

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XI

WARSZAWA, 6 GRUDNIA 1934 R.

Nr. 45

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Postępy pedjatrii w ostatnim dziesięcioleciu.

Podał

A. FESTENSZTAT (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 44)

III.

Przechodząc do trzeciej części naszego artykułu, która ma na celu przedstawienie rozszerzenia i pogłębienia znajomości kliniki dziecięcej, wypadnie nam omówić postępy w rozpoznawaniu i leczeniu nieuwzględnionych dotychczas schorzeń. Postępy djagnostyki klinicznej są zależne w dużej mierze od badań pomocniczych, ale przede wszystkim od ponownego w ostatnich kilku latach zwrócenia się klinicyстів do badań anatomopatologicznych (na co u nas szczególnie kładą nacisk Erlichówna i Festensztat).

W ostatnim dziesięcioleciu poczyniono duże postępy w zakresie djagnostyki schorzeń noworodków, co tłumaczy się tem, że obecnie prawie we wszystkich krajach przy szpitalach i klinikach położniczych istnieją oddziały dla noworodków, dzięki czemu umożliwiona jest obserwacja kliniczna i badanie sekcyjne. Jeszcze doniedawna za najczęstszą przyczynę zgonu noworodka uważano „wątłość wrodzoną” (*debilitas vitae*); dziś wiemy, że pod tem rozpoznaniem kryje się cały szereg chorób organicznych (wylew śródczaszkowy, wada serca, zapalenie płuc i t. d.). Słuszności tego rozumowania dowiedli u nas Erlichówna i Średnicki, opierając się na dużym materiale sekcyjnym. Klinika wylewów śródczaszkowych jest również wynikiem pracy w ostatnim dziesięcioleciu (Yllpö, Reuss, u nas Erlichówna, która opracowała zespół wylewu, podkreślając objawy dotychczas nienotowane). Z dorobku Erlichówny w zakresie kliniki noworodków należy odnotować jeszcze opracowanie zespołu klinicznego wylewów do nadnercza i wprowadzenie nowej skutecznej metody leczenia *melaenae neonatorum* za pomocą krwi ludzkiej, podawanej doustnie.

Z zakresu kliniki niemowlęcej w ostatnich latach wysunięta została sprawa utajonego ropnego zapalenia ucha środkowego i jego związku z ciężkimi zaburzeniami przewodu pokarmowego. Autorzy amerykańscy (Marriott, Odeneal) uzależniają ciężkie zaburzenia jelitowe, a nawet zatrucie pokarmowe od utajonych spraw usznych i w odpowiednich przypadkach uważają za konieczne paracentezę, a nawet antrotomię. Autor rosyjski Sokółow, badając przypadki zatruc pokarmowych u niemowląt (*toxicosis*), stwierdza często ropne zapalenie ucha i w związku z tem uważa zaburzenie jelitowe za zjawisko parenteralne, wywołane sprawą infekcyjną, toczącą się w uchu środkowym. U nas inaczej do tej sprawy podchodzą Brokman, Bussel i Gleichgewichtowa. Z prac tych autorów wynika, że ostra biegunka u niemowląt, przebiegająca wraz z zapaleniem ucha środkowego („zespół jelitowo-uszny”) jest odrębną jednostką chorobową, jest chorobą zakaźną *sui generis*; „wykrycie patogeny powyższej sprawy chorobowej możliwe jest tylko przy wzięciu pod uwagę w równej mierze schorzenia jelit, jak i schorzenia ucha przy uwzględnieniu zakażenia ogólnego, wywołanego przez czynne w tych narządach drobnoustroje”. Inna sprawa, że etiologia tego schorzenia nie jest nam dotychczas znana (ani znajdowana flora uszna, ani patologiczna flora jelitowa nie może być uważana — zdaniem autorów — za pierwotny czynnik etiologiczny). To też „naczelnem zadaniem staje się poszukiwanie zarazka tej choroby”. Na zbliżonym stanowisku stanął Michałowicz. W monografii tego autora, ogłoszonej razem z Wiszniewskim, wyrażony jest pogląd, że zaburzenia czynności grubego jelita, jego stany zapalne nie są samoistną chorobą jelit, lecz cierpieniem ogólnem (*colitoxaemia*), ujawniającem się między innymi na terenie jelita grubego. W ostatniej zaś pracy, poświęconej sprawie zespołu jelitowo-usznego, Michałowicz uznaje wzajemny związek spraw jelitowych i ucha: *colitoxaemia* występuje współzależnie ze sprawą chorobową w uchu. Oba te zespoły roz-

wijają się na tle wodochwiennej konstytucji, wrażliwej na działanie pewnych toksyn, np. kolitoksyn, co znów obniża biologiczną odporność tkanek, a więc przewodu pokarmowego i jam ucha, które pozostają ze sobą w topograficznym związku. Frenklowa, Czaplicki i Ściesiński, opierając się na materiale szpitalnym, nie znaleźli przekonujących dowodów zależności intoksykacji od utajonej lub bezobjawowej sprawy usznej. Sprawę zespołu jelitowo-usznego zajęliśmy się nieco dłużej, a to dla tego, że pogłębienie tego zagadnienia zbliża nas do właściwego leczenia tak niebezpiecznych schorzeń, jakimi są toksyczne zaburzenia jelitowe u niemowląt. Być może, że leczenie ucha, zaatakowanie przez nas jednego z ogniw łańcucha chorobowego, skieruje terapię na właściwe tory.

Kiedy mowa o ciężkich zaburzeniach jelitowych u niemowląt, należy tu zwrócić uwagę na zespół wątrobowo-obrzękowy, ostatnio wyodrębniony przez Baumrittera i Hirschfeldową. „Zespół ten występuje u dzieci od końca pierwszego do końca drugiego roku życia; w wywiadach charakterystyczna jest długotrwała biegunka, uporczywe wymioty oraz głodzenie jakościowe i ilościowe; w obrazie klinicznym na pierwszy plan występują obrzęki, znaczne powiększenie wątroby oraz uporczywe wymioty.” Zespół wątrobowo-obrzękowy może całkowicie ustąpić lub też doprowadzić do zejścia śmiertelnego. Zdaniem autorów, w patogenezie omawianego zespołu odgrywa rolę szereg czynników: czynnik zakaźny w postaci nieżyty jelita grubego, który prowadzi do nacieczenia tłuszczowego wątroby (niezawsze musi być ono wyrazem nieodwracalnego zwyrodnienia komórki wątrobowej); czynnik głodzenia ilościowego i jakościowego prowadzi do obrzęków całego ciała (analogia do wojennych obrzęków głodowych z braku białka i tłuszczów); i wreszcie czynnik predyspozycji konstytucjonalnej. Leczenie tych stanów polega między innymi na uwzględnieniu diety zawierającej białko, tłuszcze i witaminy.

Następną aktualną kwestją w klinice niemowlęcej jest sprawa zapalenia płuc, na którą również rzucono dużo światła w ciągu ostatnich lat dziesięciu. Przedewszystkiem została tu pogłębiona patogeneza, a więc rola flory bakteryjnej, reakcja ustroju i drogi szerzenia się zapalenia płuc. Ostatnie prace wyjaśniły nam, że zjadliwość pneumokoka nie zawsze idzie w parze z ciężkością zapalenia płuc, w ten sposób często na plan pierwszy wysuwa się reakcja ze strony ustroju. Tego dowiedli autorzy obcy i polscy. Stankiewicz, zapożyczając określeń od Michałowicza, zaznacza, że ta reakcja ustroju zależy „od zespołu konstytucji”, „zespołu wieku” i „zespołu kondycji”. Biorąc pod uwagę reakcję ustroju, Wiskott klasyfikuje rozmaite postacie zapalenia płuc u dzieci z punktu widzenia immunobiologicznego. Jeżeli idzie o drogi szerzenia się zapalenia płuc, to prace Engla, a u nas Stankiewicza wykazały, że cierpienia te szerzą się nie tylko na drodze odoskrzelowej i krwionośnej, ale również drogami chłonnymi. O ile poznanie patogenezy zapalenia płuc u dzieci najmłodszych uległo pogłębieniu, o tyle leczenie — niestety — zasadniczo nie posunęło się naprzód. Wprawdzie ostatnio podjęto cały szereg nowych prób: wstrzykiwania domięśniowe chininy z ureta-

nem (Aufrecht, u nas Łyskawiński), wstrzykiwania transpulminy (pierwszy z pediatrów Lust), stosowanie surowicy przeciw pneumokokowej, szczepionek wieloważnych lub autoszczepionek, dożylnie zastrzykiwanie 40% cukru (Mogilnicki i Woźniakówna), wreszcie zakładanie odmy. Wszystko to nie zmniejsza śmiertelności z powodu zapalenia płuc wśród dzieci najmłodszych.

Pesymistycznie również nastraja sprawa leczenia ropnego zapalenia opłucny u dzieci najmłodszych. Wprawdzie zarzucono już pogląd, że ropniak w opłucnie u tych dzieci należy opróżniać za pomocą dużej rezekcji i szerokiego otwarcia opłucny, wprawdzie liczni klinicyści uznali za lepszą bardziej zachowawczą metodę operacyjną, jaką jest torakotomia z zamkniętym sączkowaniem, wprawdzie ostatnio zaczęto stosować metodę przygotowawczą, polegającą na nakłuwaniu opłucny przez krótki czas przed zabiegiem, — pomimo to wszystko metoda operacyjna przy zachowaniu omówionych ostrożności nie daje lepszych wyników od metody zachowawczej (rozumie się, o ile chodzi o niemowlęta, to każda metoda operacyjna daje złe wyniki). Na sprawę leczenia ropnego zapalenia opłucny w wieku wczesnego dzieciństwa rzuca pewne światło ogłoszona ostatnio praca Braudellerowej, której zdaniem (zgodnie z innymi autorami) na początku leczenia powinna być stosowana wyłącznie metoda zachowawcza, póki nie przeminie współistniejąca w mięszu płucnym sprawa zapalna, i póki nie nastąpi, dzięki wytworzonym zrostom, równowaga śródpiersia. Okresu tego nie należy przedłużać ponad dwa-trzy tygodnie, ażeby nie doprowadzić do nieodwracalnego ucisku płuca i do jamy resztującej. Zabieg operacyjny powinien być dokonany wyłącznie metodą zamkniętą.

W tem miejscu należy odnotować bardzo dobry efekt leczniczy w przypadkach ropniaka opłucny u dzieci starszych, jaki daje metoda zamkniętego drenowania stosowana na oddziale chirurgicznym przez Saidmana. Technika operacyjna tej metody i jej korzystne wyniki zostały szczegółowo omówione w wykładzie klinicznym w 1933 r.

Smutną kartę w terapii chorób dziecięcych wypełnia t. zw. ostry gościec stawowy. W świetle nowej nauki cierpienie to musi być ujmowane nie jako ostry gościec stawowy, powikłany zmianami w sercu, ale jako przewlekła choroba goścowa z powtarzającymi się co pewien czas obostrzeniami ze strony serca; jest to cierpienie, trwające lata całe; niezawsze musi ono atakować stawy; badania sekcyjne i histologiczne licznych przypadków schorzeń serca u dzieci (bez zaatakowania stawów) wykazały, że mamy do czynienia z t. zw. goścem trzewiowym (*rheumatismus visceralis*); badania te wykazały również, że schorzenie to ma swój specyficzny podkład anatomicopatologiczny (guzki Aschoffa, Klingego i Talalajewa), że atakuje ono zrąb tkanki łącznej w całym ustroju, a w pierwszym rzędzie okolice mięśnia sercowego lewej komory; w cierpieniu tem główną rolę odgrywa nie zarazek (być może, że nawet nie istnieje zarazek swoisty), ale gotowość ustroju do przestrojenia się pod wpływem nieznanego nam antygeny, a następnie jego zmieniona

reakcja na dalsze bodźce (stąd pojęcie gościca, jako choroby alergicznej); kolebką tego cierpienia, podobnie jak i gruźlica, jest najczęściej okres dzieciństwa. Toteż walka z chorobą gościcową u dorosłych to sprawa umiejętnego leczenia w zarodku jej rozwoju, co rozumie się, musi należeć do obowiązków pedjatri (Leichtentritt). O ile nauka o patogenie choroby gościcowej posunęła się tak dalece naprzód, o tyle leczenie jej pozostawia wiele jeszcze do życzenia. Za najlepsze środki dotychczas uchodzą salicylan sodu (lub jego pochodne) i piramidon podawane w dużych dawkach, pomimo to częstokroć spostrzegamy bezskuteczność tych środków. Być może, jak to widać z ostatnich prac autorów rosyjskich (Jegorow), salicylan sodu stanie się skuteczny wtedy, gdy będziemy wpływać na przestrojenie całego ustroju, ażeby ułatwić skuteczny wpływ tego środka na zmiany anatomiczne. Do tych metod na należyć hemoterapia, stosowanie preparatów ciężkich metali lub preparatów barwnikowych, ewentualnie djatermia. W chwili obecnej leczenie choroby gościcowej u dzieci jest sprawą otwartą i wysoce aktualną.

Istnieją jednak dziedziny, w których terapia z lat ostatnich może poszczycić się dobrymi wynikami. Mamy tu na myśli w pierwszym rzędzie choroby przewodu pokarmowego u tych dzieci, które przekroczyły już okres niemowlęstwa. Jeszcze do niedawna dużą trudność terapeutyczną stanowiło leczenie ostrych, nieraz krwawych biegunk u dzieci drobnych, długotrwały bowiem okres zdrowienia narażał pacjentów na znaczną utratę wagi. Nowy sposób djetetycznego leczenia biegunk, ogłoszony w roku 1929 przez Moro, a polegający na podawaniu surowych jabłek, w bardzo licznych przypadkach niezmiernie szybko przywraca prawidłowe, sformowane stolce. Pomimo krótkiego czasu, jaki upłynął od publikacji Moro, djeta jabłkowa została wypróbowana przez wielu klinicystów z bardzo dobrym efektem. U nas o djecie jabłkowej pisali Kurlandski, Frenklowa; zdaniem Frenklowej djeta jabłkowa daje znakomity efekt w przebiegu niestrawności i nieżyty jelit, natomiast mniej pewne wyniki w biegunkach zakaźnych i sprawach parenteralnych.

W zakresie badań nad ropomoczem u niemowląt posunięto się również naprzód. Z prac Schiffa wynika, że ropomocz jest tylko objawem, który towarzyszy następującym stanom chorobowym—ropiejące zapalenie nerek, anomalja dróg moczowych, ostre stany odwodnienia i wreszcie cierpienia zakaźne, atakujące inne narządy. Zdaniem tego badacza, *pyelitis*, jako cierpienie pierwotne, u niemowląt prawie nie istnieje. Michałowicz rozszerza pojęcie zmienionej jednostki chorobowej do pojęcia ogólnego zakażenia prątkiem okrężnicy, wskazuje na częste występowanie, zwłaszcza u niemowląt, objawów o charakterze ogólnego zatrucia przy jednoczesnym braku zmian anatomicznych ze strony miedniczek. Autor ten proponuje zamiast nazwy *colipyelocystitis* używać terminu *colitoxaemia* lub *colybacteraemia* z określeniem uzupełniającem *colipyelocystitis*. Obrazy kliniczne tego schorzenia zostały podane przez Wiszniewskiego (zespół objawów dyspepsji ostrej lub przewlekłej, zespół objawów samozatrucia, ze-

spół objawów nerkowych, zespół objawów oponowych). Jeżeli idzie o nowe metody leczenia „zapalenia miedniczek“, to należy podkreślić znakomity efekt diety cukrowej, wprowadzonej w roku 1925 przez Arona. Cukier jest tu pożądany ze względu na zaburzenia w gospodarce wodnej, a co najważniejsze, stanowi wysoko kaloryjną dietę, która oszczędza pracę nerek. (O wpływie na zmianę odzynu moczu mowa była wyżej).

W klinice chorób przemiany materji u dzieci wydarzeniem wielkiej miary było wprowadzenie przed kilkunastu laty insuliny. W erze przedinsulinowej cukrzyca u dziecka była rozpoznaniem równoznacznym z wyrokiem śmierci, ponieważ leczenie djetetyczne bez insuliny było skazane na niepowodzenie. Z jednej bowiem strony ograniczano do minimum w dziecie chorego dziecka węglowodany, z drugiej znów strony brak węglowodanów ujemnie wpływał na rozwój rosnącego osobnika i ułatwiał powstawanie ciał acetonowych, co szybko prowadziło do śpiączki. Dopiero dzięki odkryciu insuliny leczenie cukrzycy dziecięcej skierowane zostało na zupełnie nowe tory (Wagner, Priesel), a rokowanie straciło całą swoją groźbę. Dziś mamy możliwość obserwowania pacjentów w ciągu szeregu lat i możemy powiedzieć, że dziecko cukrzycowe ma wszelkie szanse, ażeby rozwinąć się prawidłowo i stać się niemal normalnym dorosłym osobnikiem. W piśmiennictwie polskim pierwsza praca monograficzna, omawiająca nowoczesną terapię cukrzycy dziecięcej została ogłoszona przez Baumrittera (następna przez Chwalibogowskiego).

Odkrycie insuliny nie tylko przyniosło nową broń przeciw cukrzycy, ale jednocześnie naprowadziło na nowe drogi badania, dotyczące innych procesów w przemianie materji. Bliższe studia nad stosowaniem insuliny wskazują na to, że punktem uchwytu wszystkich jej wpływów jest przemiana węglowodanowa. Wartość praktyczna tych studjów wyraziła się w tem, że klinika wewnętrzna, a więc i pedjatria wyzyskała wpływ insuliny na wagę, na apetyt, a zwłaszcza na gospodarkę wodną. Zaczęto więc próbować stosowania insuliny z niezłym skutkiem u niemowląt dystroficznych, źle przybierających na wadze, a co najważniejsza, u niemowląt ze stanami intoksykacji. Tak zwana *intoxicatio alimentaris* do dziś jeszcze stanowi wielką zagadkę patogenetyczną. Jest to ostre zaburzenie przemiany materji we wszystkich jej elementach, jest to nagłe zawalenie się budowli całego ustroju („Stoffwechselcoma“ autorów niemieckich). Aby wyłomaczyć przyczynę tego załamania się szukano specjalnych jądów bakteryjnych lub chemicznych (amin), ale na tej drodze wyjaśnienia nie osiągnięto; ostatnio zatrzymano się na zjawisku wysychania, naglej utraty wody. Zdaniem Toblera w stanach intoksykacyjnych ustrój dziecka traci wodę krążącą („Cirkulationswasser“), wodę z soków międzytkankowych („Konstitutionswasser“) i wodę, powstałą z rozpadu protoplazmy („Destruktionswasser“). Postępowanie lecznicze musi natychmiast przeciwdziałać niebezpiecznemu dla życia wysychaniu. Wprowadzenie w tych stanach insuliny z jednoczesnym wprowadzeniem do żyły cukru, stanowi bardzo doniosły postęp terapeutyczny.

Jeśli idzie o hematologję dziecięcą,

to właściwie do niedawna jeszcze zajmowali się nią hematolodzy, a nie pedjatrzy. W roku 1924 zjawiała się u nas monografia Erlichówny, omawiająca poraż pierwszy w piśmiennictwie europejskim choroby krwi u dzieci, ujmowane z punktu widzenia pedjatrii. Wkrótce ukazała się druga monografia, napisana również przez pedjatrów Bara i Stranskyego. Postępy więc hematologii dziecięcej w pierwszym rzędzie polegają na nowym podejściu do rzeczy. Poza tym opublikowane zostały odrębne normy z fizjologii krwi (u nas Bien i Erlichówna). Opracowano też znaczenie obrazu obojętnochłonnego w "sprawach ropnych i zapalnych, wysuwając na plan pierwszy nie tylko przesunięcie w lewo, ale również obecność zmian toksycznych w neutrofilach (Erlichówna i Rozengartenówna). Wyodrębniono też nowe zespoły kliniczne, spotykane nie tylko u dorosłych, ale też i u dzieci: odczyn białaczkowy przy różnych chorobach zakaźnych, który dotychczas niesłusznie przyjmowano za białaczkę (Nageli, u nas Gutmanowa, Rozenówna i Ściesiński); zespół agranulocytozy, opisany dokładnie w roku 1929 przez Schultza, u nas po raz pierwszy przez Rozengartenównę; etiologia agranulocytozy naogół nie jest jasna; podkreślano czynniki toksyczne (neosalwarsan, promienie Roentgen'a); na uwagę zasługuje rola zakażenia grzybiczego w agranulocytozie (Iberbajn). Z zakresu terapii chorób krwi u dzieci należy odnotować wartość przetaczania krwi, które coraz częściej bywa stosowane z dobrym wynikiem w ciężkich anemiach wtórnych. Duże usługi w praktyce dziecięcej oddaje również stosowanie wątroby. Na szczególną uwagę zasługuje podawanie miedzi. Wątroba i miedź wpływają wybitnie na tworzenie się czerwonych ciałek krwi za pomocą działania na szpik kostny.

Z pośród działów patologii dziecięcej, w których poczyniono ostatnio znaczne postępy, szczególny nacisk należy położyć na gruźlicę wieku dziecięcego. Sprawa ta została omówiona niedawno w Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim przez Gantza. Wobec tego ograniczymy się tylko do kilku uwag. Za najcenniejszą zdobycz w dziedzinie fizjologii dziecięcej (poza szczepieniami BCG, o czym mowa była wyżej) uważamy rozpoznawanie wczesnej gruźlicy płuc u dzieci (Redeker, Engel, Kleinschmidt), a więc spraw około ogniskowych i t. zw. ściśle odwęskowych. Sprawy te są ostatnio wykrywane nie tylko przy pomocy promieni roentgenowskich, ale również dzięki badaniu klinicznemu. U nas o postaci tej pisał Płopowski. Obraz zaś kliniczny i semiotykę nacieczeń pogłębił w ostatnich swoich pracach Gantz. Rozpoznanawanie wczesnych postaci u dzieci, a więc i leczenie ich, ułatwia walkę z gruźlicą dorosłych, podobnie zresztą, jak szczepienia BCG, zapobiegają gruźlicy niemowląt i dzieci drobnych.

W leczeniu kiły wrodzonej u dzieci również zaznaczył się w ostatnich latach postęp, polegający

na szczepieniu chorych zimnicą metodą Wagnera (obok stosowania swoistej chemoterapii). Metoda ta okazała się korzystna w tych postaciach, w których leczenie swoiste zawodziło, a szczególnie w schorzeniach układu nerwowego i w przypadkach ze stale utrzymującymi się dodatnimi odczynami serologicznymi. Z pośród pedjatrów metodę tę stosowali w pierwszym rzędzie Kundratitz, Sala Weitz, Gertruda Soeken, u nas Heszeles. Ogółem do roku 1932 zebrano (Festensztat) 120 przypadków kiły wrodzonej u dzieci, leczonej zimnicą. Mechanizm działania zimnicy polega: bądź na tem, że pod wpływem gorączki następuje rozszerzenie naczyń w ognisku chorobowym, co prowadzi do lepszego ukrwienia tego ogniska, a więc i do łatwiejszego dostępu środka farmaceutycznego (Müller); bądź też na tem, że pod wpływem zakażenia malarzyckiego powstają w ustroju przeciwciała, które skierowane są nie tylko przeciwko plazmodjom, ale również przeciwko pokrewnym im krętkom bladym (Weygandt). Oba te poglądy (wpływ gorączki i powstawanie przeciwciał) mogą być traktowane wspólnie jako terapia bodźcowa w szerokim tego słowa znaczeniu. Być może, że malarja dzięki ostremu początkowi silniej pobudza ustrój do obrony, aniżeli sama kiła, która ma przebieg przewlekły.

* * *

Staraliśmy się poruszyć cały szereg spraw, które uległy ewolucji w ciągu ostatnich lat dziesięciu*). Istotę postępu w pedjatrii należy sprowadzić do skutecznego zapobiegania i leczenia. W sumie możemy odnotować następujące pozycje w ostatnim dziesięcioleciu: zadawalniające i wielce obiecujące na przyszłość wyniki szczepień przeciwgruźliczych (BCG), dodatnie wyniki szczepień przeciwbłoniczych, a nawet przeciwploniczych, znakomity efekt leczenia płonicy surowicą swoistą, nowe metody zapobiegania i leczenia krzywicy i tężyczki, nowy sposób leczenia cięższych biegunek, inne podejście terapeutyczne do zapalenia miedniczek, niewątpliwy krok naprzód w walce z ciężkimi zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego u niemowląt (*intoxicatio alimentaris, infectiosa*), nowa metoda postępowania w leczeniu cukrzycy dziecięcej i wreszcie nowa metoda leczenia kiły wrodzonej. Z pośród schorzeń dziecięcych, trudnych dotychczas do opowania i odznaczających się dużą śmiertelnością, należy w pierwszym rzędzie wymienić zapalenie płuc u niemowląt, ropne zapalenie opłucny u dzieci najmłodszych i cierpienia reumatyczne serca. Wysiłki dnia jutrzejszego powinny być skierowane przede wszystkim przeciwko tym schorzeniom.

*) Czytelnika może uderzyć, że z pośród przytoczonych autorów obcych nie wymieniono tu takich nazwisk jak: Marfan, Nobécourt, Czerny, Finkelstein, Feer, Knöpfelmacher. Należą oni do twórców dzisiejszej pedjatrii, ale ich działalność przypada na lata wcześniejsze. To samo dotyczy niektórych zasłużonych autorów polskich.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału wewnętrznego A. Szpitala Starozakonných
Fundacji małż. Poznańskich w Łodzi.
(Ordynator: Dr. L. S z y f m a n).

Z kazuistyki kiły wątroby *).

Podał
Dr. P. KOTOK (Łódź).

Wśród narządów wewnętrznych, które ulegają zaatakowaniu przez jad kiłowy, pierwsze miejsce po układzie naczyniowo-sercowym zajmuje wątroba. Schrumph podaje, iż na 4280 sekcji mężczyzn z zakażeniem kiłowym stosunek stwierdzonych zmian trzeciorzędowych w narządach wewnętrznych przedstawia się, jak następuje:

Zmiany w narządzie krążenia, a zwłaszcza tętnicy głównej 57%, w wątrobie 8,5%. Nie ulega wątpliwości, iż kiła wątroby zdarza się częściej, niż bywa rozpoznawana. O tem, jak często kiła wątroby nie zostaje rozpoznawana, świadczy statystyka omyłek, podana przez Schlessingera: na 40 przypadków *lues hepatis* w 16 rozpoznano *ca. hepatis*, w 4-ch *cirrrosis*, w 3-ch *peritonitis tbc*.

Przyczynę częstych omyłek rozpoznawczych stanowią następujące okoliczności:

1) za mało jesteśmy nastawieni na kiłę narządów wewnętrznych,

2) zbyt wielką uwagę przypisuje się ujemnemu odczynowi W a R,

3) trudności rozpoznawcze w przypadkach, łudząco przypominających swym przebiegiem kamice wątrobową, zapalenie woreczka żółciowego, ropień wątroby.

Francuscy klinicyści wyodrębnili specjalną postać pseudo-chirurgiczną, która prowadzi często do niepotrzebnych zabiegów operacyjnych wskutek mylnego rozpoznania. Przypadek, bardzo pod tym względem pouczający, opisał u nas prof. Gluziński (*lues hepatis* rozpoznany jako kamica żółciowa i poddany nawet operacji).

4) Wreszcie dawniej uważano za charakterystyczną dla kiły wątroby postać kilakową o nierównej powierzchni (*gummata, hepar lobatum*). Dopiero ostatnio zwraca się więcej uwagi na t. zw. postać *hepatitis interstitialis diffusa* o dużej gładkiej wątrobie, którą u nas pierwszy opisał prof. Gluziński i którą uważa jako początkowe stadium kiły wątroby w okresie trzeciorzędowym. Tej właśnie postaci kiły wątroby, jako mało znanej, a praktycznie ważnej, poświęca Gluziński szereg prac, z których ostatnia ukazała się w r. 1929 w Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej.

Na oddziale wewnętrznym A. szpitala Poznańskich mieliśmy możność spostrzegania w ciągu ostatnich 9-ciu miesięcy 3-ch przypadków kiły wątroby, zasługujących na omówienie ze względu na niektóre objawy kliniczne.

Przypadek I. Chora lat 36, żona malarza. Przybyła na oddział dnia 3-go lipca r. b. z rozpoznaniem *cirrrosis hepatis*. Z wywiadów wynikało, iż choroba rozpoczęła się przed rokiem od ataków bólowych w okolicy wątroby, pro-

mieniujących do łopatek. Chora w międzyczasie przebywała w ciągu kilku tygodni w innym szpitalu. Według otrzymanych przez nas później informacji, u chorej rozpoznano w szpitalu kiłę wątroby, leczono rtęcią i jodem, salwarsanu, ze względu na wyraźną nietolerancję chorej względem tego preparatu, nie stosowano. Mąż oraz troje dzieci zdrowych. Droga pośrednią dowiedzieliśmy się, iż u matki chorej stwierdzono kiłę trzeciorzędową.

U nas stwierdzono dużą, gładką, twardą wątrobę, mało tkliwą na ucisk oraz dużą śledzionę. Odczyn W a R — wybitnie dodatni. OB — 50'. Odczyn V a n d e n B e r g h a — bezpośredni i pośredni ujemny. W moczu poza śladami białka zmian patologicznych nie stwierdzono. Próby obciążenia glukozą i galaktozą wypadły normalnie. Badanie morfologiczne krwi — nie charakterystyczne.

Leczenie polegało na podawaniu jodu i preparatów rtęci oraz bizmutu. Kuracji neosalwarsanowej, ze względu na wyraźną nietolerancję chorej w stosunku do tego preparatu, zaniechano.

Wątroba uległa znacznemu zmniejszeniu (obecnie ledwie wyczuwa się pod łukiem żebrowym), śledziona również zmniejsza się wydatnie.

Epicrisis: jest to jeden z tych przypadków *hepatitis diffusa luica*, o gładkiej dużej wątrobie, który klinicznie na początku imponował jako kamica żółciowa. Istnieją pewne okoliczności, przemawiające za tem, iż mamy tu do czynienia z *lues hereditaria tarda*, a mian.:

1) Brak danych co do zakażenia kiłowego;
2) Stwierdzenie ujemnego odczynu W a R u męża chorej;

3) Brak poronień oraz dzieci nieżywo urodzonych.

4) Wreszcie stwierdzona kiła trzeciorzędowa u matki chorej.

Z powyższych względów skłonni jesteśmy uważać przypadek nasz jako *lues hereditaria tarda*, mimo braku innych oznak kiły wrodzonej.

Przechodzę do 11-go przypadku, bardziej skomplikowanego, w którym obok *lues hepatolienalis* stwierdziliśmy mocznicę i zapalenie osierdza, a który zasługuje na omówienie ze względu na ciekawy przebieg kliniczny.

Chory lat 26, szewc, żonaty (pierwszy rok po ślubie). Wezwany do chorego z pogotowia z powodu bólów w dolku podsercowym oraz w podżebrzu lewym, stwierdziłem ogromną śledzionę, sięgającą na 2 palce poniżej linii pępkowej oraz wątrobę wychodzącą na 2 palce z pod łuku żebrowego prawego, pozatem nic osobliwego. Po udzieleniu doraźnej pomocy proponowałem choremu zgłoszenie się do mnie do ambulatorjum Szpitala Poznańskich. Chory przybył dopiero po 3-ch dniach, przyczem stwierdzono, prócz wyżej wymienionych objawów, tarcie osierdza. Chorego zakwalifikowałem do szpitala, na co początkowo nie chciał się zgodzić ze względu na dobre samopoczucie. Dopiero po 10-ciu dniach wobec pogorszenia się stanu przybył na oddział wewnętrzny A. Szpitala Poznańskich.

W dniu przybycia stwierdzono: blade powłoki, stan podgorączkowy, oddechów 32 na minutę, przy braku zmian w płucach. Lewa granica serca na linii sutkowej lewej, 4derzenie koniuszkowe na tejże linii w piątym międzyżebrowym; zaakcentowanie drugiego tonu nad tętnicą płucną. Tarcia osierdziowego brak. Tętno 112 na minutę, słabo wypełnione. P.P. — 150—75 mm. Hg. Śledziona twarda, bolesna, sięga do

*) Według odczytu, wygłoszonego w Łódzkim T-wie Lek. w grudniu 1933 r.

linji pępkowej. Wątroba macalna, nieco tkliwa, $1\frac{1}{2}$ palca poniżej łuku żebrowego, twarda, o powierzchni nierównej, brzegu twardym, gładkim. Na dnie oczu zmiany zależne od myopji. Stopotrzęs rzekomy szybko się wyczerpujący.

Przebieg: niepokój ruchowy, senność, duszność. Stan podgorączkowy. Tętno 110—120. Śledziona szybko się zmniejsza (po 3-ch dniach palec powyżej linji pępkowej). Wśród wzmagającego się niepokoju i zamroczenia następuje zgon po czterodniowym pobycie w szpitalu.

B a d a n i a l a b o r a t o r y j n e: moczu: c. wł.— 1011, B — 2%, w osadzie 20 — 30 krwinek świeżych i wylugowanych w p. w. pojedyncze leukocyty.

OB — 23. Odczyn W a R — wybitnie dodatni. Morfolog. bad. — nieznaczna limfopenja. Poziom mocznika we krwi b. wysoki — 364 miligr.%, miano ksanto - proteino-we — 120.

Epicrisis: na podstawie dodatniego wyniku W a R i jednoczesnego powiększenia wątroby i śledziony rozpoznaliśmy *lues hepatolienalis*. Silne bóle w lewym podżebrzu oraz szybkie zmniejszenie się śledziony wzbudziły podejrzenie zakrzepu żyły śledzionowej, który według E p p i n g e r a często powstaje właśnie na tle kiły. Niepokój ruchowy, zamroczenie, senność, wreszcie zejście śmiertelne były skutkiem mocznicy, której dowodzą wysoki poziom mocznika we krwi — 364 mg.% i duże miano ksantoproteinowe — 120. Mocznica ta była wyrazem niewydolności nerek w toku daleko posuniętej sprawy chorobowej, której objawami były: białkomocz, krwimocz oraz nadciśnienie. Bliższe określenie charakteru sprawy, toczącej się w nerkach, było klinicznie niemożliwe wobec skąpych wywiadów i krótkotrwałości obserwacji szpitalnej. Brak obrzęków i stosunkowo nieznaczny białkomocz przemawiały przeciwko nerczycy kiłowej. Za mało było danych, aby przyjąć pierwotną marskość nerek, która, choć bardzo rzadko, zdarza się jednak na tle kiły. Pozostawało przypuszczenie marskości wątroby w przebiegu zapalenia nerek.

Rozpoznanie kliniczne zatem brzmiało: *lues III visceralis (hepatolienalis)*. *Nephritis chronica cum insuff. renum (uraemia)*. *Pericarditis sicca*. *Susp. thrombosis venae lienalis*.

Rozpoznanie anatomopatologiczne: *Hepar lobatum*. *Perihepatitis fibrosa adhaesiva*. *Tumor lienis chronicus*. *Perisplenitis fibrosa adhaesiva*. *Nephritis fibrosa chronica multiplex*. *Venostasis omenti majoris, ventriculi et oesophagi*.

Godna uwagi w tym przypadku jest ta okoliczność, iż chory, u którego klinicznie i anatomopatologicznie stwierdzono tak rozległe zmiany, jeszcze kilkanaście dni przed śmiercią czuł się zdolny do pracy.

Wreszcie III-ci przypadek poucza nas, jakie znaczenie ma ściśle spostrzeganie kliniczne oraz zwracanie uwagi na niektóre drobne objawy (jak np. odczyn Biernackiego) dla ustalenia właściwego rozpoznania.

Chory lat 54, kupiec, żonaty. Uskarża się na bóle w lewym boku od roku oraz żółtaczkę od 12 dni, ze swędzeniem skóry oraz odbarwionemi stolcami. W roku 1902 zakażenie kiłowe. W ciągu 4 lat — 5 kuracji. W roku 1920 — zanik nerwu wzrokowego. W ciągu 2-ch lat (1920—21) — 2 kuracje.

U chorego, poza objawami władu rdzenia wraz z zanikiem n. wzrokowych, stwierdzono: żółtaczkowe zabarwienie powłok oraz białkówek. Płuca — bez zmian. Serce — nieznacz-

ne powiększenie l. komory. Wątroba pod łukiem macalna na 4 palce, gładka, konsystencji twardej, o brzegu gładkim, twardym. Śledziona pod łukiem macalna na 2 palce. W moczu B — nieobecne, barwniki żółci — ślady, urobilina — zwiększona, urobilinogen — zwiększony.

Odczyn V a n d e r B e r g h a bezpośredni i pośredni dodatni. Badanie treści dwunastniczej — nic charakterystycznego. Morfologia krwi — leukopenja ze względną limfocytozą. Odczyn W a R — ujemny. OB — 225 minut. Chory obecnie znajduje się na oddziale szpitalnym. Żółtaczka prawie znikła. Samopoczucie chorego lepsze. Wątroba i śledziona zmniejszyły się. Zaznaczyć należy, iż nie stosowaliśmy kuracji specyficznej.

Epicrisis: u chorego, zdeklarowanego luetyka, stwierdzamy dużą, gładką wątrobę i śledzionę, co każe nam przypuszczać kiłę wątroby. Jednocześnie mamy również i żółtaczkę, trwającą od dni kilkunastu. Chodziło o zróżniczkowanie rodzaju danej żółtaczki: czy mamy do czynienia z żółtaczką na tle swoistem (bądź to mechanicznem wskutek ucisku kilaka na przewody żółciowe, bądź toksycznym — *icterus syphiliticus tardus*), czy też wreszcie ze zwykłym *icterus catarrhalis in individuo luico*. Ujemny odczyn W a R, oraz długie OB — 225, przemawiało przeciwko swoistemu pochodzeniu żółtaczki. *Icterus salvarsanicus* łatwo można było wyłączyć, albowiem chory od 12 lat nie otrzymywał żadnej kuracji. Skłonni więc byliśmy uważać ten przypadek jako *icterus simplex* i z tego powodu nie stosowaliśmy kuracji swoistej. Dalszy przebieg, a mianowicie szybkie ustąpienie żółtaczki bez kuracji swoistej, wydaje się przemawiać za słuszością naszego pierwotnego przypuszczenia. Absolutnej pewności w tych przypadkach, niestety, zazwyczaj mieć nie możemy ze względu na brak obiektywnego kryterjum. Wszak i znaczenie ujemnego odczynu W a R i długiego OB mogą też być kwestjonowane.

Na zakończenie pragnę podkreślić, iż już ta okoliczność, że na oddziale szpitalnym w ciągu 9-ciu miesięcy mieliśmy możność spostrzegania 3 ch przypadków *lues hepatolienalis* świadczy o domości praktycznej tej jednostki chorobowej.

Z oddz. ginekolog. Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Dr. A. N a t a n s o n).

Znaczenie rozpoznawcze interferometrii w schorzeniach gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

Podał
J. SZEJNBERG (Warszawa).

Metoda interferometrii opiera się na hipotezie A b d e r h a l d e n a, mianowicie: o ile wprowadzimy do żywego organizmu drogą pozajelitową obce białko, wtedy we krwi wytwarzają się substancje odpornościowe, które chcą zniweczyć lub zmienić skład chemiczny wprowadzonych molekuł. Nie powinniśmy tego zjawiska identyfikować z antygenami — gdyż tu musi być ciało proteolityczne, posiadające w swojej budowie molekularnej związki aminowe. Znamy dwie główne próby zastosowania metody A b d e r h a l d e n a — 1) dla rozpoznania ciąży przez wytworzenie się w organizmie matki ciał odpornościowych przeciw białku łożyskowemu; 2) dla rozpoznania nowotworu — gdzie surowica

organizmu nowotworowego jest w stanie do dyzlokacji białka, otrzymanego z tkanek zmienionych nowotworowo z innego organizmu. Są to metody dializacyjne do niedawna mało używane, a obecnie znów wyciągnięte z archiwum.

Metoda *Abderhaldena* weszła ostatnio w nową fazę, dzięki pracom *Hirscha* z Jeny, który zastąpił aparaturę poprzednią przez specjalny przez siebie opracowany aparat, dość kosztowny i bardzo skomplikowany, a mianowicie interferometr *Zeissa*. Próbę wykonywa się w sposób następujący: 10—15 cm.³ surowicy krwi, b. dokładnie odwirowanej, wstawiamy do ciepłarki na 24 godz. przy t°-37°. Wszelkie używane do próby naczynia muszą być dokładnie na sucho sterylizowane. Do badanej surowicy dodajemy 5 mlgr. określonego organu, którego zużycie w organizmie chcemy określić i obserwujemy w aparacie jego zużycie. Zasada aparatu polega na załamaniu się światła badanego płynu. Przez odpowiedni obiektów i odczytujemy załamanie się światła czystej surowicy, a następnie mieszaniny surowicy z badanym, zgóry wiadomym, organem. Różnica tych 2 liczb będzie liczbą zużycia danego organu w badanej surowicy. Podziałka interferometru wskaże nam stopień czy też wielkość zużycia. Przy badaniu interferometrem — organy są stałe i preparowane przez firmę „*Pharmagaus*” dla każdego organu i gruczołu.

Według oznaczenia *Hirscha*, sprawdzonego przez wielu autorów, notacja poszczególnych gruczołów przedstawia się, jak następuje:

Rys. 1.



Oczywiście mogą zająć pewne wahania w liczbach u rozmaitych osobników, ale te wahania są zawsze stałe, a mianowicie: przysadka i nadnercze wykazują prawie jednakową liczbę; tarczyca i jajnik również — przyczem liczby tarczyczno-jajnikowe są dwa razy większe od liczb przysadkowo-nadnerczowych, a grasica liczbowo trzyma się pośrodku.

Zastosowanie interferometrii miało miejsce pierwotnie w weterynarii dla określenia ciąży u bydła rogatego. Miało to znaczenie z punktu widzenia gospodarczego, aby nie oddawać na ubój ciężarnych sztuk. Znacznie później zaczęto stosować tę metodę dla określenia ciąży u ludzi. Stosowano tę metodę również dla określenia płci i otrzymywano 72% prawidłowych przepowiedni.

Metoda ta przez szereg lat była niesłusznie w zapomnieniu, od 2-ch lat zwrócono się znów do niej w niektórych klinikach, jako do wartościowej metody rozpoznawczej. W obszernym dziele *Halbana i Seitz*a nie poświęcono jej nawet miejsca, z wyjątkiem wzmianki *Eufingera*,

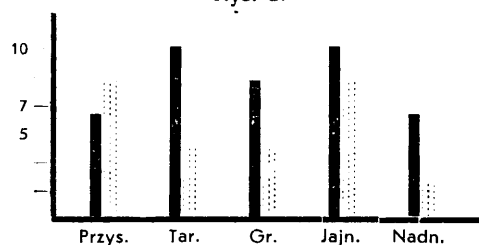
który wspomina o interferometrii, jako metodzie dla rozpoznania ciąży.

Obecnie mamy mniej kosztowne i mniej kłopotliwe aparaty dla rozpoznania ciąży; interferometrię musimy zachować i stosować dla bardziej skomplikowanych zjawisk i bardziej dla nas ciemnych, mianowicie dla określenia korelacji i czynności gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Pomimo licznych i cennych prac o stosunkach wzajemnych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, bardzo często nie możemy znaleźć punktu uchwytu i kierujemy się czystą empirją. Mam wrażenie, że interferometrija wniesie dużo światła w tę dziedzinę i skieruje leczenie na odpowiednie tory.

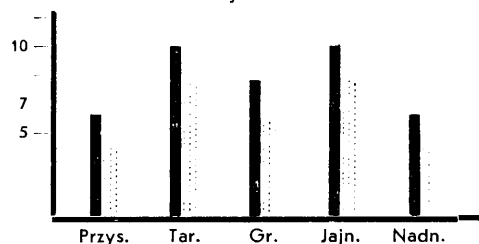
Zanim opiszę swój przypadek podam dla określenia metody interferometrii kilka typowych przykładów.

Młoda 30-letnia kobieta skarży się na stałe zmniejszanie się perjdów, często występują uderzenia do głowy, ostatnio przytyła. Narządy rodne bez zmian. Badanie interferometr. wykazuje: słabe zużycie wydzieliny wszystkich gruczołów, znaczne stosunkowo spalanie wydzieliny przysadki. Po 4-oty godniomem zażywaniu preparatu przysadki znaczna poprawa. Kontrola interferom. wykazuje prawie prawidłowe zużycie wszystkich gruczołów. (rys. 3).

Rys. 2.



Rys. 3.



Bardzo pouczające są przypadki leczone latami z powodu objawów wypadnięcia preparatami jajnikowymi bez wszelkiego efektu. Bardzo często mamy w tych przypadkach zmniejszone spalanie wydzieliny narządów rodnych — a więc nadmiar jej w krwiobiegu, natomiast zwiększone zużycie najczęściej wydzieliny przysadki. Stosowanie preparatu przysadki natychmiast przynosi ulgę. Oczywiście tylko interferometrija może nam odpowiednio oświetlić wątpliwe przypadki, tembardziej, że jajnik dobrze pracuje, o ile inne gruczoły pracują bez zarzutu.

Badania nad czynnością gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym przekonywają nas, że przysadka odgrywa przeważającą rolę w ogólnym obrazie może dlatego, że jest w bezpośrednim związku z mózgiem. Rzadko widzimy odchylenia w obrazie interferom. bez udziału w nim przysadki. O ile uprzytomnimy sobie, jakie ogromne zmiany w organizmie wywołuje nieprawidłowa czynność przysadki — poczynając od akromegalji i wzrostu olbrzy-

miego do karłowatości, od nadmiernej otyłości do wybitnego charłactwa — wtedy dopiero ocenimy wpływ prawidłowej jej czynności.

W ocenie obrazu interferom. ważna jest zawsze jego wartość kliniczna. Zdaje się, że przy stwierdzeniu zmniejszonego spalania mamy również zmniejszoną produkcję. Nieco inaczej przedstawia się sprawa przy obrazie zwiększonego zużycia. Mogą być dwie możliwości: albo surowica spala nadmiar hormonu, niepotrzebnego dla organizmu — albo produkowany w normalnej ilości hormon ulega zwiększonemu rozkładowi z przyczyny bliżej nam nieznanej. Trudność terapeutyczna polega na zastosowaniu gruczołu: czy jednoimiennego wskutek zwiększonego zużycia przez surowicę, czy antagonistycznego dla wyrównania czynności.

Przypadek poniższy bardzo oporny w leczeniu został oświetlony klinicznie i terapeutycznie dzięki zastosowaniu badania interferometrycznego.

Pani H. S., lat 24, zamężna od 3½ lat jest w mojej obserwacji od 7 lat. Pierwszy perjd w 17-ym roku życia, b. obfity, trwał sześć tygodni. Leczenie rozmaitymi preparatami hormonalnymi bez efektu. Po naświetleniu śluzowy krwawienie ustało.

Następny perjd po 7 miesiącach normalny. Odtąd perjody ze znacznym opóźnieniem co 5 — 9 miesięcy; obecnie *amenorrhoea* od 20 miesięcy. Wystąpiły wtórne objawy męskie — uwłosienie na klatce piersiowej, rękach, nogach, na twarzy, zmiana głosu. Pomimo stosowania rozmaitych preparatów efektu nie otrzymano.

Badanie przemiany podstawowej wykazało $\pm 2\%$.

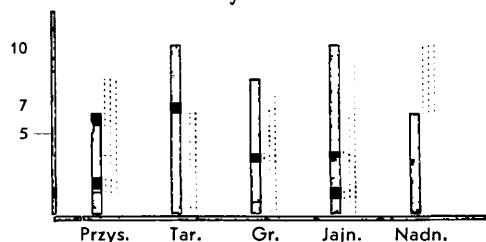
Badanie moczu na hormony płciowe wykazało: Odczyn *Aschheim* — *Zondek* ujemny.

Próba *Allen* na kastrowanej myszce — ujemna.

Dla wyświetlenia przypadku skierowałem chorą celem dokonania badania interferometrycznego *).

Badanie, wykazało:

Rys. 4.



Mamy zwiększone zużycie układu przysadkowo-nadnerczowego, zmniejszone spalanie tarczycy przy prawie normalnej czynności jajnika.

Nie wiemy jeszcze czy *pituityna* działa bezpośrednio czy też przez zadziałanie na *adrenalinę*. Te zagadnienie moglibyśmy rozstrzygnąć, gdybyśmy przeprowadzali badania z *pituityną* na zwierzętach, którym usunęto nadnercza.

Wobec długotrwałej *amenorrhoei* u młodej kobiety zastanawiano się nad celowością heterotransplant. jajnik, pomimo że obraz interferom. przemawiał przeciwko temu. Jednak przeszczepiono jajnik. Badanie moczu miesiąc po operacji na hormony płciowe wykazało:

Odczyn *Aschheim* — *Zondek* ujemny.

Próba *Allen* — słabo dodatnia.

Pomimo 2-u miesięcznego oczekiwania miesiączka nie występowała.

*) II klinika wewnętrzna Uniw. w Wilnie.

Na zasadzie wzoru interferom. należało chorej dać przysadkę. Zastosowałem świeżą przysadkę wprost z rzeźni codziennie 1 sztukę. Po dwu tygodniach u chorej wystąpił perjd. Chora jadła przysadkę codziennie i miała perjd regularnie w odstępach 4-tygodniowych po 4—5 dni, średnio obfite. Po 4 miesiącach zrobiono przerwę w stosowaniu przysadki — perjodu nie było. Obecnie pacjentka znów zażywa przysadkę i ma skąpe ale regularne krwawienia.

Zdaje się, że najwłaściwszym leczeniem będzie wszczepienie przysadki pod skórę; trudno jednak przewidzieć skutek.

Sądzę, że w interferom. mamy cenny środek rozpoznawczy, który będzie coraz doskonalszy w miarę poprawy produkcji opizimów i otrzymywania surowicy w postaci najbardziej stałej: „*Qui bene diagnoscit, bene curat*”, im trwalsze i pewniejsze będą podstawy naszych metod rozpoznawczych, tem większą korzyść przyniesiemy ludzkości.

PIŚMIENNICTWO.

Aschner. — Halban — Seitz. Hirsch. — Berl. Klin. Wschr. 1929, N. 6. — Ritterhans — Zbl. Gyn. 1925, N. 50. — Runge: — Zbl. Gyn. 1926, N. 20 i 23. — Sieber. — Zbl. Gyn. 1931, N. 11. — Streck. — Zbl. Gyn. 1925, N. 18 i 45. — Zondeck. — Zbl. Gyn. 1931, N. 1.

Z pracowni własnej.

Uproszczona metoda oznaczania ilości indykanu we krwi.

Podał

A. LAPIDUS (Warszawa).

Oznaczanie ilości indykanu we krwi najczęściej obecnie stosowaną metodą *Rosenberga* przedstawia tę niedogodność, że wymaga dla swego wykonania pobrania od chorego znaczniejszej ilości krwi. Niezawsze jest to możliwe ze względu na stan chorego, a zawsze sprawia przykre wrażenie na otoczeniu, które skłonne jest ewentualne pogorszenie stanu chorego przypisywać temu właśnie zabiegowi. Metoda, którą opisuję poniżej, usuwa tę niedogodność, umożliwiając wykonanie tego oznaczenia nawet wtedy, gdy mamy do rozporządzenia jedynie 10—15 ccm. krwi. Jest ona oparta, taksamo jak metoda *Rosenberga*, na stwierdzonym przez *Jollisa* fakcie, że 10 ccm. roztworu, w których zawartość indykanu wynosi 0,0032 mg., jeszcze dają dodatni wynik w jego odczynie (z 5% roztworem alkoholowym tymolu i odczynnikiem *Obermayera*), nadając 2 cm. sz. chloroformu po wytrząsaniu różowe zabarwienie, podczas gdy roztwory o mniejszej koncentracji już tego odczynu nie dają. Innymi słowy, zabarwienie chloroformu jeszcze występuje, gdy ilość wytworzonego 4-cymol-2-indolindolignonu odpowiada 0,0016 mg. indykanu w 1 ccm. chloroformu. Ale, podczas gdy *Rosenberg* dla ustalenia tego końcowego momentu reakcji bierze cały szereg rozmaitych rozcieńczeń odbiałzonej surowicy, metoda, którą obecnie przedstawiam, polega na tem, że odczyn *Jollisa* wykonywa się z jedną określoną ilością odbiałzonej surowicy, a potem dodaje się stopniowo określone ilości chloroformu aż do tego momentu, kiedy zabarwienie chloroformu przestaje być widoczne. Z ilości zużytego chloroformu określamy ilość indykanu we wziętej ilości surowicy, a stąd — w 100 ccm. sz.

Technika oznaczenia.

I. Odczynniki (te same, co w metodzie Rosenberga):

a) 10%-owy roztwór kwasu tróchloroctowego (20%-owy roztwór jest niepotrzebnie wysoki, gdyż 10%-owy najzupełniej wystarcza do doskonałego odbiałczenia surowicy);

b) 5%-owy alkoholowy roztwór tymolu;

c) odczynnik Obermayera (2 ccm, *liq. ferri sesquichlorati* w 250 ccm. dymiącego kwasu solnego);

d) chloroform.

II. Wykonanie.

Do 5 ccm. surowicy dodajemy tyleż 10%-owego roztworu kwasu tróchloroctowego, mieszamy dokładnie pałeczką szklaną i sącimy. Do próbówki (lepiej graduowanej — dla kontroli ilości) o średnicy 15 mm. i pojemności 25—30 cm. sz. wprowadzamy 4 ccm. przesączu, dodajemy kolejno, za każdym razem dokładnie skłócając, 1 ccm. wody przekroplonej, 0,5 ccm. 5%-owego roztworu alkoholowego tymolu i 5 ccm. odczynnika Obermayera. Odstawiamy na 2 godziny, po upływie których dodajemy 1 ccm. chloroformu i dokładnie wytrząsamy. Jeżeli występuje zabarwienie chloroformu, dodajemy dalsze ilości tegoż, zależnie od intensywności zabarwienia: przy mocnym zabarwieniu — po 1 ccm., a gdy ono słabnie (lub gdy odrazu jest słabe) — po 0,3 ccm. i za każdym razem wytrząsamy. W ten sposób dochodzimy do momentu, kiedy chloroform przestaje wykazywać zabarwienie.

III. Obliczenie.

Końcowy moment reakcji leży pomiędzy 2-ma ostatnimi ilościami chloroformu: tą, przy której

zabarwienie jeszcze było widoczne, a ostateczną, przy której ono znikło. Jeżeli oznaczymy ogólną ilość zużytego chloroformu (t. j. tę, przy której zabarwienie znikło) przez m , to wobec tego, że w końcu dodawaliśmy po 0,3 cm. chloroformu, ilość chloroformu, przy której zabarwienie jeszcze było widoczne, $= m - 0,3$. Końcowy moment reakcji odpowiada zatem ilości chloroformu $\frac{m + (m - 0,3)}{2} =$

$= m - 0,15$. W każdym 1 cm. chloroformu znajduje się wtedy 0,0016 mg. indykanu. Ogólna zatem ilość wykrytego indykanu $= 0,0016 (m - 0,15)$ mg. Ta ilość zawarta jest w 4 cm. przesączu czyli 2 cm. surowicy, a więc w 100 cm. znajduje się 50 razy więcej, czyli $0,0016 \cdot 50 (m - 0,15) = 0,08 (m - 0,15)$. Dla obliczenia zatem zawartości indykanu w surowicy w mg-% należy pomnożyć 0,08 przez ogólną ilość zużytego chloroformu (w cm. sz.) mniej 0,15.

Gdy odrazu przy pierwszym dodaniu chloroformu zabarwienie nie występuje, to ilość indykanu we krwi jest mniejsza niż 0,08 mg-%, czyli nie przekracza normy.

IV. Stopień dokładności. Jak widzimy z obliczenia, maksymalną granicą błędu obliczeniowego przy stosowaniu powyższej metody jest $0,08 \cdot 0,15 = 0,012$ mg-%. Porównując tę granicę błędów z taką granicą w metodzie Rosenberga, widzimy, że, poczynając od zawartości 0,091 mg-% (która jest pierwszym stopniem zwiększenia indykanu we krwi), opisana metoda jest znacznie dokładniejsza od metody Rosenberga, w której, im wyższa jest zawartość indykanu, tem większa jest rozpiętość błędów obliczeniowych, podczas gdy w niniejszej metodzie granica błędu pozostaje stale na nieprzekraczalnym poziomie 0,012 mg-%.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Kastracja i sterylizacja.

Podali

Bronisław FRENKIEL i Stanisław HURWICZ (Łódź).

(Dok. — patrz Nr. 44).

VIII.

Zwróćmy się obecnie ku stronie prawnej zagadnienia obezpladniania. Poraz pierwszy została prawnie uregulowana sprawa w stanie Indiana w roku 1907 dzięki energii Sharpa, lekarza więziennego w Jeffersonville. Rozpoczął on sterylizację już w roku 1899 i mógł stanąć przed Radą Stanu, mając w ręku pokaźny materiał z przeszło 150 wypadków. Jednak ciało ustawodawcze stanu początkowo odrzuciło projekt, dopiero po dwóch latach projekt uzyskał niezbędną większość. Od tego czasu do roku 1931 wprowadziły ustawy sterylizacyjne 24 Stany. Ustawy te można podzielić na ustawy czysto eugeniczne (w 22 stanach); 2) eugeniczne i zarazem terapeutyczne (w 12 stanach); 3) pozatem w 3 stanach: Kalifornji, Waszyngtonu i Nebrasce, przewidziane jest ubezpłodnienie karne. Co do tego ostatniego to z literatury wynika, że sterylizacja karna orzeczona została dotychczas raz jeden w roku 1911 w Waszyngto-

nie w sprawie niejakiego Piotra Feilena za zgwałcenie dziewczynki poniżej lat 10-ciu (łącznie z dożywotnim więzieniem). Na jego protesty sąd odpowiedział, że mógłby skazać go również na karę śmierci. Ustawy Minesoty nie podają celu obezpladnienia wogóle. Zabieg może być wykonany tylko w publicznych specjalnie upoważnionych zakładach. Jest ich 124, lecz tylko w 31 zakładach operacji dokonano.

Kwestję, kto może być sterylizowany, czyli właściwie najtrudniejszy do określenia punkt wszelkiej ustawy sterylizacyjnej, ujmują amerykańskie ustawy rozmaicie. Niedorozwiniętych umysłowo wspominają wszystkie ustawy. 18 ustaw wymienia epileptyków bez bliższego określenia; natomiast 23 ustawy wspominają ogólnie umysłowo chorych. 14 ustaw mówi o przestępcach — recydywistach, którzy są niedorozwinięci i chorzy umysłowo lub epileptycy; w 11 stanach ustawa wymienia degenerację moralną i zbrocenia seksualne. 2 ustawy mówią również o cierpieniach natury syfilitycznej. Wymienione kategorie chorych mogą być poddane operacji, jeżeli znajdują się już pewien czas w szpitalu państwowym, więzieniu lub w innej instytucji pod opieką Urzędu Zdrowia. Osoby, cierpiące na wymienione w ustawie choroby, lecz nie przebywające w jakiegokol-

wiek ze wspomnianych instytucyj, mogą być sterylizowane w niewielu tylko stanach.

Ustawy amerykańskie albo podają, że zabieg ma być wykonany tylko jako wazektomia albo salpingektomia, albo, nie podając metody, zabraniają kastracji lub usuwania zdrowych organów; jedynie w dwóch stanach dozwolona jest kastracja, jako zupełnie wyjątkowy zabieg terapeutyczny. We wszystkich stanach wymagana jest zgoda rodziny lub opiekunów, w 6-ciu stanach również zgoda osoby, która ma być poddana operacji, t. zn. w razie odmowy, można się odwołać do sądu. Ustawy 15 stanów zawierają klauzule, zwalniające wszystkich lekarzy dokonywujących prawnie sterylizację od odpowiedzialności karnej i cywilnej. Do roku 1933 w 28 stanach dokonano 16066 sterylizacji (6999 m. i 9067 k.) eugenicznych, terapeutycznych zaś kilka i tylko jeden raz (jak podają statystyki) karną. Z operacji tych 8504, t. zn. 53% wykonano w Kalifornji, 2-ie miejsce zajmuje Kansas, inne stany dają liczby o wiele mniejsze. Do r. 1930 6.246 operacji dokonano na umysłowo chorych, przeważnie oligofrenikach; 2938 na epileptykach; 16 na przestępcach — recydywistach; 5 — na chorych innego rodzaju (F. W. B r o w n).

Zasadniczą wadą ustaw amerykańskich jest zbyt nieokreślone sformułowanie przypadków chorobowych, kiedy może być zastosowana sterylizacja. Jeżeli mowa jest o niedorozwiniętych umysłowo, to przecież ze względów eugenicznych bezcelowe byłoby sterylizowanie w przypadkach oligofrenji nabytej; przeważnie nie odbija się ona na przyszłych pokoleniach. Cóż dopiero mówić o takim określeniu, jak chory umysłowo (insan) lub ogólnikowo o epileptykach. Drugą znowu wadą jest zbyt mgliste określenie celu sterylizacji, mianowicie — aby zapobiec niepożądanemu potomstwu. Rozpatrywaliśmy wyżej dziedziczność chorób umysłowych i podkreśliliśmy niepewność wszelkich przewidywań przy dzisiejszym stanie nauki. Dlatego też na podstawie dzisiejszej wiedzy żądanie L a u g h l i n a, by w stanach wyjąłować 1/10 część ludności, t. zn. około piętnastu milionów, jest co najmniej przesadzone. Możemy stworzyć teoretyczne podstawy dla eugeniki przeprowadzonej na dużą miarę drogą sterylizacji, ale nigdy nie możemy zgóry przewidzieć, jakie będą jej rezultaty.

W Europie stosowano obojętności już od kilku dziesiątków lat w Szwajcarii. Prawne uregulowanie kwestji nastąpiło w r. 1928 w Kantonie Waadt w ten sposób, że znówelizowano ustawę o opiece nad umysłowo chorymi przez dodanie jednego artykułu.

Art. 28 bis, „Osoba, dotknięta chorobą umysłową lub niedorozwojem umysłowym może być poddana zabiegowi lekarskiemu w celu przeszkodzenia wydawaniu na świat potomstwa, jeżeli jest uznana za nieuleczalną i jeżeli, podług wszelkich przewidywań, może mieć tylko potomstwo chore. Interwencja lekarska może mieć miejsce wyłącznie za zezwoleniem Rady Zdrowia, która udzieli wspomnianego zezwolenia jedynie po przeprowadzeniu dochodzenia i po wysłuchaniu opinii zgodnej dwóch lekarzy, wyznaczonych przez nią”.

Rozchodzi się więc jedynie o chorych i niedorozwiniętych umysłowo, przyczem stan musi być uznany za nieuleczalny. Pozatem natrafiamy na te same trudności, co we wszelkich ustawach, mianowicie, art. 28 wymaga, by poddawano obojętności osobę chorą nieuleczalnie, „która według wszelkich przewidywań będzie mogła mieć jedynie potomstwo chore”. Ten punkt natrafia na szczególne trudności ze strony prawników, którzy się

wzdragają przed tak daleko idącymi ustawami, opartymi jedynie na możliwościach, przypuszczeniach, przewidywaniach, i domagają się pewności. Świadek lekarz, powiada, powinno kategorycznie stwierdzić, że ten a ten osobnik będzie mógł mieć bezwzględnie potomstwo chore. Oczywiście, że lekarze w współczesnym stanie wiedzy nie mogą tego uczynić, mogą mówić tylko o mniejszym i większym (do 50 — 75%) prawdopodobieństwie. Stan ten ujął referent ustawy na zgromadzeniu prawodawczym kantonu Waadt w sposób bardzo dosadny: „jeżeli eksperci i Rada Zdrowia powiada nam, że według wszelkiego prawdopodobieństwa potomstwo będzie ułomne, to na co mamy liczyć? czy na minimalną możliwość być pozbawionym geniusza, czy też na nieukończenie większą możliwość obdarzenia społeczeństwa licznym gromem idiotów? lepiej więc jest uniknięcie wielu idiotów, ryzykując nawet stracenie jednego geniusza”. Oczywiście musi być też dokładnie rozważana przez biegłych lekarzy kwestja nieuleczalności, której wymaga ustawa.

Ustawa Szwajcarska pomija zupełnie metodę operacyjną, pozostawiając do uznania lekarzy, czy konieczna jest sterylizacja, czy też kastracja. Dotychczas stosowano jedynie sterylizację.

Inicjatywa należy do rodziny, opiekuna, dyrektora szpitala lub też do gminy. Podanie kieruje się do Rady Zdrowia, która rozpatruje najpierw kwestję zasadności, poczem albo od razu oddala prośbę, albo przekazuje sprawę dwóm ekspertom.

Jeżeli zdanie biegłych jest jednomyślne i przychylne, Rada zezwala na zabieg, ale nie zarządza zabiegu, a więc jeszcze ma coś do powiedzenia chirurg, który ma zabieg wykonać. Sprawa sterylizacji więc jakby musi przejść przez trzy kontrole: Rady, ekspertów i operatora. Rada Zdrowia składa się z czterech lekarzy (trzech profesorów uniwersytetu i jednego lekarza kantonalnego), jednego prawnika (prokuratora), dwóch redaktorów, kantonalnego weterynarza i jednego aptekarza.

Przez pierwsze trzy lata po wprowadzeniu ustawy wniesiono czterdzieści kilka wniosków sterylizacyjnych, uwzględniono 21 podanie, inne oddalono. Częste były podania ze strony gmin, aby w ten sposób uwolnić się od kosztów, wynikających z utrzymania niepożądanego potomstwa; w tych wypadkach Rada nie przyzwalała na zabieg. Wykonano też jedną kastrację na oligofrenicznym przestępcy seksualnym. Wskazania były przeważnie społeczne, o eugenicznych można mówić dopiero w drugim rzędzie. Kanton Waadt ma 320.000 mieszkańców, 20—kilkę sterylizacji w przeciągu trzech lat to — nie dużo. Wpływa to ze stanowiska władz kantonalnych, że ustawę należy stosować wyjątkowo, ze względów społecznych w pierwszym rzędzie, by uniknąć zachodzenia w ciężę umysłowo-chorych, oraz żeby skrócić czas detencji w zakładach. Czynniki czysto ekonomiczne nie brany jest zupełnie w rachubę, tak samo chwilowo czynnik czysto eugeniczny, ze względu na obecnie jeszcze istniejącą wielką niepewność w prognozie dziedzicznej (W a n n e r, S t e c k).

Istnieje również ustawa sterylizacyjna w Danji. W przeciągu 4-eh lat w Danji wykonano 103 zabiegi, mianowicie: kastracja u 41 mężczyzn, sterylizacja u 11-u i 62 kobiet.

Istnieją projekty ustaw w Finlandji z r. 1929 i w Norwegji. Projekt ustawy Norweskiej jest najbardziej szczegółowy. Ustanawia on podwójne cele zabiegu: społeczno-ekonomiczne wzgl. społeczno-kryminologiczne oraz euge-

niczne. Wnioski zabiegu stawia osoba zainteresowana, względnie jej prawny zastępca, prezydent policji, kierownik więzienia, domu pracy i t. d.

Zezwolenia ma udzielać specjalna instytucja — Rada Doradców, w której przewodniczy lekarz, a członkami są sędzia, psychiatra, lekarz-specjalista w sprawach dziedziczności, przyczem jednym z członków Komisji musi być kobieta.

W r. 1933 ogłoszono ustawę taką w Niemczech, obowiązującą od 1 stycznia 1934 r. Jest to ustawa wyłącznie eugeniczna, co wypływa z ideologii narodowych socjalistów. Pozatem jest to ustawa najściślejsza z wszystkich istniejących. Dozwolona jest tylko sterylizacja, kastracja wyraźnie zabroniona (chyba, że ze względów czysto terapeutycznych), i to w 9 wypadkach: 1) oligofrenja wrodzona, 2) schizofrenja, 3) obłąd manjkalno-depresyjny, 4) wrodzona padaczka; 5) choroba Huntingtona; 6) wrodzona ślepotą; 7) wrodzona głuchota; 8) ciężka dziedziczna ułomność cielesna, 9) ciężki alkoholizm „jeżeli podług doświadczeń wiedzy lekarskiej z dużym prawdopodobieństwem można oczekiwać, że potomstwo będzie cierpiało na ciężkie cielesne lub duchowe ułomności dziedziczne”. Sterylizacja jest przymusowa, ale na wniosek, który może być złożony przez samego chorego, jego opiekuna, lekarza urzędowego i kierownika zakładu leczniczego lub więziennego. Zezwolenia udziela specjalny sąd do spraw dziedziczności; przysługuje odwołanie do takiegoż sądu wyższego rzędu. Sąd składa się z sędziego zawodowego oraz 2 lekarzy specjalistów w wiedzy o dziedziczności.

Lekarze mają więc do przewyciężenia zwykle trudności ustaw, a więc, „spodziewanie się z dużym prawdopodobieństwem” chorego potomstwa. Następnie kazuistyczne wyliczenie przypadków, które zatrąca o kwestję dość nieustalonej i ciągle zmieniającej się jeszcze terminologii psychiatrycznej (Gaupp). Nowe w ustawie niemieckiej jest sterylizowanie w przypadkach dziedzicznej ślepoty i głuchoty, co zresztą otępi i okuliści przyjęli z wielkim uznaniem, oraz sterylizacja przy ułomnościach cielesnych ciężkich i dziedzicznych. Są to chyba przypadki wyjątkowe. O samych zaś postaciach chorobowych mowa była powyżej.

Prócz powyższej ustawy sterylizacyjnej wprowadzono nowelę do kodeksu karnego w rozdziale o środkach zabezpieczających w postaci artykułu o wytrzebieniu niebezpiecznych przestępców seksualnych. Sąd może zarządzić by przestępcę, który w czasie wyroku ukończył 21 rok, został skastrowany: 1) jeżeli został skazany za zgwałcenie lub nierząd z małoletnimi, za zgwałcenie z ciężkimi uszkodzeniem cielesnym na więzienie ponad 6 miesięcy i jeżeli już był za takie przestępstwo karany, oraz jeżeli ogólna ocena jego wykaże, że jest on niebezpiecznym nałogowym przestępcą; 2) w wypadku mordu z łubieżności. A więc kastracja dopuszczalna jest tylko ze wskazań kryminologicznych i z wyroku sądu.

W Anglii kwestja sterylizacji gruntownie została opracowana przez Komisję Ministerstwa Zdrowia. Komisja odrzuca sterylizację przymusową, zaleca ułatwienie dobrowolnej.

Jak się przedstawia sprawa u nas? O ile nam wiadomo, Depart. Sl. Zdrowia nie ma projektu żadnego w sprawie obezpladniania. Istnieje natomiast projekt ustawy podany przez prof. Grzywo-Dąbrowskiego oraz projekt ustawy eugenicznej (Tow. Eug.).

Omówienie tych projektów będzie przedmiotem osobnej pracy.

Musimy kierować się analogją, którą stanowi sprawa przerywania ciąży. Jeżeli więc rozchodzi się o względy zdrowia pacjenta, czyli o wskazanie czysto terapeutyczne, to nic nie stoi na przeszkodzie, aby lekarz dokonał sterylizacji lub kastracji. Natomiast względy społeczne i eugeniczne nie chronią lekarza przed kodeksem karnym; odpowiada on wtedy z artykułu 235 za pozbawienie zdolności płodzenia, nawet jeżeli uczynił to za zgodą pacjenta. Przestępstwa bowiem z artykułu 235 ścigane są przez prokuratora z urzędu.

PISMIENNICTWO.

- 1) Asper Gross'Archiv f. Kriminologie, 70 pag. 46. —
- 2) Aisensstadt. Napoli 1930. — 3) Bonin et Ancel. Cpt. rend. soc. biol. 138 z r. 1904. — 4) Bortz. Arch. f. Gynäkol. 88. —
- 5) Berger. Beitr. zur Frage d. Kastration etc. Greifswald 1901. —
- 6) Breuer. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. 50. — 7) Bumke. Tagung d. deutsch. Ges. f. Gynäkol. X. 1933, Berlin DmW. Nr. 48. Lehrbuch d. Geisteskrankheiten. — 8) Bleuler. Der geborene Verbrecher. — 9) Bonhöffer. Klin. Wschschr. 1924, pag. 798. — 10) Bourneville. — 11) F. W. Brown. Eugenic Sterilisation in the U. S. A. 1930. — 12) Czerwiński. Now. Spół. lek. 1933 r. — 13) Defays. Ann. de Paris, 1871, pag. 537. —
- 14) Fischer. Tagung d. d. G. f. Gynäkol. 1933 r. DmW. N. 48. —
- 15) Fetscher R. Arch. Sol. Hyg. 1933. — 16) Frank S. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurolog. 57, 1925. — 17) Fraenkel M. Berlin 1916. — 18) Fischer H. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 94. — 19) Gaupp. MmW. 1908, pag. 1103. — 20) Gaupp. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 100, pag. 139. — 21) Gaupp. Klin. Wochenschr. 1934. Nr. 1. — 22) Goll. Mitt. d. Kriminol. Ges. 1933 r. — 23) Grzywo-Dąbrowski. Lekarz Polski. 1934. Nr. 6. —
- 24) d'Hencqueville. Le Soc. de Med. legale 1934. — 25) Hackfield. Mont. f. Psych. 1933. — 26) Heinol R. Arch. Kriminol. biol. 1933. — 27) Hegar. MmW. 1913. Nr. 5. — 28) Hirsch. Arch. f. Psychiatrie, 1922, N. 64. — 29) Hirschfeld M. Neurol. Zentrbl. 1916. — 30) Hamburger. W. Klin. W. 1933, Nr. 19. — 31) Hoffmann. Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. 1921. — 32) Hoffman G. Offentl. Gesundheitspflege, 1917. II. — 33) Jonson. Med. Klin. 1934 r. — 34) Kress. Psych. Neurol. Woch. 1933. — 35) Kolle K. Fort. d. Neur. u. Psych. 1934, 6. — 36) Kon Jutaka. Zieglers Beiträge 44. —
- 37) Kankeleit. Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1925. 98. —
- 38) Kohlrausch. Ztsch. f. Strafrechtswissenschaft, 1932, 52. —
- 39) Luxenburger H. Nervenarzt. 1934, N. 9. — 40) Lange. Die Folgen der Entmannung d. Erwachsenen. Leipzig, 1934. —
- 41) Lange G. Sterilisation und Kastration, als Kampfmittel der Bevölkerungspolitik. 1934. — 42) Luxenburger H. Fort. d. Neu. u. Psych. 1933. — 43) Lange I. Z. Strafrecht. 1933. —
- 44) Laughlin. Eugenic al Sterilisation in the U. S. A. Chicago, 1922. — 45) Löwenfeld. „Sexualprobleme“, Marcuse, 1910. —
- 46) Luxemburger: Nervenarzt, 1932, Nr. 10. — 47) Lipschütz. Die Pubertätsdrüse, Bern. 1920. — 48) Luethje. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. 48. — 49) Mollow S. Beitrag zur Kastration von Sexualverbrechern. 1933. — 50) Mondosa Salvador. Amer. J. of Psych. 1933. — 51) Münzer. B. Kl. W. 1910, Nr. 45 — 47. —
- 52) Möbius. Über die Wirkung der Kastration 1903. — 53) Mattes. Mschr. f. Geburts. u. Gyn. 18. — 54) Moll. Untersuchungen über die Libido sex. 1898. — 55) E. u. F. Minkowski Schweizer. Zschr. f. Neur. u. Psych. 1923, Nr. 12. — 56) Maier. Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1925, Nr. 98. — 57) Nitsche. Z. f. Psych. 1932. — 58) Oberholzer. Kastration u. Sterilis. von Geisteskranken in der Schweiz 1911. — 59) Pelikan. Ger-med. Untersuchungen über den Skopzentrum in Russland. 1876. —
- 60) Pietruski. D. Ztschr. d. ger. Med. 1924. 3. — 61) Raport of

The departmentol. Commit au Sterilisation. London. His Majert'S. stat. of 1934. — 62) Rosenfeld. Mitt. d. Krimin. biol. Ges. 1933. — 63) Rosanoff. Amer. Jour. of Psych. 1931, t. XI. — 64) Richter. f. Berl. Klin. Woch. 1920. Nr. 48. — 65) Rüdín. Z. Neurolg. u. Psych. 1923. — 66) Rohleder. Vorlesungen über das Geschlechtsleben des Menschen. Berlin 1920. — 67) Rosanoff. Journ. of nerv. and ment. dis. 1911. — 68) Steck. Allg. z. Psych. 1933. — 69) Steinach. Zentrbl. f. Physiologie, 1910. 24. — 70) Steinach. Pflügers Arch. 56. — 71) Vignes H. Presse

Medic. 1934. — 72) Verjüngung durch exp. Neubelebung der alternden Pubertätsdrüse. Berlin 1920. — 73) Stengel. Arch. f. Psychiatrie 1918. H. 3. — 74) Sury. Vjahrschr. ger. Med. 1912, 43. — 75) Strohmeier. Handb von Placzek. — 76) Tandler u. Gross. Arch. v. Entwicklungsmechan. 27, pag. 35. — 77) Tandler. Wien. Kl. Woch. 1910.—78) Wildenskow. M. Kriminol. Psych. 1934. — 79) Weber. Zschr. Neur. u. Psych. 1924. 91. 93. — 80) Warneger. Der Chirurg. 1932, 4. — 81) Weygand. MmW. 1933. — 82) Wollenberg. Arch. f. Psych. 1922. 66.

Oceny książek.

Cezary JELLENTA. **Sosny Otwockie. Obraz miasta — uzdrowiska.** (Warszawa, 1935. Nakł. Wydawnictwa Współczesnego").

Każdy z nas lekarzy często otrzymuje monografię, reklamy i krótsze lub dłuższe opisy miejscowości kuracyjnych, uzdrowisk i sanatorjów znajdujących się na terytorjum Polski i na terytorjach obcych państw, które to broszury, podawszy właściwości swoich źródeł lub cechy charakterystyczne tego lub owego klimatu, w odpowiedni sposób zachwalają swoje miejscowości, swoje źródła mineralne lub swój klimat. Jesteśmy już tak dobrze obeznani z temi publikacjami, dość stereotypowo pisanymi, że wyznać należy, że prócz krótkich wiadomości o właściwościach i wskazaniach użycia danych źródeł mineralnych, suche opisy, z punktu widzenia lekarskiego interesują nas i dają nam wiadomości, które nam są potrzebne. Monografia Cezarego Jellenty o Otwocku, którą tylko co przeczytałem, zasadniczo różni się od wszystkich innych opisów miejscowości kuracyjnych. A różni się nietylko opisem swym i wysokimi wartościami natury literackiej, lecz i przebogatem ujęciem i wyczerpaniem tematu. Z dziesięciu rozdziałów każdy zasługuje na specjalne omówienie. Nie zdarzyło mi się czytać opisu którejkolwiek z miejscowości kuracyjnych i klimatycznych, która byłaby pisana nie przez lekarza. To też literat tej miary, co autor, już w swem słowie wstępnem do monografji, wykazuje bogactwo niezwykle swego swoistego stylu. W przepięknych słowach „zwraca się do wszystkich z prośbą o wyrozumiałość dla możliwych, pomimo wszystko, nieścisłości lub niedokładności”, twierdząc „że stąpał po gruncie jeszcze mało przygotowanym i chce uważać swoją pracę nie za wyraz i kształt skończony, lecz za szczere usiłowanie, które może się stać bodźcem dla innych, bardziej w wielu działach kompetentnych”. W pierwszym rozdziale autor, opisując teren Otwocka, sięga do prac znanych geologów, jako to, Jana Samsonowicza, prof. Ślusarskiego, Małkowskiego, Jarzębowski i Wojciecha oraz prof. Lewińskiego, z których to prac wynika, że teren cały obejmuje właściwą krawędź starej Wisły, oraz „że górna warstwa drobnego, beżwirowego piasku w Otwocku, jest pochodzenia wiatrowego”. Ciekawa jest hipoteza, że gdyby świdrować piaski otwockie do głębokości 300 metrów, dotarłoby się do wody z zawartością soli (dr. Szczepański). Niezmiernie ciekawa jest istota geologiczna Otwocka, co do której praca dr. Różyckiego, asystenta przy katedrze geologii w Uniwersytecie Warszawskim, posiada wielkie znaczenie. Dr. Różycki dowodzi, że obszary prawego brzegu Wisły mają różne wzniesienia; najwyższe z nich, dochodzące do 15 metrów nad poziom Wisły, a do 100 nad poziom morza, zbudowane jest z piasków średniej grubości ziarna, zaś warstwa tych piasków osiąga tu znaczną grubość i wynosi przeszło 30 metrów. Na tym właśnie tarasie leży uzdrowisko Otwock, Śródborów i Świder. Ustalonymi przez dr. Różyckiego rubieżami tego tarasu Otwockie-

go są mniej — więcej następujące miejscowości: Teklin, wieś Jabłonna, Pogorzel, Dąbrówka, Lasek pod Celestynowem, a potem linja skracająca nagle, łukiem zwróconym cięciwą ku Karczewowi, Świdrom Wielkim i równoległa do rzeki Świder. Dr. Różycki przewiduje przeto przyszłą dążność Otwocka do rozszerzania się, biorąc w rachubę tereny Soplicowa i część rozległych stuwórkowych lasów majątku Otwock Wielki. W następnym rozdziale autor opisuje niedobitki t. zw. puszczy otwockiej. Opierając się na pracach wybitnych botaników jako to: dr. Koblenzy, prof. Hryniewieckiego, Kamila Lisowskiego, prof. Jana Miklaszewskiego, prot. Szatara i wielu innych. W rozdziale tym opisuje w krótkości florę Otwocka i nawołuje do specjalnego zajęcia się ochroną otwockich sosen, ażeby niszczycielskie trucie drzew odpadkami, chemikaljami, sprzyjającymi zarazie kornika i innych plag, nie przeźbiło bogatych jeszcze i nieoszaczowanych dla zdrowia ludzkiego przestrzeni borowych. Rozdział zatytułowany „Pakt z lekką ziemią i wojna z nalogami” opisuje roślinność całego terytorjum i pojedynczych osiedli, znajdujących się na tym terenie, i podkreśla możliwości wielorakie hodowania roślin na ziemi lekkiej, z czego wynika, że setki rozmaitych roślin z łatwością dadzą się tu wyhodować, jakoto najpiękniejsze świerki: niebieski, srebrzysty, *picea, pungens glauca*, o igłach stalowo - niebieskich, cis (*taxus*), lubiący miejsca otwarte, tuja (tuja — żywotnik) bardzo nietrudna. Do zalesienia wydmy nadaje się sosna Banka (*Banksiana*) nie wysoka, krzaczasta, i sosna smolowa, sięgająca 20 metrów wysokości. Z drzew liściastych — klon pospolity, srebrzyty, jesionolistny, kasztan, brzoza biała, biała strzolistna, jesion, morwa, grusza wierzbolistna, srebrna, jabłoń obficie kwitnąca, topola pachnąca, czarna, czereśnia płacząca, śliwa, dąb czerwony i t.d. i t.d. Rozdział ten należałoby w ocenie niniejszej właściwie w całości zacytować. W dalszych 2 rozdziałach autor opisuje dążenia Otwocka do zajęcia pierwszorzędного stanowiska wśród miejscowości klimatycznych. Autor opisuje jako najwyższy szczyt aspiracji Otwocka, zbudowanie przepięknego kasyna. Dalej wspomina autor, podając odpowiednie ilustracje, o Sanatorjum Miasta Warszawy, Sanatorjum Brius, Sanatorjum imienia Okulicza, które to gmachy wyróżniają się swojemi wartościami architektonicznymi, stanowiąc prawdziwą ozdobę miejscowości. Prócz tego opisuje w krótkości cały szereg pięknych willi prywatnych. Przechodząc do rozdziału, zatytułowanego „Magja Otwocka” autor zadaje pytanie w czem tkwi magiczne działanie Otwocka i jaki jest mechanizm tego działania i sam daje niezmiernie trafną odpowiedź: sosna otwocka ma większą ilość igieł i jest bogatsza w chlorofil, czyli czynnik najbardziej twórczy przy wytwarzaniu tlenu. Powietrze otwockie obfituje nietylko w tlen, lecz i w ozon, który posiada w cząsteczce molekularnej aż 3 atomy tlenu, podczas gdy normalne powietrze posiada tylko 2. Autor cytuje zdanie dr. Mierosławskiego, który tłumaczy znaczenie Otwocka tem, że las reguluje ciepłotę, nie będąc sam

źródłem ciepła oraz reguluje wilgotność i ciśnienie powietrza, a tem samem opady i poziom wód wsiakalnych. Wobec tego, że gleba Otwocka jest głęboko-piaszczysta, o charakterze grubo-ziarnistym, jest wysoce przepuszczalna, a więc nie pozwala na zatrzymanie się opadów atmosferycznych i nie dopuszcza gnicia. Na tych faktach opierają się spostrzeżenia dr. W r o ń s k i e g o z roku 1898-go, również jak i praca dr. C y b u ł s k i e g o; następnie dr. H i g i e r w pracy „Otwock, a choroby nerwowe“ również dowodzi, że ilość opadów atmosferycznych i stopień wilgotności powietrza są tu znacznie mniejsze, a nasłonecznienie znacznie większe, niż w pobliskich miejscowościach. Cały szereg lekarzy, wybitnych klinicystów i higienistów należy zacytować jako konsekwentnych zwolenników Otwocka. Są to lekarze: B a r a n o w s k i, D u n i n, S o k o ł o w s k i, C h r o s t o w s k i, H e r t z, D ł u s k i, G o l d f l a m, S a b a t o w s k i i wielu, wielu innych. W połączonym z Otwockiem Śródborowie, który jeszcze przewyższa sam Otwock pod względem klimatycznym, wziął na siebie propagandę Dr. Władysław L e w i n, który utrzymuje, że pobyt w Śródborowie powoduje zmniejszenie liczby uderzeń serca, zwolnienie ruchów oddechowych, co oznacza pewne oszczędzanie płuc i serca, zmniejszenie utraty ciepła i zwolnienie przemiany materii. Ś r ó d b o r o w o w i autor wróży świetną przyszłość o ile drogi bite, łączące tę parę bliźniat, będą wykonane. Pojęcie więc Otwocka i jego zdrowotnych urządzeń utożsamia się niejako z pojęciem o najnowszym sposobie podchodzenia do choroby i pacjenta, tak różnym od systemu z przed pół wieku. W pięknym rozdziale, zatytułowanym „Zejsście z czarodziejskich gór“, autor, acz nie lekarz, opierając się na pracach i zdaniach lekarzy-klinicystów w zadziwiający sposób ujął ten problemat. Hasło radykalne „każdy kraj powinien leczyć swoich chorych u siebie“, wypowiedziane swego czasu przez B r e h m e r a i poparte przez naszych lekarzy D ł u s k i e g o, S o k o ł o w s k i e g o, D o b r z y c k i e g o, H e r y n g a, C h e ł m o ń s k i e g o, prof. J a w o r s k i e g o, L u t o s ł a w s k i e g o, Z i e l e n i e w s k i e g o, Seweryna S t e r l i n g a i wielu innych doprowadziło do racjonalnych pojęć, że klimat wysokogórski a nawet podgórski nie jest koniecznym warunkiem dla pomyślnego leczenia gruźlicy. Te fakty autor słusznie nazywa „zejsściem z gór“. W rozdziale następnym, zatytułowanym „Strefa wiedzy i dobroci“, autor wymienia pierwsze zakłady dla leczenia gruźlicy, powstałe w Otwocku, jako to: G e i s l e r a, P r z y g o d y oraz dla leczenia cierpień nerwowych dr. K r u k o w s k i e g o, W i z l a i H i g i e r a. Następnie wspomina o zakładach Ligi szkolnej przeciwgruźliczej (Marjanówek dla dziewczynek i Ostrówek dla prątkujących i nieprątkujących), szkoły — przytulki dla dzieci słabowitych, Żydowskie towarzystwo ośrodków zdrowia (Toz), Uzdrowisko dla funkcjonariuszów policji państwowej, Osiedle Olin, imienia Marszałkowej Aleksandry P i ł s u d s k i e j. Następnie autor opisuje Sanatorium sejmikowe im. Stanisława O k u l i c z a, oddając należną cześć dr. M a r t y s z e w s k i e m u, pod którego kierunkiem sanatorium to rozrosło się, jako potężna jednostka lecznicza. Wymienia jeszcze Sanatorium Brius, dla chorych żydów, którego lekarz naczelny dr. S a l o m o n prowadzi zakład ten według najnowszych zasad naukowych. Największą pozycję w bogactwie lecznicowem Otwocka stanowi Uzdrowisko miasta st. Warszawy. Jest ono dziełem rozumu lekarskiego i talentu architektonicznego i budzić powinno szczególne zaciekanie. Potężną zasługę w stworzeniu tego uzdrowiska położył architekt Mieczysław K o z ł o w s k i i były prezydent miasta Warszawy inż. Piotr D r z e w i e c k i, niezapomniany wice - prezydent dr. B o g u c k i i do niedawna prezydent

Warszawy inż. Zygmunt S ł o m i ń s k i. Dyrektorem zakładu jest dr. Zdzisław S z c z e p a ń s k i, który Uzdrowisko postawił w rzędzie najpierwszorzędnějších instytucyj Europy. W tem miejscu swej pracy autor wymienia wszystkie zasługi i naukowe i społeczne cytowanych powyżej dyrektorów i naczelników zakładów. Dalej opisuje obszernie zakład letniskowy im. Marszałkowej P i ł s u d s k i e j, następnie Zakład „Zofjówka“ dla umysłowo i nerwowo chorych, znajdujący się pod kierownictwem dr. F r o s t i g a, który położył wielkie zasługi w sprawie leczenia tych najniebezpieczniejszych z nieszczęśliwych. W rozdziale „Areopag lekarski“ przytacza autor pracę dr. C y b u ł s k i e g o i najnowszą pracę dr. M a r t y s z e w s k i e g o i cytuje statystyczne dane poszczególnych zakładów. Ażeby bardziej wydatnie wartość klimatyczną Otwocka, autor podaje cały szereg listów i wywiadów, które uzyskał bezpośrednio od szeregu lekarzy, jako to: Anastazego L a n d a u a, pulkownika Stefana R u d z k i e g o, Antoniego T u c h h e n d l e r a, Prof. Antoniego L e ś n i o w s k i e g o, S z e n k i e r a, Zygmunta S r e b r n e g o i Andrzeja B i e l e ń k i e g o. Opinie wyżej wspomnianych lekarzy należy odczytać w oryginale. W rozdziale VIII autor wymienia szereg najwybitniejszych ludzi z pierwszym Marszałkiem Polski, Józefem P i ł s u d s k i m na czele, którzy przebywali w Otwocku, i nie wątpli, że w przyszłej szczegółowej biografji Marszałka znajdzie się rozdział specjalnie otwocki, w którym zarejestrowany będzie niejeden ważny akt polityczny tu pomyślany lub dokonany. Drugą chlubą Otwocka jest pobyt tu tejszy Władysława R e y m o n t a. Bardzo ciekawe są te dane, które autor opowiada o pobycie w Otwocku w różnych czasach działaczy społecznych. Łącznie z tymi opisami znajdujemy w dalszym ciągu opowieść o najbliższych sąsiadach Otwocka, o Mądralinie i Karczewie. Wspomina również o znakomitym ilustratorze A n d r i o l l i m, który, jeden z najpierwszych, zbudował nad brzegami Świdra kolonję will letniskowych i nazwał ją Brzegami. W dalszym ciągu znajdujemy piękne opisy i wspomnienia historyczne, dotyczące Otwocka Wielkiego: ruiny i szczątki zamku—pałacu, ongiś posiadłości marszałka wielkiego koronnego Kazimierza B i e l i ń s k i e g o. O Karczewie zaś wspomina, że w roku 1704 przebywał tam Karol XII, król szwedzki wraz z Stanisławem L e s z c z y ń s k i m, królem Polski. Przytoczywszy historyczne dane, dotyczące Otwocka Wielkiego i Karczewa, autor skolei oddaje hold naturze, i daje zachwycający opis lasu, z jego olbrzymiemi lipami i dębami i wspaniałemi krajobrazami. W rozdziale ostatnim podaje perspektywę przyszłości Otwocka, twierdząc, że wskazaniem najważniejszym są projekty kanalizacji, przez dostęp do Wisły lub przez tworzenie odpowiednich pól irygacyjnych, projekty komunikacji tramwajowej przez rozrosłe uzdrowisko, ułożenie bruków, chodników, tuneli, mostów i ulic. Wszyscy, bowiem, rzeczoznawcy wysuwają zasadę, że Otwock należy traktować jako miasto w lesie. Szkoda wielka, że autor nie postarał się o dobry plan ulic i okolic Śródborowa i Otwocka. W końcu swojej monografji autor zadaje pytanie, dlaczego jeszcze niema zaczątkowego, bodaj, muzeum swoistych treści Otwocka — fauny, flory, przekrojów gleby, pejzażów, budownictwa i typów ludowych z okolic. Omówiwszy pokrótce przebogatą w treść i niezmiernie rzadko spotykaną w literaturze lekarskiej monografię o Otwocku Cezarego J e l l e n t y, rzecz mogę śmiało, że życzę każdemu lekarzowi lub turyście doznać rozkoszy czytania przepysznym stylem napisanej książki o Otwocku.

Dr. Leopold L u b l i n e r.

Śródborów — Otwock, d. 27 listopada 1934.

Wskazówki praktyczne

H o h l w e g gorąco poleca w leczeniu nieoperacyjnym choroby Basedowa stosowanie *Dijodtyrozyny*. Szczególnie zwraca uwagę pomyślny wpływ na stan podmiotowy chorych. Nie można jednak wszystkich przypadków choroby B a s e d o w a bez odpowiedniego wyboru leczyć *Dijodtyrozyną*. (D. m. W. 1934, N. 17).

—o—

W celu rozpoznania przyczyny bólów brzucha poleca B. C a r n e t t następujące postępowanie: pacjent po-

winien nadać się mocno, tak, aby mięśnie brzucha były do-
brze napięte; jeżeli przy obmacywaniu brzucha ból występuje,
dowodzi to, że jego przyczyna leży w powłokach brzusznych,
a nie w leżących pod nimi narządach. Wyjątek stanowi
odcinek wielkości dużego palca u ręki pomiędzy pępkiem
a wyrostkiem mieczykowatym, którego to odcinka ból przy
obmacywaniu przemawia za wrzodem żołądka. (J. Amer. Med.
Ass. 1934, N. 5).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Koło Lekarzy Miejskiego Powszechnego Szpitala na Radogoszczu w Łodzi.

Posiedzenie z d. 24 kwietnia 1934.

Obecnych 50. Przew. A. M a r g o l i s. Sekr. L e-
w i n.

1) Kol. C h a i m o w i c z. Przypadek *podostrego zapalenia nerek z objawami psychiatrycznymi*.

Chory, lat 47, przybył z objawami silnego niepokoju, podniecenia i omamami wzrokowymi i słuchowymi. Badanie neurologiczne zmian nie wykazało. Badanie moczu: c. g. 1015, białka 0,26 pro m. W osadzie 100—150 krwinek, pojed. wałeczki szkliste. Mocznika 38 g. p. m. We krwi 660 mg% mocznika, 19,2mg% kw. moczowego, 0,711 mg% indykanu, xantoproteiny 102. Chory zmarł. Badanie pośmiertne wykazało: *Nephritis interstitialis*. Brak zmian w mózgu.

W d y s k u s j i: kol. P i k, M a r g o l i s, B a n a s z uważają, że w przypadku tym mamy do czynienia z jednoczesnym zaatakowaniem nerek i mózgu przez wspólną infekcję. Kol. K o k o t e k i referent uważają psychozę za mocznicową.

2) Kol. W a j s k o p f. Przypadek: *Carcinosis pulmonum*.

Chora lat 68. Przed 4 lata amputacja lew. piersi z powodu *Ca. mammae*. Od 2 lat bóle w klatce piersiowej. *Stat*: zwięźlenie l. szpary ocznej. Płuca: granice prawidłowe, wypuk bębnowy, oddech zwłaszcza po stronie lewej zaostrożony. Serce b. z. *Parcie krwi* 160/90. Wątroba macalna.

W a s s e r m a n n ujemny. Badanie rentgenowskie: liczne ogniska zacięnienia w płucu prawym, duży gruczoł uciśkający na dolną część przelyku. Ognisko rozrzedzenia w kości skroniowej lewej.

D y s k u s j a: kol. P i k, S t u p e l, G o l d b l u m.

Posiedzenie z d. 15 maja 1934.

Obecnych 39.

1) Kol. T u r y n. Przypadek *bronchiolitis chron z kwasicą gazową*.

Chora lat 60. Przed 15 laty zapalenie płuc. Od tego czasu stale kaszle, coraz większa duszność. W końcu 1933 dołączyły się objawy niedomogi krążenia. *Stat*: *orthopnoe*. Skóra szaroszara, obrzęki. Oddechów 40 na min. Granice płuc obniżone, nieruchome. Wypuk bębnowy. Oddech osłabiony, rzęzenia na całej przestrzeni. Tętno serca głucho, akcja miarowa. *Parcie krwi* 120/70, *parcie żyłne* 29. Wątroba 4 palce pod łukiem. W a s s e r m a n n ujemny. *Poliglobulia*. Zasiób zasad 84,5 vol.% CO₂. Mocznik we krwi 4 mg%. Krwinki: osocze—6 : 4. Cl' osocza 131,6 mg%. Cl' krwinek 57,4 mg%.

Zmiany w płucach, wysoki zasiób zasad, hipochloremja pozwalają na rozpoznanie *bronchiolitis chr. (obliterans)* i kwasicy gazowej nawet bez danych co do ilości gazów we krwi.

D y s k u s j a: kol. T e n e n b a u m uważa, że bez badania sekcijnego rozpoznanie *bronch. obliterans* nie jest możliwe. W danym przypadku można raczej myśleć o pierwotnym niezłężycie oskrzelików z wtórną rozmadą.

2) Kol. P i k. Przypadek *pęknięcia podstawy czaszki*.

Chory lat 21. Od 4 lat padaczka J a c k s o n a. Podczas napadu wypadł z tramwaju w pełnym ruchu, poczem utrata przytomności i krwotok z pr. ucha. *Nystagmus* pozio-

my w obu kierunkach, obwodowe porażenie n. twarzowego praw., lekki niedowład połowiczny praw. Wyzdrowienie.

3) Kol. B a n a s z. *Pokaz pyelogramów dynamicznej hydronefrozy*.

Posiedzenie z d. 29 maja 1934.

Obecnych 39.

1) Kol. G o t l i b. Przypadek *rozsianej twardziny skóry*.

Chora lat 44. Przed 2 lata uległa oparzeniu, po którym ropień w pr. dole pachowym, nacięcie. Po 6 mies. obie ręce zaczęły puchnąć, mrowienia w końcach palców. Od tego czasu palce obu rąk stale zimne, skóra zaczęła się ściągać. Zginanie palców utrudnione. Przed 8 mies. obrzęki na kończynach dolnych, silna bolesność w obu stawach skokowych. Od 3 mies. ściąga się skóra na twarzy i uszach, mimika upośledzona.

Status: Na twarzy, klatce piersiowej, obu podudziach, kończynach górnych skóra nieprzesuwalna, gładka, lśniąca, twarda, w stanie zaniku. Tkanka podskórna w stanie zaniku. Zanik gruczołów łojowych i terebek. Twarz maskowata. Płuca, serce b. z. P. 86. *Parcie krwi* 120/70. Jama brzuszna, układ nerwowy b. z. W a s s e r m a n n ujemny. O.B. 70 min. Krew: cz. c. 4.250.000. Hb. 71%. B.c. 13.700, pal. 0,5, ob. 77,5, eo 3, ba 0, mono 2, lim. 17. Mocz b. z. Chemizm krwi: cholesterol 240 mg%, mocznika 40mg%, kw. moczowego 39 mgp. m. chlorków 337 mg.%, zasiób zasad 48,1 jedn. ob. CO₂ w 100 ccm wapnia 12,5 mg%. Przemiana podstawowa minus 14%. Próba adrenalinowa: tętno przed zastrzyknięciem 84, po — 92. *Parcie krwi* przed zastrzyknięciem 120/70, po 145/80, po 10 min. powrót do stanu pierwotnego. Próba pilocarpinowa: tętno przed zastrzyknięciem 84, po — 90, silne pocenie się, zaczerwienienie twarzy, slinotok trwający 75 min. Badanie rentgenowskie czaszki i klatki piersiowej zmian pat. nie wykazało. W kręgach *spondylarthritis deformans*, na dłoniach — *hypoplasia phalangum congenita*.

D y s k u s j a: kol. W a j s k o p i P i k.

2) Kol. L u b r a n i e c k i. Przypadek *choroby Addisona*.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Akademii Nauk w Paryżu z dnia 30 lipca 1934 r. (Presse méd. N. 74, 1934) H. P l o t z mówił o *przesączalności prątków gruczołowych*. Badania, przeprowadzone nad przesączami hodowli prątków K o c h a po stężeniu za pomocą elektroforezy, wykazują że pątek gruczołowy może przechodzić poprzez sączek C h a m b e r l a n d a 42. Z drugiej zaś strony, jeżeli przesącz nie zawierają prątków w elektroforezie, nie znajduje się również prątków w gruczołach chłonnych świnek morskich, szczepionych temi przesączami. Odwrotnie, jeżeli w przesączu uda się stwierdzić obecność prątków, znajdowało się je również w gruczołach chłonnych, szczepionych tym przesączem za wyjątkiem dwóch przypadków. Ponieważ przyjmuje się, że przesączalność pozostaje w bezpośrednim związku z wielkością cząsteczek, należy przypuszczać, iż prątki, przechodzące przez sączek, posiadają mniejsze rozmiary, niż te, które uległy zatrzymaniu. Fakty te tłumaczy, zdaniem prelegenta, pochodzenie tego, co przyjęto nazywać „ultrawirus gruczołowy”.

P. M a r t i n pokazywał przypadek *ogromnego śluzakochręstniaka pomiędzy obu półkulami*. Przypadek dotyczył 29-letniego mężczyzny, który od 7 lat cierpiał na bóle głowy,

spoczątku przemijające i powracające, umiejscowione w okolicy politycy, następnie o charakterze stałym i uogólnione, u którego później wystąpiło porażenie lewej kończyny dolnej, wymioty i zaburzenia wzrokowe. Badanie wykazało lewostronne porażenie połowicze, bez zaburzeń czucia oraz tarcz

zastoinowa. Zabieg chirurgiczny pozwolił usunąć guz większy niż pięść, umiejscowiony pomiędzy obu półkulami. Guz ten okazał się śluzakochrzęstniakiem. Pomimo ucisku na ciało modelowate nie stwierdzono ani zaburzeń psychicznych, ani apraksji.

O d c i n e k

Odpowiedzialność karna lekarza w świetle Rozporządzenia o wykonywaniu praktyki lekarskiej *).

Podał

Gabrjel LEWIN, adwokat.

Charakterystyczną cechą współczesnego ustawodawstwa jest przenikanie norm prawnych do wszelkich niemal dziedzin życia i w związku z powyższym dążność do podporządkowania sobie coraz to nowych sfer działalności ludzkiej. Nie jest to rzeczą przypadkową, a wynika bezpośrednio z ogólnej tendencji nowożytnego państwa do regulowania w jaknajwiększej mierze przejawów życia ludzkiego.

Z powyższym zestawieniem łączy się w ustawodawstwie tendencja penalizacji prawa, ingerencji prawa karnego do tych dziedzin, które dotychczas z punktu karnego były zupełnie obojętne. Wejście w życie kodeksu karnego polskiego z 1932 roku, prawa o wykroczeniach z tegoż roku oraz szeregu ustaw specjalnych, między innymi i Rozporządzenia o wykonywaniu praktyki lekarskiej w niepomierny sposób powiększyło liczbę norm karnych, grożących represją w tych wypadkach, które dotychczas dla dziedziny prawa karnego leżały zupełnie odlogiem. Powstaje skutek tego swoista sytuacja, iż każdy prawie człowiek, zawodowo pracujący, styka się z konieczności z szeregiem najprzeróżniejszych norm prawnych; w tem samym położeniu jest i praktykujący lekarz, z wszystkich stron otoczony przez najrozmaitsze paragrafy i przepisy prawne.

Jeśli do tej ogólnej sytuacji dodać ostatnio coraz częstsze zjawisko wnoszenia na lekarzy skarg, przeważnie zresztą nieuzasadnionych ze strony pacjentów, to niewątpliwie dojść należy do wniosku, iż praktykujący lekarz winien posiadać chociażby powierzchowną znajomość tych dziedzin prawa, które dotyczą go bezpośrednio.

Jest rzeczą zrozumiałą, że lekarz może być podmiotem wszelkich przestępstw, lekarz może być oskarżony z wszystkich artykułów ustaw karnych; w danym wypadku będziemy jednak rozstrząsać tylko te rodzaje przestępstw, które stoją w ścisłym i bezpośrednim związku z wykonywaniem przez lekarza jego zawodu. Interesować nas będą zatem następujące wypadki odpowiedzialności lekarza: 1) odpowiedzialność za odmowę udzielenia pomocy lekarskiej, 2) odpowiedzialność za dokonanie niedozwolonego zabiegu operacyjnego, 3) odpowiedzialność za spowodowanie śmierci lub uszkodzenia cielesnego, 4) odpowiedzialność za pogwałcenie tajemnicy zawodowej.

Odpowiedzialność za odmowę udzielenia pomocy lekarskiej.

Art. 497 dawniej obowiązującego na terenie b. zaboru rosyjskiego Kodeksu karnego z 1903 roku prze-

*) Odczyt wygłoszony dn. 16 marca 1934 roku w Zrzeszeniu Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

widywał karę aresztu do 3 miesięcy dla lekarza, felczera, акушерки lub służby szpitalnej, którzy bez zasługującej na uwzględnienie przyczyny nie udzielili pomocy choremu, wiedząc o jego niebezpiecznym położeniu. Ani Kodeks Karny polski z 1932 roku, ani też prawo o wykroczeniach nie zawierają przepisu analogicznego do dawnego art. 497 K. K. Ros., natomiast obowiązek lekarza przyścia z pomocą choremu przewiduje art. 17 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o wykonywaniu praktyki lekarskiej; za wykroczenie przeciwko wspomnianemu przepisowi ulega lekarz, niezależnie od odpowiedzialności dyscyplinarnej, karze aresztu do 3 miesięcy, względnie karze grzywny do 3000 złotych, ewentualnie obu karom łącznie; areszt lub grzywna wymierzane są trybem postępowania karno-administracyjnego przez Starostwa, od których orzeczeń w terminie 7-dniowym przysługuje odwołanie do Sądu Okręgowego; wyroki Sądu Okręgowego są w zasadzie ostateczne, w nielicznych tylko wypadkach przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego.

Zarówno nowe Rozporządzenie, jak i stara ustawa, uzależniają obowiązek udzielenia choremu pomocy przez lekarza pod groźbą odpowiedzialności karnej od 3 warunków: 1) lekarz musi wykonywać w danej miejscowości praktykę lekarską, 2) stan chorego musi być niebezpieczny, 3) odmowa przybycia musi być nieusprawiedliwiona.

Lekarz nie może być pociągnięty do odpowiedzialności, jeśli istnieje poważna przeszkoda, uniemożliwiająca mu przybycie do chorego.

Sąd Najwyższy w jednym z orzeczeń jeszcze z 1925 roku ustalił, iż pod pojęcie przeszkody podpada jedynie fizyczna niemożność udzielenia tej pomocy, a więc np. choroba lekarza, przemęczenie, nieszczęście domowe, nie zaś subiektywne uznanie lekarza, iż jego pomoc nie może okazać się skuteczna. Nowe Rozporządzenie rozszerzyło zakres wypadków, w których lekarz obowiązany jest do udzielenia natychmiastowej pomocy; ustawa z dnia 2 grudnia 1921 roku w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskim i w związku z nią art. 497 Kodeksu Karnego Rosyjskiego mówią o nagłym wypadku, grożącym choremu śmiercią; w myśl nowych przepisów wchodzi w rachubę i te wypadki, które grożą w razie zwłoki niebezpieczeństwem utraty nie tylko życia, ale i zdrowia.

Ustalenie niebezpieczeństwa utraty zdrowia lub życia musi opierać się na pewnych danych obiektywnych, któreby stwierdzały zły stan chorego i konieczność natychmiastowej pomocy lekarskiej. Tak jak późniejsza śmierć chorego nie jest bezwzględny dowodem winy lekarza, jeśli w momencie wzywania stan chorego nie przedstawiał się groźnie, tak z drugiej strony lekarz może być pociągnięty do odpowiedzialności karno-administracyjnej, gdy chory wyzdrowiał, jeśli w chwili wzywania lekarza stan chorego był poważny i wymagał natychmiastowej pomocy lekarskiej.

Należy podkreślić, że lekarz może być obowiązany do przybycia do chorego i w tym wypadku, gdy wzy-

wa inny lekarz, jak również, gdy chory znajduje się w szpitalu, a lekarz nie zalicza się do personelu szpitalnego.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 27 października 1933 roku wprowadza obowiązek udzielenia pomocy w stosunku do położnych, które, wezwane do rodzącej, winne udzielić jej pomocy o każdej porze, jeżeli nie zachodzi poważna ku temu przeszkoda. W tym wypadku prawo nie rozróżnia charakteru i rodzaju porodu, wychodząc z założenia, że przy każdym porodzie może zaistnieć niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia rodzącej. Położne, które nie wykonają powyższego obowiązku, ulegają trybem postępowania karno-administracyjnego karze grzywny do 500 złotych lub aresztu do 6 tygodni lub też obu karom łącznie.

Ogólne przepisy o obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej ulegają, zgodnie z punktem 2 art. 17 Rozporządzenia, modyfikacji w stosunku do tych miejscowości, gdzie jest zorganizowana stale czynna lekarska pomoc doraźna.

Wprowadzenie powyższego wyjątku wydaje się słuszne i celowe, gdyż w związku z tem odpadają wszelkie dotychczasowe, często spotykane incydenty, wywoływane w wielkich miastach podczas wzywania lekarzy do chorych, znajdujących się na przeciwległym krańcu miasta. W myśl dotychczasowych przepisów lekarz, odmawiający natychmiastowego udania się do chorego, nawet w wielkiej odległości od niego zamieszkałego, i także przy istnieniu doraźnych pomocy lekarskich, mógł się narażać na odpowiedzialność sądową; obecne Rozporządzenie zmienia sytuację, zezwalając lekarzowi na wyręczenie się zorganizowaną doraźną pomocą lekarską. W myśl rozporządzenia wykonawczego z dnia 30 stycznia 1934 r. ustala wojewódzka władza administracji ogólnej (w Warszawie Komisarjat Rządu), czy stale czynna doraźna pomoc lekarska zaspakaja w dostatecznej mierze potrzeby ludności.

Niezależnie jednak od obowiązku, przewidzianego w Rozporządzeniu o wykonywaniu praktyki lekarskiej, może być lekarz zobowiązany do udzielenia pomocy choremu zgodnie z art. 247 Kodeksu Karnego.

Artykuł powyższy zawiera sankcję karną w wysokości więzienia lub aresztu do lat 3 dla każdego, „kto nie udziela pomocy człowiekowi, znajdującemu się w położeniu, grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia, mogąc to uczynić bez narażenia siebie lub osób bliskich na niebezpieczeństwo osobiste”.

Artykuł niniejszy nakłada zatem obowiązek przyścia z pomocą znajdującemu się w niebezpieczeństwie na każdego obywatela, a tem samem i lekarza; obowiązek dotychczas wyłącznie natury moralnej przyjął w Kodeksie Karnym polskim charakter ścisłej normy prawnej, której pogwałcenie pociąga za sobą dotkliwą karę. Jest to, zresztą, charakterystyczna dla polskiego Kodeksu Karnego tendencja do stosowania norm prawa karnego w tych wypadkach, które dotychczas dziedziny prawa zupełnie nie dotyczyły, obracając się jedynie w sferze nakazów moralno-etycznych.

Zatem lekarz obowiązany jest do udzielenia choremu pomocy pod rygorem odpowiedzialności karnej, karno-administracyjnej i dyscyplinarnej tylko w wypadkach, ściśle określonych, grożących niebezpieczeństwem utraty życia, względnie zdrowia.

A *contrario*, w pozostałych rodzajach chorób, ma prawo lekarz według własnej woli objąć leczenie chorego, bądź też odmówić choremu pomocy, i w razie

odmowy leczenia nie znajdzie się w kolizji z przepisami prawnymi.

Stwierdza wyraźnie powołaną zasadę art. 18 Rozporządzenia, w myśl którego lekarz ma prawo według własnego uznania odstąpić od leczenia chorego, jeśli tylko nie zachodzi niebezpieczeństwo, o którym wspomina art. 17; zrzekając się leczenia chorego, lekarz musi zawczasu uprzedzić samego chorego, bądź też jego otoczenie.

Zasada prawa wyboru w leczeniu chorego wiąże się ściśle z zagadnieniem, spornem w teorii po dzień dzisiejszy, mianowicie, czy lekarzy należy zaliczyć do kategorii t. zw. „wolnych zawodów”. Spór wynikł z tego tytułu, że lekarz, wbrew swej woli zmuszony jest niekiedy przystąpić do leczenia, a temsamem wolność zawodowa lekarza ulega pewnym ograniczeniom.

Zasada wolnego wyboru w leczeniu chorego, podkreślona w Rozporządzeniu, staje na stanowisku zaliczenia lekarza do zawodu wolnego; tenże sam pogląd reprezentuje także i ustawa przemysłowa i ustawa o podatku przemysłowym, wyodrębniające z liczby uprawiających przemysł i zaliczające do kategorii zawodów wolnych — lekarzy, adwokatów, notariuszy i t. p.

O d p o w i e d z i a ł n o ś ć z a b e z p r a w n y z a b i e g o p e r a c y j n y.

Kwestja stosowania przez lekarza zabiegów operacyjnych na osobie chorego spowodowała pojawienie się szeregu teorii, które w różny sposób uzasadniały prawo lekarza do interwencji.

Część tych teorii wychodziła z założeń stanu wyższej konieczności, który uprawniał lekarza do samodzielnego wkraczania w tych wypadkach, gdy kosztem poświęcenia dobra mniejszej wagi należało ratować życie ludzkie; inne teorie stały na stanowisku, iż lekarz już z racji swego zawodu jest upoważniony do dokonywania zabiegów operacyjnych, jako stanowiących istotną i składową część leczenia; propagowana była ponadto teoria, uzależniająca prawo lekarza do wszelkiego rodzaju zabiegów od umowy stron.

Obecne Rozporządzenie o wykonywaniu praktyki lekarskiej zupełnie wyraźnie akceptuje teorię zgody chorego; lekarz ma prawo do dokonania zabiegu jedynie po uzyskaniu zgody chorego względnie jego prawnego zastępcy; zgoda chorego musi być wyraźna; nie wystarcza zgoda milcząca; zgoda musi być wypowiedziana wobec jednego przynajmniej świadka bądź też stwierdzona na piśmie.

Brak zgody poza pewnymi nielicznymi wyjątkami uniemożliwia lekarzowi wykonanie przezeń zabiegu.

Lekarz, wykonywujący zabieg operacyjny bez zgody chorego, podlegać będzie karze administracyjnej, przewidzianej w art. 25 cytowanego Rozporządzenia, t. j. karze aresztu do 3 miesięcy lub grzywny do 3000 zł. względnie obu karom łącznie.

Zgoda chorego nie obowiązuje jedynie w tym wypadku, gdy życiu chorego grozi bezpośrednio niebezpieczeństwo, a zabieg operacyjny jest dokonywany poza obrębem zakładu leczniczego — jest to wyłom od ogólnej zasady umowy stron, ustępstwo na rzecz teorii wyższej konieczności, uwarunkowane dążeniem do ratowania życia ludzkiego bez oglądania się na formalistykę.

Jeśli wchodzi zaś w rachubę leczenie, dokonywane w szpitalach publicznych, to w myśl Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych zabiegów są zasadniczo

dokonywane za zgodą chorego, gdy jest zaś on niepełnoletni bądź też niezupełnie przytomny — za zgodą jego prawnego zastępcy; jeśli jednak grozi niebezpieczeństwo dla życia, wówczas decyduje dyrektor szpitala, który obowiązany jest uzasadnić potrzebę i nagłość zabiegu.

Poza tymi dwoma wyjątkami przeprowadzona jest konsekwentnie zasada zgody chorego, która ze swej strony stwarza dla sumiennego lekarza szereg ciężkich sytuacji. A więc przedewszystkiem wyłania się kwestja dokonania operacji dodatkowej — lekarz w trakcie jednej operacji widzi konieczność natychmiastowej operacji dodatkowej.

Czy lekarz w tym wypadku ma zbudzić chorego uśpionego narkozą i pytać się go o zgodę na drugą

operację, względnie podsunąć mu do podpisu arkusz papieru, stwierdzający zgodę operowanego; czy też lekarz ma bez budzenia chorego operować w dalszym ciągu i tem samem narażać się na odpowiedzialność, czy też wreszcie zaniechać dokonania drugiej operacji, a wtedy może znaleźć się w niezgodzie z swem sumieniem lekarskiem.

Również powstawać będą w praktyce liczne wątpliwości w stosunku do pacjentów o niskim rozwoju umysłowym, którzy nie będą chcieli udzielić zezwolenia na operację, konieczną jednak dla nich ze względów zdrowotnych. Poza unormowaniem kwestji zabiegów operacyjnych w ogólności wyodrębnia Rozporządzenie zabieg spędzenia płodu, który jest najczęściej przedmiotem rozważań sądu karnego. (C. d. n.)

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Zagadnienia medycyny społecznej, higieny i bezpieczeństwa pracy na terenie Wojskowego Zakładu Pirotechnicznego w roku 1933 — 34.

Podał

Dr. med. Bolesław P. MUSZKATBLAT,

lekarz fabryczny i kierownik Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem w W. Z. Pir.

Zagadnienia medycyny społecznej oglądane przez pryzmat zakładu przemysłowego dadzą się podzielić na dwie zasadnicze grupy. Do pierwszej należy opieka lekarska nad pracownikiem chorym i jego rodziną ulegającą stanom chorobowym — i w tej dziedzinie prowadzi pracę Ubezpieczalnia Społeczna, wykonywaną przez jej organy: lekarzy, zakłady, szpitale, sanatoria, przychodnie, poradnie i t. p.

Drugą grupę stanowią wszystkie zagadnienia medycyny społecznej, których rozwiązanie winno nastąpić na terenie pracy zawodowej pracownika w zakładzie przemysłowym.

Wojskowy Zakład Pirotechniczny w Rembertowie wykonywa na terenie fabrycznym program medycyny społecznej przez swoje organy: Lekarza fabrycznego i pielęgniarkę Stacji Lotnej Opieki nad Matką i Dzieckiem.

I. Stacja Opieki nad Matką i Dzieckiem.

Zgodnie z Ustawą z dnia 2.VII.1924 r. dotyczącą ochrony macierzyństwa — na mocy art. 15 pnk. 2 tejsze ustawy istnieje od pierwszej chwili uruchomienia Zakładu Stacja Lotna Opieki nad Matką i Dzieckiem.

Głównem zadaniem Stacji Lotnej jest stworzenie w domu dziecka pracownik zatrudnionych w Zakładzie — warunków sprzyjających prawidłowemu rozwojowi nowego pokolenia, otoczenie jego należyłą opieką, pozatem utrzymanie ścisłego kontaktu z matką, celem uświadamiania i pouczania jej o higienę karmienia i racjonalnem wychowaniu niemowląt.

Stacja Lotna obejmuje opieką niemowlęta do 15 miesięcy życia, zaś w czasie sprawozdawczym opiekowała się 97 niemowlętami.

Praca na Stacji Lotnej polegała na:

1) okresowem dokładnem badaniu dzieci,

2) udzielaniu niezbędnych wskazówek dotyczących postępowania z dziećmi,

3) ordynowaniu mleka (lub mieszanek mlecznych przyrządzanych w domu),

4) udzielaniu porad w cierpieniach dzieci niegórączkujących (krzywica, skaza wysiękowa, skaza limfatyczna, anemja, choroby przewodu pokarmowego) i

5) szczepieniu ospy.

Stacja Lotna, rozrzucając równocześnie opiekę nad matką karmiącą i ciężarną, udzielała porad w zakresie karmienia piersią, jakoteż prowadziła obserwację ciężarnych. Obserwacja polegała na badaniu ogólnem (stan serca, płuc, nerek) obok udzielania wskazówek i pouczeń w zakresie ogólnej higieny ciąży.

Stacja Lotna wydaje matkom wyprawki dla niemowląt, co następuje po zbadaniu dziecka przez lekarza Stacji Lotnej, względnie po przedstawieniu zaświadczenia położnej, że dziecko przyszło na świat.

Normalną wyprawkę stanowi: 1) pieluch — 6 sztuk, 2) koszulek — 6 sztuk, 3) prześcieradeł — 2 szt., 4) ręczników — 2 szt., 5) myjki — 2 szt., 6) kaftaników — 6 szt., 7) śliniaków — 6 szt.

Wyszczególniona powyżej bielizna staje się własnością dziecka, nie może być użyta na inny cel i pozostaje pod kontrolą pielęgniarki stacyjnej. Stacja Lotna Opieki nad Matką i Dzieckiem nie jest w ścisłem znaczeniu tego słowa — przychodnią, lecz poradnią, do której zgłaszają się matki, celem otrzymywania wskazówek i instrukcyj, dotyczących rozmaitych zagadnień życia, żywienia i rozwoju niemowlęcia lub dziecka. A więc: czy ilość pokarmu z piersi jest dostateczna, czy dziecko nie jest głodzone (bezwiednie) lub przekarmione, jak dokarmiać i czem, jak pielęgnować w obecnych warunkach domowych, jak stosować kąpiele, kiedy wychodzić na powietrze i t. d. Okresowe badanie lekarskie dzieci daje możliwość utrzymania kontaktu z matkami i drogą pogadanki lub konsultacji wpływać na matki lub wychowawczynie (krewne, siostry lub babki) w kierunku należytego prowadzenia dziecka. Usiłowania te nie zawsze osiągają cel, ponieważ napotykać albo na opór, albo niezrozumienie, tembardziej, że współczesna pedagogika i nauka o karmieniu — daleko odeszły od dawnych wzorów i tradycji, mocno zakorzenionych wśród ludu wiejskiego. Wszelako usiłowania Stacji Lotnej w tym zakresie dają swoje wyniki, co widać z tego, że w roku sprawozdawczym znacznie zmniejszył się odse-

tek krzywicy, skazy wysiękowej i t. p. jakoteż chorób przewodu pokarmowego i innych.

Pielęgniarka stacyjna zgodnie z instrukcją przeprowadzała w czasie sprawozdawczym wywiady i odwiedziły domowe, udzielając wskazówek pielęgniarskich i higienicznych matkom bezpośrednio w okresie ustawowego zwolnienia z pracy lub też opiece domowej w okresach późniejszych. Dalszą jej czynnością jest dystrybucja mleka i wydawanie wyprawek dla niemowląt. Naturalnie w czasie pracy swojej pielęgniarka miała pogadanki i gawędy charakteru ogólnohigienicznego czy to na Stacji Lotnej, czy to w czasie odwiedzin domowych.

W porze letniej i okresie miesięcy letnich badanie dzieci na Stacji Lotnej nie napotyka trudności, tembardziej, że sprzyjające pogody pozwalają matkom lub opiece domowej na dostarczanie dzieci do lekarza. W porze zimowej duża odległość (matki mieszkają w promieniu do 10 klm. od fabryki), brak ciepłego ubrania, obuwia i t. p. staje się przeszkodą istotną — i, chcąc utrzymać należyty kontakt z dzieckiem, wzmagamy pracę wywiadowczą pielęgniarki.

Zapobiegawczy i wychowawczy charakter pracy na Stacji Lotnej uzupełniony jest ustawowym wydawaniem mleka dla niemowląt do 15 miesięcy życia włącznie. Mleko wydawane jest w postaci pełnego mleka bez dodatków odżywczych, w czasie zaś porad udzielanych matkom — pouczamy jak należy mieszkanki przygotować, jakie ilości podawać, mówimy i o innych szczegółach, dotyczących racjonalnego karmienia. Wychojąc z założenia, że właściwym karmieniem niemowlęcia jest karmienie piersią, nie kwapimy się do dokarmiania, traktując je jako konieczność w związku z powrotem matki do pracy. Mleko wydawane na Stacji Lotnej pochodzi z obory położonej tuż obok terenu Zakładu, przyczem jest ono badane i kontrolowane przez lekarza fabrycznego pod względem zawartości składników chemicznych, czystości i świeżości.

W końcu nadmieniamy, że program pracy lekarza stacyjnego da się streścić w ten sposób, iż główną uwagę zwraca na zagadnienia związane z walką z chorobami zakaźnymi, z działaniem chorób społecznych i ścisłą opieką nad matką i dzieckiem. Pielęgniarka stacyjna zaś ma obowiązek czuwania w zakresie higieny otoczenia dziecka, propagandy i popularyzacji higieny.

II. Opieka lekarska nad pracownicą (stała obserwacja somatyczna).

Każda pracownica ma zaprowadzoną kartę obserwacyjną, w której uwidoczniono prócz nazwiska i imienia, rok urodzenia, miejsce zamieszkania, wagę i wynik ostatniego badania lekarskiego — podzielony na część anamnestyczną i część obiektywną. Wszystkie zmiany zachodzące w stanie zdrowia pracownicy są notowane tak, iż z karty prawie zawsze można wyprowadzić wniosek — czy zdrowie stoi na właściwym poziomie, czy się poprawia, czy pogarsza zależnie od stanu fizjologicznego lub warunków pracy, jakim podlega cierpieniom pracownica, czy z przyczyn ogólnych, czy też warunków pracy.

W razie stwierdzenia pogorszenia jej stanu zdrowia lekarz fabryczny jest upoważniony do stawiania wniosków, dotyczących przenoszenia zatrudnionych z jednego oddziału na drugi, gdzie warunki pracy są mniej szkodliwe, a więc będą sprzyjać poprawie zdrowia zatrudnionej.

Należy stwierdzić, że naogół w czasie sprawoz-

dawczym zaledwie kilka było przesunąć spowodowanych stanem zdrowia badanych pracownic.

Z kart indywidualnych kobiet obserwowanych wynika, że w czasie sprawozdawczym żadnych cierpień epidemicznych nie było, cierpienia przeważnie ograniczały się do takich jak: zapalenie oskrzeli, grypa, niedomagania przewodu pokarmowego o typie ostrym bez dalszych następstw, niedomagania serca o podłożu nerwowym, wreszcie kilka poronień i pólógów, które miały przebieg normalny. Na gruźlicę zmarła jedna pracownica.

Jeżeli przy badaniu stwierdzamy początki cierpienia, którego rozwój mógłby być brzemienny w skutki, zwracamy uwagę badanej na tę okoliczność i polecamy udać się do Ubezpieczalni Społecznej po właściwą poradę lekarską, lub na ew. leczenie.

Ogółem obserwowanych w czasie sprawozdawczym było:

Kobiet jednokrotnie badanych	267
• dwukrotnie	103
• trzykrotnie	107
• czterokrotnie	24
• pięciokrotnie	3
• sześciokrotnie	1

Razem: 505

III. Obserwacja pracowników w kierunku chorób zawodowych.

Obserwacja dotycząca kobiet zatrudnionych w Zakładzie, o czym była mowa w dz. II została rozszerzona w styczniu 1934 r. i na mężczyzn zatrudnionych przy chemicznych operacjach, gdzie zachodziła możliwość poszkodowania zdrowia wskutek działania chemikaliów.

Chorób zawodowych — w określonej postaci klinicznej nie udało się stwierdzić, — jakkolwiek obserwowani byli zatrudnieni przy rozmaitych substancjach chemicznych. Obserwacje i poszukiwania skutków pracy przy chemikaljach dotyczyły również i zatrudnionych kobiet — jednakże i w tej grupie nie stwierdzało się żadnych poważniejszych objawów klinicznych zatrucia.

Środki ochronne i zapobiegawcze, mające na celu zmniejszenie do minimum możliwości wypadków i powstawania chorób zawodowych stosowane były na warsztatach pod postacią przymusowego picia mleka, noszenia masek ochronnych rozmaitego typu, bamboszy, płaszczów, kombinez, okularów, rękawic skórzanych, gumowych, parcianych i t. p.

Stwierdzaliśmy tylko stany anemiczne, bóle głowy, utratę apetytu, czego jednakże złożyć na karb pracy nie mogliśmy, zaliczamy bowiem powyższy zespół objawów do normalnych cierpień ludzi, obarczonych pozatem albo złą konstytucją organizmu, wadliwą przemianą materji — i zgoła mających swe rozmaite większe lub mniejsze codzienne kłopoty rodzinne.

W czasie sprawozdawczym obserwowano mężczyzn 41.

• Badano jednokrotnie	39
• dwukrotnie	1
• trzykrotnie	1

Razem: 41

IV. Kwalifikowanie i badanie kandydatów do pracy.

Badanie kandydatów (tek) ma na celu określenie zdolności ich do pracy.

Przyjmowani są ludzie posiadający normalny wzrok i słuch, bez ciężkich cierpień płucnych i serca, bez chorób skórnych i wenerycznych, zakaźnych i t. p. Badanie kandydatów(tek) jest dość liberalne, z zachowaniem pewnego minimum kwalifikacyj fizycznych, inwalidztwo zaś w niewielkim procencie nie jest przeszkodą do przyjęcia do pracy.

W czasie sprawozdawczym kandydatów badano: w roku 1933 — 495, w roku 1934 (I kwartał) — 472.

V. Higiena i bezpieczeństwo pracy.

W chwili przejęcia Zakładu przez wojskowość zapoczątkowana została na terenie zdecydowana akcja zmierzająca do wprowadzenia racjonalnych zasad higieny i środków zmierzających do znacznego podniesienia bezpieczeństwa pracy na elaboracyjnych warsztatach fabrycznych.

Lekarz fabryczny został w dnia 21.IX. 1933 r. upoważniony i zobowiązany do gruntownego zbadania całokształtu zagadnień higieniczno - bezpieczeństwowch i do stawiania wniosków w tej mierze drogą meldunków składanych na piśmie każdego 1 i 15 dnia miesiąca.

Równocześnie powołana została do życia stała komisja w składzie: lekarz fabryczny jako przewodniczący, kierownik Inspekcji fabrycznej i zastępca kierownika Stacji doświadczalnej, poszczególni Kierownicy oddziałów — jako członkowie — która miała na celu opracowanie norm warunków pracy, dodatków zdrowotnych, środków ochronnych rozmaitego typu i sposobu — jako wyraz chęci zabezpieczenia pracowników przed wypadkami nieszczęśliwymi i chorobami zawodowymi.

Komisja w składzie powyższym zbadała cały teren fabryczny (działy produkcyjne) i w szczegółowym referacie przedstawiła szereg wniosków do zatwierdzenia Kierownikowi Zakładu. Czynny udział lekarza fabrycznego wyrażał się w opinjowaniu z punktu widzenia lekarskiego w sprawach i zagadnieniach związanych z całokształtem prowadzonej akcji meljoracyjnej. W czasie od dnia 12.X.1933 do dnia 25.IV.1934 r. komisja odbyła 11 posiedzeń i 12 wizytacji, w których udział poza podanym wyżej kompletem brali każdorazowo kierownicy oddziałów produkcyjnych.

Kontrola i obserwacja stanu zdrowia pracowników fizycznych, o których mowa była w dziale III. sprawozdania niniejszego, miała w tym względzie znaczenie dwójakie, ponieważ z jednej strony stan zdrowia pracowników stał się bardziej uchwytynym, karty indywidualne pracowników dawały możliwość słabsze organizmy kierować do lekarza Ubezpieczalni Społecznej, z drugiej strony pracownik objaśniony co do swego stanu zdrowia, sam był stawiany wobec interesującego go zagadnienia zdrowia w sytuacji jasnej.

Kartoteki pracowników w przyszłości posłużą jako materiał do opracowania zagadnienia dotyczącego szkód i chorób zawodowych.

30.IV.1934 r. na wniosek lekarza fabrycznego zatwierdzone zostały przez Kierownika W. Z. Pir. poniższe

Przykazania bezpieczeństwa pracy.

1. Dbaj o czystość i porządek — należyte utrzymanie maszyn i narzędzi. Czystość i porządek — to rękojmia bezpiecznej pracy.

2. Poznaj przepisy obsługi maszyny, przy której pracujesz: jej znaki sygnałowe, sposoby uruchomienia i zatrzymania, czyszczenia i smarowania. Znajomość tych spraw uchroni Cię od wypadku przy pracy.

3. Wiedz, że nieumiejętne czyszczenie i smarowanie pędni, nieogłędna praca w czasie ruchu przy pasach, linach i łańcuchach powoduje dużą ilość wypadków.

4. Zrozum, że lekkomyślne usuwanie ochron, nieużywanie dostatecznych przyrządów, masek i ubrań ochronnych, grozi samemu Tobie i współtowarzyszom pracy kalectwem lub chorobą, a żadna renta nie wynagrodzi kalectwa lub utraty zdrowia.

5. Zawiadamiaj natychmiast Kierownika swego o każdym złem działaniu maszyny, zepsuciu lub wadliwości ochrony, o każdym urazie jaki Cię spotkał przy pracy. Należyte dbanie o sprawność maszyny i ochrony w wielu razach zabezpieczy Cię od wypadku.

6. Szczególnie uważnie obchodź się z urządzeniami, przyrządami i maszynami elektrycznymi. Uszkodzenia bowiem przewodów i maszyn elektrycznych są często niewidoczne, a mogą być śmiertelne dla otoczenia.

7. Staraj się nie tylko o własne bezpieczeństwo, ale także przestrzegaj towarzyszywo pracy o konieczności zachowania należytych środków ochronnych. W imię ludzkości pilnuj, aby wszyscy stosowali potrzebne zabezpieczenia przy pracy (przyrządy, ubrania, maski, rękawice, okulary i t. p.).

8. Szczególnie opieką i wskazówkami otaczaj młodzież robotniczą. Statystyka wskazuje, że młodzi robotnicy i praktykanci w wieku 15 — 20 lat najczęściej ulegają przy pracy okaleczeniom, zmniejszającym czasami ich zdolności do pracy na całe życie.

9. Nie dźwigaj ciężarów ponad siłę, nie pal tytoniu, gdzie zabroniono, nie pluj na podłogę. Od zaproszonego ognia od papierosa niejedno życie ludzkie, niejedna fabryka zginęła. Spowodu plucia na podłogę niejedna osoba idąc z ciężarem poślignął się i złamał rękę lub nogę.

10. Kształć w sobie i wśród swego otoczenia zmysł ostrożności. Znacznej ilości wypadków może uniknąć człowiek ostrożny.

Powyższe przykazania w formie dużych plakatów na kartonie rozmieszczone zostały w około 150 egzemplarzach na terenie, pozatem w postaci ulotek wręczone są każdemu nowoprzyjętemu pracownikowi w dniu wystąpienia do pracy. Wielki program medycyny zapobiegawczej jest realizowany stopniowo. Wszelkie ulepszenia i podnoszenie warunków pracy przeprowadzane jest w miarę wpływania wniosków powołanej Komisji, względnie lekarza fabrycznego zgodnie z budżetem fabrycznym, stwierdzić wszelako należy, że wyniki tej pracy dają się wyraźnie stwierdzić przez zmniejszenie wypadków przy pracy, które wszakże są nie do uniknięcia przy większej liczbie pracowników i przy rozmaitych częstokroć dość skomplikowanych operacjach.

Poza tą ogólną pracą z zakresu medycyny zapobiegawczej, w roku sprawozdawczym zgodnie z rozkazem Nr. 910/San. II z dnia 26.I.1934 r. w sprawie przeprowadzenia walki z tyfusem plamistym na terenie W. Z. Pir. w dniach 3, 5, 6, 7, 8 i 9 lutego 1934 r. dokonana została dezynfekcja przedszkola, wszystkich garderób i ubrań pracowników(czek) fizycznych środkami odkażającymi sposobem gospodarczym.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące

— W dn. 23.XI. r. b. odbyło się w sali Zakładu Fizjologii Uniwersytetu Warsz. LXXX posiedzenie naukowe Warszawskiego Koła Radiologów. Po części naukowej, która obejmowała pokaz doc. Zawadowskiego p. t. „Przypadek zawału mięśnia sercowego z wytworzeniem tętniaka serca”, oraz odczyt dra B. Grynkrauta p. t. „Leczenie nowotworów metodą jednobiegunową według prof. Chaoula” odbyły się wybory do nowego Zarządu. W wyniku wyborów prezesem obrany został dr. Zygmunt S t a n k i e w i c z, wiceprezesem — dr. Marja Werkenthin, sekretarzem — dr. Jan K r y Ń s k i, oraz skarbnikiem — dr. Wiktor K a l i c i Ń s k i.

— O s t r z e ż e n i e. Zarząd Okręgu Łódzkiego Związku Lekarzy P. P. ostrzega Kolegów przed obejmowaniem posad lekarzy w Ubezpieczalni Społecznej w Kaliszu bez uprzedniego porozumienia się z Zarządem Obwodu Kaliskiego. Pisemnych wyjaśnień może udzielić Prezes Zarządu Dr. K. Piotrowski, Kalisz, ul. Pierackiego 8.

Związek Lekarzy P. P.
Okręg Łódzki.

— XI Lekarska Podróż Międzynarodowa po Riwierze francuskiej organizowana przez Tow. Lekarskie Śródziemnomorskie odbędzie się podczas Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku. Punkt zborny w Nizy. Od 26—30 grudnia uczestcy zwiedzą: Turbie, Roquebrune, Cap Martin, Mentonę, Mo-

naco, Monte-Carlo, Beaulieu, Cap Ferrat, Villefranche. Po powrocie do Nizy 30 grudnia wycieczka w Alpy, a potem Cagne, Vence, Grasse, Cannes, Le Cannet, Juan-Les-Pins, Antibes, Actinopolis i t. d. Koleje francuskie udzielą 50% zniżki ważnej w ciągu miesiąca. Informacyj udziela: Secrétariat de la Société Médicale, 24, rue Verdi, à Nice.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

4.XII. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. H i r s z f e l d L. Swoiste i nieswoiste odczyny odpornościowe. 2. R a d ł i Ń s k a J. i S z e n i c e r St. Doświadczenia kliniki chirurgicznej II nad uśpieniem dożywym.

14.XII. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej.

Posiedzenie plenarne.

1. W. O d r z y w o ł s k i. O proletaryzacji lekarzy. 2. L. J u s t m a n. W sprawie nowej ordynacji podatkowej w odniesieniu do lekarzy.

TREŚĆ: A. FESTENSZTAT. Postępy pedjatrii w ostatnim dziesięcioleciu (Dok.). — P. KOTOK. Z kazuistyki kiły wątroby. — J. SZEJNBERG. Znaczenie rozpoznawcze interferometrii w schorzeniach gruczołów wewnątrzwydzielniczych. — A. LAPIDUS. Uproszczona metoda oznaczania ilości indykanu we krwi. — Br. FRENKIEL i St. HURWICZ. Kastracja i sterylizacja (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — G. LEWIN. Odpowiedzialność karna lekarza w świetle Rozporządzenia o wykonywaniu praktyki lekarskiej. — B. P. MUSZKATBLAT. Zagadnienia medycyny społecznej, higieny i bezpieczeństwa pracy na terenie wojskowego zakładu Pirotechnicznego w roku 1933—34. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: A. FESTENSZTAT. Progrès de la pédiatrie dans les dix ans derniers (fin.). — P. KOTOK. Contribution à la casuistique de la syphilis du foie. — J. SZEJNBERG. La valeur diagnostique de l'interférométrie dans les maladies des glandes endocrines. — A. LAPIDUS. Une méthode simple de définition de la quantité de l'indican dans le sang. — Br. FRENKIEL et St. HURWICZ. Castration et stérilisation (Rev. gén. fin.). — G. LEWIN. Responsabilité pénale du médecin au jour du décret sur la pratique médicale. — B. P. MUSZKATBLAT. Le problème de la médecine sociale, d'hygiène et de sécurité du travail sur le terrain de l'institut militaire pyrotechnique en 1933—34.

SAL DIETETICUM
SINE CI' Br J' N'
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO.

WARUNKI PRENUMERATY:

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