-letniej kobiety w dwa dni po zastrzyknięciu propionu z powodu ciężkiego ropnego zapalenia migdałków, wywołanego przez paciorkowce hemolizujące, wystąpiły guzki rumieniowe bardzo bolesne i dość powierzchowne zrazu na przedniej powierzchni obu podudzi, a następnie na udach, przedramionach, łokciach i dłoniach. Natężenie objawów bólowych, wyraźna skłonność niezbyt głębokich zmian do zlewania się ze sobą, stwarzająca rozległe powierzchnie rumieniowe bardzo bolesne, a jednocześnie wysoka gorączka nakazywały odrzucić rozpoznanie rumienia guzowatego (*erythema nodosum*). Serja 3 zastrzykiwan 10% roztworu glukoronianu wapnia nie spowodowała żadnej poprawy; natomiast wstrzykiwania śródżylne 10 cm.³ 10% salicylanu sodowego codziennie wywołały bardzo szybko zmianę obrazu klinicznego. Począwszy od pierwszego zastrzyknięcia, bóle się uspokajały, plamy blade, guzki uteszły spłaszczeniu i wchłaniały się, po szóstym zastrzyknięciu nastąpiło całkowite wyleczenie. Ozdrowienie uległo zwolnieniu wskutek silnych bólów stawowych, które utrzymywały się przez 3 tygodnie; 3 posiewy ze krwi dały wynik ujemny, badanie krwi wykazało bardzo lekką leukocytozę z mononukleozą, wszystkie narządy wewnętrzne (klatki piersiowej i jamy brzusznej) nie wykazywały żadnych zmian.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Dolnego Reenu w Strasburgu z dnia 25 lutego 1933 r. (Strasbourg méd. N. 11, 1933) pokazywali M e r k l e n, R. W a i t z i J. K a b a k e r przypadek *niedorozwoju tętnic w zakresie kończyn górnych*. 47-letni chory zgłosił się do kliniki z powodu gorączki (39,7°), kaszlu i duszności. Chory wykazywał silną sinicę i duszność. Uderzającym był zupełny brak tętnienia w obu tętnicach szprychowych. Pierwsze wrażenie budziło podejrzenie zapaści sercowo - naczyniowej. Osluchiwanie płuc stwierdzało ich rozedmę i rozsiane świsły i fureczenia w obu płucach. Ognisk zapalnych w płucach nie było. Dokonano upustu krwi i zaczęto podawać środki nasercowe. Na drugi

dzień chory czuł się lepiej, lecz tętno w tętnicach promieniowych było niemałalne. Tętno serca było lepiej słyszalne i mało zmienione. W wywiadach chorego nie było żadnych skarg na serce. Badanie układu tętniczego wykazało nietylko symetryczny brak tętna w tętnicach promieniowych, lecz również w tętnicach ramieniowych. Tętno w tętnicach pachowych było słabe, zwłaszcza po stronie lewej, tak samo w tętnicy szyjnej po tej samej stronie. Natomiast w kończynach dolnych tętno było normalne. Metodą osłuchową nie można było określać ciśnienia tętniczego, gdyż na kończynach górnych nie słychać było żadnych szmerów tętniczych. Określono wobec tego ciśnienie oscylometrem B o n l i t t e a na kończynach górnych powyżej łokcia, na dolnych — poniżej kolana. Wynosiło ono na lewym ramieniu Mx = 60, Mśr. = 60, Mn = 50, w. osc. bardzo mały, na prawym ramieniu Mx = 60, Mśr. = 60, Mn = 50, w. osc. bardzo mały, na lewym podudziu Mx = 130, Mśr. = płaszczyna (100 — 90 — 80), Mn = 60,

w. osc. normalny, na prawym podudziu Mx = 140, Mśr. = płaszczyna (110 — 100 — 90), Mn = 70, w. osc. normalny. Ciśnienie żyłne było na kończynach górnych normalne (13 cm. wody). Badanie kliniczne i rentgenowskie serca i tętnicy głównej nie wykazało zmian patologicznych, tak samo badanie innych narządów. Odczyn B o r d e t - W a s s e r m a n n a wypadł ujemnie, nie było cukromoczu, poziom cukru we krwi 120 mgr.%, cholesteryny 130 mgr.%. Wobec braku zaburzeń czynnościowych, kurczowych, sinicy i t. p. nie można było rozpoznawać ani zarostowego zapalenia tętnic (*endarteriitis obliterans*), ani choroby R a y n a u d a, tembardziej, że próba ciepłej kąpieli nie spowodowała żadnych zmian ani w ciśnieniu, ani we wskaźniku oscylometrycznym. Wobec tego prelegenci rozpoznają w swym przypadku niedorozwój tętnic (*aplasia arterialis*). Badanie kapilaroskopowe wykazało zmniejszenie średnicy włosniczek kończyn górnych. Przypadki podobne należą do rzadkich.

Przegląd terapeutyczny

Z Kliniki Psychjatrycznej Uniw. Warsz.

(Dyrektor: prof. dr. J. M a z u r k i e w i c z).

Rutnal w leczeniu zespołów padaczkowych.

Podał

Dr. Mieczysława BRUNOWA (Warszawa).

Do terapii epilepsji zostało wprowadzone w ostatnich latach systematyczne stosowanie preparatów pochodnych od malonylo — mocznika. Wiemy, jak rozpowszechnione jest podawanie gardenalu, czyli fenyletylo — malonylo — mocznika. Obecnie we Francji stosują w epilepsji z wielkim powodzeniem obok gardenalu inny pokrewny mu środek leczniczy w postaci rutonalu, czyli fenyletylo — metyletylo — malonylo — mocznika. Gaston Maillard i Henri Bompert w pracy zatytułowanej: „Le traitement moderne de l'épilepsie”¹⁾, podkreślając wielką rolę, jaką odegrały w leczeniu epilepsji gardenal i rutnal, twierdzą, że od czasu zastosowania tych dwóch środków leczniczych epilepsja przestoczyła się w schorzenie uleczone. Dodatkowemu wpływowi omawianych środków podlegają zarówno ataki drgawkowe, jak i petit mal a także i różne zaburzenia psychiczne w istocie swej związane z epilepsją, jak impulsy, ucieczki, stany zamroczeniowe, osłabienie pamięci, a nawet ubytki intelektualne. Pod wpływem leczenia poprawia się również odżywianie chorego, daje się stwierdzić znaczny wzrost wagi i apetytu, lepszy wygląd i większa aktywność pacjenta. Zdaniem tych autorów, rutnal wykazuje słabszą toksyczność od gardenalu, jest poręczniejszy w użyciu i z tych powodów jest przez nich wysuwany na plan pierwszy. Dodają oni jednak, że w leczeniu oboje te leki dopełniają się wzajemnie, i że przewaga jednego lub drugiego zależy od wrażliwości osobniczej chorego. Niektórzy chorzy, u których gardenal nie dawał żadnego skutku leczniczego, zostali wyleczeni przez stosowanie rutonalu, u innych zaobserwowano odwrotne zjawisko. W dość rzadkich przypadkach, w których leczenie rutonalem, a następnie gardenalem nie wpłynęło dodatnio na zaburzenia epileptyczne, wskazane jest kombinowanie obu środków leczniczych. W niektórych opornych przypadkach osiągnięto dobre skutki lecznicze przez połączenie rutonalu lub gardenalu z małymi dawkami bromu pod postacią novobrolu lub sedobrolu. Wyżej wymienieni autorowie cytują chorego,

u którego pod wpływem gardenalu ustąpiły napady epileptyczne, a pod wpływem rutonalu „petit mal”. Dodatnie wyświadczenia leczenia rutonalowego i gardenalowego są, według nich, w wysokim stopniu uzależnione od doświadczenia lekarza i od należytej znajomości zasad, którym podlegać powinno leczenie. Najważniejsze z tych zasad są: podawanie leku w dostatecznych ilościach oraz ciągłość leczenia. Istotną właściwością farmakodynamiczną tych środków leczniczych jest to, że nie gromadzą się one w organizmie, stąd niezbędność przepisywania stałych i codziennych dawek gdyż prawie każda przerwa w leczeniu neodzwrotnie powoduje szybką recydywę, zaś długotrwałe i ciągle stosowanie tych leków nie daje nigdy wyników ujemnych.

P a g n i e z²⁾ również wspomina o rutonalu, który u nielicznych epileptyków daje lepszy efekt leczniczy od gardenalu. Twierdzi on, że w pewnej liczbie przypadków epilepsji najlepsze wyniki lecznicze osiągnięto przez skombinowanie słabych dawek gardenalu i rutonalu lub też połączenie jednego z tych leków z bromem. Według jego przypuszczeń brom działa bezpośrednio na ośrodki nerwowe, a rutnal i gardenal, poza działaniem bezpośrednim, wywierają prawdopodobnie jednocześnie wpływ pośredni przez modyfikację równowagi kwasowo — zasadowej krwi.

Według J. L e y r i t z a³⁾ rutnal wydaje się być skuteczniejszym od gardenalu w przypadkach „petit mal”.

W Klinice Psychjatrycznej U. W. poddaliśmy leczeniu rutonalem 10 epileptyków i 5 epileptyczek. Chorzy otrzymywali rutnal w tabletkach po 0,2 każda. Ze względu na szczupłość badanego materiału nie ujmujemy tutaj otrzymanych wyników w dane statystyczne. Postaramy się natomiast w krótkim streszczeniu podać przebieg i skutek leczenia w każdym poszczególnym przypadku i wysnuć odpowiednie wnioski.

M ę z c z y ż n i:

1) L. S., lat 34, przebywał w Klinice Psychjatrycznej od 12.XI.1930 do 26.II.1931 z powodu napadów typowo padaczkowych, które miewał od 19-go roku życia, i które w ostatnich latach występowały prawie że codziennie, niekiedy kilka razy na dzień. Pozatem miewał „petit mal” i lęki. Przed przybyciem do Kliniki dostawał luminal. W Klinice miał 2

²⁾ Ph. P a g n i e z. La thérapeutique actuelle de l'épilepsie. L'Encéphale N. 1. Janvier 1931.

³⁾ Jacques L e y r i t z. Contribution à l'étude du traitement par le phényléthylmalonylurée des manifestations épileptiques. L'Encéphale, 1928.

¹⁾ Gaston M a i l l a r d et Henri B o m p a r t. Le traitement moderne de l'épilepsie. Journal des Praticiens, 28 juin 1928.

ataki epileptyczne 15.XI. i 19.XI. Leczenie rutonalowe rozpoczęło 19.XI, chory dostawał 3 razy dziennie po 1 tabletkę. W połowie grudnia dwukrotnie wystąpiła aura, do ataków jednak nie doszło. Od 10.I.1931 zmniejszono ilość rutonalu do 2 tabletek dziennie. Ataków przez cały czas trwania kuracji nie stwierdzono. Chory został wypisany w stanie znacznej poprawy. Z katemnezy wiemy, że chory po wypisaniu się z Kliniki dostawał w domu rutonal w przeciągu dwóch miesięcy i przez ten czas ani ataków, ani „petit mal” nie miał. Po zastąpieniu rutonalu luminalem i bromem wystąpiły napady padaczkowe (mniej więcej 2 razy w tygodniu) oraz „petit mal”. Od końca grudnia 1931, t. j. od czasu, kiedy choremu nanowo zaczęto podawać rutonal, wszelkie zaburzenia padaczkowe ustąpiły. Pamięć pacjenta poprawiła się, chory więcej, niż dawniej, interesuje się tem, co się na świecie dzieje, i w nieobecności pracującej poza domem żony prowadzi gospodarstwo i opiekuje się dziećmi.

2) R. A., lat 31, który leczył się w Klinice Psychj. od 28.XI.1929 do 11.III.1931, miał typowe ataki epileptyczne od 16-go roku życia, z początku parę razy dziennie, później raz lub dwa na tydzień. Przed przybyciem do nas leczony był luminalem. Z początku pobytu w Klinice otrzymywał brom i luminal. Od 7.XII. do 15.XII. miał 4 ciężkie ataki epileptyczne. 18.XII.1929 zaczęto stosować rutonal 3 razy dziennie po 1 tabletkę; 23.XII. chory miał lekki i krótkotrwały napad padaczkowy. 26.I.1930 rutonal zmniejszono do 2 tabletek dziennie, ponieważ chory narzekał czasami na bóle głowy i lekką senność. Ataków nie miał. 12.IV.1930 z powodu braku rutonalu przerwano podawanie go choremu i zastąpiono luminalem. Od tego czasu wystąpiły ciężkie napady padaczkowe z początku co parę tygodni, następnie co parę dni, poza tem chory wykazywał podniecenie, agresywność i konflikty z otoczeniem. 17.VII. wznowiono podawanie rutonalu (3 tabletki dziennie) — ataki ustały, zachowanie się chorego uległo zmianie, chory stał się spokojniejszy i bardziej opanowany. 16.XI. zmniejszono ilość podawanego rutonalu do 2 tabletek dziennie — ataków nadal niema, jedynie od czasu do czasu chory skarży się, że odczuwa „momentalne drżenia”. Konfliktów z otoczeniem nie zanotowano. 2.II.1931 zaczęto stosować kombinowane leczenie rutonalowo-luminalowe (dziennie po 1 tabletkę rutonalu i 1 tabletkę luminalu) — napadów nie było. 21.II. zaczęto podawać sam luminal (2 tabletki dziennie), po 2 dniach wystąpił atak epileptyczny, wobec czego ponownie zaczęto stosować rutonal (2 tabletki dziennie) i w ten sposób wstrzymano napady. Co do stanu psychicznego chorego, należy zaznaczyć, że podczas leczenia rutonalnego chory obok znacznego uspokojenia wykazywał większy krytycyzm co do swojej choroby, zaczął się troszczyć o swój dalszy los, czego dawniej nie było.

3) W. S., lat 28, przebywał w Klinice Psychj. od 27.XI. 1929 do 15.I.1930. Pacjent od 7-go roku życia miał napady padaczkowe, powtarzające się raz lub dwa na miesiąc. Poza tem wykazywał dużą pobudliwość, częste podniecenie i agresywność oraz charakter wybitnie epileptyczny. Przebywał kilkakrotnie w szpitalu dla psychicznie chorych. W Klinice początkowo dostawał brom z makowcem i luminal. Od 9.XII. do 16.XII. miał 6 napadów padaczkowych. Od 18.XII. choremu zaczęto podawać rutonal (3 tabletki dziennie). Od tego czasu aż do wypisania napadów epileptycznych nie miał. Pobudliwość oraz agresywność w stosunku do innych chorych utrzymywała się.

4) M. S., lat 34, będący na leczeniu w Klinice Psychj. od 20.XI.1930 do 17.IV.1931, miał pierwszy napad padaczkowy w 20-ym roku życia. Od kwietnia 1930 roku miał ataki 2 lub 3 razy na tydzień. Od 4 lat pil dużo, przechodził dwukrotnie białą gorączkę. Po przybyciu do Kliniki w okresie czasu od 26.XI. do 29.XI. chory miał 3 typowe napady padacz-

kowe, po których zaczął dostawać rutonal 2 razy dziennie, a od 2.IV. 1 raz dziennie. Od czasu zastosowania leczenia rutonalowego u chorego nie stwierdzono ani jednego ataku.

5) D. J., lat 27, leczył się w Klinice Psychj. od 5.II.1930 do 3.III.1930. Od 15-go roku życia miał ataki epileptyczne, powtarzające się 2 razy na miesiąc. Od 8.II. chory dostawał rutonal (2 tabletki dziennie). Do końca pobytu w Klinice ataków nie miał. Po wypisaniu go przez żonę chory w domu przerwał kurację rutonalową, i wtedy wystąpiły codzienne napady padaczkowe.

6) J. A., lat 36, przebywał w Klinice Psychj. od 4.V.1931 do 30.V.1931 z rozpoznaniem: „*Epilepsia genuina. Dementia epileptica. Stany zamroczenia*”. Ataki padaczkowe od 15-go roku życia, dawniej co dwa tygodnie, a w ostatnim półroczu co drugi dzień, miał przytem serje napadów, do sześciu w ciągu doby. W ostatnich dniach, poprzedzających przybycie chorego do Kliniki, ataki występowały codziennie, oprócz tego chory miał częste „petit mal”. Od 6 miesięcy był stale podniecony, mówił od rzeczy, krzyczał, że go trują, że o nim stale mówią; na ulicy oglądał się, wykazywał lęk; stał się agresywny w stosunku do żony i siostry. Nazajutrz po przybyciu do Kliniki zaczął otrzymywać rutonal — 3 tabletki dziennie, a od 21.V. tylko dwie. Do czasu wypisania go przez żonę miał tylko jeden atak w dwa dni po przybyciu do Kliniki. Podniecenie chorego ustąpiło, zachowanie stało się poprawne; chory mógł się utrzymać na sali dla chorych spokojnych.

7) G. D., lat 38, przebywający w Klinice Psychj. od 1.VII.1930 do 2.VIII.1930, miał konwulsje w dzieciństwie. Od 21-go roku życia ataki epileptyczne co parę tygodni, pozatem „petit mal” i ekwiwalenty epileptyczne. W Klinice otrzymywał rutonal (3 tabletki dziennie). Po pierwszych dawkach chory odczuwał jakieś sensacje w kończynach, które wkrótce ustąpiły zupełnie. Chory do końca pobytu w Klinice nie miał ataków, ani „petit mal”; czuł się znacznie lepiej.

8) K. J., lat 24, był w Klinice Psychj. od 12.X.1929 do 10.II.1930, ataki epileptyczne miał podobno od 20-go roku życia. W Klinice dostawał początkowo brom z makowcem i luminal. 16.X. i 25.X. miał 2 typowe ataki epileptyczne. Od 22.I.1930 choremu podawano rutonal — 3 tabletki dziennie; od tego czasu ataków nie stwierdzono.

9) Z. J., lat 32, przebywał w Klinice Psychj. od 29.I.1930 do 3.III.1930 z rozpozn.: „*Epilepsia (post meningitidem?). Degeneratio psychica epileptica. Dementia. Alcoholismus chronicus. Delirium tremens*”. W dzieciństwie przechodził zapalenie mózgu. Czy miał ataki w latach dziecięcych, z całą pewnością ustalić się nie udało. Napady padaczkowe od 21-go roku życia, mniej więcej 3 — 4 razy na miesiąc. W ostatnich miesiącach 2 — 3 ataki dziennie. Pije od 20-go roku życia, przechodził białą gorączkę. Choremu w Klinice podawano rutonal — 2 tabletki dziennie. Ataków nie stwierdzono. Został wypisany przez żonę z poprawą.

10) D. R., lat 32, pozostający w Klinice Psychj. od 28.III.1930 do 7.V.1931, miał ataki epileptyczne od 18-go roku życia — po kilka razy na tydzień, a często i po kilka dziennie, pozatem częste „petit mal” oraz długotrwałe zamroczenia, występujące po atakach. Często bywał agresywny. Wykazywał demencję epileptyczną. Wielokrotnie przebywał w szpitalu dla psychicznie chorych. W Klinice dostawał początkowo brom z makowcem i luminal lub sam luminal i miał napady padaczkowe mniej więcej dwa razy w miesiącu. Zastosowanie rutonalu 2 lub 3 razy dziennie po 1 tabletkę nie dało efektów leczniczych, jedynie po zwiększeniu ilości rutonalu do 4 tabletek dziennie następowały przerwy w atakach, zaś przy każdej próbie zmniejszenia dawki ataki zjawiały się na nowo.

Jak widzimy z 10 opisanych tu pokrótce przypad-

ków epilepsji u mężczyzn, w 9 przypadkach stwierdza się dodatni wpływ leczenia rutonalowego na ataki epileptyczne, które ustępują po zaaplikowaniu średnich dawek rutonalu (2 lub 3 tabletki dziennie) i nie zjawiają się przez cały przeciąg kuracji. W przypadkach, w których obok wielkich ataków padaczkowych chorzy cierpieli na „petit mal”, lęki, lub ekwiwalenty epileptyczne, efekt leczniczy kuracji rutonalowej obejmował i te zaburzenia epileptyczne (chorzy: I, VI, VII). Widzimy również występującą w niektórych przypadkach pod wpływem leczenia rutonalowego zmianę na dobre w stanie psychicznym chorego — w I przypadku poprawa pamięci oraz większe zainteresowanie się wszystkim, w II przyp. zjawienie się krytycyzmu co do choroby i troski o dalszy los, w VI przyp. zupełne uspokojenie się chorego, a w VII przyp. lepsze samopoczucie pacjenta. U chorych: I, II, III i VIII, którzy przed rozpoczęciem kuracji rutonalowej poddani byli leczeniu bromowo-luminalowemu, stwierdziliśmy bezskuteczność tego ostatniego. Również wszelkie próby zastąpienia podawanego przez pewien czas rutonalu luminalem i bromem wywoływały nawrót ataków padaczkowych oraz „petit mal”.

Jedynie w przypadku X stwierdzamy brak efektu leczniczego kuracji rutonalowej przy podawaniu średnich dawek leku, które w 9 poprzednich przypadkach okazały się zupełnie wystarczające. Dopiero przy większych dawkach następowały przerwy w atakach, zjawiających się nanowo przy próbie zmniejszenia tych dawek. Niestety, te wyższe dawki rutonalu, wywołujące przerwę w atakach, były w tym przypadku podawane w przeciągu bardzo krótkiego czasu, bo zaledwie kilku dni, i słuszenie wobec tego następcza się przypuszczenie, że w razie dostatecznego przedłużenia wyższych dawek można by bezkarnie stopniowo je zmniejszać. Wszak u chorych: I, II, IV i VI zmniejszaliśmy ilość podawanego rutonalu z 3 na 2, lub z 2 na 1 tabletkę dziennie bez wywołania ataków padaczkowych lub innych zaburzeń epileptycznych.

Według Maillarda i Bomparda rutonal powinien być podawany przeważnie w ilościach dwa razy większych, niż gardenal; 0,4 rutonalu i 0,2 gardenalu odpowiadają średnim dawkom. Dla każdego chorego należy znaleźć dostateczną dawkę, któraby bez wywołania reakcji nietolerancji, spowodowała ustąpienie ataków. Ustalenie potrzebnej ilości leku pozostaje w wysokim stopniu w zależności od osobniczej wrażliwości chorego. Wymienieni autorowie, opierając się na własnym doświadczeniu, twierdzą, że korzystne jest podawanie odrazu dużych dawek rutonalu — od 0,6 do 0,8, chodzi tu bowiem o zaatakowanie chorego („traitement d'attaque”). W razie nieustępowania ataków należy stopniowo powiększać dawkę do 0,9, lub 1,0, a nawet i wzwyż. Dawka lecznicza rutonalu jest zwykle dość oddalona od dawki toksycznej. W przeważnej liczbie przypadków po kilku próbach znajdujemy dawkę skuteczną. Dawka ta, raz ustalona, powinna być podawana bez żadnych zmian codziennie przez szereg miesięcy, i dopiero w 5, czy 6 miesięcy od czasu ustąpienia zaburzeń epileptycznych należy przejść do powolnego i stopniowego zmniejszania dawki. Ten okres zmniejszania ilości leku wymaga wielkiej ostrożności i umiaru. W razie, gdyby zmniejszenie dawki pociągnęło za sobą wybuch ataku epileptycznego, należy niezwłocznie powiększyć ją, a następnie dopiero z większą jeszcze, niż dotychczas, ostrożnością próbować stopniowo ją zmniejszać. Wyżej wymienieni autorzy zaznaczają, że dzieci wykazują dużą tolerancję dla rutonalu i gardenalu;

próbnymi dawkami, według nich, w początkowym okresie leczenia epilepsji dziecięcej powinny być: 0,15 gardenalu, lub 0,3 rutonalu dla 10 letniego dziecka i dawki o połowę mniejsze dla dziecka 5 letniego.

U naszych chorych, z wyjątkiem chorego X, codzienne dawki rutonalu po 0,4 lub 0,6 (2 lub 3 tabletki dziennie) wystarczały w zupełności do przerywania ataków padaczkowych lub innych zaburzeń epileptycznych. Po kilku tygodniach lub miesiącach udało się w niektórych przypadkach ilość podawanego codziennie rutonalu zmniejszyć o 0,1 bez wywołania ataków lub „petit mal”. Natomiast przerwy w leczeniu lub próby zastąpienia rutonalu luminalem i bromem niezwłocznie doprowadzały do wybuchu ataków padaczkowych.

Reasumując wyżej wymienione dane, możemy powiedzieć, że u badanych przez nas mężczyzn, dotkniętych epilepsją, leczenie rutonalem dało naogół wyniki bardzo dodatnie, i że przeprowadzenie takiego leczenia nie pociągnęło za sobą żadnych powikłań.

Na kobiecym oddziale poddaliśmy terapii rutonalowej 5 chorych:

1) S. L., lat 32, która przebywała na leczeniu w Klinice Psychj. od 15.XII. 1929 do 29.III. 1930, miewała od 5 lat ataki drgawkowe z utratą przytomności, pianą na ustach, przygrzyzieniem języka i kaleczeniem się. Czasami po atakach występowało zamroczenie. Ataki powtarzały się co tydzień, a czasami 2 — 3 razy w ciągu dnia. Po przybyciu do Kliniki chorej przez parę dni była zamroczone i podniecona. 18.XII. miała typowy atak epileptyczny. Od 27.XII. otrzymywała rutonal — 2 tabletki dziennie; 14.I. — atak, nazajutrz — „petit mal”. Od 18.I. ilość rutonalu zwiększono do 3 tabletek dziennie; 24.I. — „petit mal”, 26.I. — atak. Od 6.II. chorej otrzymywała 3½ tabletki rutonalu dziennie. Od tego czasu ani ataków, ani „petit mal” nie było, kilka razy wystąpiło szczykanie zębów, mruganie powiek i lekkie drżenie kończyn, objawy te trwały do kilkunastu minut, podczas tego chorej przytomności nie traciła. Stan psychiczny chorej i jej samopoczucie w miarę leczenia się uległy znacznej poprawie, pamięć polepszyła się, krytycyzm również, chorej zaczęła pracować i nawiązała kontakt z innymi chorem. W początkach leczenia u chorej wystąpiły bóle mięśniowe klatki piersiowej i kończyn, które po zastosowaniu preparatów salicylowych ustąpiły zupełnie. Chora została wypisana przez męża ze znaczną poprawą.

2) M. A., lat 21, przebywała w szpitalu Św. Jana Bożego od 15.V. 1929 do 24.XI. 1930, a stamtąd została przeniesiona do Kliniki Psychj., gdzie była od 24.XI. 1930 do 5.VI. 1931. Matka chorej i ojciec matki chorowali na epilepsję. Chora, mająca napady padaczkowe od 17-go roku życia, wykazywała otępienie epileptyczne. Na oddziale szpitalnym przez pierwsze miesiące pobytu mimo zażywania dużej ilości bromu miewała częste, prawie że codzienne ataki, przez następne miesiące ataki powtarzały się mniej więcej co tydzień lub co 2 tygodnie, niekiedy kilka razy na dzień. Od czasu od czasu występowało zamroczenie i podniecenie. W Klinice Psychj. zaczęła otrzymywać rutonal od 9.XII. (2 tabletki dziennie); 10.I. wystąpił atak epileptyczny, wobec czego od 11.I. powiększono ilość rutonalu do 2½ tabletek dziennie. 13.I. wystąpiła ciepłota powyżej normy, i chorej zaczęła się uskarżać na ból w okolicy serca i lewego boku; obiektywnie dano się stwierdzić nieznaczne przytłumienie poniżej lewej łopatki oraz wyraźne tarcie opłucnowe. Po paru dniach temperatura spadła do normy, a tarcie występowało na przestrzeni prawie całego lewego płuca i w dolnym odcinku płuca prawego; samopoczucie chorej było dobre. 19.I. odstawiono rutonal i zastąpiono go luminalem (0,1 — 2 × dziennie); 9.II. i 11.II. wystąpiły ataki,

wobec czego 12.II. zwiększono dawkę luminalu do 0,15 — 2 $\times$ dziennie; 13.V. — atak epileptyczny.

3) R. B., lat 20, przebywająca w Klinice Psychj. od 22.XI.1930 do 5.III.1931 i wykazująca otępienie epileptyczne, miewała napady padaczkowe od 7-go roku życia. Na oddziale szpitalnym, skąd przybyła do nas, miała kilka ataków w okresie, poprzedzającym miesięczkowanie. W Klinice z początku zaczęła dostawać luminal (0,1 — 2 $\times$ dziennie); 27.XI. miała 2 ataki. 9.XII. rozpoczęto terapię rutonalową — 2 tabletki dziennie. Ataków nie było. 20.XII. z powodu wystąpienia wysypki przerwano podawanie rutonalu i zastąpiono go luminalem; wystąpiły 2 ataki. Po paru dniach wysypka znikła. 30.XII. wznowiono podawanie rutonalu (2 tabletki dziennie); 10.I. chora miała atak, wobec czego ilość rutonalu zwiększono do 2½ tabletek dziennie; 23.I. — atak. Od 24.I. chora dostawała 3 tabletki rutonalu dziennie. Do czasu wypisania się chorej ataków nie stwierdzono.

4) Co do R. T., lat 25, będącej w Klinice Psychj. od 4.XII.1929 do 6.X.1930, wywiadów brak. Na oddziale szpitalnym, na którym przed przybyciem do Kliniki leżała przez parę miesięcy, miewała napady drgawkowe nieregularnie, 1 — 2 na tydzień. W Klinice między 6.XII. a 10.XII. miała 3 ataki padaczkowe, wykazywała otępienie epileptyczne, podniecenie i agresywność, jadła mało. Od 17.XII. chora zaczęła zażywać rutonal, 2 tabletki dziennie. 22.XII. wystąpiła wysypka na całym ciele oraz swędzenie skóry; wysypka ustąpiła po paru dniach. W połowie stycznia chora zaczęła wykazywać senność, przestała jeść i była karmiona zgłębnikiem. Wobec tego, że senność potęgowała się, chora wykazywała osłabienie i zwolnienie tętna i nie reagowała na bodźce zewnętrzne, 25.I. przerwaliśmy podawanie rutonalu i zastąpiliśmy go luminalem. Wtedy chora zaczęła wykazywać podniecenie, agresywność, bezsenność, nie chciała jeść; miała 2 ataki. Wobec tego poddaliśmy chorą leczeniu rutonalowo - luminalowemu (1 tabletka rutonalu + 1 tabletka luminalu) od 27.II. do 5.IV. Chora zaczęła się uspokajać, miała jednak w tym okresie czasu 3 napady padaczkowe. Od 5.IV. zaczęła otrzymywać tylko luminal, z początku 0,1 — 2 $\times$ dziennie, a potem 0,15 — 2 $\times$ dziennie, mimo to ataki występowały często, mniej więcej co parę dni, i stan ten trwał aż do czasu przeniesienia chorej na oddział szpitalny.

5) S. J., lat 21, była na leczeniu w Klinice Psychj. z rozp.: „*Epilepsia luetica. Dementia*“ od 17.VIII.1929 do 12.IX.1929, a za drugim powrotem od 4.XII.1929 do 18.VI.1931. Chora od 14-go roku życia miewała ataki epileptyczne, powtarzające się 3 — 4 razy w tygodniu, często scjami po 5 lub 6 ataków; raz miała do 30 ataków w ciągu jednego dnia. Od 3 lat zdradzała objawy choroby psychicznej, skarżyła się, że jej „język ucieka“, że będzie miała dziecko, prosiła o przecięcie brzucha; źle sypiała, widziała diabłów, uciekała z domu. Pamięć chorej stopniowo stawała się coraz gorsza. Odczyn W a s s e r m a n n a z surowicy krwi wypadł dodatnio. W Klinice podczas pierwszego pobytu dostawała luminal i wciarki. Była podniecona, jadła mało, cierpiała na bezsenność; miała 3 ataki padaczkowe. Za drugim pobylem chorej przez parę dni pozostawała bez leczenia, następnie otrzymywała luminal. Miała 4 ataki, była zamoczona, podniecona, nie sypiała, nie chciała jadać. Rozpoczęła kurację rutonalową dnia 17.XII.1929, z początku podawaliśmy chorej 2 tabletki dziennie, a następnie stopniowo zwiększaliśmy ilość rutonalu i doszliśmy do 4½ tabletek dziennie. Przy mniejszych dawkach (do 3 tabletek dziennie) chora miewała przeciętnie do 3 ataków miesięcznie, przy większych (od 3½ do 4½ tabletek dziennie) nie więcej, niż jeden atak na miesiąc. Przytem dał się zauważyć pewien dodatni wpływ rutonalu na stan psychiczny chorej, chora była spokojniejsza, można było łatwiej nawiązać z nią kontakt, a nawet przez jakiś czas

można ją było utrzymywać między zupełnie spokojnymi chorem i skłonić do szcucia w pracowni. Od końca października 1930 do połowy maja 1931 chora otrzymywała luminal (0,15 — 2 $\times$ dziennie), wtedy liczba ataków powiększyła się do 2—3 miesięcznie. Od połowy maja do połowy czerwca dostawała na nowo rutonal (3 tabletki dziennie), podczas tego okresu miała tylko 1 atak, zachowywała się zupełnie poprawnie, pracowała i została przeniesiona na oddział szpitalny z poprawą.

Z powyższego widzimy, że na 5 kobiet, poddanych leczeniu rutonalem, w 3 przypadkach dał się stwierdzić dodatni wpływ tego leczenia na częstość ataków padaczkowych (przyp.: I, III, V), jednocześnie wystąpiła znaczna poprawa stanu psychicznego — samopoczucia, krytycyzmu, zdolności do pracy i stosunku do otoczenia. W przypadku I, w którym obok ataków drgawkowych występowało „petit mal“, i to ostatnie również ustąpiło pod wpływem rutonalu. W opisanych tu przypadkach leczenie luminalem albo nie dawało żadnych efektów leczniczych, albo ujawniało niedostateczny wpływ na chore.

Przypadki: II i IV również zaliczyć można do tych, w których pod wpływem rutonalu ataki padaczkowe znikają. Tak w przyp. II na prawie 6 tygodniowy okres terapii rutonalowej przypada tylko 1 atak padaczkowy, a w przyp. IV taki sam okres kuracji wolny jest od wszelkich ataków. Niestety, w przypadkach tych terapia rutonalowa nie została doprowadzona do samego końca, gdyż w przebiegu jej wystąpiły powikłania, które zmusiły nas do przerywania terapii. W przyp. IV wystąpił stan senności, stopniowo się potęgujący, przy którym chora wykazywała osłabienie i zwolnienie tętna, tak, iż uważaliśmy za słuszne przerywanie kuracji, którą wznowiliśmy po miesiącu, kombinując rutonal z luminalem, bez wywołania nowych powikłań. W przyp. II wystąpiło podniesienie ciepłoty, nieznaczne przytłumienie poniżej lewej łopatki oraz wyraźne tarcie opłucnowe, które po paru dniach objęło również i dolny odcinek prawego płuca. W tym przypadku nasunąć się może pytanie, czy możliwe jest powiązanie powyższych objawów z nietolerancją chorej w stosunku do rutonalu i ze specjalnem zlokalizowaniem reakcji w opłucnie. Niestety, nic pewnego nie da się tutaj powiedzieć, gdyż opisane w tym przypadku tarcie opłucnowe możemy równie dobrze przypisać i innym czynnikom patologicznym.

Do złejších powikłań, napotkanych w przebiegu terapii rutonalowej u naszych kobiet, należą: bóle mięśniowe (przyp. I), które po zastosowaniu preparatów salicylowych ustąpiły zupełnie, oraz wysypka o przebiegu bezgorączkowym (przyp.: III i IV), która trwała zaledwie parę dni. Powikłania te nie przedstawiały żadnego niebezpieczeństwa dla życia chorych.

Wspomniani przez nas Maillard i Bomparrt zwracają uwagę, że w przebiegu terapii gardenalowej i rutonalowej dają się niekiedy stwierdzić niebezpieczne i, zresztą, nie przedstawiające żadnego niebezpieczeństwa dla chorego objawy nietolerancji. Najwcześniejszym takim objawem może być dość znaczna somnolencja, która często znika sama przez się po zwyczajnem przystosowaniu się organizmu. Dalej, wspominają oni o możliwości wystąpienia wysypki typu płoniczego lub odrowego; najczęściej wysypka bywa bezgorączkowa, niekiedy rozsiana i przewlekła, niema jednak nigdy cech złośliwości i szybko ustępuje przy zwyczajnem zmniejszeniu dawek gardenalu lub rutonalu, do których następnie można powrócić i nawet je przekroczyć bez ponownego wywołania powikłań skórnych. Niekiedy

zajęte bywają błony śluzowe, stwierdza się anginę, której w rzadkich tylko przypadkach towarzyszy podwyższona ciepłota. Według tych autorów, wysypki takie dają się zaobserwować daleko częściej u kobiet, niż u mężczyzn, co potwierdza się i na naszym materiale. Poważniejszym powikłaniem są, według nich, bóle stawowe i mięśniowe, które są zazwyczaj lekkie, niekiedy jednak mogą się nasilić do tego stopnia, że stają się przeciwwskazaniem dla dalszej terapii gardenalowo - rutoalowej, ale taka ewentualność należy do bardzo rzadkich. W przeciwieństwie do wysypki bóle te występują przeważnie w późniejszym okresie leczenia i są wywołane przede wszystkim dużymi dawkami leku. W naszym przypadku bóle mięśniowe wystąpiły w początkowym okresie kuracji, były dość lekkie i ustąpiły pod wpływem leczenia salicylowego bez potrzeby przerwania terapii rutoalowej.

Opierając się na własnym doświadczeniu i na wskazówkach innych autorów, wysunąć możemy na zakończenie następujące wnioski:

1) Rutoal, stosowany w leczeniu zespołów padaczkowych, daje w większości przypadków wyniki bardzo dodatnie, nie gorsze, a niekiedy lepsze od gardenalu.

2) Pod wpływem leczenia rutoalowego napady padaczkowe, duże i małe, zmniejszają się w znacznym stopniu lub znikają zupełnie.

3) Rutoal wywiera niekiedy dodatni wpływ na stan psychiczny chorych i na ich zdolność do pracy.

4) W przebiegu leczenia rutoalowego wystąpić mogą niekiedy powikłania, przeważnie nieszkodliwe i nie zagrażające życiu chorego. Powikłania te w wyjątkowych tylko przypadkach mogą być przeciwwskazaniem do dalszej kuracji, w większości przypadków wymagają jedynie zmniejszenia dawek rutoalu lub zezwalają na pozostawienie leczenia bez zmiany.

5) Powikłania te znajdują się prawdopodobnie w pewnej zależności od osobniczej wrażliwości pacjentów, jednak zdarzają się częściej u kobiet, niż u mężczyzn.

6) Ilość podawanego rutoalu powinno się zwiększać stopniowo aż do ustalenia niezbędnej dawki. Ustaloną dawkę należy podawać przez bardzo długi okres czasu, a następnie zmniejszać stopniowo i powoli z większą jeszcze ostrożnością, niż tego wymagało ustalenie niezbędnej dawki w początkowym okresie leczenia.

7) Nagła przerwa w leczeniu jest połączona z niebezpieczeństwem wywołania częstych napadów, a nawet doprowadzenia do ich serji.

8) W razie niedostatecznego efektu leczniczego wskazane jest kombinowanie rutoalu z luminalem lub bromem.

9) Leczenie rutoalem powinno znaleźć zastosowanie nie tylko w padaczkę samoistną, ale i objawową, gdzie kojarzyć się może i powinno z leczeniem etjologicznym.

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).

(Dokończenie — patrz Nr. 25-26).

II.

Mimo wielu ujemnych stron swoich, mimo wadliwej konstrukcji ubezpieczenia społ. w niemałym stopniu przyczyniły się (tembardziej w naszych warunkach) do podniesienia zdrowotności szerokich mas ludności, do zaszczepienia w nich podstaw elementarnych kultury zdrowotnej, sanitarnej, nauczyły te masy zrozumienia i pielęgnowania (w wielu wypadkach, co prawda, wybujałego) swego zdrowia. Pozatem przyznać należy, iż jest to doprawdy momentem nadzwyczajnej wagi, że i materialnie najslabiej postawiony robotnik lub pracownik w każdej chwili może liczyć na pomoc lekarską, nie żebrząc o nią, nie w drodze łaski. Czy nie jest to ogromnym postępem, iż choroba przestaje być synonimem nędzy i rozpacz robotnika i jego rodziny. Śmiało można twierdzić — wraz z L o n g e m — iż bez współudziału Ubezpieczeń Społ. walka z chorobowością wśród mas pracowniczych — byłaby może nie do pomyślenia. Lecz żaden twór ludzki nie jest wolny od błędów, tembardziej w danym wypadku dałoby to się powiedzieć, gdyż chodzi o tak daleko sięgającą, rozległą i młodą jeszcze dziedzinę, jaką są Ubezp. Społ. Atak na nie — jak zaznaczyłem — rozpoczął się na całej linii. Najwięcej namiętnych dyskusyj, zarzutów, głosów krytycznych i nieżyczliwych wywołuje ubezpieczenie chorobowe. Wg. L i e k a objawem, rzucającym się wprost

w oczy w działalności ubezpieczenia chorobowego, jest ciągle wzrastanie „chorobowości” w miastach, podczas gdy spodziewać się należało skutku wprost odwrotnego. Wg. statystycznych danych każdy ubezpieczony jakoby „obowiązkowo” choruje 2 razy na rok. Co drugi ubezpieczony zachorowuje, stając się „niezdolny” do pracy. Na 1000 ubezpieczonych zaledwie 100 nie skorzysta z Kasy Chorych. Wogóle, jeżeli obliczyć przeciętną częstość zachorowania prywatnego pacjenta — powiedzmy na 20 proc. — to u pacjenta K. Ch. należy ją określić mniej więcej na 100 — 200%. Pacjent K. Ch. trzykrotnie więcej używa lekarstw, niż pacjent prywatny. Warto dalej podkreślić, — zaznacza L i e k — że liczba zachorowań waha się nie tylko w zależności od pór roku, warunków pracy ale — co dziwne — najdokładniej zbiega się z okresem bezrobocia, t. zn. iż ubezpieczony w razie utraty zajęcia łatwo otrzymuje „niezdolność” do pracy i zasiłek. Nadużycia tego rodzaju, t. j. ciągnięcie zysku i wyzyskiwanie K. Ch. zmusiły już zarządy wielu K. Ch. do powtórnego kontrolnego badania w tych przypadkach, w których zachodzi wątpliwość co do uznanej niezdolności do pracy. I co się okazuje? blisko 70% chorych niesłusznie uzyskało zwolnienie. Doszło nawet do tego, że każdego ubezpieczonego, uznanego z powodu choroby za niezdolnego do pracy, w niektórych Kasach bada powtórnie zaufany lekarz. Demoralizuje to zarówno ubezpieczonych, jak i lekarzy.

Statystyka stwierdza obok znacznego spadku śmiertelności wśród ubezpieczonych stale wzrastającą liczbę zachorowań. Warto zaznaczyć, iż objaw ten stwierdzamy nie tylko w Polsce, Niemczech, Szwajcarii i in. krajach, lecz również i w Rosji Sow., kraju z najbardziej — zdawałoby się — uświadomioną ludnością

ubezpieczoną. Oto jak przedstawiają się stosunki tam w dziedzinie ubezpieczeń społ. wg. moskiewskiego lekarza D w o r e t z k y j a: „Rosyjskie ubezpieczenie jest najbardziej postępowe, wszechstronne i demokratyczne, jakie tylko sobie wyobrazić można, i wyróżnia się od wszelkich innych o podobnym przeznaczeniu instytucji swoją jednolitością, zwartością i szerokim ujęciem sprawy. Wszystkie osoby zarobkujące są obowiązkowo ubezpieczone. Świadczenia są następ. charakteru: Pomoc w razie chwilowej lub trwałej niezdolności do pracy, zasiłek dla bezrobotnych, opieka nad defektownymi. Prawo na zasiłek chorobowy posiadają wszyscy ubezpieczeni pracownicy, których niezdolność do pracy potwierdzona została przez urzędującego lekarza kasowego. Zasiłek ten wypłacany zostaje od chwili uznanej niezdolności do zarobkowania aż do wyzdrowienia, ew. inwalidności. Wszystkie obowiązki ubezpieczeniowe ponosi pracodawca, pracownik nie ponosi żadnych. Wysokość składek waha się między 10 a 22%. Następstwem tego na szeroką skalę zakrojonego ubezpieczenia jest znaczne powiększenie się liczby przypadków chwilowej niezdolności do pracy. Ogólna śmiertelność i chorobowość wykazuje wyraźną tendencję zniżkową, warunki sanitarne dobitnie poprawiają się, wśród ubezpieczonych mnożą się wciąż jednak w dziwny sposób przypadki zachorowań, jak również liczba dni przepuszczonych z tego powodu oraz zasiłków chorobowych, wypłacanych wielu chorym z urojenia lub symulantom“. Widzimy zatem i tu chęć wykorzystywania ubezpieczenia społ. dla celów egoistycznych, uciekania do choroby w celu otrzymywania zasiłku i możliwości próżnowania kosztem towarzyszy pracy — nie tak łatwo o udoskonalenie natury ludzkiej przy najlepiej chociażby pomyślanym systemie społecznym za jaki go ma D w o r e t z k y w Rosji Sow.

Nie zaprzeczając znacznej roli Ubezpiecz. Spół. w przyczynieniu się do podniesienia na wcale wysoki poziom higienicznych warunków życia i pracy mas robotniczych w porównaniu z okresem przed wprowadzeniem ubezpieczeń — L i e k jednak wątpi, czy jedynie ubezpieczenia przyczyniły się do osiągnięcia tego dużego postępu socjalno-higienicznego w Niemczech, jakim jest, mianowicie, znaczny spadek śmiertelności, przeciętne przedłużenie życia jednostki o lat 20. Nie będziemy zbyt dalecy od prawdy — zapewnia L i e k — gdy położymy to za karb ogólnie-higienicznych urządzeń, jak: kanalizacja, rozszerzenie sieci wodociągowej, budowa zdrowych mieszkań, zwalczanie epidemii, śmiertelności niemowląt. Ameryka i Francja (do ostatnich lat) osiągnęły przecież niegorsze wyniki bez ubezpieczeń. Zdrowe mieszkania, dobra płaca i ogólny dobrobyt więcej zdziałać są w stanie, niż wszelkie ubezpieczenia. W związku z ciąglem wzrastaniem „zachorowań“ zarzuca L i e k obecnemu ubezpieczeniu chorob. jego ogromną drożyznę. Otóż, podczas gdy w r. 1913 wydatki wynosiły zaledwie 1,37 miljarda marek (w złocie), to w r. 1928 osiągnięto sumę 5,245 miljarda. O ile do tego dodać koszty leczenia w klinikach i szpitalach, koszty utrzymywania administracji, inwalidów wojennych, ubezpieczenia od bezrobocia, starości — można je razem określić na 8 — 9 miliardów. Co najgorsze — twierdzi L i e k, iż wydatki te wykazują ciągle tendencję do stałego wzrastania. Socjalni rentjerzy wraz z inwalidami wojskowymi wynoszą razem do 6 milionów — wypada zatem, iż co ósmy lub dziewiąty obywatel jest rentjerem socjalnym. Dla Gdańska nawet obliczono, iż każde 2 rodziny utrzymują swoim

kosztem trzecią. Podobny stan rzeczy prowadzi do utraty poczucia godności obywatelskiej — zawierają w ten sposób ubezpieczenia element szkodliwy dla obyczajności całego narodu — są zatem po części szkodliwe, antyspołeczne (!!). Do dalszych ujemnych stron obecnego ubezpieczenia chorobowego zaliczają jego krytycy niemożność zachowania tajemnicy lekarskiej, brak stałej i ciągłej pomocy lekarskiej na wypadek bezrobocia. Mimo dość wysokie składki, ciągle i systematycznie przeciw wpłacane przez ubezpieczonych, nie mają oni zapewnionej pomocy lekarskiej w U. Spół. i to wtedy właśnie, gdy najbardziej jej potrzebują: podczas przewlekłych, mianowicie, schorzeń. Świadczenia K. Ch. ze zrozumiałych powodów ograniczone są zgóry zaznaczonym okresem. Przytrafi się komuś nieszczęście, lub zechce pech, by ubezpieczony przechorował dłużej ponad wyznaczony mu termin, zmuszony wtedy bywa leczyć się na koszt własny lub paść ciężarem na Opiekę Społeczną i t. d.... Biorąc wyżej przytoczone „zarzuty“ pod uwagę, nie będziemy zdziwieni, iż L i e k, A p p e l t, H a r t z i in. przychodzą do krytycznego wniosku, iż obecne ubezpieczenie niepowstrzymanie — o ile już natychmiast się nie sięgnie do radykalnych środków naprawy — podąży ku katastrofalnemu (?) załamaniu się. Daremne — podług nich — okazały się również ofiary, poniesione przez Państwo i społeczeństwo przy rozbudowie ubezpieczeń — ofiary w postaci tylu środków pieniężnych, tylu wysiłków i pracy, które narazie poszły — twierdzą — na marne. Czy stać nprz. obecne ubezpieczenie na walkę z takim żywiołem wprost nieszczęściem, jak bezrobocie milionowych rzeszy, i czy już dawno nie runąłby niepowrotnie cały ten gmach chwiejny i kruchy, gdyby nie pomoc Państwa i społeczeństwa. A czy stopniowo nie staje to się rzeczą powszechnie (czyżby powszechnie?) uznaną, iż masowe ubezpieczenie na wypadek choroby traci grunt pod nogami (?). Choroba ubezpieczona zachęca wprost elementy nieodpowiedzialne do nadużywania ubezpieczenia, nie daje natomiast stałej i ciągłej opieki, pomocy lekarskiej przy zachorowaniu przewlekającym się. Lecz nie znaczy to — nadmieniam L i e k — iż sama myśl ubezpieczenia jest niesłuszna, nieżyłowa lub bezpodstawna. Odwrotnie, przezorność, troska, myśl o zabezpieczeniu się na przyszłość, na czarną godzinę jest zdrowa i konieczna tak dla jednostki, jak i dla zbiorowości. Skasowanie U. Spół. nie dałoby się, reszta, przeprowadzić bez walki ew. wojny domowej. Poza tem likwidacja instytucji ubezpieczeniowej bez stworzenia na jej miejsce lepszej instytucji, lepiej pomyślanej i bardziej dostosowanej do potrzeb szerokich warstw ludowych, jak również dla dobra Państwa i społeczeństwa — nie zdawałoby się na nic. Toteż nie powinno się ani na chwilę zaprzestać poszukiwań nowych dróg, zdążających do radykalnej, do samych podstaw sięgającej przebudowy. Niestety, zaznaczyć należy, iż i recepty, podawane przez L i e k a — przez samego autora bywały wciąż zmieniające. Z początku L i e k wypowiedział się za upaństwowieniem pomocy lekarskiej i lekarzy kasowych, spodziewając się w ten sposób uniezależnienia ich od kaprysów Zarządów i upodobań członków ubezpieczonych. Odrzucił następnie tę koncepcję, wypowiadając się za „oszczędnością przymusową“ H a r t z a (szczegóły o tem niżej), która ma być tym zbawczym lekiem na wszystkie bolączki obecnych ubezpieczeń — myśl ta jednak została ostro zaatakowana i odrzucona w swoim czasie przez prof. H e l p a c h a, czołowego mówcę na Zjeździe niemieckich lekarzy w r. 1929, który nie

o wiele więcej się spodziewał od biurofaszystów, niż od biuromarksistów.

W 2 kierunkach podąża obecnie myśl socjologiczna w sprawie ubezpieczenia chorobowego: kierunek, dążący do stopniowego objęcia opieką swoją wszystkich warstw, dotychczas jeszcze nieubezpieczonych, wręcz przeciwną myśl wypowiadają H a r t z, A p p e l t i in. Najlepszy wgląd w sedno sprawy da nam dyskusja, która toczyła się w Monachjum w r. 1927 w związkach lekarzy na temat organizacji ubezpieczenia chorobowego dla stanu średniego. Z referatami wystąpili Dr. B ö c k jako referent główny, koreferentem zaś był Dr. F r e y. Tezy obu referatów brzmią następująco. Dr. F r e y zaznacza: 1) Potrzeba ubezpieczenia się od materialnych następstw choroby jest nie tylko chwilowym objawem, towarzyszącym obecnemu przesileniu, lecz jest wyrazem społeczno-ekonomicznego procesu rozwojowego, podążającego w kierunku od jednostkowej, indywidualnej do zbiorowej, wspólnej gospodarki. 2) Przypuszczenia i nadzieje wielu lekarzy, zajmujących nawet kierownicze stanowiska, iż rozwój ten da się wstrzymać — są na niczem nieoparte, obawia się, iż raczej więcej jest danych za wręcz odmiennym przypuszczeniem. 3) Ponieważ praktyka prywatna kurczy się coraz bardziej, przeto pożądane zdaje się być zorganizowanie pomocy lekarskiej dla warstw, dotychczas nieubezpieczonych — przeważnie zaś dla stanu średniego przez organizacje lekarskie. 4) Niewyłączone jest przymusowe uregulowanie tej sprawy przez interwencję obcego nielekarskiego czynnika, do czego stanowczo świat lekarski nie powinien dopuścić. 5) Organizacje lekarskie podejmują się zatem niezwłocznie zorganizowania ubezpieczenia stanu średniego pod kierownictwem wyłonionego przez związek lekarzy Zarządu. Dałoby to możliwość stanowi lekarskiemu stanowienia o jego losie własnym. Gdyby zaszła potrzeba — pewien bank ubezpieczeniowy gotów byłby przyczynić się technicznie i finansowo do przeprowadzenia danego ubezpieczenia klasy średniej. 6) Zorganizowanie tego ubezpieczenia chorobowego oznacza dla lekarzy: zapewnienie sobie możliwości ujęcia swego losu we własne ręce, uwolnienia się od obecnych poniżających, niepewnych warunków pracy i egzystencji lekarzy oraz warunków opłaty tej pracy. Miast tego stwarza się jasny, odpowiadający godności stanu lekarskiego stosunek do pacjenta, pewne i natychmiastowe uregulowanie honorarium. Zastrzec się odrazu należy, iż również i w ubezpieczeniach, przez lekarzy kierowanych, lekarz każdy zmuszony będzie do poddawania się kontroli oraz rygorowi, których konieczność łatwiej i chętniej da się znieść we własnych organizacjach, a które nie do zniesienia wydają się nam, gdy są narzucone przez czynnik obecny, nielekarski... Natomiast kontrtezy generalnego mówcy, Dra B ö c k a, dają się streścić w sposób następujący: 1) Potrzeba stanu średniego w ubezpieczeniu na wypadek choroby stoi w związku z obecnym przejściowym okresem przesileniowym. Okres ten wszakże nie jest — twierdzi B ö c k — objawem trwałym, nieprzemijającym. Dążenie do zbiorowej, kolektywnej gospodarki, mające poniekąd swoje usprawiedliwienie w niektórych wyjątkowych wypadkach — pod żadnym względem nie jest na miejscu w zawodzie lekarskim. 2) Przesilenie gospodarcze podlega b. powolnej, co prawda, lecz stopniowej, a trwałej poprawie. Lekarze nie powinni się wyrzec swojej wolności dla chwilowych dogodności, które im może dać ubezpieczenie stanu średniego. 3) Związek Zawodowy lekarzy bez-

wątpienia potrafi zorganizować nowe ubezpieczenie (gdyby już zaszła konieczność tego potrzeba) w ten sposób, by wolność zawodu lekarskiego nie została narażona na szwank i zdruzgotana pod płaszczykiem zbiorowej gospodarki, ukrytej cichej socjalizacji. 4) Narazie nie przewiduje się niebezpieczeństwa interwencji czynników nielekarskich w tej sprawie. 5) Wolność stanu lekarskiego może być ocalona jedynie przez zbiorowe wytrwanie, niegodzenie się na stałe ubezpieczenie chorob. stanu średniego oraz odrzucenie umów zbiorowych, taryfowych. Koncepcja F r e y a — twierdzi B ö c k — zawiera w sobie pod maską t. zw. „aktywnej gospodarki zbiorowej” szereg niebezpieczeństw, godzących w wolność i niezależność lekarza: całkowity zanik praktyki prywatnej, komisja kontrolna chorych, leków, honorariów — słowem — smutne powtórzenie smutnego stanu rzeczy kasowego. Poza tem, towarzystwo ubezpieczeniowe, nadmiar jeszcze spółka akcyjna ma na celu przedewszystkiem i jedynie chyba swoje własne interesy, zdobycie możliwie większego zysku dla siebie. Koledzy, wchodzący w skład Zarządu nowej instytucji ubezpieczeniowej, ulegną sprytowi i przewadze reszty członków Zarządu — nielekarzy, pod względem handlowym, technicznie — organizacyjnym ich znacznie przewyższających. 6) Propozycje F r e y a oznaczają ukasowienie całego narodu, całkowity zanik praktyki lekarskiej, obniżenie się sztuki lekarskiej do poziomu marnie opłacanego rzemiosła, a co z tem w parze idzie — lanie wody na młyn znachorstwa.

Z projektem „konkretnym”, wręcz przeciwnym koncepcji F r e y a, występuje niem. lekarz A p p e l t. Autor — jawny antymarksista, faszysta poniekąd — wypowiadając niektóre słuszne zresztą uwagi krytyczne i „żale” pod adresem ubezpieczeń, podaje w swoim projekcie ich namiastkę wcale a wcale daleką od życia realnego. Gdyż wątpliwem się wydaje, czy miałaby w sobie dość żywotnej siły, by częściowo chociażby zastąpić obecne ubezpieczenie, dać masom szybką pomoc lekarską, bądź co bądź, wyposażoną we wszystkie nowe zdobycze wiedzy lekarskiej, a co najważniejsze, czy nie spowodowałoby się wręcz przeciwnie zjawiska zaniechania korzystania z pomocy lekarskiej, całkowitego ustania akcji zapobiegawczo-profilaktycznej, kierunek, w którym ostatnio mają zamiar coraz więcej podążać K. Ch... Oto, jak uzasadnia A p p e l t swój „rewolucyjny” w stosunku do obecnych ubezpieczeń projekt. Stan obecny skrajnej nędzy i marnego wegetowania ogromnej większości narodu długo trwać nie może. Do powstania stanu tego przyczynił się niewątpliwie kryzys wszechświatowy. Z drugiej jednak strony — nie brak tu powodów i natury wewnętrznej, które i nadal przyczyniają się do zaognienia obecnej sytuacji. Otóż przy bliższym zapoznaniu się z dziejami obecnych ubezpieczeń należy się zastanowić, czy część winy obecnego kryzysu nie przypada i im, (systemowi ich) w udziale. Dotychczasowe ubezpieczenie mas robotniczych jest w wyniku swoim — twierdzi A p p e l t — niespołeczne, gdyż zabija ducha inicjatywy i odpowiedzialności w człowieku pracy (!!) Poco(?) miałby się troszczyć o swój i rodziny los, gdy jest jakoby ubezpieczony od wszystkich wypadków — choroby, bezrobocia, inwalidności, starości. Wpłacał — dalej — taki ubezpieczony systematycznie, prawie przez całe życie składki, korzystając od czasu do czasu z ograniczonych świadczeń i pozostając takim, jakim i przedtem był, biednym — wystawionym

na wszystkie niebezpieczeństwa losu — niewolnikiem przemysłu. Samo przez się rozumie się, iż ani z kapitału, wpłacanego ubezpieczeniom, ani z jego odsetków nigdy już nie skorzysta... I o ile przed wojną gospodarka Ubezpieczeń Społecznych trzymała się własnym kosztem — po wojnie natomiast, dzięki właściwemu temu okresowi rozrzućnemu, nieumiejętnemu gospodarowaniu stan jej przedstawia się coraz groźniej, zapowiadając w najbliższej przyszłości niebezpieczeństwo załamania się. Wszystkie zaś dotychczasowe próby ratunku, jak podniesienie wysokości składki, wprowadzenie opłat za porady i leki, próba powiększenia szeregów ubezpieczonych — zawieść muszą na całej linii. Konieczną, wydaje się radykalna przebudowa, półśrodki raczej zaszkodzą, niż uzdrowią całość... Usilnie mówi się o nadchodzącym upadku obecnego ustroju kapitalistycznego. Możliwość podobna nie jest wyłączona — zaznacza A p. — przy bliższym przyjrzeniu się strukturze obecnego systemu społecznego. Na dole — w biedzie i nędzy ostatecznej wegetujące ogromne masy ludności, na górze zaś mała grupka warstw posiadających, ślepych i głuchych na wołanie życia — nic zatem dziwnego, iż przy obecnym, o wiele większym, niż poprzednio, uświadomieniu mas pracujących (raczej mas bezrobotnych) — kataklizm zdaje się być nieunikniony. Zwiastunami tego są: ciągle wstrząsy, marsze głodnych, strajki, zbiorowe głodówki, bunt i t. d. Idziemy na spotkanie nowej, zagadkowej i tajemniczej epoki. Zachodzi pytanie, jak się ta era ukształtuje, czy pod znakiem marksistowsko - socjalistycznym, czy natomiast do nowego życia powstanie jednostka, człowiek wolny i swobodny, *homo sapiens*, świadomy swojej wielkiej roli budowniczego lepszego i sprawiedliwszego dla wszystkich bez różnicy jutra. Projekt dra A p p e l t a jest stawką na „średniaka“, próbą „wskrzeszenia“, wysunięcia „z powrotem“ jednostki na czołowe miejsce w życiu zbiorowym, próbą „krzewienia“, popierania i oparcia się na „małym“, wolnym człowieku (A p. naśladuje tu R o o s w e l t a, który również chce się oprzeć na „człowieku z ulicy“ w swoim planie gospodarczo - państwowym), próbę dźwignięcia z nizin, biedy materialnej niewolnika kapitału na wyższy szczebel drabiny społecznej, ustabilizowania go na nim, uczynienia go po pewnym czasie wytrwałej pracy — samodzielnym. Zastrzegając się przeciwko jego reakcyjności (składki ubezpieczeniowe ponoszą sami pracownicy, a nie również i przedsiębiorcy), z zastrzeżeniem co do możliwości zrealizowania go w okresie właśnie, gdy rozproszkowanie społeczeństwa występuje, jak nigdy przedtem, gdy egoizm i nieliczenie się z interesami bliźnich największe święcą triumfy — przytoczę go w ogólnych zarysach, gdyż jest charakterystyczny dla dość licznej grupy społecznej, której reprezentantem jest A p p e l t. Projekt ten oparty jest na zasadzie przymusowej oszczędności, scalenia, zjednoczenia wszystkich typów ubezpieczeń, jednoci ryzyka i jednolitego Zakładu Ubezpieczeń Społ. Szczegóły tego planu są następujące: 1) Podstawową instytucją nowego ubezpieczenia staje się przymusowa społeczna kasa oszczędności. 2) Ubezpieczonym (przymusowo oszczędzającym) staje się każdy zarobkujący do 700 Mk. miesięcznie, jak również każdy, aczkolwiek chwilowo nie zarobkujący, lecz mający widoki rychłego ewent. zatrudnienia. 3) Składka miesięczna oszczędnościowa ustala się w wysokości $\frac{1}{6}$ lub 16,7% płacy zarobkowej. 4) Każdy ubezpieczony („oszczędzający“) staje się posiadaczem własnego konta Społ. Kasy

Oszczędnościowej. Po każdorazowej wypłacie pensji, ew. zarobku wpłaca ubezpieczony $\frac{1}{6}$ część tej sumy na rachunek swego konta. Przy nie przestrzeganiu — potrąca i wpłaca w następ. miesiącu za niego pracodawca, doliczając sobie również i wydatki (1%), związane z czynnością przekazania składki do Kasy Oszczęd. 5) Konta oszczędnościowe są zamknięte, nietykalne dla pojedynczych ubezpieczonych („oszczędzających“) aż do osiągnięcia sumy, równąjącej się pięciokrotnemu przeciętnemu zarobkowi rocznemu. 6) W następ. wypadkach właściciel konta lub jego rodzina otrzymuje prawo wolnego obrotu swoim kontem przymusowo - oszczędnościowym: a) w razie śmierci właściciela konta, b) w razie bezrobocia, c) choroby, d) inwalidności, e) osiągnięcia wieku 65 lat, f) przy wyjściu z małżeństwa właścicielki konta, o ile mąż ma zapewniony zarobek, g) przy gotowości osiedlenia się na roli (problem aktualny obecnie w związku z próbami reagryzacji ludności bezrobotnej miejskiej). 7) Wolne kapitały Kasy Społ. Oszczędnościowej lokują się w pożyczce reagryzacyjnej, wypuszczonej specjalnie w tym celu przez Państwo. 8) Każdy przymusowo oszczędzający otrzymuje książeczkę czekową, której чеки dopiero po kontrasygowaniu przez Zakład Ubezp. oraz posiadając podpis właściciela konta, stać się mogą środkiem płatniczym obiegowym. 9) Czek taki bez uprzedniego uważnienia go przez Zakł. Ubezp. Społ. ważny bywa jedynie w razie zachorowania posiadacza Konta, a to w celu możliwości korzystania natychmiastowego z pomocy lekarskiej, dentystycznej, jak również w celu nabycia leków, binokli, pasów — za okazaniem recepty lekarskiej. Wysokość sumy, na jaką opiewać może takiego rodzaju czek, nie powinna przewyższać 5 Mk. Takie niekontrasygowane чеки mają być możliwie następnego dnia roboczego odesłane do Zakładu Ubezp. (filii) do sprawdzenia. 10) Osobom, chwilowo bezrobotnym, nie posiadającym żadnego pokrycia, zezwala się na korzystanie z czeków swego konta w koniecznych wypadkach (pomoc lekarska) w granicach przepisów o opiece społecznej i t. d. Za zasadnicze zadanie swego projektu A p p e l t uważa: 1) wzmocnienie, wzmoczenie z powrotem w obywatelu, ubezpieczonym, człowieku pracy „poczucia“ odpowiedzialności społecznej. Osiągnąć to zamierza za pomocą: 2) procesu deproletaryzacji (!) pracownika, dania mu sposobności poprawy swego losu przy pomocy oszczędności przymusowej (z czasem — nie traci nadziei A p p e l t — debrodziejstwa oszczędności przemówią same przez się, wtedy już nie zajdzie potrzeba (?) czynnika przymusu). 3) Wychowywanie, przyuczanie do samodzielności, polegania pojedynczej jednostki na własnych siłach. Również i H a r t z w swojej słynnej pracy: „Błędne drogi niemieckiej polityki socjalnej“ wychodzi z pokrewnych założeń (egoistyczno-klasowych). Lecz koncepcja jego, bardziej jeszcze czarna lub brudna, wcale nprz. nie zapewnia pomocy lekarskiej robotnikowi na wypadek choroby lub inwalidności aż do czasu zaoszczędzenia przez niego pewnej, wymaganej przez H a r t z a sumy. A p p e l t natomiast zezwala posiadaczowi konta oszczędnościowego poczynić wydatki w wypadkach wyżej wymienionych (choroba, bezrobocie, inwalidność i t. d.), gdy nawet nie ma jeszcze pokrycia gotówkowego (oszczędności efektywnych), wydatki te — rzecz prosta — później będzie musiał odrobić i pokryć. W ten sposób myśl przymusowo - oszczędnościowa połączona tu zostaje z zasadą ubezpieczenia społecznego. Wg. projektu A p. wyłączony — dalej — zostaje z nowego ubezpieczenia soc.

element biurokratyczny, pośredniczący obecnie między lekarzem a pacjentem. W razie zachorowania ubezpieczony (oszczędnościowiec), nie meldując o tem Kasie (Urzędowi Ubezpiecz.) bezpośrednio zwraca się do lekarza, płaci mu czekiem. Ma również prawo opłacić czekiem ew. nie posiadającym jeszcze gotówkowego własnego pokrycia za lekarstwa, pasy, binokle oraz prawo korzystania z pomocy dentystycznej. Aby uniknąć nadużyć — wartość pojedynczego czeku „leczniczego” ustala się na 5 Mk. Ubezpieczony ma prawo wolnego wyboru lekarza. O ile zachodzi potrzeba dłuższej kuracji — Urząd pośredniczy w celu zmniejszenia ubezpieczonemu kosztów leczenia. W ten sposób Ap p e l t widzi możliwość przywrócenia wolności zawodowi lekarskiemu. Ubezpieczony stanie się z powrotem pełnowartościowym pacjentem; wyzysk i nadużywanie świadczeń ubezpiecz. społecznych ustanie z chwilą, gdy oszczędzający płacić będzie za wszystko z własnej kieszeni.

Umyślnie obszerniej zatrzymałem się na planie „przymusowej oszczędności”, gdyż ruch ten, b. popularny w Niemczech, ma również niemało zwolenników i u nas, marzących o pozbyciu się w ten sposób obecnych Ubezpieczeń. Zasada krańcowo indywidualna zwalcza tu zasadę odpowiedzialności zbiorowej, zasadę wspólnego ryzyka, zainteresowania zbiorowego, zasadę zwartości, zawartej w obecnym ubezpieczeniu — wysunięta zostaje w czasach, gdy *homo homini lupissimus est*, w okresie wielkiego odwrotu od indywidualizmu, w czasach zmierzchu, rozdroża cywilizacji zachodniej, kiedy na „odchodnym” chyba rozgrywają się, jak jeszcze nigdy przedtem — najbezwstydniejsze orgie jaskiniowe — wprost egoizmu ludzkiego. Wątpliwem się wydaje czy miałyby w sobie dość żywotnej siły, by zastąpić obecne ubezpieczenie chorobowe, czy w stanie byłaby dać masom szybką, przystępną, bądź co bądź, wyposażoną w nowe zdobycze wiedzy lekarskiej pomoc leczniczą, a co najważniejsze, czy nie przyczyniłaby się do wręcz odmiennego zjawiska — do zaniechania korzystania z pomocy lekarskiej, do „oszczędzania” na niej, do całkowitego — dalej — ustania akcji zapobiegawczo-profilaktycznej, kierunku, w którym ostatnio coraz więcej zaczyna podążać wiedza lekarska (soc. medycyna, higiena). I tu właśnie dochodzimy do sedna sprawy. Kończy się prywatna praktyka lekarska, jej miejsce zajmuje coraz więcej lecnicstwo społeczne, narazie, co prawda, rozproszkowane, niezorganizowane i wiele niepotrzebnych kosztów pochłaniające. Coraz głębiej, coraz dalej — następnie — sięga w naszych czasach Państwo w sferę życia jednostki. Zdrowie i choroba przestają być sprawami prywatnymi (ustawa o zwalczaniu chor. wenerycznych, prawo przymusowego izolowania i leczenia niektórych grup gruźlików w Szwajcarii, eugeniczne ustawodawstwo niektórych krajów). Państwo zaczyna prowadzić zaciętą walkę z chorobami, której celem — zdrowie ogółu. Zdrowie, fizyczna i duchowa sprawność jednostki i zbiorowiska jednostek — ludności jest żywym, najbardziej wartościowym kapitałem Państwa, musi zatem Państwo dbać o utrzymanie osobnika, jednostki przy zdrowiu lub o możliwie szybkie przywrócenie choremu tego zdrowia. Państwo, zaczynające żądać zdrowia od jednostki (świadczenia przedślubne, świadectwa zdrowia przy obsadzeniu posady, badania młodocianych i t. d.) — powinno konsekwentnie uprzywilejować jej opiekę zdrowotną. Zaznaczyć należy, iż już w r. 1878 wielki reformator społeczny i pisarz (mało znany, niestety, szerokiej publiczności) Joseph P o p p e r (pseudonim L i n k e n s) wystąpił z te-

orą o obowiązku Państwa w kierunku zapewnienia jednostce ludzkiej *minimum* egzystencji — nie powinien człowiek zginąć z głodu, jeśli nie znajdzie pracy — zapewnienia więc *minimum* pożywienia, mieszkania, odzieży, pomocy i opieki lekarskiej, a nadto zaspokojenia *minimum* potrzeb kulturalnych. Po części widzimy zrealizowanie niektórych haseł L i n k e n s a w świadczeniach obecnych Państwa na rzecz bezrobotnych, bezpłatnem nauczaniu, dożywianiu dzieci w szkołach. Kto wie, czy wogóle nie podążamy ku czasom, gdy ciężka praca człowieka, praca w pocie czoła całkowicie będzie zastąpiona przez maszyny a za kilkogodzinową codzienną robotę jednostki na rzecz społeczeństwa — będzie ona dostatecznie we wszystko wyposażona, co zaspokoić mogłoby jej *minimum* życiowe... Co do zapewnienia przystępnej pomocy lekarskiej dla ogółu ludności — podkreślić należy, iż zagadnienie to staje się coraz bardziej aktualne. W r. ub. nprz. Angielskie I-two Lekarskie (wyprowadzili je przed 2 lata lekarze amerykańscy) — British Medical Association — wystąpiło z projektem służby zdrowia stanu lekarskiego dla ogółu ludności. Propozycja ta nie była wynikiem jakiegokolwiek akcji społeczeństwa lub rządu, ale wolną inicjatywą świata lekarskiego. Projekt ten został opracowany przez wielki komitet, składający się z kierujących członków I-twa Lekarskiego i delegatów (lekarzy - praktyków, specjalistów i funkcjonariuszów państwowej służby zdrowia). Schemat służby lekarskiej oparty tu jest na nielicznych prostych zasadach: 1) Żadawalający system służby lekarskiej musi się opierać zarówno na zapobieganiu chorobom, jak i na udzielaniu pomocy cierpiącej jednostce. 2) Służba lekarska dla ogółu powinna być oparta na zasadzie, że każda jednostka musi mieć lekarza domowego lub rodzinnego. Posiadając zaufanie członków rodziny, poznawszy blisko i dokładnie ich organizację psychofizyczną, swoiste cechy ich duszy i ciała — stanie się lekarz domowy (rodzinny) posiadaczem wszystkich wiadomości (konstytuc. - biolog. danej rodziny), które pozwolą mu nie tylko leczyć odpowiednio chorobę, ale i samego pacjenta, dadzą mu możliwość stania się doradcą życiowo - zdrowotnym, wychowawcą i przewodnikiem zdrowego, również jak i chorego człowieka. W razie potrzeby lekarz rodzinny wzywa specjalistę. 3) Liczbę szpitali należy znacznie powiększyć i istniejące rozbudować, a pacjentom dać możliwość korzystania i tam z opieki lekarzy domowych. 4) Do obecnego ubezpieczenia (National Health Insurance) dodaje się dwie wielkie grupy ludności, których opieka zdrowotna musi być troską społeczności: a) tych samodzielnie zarobkujących (chałupnicy, drobni rzemieślnicy, handlarze), których zarobek roczny nie przekracza 250 funtów i b) ubogich opieki społecznej, którym przyznaje się ten sam zakres opieki lekarskiej, co ubezpieczonym pracownikom. British Medic. Association zaznacza, iż nie uważa wcale za pożyteczne i możliwe, aby tę rozszerzoną opiekę lekarską dla całej ludności uczynić czysto państwową instytucją, również nie wypowiada się za etatyzacją stanu lekarskiego. Stwierdza natomiast, że istniejąca instytucja ubezpieczeniowa na wypadek choroby (National Health Insurance) może ją przy minimalnym zasiłku państw. utrzymać całkiem samodzielnie, pozostając autonomiczną.

W naszych czasach racjonalizacji, militaryzacji nie zabrakło projektu „społecznej militaryzacji” stanu lekarskiego. Autor projektu — południowo amerykański lekarz Alejandro R a j t z i n w sposób następujący go uzasadnia. Niesienie pomocy lekarskiej przestaje być

w obecnych czasach prywatną sprawą pojedynczych lekarzy — utrzymanie zdrowotności ludności staje się i jest jednym z najważniejszych zadań państwa współczesnego. By należycie je spełnić Państwo winno posiadać odpowiednio wykształconą Armię Sanitarną. Taką właśnie armię sanitarną Państwa (*Armée Sanitaire d'Etat*) ma stanowić stan lekarski danego kraju. Armia ta kierowana ma być przez Ministra Zdrowia Publicznego (lekarza wojskowego). Miast uniwersytetów Państwo zakłada szereg szkół sanitarno - wojskowych (*collège militaire*), których wychowankowie (liczba ich ściśle ma być dostosowana do potrzeb kraju) po ukończeniu otrzymują odpowiedni przydział. W ten sposób autor rozstrzyga po wojskowemu zagadnienie zapewnienia pomocy lekarskiej całemu krajowi, jak również radzi sobie z problemem zwalczania bezrobocia, pauperyzacji stanu lekarskiego.

Do tegoż celu: „opieka lekarska dla wszystkich” podąża, lecz odmienną drogą, dr. A. H e i s l e r. W pracy, zatytułowanej: „W walce z etatyzacją stanu lekarskiego”, występuje H. z projektem: „Narodowej Służby Zdrowia” (*Nationaler Gesundheitsdienst — „Naged”*) dla całej ludności. „Naged” ma zastąpić Ubezpieczenia Społeczne, wciągając pod swoją opiekę zdrowotną i leczniczą całą ludność. Środki na swoje utrzymanie „Naged” ma czerpać ze specjalnego Funduszu Zdrowia, podatku, spłacanego przez całą ludność na potrzeby wyłącznie zdrowotne. Nie od rzeczy będzie tu przypomnieć, iż przed wojną mieszkańcy Warszawy opłacali podatek komunalny szpitalny, za co mieli prawo bezpłatnego leczenia się we wszystkich szpitalach warszawskich...

Idea organizacji pomocy i opieki lekarsko - sanitarnej dla całej ludności zaczyna i u nas już przybierać kształty realne. Jak podają pisma — obecnie omawiany jest projekt „nakładający na gminy wiejskie obowiązek dostarczania lekarzom mieszkań i funduszy na urządzenie gabinetu. Lekarz, zamieszkały na wsi, jednocześnie pełniłby służbę sanitarną”. Nie wiemy, czyjej inicjatywy ma do zawdzięczenia swoje powstanie dany projekt (o ile nie jest czasem kaczka gazeciarską), a może inicjatywie samorządu stanu lekarskiego?

Dobiegam końca rozważań. Niezależnie od ustosunkowania się do zagadnienia ubezpieczenia chorobowego powinno się przyznać, iż zasługi jego dotychczasowe dla zdrowotności kraju naszego są niezaprzeczalne. Mamy narazie w nim narzędzie społeczno-lecznicze o znaczeniu ogromnej wagi. Lecz ubezpieczenia społeczne „obejmują najczęściej jedną klasę ludności, ludzi, żyjących z pracy najemnej, są zatem przejawem polityki klasowej” (G l i k s m a n). Większość natomiast ludności Polski składa się z rolników, drobnych kupców i rzemieślników, znajdujących się poza sferą działania K. Ch. Uprzysiężenie i im również — a co najważniejsze — z inicjatywy stanu lekarskiego — pomocy lekarskiej, nauczanie i ich kultury sanitarnej, otoczenie i ich również opieką zdrowotno-higieniczną — jest to zadanie wielkie, wymagające twórczego wysiłku naszego świata lekarskiego. Przeżywamy okres (którego zakończenie

narazie trudno przewidzieć) nie tylko kryzysu w przemyśle, przesilenia w procesie uprzemysłowienia ludności (a zatem stałego powiększania się liczby ubezpieczonych), lecz stajemy się też świadkami prób — a to na wielką skalę poczynionych — reagryzacji ludności miejskiej w związku ze stale rosnącym bezrobociem — coraz bardziej mnożą się szeregi tych, dla których pomoc lekarska staje się wprost nieprzystępną — toteż gromadnie zwracają się do znachorów, babek i wogóle ciemnych indywiduów, żerujących na biedzie i ciemności ludu. Dlatego też niezależnie od zmięczenia, przesilenia czy przetrwania Ubezpieczenia chorobowego — przed stanem lekarskim — opiekunem i strażnikiem zdrowia tak jednostki, jak i zbiorowiska jednostek — społeczeństwa — zrealizowanie i przeprowadzenie wielkiego zadania: „przystępnej pomocy i opieki lekarskiej (zdrowotnej) dla całej ludności — staje się zagadnieniem, aczkolwiek trudnym, lecz ogromnie pociągającym. Ileż tu roboty organizacyjnej, twórczej, jakież szeregi wielkich zagadnień społeczno - lekarskich, eugenicznych, socjalno - higienicznych i wychowawczych stoi jeszcze ugięciem. Ta „Służba Zdrowia Publicznego” wolnego (nie zatytułowanego) stanu lekarskiego nie zwalczałaby, przypuszczalnie, K. Ch. — włączyłaby ją do sieci swojej organizacyjnej, chętnieby skorzystała z jej wieloletniego doświadczenia”.

Myśl o uspołecznieniu pomocy lekarskiej o uprzysiężeniu jej dla wszystkich (uspołecznienie lecznictwa rozpoczęte przez U. Społ. lecz dla jednej tylko części ludności), — niejednokrotnie już poruszana, wymagałaby dla swego urzeczywistnienia za pomocą Państwa lecz z inicjatywy i zgodnie z postulatami świata lekarskiego, rzecz prosta, gruntownego wszechstronnego omówienia i opracowania. Czy nie powinno się zatem ją zaktualizować wobec *forum* lekarskiego, postawić myśl tę na czele zagadnień naszych najżywniejszych (drogą ankiety, ew. konkursu p. t. nprz. „W jaki sposób (technika organizacji) stan lekarski w Polsce może (powinien) skutecznie pomóc i opiekę zdrowotną dla całej ludności kraju”. Kto wie, czy wentylowanie, roztrząsanie tej sprawy wśród najszerzych rzesz lekarskich nie „zmobilizowałoby” ciekawych myśli, nowych oryginalnych pomysłów, koncepcji — w każdym razie czy nie ruszyło by jej z obecnego martwego punktu. Do przewidzenia, co prawda, i to bodaj czy nie w dużym stopniu, „wolna gra” egoizmów, walka rozbieżnych niezgodzonych interesów różnych grup lekarskich, ale pamiętajmy, że: 1) nie ludność dla lekarzy, lecz naodwrot, 2) dobro sprawy większości lekarzy wymaga uspołecznienia lecznictwa. Gdyż wszelkimi siłami powinno się dążyć do zrealizowania tego zagadnienia — idzie ono po linii rozwoju dziejowego stanu lekarskiego, woła poza to również o natychmiastową i gruntowną naprawę obecny niezadawalający stan lecznictwa i opieki lekarskiej ogromnych mas ludności (wiejskiej nprz.). Zwalczyłoby to jednocześnie a gruntownie bezrobocie wśród lekarzy, podniosłoby stan etyczny, a wraz z tem i szacunek dla lekarza, szacunek, który na bezdrożach czasów powojennych w dużej mierze ucierpiał.

Wiadomości bieżące

— Okólnik Ministerstwa Opieki Społecznej do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy. W czasie rewizyj aptek stwierdzono, że w

dalszym ciągu często zdarzają się przypadki zatrudniania w aptekach osób niefachowych przy czynnościach, które powinny być poruczone wyłącznie personelowi fachowemu. Wobec

powyższego Ministerstwo Opieki Społecznej poleca właściwym organom nadzorczym (inspektorom farmaceutycznym i lekarzom powiatowym) zwrócić baczność uwagę na okoliczność zatrudniania w aptekach tak publicznych, jak i zakładowych osób niefachowych, a w razie zauważenia tego rodzaju wykroczeń pociągać zarządzających aptekami do odpowiedzialności karno-administracyjnej na mocy przepisów art. 33 prawa o wykroczeniach. Jednocześnie Ministerstwo wyjaśnia, że osoby niefachowe (nieposiadające ustawowo określonych kwalifikacji zawodowo-farmaceutycznych) mogą być używane tylko do czynności czysto mechanicznych, a mianowicie mycia naczyń i utrzymywania w czystości przyrządów i przyborów laboratoryjnych i aptecznych, tłuczenia, proszkowania i przesiewania oraz nakładania w laboratorium do naczyń już sporządzonych preparatów; nakładania lub nalewania (fasowania) w materjalni środków, przeznaczonych do odrębnej sprzedaży, z wyłączeniem dzielenia na dawki lekarskie, oraz utrzymywania w czystości i porządku wszystkich pomieszczeń apteki. Czynności kancelaryjno-rachunkowe, o ile dział ten jest prowadzony przez niefachowy personel farmaceutyczny powinny być wykonywane w kasie lub poza obrębem izby aptecznej (w kantorze lub materjalni). Przebywanie personelu niefachowego w izbie aptecznej (ekspedycyjnej) za wyjątkiem kasjerki (kasjera) może mieć miejsce tylko podczas przeprowadzania porządków w tej izbie. Powyższemu uchyła się okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 1 lipca 1924 r. Nr. Z. F. 1305/24 w sprawie zatrudniania niefachowego personelu w aptekach. Podsekretarz Stanu: (—) Dr. E. Piestrzyński

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	21/V-27/V	28/V-3/VI	4/VI-10/VI	11/VI-17/VI
Dżuma	0	0	0	0
Ospa	0	0	0	0
Cholera	0	0	0	0
Dur brzuszny . . .	147 (14)*	144 (15)	157 (11)	166 (9)
Dur rzekomy . . .	3 (0)	0	0	1 (1)
Dur osutkowy . . .	82 (6)	96 (2)	76 (5)	75 (2)
Dur powrotny . . .	0	0	0	2 (0)
Czerwonka	2 (1)	2 (1)	2 (0)	3 (0)
Płonica	286 (5)	318 (3)	295 (9)	293 (7)
Błonica	210 (11)	235 (7)	216 (17)	202 (11)
Zapał. op. mózgu .	10 (6)	12 (4)	14 (6)	15 (8)
Odra	933 (2)	695 (6)	690 (3)	520 (2)
Róża	85 (7)	78 (3)	75 (4)	69 (2)
Krztusiec	73 (1)	156 (2)	97 (5)	222 (1)
Malaria	7 (0)	4 (0)	10 (0)	15 (0)
Posoczn. polog. .	14 (5)	31 (10)	26 (4)	22 (7)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	605 (0)	535 (0)	631 (0)	480 (0)
Wąglik	1 (0)	0	0	5 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (0)
Wścieklizna . . .	0 (2)	0 (1)	0 (2)	0 (1)
Zatr. jad. kielb. .	1 (0)	7 (1)	0 (1)	0
Chor. Heine-Medina	0	0	1 (0)	3 (1)
Twardziel	0	0	2 (0)	1 (0)
Inne choroby zakaźne	62 (3)	41 (2)	47 (3)	37 (2)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— K o m u n i k a t. Podczas Zjazdu Delegatów Kół Tow. „Trzeźwość“ 4 i 5 czerwca 1933 r. w Warszawie zawiązało się z inicjatywy D-ra Aleksandra K u r o p a t w i ń s k i e g o Koło Lekarzy Abstynentów w celu pogłębiania i rozszerzania znajomości zagadnienia alkoholiz-

mu w świecie lekarskim oraz przygotowywania bojowników o trzeźwość narodu. Tymczasowy Zarząd Kola Lekarzy Abstynentów tworzą: Prezes: Dr. Paweł G a n t k o w s k i, prof. Higieny Uniwersytetu Poznańskiego. Wice-prezysi: Dr. Stanisław S k a l s k i, Naczelnik Wydziału Zdrowia Wojew. Łódzkiego i Dr. Ignacy F u h r m a n, Dyrektor i Naczelnik Lekarz Międzykomunalnego Zakładu Psychiatrycznego w Chelmie. Skarbnik: Dr. Aleksandra S t y p u ł k o w s k a i Sekretarz: Dr. Franciszek Ksawery C i e s z y ń s k i. Członków Kola obowiązuje bezwzględna abstynencja od alkoholu. Opłata 2.— zł. rocznie za członkostwo i 6.— zł. za abonament czasopisma „Trzeźwość“. Pierwszym zadaniem Kola będzie zorganizowanie Sekcji przeciwalkoholowej na XIV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu. Wszelkich informacji udziela i zgłoszenia członków przyjmuje Sekretariat Towarzystwa „Trzeźwość“ — Warszawa, Rynek Starego Miasta 38 m. 4, I p. tel. 441-07, w godz. od 9 — 13 i od 15 — 18-tej.

Warszawa, dn. 21 czerwca 1933 roku.

Przewodniczący: (—) Prof. Dr. Paweł G a n t k o w s k i.
Sekretarz: (—) Dr. Franciszek Ksawery C i e s z y ń s k i.

— I I K u r s T e o r j i i P r a k t y k i z d z i e d z i n y R a d j o l o g j i L e k a r s k i e j, u r z a d z o n y p r z e z P o l s k i e L e k a r s k i e T o w a r z y s t w o R a d j o l o g i c z n e p o d p r o t e k t o r a t e m W y d z i a ł u L e k a r s k i e g o U n i w e r s y t e t u W a r s z a w s k i e g o, o d b e d z i e s i ę w W a r s z a w i e w c z a s i e o d d n. 25.IX — 15.X.1933 roku. Opłata zasadnicza za Kurs wynosi złp. 150. Uczestnicy Kursu wnoszą na ręce sekretarza Kursu zadatek w kwocie zł. 50 najpóźniej do dn. 15.IX.1933 roku. Po rozpoczęciu Kursu uczestnicy będą mogli otrzymać od sekretarza karty uczestnictwa, które będą uprawniały do uzyskania zniżek kolejowych w drodze powrotnej. Po ukończeniu Kursu uczestnicy otrzymują zaświadczenia z jego odbycia. We wszelkich sprawach organizacyjnych Kursu (mieszkanie, pensjonat i t. d.) zwracać się należy do sekretarza Kursu dra B. K r y ń s k i e g o. Warszawa, ul. Zielna 11, tel. 675-78.

— K o m i t e t O r g a n i z a c y j n y s t a ł y c h w a k a c y j n y c h k u r s ó w l e k a r s k i c h w C i e c h o c i n k u p r z y s t ę p u j e, w z o r e m l a t u b i e g ł y c h, d o o r g a n i z a c j i V I K u r s u L e k a r s k i e g o w d n i u 7, 8 i 9 w r z e s i ę n i a 1933 r. Protektorat nad kursem objąć raczył Pan Vice Minister Opieki Społecznej — Dr. E. P i e s t r z y ń s k i. Kursy poprzednie, dzięki udziałowi wybitnych prelegentów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków, zjednały sobie szczere uznanie uczestników — lekarzy, przybyłych w liczbie 1500 z najdalejszych krańców Rzeczypospolitej. Komitet Organizacyjny, dążąc do utrzymania kursu VI na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do PP.: Ministra Dr. W. C h o d z k o (Warszawa), Prof. Dr. L a u b e r a (Warszawa), Dr. Wł. M i s i u r o (Warszawa), Prof. Dr. L. P a s z k i e w i c z a (Warszawa), Dr. St. P o p o w s k i e g o (Warszawa), Prof. Dr. R a s z e j i (Poznań), Prof. Dr. R o s e (Wilno), Dr. T u c h e n d l e r a (Warszawa), Prof. Dr. Z u b r z y c k i e g o (Kraków). Uczestnicy kursu mają zapewnione bezpłatne mieszkanie w zdrojowisku oraz ulgi kolejowe t. zw. kuracyjne w drodze powrotnej. Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania kursu. Dokładny program będzie ogłoszony we właściwym czasie. Komitet Organizacyjny kursów tworzą: Prof. Dr. J. S z m u r ł o — przewodniczący, Doc. Dr. L. L o r e n t o w i c z, Dr. P. R u d z k i — wiceprzewodniczący, Dr. T. C h r a p o w i c k i — sekretarz, Dr. J. H u r w i c z — skarbnik, Dyrektor Stanisław W i s n i e w s k i i Dr. J. D r a c — członkowie komitetu.

— VII Międzynarodowy Zjazd Nauk Historycznych z Sekcją historii nauk ścisłych i medycyny. Od dn. 21 do 28 sierpnia r.b. odbędzie się w Warszawie VII Międzynarodowy Zjazd Nauk Historycznych, na którym historia i filozofia medycyny będzie reprezentowaną w 10-ej Sekcji historii nauk — nauki ścisłe i medycyna. Przewodniczącym tej Sekcji jest Prof. U. W. S. Dickstein. Program zgłoszonych w Sekcji 10-ej referatów i odczytów jest następujący: 1. Komitet Międzynarodowy historii nauk: referat dotyczący wydania tablic chronologicznych nauk w XVI wieku. 2. E. Bortolotti (Bolonja): Dzieje nauk matematycznych w Italii w XVI wieku. 3. A. Miel (Paryż). Chemia i alchemia, mineralogia i metalurgia w XVI wieku w Italii. 4. R. Almagia (Rzym): Co zostało ostatecznie pozyskanem dla nauki i co może być jeszcze zbadanem w dziedzinie podróży i odkryć Krzysztofa Kolumba dla postępów wiedzy. 5. A. Hertzt (Warszawa): Początki geometrii i ostatnie wykopaliska w Mezopotamji. 6. G. Gentile (Rzym): Prace Kr. Komisji Vinciana nad wydaniem dzieł piśmienniczych i rysowniczych Leonarda da Vinci. 7. J. Kłodziejczyk (Warszawa): Działalność Komisji Edukacji Narodowej na polu nauk przyrodniczych. 8. A. Birkenmajer (Kraków): Pierwszy układ heliocentryczny w ujęciu Mikołaja Kopernika. 9. E. Stamm (Strzyżów): Geometria Mikołaja Kopernika. 10. Q. Vetter (Praga): Dzieje nauk w Czechosłowacji. 11. P. Diepgen (Berlin): Duch medycyny w XVI wieku. 12. J. Tricot-Royer (Antwerpja): Rozdział z dziejów tradycji w Belgji w XVI w. 13. M. Fosseyeux (Paryż): Pierwsze budżety dobroczynności publicznej we Francji: opłaty municypalne ubogich w XVI wieku. 14. W. Szumowski (Kraków): Szkoła polska medyka - filozoficzna. 15. F. Sergeseu (Cluj): Dzieje nauk matematycznych, fizycznych i chemicznych w Rumunji. 16. V. L. Bologa (Cluj): Dzieje nauk przyrodniczych i medycyny w Rumunji. 17. R. M. Shergock (Durham): Geneza współczesnej medycyny. Czynniki, które wpłynęły na modernizację nauk lekarskich. 18. A. Szűcs (Budapeszt): Historia matematyki na Węgrzech. 19. B. Pagan (Budapeszt): Historia fizyki na Węgrzech. 20. A. Tass (Budapeszt): Astronomia na Węgrzech. 21. L. Steiner (Budapeszt): Obserwacje i badania meteorologiczne na Węgrzech. 22. A. De Desi-

Da da y (Budapeszt): Rozwój medycyny na Węgrzech. 23. F. M. Gubkin (Moskwa): Odkrycia geologiczne w Z. R. R. S. od 15 lat. Opłata członkowska zjazdowa wynosi 4 dolary amerykań., osoby towarzyszące płacą połowę tej kwoty. Uczestnicy Kongresu zamieszkali w Polsce, mają prawo do ulg imiennych przy przejazdach kolejowych, mianowicie do 50% zniżki z miejsca zamieszkania do Warszawy i z powrotem. Ponieważ zamknięcie Kongresu odbędzie się w Krakowie, Komitet Organizacyjny uzyskał zniżki kolejowe dwojakiego typu: 1) uprawniające do przejazdu z miejsca zamieszkania do Warszawy i z powrotem; 2) uprawniające do przejazdu z miejsca zamieszkania do Warszawy oraz z Krakowa z powrotem do miejsca zamieszkania. W Krakowie uczestnicy Kongresu spędzą dwa dni: 28 i 29 sierpnia r.b. Po zamknięciu Zjazdu w Krakowie, odbędą się wycieczki zbiorowe: 1) Kraków—Lwów—Truskawiec—Lwów (4 dni)—145 zł. od osoby, z całkowitem utrzymaniem w pierwszorzędnym hotelach i z przejazdem w kl. II; 2) Kraków — Poznań — Gdynia (4 dni) — 167 zł. od osoby, z całkowitem utrzymaniem w pierwszorzędnym hotelach i z przejazdem w kl. II; 3) Kraków — Białowieża — Wilno (5 dni) — 130 zł. od osoby, z całkowitem utrzymaniem w pierwszorzędnym hotelach i z przejazdem w kl. II; 4) Kraków — Zakopane — Kraków (3 dni) — 105 zł. od osoby, z całkowitem utrzymaniem w pierwszorzędnym hotelach i z przejazdem w kl. II; z wycieczką do Pienin i Szczawnicy; względnie 5) wycieczka archeologiczna do Sandomierza dla zwiedzenia wykopalisk. Opłaty Zjazdowe należy przysyłać na ręce Sekretarza Generalnego Zjazdu, Dr. Tadeusza Manteuffla (Warszawa, Uniwersytet — Archiwum Ośw.), w celu otrzymania karty uczestnictwa, programów i wszelkich informacji, związanych ze Zjazdem, z pobytem w Warszawie i w Krakowie, z kosztami mieszkania, utrzymania i t. p. Vice - Przewodniczący X Sekcji historii VII Międzyn. Zjazdu Nauk Historycznych, Doc. Dr. med. L. Zemburski.

ZMARLI:

Znakomity dermatolog szwajcarski prof. Bloch — w Zurychu.

Znany internista niemiecki prof. Leschke — w Berlinie.

Głośny pedjatra, prof. Langstein — w Berlinie.

TREŚĆ: K. RYDER. Dr. Jakób Puterman na tle 25-cioletniej działalności Towarz. Lek. Zagł. Dąbrowsk. — St. HIGIER. Ejaculatio Praecox. Wytrysk przedwczesny, jego istota, postaci kliniczne i leczenie. — H. BROKMAN i ST. GLEICHGEWICHTOWA. W sprawie patogenety nagminnego ciężkiego schorzenia o charakterystycznych objawach jelitowych i usznych. — ST. HERCENBERG. Przyczynę do kazuistyki rzadkich schorzeń prącia (Sorcoma penis u dziecka). — S. WOLFSTEIN. T. zw. otwarta i zamknięta gruźlica u dzieci w świetle nowszych badań. (Str. pogl. dok.) — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. BRUNOWA. Rutonal w leczeniu zespołów padaczkowych. — E. BIRZOWSKI. Ubezpieczenia społeczne (chorobowe) a stan lekarski. (dokończenie). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: K. RYDER. Dr. Jacques Puterman. — St. HIGIER. Ejaculatio Praecox. — H. BROKMAN et ST. GLEICHGEWICHT. Au sujet de la pathogénie d'une maladie épidémique grave aux symptômes caractéristiques intestinaux et otiques. — ST. HERCENBERG. Contribution à la casuistique des maladies rares du pénis. — S. WOLFSTEIN. La tuberculose soit-disant ouverte et fermée chez les enfants au jour des recherches modernes. (Rev. gén. fin). — M. BRUN. Rutonal dans le traitement des syndromes épileptiques. — E. BIRZOWSKI. Les assurances sociales et les médecins. (fin).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Następny numer wyjdzie d. 27 lipca r.b.