

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. med. STRASZYŃSKI Adam.
starszy asystent kliniki.

Warszawa.

Stosowanie domięśniowe roztworu ichtjolu w chorobach skórnych i wenerycznych.

Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Direktor: Prof. Dr. Fr. Krzysztalowicz.

Unna, wprowadzając ichtjol w r. 1883. po raz pierwszy do leczenia chorób skórnych miał na celu wykorzystanie leczniczych własności siarki, związanej w pewien sposób w ichtjolu. Zastosował go więc najpierw w chorobach skórnych, w których dotąd stosowano siarkę, przede wszystkim w łuszczycy i wyprysku.

Okazało się później, że ichtjol ma również wielkie znaczenie lecznicze w innej grupie chorób skórnych, polegających na zaburzeniach w krążeniu krwi (*vasoparesis*) jak: *rosacea*, *pernioles*, *acrocyanozis* i t. p. i to nie tylko w zastosowaniu zewnętrznym, ale także doustnym.

Na ogół ichtjol należy do środków leczniczych, które zajęły stałe miejsce w leczeniu chorób najrozmaitszych działów medycyny. Pomyślnie wyniki, spostrzegane podczas stosowania ichtjolu w chorobach skórnych przez Unnę, zostały potwierdzone przez licznych innych badaczy, a jego zastosowanie w leczeniu zostało znacznie rozszerzone. Neiser, a za nim Jadaśohn zalecił stosowanie roztworu ichtjolu w postaci wstrzykiwań do cewki w przebiegu rzeżączki. Poza tem zaczęto stosować ichtjol zewnętrznie jako *antirheumaticum* w ostrym i przewlekłym gościecu stawowym, w podagrze, lumbago — a też jako *antineuralgicum* w migrenie, rwie kulszowej i t. d. Również zauważono dobre wyniki w leczeniu oparzeń, poza tem Nusbaum zalecił stosowanie ichtjolu w leczeniu róży, inni w leczeniu czyraków, schorzeń gruczołu krokowego i najądrzy w przebiegu rzeżączki. Szerokie zastosowanie znalazł również ichtjol w chorobach kobiecych, jako energiczny środek stosowany w schorzeniach przydatków.

Zastosowanie doustne ichtjolu w chorobach wewnętrznych polegało z jednej strony na jego dodatnim działaniu na przemianę materii, z drugiej na jego własnościach przeciwgnilnych. Tak n. p. stwierdzono u ludzi wycieńczonych, u gruźliczych, nefrytyków i cukrzycowych nie tylko polepszenie ogólnego stanu, ale i znaczne przybywanie na wadze.

Podstawę dla przetworów stosowanych pod nazwą ichtjolu, stanowi produkt suchej destylacji łupków smolistych znajdujących w pokładach w Tyrolu, które zawierają w sobie resztki przedpotopowych ryb i zwierząt morskich (stąd też pochodzi nazwa ichtjolu). Ten przekrop, oznaczany jako surowy olej ichtjolowy nie rozpuszcza się w wodzie i niema zastosowania w leczeniu; zawiera on obok organicznych związków siarki również węglowodory szeregu aromatycznego i zasady szeregu chinolinowego. Przez zadziałanie na ten surowy produkt stężonym kwasem siarkowym otrzymuje się kwas sulfo-ichtjolowy o wzorze: $C_{25}H_{30}S(SO_3H)_2$, który stanowi punkt wyjścia dla przetworów ichtjolu, stosowanych w leczeniu. Przez zobojętnienie kwasu sulfo-ichtjolowego amoniakiem otrzymuje się sól aminową tego kwasu (*ammonium sulfo-ichtjolicum*) o wzorze: $C_{25}H_{30}S(SO_3NH_4)_2$, który Unna nazwał krótko ichtjolem i który w tej postaci najczęściej stosuje się w leczeniu. Preparat ten według Thala ma w przybliżeniu taki skład: sucha pozostałość 55,66%, cały amoniak

3,15%, cała siarka 9,70%, kwaśny siarczyn amonowy 5,72%, i przedstawia się w postaci brunatnej, gęstej cieczy o nieprzyjemnym zapachu, łatwo rozpuszczalnej w wodzie (właściwie z wodą dającą stałą zawiesinę), przyczem roztwór wodny oddziałuje słabo kwaśno. W alkoholu i eterze rozpuszcza się tylko częściowo.

Lecnicze działanie ichtjolu polega prawdopodobnie na zawartości nieutlenionej, organicznie silnie związanej siarki w postaci grup sulfonowych, nierozpuszczalnych w wodzie, dla których kwas sulfonowy jest rozpuszczalnikiem. Ta organicznie silnie związana w ichtjolu siarka ma obok pewnego działania przeciwnilnego także działanie resorbcyjne, podobne do działania jodu, chociaż farmakologicznie w niczem go nie przypomina.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały względną nieszkodliwość ichtjolu, podawanego wewnątrznie, który w ilości 10—12 gramów znoszą psy bez żadnych zaburzeń, większe zaś dawki powodują u nich biegunkę. Z tych doświadczeń okazało się, że ichtjol przemienia się w ustroju na nieznane produkty i wydała się przeważnie w postaci organicznych połączeń, zawierających siarkę silnie związaną w postaci grupy sulfonowej. Zarazem zwiększa się nieznacznie ilość eterowych kwasów siarkowych w moczu.

Ichtjol stosowany miejscowo wywołuje zwężenie naczyń włosowatych krwi i dlatego działa przeciwzapalnie, a zarazem uśmierzająco na ból. Na ogół jednak dotychczas nie mamy jeszcze wystarczających wiadomości o sposobie leczniczego działania ichtjolu tak w zastosowaniu zewnętrznym, jak i doustnym.

Samberger, opisując niedawno wynaleziony przez siebie środek leczniczy „ichthoxyl“, który jest połączeniem ichtjolu z tlenem, wypowiada swą własną teorię o sposobie działania ichtjolu. Uważa on, że do wystąpienia objawów zapalenia potrzeba dwóch czynników: uszkodzenia tkanki i upośledzenia funkcji naczyń włosowatych krwi. Na uszkodzenie tkanki oddziałuje ustrój przekrwieniem czynnym, t. j. rozszerzeniem naczyń włosowatych, które w tym stanie dostarczają zagrożonej tkance więcej tlenu celem naprawienia uszkodzenia. Dopóki więc stan naczyń włosowatych wystarcza dla dowożenia materiału reparacyjnego do zagrożonego miejsca, przychodzi narazie tylko do przekrwienia, ale jeszcze nie do zapalenia. Objawy zapalenia występują dopiero wówczas, gdy naczynia włosowate osłabną (pareza), a prąd krwi ulegnie w nich zwolnieniu. Z tego to powodu tak łatwo przychodzi do zapalenia pod wpływem jakichkolwiek bądź czynników u osób, u których naczynia włosowate są z natury niewytrzymałe n. p. porażone przez cukrzycę, schorzenie nerek, alkoholizm i t. p. U wszystkich natomiast osobników dość łatwo rozwijają się objawy zapalenia w uszkodzonej tkance pod wpływem drobnoustrojów, gdyż ich toksyny działają ujemnie na czynność naczyń włosowatych.

Samberger więc uważa, że lecznicze działanie ichtjolu polega głównie na jego własności oddziaływania pobudzającego na naczynia włosowate (*Kapillartonicum*) i to tłumaczy jego działanie przeciwzapalne.

Dotychczas, jak wiemy stosowano ichtjol w najrozmaitszych schorzeniach wyłącznie zewnętrznie (w maściach, okładach, w zawieszynie, w wodzie i glicerynie), lub wewnątrznie (w pigułkach, kroplach) i otrzymywano na ogół pomyślnie wyniki lecznicze.

Mając na uwadze dodatnie lecznicze działanie ichtjolu, podawanego wewnątrznie w niektórych chorobach skórnych, postanowiłem zastosować go w postaci zastrzykiwań

domięśniowych zwłaszcza, że ichtjol daje doskonałą zawiesinę w wodzie, a obok tego zawierając organiczne połączenia siarki, może mieć własności, podobne do działania ciał białkowych, czy koloidowych, wprowadzanych pozajelitowo do ustroju w celach leczniczych. Przygotowałem 2% wyjałowiony roztwór wodny *ammon. sulfo-ichtyol.* i wypróbowałem najpierw jego działanie na zwierzętach, wstrzykując ten roztwór w dość dużych ilościach królikom podskórnym i śródżylnym — przyczem nie zauważyłem żadnych objawów szkodliwych tak miejscowych, jak i ogólnych. Po tych próbach przeszedłem do domięśniowego stosowania roztworu ichtjolu u ludzi.

Roztwór ichtjolu przygotowywałem w sposób następujący: 2% roztwór *ammon. sulfo-ichtyol.* w wodzie przekrojonej przesączałem przez grubą bibułę, przesącz gotowałem w korbie szklanej przez 15 minut, poczem zlewałem do wyjałowionych próbek i zatykałem korkiem z waty. Roztwór ten wstrzykiwałem chorym w mięśnie pośladków w ilości 3 cm³ co 2—3 dni. W czasie zastrzykiwania tylko niektórzy chorzy odczuwali nieznaczny piekący ból w pośladku, inni przeważnie nie skarżyli się na żadne dolegliwości. W jednym przypadku zastrzyknąłem ten roztwór na próbę podskórnym, co wywołało dość ostry stan zapalenia skóry, objawiający się silnym obrzękiem, zaczerwienieniem i bolesnością.

Po zastrzyknięciu chorzy czuli się na ogół dobrze, niektórzy z nich skarżyli się na lekki ból głowy, a w kilku przypadkach spostrzegałem u chorych dreszcze i dość wysokie podniesienie ciepłoty ciała (do 40° C.). Po dalszych obserwacjach przekonałem się, że przyczyną tej wysokiej ciepłoty było wadliwe przyrządzenie roztworu. Jeżeli mianowicie roztworu nie wyjaławiałem natychmiast po sporządzeniu, lecz przechowywałem go dłuższy czas, a wyjaławiałem dopiero przed użyciem — to po zastrzyknięciu takiego roztworu spostrzegałem u chorych wysokie podniesienia ciepłoty ciała. Dowodziłoby to, że w słabych roztworach ichtjolu (o czem sam się przekonałem i co stwierdzili różni autorowie) z łatwością rozmnażają się rozmaite mikroby i pleśnie. Dlatego też ichtjol należy przechowywać *in substantia*, lub w 50% roztworze, a słabsze roztwory należy natychmiast po przygotowaniu wyjaławiać i przechowywać nadal w wyjałowionych naczyniach. Podczas stosowania w ten sposób przygotowanego jałowego roztworu naogół silniejszych odczynów ogólnych nie spostrzegałem i większość chorych po zastrzyknięciu wcale nie gorączkowała. W moczu nie stwierdziłem w żadnym przypadku składników nieprawidłowych.

Spostrzeżenia moje dotyczą 41. przypadków w tem: 20. przypadków *epididymitis gonorrh.*; 1. przypadek *urethritis, pyelitis et epididymitis non gonorrh.*; 1. przyp. *ulcus moll. phagedaen.*; 1. przyp. *ulc. moll. et bubo inguinal.*; 5. przypadków łuszczycy i 13. przypadków różnicy postaci piodermji.

Na podstawie obserwacji zestawionych przypadków, należących do rozmaitych grup chorób skórnych i wenerycznych mogę stwierdzić, że najlepsze wyniki po tego rodzaju leczeniu otrzymywałem w przypadkach rzeżączkowego zapalenia przyądrzy, bo najczęściej już po pierwszym zastrzyknięciu roztworu ichtjolu ustępowała bolesność przyądrza i obrzęk zmniejszał się znacznie, a po 4—5 zastrzyknięciach chory opuszczał klinikę w stanie zadowolającym, lub można było przystąpić do miejscowego leczenia rzeżączki.

Takie pomyślne wyniki lecznicze spostrzegałem 17. razy na 20. przypadków powikłań rzeżączkowych, w pozostałych trzech nie mogłem stwierdzić polepszenia się stanu chorobowego; zaznaczę jednak, że w przypadkach tych następne leczenie wstrzykiwaniami mleka i szczepionek również nie doprowadziło szybko do polepszenia.

Podobnie dodatnie wyniki zastrzykiwania ichtjolu spostrzegałem w jednym przypadku *pyelitis, urethritis et epi-*

didymitis non gonorrh., w którym po trzech zastrzyknięciach wybitny przedtem obrzęk najądrza wessał się prawie zupełnie, mocz zaś przedtem mętny w obu porcjach wyjaśnił się całkowicie.

Dobre działanie w ten sposób stosowanego ichtjolu spostrzegałem również w przypadku wrzodów miękkich i dymienicy gruczołów pachwinowych, która w ciągu leczenia zaczęła się widocznie wysysać.

W chorobach skórnych nie mogłem spostrzec wybitniejszego działania tego sposobu leczenia, z wyjątkiem jednego przypadku czyrakowatości i dwóch przypadków łuszczycy. W tych ostatnich spostrzegałem znaczne przyblednięcie wykwitów łuszczycowych bez stosowania jakiegokolwiek leczenia zewnętrznego, coby świadczyło, że siarka, zawarta w ichtjolu może niekiedy skutecznie działać przeciw łuszczycy, podobnie jak siarka, stosowana również śródmięśniowo w znanej mieszance B o r y ' e g o. W pozostałych trzech przypadkach łuszczycy leczenie to nie spowodowało widocznego polepszenia i musiałem przejść do zwykłego sposobu leczenia. Również żadnego wpływu tego leczenia nie mogłem zauważyć w przypadkach rozmaitych postaci piodermji.

Bezspornie zatem uzyskałem najlepsze wyniki w przypadkach rzeżączkowego zapalenia przyądrzy i mogę powiedzieć, że śródmięśniowo stosowany w tych przypadkach roztwór ichtjolu działa niekiedy lepiej, niż inne środki, o czem przekonałem się, obserwując przypadki kontrolne, leczone zastrzykiwaniami szczepionek, lub mleka. Wobec tych dodatnich wyników w leczeniu powikłań rzeżączkowych uważałbym, że należałoby stosować ten sposób leczenia we wszystkich tego rodzaju przypadkach i wypróbować go również w leczeniu schorzeń przydatków w ginekologii.

Co się tyczy istoty leczniczego działania tego sposobu leczenia to sądzę, że ichtjol jako środek, zawierający siarkę i połączenia organiczne, wprowadzony domięśniowo powoduje w ustroju podobne przemiany, jak ciała białkowe, czy koloidowe, wprowadzone pozajelitowo t. j. zmienia stan koloidalny soków ustroju i pobudza ciała odpornościowe w zapalnych ogniskach.

Piśmiennictwo:

- 1) A r e n d s i A. R a t h j e: Neue Arzneimittel. Verl. J. Springer. Berlin. 1913. — 2) H a g e r s Handb. der pharmaz. Praxis. Verl. J. Springer. Berlin. 1920. — 3) L u i t h l e n F.: Vorlesungen über Pharmakologie der Haut. Verl. J. Springer. Berlin. 1921. — 4) Ł u k a s i e w i c z W.: Polska Gaz. lek. Nr. 28, 29, 30. 1922. — 5) S a m b e r g e r F.: Dermatolog. Wochenschr. Bd. 80. Nr. 5. 1925. — 6) W i s c h o F.: Pharmaz. Monatshefte Nr. 1. 1925.

J. LATKOWSKI, E. ARTWIŃSKI.

Kraków.

O poliurji po zapaleniu mózgu.

Z I. kliniki chorób wewnętrznych. Dyrektor Prof. Dr. J. L a t k o w s k i i z oddziału chorób nerwowych i umysłowych. Prym. Doc. Dr. E. A r t w i Ń s k i.

Część I. neurologiczna.

30. XI. 1923 przyjęto na Oddział chorób nerwowych 13-letniego chłopca. W wywiadach zebranych od ojca chorego dowiadujemy się, że w rodzinie miało nie być ani chorób nerwowych, ani umysłowych. Chory nasz w ciągu życia miał nigdy poważnie nie chorować, rozwój fizyczny i umysłowy zupełnie prawidłowy. W końcu 1921 r. wystąpiły zaburzenia snu w postaci bezsenności, nocnego niepokoju ze zwiidywaniami, stwierdzono też wówczas ogólny niepokój ruchowy. Ciepłoty ciała nie mierzono. Po pewnym czasie objawy te ustąpiły, ale zaczęła go ogarniać w ciągu dnia silna senność, tak, że zasypiał w czasie lekcji, wobec czego musiano go odebrać ze szkoły.

W marcu 1922 senność w ciągu dnia miała się zmniejszyć, ale wystąpił inny objaw, a mianowicie zaczął pić namiętnie w wielkich ilościach wodę. Początkowo pijał wodę rzadko i w małych ilościach, ale stopniowo zaczął pić coraz to częściej i w coraz większych ilościach.

W tym też czasie zaczął moczyć w nocy do łóżka, początkowo 2 do 3 razy w miesiącu, a w miarę tego, jak wzrastała ilość wypijanej wody, coraz to częściej, a ostatnio już co noc.

Jeżeli mu zabraniano pić i zamykano go samego w pokoju,

to umawiał się z kolegą, który mu podstawił dzbanek z wodą pod drzwi, a on wsysał wodę przez słomkę, przeciągniętą przez dziurkę od klucza. Pod względem jakości wody jest bardzo niewybredny i jeżeli nie może dostać czystej wody to spija nawet mydliny.

Uspokobienie jego w tej chorobie zmieniło się zasadniczo. Ze spokojnego dziecka stał się kłótliwym, nieposłusznym, podnieconym, niezgodnym i bardzo trudnym do prowadzenia. W czasie jego pobytu na naszym oddziale mogliśmy stwierdzić, że spostrzeżenia jego ojca są w zupełności zgodne z prawdą. W czasie obserwacji szpitalnej, jeżeli mu nie wzbraniano, wypijał do 16 litrów wody w ciągu jednej doby. Różnorodne próby odzwyczajania go okazały się zupełnie bezskuteczne.

Badanie przedmiotowe układu nerwowego wykazało słabo zaznaczony parkinsonizm.

Przypadek nasz dowodzi, że u osobników młodych po przebyciu śpiączkowym zapaleniu mózgu, zmiany w usposobieniu mogą być bardzo wyraźne i wysuwać się na czoło obrazu klinicznego, podczas gdy parkinsonizm może być jedynie słabo zaznaczony.

Potwierdza to więc odnośnie spostrzeżenia B o n h o e f e r a, Petersona, Handelsmana i Pieńkowskiego.

Z innego jeszcze powodu zasługuje nasz przypadek na uwagę — a mianowicie z powodu polidipsji.

Wśród różnorodnych objawów, jakie mogą występować po przebyciu śpiączkowym zapaleniu mózgu polidipsja należy do bardzo rzadko spotykanych.

B e r i n g e r zebrał w piśmiennictwie 11 przypadków, których rozpoznanie uważa za pewne, w dwóch tylko z spośród przypadków zostało przeprowadzone badanie przemiany materji. Ponieważ sprawa polidipsji po śpiączkowym zapaleniu mózgu nie jest jeszcze ostatecznie wyświetlona, prof. D r . L a t k o w s k i zechciał przyjąć chorego do swojej kliniki celem przeprowadzenia odnośnych badań.

J. LATKOWSKI.

Część II. (badanie przemiany materji).

Chorego, wyżej opisanego przeniesiono na oddział chorób wewnętrznych, celem dokładniejszego badania przemiany materji. Badanie chorego wykazało budowę wątlą, odżywienie średnie, gruczoły limfatyczne podszczekowe, pachowe i pachwinowe macalne. Klatka piersiowa prawidłowo wysklepiona, symetryczna. W szczytce prawym zagęszczenie mięszu płucnego z wypukciem cichszym i krótszym — wydech w tem miejscu szorstki i przedłużony. — Badanie narządu krążenia nie wykazuje zmian, serce nie powiększone — tony serca czyste, prawidłowo zaakcentowane. Badanie roentgenologiczne nie wykazuje zmian. Ciśnienie krwi. 100—60 R. R. — W narządach jamy brzusznej zmian nie znaleziono. Badanie moczu wykazuje stosunki prawidłowe. — Badanie krwi również wykazuje skład prawidłowy. Ciepłota prawidłowa. Badanie narządu nerwowego podano wyżej. Siodełko tureckie prawidłowe.

Z obserwacji należy podnieść jeszcze, że chory stara się zawsze potajemnie pić wody więcej, niż mu się podaje. W celu przeprowadzenia badań przemiany materji, chory musi być izolowany i musi być stale pilnowany przez specjalną pielęgniarkę. Chory bowiem nie gardzi żadnym płynem — pije wodę, w której się myje, a nawet wypija on wodę z wychodka i własny swój moc. — Przy picciu większych ilości wody, chory bardzo często wymiotuje, lecz potem znów pije na nowo. Jeśli dostaje znaczną ilość wody, oddaje moc. pod siebie podczas snu.

W domu chorego wszystkie próby odzwyczajania były bezowocne, choć chorego zamykano na klucz w pokoju. Chory umiał sobie zawsze dostarczyć wody, choćby nawet miał pić przy pomocy słomki przez dziurkę od klucza. U nas jednak, gdy chory był ściśle pilnowany, łatwo odzwyczajal się od picia i nagnał się do przepisów klinicznych. Po 4-ro miesięcznym leczeniu wydawało się, że chory jest już przyzwyczajony do mniejszej ilości płynów. Gdy jednak miał nadzieję dostania się do domu, stał się przy mniejszym pilnowaniu odrazu nieposłusznym i pomimo tego, że był przyzwyczajonym do 2 litrów płynu, to jednak zapragnął pić bez miary — nie chciał się już zgodzić na dalszą inwigilację i z powodu tego został odesłany do domu. Ciężkie więc jego było nieuleczalne.

Już pierwsze badanie wykazuje, że dieta bez soli zmniejsza ilość wydzielonej wody — zaś przy wstrzymaniu się zupełnym od picia wody przez 24 godzin, ciężar gatunkowy moczu z 1,002 podnosi się na 1,020.

W celu dokładnego zbadania i ocenienia stanu chorego, przeprowadzono badanie gospodarki mineralnej i ruchu wody ustroju, a mianowicie:

1) Codziennie na czczo rano i wieczorem przed kolacją oznaczano ciężar ciała chorego.

2) Oznaczano dokładnie ilość wypitych płynów i stosowano stale oznaczoną dietę dokładnie odważoną, która składała się z mleka, jaj i węglowodanów — później zaś z dodatkiem mięsa.

3) Dalej oznaczano dzienną i nocną ilość moczu.

4) Oznaczano ciężar gatunkowy moczu, często zapomocą piknometru.

5) Oznaczano codziennie ilość wydzielanego NaCl w moczu.

6) Oznaczano ilość N w moczu.

Obok tego oznaczano we krwi.

a) Ilość hemoglobiny metodą Sahliego i Autenrietha.

b) Ilość NaCl we krwi mikrometodą Banga.

c) Ilość białka w surowicy refraktometrem Pulfricha.

d) Oznaczano punkt marznięcia krwi kryoskopem Beckmanna.

e) Lepkość krwi wiskosimetrem Hessa i w końcu.

f) Opadanie ciałek czerwonych krwi.

Chory pozostawał w zupełnej równowadze azotowej i kalorycznej, gdyż przy ciężarze około 38 kg. otrzymywał 1860 kaloryj i przy tej diecie przybyło mu przeszło 4 kg. na wadze. — Obserwacja nasza obejmuje 3 miesiące czasu. Oznaczanie Cl. i N. w moczu wykonywano przez dwa miesiące — wszystkie zaś wymienione badania krwi i moczu przeprowadzono codzień przez 24 dni. Dieta bezchlorowa działa u niego na poliurię hamująco. Przy picciu wody bez miary, chory zachowuje się podobnie, jak chory przy poliurji i może przybyć w ciągu dnia na wadze często o 2 kg. Ciężar gatunkowy moczu jest niski, wynosi szczególnie w początkowej obserwacji 1.003—1.006, odsetek. NaCl. jest bardzo niski 0,13—0,26% — jest więc znacznie niższy od ilości chloru w surowicy krwi, która jest u niego także niska. Cała też ilość wydzielanego Cl. jest mniejsza od prawidłowej, wynosi około 1/3 prawidłowej ilości. Chory może jednak z łatwością znieść ograniczenie płynów i gdy jednego dnia pije około 20 litrów wody, to na drugi dzień może się zupełnie wstrzymać od picia wody przez 18 godzin. Podczas tego maleje ilość moczu na 5175 gr. Ciężar gatunkowy podnosi się do 1,017 przy wstrzymaniu płynów, NaCl w moczu dochodzi do 0,2% — cała ilość NaCl w moczu wynosi 0,62% — ilość białka we krwi 8,45% — punkt marznięcia 0,62° — hemoglobiny 115% — lepkość 6,8, a zatem krew się zagęszcza u niego tak, jak w *diabetes insipidus hyperchloraemicus*, dawniejszy *renalis* z zaburzeniem koncentracji.

Uderzającym jest w tym przypadku, że chory przy ograniczeniu płynów ciągle strzeżony, czuje się dobrze, zachowuje się prawidłowo, ma dobry apetyt i przybywa nawet na wadze. Ciężar gatunkowy moczu waha się wówczas w granicach zupełnie prawidłowych i wynosi od 1,010—1,019, a nawet przy ograniczeniu płynów do 1 litra na dzień, ciężar gatunkowy wynosi 1,027. Gdy powtórzone ograniczenie płynów do 1000 gr. dnia 28. II. i 29. II. ciężar gatun. moczu podniósł się na 1,025 i 1,027, ilość moczu 28. II. 1,100 cm³. 29. II. 1,050 cm³. — NaCl w moczu 28. II. 0,8% = 8,8 gr. 29. II. 1% = 10,5 gr., N. 10,6 i 11,5 gr.; krew nie zagęściła się — hemoglobiny 99% i 98%, lepkość 5,9 i 6,4, NaCl. w krwi 0,53 i 0,50, białka 28. II. 7,20, 29. II. 7,29; — widzimy więc, że przy przyzwyczajeniu się chorego do małej ilości płynów od 12. I. do dnia 6. III. ustrój chorego zachowuje się więcej prawidłowo, krew nie zagęszcza się, a wydzielanie chloru jest nieco lepsze. —

Tak może się zachowywać chory z *diabetes hypochloraemicus*.

Dodatek 10 gr. chloru nie wydziela się, lecz zatrzymuje się w ustroju tak, jak u osób zubożałych w chlor lub w *diabetes insipidus hyperchloraemicus*, — natomiast odnośnie do krwi dodatek NaCl powoduje rozcieńczenie krwi. Ilość hemoglobiny wynosi 100%, lepkość 5,6, — NaCl. 0,61%, — białka 7,40%, punkt marznięcia 0,57° C. w porównaniu z jednym z poprzedzających dni, — hemoglobiny 105%, lepkość 5,7, NaCl. we krwi 0,63%, białka 7,75%, punkt marznięcia 0,60° C. Równocześnie jednak zmniejsza się diureza po podaniu dodatkowych 10 gr. NaCl. o około 1000 cm³. Również przy drugim podaniu 24. II. 15 gr. NaCl. diureza się zmniejsza o 450 cm³, NaCl. wydziela się lepiej (19,88 gr., wydzielając w tym okresie od 10,7 do 19,5 gr. Cl.). Krew zaś rozcieńcza się. Hb. = 90% (97%), lepkość 5,6 (5,8), NaCl. we krwi 0,56 (0,59), białko 7,03 (7,14), ciężar gat. moczu 1,012 (1,008).

Chory ten zachowuje się podobnie, jak w *diabetes insipidus*, uderzającym jest jednak zmniejszanie się diurezy po podaniu NaCl. jak u ludzi zdrowych, chociaż niezupełne wydalanie się Cl. wskazuje na niezdolność koncentracji NaCl. Theocyna w naszym przypadku nie wywołuje większego wpływu. Ilość moczu zwiększa się nieznacznie o 400 cm³, ciężar gatunkowy obniża się nieznacznie z 1007 na 1006, ciężar ciała spada o 300 gr. Na drugi dzień zaś ciężar podnosi się o 500 gr., ilość moczu zmniejsza się o 600 cm³, czyli mamy znowu zatrzymanie się wody jak u Veila i E. Mayera.

Drugim razem po theocynie diureza się wzmacnia o 350 cm³, ciężar gatunkowy utrzymuje się jak przed podaniem theocyny na 1015, nie działa też theocyna na wydzielanie chloru; w ilości chloru wydzielonego nie zachodzą jakieś większe różnice, ilość Cl. we krwi 0,63% — krew zaś zagęszcza się, bo białka 8,13%.

Po nowasurolu diureza zwiększa się o 1000 cm³. — Chlorki w moczu 0,54% = 26,73 gr. na dobę — krew zagęszcza się nieco, odsetek białka z 7,50 podnosi się na 7,71% — ilość chloru we krwi

Chory W. K., lat 13.

Dzień	Ciężar ciała w kg	Ilość po- branych płynów	Ilość	NaCl	N.	Ciężar gatu- nkowy	Hb.	Lepkość	NaCl	Białko surowicy	Opadanie krwinek czerwo- nych	Punkt marznię- cia	U W A G I
5. I.	38	22 l.	7 l.	4.9 g 0.07%	5.4	1.003	98%	6.2	0.57%	7.63	Po 1 godz. — 4 » 2 » — 6 » 24 » — 20	0.56	Chory niemal po ka- żdej porcji wymiototował.
6. I.	37.7	6 l.	3 l.	6.0 g 0.2%	5.76	1.010	115%	6.8	0.62%	8.45	Po 1 godz. — 2 » 2 » — 4 » 24 » — 15	0.62	Wstrzymanie się od picia przez 18 godzin.
7. I.	38	4 l.	5.7 l.	11.4 g 0.2%		1.006	110%	6.3	0.54%	7.45			
9. I.	37.5	4 l.	5 l.	10.82 g		1.006							
10. I.	37.5	4 l.	3.05 l.	7.90 g 0.26%		1.006	100%	5.6	0.61%	7.40		0.57	Dodano 10 gr Na Cl
11. I.	38.7	4 l.	4.3 l.	12.9 g 0.3%		1.010	105%	5.7	0.63%	7.75	Po 1 godz. — 4 » 2 » — 6 » 24 » — 20	0.60	
13. I.	38.1	1.5 l.	1.2 l.	7.56 g 0.63%		1.015							Podano 0.3 Theocyny
14. I.	38	1.5 l.	1.8 l.	10.8 g		1.015	100%	6	0.63%	8.13			» 0.6 »
16. I.	38	1.5 l.	1 l.	6.7 g 0.67%		1.018	100%	5.8	0.56%	7.45		0.61	
18. I.	39.15	1.5 l.	1.5 l.	9.0 g 0.6%		1.014	100%	6	0.58%	7.65	Po 1 godz. — 4 » 2 » — 6 » 6 » — 8 » 24 » — 21	0.6	
25. I.	39.2	4 l.	4 l.	11.2 g 0.28%		1.007	100%	6	0.56%	7.00	Po 1 godz. — 2 » 2 » — 4 » 8 » — 10 » 24 » — 20	0.56	
29. I.	39.25	4 l.	3.5 l.	14.0 g 0.4%		1.007	100%	5.8	0.62%	8.03		0.55	
8. II.	40.5	4 l.	4.4 l.	11.4 g 0.26%		1.007							Podano 0.6 Theocyny
9. II.	40.2	4 l.	3.9 l.	10.18 g		1.007	98%	5.7	0.602%	8.17			» 0.6 »
10. II.	40.7	4 l.	4 l.	10.91 g 0.26%	14.32	1.007							
14. II.	41	4 l.	3.6 l.	16.2 g 0.45%	12.11	1.007							
15. II.	41.5	4 l.	4.1 l.	15.17 g 0.37%		1.007							
16. II.	42	4 l.	4.25 l.	13.63 g 0.2%		1.007	98%	5.8	0.602%	8.06	Po 1 godz. — 2 » 2 » — 5 » 8 » — 10 » 24 » — 15	0.56	Iniekcja pituglandolu
19. II.	42.5	4 l.	4.95 l.	26.63 g 0.54%	8.77	1.007	100%	5.9	0.54%	7.71	Po 1 godz. — 2 » 2 » — 4 » 8 » — 8 » 24 » — 12		Iniekcja novasurołu
20. II.	41.5	4 l.	3.2 l.	6.43 g 0.13%	13.08	1.007	97%	6	0.615%	7.59	dtto		
22. II.	42	4 l.	4.1 l.	18.46 g 0.46%	14.2	1.007							
23. II.	41.4	4 l.	3.3 l.	10.72 g 0.31%	11.88	1.008	97%	5.4	0.55%	7.50			
24. II.	42.4	4 l.	3.5 l.	19.00 g 0.56%	11.95	1.012	90%	5.6	0.66%	7.03			Dodano 15 gr Na Cl
25. II.	42.6	4 l.	4.3 l.	13.48 g 0.31 g	17.42	1.011	97%	5.8	0.59%	7.57			
26. II.	43.1	4 l.	2.65 l.	7.95 g 0.3%		1.008	99%	5.8	0.51%	7.24			Mięsa 150 gr.
28. II.	42.8	1 l.	1.1 l.	8.8 g 0.8%	11.5	1.025	99%	5.9	0.53%	7.20			
29. II.	42.7	1 l.	1.05 l.	10.6 g		1.027	98%	6.4	0.50%	7.29			
4. III.	42.4	2 l.	1.7 l.	8.95 g 0.53%		1.016	99%	6.4	0.57%	7.42		0.54	
6. III.	42	1 l.	0.7 l.	6.96 g 0.99%		1.027							Iniekcja rano i wie- czór pituglandolu
7. III.	42.1	1 l.	1.2 l.	9.6 g 0.8%	13.9	1.027	98%	5.7	0.54%	7.4			Dtto
10. III.	42.6	7 l.	7.05 l.	7.35 g 0.18%	14	1.005	96%	5.5	0.56%	6.91			Dtto
13. III.	42.8	7 l.	7 l.	12.6 g 0.18%	14.42	1.006	97%	5.8	0.57%	7.96			Dtto
14. III.	43.3	7 l.	6.6 l.	11.2 g 0.18%	9.3	1.010	98%	5.9	0.56%	7.24			Dtto

pozostaje ta sama 0,54. Na drugi dzień zmniejsza się diureza o 750 gr. w porównaniu do przyjętych płynów. Ciężar gat. jest ten sam, białka we krwi 7,59%, NaCl. we krwi 0,61%.

Pituiryna w pierwszym doświadczeniu nie ma wpływu na krew, białka 8,06%, NaCl. w surowicy 0,60%, punkt marznienia 0,56. Diureza nie zmniejsza się, ciężar gat. się nie zmienia, Cl. wydziela się w prawidłowej ilości — NaCl. w moczu 0,2%. W drugim zaś doświadczeniu po wstrzyknięciu pituglandolu 6. III. diureza jest nieco mniejsza o 300 gr. na 1000 gr. przyjętych płynów, — ciężar gat. 1,027. 7. III. ogólna ilość chloru 9,6 gr. = 0,8%. Krew się nie rozcieńcza, białka 7,4%, Na Cl. 0,54%, hemoglobiny 98%, lepkość 5,7. Natomiast przy większej ilości, płynów 7000 jak to ma miejsce 10. III. po wstrzyknięciu pituglandolu ilość moczu 6.600 cm³, ciężar gat. 1,005, hemoglobiny 96%, Cl. 0,56%, białka 6,91%, lepkość 5,5, a więc krew się rozcieńcza, zatem chory zachowuje się, jak człowiek zdrowy. Na wydzielenie azotu pituifryna nie działa. Ilość chloru w moczu 7,35 gr. i 0,18%.

W naszym przypadku mamy ogólnie niskie odsetki wydzielanego chloru w moczu, a ilość chloru we krwi jest stale niska przeciętnie niższa od prawidłowej ilości, zaliczyć więc możemy ten przypadek wedle Veila do hipochloroemicznych.

W każdym razie diureza nie jest nie do powstrzymania i tylko z początku przy wstrzymaniu płynów, występuje zagęszczenie krwi. Obok tego jednak, nawet przy ograniczeniu płynów mamy tak w pierwszym okresie jak i w późniejszym złe wydzielenie się chloru, co by wskazywać mogło na upośledzenie zdolności wydzielniczej nerek dla chloru i zatrzymania go w tkankach. Wybitnie występuje to zjawisko przy dodatku 15 gr. NaCl. do diety, wówczas widzimy, że dodatek chloru nie wydziela się dobrze, choć zagęszczenie chloru w moczu dochodzi do 0,56% moczenie zmniejsza się nawet, a nie zwiększa, jak to bywa przy *diabetes insipidus hyperchloaemicus*, czyli nasz chory zachowuje się jak hipochloroemiczny.

I tak chory wydziela tylko część, około 5 gr. NaCl., z 15 gr. NaCl. dodatku, w tym okresie badania chory wydzielał około 13 do 14 gr. NaCl. dziennie, a czasem nawet więcej do 19 gr. 22. II. po podaniu dodatku 15 gr. wydzielił 9,88 gr., czyli nie wydzielił dodatku. Ponieważ ciężar ciała jego wzrósł o 1.000 gr. z 41,4 kg. na 42,4 kg. więc zatrzymał chlor w tkankach, a zatem nasz chory zachowuje się, jak człowiek zubożały w chlor, który chlor zatrzymuje. Za zatrzymaniem chloru nie tylko w tkankach, ale i we krwi przemawia małe rozcieńczenie krwi 24. II. 7,03% 23. II. 7,50% białka, 25. II. 7,57%, i wspomniany przybytek na wadze o 1.000 gr. Przy podaniu 10 gr. NaCl., chlor nie wydzielił się wcale, 9. I. 10,82 gr., 10. I. 8,21, 11. I. 12,9, 12. I. 10,15. Na drugi dzień chloru wydzieliło się nieco więcej tak, jak w przypadku Wagnera, ilość moczu mniejsza o 1.000 gr. Krew się rozcieńczyła, białka 9. I. 7,65%, 10. I. 7,40%, ciężar ciała podniósł się o 1.700 gr., który dopiero dnia następnego spadł o 1,200 gr. do ciężaru 38 kg. czyli chlor zatrzymał się w tkankach i we krwi.

Ale u naszego chorego dodatek chloru działa, jak u człowieka zdrowego na wzrost ciężaru gatunkowego moczu z 1,005 na 1,010, a chlor wydziela się powoli jak w przypadku Wagnera. W naszym przypadku mamy małe ilości chloru w moczu, dodatek nie wydziela się prawie wcale w końcu mamy opóźnienie wydzielenia chloru, a po theocynie nie wydziela się więcej NaCl. Z tego wynika, że u chorego naszego mamy osłabienie zdolności wydzielniczej nerek w zakresie chloru, jak w przypadku traumatycznym E. Mayera i w przypadku guza przysadki. Możemy więc nasz przypadek zaliczyć do hipochloroemicznych, choć przy wstrzymaniu się od picia płynów u naszego chorego ciężar gat. moczu bardzo wzrasta, czyli jest możliwym, że chwilowo istnieje zdolność nerkowa zagęszczania moczu, co nie zdarza się przy *diabetes insipidus hyperchloaemicus*. Gdybyśmy ten przypadek chcieli zaliczyć do polidipsji, to musielibyśmy wraz z Schwenkenbekerem stwierdzić, że przy niej może przyjść do zaburzeń koncentracji nerek przynajmniej w zakresie chloru.

Badania ostatnich lat wykazały, że w mechanizmie wydzielenia wody biorą udział oprócz nerek, płuc lub skóry, także ogólnie wszystkie tkanki, czyli t. z. przednercze. Ustrój jest bardzo wrażliwy na utratę wody i gdy zwierze może stracić prawie połowę wagi ciała, bez większej szkody dla ustroju to utrata już 10% wody wywołuje znaczne zaburzenia życiowe, a 20% utraty ilości wody powoduje śmierć zwierzęcia.

Woda rozdziela się też nierównomiernie w ustroju, a mianowicie 2/3 jej gromadzi się w mięśniach, zaś 1/6 jej ilości w skórce; w jelitach n. p. znajduje się wody niewiele. Mięśnie zaś gromadzą wodę w ilości nie odpowiadającej ich masie.

Wprowadzenie wielkiej ilości wody u zdrowego człowieka nie wywołuje żadnych zmian we krwi, jak to wykazują badania Haldana i Priestleya, w których przyjęcie 5'5 litra w 6 godzinach przy diurezie 1200 na godzinę nie zageściło ani krwi, ani hemoglobiny.

W patologicznych zaburzeniach wydzielenia wody n. p. przy *diabetes insipidus*, nie wywołuje przyjmowanie wielkich ilości wody n. p. około 20 litrów na dobę, żadnej *plethora serosa*. Przyjmowanie też, tak dużych ilości wody, nie ma wpływu na wymiary i stan serca, nie wywołuje podniesienia ciśnienia krwi, owszem przy tej chorobie często znajdowano małe serce, które nawet przy ograniczeniu ilości płynów wykazywało lepsze wypełnienie i powiększenie objętości. Także picie wód mineralnych, a nawet piwa nie wywołuje u ludzi zdrowych rozcieńczenia krwi, któreby mogło prowadzić do powiększenia serca lub większej jego pracy. Powiększenie zaś serca wskutek picia większej ilości piwa lub wina, trzeba przypisać innym czynnikom, a nie wpływom przyjmowania większej ilości płynów. Badania nad przenikaniem krystaloidów i koloidów, jak też trucizn i ciał nietrujących przez błony do tkanek, przyczem nie widać udziału nerek i zmiany w składzie krwi, naprowadziły do przypuszczenia, iż to przechodzenie cieczy zależne jest od ogólnych praw fizycznych, a mianowicie od prawa dyfuzji, zależnego od zmian ciśnienia osmotycznego. Szybkość przechodzenia ciał tych przez błony, zależy tak od warstwy przedzielającej jak też od chwilowej różnicy zęszczenia ciał, znajdujących się po obu stronach błony. Wedle tychże praw, koloidy nie przechodzą przez błony napół przepuszczalne. W przeciwieństwie do tych badań wykazano (Magnus, Klicowicz), że woda która przechodzi z naczyń do tkanki, zabiera ze sobą, także znaczną część koloidu t. j. białka. Nonnenbruch w doświadczeniach wykazywał, że białko może się dostawać w kierunku odwrotnym, z tkanki z powrotem do naczyń. Z tych doświadczeń wynika, że warstwy dzielące, czy też śródbłonki, rozdzielające naczynia od tkanki otaczającej mogą się stawać w różnych warunkach, w różnym stopniu przepuszczalnymi czyli może się zmieniać ich stan fizyczny. Przy przechodzeniu jonów przez błony ma też szczególne znaczenie prawo Donnana.

Dla ruchu płynów ustroju ma obok ciśnienia osmotycznego wielkie znaczenie ciśnienie hydrostatyczne, które panuje w osoczu krwi i w płynie tkankowym, wpływa ono na ciśnienie pęcznienia, na ciśnienie tkankowe, na stan napięcia tkanek i na szybkość przepływu krwi. H. Mayer wykazał, że ciśnienie hydrostatyczne, które jest zależne od każdorazowego stanu napęcznienia osocza krwi i zdolności wiązania wody przez ciała białkowe w nim się znajdujące, wpływa przedewszystkiem rozstrzygająco na wydzielenie nerkowe. To ciśnienie hydrostatyczne, panujące wewnątrz i zewnątrz systemu naczyniowego, wpływa niewątpliwie na ruch wody we krwi i w tkankach, a w warunkach patologicznych u ludzi obrzękniętych może mieć większe znaczenie, niż ciśnienie osmotyczne. Wiemy bowiem, że środki odpęczniające, działające na tkanki, mogą w jednej chwili usuwać obrzęki. Stan też tkanek ma nieraz decydujące znaczenie przy wydzieleniu się wody z ustroju i nie wodniście krwi, lecz ilość wody nagromadzona w tkankach t. j. w przednerczu decyduje o działaniu diuretycznym leków. Te czynniki fizyczne utrzymują stan napęcznienia tkanek na jednym zawsze stopniu i stosunek wody do białka waha się wedle oznaczeń Rubnera od 72 do 74% H₂O, tylko u noworodków i u płodów stosownie do większej energii wzrostu, jest większa zawartość wody w narządach — z chwilą ustania silnego wzrostu, znika stan większego napęcznienia.

Jeżeli zwrócimy uwagę, że na wzrost ustroju i rozwój komórek, wpływają w wysokim stopniu gruczoły dokrewne, to możemy przypuścić, że gruczoły te mogą wpływać na stan pęcznienia tkanek i ruch wody w ustroju. Już Coro-

nedi zauważył, że u zwierząt pozbawionych tarczycy, zmniejsza się wydzielanie nerkowe i że można wydzielanie to powiększyć w wysokim stopniu wyciągami tarczycy, a nie zwykłymi środkami moczopędnymi. Eppinger przekonał się o działaniu diuretycznym wyciągu tarczycy w przypadkach patologicznych, a Hildebrandt stwierdził, iż uzyskana przez Kendala tyroksyna, czynnik działający tarczycy, wzmacnia nie tylko diurezę wodną, ale także wydzielanie się soli kuchennej. Również przysadka mózgowa ma ogromny wpływ na stan pęcznienia koloidu tkankowego i na ruch wody w ustroju. Sharpey Schäfer wykrył w tylnej części przysadki ciało działające farmakologicznie, a Farini i v. Velden wykazali, iż wyciągi przysadki działają hamująco na diurezę. Wstrzyknięcie 0,2 do 0,3 mg. wyciągu, może wywołać u psa wstrzymanie działania nerkowego i zatrucie t. zw. wodne, które charakteryzuje się wedle Rowntree wielkim osłabieniem, ślinieniem, nudnościami, czasem wymiotami, drżeniem mięśniowem, kurczami, obrzękiem płuc i ciężką śpiączką, — ilość krwi nie jest powiększona, ciśnienie krwi nie jest podniesione, azot moczownikowy we krwi nie zwiększony. Jeśli obraz ten zbliżony jest do obrazu mocznicy, to jednak, na podstawie różnego zachowania się reszty azotowej we krwi można z łatwością stan ten od niej odróżnić, a właśnie podanie mocznika usuwa w jednej chwili wszystkie przypadłości. Tkanki napęczniałe oddają nadmiar wody, która wraz z mocznikiem odpływa do krwi i nerek. Z tego przykładu widzimy, że pod wpływem pituitryny następuje przesunięcie pęcznienia w tkankach w kierunku odwrotnym, niż przy działaniu wyciągów tarczycy. Badania Molitor i Picka przemawiają za tem, że w tem wstrzymaniu moczenia działają bardzo mało nerki i że przetwory przysadkowe działają przede wszystkim na tkanki. Te badania mają znaczenie zasadnicze dla sprawy nas obchodzącej, gdyż moczówka prosta może być wedle tych zapatrywań chorobą nie nerek, lecz tkanek, w której to chorobie tkanki straciły zdolność pęcznienia i zatrzymywania wody z nieznanym nam bliżej powodem, — przetwory zaś przysadki mogą tę zdolność przywrócić. Utrata zdolności zagęszczania nerek polegałaby tylko na tem, że nie mogą one wytworzyć dosyć wysokiego ciśnienia pęcznienia dla tkanek, tak, że woda luźnie z tkankami związana, ciągle odpływa z nich, gdy dopływ ustaje, wtedy wysychanie tkanek wywołuje przez wzbudzenie wielkiego pragnienia nowy dopływ wody i tak ten ruch wody odbywa się bezustanku.

Wyciągi przysadki wywierają wpływ i na zdrowych ludzi, hamując wydzielanie wody przez nerki, przyczem nie zmniejszają ilości wydzielanego chloru, która pozostaje prawidłową. Pituitryna powstrzymuje również diurezę powstałą pod wpływem *theocyny* lub *euphylliny*. Wyciągi z przysadki zwiększają wydzielanie soku żołądkowego rozcieńczonego i wywołują biegunkę wodnistą.

W przebiegu *diabetes hyperchloraemicus*, pod wpływem pituitryny zmniejsza się ilość moczu do jednego litra, a nawet spostrzegano (Görke) dłużej trwający (12 godzin) bezmocz. Pojawiają się pod wpływem tych wyciągów u chorych poty, ślinienie i wodniste stolce, ciężar gatunkowy moczu wzrasta do 1,025—30, ilość chlorków w moczu może przekraczać 1%, przy odpowiednim dowozie. We krwi następuje prawidłowe zagęszczanie soli i białka. Podniecenie chorych zwykle ustępuje i można u nich łatwo ograniczyć płyny. Ten wybitny wpływ wyciągów przysadki mózgowej na chorych z moczówką prostą, popiera przypuszczenie, iż istnieje związek przyczynowy między zmianami w przysadce, a moczówką prostą. I tak Frank, opierając się na doświadczeniach Schäfera i Herringa, podawał pierwotnie, że *diabetes insipidus* polega na wzmóżonej czynności tylnej części przysadki. Później ten sam autor przyszedł do zapatrywania, że uszkodzenie przysadki z upośledzeniem czynności części środkowej i tylnej może być przyczyną tej choroby. V. d. Velden przy-

muje też za przyczynę tej choroby hipofunkcję przysadki. Ostatnio wyznaje Frank teorię parasekrecji. Sądzi mianowicie, że wydzielina tylnej części przysadki wtedy powoduje wzmóżenie diurezy, jeśli ona dostaje się (wskutek utrudnienia odpływu) do krwi, a nie wprost do cieczy komorowej, jak to bywa prawidłowo. Trzeba jednak zauważyć, że trudno bardzo udowodnić doświadczalnie, iż od zmian w przysadce zależy *diabetes insipidus*, ponieważ przysadka i międzymózdze są tak ze sobą zrośnięte, a przede wszystkim *pars tuberalis* przysadki mózgowej jest tak zrośnięta z *tuber cinereum*, że nie ma mowy o tem, aby w doświadczeniu można je bez uszkodzenia wzajemnego oddzielić. Dlatego zwolennicy tak teorii nerwowej jak i przysadkowej przytaczać będą dla swych wywodów zawsze różne doświadczone dowody. Wspomnieć też wypada, że istnieją dowody kliniczne, przemawiające jeszcze za innym zapatrywaniem, a mianowicie znane są przypadki, w których pomimo zniszczenia przysadki przez nowotwór, nie przyszło do *diabetes insipidus*, albo też takie, w których pod koniec życia objawy moczówki prostej ustąpiły. Przypadki te odznaczają się tem, że w nich część przednia przysadki bywa zniszczona. Dlatego Hann jest zdania, że do wytworzenia się moczówki prostej konieczną jest dobra funkcja przedniej części przysadki obok niewydolności części środkowej i tylnej. Podobny przypadek ogłosił Simmonds, w którym wskutek przerzutów rakowych przyszło do *diabetes insipidus*, którego objawy pod koniec znikły, a sekcja wykazała zniszczenie przedniej części przysadki. Tego samego zdania są też Jakoby, Neubürger, Piney i Coades, a Jakoby przyjmuje działanie antagonistyczne przedniej i tylnej części przysadki. Tylna część ma mieć działanie hamujące moczenie, a przednia podniecające. Podobny też przypadek ogłosili w ostatnim czasie E. Meyer i Meyer-Bisch. Za wpływem przysadki na moczówkę prostą wskazywać mogą też przypadki tej choroby, zjawiające się w ciąży, gdyż przy niej zdarza się często przerost części przedniej przysadki jako objaw wyrównawczy przy wypadnięciu czynności jajników. Z drugiej strony ukłucie dna czwartej komory wykonane przez Klaudjusza Bernarda, wskazuje na możliwość nerwowego pochodzenia moczówki prostej. Późniejsze badania Eckharda, Kahlera, a szczególnie Camusa i Roussy potwierdzone przez Houssey, Leschkego dalej przez Baley i Brennera wykazały, iż przez ukłucie mózgu w okolicy dna czwartej komory lub w okolicy podwzgórza nawet po wycięciu przysadki można wywołać u zwierzęcia krócej lub dłużej trwającą poliurię, trwającą kilka lub kilkanaście dni, która przy podawaniu większej ilości wody może utrzymywać się u psów nawet całe lata, do 2¹/₂ lat. Nawet lekkie obrażenie tej okolicy może wywołać ten sam skutek, co i ukłucie. Na podstawie tych doświadczeń, przychodzą liczni autorowie do przekonania, iż w wspomnianej okolicy mózgu musi się znajdować ośrodek dla regulacji ciśnienia osmotycznego, a zniszczenie lub uszkodzenie tego ośrodka, prowadzi, do *diabetes insipidus*. Tak zapatruje się na sprawę moczówki prostej przede wszystkim Aschner. Wedle Leschkego ukłucie podwzgórza wywołuje postać hiperchloraemiczną *diabetes insipidus*, podczas gdy ukłucie w dno czwartej komory wedle Jungmanna ma wywoływać postać hipochloraemiczną. Lecz właśnie przypadki moczówki prostej, powstałe po *encephalitis epidemica*, do których i nasz przypadek należy, a które trzeba zaliczyć do hipochloraemicznych, wskazują na to, że i inna okolica mózgu mogłaby być punktem wyjścia tych poliurii, gdyż przy zapaleniu mózgu epidemicznem bywa zajęta okolica między *corpus striatum* i *nucleus ruber*.

Camus i Roussy jak również Bailey w ostatnich swych pracach, ogłoszonych w roku 1922 są stanowczymi zwolennikami pochodzenia nerwowego moczówki prostej. Biedl, który jest wielkim znawcą pato-

logii gruczołów dokrewnych, przyznaje również istnienie ośrodka regulującego ruch wody w ustroju.

Bailey twierdzi, iż działanie wyciągów przysadki mózgowej jest interesującym pod względem farmakologicznym, ale wyciągi te nie mają znaczenia fizjologicznego. W ostatnich czasach coraz więcej jest też zwolenników teorii nerwowej, gdyż coraz więcej przybiera faktów, świadczących, że pod wpływem zmian w systemie nerwowym powstaje moczówka. Przypadki takie jak niniejszy, choć rzadkie, służą do poparcia teorii o pochodzeniu nerwowym moczówki prostej. Naturalnie, że tylko przypadki z opracowaniem przemiany materji mogą być brane przy ocenianiu etiologii pod uwagę. Spostrzeżenia W. H. Veila i N. Wundta jak i György'ego i nasze dowodzą, że te przypadki poliurji po *encephalitis* należą wedle podziału W. H. Veila do hypochloraemicznych. Wundt zaś z Veilem jak również i my w jednym z przypadków znaleźliśmy obok objawów moczówki, jeszcze zaburzenia w podstawowej przemianie materji, a mianowicie zwiększenie jej o 50%, co by dowodziło, że *encephalitis* może wpływać na regulację centralną przemiany zasadniczej, analogicznie, jak wpływa i na regulację osmotyczną.

Na istnienie ośrodka kierującego ruchem wody zgadzają się prawie wszyscy badacze, zajmujący się tym przedmiotem. Sporną kwestją jest tylko, w jaki sposób ta regulacja się odbywa. *Diabetes insipidus* też zdaniem naszym nie polega jedynie na wyłącznej zmianie czynności przysadki, ani nie opiera się tylko na zaburzeniu centralnego aparatu nerwowego, kierującego wydzielaniem wody, ani też nie opiera się na zmianie czynności samej nerki, tylko jest zaburzeniem ogólnem całej gospodarki wodnej. Gospodarka ta jest zależna tak od nerek jak i od tkanek czyli przednercza, a także i od nerwowego narządu naczynioruchowego. Przyczyna zaś tego zaburzenia chorobowego może leżeć w ośrodku nerwowym wegetatywnym, umiejscowionym w okolicy trzeciej i czwartej komory mózgowej.

Piśmiennictwo:

- 1) E. Meyer i R. Meyer. *Bischof. Ztsch. f. klin. Med.* t. 96. str. 469. 1923. — 2) Frank. *Klin. Woch.* 1924. Nr. 19, 20. — 3) W. H. Veil. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* t. 119. str. 376. — 4) Socin. *Ztsch. f. klin. Med.* t. 78. — 5) E. Meyer. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* t. 83. — 6) Camus i Roussy. *Compt. Rd. d. l. S. d. Biol.* t. 75. — 7) Claude Bernard. *Lecons de physiologie exp.* 1858. — 8) Wagner. *Klin. Woch.* 1924. Nr. 11. — 9) W. H. Veil. *Erg. d. inn. Med.* 1923. — 10) E. Meyer i Meyer-Bischof. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* t. 137. — 11) Molitor i Pick. *Klin. Woch.* 1923. Nr. 49. — 12) Jungmann. *Klin. Woch.* 1922. — 13) Leschke. *Ztsch. f. klin. Med.* t. 87. — 14) Hann. *Frank. Ztsch. f. Pathol.* t. 21. — 15) Jacoby. *Dtsch. Med. Woch.* 1920. — 16) Neubürger. *Berl. Klin. Woch.* 1920. — 17) Simmonds. *Verh. d. dtsh. pathol. Ges.* 1914. — 18) Beringer u. György. *Klin. Woch.* 1923.

Z praktyki.

Prof. Dr. Marjan GIESZCZYKIEWICZ

Kraków.

Doc. Dr. Józef KOSTRZEWSKI.

Przypadek żółtaczki zakaźnej.

Z Oddziału chorób zakaźnych Szpitala św. Łazarza w Krakowie i z Instytutu Weterynarii i Medycyny doświadczalnej Uniw. Jagiell.

Choroba Weila występuje endemicznie w niektórych krajach pozaeuropejskich n. p. w Japonji, Egipcie; w Europie zdarzają się sporadyczne tylko przypadki, jednakże opisano je we wszystkich niemal państwach. W Polsce poza zakażeniem laboratoryjnym Adamskiego (1) nie znamy zupełnie pewnych przypadków żółtaczki zakaźnej, co może się wydawać nieco dziwnem, wobec tego, że sposobność do zakażenia u nas istnieje tak samo jak i u naszych sąsiadów co wynika z badań Annigsteina (2), który znalazł krętki żółtaczki zakaźnej u szczurów warszawskich.

Wydaje nam się rzeczą prawdopodobną, że przypadki choroby Weila zdarzają się u nas tak samo często, jak i w sąsiednich krajach, a tylko ulegają przeoczeniu, uważa-

my przeto za wskazane opisać przypadek obserwowany w ciągu miesiąca czerwca br. tembardziej, że przypadek ten przedstawia pewne ciekawe cechy kliniczne i epidemiologiczne, a rozpoznanie zostało ponad wszelką wątpliwość ustalone badaniem bakterjologicznem.

J. M. 19-letni poczuł 9. czerwca 1925 r. dokuczliwy ból głowy. 10. czerwca ból głowy się jeszcze wzmógł, wystąpiły dwukrotne wymioty niezależnie od jedzenia, zjawily się bóle w mięśniach podudzi, a osłabienie było tak znaczne, że chory był niezdolny do pracy. Obok tych objawów wystąpił brak łaknienia, sen przerywany i kilka wolnych wypróżnień. Gorączka miała wynosić powyżej 39.0° C. Do szpitala został przyjęty dnia 13. VI. wieczorem t. zn. w czwartym dniu gorączki. Ciepłota wynosiła 38.8° C. Chory był przytomny, ale miał wybitną sztywność karku i objaw Körniga. W narządach wewnętrznych nie stwierdzono żadnych zmian poza bolesnością w okolicy wątroby i bolesnością okolic łądźwiowych, zwłaszcza okolicy prawej, przy ich opukiwaniu. 14. VI. objawy podrażnienia opon mózgowych ustąpiły (5-ty dzień gorączki), gorączka się obniżyła do 37.4°—37.6° C., a na pierwszy plan wystąpił ból w mięśniach podudzi, który był tak silny, że chory leżąc na wznak trzymał nogi skurczone w kolanach, aby łydkami nie dotykać pościeli. 15. VI. wystąpiła wybitna żółtaczka (6-ty dzień gorączki). W dniach 15-tym, 16-tym i 17-tym ciepłota wynosiła 37° i kilka dziesiętych, najwyższej 37.8° C., poczem nastąpił stan bezgorączkowy. Bóle w mięśniach podudzi stopniowo się zmniejszały, a ustąpiły zupełnie 19. VI. Żółtaczka zmniejszała się stopniowo, najpierw na spojówkach i częściach obwodowych ciała, później na tułowiu, a ustąpiła w ostatnich dniach czerwca, pozostawiając tylko lekki odcień żółtawy na skórze tułowia.

Mocz chorego w pierwszych dniach pobytu w szpitalu zawierał białko, wałeczki ziarniste, krwinki czerwone i białe, urobilinę i urobilinogen. Białko ustąpiło 18. VI., urobilina 22. VI., a w końcu urobilinogen. Stolec w pierwszych dniach objawów żółtaczki był wybitnie, ale niezupełnie odbarwiony.

J. M. opuścił szpital w stanie zupełnego zdrowia dnia 4. VII. t. zn. w 17-tym dniu bezgorączkowym.

Silne bóle mięśni podudzia, żółtaczka i zmiany w moczku nasunęły podejrzenie żółtaczki zakaźnej (*Morbus Weili*). Toteż dnia 15. VI. pobrano choremu krew z żyły i wstrzyknięto ją siedmiu świnkom morskim, każdej po 2 cm³ śródotrzewnowo. Dnia 16. VI. pobrano od chorego mocz jałowo i osad z niego zastrzyknięto czterem świnkom śródotrzewnowo. Z pośród świnek szczepionych krwią padła jedna 22. VI., ale sekcja nie wykazała nic podejrzanego. Dnia 27. VI. padły dwie świnki, sekcja wykazała ogólną żółtaczkę, zmiany krwotoczne w gruczołach, w tkance podskórnej i w płucach. Dnia 28. i 30. VI. padła czwarta i piąta świnka, wykazując zmiany charakterystyczne dla żółtaczki zakaźnej. Dwie pozostałe świnki, szczepione krwią i cztery świnki, szczepione moczem pozostały zdrowe.

Zbadano mikroskopowo narządy 3-ch świnek, które padły 27. i 28. VI. W preparatach z wątroby znaleziono typowe krętki typu *spirochaete icterohaemorrhagiae* (Inada et Ido). Z narządów, oraz krwi tychże świnek założono hodowlę na rozcieńczonej surowicy króliczej pod warstwą płynnej parafiny. Pożywkę tę sporządzaliśmy według wskazówek Ungermanna (3) względnie Martina i Pettitta (4) skrwawiając jałowo królika z tętnicy szyjnej. Z ponad skrzepu zbieraliśmy surowicę, rozcieńczali ją mniej więcej 5-cio krotnie jałowym roztworem fizjologicznym soli kuchennej i rozlewali ją następnie do próbek zawierających 1—2 cm³ płynnej parafiny uprzednio wyjąłowionych w autoklawie. Pożywkę tę poddawaliśmy następnie trzechkrotnie (w ciągu 2—3 dni) podgrzaniu do 56° C. przez pół godziny. Po kilku dniach zauważyliśmy wzrost krętków, który najwcześniej ujawnił się w próbkach posianych krwią z serca świnek. Krętki te okazywały w ciemnym polu żywe ruchy zarówno obrotowe, jak postępowe, oraz charakterystyczne ruchy części ciała wobec siebie, słowem przedstawiały zarówno w ciemnym polu, jak w preparatach barwionych wygląd typowy. Preparaty barwiliśmy przeważnie, po utrwaleniu parami kwasu osmowego, barwikiem Giemsa rozcieńczonym w stosunku półtorej kropli barwika na 1 cm³ wody przekroplonej. Krętki wykazywały około 20 drobnutkich zaledwie widocznych skrętów obok nielicznych większych wygięć (fal). Ponieważ nie byliśmy pewni, czy hodowla da od razu wynik dodatni, przeto zawiesinę spo-

rażoną przez roztrącenie w roztworze fizjologicznym, kawałeczka wątroby, nerki i nadnercza jednej z świnek padłych 27. VI. zakaziliśmy dwie dalsze świnki, jedną dootrzewnowo, drugą podskórnie. Pierwsza padła po 8, druga po 11-tu dniach, wykazując typowy obraz anatomo - patologiczny (żółtaczkę, zwyrodnienia, wybroczyny) oraz krętki w narządach. Z świnek tych jednakże nie zakładaliśmy hodowli, ponieważ szczep tymczasem już wyrósł.

W okresie zdrowienia pobrano jeszcze raz krew chorego i zbadano ją na własności zlepne mieszając surowicę krwi w kilku rozcieńczeniach z świeżą hodowlą krętków (własny szczep chorego, zresztą innego w pracowni nie było) biorąc po 0.3 cm³ odpowiedniego rozcieńczenia surowicy i 0.3 ccm. hodowli. Próbowki stały około 3 godzin w ciepłarni, poczem robiono z nich preparaty i oglądano w ciemnym polu. Rzecz ciekawa, że odczyn ten opisany przez *Martina i Pettita* jako bardzo dla tej sprawy chorobowej charakterystyczny, w naszym przypadku wypadł zupełnie ujemnie i ani w rozcieńczeniu 1:100 ani 1:50 śladu aglutynacji krętków nie zauważono. Również uderza ujemny wynik badania moczu na krętki w tym przypadku. Ujemne wyniki obu tych prób należy tu odnieść prawdopodobnie do bardzo lekkiego przebiegu choroby.

Istotnie w przypadku naszym, choroba tylko w początkach zapowiadała się poważnie, dalszy przebieg był bardzo łagodny, gorączka trwała ogółem 8 dni, okres zdrowienia trwał bardzo krótko, a do nawrotu gorączki nie przyszło. W czasie pobytu chorego w szpitalu ani wątroba, ani śledziona nie były powiększone, nie zauważono też wybroczyn ani na błonach ani na skórze. Białkomocz utrzymywał się tylko do 9-go dnia choroby, ilość moczu była stale prawidłowa.

Z wywiadów jako czynnik etiologiczny podnieść można kąpiel w Wiśle u wylotu kanału na kilka dni (około tygodnia) przed wystąpieniem choroby. Chory podawał też jako przypuszczalną przyczynę choroby przejedzenie się mięsem wieprzowem niezupełnie świeżem na kilka dni przed początkiem gorączki, jednakże według wszelkiego prawdopodobieństwa nie do tego momentu, a raczej do kąpeli trzeba odnieść zakażenie.

Jak z powyższego opisu wynika, w razie, gdyby nie zastosowano tu badania bakteriologicznego dość wcześnie, względnie ograniczono się tylko do zbadania bakteriologicznego moczu, rozpoznanie pozostałoby nieustalone i przypadek byłby może uznany wobec pewnych nietypowych objawów za żółtaczkę nieżytową. Tak też zapewne niejedyn przypadek choroby *Weir'a* przechodzi u nas niespostrzeżony.

Piśmiennictwo.

1) *Adamski*: Badania nad morfologią i biologią krętków żółtaczkę zakaźnej. Poznań 1924. Fischer i Majewski. — 2) *Anigstein*: Zarazek choroby *Weir'a* w szczurach warszawskich. Pol. Gaz. lek. 1923. Nr. 10. — 3) *Ungermann*: Arb. a. d. Kais. Gesundheitsamt Bd. 51. 1918. — 4) *Martin i Pettit*: Spirochétose icterohémorragique. Paris. 1919. Masson et Cie.

Dr. Józef SMOLIŃSKI, asystent kliniki.

Lwów.

O rzadkim przypadku niemiarowości tętna pod wpływem aktu połykania.

Z kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. Lwów.
Dyr. Prof. Dr. Rencki.

Wiadomo od jak niezliczenie wielu czynników zależną jest akcja serca. Nietylko różne stany i zewnętrzne warunki wymagające żywszego krwiobiegu, lecz i wrażenia natury czysto psychicznej wywierają wybitny wpływ na jakość czynności serca. Lecz mimo swej zależności od wspomnianych czynników należy przyznać, iż pewne funkcje ustrojowe, które teoretycznie mogłyby wpływać na rytm i jakość akcji serca nie działają na nią widocznie. Może tylko dlatego, że wpływ ten byłby nietylko zupełnie bezcelowym,

lecz wprost szkodliwym. Do takich działań zaliczyłoby można n. p. czynność przełykania. Mimo bowiem bliskiego sąsiedztwa przełyku do pewnych części serca, nie stwierdzono w prawidłowych warunkach, iżby akt połykowy zmieniał w jakikolwiek sposób rytm i siłę pracy serca. Jeśli jednak ta równowaga zostaje zachwiana — czy to przez bodźce działające na układ wegetatywny wprost, czy też pośrednio przez wyższe mechanizmy korowe, czynne w czasie afektów, wówczas wyżej wspomniane wpływy na czynność serca mogą wyjść na jaw. Jako klasyczny pod tym względem przykład, miałem sposobność obserwować następujący przypadek.

J. S. żonaty, lat 51, z zawodu kolejarz, w dzieciństwie prócz odry żadnej choroby nie przechodził, natomiast przed 30 laty jak twierdzi „katar szczytów“; w 1902 r. grype; 1913 r. rzeżączkę, a w roku 1915 jednorazowy atak kolki żółciowej.

Przed blisko dwoma miesiącami doznał, połykając rano kęs chleba, uczucia zwolnienia akcji serca. Bliższych szczegółów podać nie umiał.

Zjawisko to powtarzało się od tej chwili regularnie, przy każdorazowym połykaniu stałego bądź płynnego pokarmu. Chory zauważył nadto, że gdy jest zdenerwowany to objawy się nasilają i stają się wprost nieznośnymi. Bólów żadnych ani przy połykaniu, ani głębokim oddychaniu w zakresie klatki piersiowej nie odczuwał. Po kilku tygodniach bezskutecznej kuracji środkami nasercowymi oraz uspokajającym system nerwowy udał się chory za radą swego lekarza na klinikę U. J. K. celem zbadania przyczyny tego cierpienia.

Z wywiadów dowiadujemy się, że tydzień niespełna przed pierwszym wystąpieniem objawu wystraszył się bardzo, widząc pędzący z góry rzekomo bez hamulca wagon. W panicznym tym strachu krzyczał, wymachując rękami, by przestrzec robotników przed grożącym niebezpieczeństwem. Podczas tego całego zajścia nie miał jednak — jak zapewnia — żadnych pokarmów w ustach, ani też nie połykał niczego. Nie odczuł też żadnego bólu w klatce piersiowej. Dopiero w kilka dni później rozpamiętując przy śniadaniu denerwującą scenę zauważył wyżej opisaną „stawanie serca“.

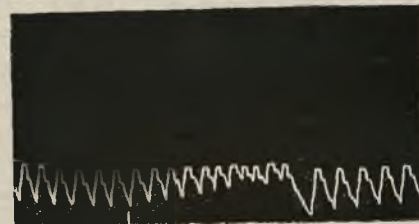
Stan obecny w skróceniu:

Obecnie ciepłota ciała 36.7, tętno 72, R. R. 95.

W zakresie głowy żadnych zmian chorobowych. Żrenice oddziałują na światło i przystosowanie. Na szyi nieco poroższersze żyły nie falujące. Istmus thyreoideae słabo macalny. Gruczoły podszczękowe, szyjne i karkowe niemacalne. Klatka piersiowa umiarowa, dobrze wysklepiona, niebolesna ani na opukiwanie, wstrząsy i ucisk, ani też przy oddechach głębokich w różnych pozycjach. Ruchy klatki piersiowej prawidłowe. Płuca: Wypuk wszędzie jawny, nad szczytem prawym nieco krótszy. Granice płuc wszędzie prawidłowe dobrze (na 3 palce) przesuwalne. Przysłuch: wdech wszędzie drobnopecherzykowy, z wydechem słabo słyszalnym, nad szczytem prawym nieco przedłużonym. — Z tyłu wypuk jawny, nad szczytem prawym nieco krótszy, granice dolne 4 palce poniżej łopatek dobrze przesuwalne; wdech prawidłowy, wydech słabo słyszalny, nad szczytem prawym nieco przedłużony. Serce w granicach prawidłowych.

Przysłuchem: nad końcem serca 2 tony, nad tętnicą płucną 2 tony, nad tętnicą główną 2 tony, drugi słabo zaakcentowany, nad zastawką trójdzielną 2 tony. Akcja serca prawidłowa. Tętno, sprychowe 72. Wątroba i śledziona niemacalne. Brzuch miękki nie bolesny, oporów się nie wyczuwa. Stolec normalny, codziennie. Gruczoły pachwinowe słabo macalne. Kończyny dolne nieobrzękle. Odruchy kolanowe utrzymane. Na podudziach żył poroższerszonych się nie stwierdza.

Wobec tak ujemnego wyniku dochodzeń fizykalnych przystąpiłem do badań doświadczalnych. Podałem więc choremu kęs chleba i kazałem na komendę połknąć, równocześnie obsłuchując tony nad końcem serca, oraz macając tętno sprychowe. W chwili połykania stwierdziłem przy-



śpieszenie tętna ze zmniejszeniem się wysokości fali (tegoż), potem jakoby dłuższą przerwę, wreszcie rychły powrót do normy. Przysłuch natomiast wykazał osłabienie siły tonów nad końcem serca z równoczesnym przyspieszeniem czyn-

ności serca, wreszcie po dłuższej pauzie powrót do normy. Dla zilustrowania ciekawego tego przebiegu załączam poniżej krzywą tętna sprychowego Nr. I.:

By się przekonać, czy zadrażnienie spowodowane jest li tylko kęsem stałym — podałem choremu łyk herbaty zimniej, a później cieplej. Wynik był bez względu na ciepłotę pokarmu podobny do doświadczenia pierwszego z tą różnicą tylko, że okres przyśpieszenia był znacznie dłuższy, a zato mniej wybitny. Dla uwidocznienia załączam krzywą tętna sprychowego Nr. II.:



Chcąc stwierdzić istnienie jakowejś zmiany anatomicznej w przelyku w postaci zwężenia, uchyłka lub zrostu z osierdziem lub otoczeniem, prześwietliłem chorego podając mu prócz płynnej zawiesiny mączki barowej także ulepione z papki barowej gałki, wielkości kęsa chleba. Roentgenologiczne badanie nie wykazało żadnej zmiany organicznej. Stwierdziło natomiast, że wyżej opisane zaburzenie występuje regularnie, gdy kęs chleba przesuwany na wysokości odpowiadającej położeniu serca. Od wysokości przedsionków bowiem aż do chwili rozwarcia się wpustu powodowała przesuwająca się gałka siarkanu barowego przyśpieszenie akcji serca, a w momencie prześlizgiwania się tegoż przez wpust spostrzegano ową pauzę. Czy pauza ta przypadała na fazę skurczową, czy rozkurczową trudno było dokładnie ustalić z powodu zbyt szybkiego przebiegu tego zjawiska. Przy próbie z płynną zawiesiną dlatego przyśpieszenie trwało dłużej, gdyż w dłuższym aczkolwiek cieńszym paśmie, czasowo dłużej, przesuwać się musiał płyn przez przelyk, niż kęs stały. Ciepłota podanego napoju nie wpływała zupełnie na zmianę przebiegu tego dziwnego zjawiska.

Zaciekawiony powyższem spostrzeżeniem przebadalem na licznych przypadkach wpływ połykania na akcję serca. Wybrałem ku temu w pierw szereg osobników zdrowych, tak fizycznie, jak i psychicznie, dalej pewną ilość przypadków neurastenji, tudzież choroby Basedowa, wreszcie kilka wad organicznych serca. Za każdym razem podawałem chorego w pierw badaniu ogólnemu, robiąc doświadczenia bez poinformowania go o co chodzi, a potem dopiero powtarzałem próbę uświadomiwszy choremu cel mych dociekań. Wynik był — jak się tego zresztą spodziewać należało zupełnie ujemny. Ani w jednym przypadku nie udało mi się wywołać jakowegoś zaburzenia tętna i dowieść wpływu aktu połykania na rytmikę serca. Potwierdziłoby to moje na wstępie już podkreślone mniemanie, że wpływ taki byłby nie tylko bezcelowy, lecz wprost szkodliwy i dlatego nie dochodzi on w normalnych przypadkach do skutku.

Tem samem należy przypadek opisany, uważać jako rzadką anomalję, spowodowaną bądźto urazem na drodze psychicznej, bądź też polegać ona mogła na drobnej, promieniami Roentgena niestwierdzalnej wybroczynie wywołanej pęknięciem jakiegoś naczynia między osierdziem, a przelykiem, wskutek nasilonego krzyku. Za pierwszym przemawia opóźnione wystąpienie objawu, tudzież moment wspomniania katastrofy przy śniadaniu. W piśmiennictwie uwzględniają liczni autorowie moment psychiczny w stosunku do zaburzeń sercowych i tak Goudrian, Bramson, Pawiński, a w ostatnich czasach szczególnie Sochański podkreślali doniosłość wpływów psychicznych na życie ustroju. Jednakowoż jedyny Rigler opisuje przypadek, w którym śmierć nastąpiła w dłuższy czas po urazie psy-

chicznym, a opisem swym przypomina nieco wymienione powyżej warunki.

Za etiologią drugą (wylew krwawy) przemawia fakt, że zaburzenie rozpoczęło się punktualnie, gdy kęs przesuwany się na wysokości przedsionków. Jak zaś wiadomo z dochodzeń Hoffmana, Danielopolu, Petzetakisa i innych, właśnie okolica lewego przedsionka jest najwrażliwszą i najpobudliwszą na bodźce zewnętrzne, czy to natury mechanicznej, termicznej lub elektrycznej. Ponadto udało się przeciw Meldolesiemu stwierdzić udzielone przełykowi przez serce ruchy oscylacyjne. — Czemużby zatem w opisanych warunkach nie mógł oddziaływać przesuwający się kęs odwrotnie na akcję serca tem więcej, że objaw występował stale na wysokości owego czułego miejsc przedsionkowego.

Za jednym i drugim przypuszczeniem przemawia też pomyślnie zejście tego zaburzenia, które w dwa miesiące po wystąpieniu zniknęło zupełnie. Wylew bowiem mógł się być zresorbować, a psychoneurotyczny uraz stracić na sile.

Bez względu jednak na samą istotę opisanego schorzenia jest powyższy przypadek zjawiskiem niecodziennem, zasługującym ze wszech miar na wyszczególnienie.

Piśmiennictwo:

1) Horn Paul. D. M. W. 1914. Nr. 2. — 2) Hoffmann. Med. Klin. 1913. Nr. 49. — 3) Danielopolu. Arch. des mal du coeur.... 1913. Nr. 12. — 4) Pawiński. Ztsch. f. klin. Med. 1913. H. 1. Bd. 79. — 5) Sochański. Gazeta lek. 1925. — 6) Rigler. Hamb. med. übersee. 1914. Ig. 1. Nr. 7. — 7) Goudrian. Nederl. tijdschr. v. geneesk. 1921. Nr. 5. — 8) Meldolesi. Malatt. del cuore. 1921. Jg. 5. Nr. 1. — 9) Carlson. Americ. journal of physiol. 1913. Nr. 31.

Dr. H. MIERZECKI asystent kliniki.

Lwów.

Liszaj czerwony płaski po naświetleniu wyprysku promieniami Roentgena.

Z Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych Uniwersytetu J. Kazimierza. Kierownik dr. M. Andruszewski.

Spór o istotę salwarsanowego liszaja czerwonego (Buschke i Sklarz, Buschke i Freimann, Hoffmann, Wirz, Jadassohn i inni) odnowił dawną walkę o moment etiologiczny liszaja czerwonego.

Utrzymuje się jeszcze w piśmiennictwie francuskim zapatrywane neuropatyczne (Brocg), broni przyrody zakaźnej Jadassohn i jego szkoła, wysuwają wreszcie na plan pierwszy etiologii liszaja czerwonego dyspozycję Buschke, Bettmann i inni.

Nieznana przyczyna tego schorzenia uzasadnia potrzebę obecnego zbierania i ogłaszania przyczynków kazuistycznych (Polland, Galewsky i inni). Temteż się powodując przytaczam opis niecodziennego przypadku chorobowego.

D. J. robotnik, lat 34, żonaty, zgłosił się na klinikę chorób skórnych i podał że ojciec jego zmarł na kile, matka na zapalenie płuc — chory zaś miał przed 15 laty owrzodzenie na czlonku, które zagoiło się w dni cztery pod maściami. W roku 1914 wystąpiły na skórze wykwity chorobowe, rozpoznane przez rozmaitych lekarzy jako wyprysk. Sprawa ta chorobowa trwała do roku 1917, a potem ustąpiła.

Nawrót podobnych wykwitów pojawił się na skórze kończyn i moszen w r. 1920, leczony w ambulatorjum kasy chorych maściami i zawiesinkami ze zmiennym skutkiem. Badanie krwi na odczyn Wassermanna i Sachs-Georgiego dało wynik ujemny. Podobnie ujemnym było badanie moczu. Badanie narządów wewnętrznych nie wykazało żadnych zmian chorobowych.

Skóra dała obraz powierzchownego procesu zapalnego, występującego głównie na mosznach, kończynach górnych i dolnych. Liczne drobne mniejsze i większe pęcherzyki, guzki, plamki nierównomiernie rozsiane, odosobnione i złączone widoczne były obok plam większych, suchych, pokrytych łusczkami oraz plamy żywo czerwone, sączące, pokryte żółto-szaremi strupami. Skóra dłoni wykazała obok plam guzkowych, zmiany modelowate. Moszny zaś wykazywały skórę niemal w całości zgrubłą, łuszczącą się, suchą i z licznymi, bolesnymi popękaniem. Chory skarżył się na świąd skóry tułowia, wolnego jednak od zmian chorobowych.

Chorego poddano naświetlaniu prom. Roentgena (kol. Landesówna) i w ciągu dni 30 był trzykrotnie naświetlany. (1) 3 H. E. D.) Po 4 tygodniach chory zgłosił się powtórnie na klinikę. Chory skarżył się nietylko na wzmagający się świąd tułowia, ale i kończym przyczem sam zwracał uwagę naszą na odmienny i niezwykły wygląd nowych wykwitów chorobowych, mianowicie na wieloboczne i owalne sinawo-czerwone guzki z widocznym wgłębieniem w środku — na typowy obraz liszaja czerwonego płaskiego.

Na skórze tułowia stwierdzić można było żywo czerwone suche, rozlane, miejscami łuszczykami pokryte plamy, wśród których i na których widoczne były guzki czerwonego liszaja płaskiego. Wykwity wypryskowe kończyły i moszen wykazywały wyraźną involucję przy wybitnej guzkowej osutce liszaja czerwonego. Przez miesiąc leczono chorego w klinice maściami i zawiesinkami, wykwity wypryskowe uległy dalszej involucji. — Guzkowa osutka liszaja czerwonego pozostała bez zmian.

W ciągu dalszych dni 30 był chory w dalszym ciągu trzykrotnie naświetlany, poczem zgłosił się powtórnie na klinikę. Wyprysk uległ prawie zupełnej involucji, osutka zaś guzkowa liszaja nie tylko nie ustąpiła, ale przeciwnie powiększyła i rozwinęła się.

Stwierdziliśmy zatem osutkę liszaja czerwoną, powstałą po naświetleniu promieniami Roentgena u chorego na wyprysk przewlekły. Jakkolwiek z przyczyn od nas niezależnych nie mogliśmy przeprowadzić badań histologicznych, to jednak po całorocznej dokładnej obserwacji doszliśmy do wniosku, że pierwotnym i to długotrwałym schorzeniem był wyprysk i dopiero pod wpływem specjalnego bodźca t. j. promieni Roentgena ujawniły się wykwity liszaja czerwonego płaskiego. Stanowisko to nasze potwierdza pozatem fakt, że mimo licznych śladów drapań i powierzchownych blizn guzków liszaja czerwonego mimo jaknajdokładniejszej obserwacji nie można było stwierdzić.

Współistnienie wyprysku i liszaja czerwonego wymaga wyjaśnienia. Czy ten obraz chorobowy uważać za wyraz dwóch różnych, a przypadkowo równocześnie występujących schorzeń, czy też wyprysk uważać tylko za stan prodromalny liszaja czerwonego. O prodromalnych stanach liszaja czerwonego wspomina często dawniejsze piśmiennictwo (zebrał Riecke). Zwracano głównie uwagę na świąd, który w przypadkach Köbnera trwał rok, Toultona zaś dwa do trzech lat. Rumień rozlany jako objaw prodromalny opisali Rona, Łukasiewicz, Hebra, Fox i inni. Hallopeau opisuje przypadek liszaja czerwonego płaskiego, w którym stan prodromalny trwał 15 miesięcy pod postacią miejscowego rumienia słonecznego.

O współistnieniu liszaja czerwonego płaskiego i innych schorzeń skórnych wspomina dawniejsze, a także obecne piśmiennictwo i tak o kile i liszaju czerwonym płaskim (Kaposi) łuszczycy i liszaju czerw. płaskim (Maerz), o niesztowicach i liszaju czerw. płaskim (Hallopeau), o brodawkach i lisz. czerw. płaskim (Kauffman-Wolff).

O współistnieniu wyprysku i liszaja czerwonego płaskiego brak w piśmiennictwie wzmianki poza przypadkiem Pollanda. W przypadku Pollanda wystąpił wyprysk pod postacią osutki guzkowo-plamistej trwającej przez 3. miesiące i 3 tygodnie. Pod wpływem leczenia plamy ustąpiły, a z guzków wytworzył się liszaj czerwony płaski.

Podobny był obraz chorobowy i w naszym przypadku, w którym mogliśmy zauważyć wytwarzanie się guzków liszaja płaskiego z plam i guzków pryszczycowych, z tą tylko różnicą, że wyprysk trwał w naszym przypadku 10 lat.

Na guzkową przebudowę wykwitów rozmaitych schorzeń skórnych zwrócił ostatnio uwagę Herxheimera, który stwierdził metaformozę pęcherzyków w liszajowe guzki (*lichenoides Papeln*) w przebiegu kiły, opryszczki, wyprysku i liszaja.

Stanowisko Herxheimera podziela Bettmann, który liszajową przebudowę wykwitów stwierdza w licznych schorzeniach, a przedewszystkiem w liszaju czerwonym płaskim. Liszajowa zdolność przebudowy jest właściwością skóry, zależną od rozmaitych bodźców przyczem jednak wyraźnie zaznacza Bettmann, że nie każdy bodziec i w niekażdym przypadku wywołuje typowe wykwity.

Odnosi się to w pierwszym rzędzie do liszaja czerwonego płaskiego. Rozmaite bowiem bodźce wywołują liszaj czerwony płaski (Jacquet). Nie tylko drapanie, rany (Thornon) bańki (Köbner i Ledermann), ale nawet okłady hydropatyczne (Blaschko) mogą te schorzenia wywołać. Jakkolwiek tedy często drapanie i rany wywołują osutki liszajowe, to jednak nie jest to regułą. I w naszym przypadku w okresie swędzącego wyprysku, liczne stwierdzić można było ślady ucisku i tarcia (chory był tragarzem) bez śladów liszaja czerwonego.

Skóra tedy posiadająca już liszajową właściwość przebudowy, zależna jest nie tylko od siły ale rodzaju bodźca, (Bettmann). Tym bodźcem mogły być w naszym przypadku tylko promienie Roentgena.

Jakkolwiek przypadek nasz jest w piśmiennictwie odosobniony, to jednak znajdujemy pewne podobieństwo w tym względzie w przypadku Galewskiego — gdzie bodźcem liszajowej przebudowy były promienie słoneczne. Galewsky stwierdził liszaj czerwony płaski tułowia po kąpieli słonecznej i na tej części ciała, która na działanie słońca była szczególnie narażona. U tego samego osobnika wystąpił w dwa lata później liszaj czerwony płaski na obu przedramionach w czasie kopania kartofli. Liszaj odnosił się tylko do odsłoniętych części przedramion, które były bezpośrednio na działanie słońca wystawione.

Sprzecznym wydawać by się mogło spostrzeżenie nasze, że znakomitem często działaniem leczniczym prom. Roentgena w przebiegu liszaja czerwonego płaskiego. Jestto jednak sprzeczność tylko pozorna, bo znana jest rzecz, że ten sam środek leczniczy, działać może raz leczniczo, a raz prowokacyjnie. Tą właśnie właściwością środków leczniczych tłumaczy Riecke istotę salwarsanowych przypadków liszaja czerwonego płaskiego.

Wedle Galewskiego może każdy bodziec sprowokować osutkę pozornie wyleczonego liszaja czerwonego. bodźcem takim, jak przypadek nasz wskazuje, mogą być i promienie Röntgena i to nie tylko w przypadkach pozornie wyleczonych, ale w przypadkach zupełnie świeżych — utajonych.

W świetle badań Bettmanna i Herxheimera wzbudza może nasz przypadek liszaja czerwonego płaskiego pewne zainteresowanie, tak że względu na swój przebieg i wypryskowy stan prodromalny jakoteż i na warunki, w jakich schorzenie to się wyłoniło.

Piśmiennictwo:

1. Riecke w Mraceks Handbuch der Hautkrankheiten. — 2. Riecke, Derm. Zeitschr. 39. — 3. Bettmann, Archiv. f. Derm. u. Syph. 1905. LXXV. — 4. Polland, Derm. Zeitschr. 1914. t. 20. — 5. Herxheimer, Deutsche med. Wochenschr. 1913. — 6. Galewsky, Arch. f. Derm. u. Syph. 1921. t. 127. — 7. Wirz, Dermatologische Zeitschr. t. XLI. z 4/5. — 8. Buschke u. Freimann, Derm. Wochenschr. 1924. Nr. 36.

Wykłady i odczyty.

Dr. JÓZEF SPIRA.

Kraków.

Nowsze metody leczenia gruźlicy krtani.

(Według odczytu, wygłoszonego na I. ogólnopolskim zjeździe przeciwgruźliczym w Krakowie 16—17 maja 1925.).

Sprawa leczenia gruźlicy krtani przechodziła różne koleje. Po okresie niewiary i sceptycyzmu nadszedł okres niezwykłego optymizmu — a mianowicie wtedy, gdy pojawiły się pierwsze publikacje, wykazujące niezbiecie, że gruźlicę krtani można operacyjnie wyleczyć. To też stosowano wówczas na wielką skalę metody operacyjnego leczenia gruźlicy krtani, nie uwzględniając ani choroby płucnej ani ogólnego stanu chorego. Polipragmazja ta miała smutne następstwa zarówno dla chorych, u których wywołała niejednokrotnie zaostrzenie procesu płucnego, jak i dla medycyny, bo zdyskredytowała tę zresztą tak świetną me-

tość. Z owego to czasu pochodzi ten sceptycyzm, który jeszcze dziś panuje wśród niektórych lekarzy nie-specjalistów, uważających, że gruźlica krtani nie trzeba leczyć miejscowo, ba, którzy często stosują tu zasadę *noli me tangere*.

Ale nauka poszła naprzód i zdobyła w tych niepowodzeniach jedno głębokie i niezmiernie ważne przekonanie, a mianowicie, że gruźlica krtani nie wolno traktować jako choroby miejscowej. Nie będę się obecnie wdawał w dyskusję nad tem, czy istnieje pierwotna gruźlica krtani i w jakiej odsetce ją spotykamy; praktycznie nie wchodzi ona w rachubę, ponieważ prawie zawsze chodzi tu o schorzenie wtórne. Z drugiej jednak strony wiemy dobrze, że gruźlica krtani nieleczone miejscowo, rzadko tylko daje wyleczenie. Ścisłe współdziałanie internisty z laryngologiem jest tu konieczne. Ciepłota, tętno, stan płuc, przybieranie lub utrata wagi chorego, stan ogólny nie tylko fizyczny, ale i psychiczny — wszystko to są czynniki, od których nietylko zależy rokowanie, co do gruźlicy krtani, ale które wogóle rozstrzygają o tem, czy należy chwilowo miejscowo leczyć i którą z metod leczenia należy zastosować.

Mówiąc o nowszych sposobach leczenia gruźlicy krtani, mam na myśli nie tylko te środki, które dopiero w ostatnich czasach się pojawiły — bo tych jest niewiele, ale także te, które już dawniej były znane, ale stosowane w nieodpowiednich dawkach, lub na nieodpowiednich chorych, nie mogły dać dobrych wyników.

Ze środków ogólnych które w ostatnich latach zaczęto stosować, zasługuje na szczególną uwagę krysolgan tj. sól sodowa kwasu 4-amino-2-aurophenolo-1-węglowego, zawierająca 50% złota. Krysolgan wstrzykuje się w roztworze 10% w ilości 0,001—0,05 i wyżej aż do 0,20 w przerwach 1—3 tygodniowych. Działa on podobnie jak tuberkulina i wywołuje odczyn ogólny w postaci gorączki i bólów głowy, a obok tego odczyn ogniskowy w obrębie ognisk gruźlicy. Spiess i Feldt wprowadzili ten środek do lecznictwa i leczyli nim wielką ilość gruźlic krtani, jamy ustnej, nosowej i gardzieliowej i opisują wprost świetne wyniki, — nie tylko w początkowych stadjach, ale także w przypadkach ciężkich — o ile w ogóle można się jeszcze spodziewać poprawy. Feldt nazywa krysolgan „specyfikiem“ chemicznym przeciw gruźlicy. Także inni autorowie próbowali stosować krysolgan, nie podzielają jednak powyższego optymizmu; niektórzy zaś zupełnie ten środek zarzucają. Hassenkamp i Birkholz przeprowadzają badania kontrolne na materiale klinicznym przyczem wykluczają wszelkie inne leczenie, aby otrzymać „czyste“ obrazy. Wyniki do jakich dochodzą, są bezwzględnie ujemne; wyleczenie nie nastąpiło w żadnym przypadku, poprawa tylko w niewielu; stan płuc pozostał przeważnie bez zmiany względnie nastąpiło pogorszenie.

Trzeba jednak uwzględnić, że materiał Hassenkampa i Birkholza składał się przeważnie z chorych z daleko posuniętym procesem płucnym. Osobiście próbowałem w kilku przypadkach stosować krysolgan i otrzymałem wyniki raczej zachęcające. Ważnym jest tutaj jak i przy każdej innej metodzie dokładne indywidualizowanie. W każdym razie akta nad tym środkiem nie są jeszcze zamknięte.

Z pośród metod dawniejszych, które jednak w ostatnich latach zyskują specjalne uznanie, wysuwa się na pierwszy plan fototerapia. Jako źródła światła można używać słońca lub lampy elektrycznej. Sorgo pierwszy wprowadził do leczenia miejscowego gruźlicy krtani światło słoneczne, przyczem skonstruował specjalny przyrząd, za pomocą którego można było wprowadzić odbite promienie słoneczne do krtani. Metoda ta nie doszła do większego znaczenia mimo, że jeszcze dziś ma pewnych zwolenników. Zdaje się, że decydującą rolę w działaniu światła ma działanie ogólne i to bez względu na to jakiej postaci światła się używa. To też przy modnych dziś naświetlaniach lampami

łukowymi stosuje się przeważnie naświetlania ogólne. Blegvard (w szpitalu Oeresund w Kopenhadze) naświetla chorych zupełnie rozebranych, w pozycji leżącej 4. silnemi lampami łukowymi (20 Amp.) przez 5—60 minut. W pewnej ilości przypadków stosował Blegvard tylko fototerapię, aby otrzymać „czyste“ obrazy, w innych kombinował ją z metodami chirurgicznymi. Chorzy przebywali tylko krótki czas w szpitalu, później byli leczeni ambulatoryjnie. Prawie wszyscy chorzy wykazywali daleko posunięty proces płucny; mimo to osiągał Blegvard znakomite wyniki — zwłaszcza przy kombinowaniu metod — bo z pośród 74 chorych nastąpiło u 17 wyleczenie, a u 35 poprawa. Najwybitniejsze jest działanie kąpiele świetlne w przypadku owrzodzeń, tudzież w przypadku obrzęku w okolicy nalewkowej. Poza tem działają naświetlania często niezwykle kojąco na bole przy połykaniu, które są spowodowane przez owrzodzenia gruźlicze przy wejściu do krtani, albo na jej tylnej ścianie. Również dobre wyniki otrzymał w zakładzie Finsena Strandberg, który podnosi, że prawie we wszystkich w ten sposób leczonych przypadkach, zniknęły bole i bolesność przy połykaniu.

W odróżnieniu od tych naświetlań ogólnych stara się Wessely w klinice wiedeńskiej działać światłem miejscowo. Za pomocą specjalnie skonstruowanych aparatów przy pomocy rury autoskopowej lub też metody wieszadełkowej, wprowadza Wessely promienie światła łukowego wprost do wnętrza krtani, na przeciąg 15—30 minut. Próby Wesselyego nie wyszły jeszcze poza stadjum początkowe, jednak przedstawiane przypadki pozwalają przypuszczać, że stoimy w przededniu nowej ery leczenia gruźlicy krtani.

W ostatnich czasach nabiera coraz większego znaczenia leczenie gruźlicy krtani promieniami Roentgena, a mianowicie od czasu, gdy zmieniono poglądy w sprawie techniki naświetlania. Podczas, gdy dawniej starano się wykorzystać zdolności wybiórczo-niszczące promieni Roentgena i chciano z ich pomocą wywołać zniszczenie tkanki gruźliczej — metoda, która jak wiadomo zupełnie zawiodła, to dziś chodzi w pierwszym rzędzie, o działanie konstruktywne, o działanie, potęgujące zdolności gojenia się tkanki. Ziarnina gruźlicza jest tkanką wrażliwą na promienie X; pod wpływem tych promieni zostaje ona początkowo podrażniona, potem uszkodzona, a w końcu zabita. Otóż w leczeniu gruźlicy krtani chodzi tylko o działanie podrażniające i dlatego przeszło się dziś od dawek wielkich, niszczących do dawek małych, podrażniających, które powodują wzmożenie czynności komórek. W ten sposób wykorzystujemy naturalne siły ustroju; tkanka gruźlicza zostaje pobudzona do zablizniania się, względnie możemy to zabliznianie przyspieszyć.

Dawkowanie naświetlań prom. Roentgena nie jest do dziś dnia ustalone; w każdym razie odstępiono od metody bezpośredniej i stosuje się tylko naświetlania głębokie poprzez skórę, promieniami twardymi, dobrze przesączone. Rozpoczyna się od dawek bardzo słabych, około 20% H. E. D. i wzmacnia się powoli do 40% i wyżej, licząc na tylną ścianę krtani (3 cm głębokości). Dawkowanie musi być indywidualne, zależne od charakteru i rozległości zmian. W szczegóły się nie wdaję, ponieważ leczenie to musi i tak spoczywać w rękach doświadczonego radio-terapeuty ze względu na możliwość uszkodzenia błony śluzowej krtani, które można łatwo wywołać przez nieodpowiednią technikę. Laryngolog jednak powinien krtani stale kontrolować i niejako regulować siłę leczenia.

Co do wyników leczenia, to dat statystycznych na większym materiale mamy chwilowo niewiele. Rickman podaje wyniki z sanatorium w St. Blasien. Z pośród 61 chorych leczono 12 (w okresie początkowym gruźlicy) tylko naświetlaniami z świetnym wynikiem. U reszty kombinowano naświetlanie z metodami chirurgicznymi; przeważnie następowała poprawa. Beck w Heidelbergu kombinuje naświetlania Roentgena z wstrzykiwaniami krysolganu, któ-

ry wywołuje odczyn zapalny w ognisku gruźlicy i dochodzi do przekonania, że tkanka w ten sposób przygotowana, oddziałuje specjalnie korzystnie na naświetlania. A n t o n i S i m o n leczą samemi naświetlaniami, chcąc otrzymać „czyste“ obrazy. Wyniki, do jakich różni autorowie dochodzą, są na ogół zgodne. Najlepsze wyniki dają produktywne postacie gruźlicy krtani, do których należy gruźlica podnabłonkowa i nacieki gruźlicze z nacieczeniem drobno-komórkowym w tkance podśluzowej. Nacieki tylnej ściany znikają najszybciej, nawet o ile są powierzchownie owrzodziały. Natomiast postacie wysiękowe, z rozległymi owrzodzeniami, z zapaleniem ochrząstki chrząstek nalewkowych, lub nagłośni oddziałują na promienie Roentgena niekorzystnie i mogą nawet ulec pogorszeniu. Dlatego uważają niektórzy, że głębokie owrzodzenia krtani jak również daleko posunięty proces płucny są przeciwwskazaniem do naświetlań. Osobiście stosuję naświetlania czasem nawet w całkiem beznadziejnych przypadkach, bo przekonałem się, że zmniejszają one niejednokrotnie bole zwłaszcza bole przy połykaniu. Wogóle na podstawie dotychczas ogłoszonych prac i na podstawie własnego doświadczenia, opartego na kilkunastu spostrzeganych przypadkach, odnoszę wrażenie, że leczenie gruźlicy krtani promieniami Roentgena stanowi czynnik ważny, który odpowiednio kombinowany z innymi metodami — oznacza krok naprzód w walce z gruźlicą.

Chciałbym też zwrócić uwagę na leczenie gruźlicy metodą M a n u c h i n a, polegającą na naświetlaniach śledziony promieniami X. W następstwie tych naświetlań ma występować leukocytoliza, przez co zostają wywołone fermenty antytoksyczne i bakterjolityczne, które powodują zniszczenie prątków gruźliczych. Metoda ta stosowana głównie w krajach zachodnich — we Francji, Włoszech i Ameryce ma dawać bardzo korzystne wyniki w chorobach zakaźnych o przebiegu przewlekłym zwłaszcza w gruźlicy płuc — a może i w gruźlicy krtani, zwłaszcza o ile stan płuc jest korzystny.

O metodzie chirurgicznej leczenia gruźlicy krtani i o przyżeganiu nie będę tu mówił, ponieważ zostaną one omówione w osobnym sprawozdaniu. Przypomnę tylko, że zasadniczym warunkiem do wykonania tych zabiegów jest dobry stan ogólny. Gorączka, ciepłoty hektyczne, tętno miękkie i przyśpieszone, dodatni odczyn dwuazowy, zmniejszanie się wagi ciała i t. d. nie pozwalają na zabiegi miejscowe. Metody chirurgiczne w połączeniu z metodami nowszymi, o których wspominałem, nabierają szczególnego znaczenia.

Z metod dawniejszych, które do dziś dnia nic na swej aktualności nie straciły, należy unieruchomienie krtani, a przede wszystkim najwięcej czynnych jej części, tj. strun głosowych i tylnej ściany. Unieruchomienie to najłatwiej osiągnąć przez długotrwałe milczenie. Już A n d r a l podaje w 1-ej połowie poprzedniego stulecia, że widział wyleczenie u chorego, który przez cały rok był zamknięty w pokoju i milczał. W rzeczywistości skutek leczniczy prawie wszystkich metod zależy w dużym stopniu od tego, jak dalece chorzy potrafią się powstrzymać od mówienia. Niestety jest to rzeczą niesłychanie trudną, zwłaszcza, jeżeli się uwzględni, że milczenie musi być zupełne, (także szept jest wzbudniony) i że to się musi przeciągać na miesiące, a nawet lata. Dlatego starano się w inny sposób osiągnąć ten wynik. Przez krótki czas było modne rozcięcie tchawicy, jednak dziś ma ono tylko niewielu zwolenników, ze względu na inne ujemne strony tego zabiegu, przede wszystkim na niekorzystny wpływ na stan płuc. Dlatego próbowano unieruchomić schorzałą strunę głosową przez czasowe porażenie nerwu zwrotnego (*n. recurrens*). L e i c h s e n r i n g i H ü t t e n wprowadzili tę metodę, pierwszy przez przecięcie nerwu, wzgl. przez wstrzykiwania alkoholowe w okolicę nerwu krtaniowego dolnego, drugi przez zamrażanie nerwu po chirurgicznym jego odpreparowaniu. W niektórych przypadkach otrzymano korzystne wyniki i zauważono, że wrzody

gruźlicze na porażonej strunie uległy wyleczeniu, podczas, gdy na strunie ruchomej gruźlica postępowała naprzód. Metoda ta jednak nie wyszła jeszcze poza okres prób.

Dla dokładności wspomnę jeszcze, że z pośród całej falangi środków, które miejscowo stosowano, zachował się jeszcze do dziś dnia tylko kwas mleczny w stężeniu 40—80% względnie jego środek zastępczy dianol, zaś P o r t m a n n w Bordeaux poleca wstrzykiwania wśródzylne soli ziem. rzadkich, przede wszystkim soli ceru, i opisuje bardzo korzystne wyniki w 1-szym okresie gruźlicy krtani.

Sprawa leczenia gruźlicy krtani bynajmniej nie osiągnęła szczytu. Cały szereg nierozwiązanych zagadnień stoi przed nami, ciekawych ze względów teoretycznych, ważnych ze względu na dobro chorego. Ale bez względu na zapatrywanie i na różne metody leczenia, na jednym punkcie zgodni są wszyscy autorowie — a mianowicie, że gruźlicę krtani należy leczyć miejscowo i że, im wcześniej to leczenie się rozpoczyna, tem korzystniejsze są wyniki. Niestety to przekonanie laryngologów nie przeniknęło jeszcze dostatecznie w szerokie koła lekarskie. Ciągłe jeszcze spotyka się głosy nawet wśród poważnych internistów, że miejscowe leczenie krtani jest niepotrzebne i że wystarczy leczyć płuca, ponieważ tu rozstrzygają się losy chorego. Zapatrywanie zupełnie fałszywe. Prawdą jest, że leczenie ogólne, leczenie dietetyczno-higieniczne odgrywa bardzo ważną rolę, ponieważ poprawiając ogólny stan chorego wzmacnia jego siły odporne i ułatwia w ten sposób zabliznianie się ognisk gruźliczych. Ale wiemy dobrze, że leczenie to nie wystarcza, zwłaszcza w okresach późniejszych gruźlicy krtani, i wiemy również, że stan w krtani może się poprawić, mimo posuwania się procesu płucnego. To też nawet tam, gdzie beznadziejny stan płuc daje najgorsze rokowania, należy również leczyć krtani, aby choremu oszczędzić końcowych cierpień. Ten moment chciałbym szczególnie silnie podkreślić, aby odpowiedzieć na niejednokrotnie słyszane zdania roentgenologów i internistów, że w danym przypadku leczenie krtani niema celu, bo chory i tak jest zgubiony. Hypokrates powiedział, że chorzy na gruźlicę płuc, nie umierają, tylko przestają żyć; coś odwrotnego możnaby powiedzieć o chorych na gruźlicę krtani; ci umierają tygodniami i miesiącami, a nie mogą życia zakończyć. Kto raz jeden widział tych nieszczęśliwych, wychudzonych, wygłodniałych, duszących się, bojących się wziąć kęs do ust z powodu strasznych bólów przy połykaniu — ten powie, że trzeba wyteńczyć wszystkie siły, aby jeśli już niemożliwe jest wydrzeć tych chorych z ramion śmierci — to przynajmniej uchronić ich przed temi okrutnymi cierpieniami.

Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr. Jan N o w a c z y Ń s k i. **Mikroskopja i chemja kliniczna** z uwzględnieniem badań serologicznych. Podręcznik do użytku studentów i lekarzy. T. I. Książnica Atlas. Lwów-Warszawa 1925.

Z końcem ubiegłego roku szkolnego powiększyła się polska lekarska literatura podręcznikowa o nowe wydawnictwo z zakresu klinicznych badań laboratoryjnych. Podręcznik taki powinien odpowiadać trzem zadaniom. Każda metoda powinna być przedstawiona w ten sposób, aby czytelnik mógł na podstawie opisu wykonać samodzielnie każdą podaną próbę czy oznaczenie; równocześnie opis powinien być krytyczny, to znaczy przedstawić wszystkie dodatnie i ujemne strony metody, a zarazem wyróżnić z pośród wielu metod najprostszą, a równocześnie najlepiej odpowiadającą celowi. Krytycyzm taki jest temwięcej wskazany, że zagraniczne podręczniki tego rodzaju, zwłaszcza niemieckie, cierpią na przeładowanie ogromną liczbą metod badania, z których większa część nie posiada praktycznego znaczenia. Trzecim wreszcie, niemniej ważnym celem dobrego pod-

ręcznika powinno być omówienie semjologicznego znaczenia każdego badania laboratoryjnego, któremu ma służyć opisana metoda.

Podręcznik J. Nowaczyńskiego odpowiada, w każdym z tych trzech kierunków, swemu zadaniu. Opis poszczególnych metod jest wprawdzie ile możności krótki, ale zupełnie wystarcza, aby czytelnik mógł samodzielnie z jego pomocą pracować, szczególną zaś zaletą jest unikanie zbytecznego balastu. Tak krytyczne porównanie poszczególnych metod, odnoszących się do tego samego przedmiotu badań, jak i semjologiczne ich znaczenie, podane są w zakresie zupełnie wystarczającym czytelnikowi, zwłaszcza studentowi, dla którego w pierwszym rzędzie podręcznik ów jest przeznaczony.

Książka składa się z trzech głównych rozdziałów, z których pierwszy zajmuje się badaniem krwi; drugi badaniem wysięków, przesięków i płynów torbielowych; trzeci zaś rozdział podaje badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Najobszerniej oczywiście traktowany jest rozdział pierwszy, z dokładnością, odpowiadającą współczesnym wymaganiom i znaczeniu tego rodzaju badań dla nowoczesnej kliniki. Pod względem semjologicznym najwięcej wyczerpująco przedstawiony jest dział morfologii krwi, zwłaszcza leukocyty. W dziale chemicznym większy nacisk położono na bardzo obrazowy, zwięzły i bardzo rzeczowy sposób przedstawienia metod samych. Autor nie wdaje się w teoretyczne uzasadnienia, podaje tylko najkonieczniejsze wiadomości z zakresu teorii tych metod, co uważam za słuszne; nie należy to bowiem do celu podręcznika tego typu i powiększałoby zbytecznie jego rozmiar. Prawdopodobnie z tego powodu podaje autor opis metody oznaczania acetonu we krwi, obok sposobu oznaczania kwasu octowego. Jest to nieporozumienie, z którym zresztą spotykamy się taksamo w podręcznikach zagranicznych. Acetonu „preformowanego“ krew nie zawiera; odszczepia się on dopiero w płucach, lub przy wydaleniu drogą nerek. Co do wyczerpania całości przedmiotu, to miałym tylko dwa mało znaczące, zarzuty, mianowicie brak dokładniejszego opisu oznaczenia dwuwęglanu sodowego we krwi, względnie oznaczenia dwutlenku węgla we krwi, oraz brak metody Maclean'a, oznaczenia cukru we krwi. Co do dwuwęglanu sody byłaby to metoda Van Slyke'a. Metodę Maclean'a uważam za daleko lepiej odpowiadającą celom klinicznym niż metoda Bang'a. Wspominam o tem ze względu na coraz większe znaczenie tych oznaczeń dla badania klinicznego. Są to zresztą wymagania ostatniej doby, które w czasie pisania podręcznika nie były albo znane zupełnie, albo nie posiadały tego znaczenia, co dzisiaj.

Czytając podręcznik, trudno się oprzeć poczuciu zadowolenia, że jednak dzięki żmudnej pracy tego rodzaju podręczniki u nas powstają, i że coraz więcej, przynajmniej w zakresie podręczników, zaczynamy się uniezależniać od literatury obcych. Coraz częściej słyszy się zdanie, że żyjemy tutaj, w Polsce, w czasach, w których daleko większy należy położyć nacisk na literaturę zawodową podręcznikową, aniżeli na prace doświadczalne. Zdanie to uważam za słuszne. Jak sztuka, tak i nauka, posiada zawsze swoje wybitne cechy narodowe. A na to, aby lekarze czy przyrodnicy nauczyli się myśleć zawodowo swoim własnym językiem, trzeba dać im możliwość kształcenia się od początku na podręcznikach polskich. Nie trzeba zapominać, że dobre podręczniki zagraniczne powstały z reguły dopiero po szeregu wydań, rozwijając się przez to nie tylko co do objętości, ale i co do wartości. Podręcznik J. Nowaczyńskiego należy uważać za dalszy stopień rozwoju tego rodzaju wydań i należy go polecić jako podręcznik szkolny przy studiach klinicznych.

Omawiana tutaj książka jest dopiero pierwszym tomem wydawnictwa, którego dalsze części autor właśnie wykończył. Cieszymy się więc bardzo, że w krótkim czasie będziemy mieli sposobność ujrzenia całości tak dobrze rozpoczętej.

Aleksander Oszaeki.

Dr. Kazimierz Karaffa-Korbitt, prof. Uniw. Wileńskiego. *Zarys Higieny Cz. II. Wilno 1924. Cz. III. 1925.* Nakładem Księgarni Józefa Zawadzkiego.

Z niezwykłą wprost szybkością ukończył prof. Karaffa-Korbitt wydawnictwo swojego podręcznika higieny, stwarzając dzieło doniosłe zarówno dla rozwoju, jak popularyzacji tej nauki w Polsce. Część I. referowałem w Pol. Gaz. Lek. 1924. Nr. 40. str. 573., obecnie wypada omówić dalsze zeszyty dzieła.

W części II-giej przedstawia autor sprawę regulacji ciepła w ustroju, w związku z tem omawia czynniki atmosferyczne i klimatyczne, oraz środki, jakimi człowiek przeciw szkodliwościom tym się broni, więc głównie odzienie i mieszkanie. W związku zaś z mieszkaniem omawia higienę gleby, przewietrzanie (wentylację), oświetlenie, ogrzewanie mieszkań, zaopatrywanie w wodę, usuwanie odpadków i grzebanie zwłok. Do rozdziału o ubraniu dodaje autor krótki rozdział o pielęgnowaniu skóry. Wszystkie te działy ujmuję autor zwięźle, treściwie, lecz wyczerpująco; część tę ilustruje bardzo licznymi a przeważnie udatniami rysunkami oraz wieloma tablicami, które bądź ułatwiają zrozumienie tekstu, bądź też poglądowo streszczają dotyczące rozdziały (np. tablice charakteryzujące rozmaite systemy ogrzewania). Ustępy poświęcone metodyce badań higienicznych zredukował autor do minimum ze względu na pojawienie się w handlu księgarskim podręcznika prof. Gądzikiewicza wyłącznie temu tematowi poświęconego.

Więcej niż połowę III-ciej części poświęcił autor higienie pracy. — Zaczyna od podstawowych zasad ergologii, rozpatrując na wstępie rozmaite definicje pracy nie zupełnie zadowalające, aż wreszcie dochodzi do własnej ściśle fizjologicznej definicji: „Praca jest to zmiana stanu energii w ustroju żyjącym, koordynowana przez wolę tegoż“. Podaje też własną klasyfikację pracy. Omawia dalej higienę pracy zarówno mechanicznej (fizycznej) jak umysłowej i emocjonalnej, analizując szczegółowo elementy poszczególnych rodzajów pracy oraz poświęcając osobne rozdziały higienie szkolnej, higienie przemysłowej i wojskowej. Działy te opracowane krótko lecz bardzo dobrze.

Walkę z chorobami zakaźnymi ujmuję autor na 37-miu stronach. Może za treściwie! Sądzę, że jeżeli na omówienie statystyki sanitarnej mógł autor poświęcić przeszło 100 stron druku, to tak ważny dział, jak walka z chorobami zakaźnymi, należało nieco dokładniej przedstawić. Nie żądam — oczywista rzecz — by podręcznik higieny wzorem niektórych dzieł niemieckich mieścił w sobie compendium bakterjologii, bo do tego są osobne książki, lecz wiadomości z etjologii i profilaktyki ogólnej są zbyt ogólnikowe, autor nie zaznacza tego dość wyraźnie, że przy zwalczaniu rozmaitych chorób zakaźnych rozmaite środki zapobiegawcze wysuwają się na plan pierwszy, nie znajdujemy np. wskazówek w jakich sprawach dezynfekcja jest niezbędną, w jakich pożądaną, a w jakich zbyteczną, walkę z komarami, tak w Polsce ważną, streszcza autor w 7-miu wierszach itp. Wogóle lekarz czy urzędnik sanitarny, który na podstawie podręcznika prof. K. K. zabrał się do zwalczania jakiejś epidemii zamało znalazłby tam wytycznych.

Higienę społeczną (autor pisze socjalną) traktuje prof. K. K., również dość krótko (34 stron), pomija np. zupełnie higienę szpitali, sanatorjów. Wogóle autor końcowe rozdziały przedstawił, zdaje się, znacznie krócej, niż pierwotnie zamierzał. Plan dzieła pomieszczony w części I. przewidywał higienę społeczną jako osobną część IV. podręcznika, tymczasem znalazła się ona w rzeczywistości jako mały przyczynek do części III-ciej. Może autor obawiał się, by dzieło przybierając zbyt wielkie rozmiary, nie stało się zbyt kosztownym dla uczącej się młodzieży? Bądź co bądź podręcznik na tem skróceniu nie zyskał, nie ulega wątpliwości, że gdyby prof. K. K. według pierwotnego planu był wydawnictwo wykończył, to jako pierwszorzędnym znawcą te-

matów w końcowych rozdziałach poruszanych byłby się po mistrzowsku wywiązał z zadania.

Wytknąć jeszcze wypada nieliczne zresztą usterki językowe więc rusycyzmy: odbieranie planktonu z wody (str. 463.), leczyc się od chorób płciowych (str. 687), itp. Może jeszcze za dużo wyrazów obcych się tam spotyka, gdzie mamy utarte swojskie (agenty zamiast czynniki str. 651, agrykultura zamiast rolnictwo str. 666 itd).

Podręcznik, który dziś ocenić można już jako całość, dorównuje, jak na to już część I. wskazywała, w zupełności, mimo nielicznych usterek, najlepszym tego rodzaju dziełom zagranicznym, a wiele z nich przewyższa. Oby jak najprędzej, szerząc znajomość higieny, doczekał się drugiego wydania, które przygotowane w korzystniejszych warunkach, przy wielkiej wiedzy i dobrej woli autora, stanie się zapewne wzorem doskonałego podręcznika polskiego.

Gieszczykiewicz (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Zeitschrift für ärzt. Fortbildung.

Nr. 15. 1925.

B i c k e l. Carbonuria dysoxydativa. Nazwą tą ochrzcił autor pewne zaburzenie przemiany materji, odznaczające się wzmożonym wydzielaniem węgla moczwego, w zależności od wadliwego utleniania.

Normalnie węgiel moczowy wydziela się w połączeniu ze związkami azotowymi, o większej lub mniejszej zawartości węgla (z kwasami aminowymi, mocznikiem, kreatyną, kreatyniną), dalej ze związkami bezazotowymi (kwasem szczawiowym, węglanami), oraz w ilości mniejszej z węglowodanem dekstrynowatym i innymi mniej znanymi substancjami, obfitującymi w węgiel, a ubogimi w azot.

Osobnik zdrowy przy stałej mieszanej diecie i umiarkowanym ruchu wydziela w ciągu doby :

	przez nerki	przez płuca	przez skórę	przez kiszki
C	10 gr	270 gr	2,3 gr	3,0 gr
N	15,6 gr	0 gr	ślady	0,9 gr

Prawidłowo iloraz $\frac{C}{N}$ w moczu = 0,6—0,7, stale się

utrzymuje na tym poziomie u osobnika zdrowego nawet przy diecie, nieco obfitszej w tłuszcz.

Natomiast wznosi się iloraz ten przy przeważającej diecie węglowodanowej, co przemawiałoby za tem, że przy obciążeniu przemiany materji węglowodanami wydzielają się z moczem większe ilości azoto-ubogich lub bezazotowych związków węglowych i że przy tych warunkach spalanie się węglowodanów na kwas węglowy nie odbywa się całkowicie, jak to się dzieje przy diecie mieszanej.

A więc, pomiędzy przemianą gazowooddechową, a moczowęglową zachodzi tego rodzaju stosunek, że zmniejszenie się ilości kwasu węglowego, wydzielającego się drogą oddechową, połączone jest ze wzmożoną zawartością substancji węglowych w moczu, czyli węgiel moczowy ulega wadliwemu utlenianiu (*dysoxydabler Kohlenstoff*).

W stanach patologicznych na wysokość ilorazu $\frac{C}{N}$

wpływ wywiera zarówno, wzmożone wydzielanie się związków azotowych, obfitujących w węgiel (mocznik, aminokwasy, kreatyna i kreatynina, leucyna i tyrozyna), jak i azoto-ubogich lub bezazotowych substancji węglowych albo też jednocześnie wzmożenie wydzielania się jednych i drugich substancji.

Z punktu widzenia klinicznego ważnem jest, że w sprawie wznoszenia się ilorazu $\frac{C}{N}$ główną rolę odgrywa przemiana węglowodanowa (cukier) oraz przemiana tłuszczowa (aceton, kwas acetoctowy, kwas β -oksymastowy). Przyczem stwierdzono, że pomimo odliczenia ilości węgla cukrzycowego i ketonowego, iloraz $\frac{C}{N}$ w tych razach o wiele jeszcze

przewyższa normalny (0,6—0,7), dochodząc do 2, co przemawiałoby za tem, że poza cukrem wydzielają się jeszcze z moczem znaczne ilości innych substancji, obfitujących w węgiel, które wprawdzie są w związku z przemianą węglowodanową, lecz nie są glukozami (kwas glikorunowy, kwas szczawioowy oraz inne bliżej nieokreślone substancje).

Wysoki iloraz $\frac{C}{N}$ stwierdzony został przez autora

również w awitaminozach, i to niezależnie od obecności większej ilości związków, obfitujących w węgiel (mocznik, kwas aminowy, kreatyna i t. p.), co wraz z innymi zaburzeniami pośredniej przemiany węglowodanowej wskazywałoby na to, że i tutaj, jak przy cukrzycy, wzmożona ilość wadliwie utleniającego się węgla moczowego, jest w pewnym związku z zaburzeniem utleniania cukru. I przy awitaminozie stwierdzono również obniżenie wymiany gazowooddechowej. Wobec zaś tego, że przy awitaminozie zazwyczaj brak cukromoczu, na zboczenie przemiany materji przy tej sprawie autor zapastruje się jako na stan przedcukrzycowy, a raczej jako na lekką postać cukrzycy, w której dochodzi tylko do wydzielania się wzmożonej ilości nieredukujących, pochodnych — węglowodanowych substancji.

Do kategorii więc *karbonurji dysoksydatywnej* zaliczyć należy nie tylko cukrzycę, lecz i awitaminozę. Ścisłe zaś badanie moczu na wadliwie utleniający się węgiel (*dysoxydabler Kohlenstoff*) nieraz wykryć nam może inne jeszcze ciężkie zaburzenia przemiany węglowodanowej, nie dochodzącej do cukromoczu.

Kliniczne objawy zaburzeń tych bywają rozmaite: schudnięcie lub wadliwy przybytek na wadze pomimo dostatecznego odżywiania się; otyłość; zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznym, przewlekłe zapalenia wielu nerwów (*polyneuritis*); czyrączność, różne dermatozy, charłactwo.

Rozpoznanie omawianej sprawy może być postawione na zasadzie ścisłego badania przemiany materji w odpowiednio urządzonych pracowniach. Pod względem rozpoznawczym i leczniczym nie bez znaczenia jest stwierdzony przez autora fakt, że w pewnych przypadkach udało się zapomocą insuliny doprowadzić zbyt wysoki iloraz $\frac{C}{N}$ do normy.

Puterman (Sosnowiec).

Surg. Gynec. a. Obst.

1925. T. XL. Nr. 6.

Finney a. Finney. Gruźlica języka. Na podstawie obserwowanych przypadków autorowie podają że:

1. Z 15 przyp. gruźlicy, było 5 pierwotnych (więc bardzo duży odsetek).

2. W 2 tylko przyp. była sprawa u kobiet, w 13 zaś u mężczyzn.

3. Ból nie jest wybitnym objawem gruźlicy języka, mianowicie był on bardzo silny zaledwie w 1 przyp., szybko się rozwijającym (7 tygodni), bezpośrednio po porodzie, — i mniej silny w 2 innych przypadkach.

4. W większości przypadków występowała sprawa w średnim wieku.

5. Nie można stwierdzić specjalnego miejsca języka, w którym gruźlica chętniej się rozwija.

De Martel. Uwagi nad techniką wycięcia żołądka. Autor podaje sposób wykonania resekcji żołądka zapomocą przyrządu, przez siebie obmyślanego. (Szereg rysunków objaśniających sposób autora).

Mayo W. Stosunek śledziony do pewnych przewlekłych skaz krwotocznych. W 10 przyp. o typowych objawach *purpura thrombocythopenica* usunięto śledzionę; — wypadku śmierci nie było. Stan chorych przed zabiegiem był opłakany, przez powtarzane jednak stosowanie przetaczania krwi, poprawił się o tyle, że można było przystąpić do usunięcia śledziony. Wyzdrowienie następowało w każdym przypadku szybko. W 72 godzinach płytki dochodziły do liczby prawidłowej.

Petillo. Ureterocele. Przedstawione 4 przypadki, wyleczone przez przepalenie i cewnikowanie moczowodów, (Przytem podane są ładne zdjęcia). Autor jest zwolennikiem tego właśnie leczenia.

Primprose. Guzy w następstwie diverticulitis. W 4-ch przyp., w których znaleziono duże guzy w okolicy esicy, będące w łączności z nią i silnie zrośnięte z kośćmi miednicy, powodujące zwężenie lub zupełną niedrożność jelita grubego, wykonano przetokę jelitową. W następstwie tego guzy zmniejszyły się do tego stopnia, że przetoki można było zamknąć, poczem chorzy czuli się dobrze. (Dwóch z nich żyje 15 lat po zabiegu nie doznając żadnych dolegliwości). Przed zamknięciem powłok brzusznych brano zawsze próbny skrawek do badania drobnovid., przy którym stwierdzono tkankę zapalną.

Smith a, Lackum. Arthrodesis subastragaloid. Zabieg ten wykonano w 223 przypadkach. Z tego 155 kontrolowano po upływie 6 miesięcy do 7½ lat. W zabiegu tym uwzględnia się fakt, że kość skokowa jest najbardziej ustaloną kością stopy i że ruchomość boczna lub zniekształcenie mają miejsce poniżej niej. Ruchomość ta zostaje wyłączona przez ustalenie kości piętowej i łódkowatej ze skokową i szczytowej z kością piętową.

Seeger. Kamica trzustkowa. U mężczyzny 62-letniego, który od dłuższego czasu cierpiał na bóle w dołku podserc., promieniujące ku łopatce prawej i u którego okolica woreczka żółciowego była nieco bolesna, rozpoznano: zapalenie woreczka żółciowego bez kamicy; przy zabiegu jednak okazało się, że woreczek jest zupełnie prawidłowy, natomiast stwierdzono poza krzywizną mniejszą żołądka w trzustce kamień. Kamień ten wydobyto po nacięciu mięszu trzustki; był on wielkości 1.6×0.7×0.5 cm.; otwór w trzustce zamknięto kilkoma szwami. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Z 22 podobnych przypadków, przytoczonych przez autora z piśmiennictwa śmiertelność wynosi zaledwie 8.5 procent; jest to więc zabieg bezpieczny.

Lester, Miliken a. Vogt. Ustne podawanie soli sodowej tetrajodphenolphtaleiny w cholecystographiji. Ustne podawanie wymienionego połączenia chemicz., celem uwidocznienia woreczka żółciowego dało wyniki dobre; — jest to przytem sposób nie dający tych nieprzyjemnych objawów, co dożylnie wprowadzanie środka.

1925. T. XLI. Nr. 1.

Parker a. Adson. Ucisk na rdzeń pacierzowy i jego korzonki z powodu osteoarthritis hypertroph. Autor streszcza swe obserwacje z 8 przypadków następująco: we wszystkich przypadkach sprawa miała charakter ogniskowy i zajmowała 1 do 4 kręgi; (u jednego chorego kręgi szyjne, — u trzech piersiowe a u czterech lędźwiowe). Sprawa mogła być spowodowaną przez proces zakaźny w kości lub przez uraz. Objawy są podobne jak w guzach pozardzeniowych, lecz ból jest mniej samoistny a bardziej zależny od ustawienia, ruchów, — wysiłków i t. d. Roentgenologiczne obrazy mają tylko jedno znaczenie t. j. wykluczają inną sprawę. U 5 chorych otrzymano przy nakłuciu lędźwiowym żółty płyn; u 6 stwierdzono częściowe lub zupełne zamknięcie kanału rdzeniowego. Sprawa ograniczoną była do kilku tylko kręgów a polegała na przeroście kości, przyrody zapalnej, powodującym powolne a stałe zwężanie kanału kręgowego. Wprawdzie różniczkowe rozpoznanie między tą sprawą a guzami rdzenia jest trudne, to jednak nie wpływa na leczenie które w obu przypadkach musi być chirurgiczne. Przeciwcukowa *laminectomy* wykonywana przez autorów dawała wyniki dobre, lecz co do ostatecznego rokowania nie mogą oni swego zdania narazie wypowiedzieć.

Caulk. Naczyniaki pęcherza i moczowodu. Autor przedstawia przypadek naczyniaka ściany pęcherza, jakoteż tętniącego naczyniaka jamistego moczowodu, naśladującego raka pęcherza, nie nadającego się do zabiegu. Oba nowotwory usunięto z wynikiem pomyślnym. Naczyniaki pęcherza są b. rzadkie a moczowodu wogóle nie są dotychczas obserwowane, tak że przypadek autora jest pierwszy.

Halperin. Pooperacyjny zapad płuc. Jest to sprawa dająca się łatwo rozpoznać, następująca najczęściej po zabiegach jamy brzusznej. Najbardziej charakterystycznym objawem jest przemieszczenie serca ku zajętej części; jeżeli zajęta jest strona lewa, wtedy koniec serca jest wyczuwalny w pasze, — jeżeli połowa prawa, to na prawej linii sutko-

wej; klatka piersiowa po stronie zajętej jest zapadnięta i nie ruchoma. W jaki sposób sprawa powstaje bliżej nie wiadomo, czy jest pochodzenia nerwowego, czy też oskrzelowego z powodu zatkania światła wydzieliny; w każdym razie należy po zabiegu unikać ściskania opaską brzucha i dolnej części klatki piersiowej.

Tataks. Leczenie rivanolem. Do użytku klinicznego używano stężenia 1:500 do 1:2,000. Wyniki w poszczególnych sprawach dadzą się streścić następująco:

1. W ropniach ograniczonych wynik pomyślny pod względem szybkości wyleczenia i wyniku kosmetycznego; nie tak dobry w ropniach gruczołów (*mastitis, lymphadenitis, hydradenitis*).

2. W *empyema thoracis* i zakażeniach kostnych — pomyślny.

3. W zapaleniu otrzewnej były stosowane rivanolowe płukania. Z powodu jednak małej ilości przypadków, wniosków wyciągnąć nie można.

4. W postępującej ropowicy, czyrakach, czyrakach gro-madnych wyniki nie są zadawalające. Wycięcie czyraka i szew przy wytworzeniu wału antysept. było w kilku przypadkach pomyślne.

5. W rzyzy śród- i podskórne utworzenie pierścienia około pola zajętego dawało wynik wyraźnie pomyślny.

6. Szybko postępujący skórny węglik w dwu przypadkach został powstrzymany.

Janik (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dn. 17 marca 1925 r.

Przewodniczący Prezes Kol. B. Sawicki.

1. Kol. J. Rutkowski pokazuje roentgenogram żołądka chorej, która pod wpływem depresji umysłowej połykała w ciągu 2 tygodni gwoździe, śruby etc. Podczas operacji wyjęto z żołądka 170 gwoździ 12 igieł do szycia i inne przedmioty żelazne. Stan chorej obecnie jest zadowolający — wraca ona do zdrowia.

Dyskusja: Kol. K. Zieliński stwierdza że chora musiała być psychopatką. Kol. Kaczyński przypomina przypadek własny z przed kilku lat, kiedy operował więźnia z powodu połknięcia dużej ilości żelazni, pochodzącego z łóżka więziennego. K. usunął mn około 2½ kg żelazni z żołądka. Kol. Higier stwierdza, że chorzy ci są to przeważnie psychopaty.

Kol. Gluziński przypomina przypadek podobny prof. Rydygiera. Pewien chirurg algierski podaje, iż jeden ze szezępnych tubyleczych uprawia kult połykania gwoździ podczas uroczystych modłów. Jeden z tubyleców połknął w życiu swoim około 2.000 gwoździ a zaledwie 3 gwoździe, zalegające w żołądku, były usunięte drogą operacji. Kol. Sawicki przypomina przypadek własny, kiedy młoda kobieta, będąc w ciąży, i chcąc wywołać poronienie, połknęła dużą ilość śrótu, wskutek czego nastąpiło śmiertelne zatrucie oliwem, podczas sekcji stwierdzono znaczny uchyłek żołądka, wyłobiony przez śrót. Kol. Rutkowski podaje że II. Klinika ma stałą pacjentkę, która już kilkakrotnie łykała gwoździe, igły, opaski płócienne i była już 8 razy z tego powodu na klinice operowana.

2. Kol. Bronowski wygłosił wykład p. t. »Kilka słów w sprawie ostrej niedomogi mięśnia sercowego«. Sprawozdawca stwierdza na wstępie rzadkość przypadków nagłego postępowania niedomogi mięśnia sercowego skutkiem nadmiernych wysiłków fizycznych, a jeszcze rzadszą możliwość obserwowania tych przypadków w klinice. Następnie B. przytacza kilka przypadków tego cierpienia: 1) 3 żołnierzy padło ze zmęczenia podczas forsownego marszu na terenie piaszczystym. Referent stwierdził u tych chorych następujące objawy: częste nieprawidłowe oddechy, nadmierne wątle, małe, nagle przerywane tętno, stan nieprzytomny, brak głosu, wykrztuszanie z kaszlem krwawej pianistej wydzieliny, wymioty krwawe, brak sinicy powłok, brak rozděcia żył szyjnych; nadmierne rozděcie lewej komory serca i lewego przedsionka. Sekcja jednego ze zmarłych żołnierzy potwierdziła rozpoznanie kliniczne. 2) Kierownik budowlany skutkiem nadmiernego biegania po rusztowaniach domu zasnął nagle na I piętrze. Objawy: Znaczna sinica powłok, rozděcie żył szyjnych, duszność, nieprawidłowe, powierzchowne oddechy, tętno szybkie, nagle przerywane, rozszerzenie obu komór serca, krwawe wymioty, wykrztuszanie kwawej pianistej wydzieliny. Klinicznie postawiono rozpoznanie obrzęku i przekrwienia płuc. 3) Zajac, zgołony przez psa na polowaniu padł, przy objawach przekrwienia płuc, rozszerzenia lewej komory serca, oraz w ostatnich chwilach wydzielał krwawą pianistą ciecz z pyska. 4) Osoba lat 17 tu, dotknięta zwężeniem i niedomykalnością lewego otworu sercowego żylnego, skutkiem forsownego biegania

po piętrach nagle dostała nieomogi lewej komory sercowej, której towarzyszyły, przekrwienie płuc, gwałtowne wyksztuszenie krwawej pianistej wydzieliny w ogromnej ilości oraz wymioty krwawe. Chora blada, zimna, tętno ponad 160 nagle, ledwo wyczuwalne, oddech ponad 60 powierzchowny. Kol. G o r d z i a ł k o w s k i z Instytutu Weterynarji podał prelegentowi kilka przypadków septycznych koni, padłych wskutek zagnania w wojsku lub na wyścigach. Zawsze stwierdzić można było bądź udar apoplektyczny, bądź też znaczne rozszerzenie lewej komory serca i przekrwienie i obrzęk płuc.

Na zasadzie powyższych spostrzeżeń B. wnioskuje:

1) Skutkiem nadmiernych wysiłków fizycznych u ludzi i zwierząt, nawet zupełnie zdrowych, a tembardziej u chorych (serce, nerki), może powstać gwałtowna i wybitna nieomoga mięśnia sercowego, przyczem rozcięciu znacznie częściej ulega lewa komora, niż obie komory serca jednocześnie. Wyksztuszenie obfitej pianistej krwawej wydzieliny ma miejsce skutkiem raptownego nawalnego krwi do płuc oraz skutkiem nadmiernego ciśnienia krwi w sieci włosowatej płucnej. Krwawe wymioty zaś są skutkiem tego, iż według Küttner'a, istnieją połączenia pomiędzy drobnymi tętniczkami płuc i przelyku. 3) B. stwierdza że względnie w nielicznych tylko przypadkach ostrej nieomogi mięśnia sercowego towarzyszy krwioplucie i wymioty krwawe, i sądzi że pewne przyczyny sprzyjają tym objawom, jak n. p. szok psychiczny, słabe utkanie sieci włosowatej płuc oraz t. zw. nabłonka oddechowego pęcherzyków płucnych, osłabienie i wyczerpanie sił życiowych całego ustroju.

Jeżeli przyjmie się to ostatnie przypuszczenie, może zrozumiałem się stanie zdanie C o h n h e i m'a, że »ludzie nie umierają z powodu obrzęku płuc, lecz obrzęk płuc ma miejsce z powodu agonji«.

W dyskusji Kol. P a w i ń s k i. Ostra nieomoga serca występuje zwykle w 2-ch postaciach: jako duszność i obrzęk płuc lub jako angina piersiowa. Niekiedy nawet przy wielkich wysiłkach fizycznych może nastąpić pęknięcie serca lub aorty. Przypadki nieomogi serca u ludzi zdrowych zdarzają się bardzo rzadko a to z tego powodu że serce posiada nie tylko siłę zapasową bardzo znaczną, lecz i samopomoc polegającą, między innemi, na zapobieganiu wysokiemu ciśnieniu tętniczemu drogą podrażnienia n. depresor cyoni, obniżającego ciśnienie. Głównem źródłem nieomogi serca jest nadmierne ciśnienie tętnicze wywołane forsownem skurczeniem mięśnia. Serce, ściślej mówiąc lewa komórka, nie jest w stanie wówczas przeczyć tego ciśnienia i ulega rozszerzeniu, poczem następuje zastój krwi w płucach i obrzęk płuc. Kol. M i c h a ł s k i przypomina że F i s h e r z Cincinatti otrzymał obrzęk płuc w każdym przypadku podwiązania tętnicy oskrzelowej królików. Kol. G r u n d z a c h tłumaczy sobie wymioty krwawe w przypadkach ostrej nieomogi serca nie tylko połączeniem naczyń płuc i przelyku. Odgrywa tu rolę I-o podrażnienie ośrodka wymiotowego, II-o połknięcie dużych mas wodnisto krwawych z płuc, III-o przekrwienie bierne żołądka i krwawienie z pękniętych naczyń żylnych.

Kol. H i g i e r zastanawia się, dlaczego tak wielki materiał ludzki, jaki dała wojna i sporty, nie został dla badań należycie wykorzystany. Kol. S a w i c k i zaznacza, że w chirurgji spostrzegano przypadki ostrej rozstrzeni mięśnia sercowego przy położeniu Trendelenburg'a. S. widział takie 2 przypadki. Kol. P a w i ń s k i spostrzegł podany przez kol. Sawickiego przypadek przed paru dniami.

3. Kol. S e m e r a u i M i s i e w i c z ó w n a wygłosili wykład p. t. »Patogeneza skaz krwotocznych« (ukaze się w druku).

T. Byszewski, sekretarz doroczny.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

X. Posiedzenie w dniu 27 marca 1925 r.

Przewodniczący: Kol. Z g ó r s k i.
Obecnych 104 członków.

1. Przewodniczący wita jako gości p. dyrektora Zakładu pensyjnego urzędników prywatnych.
2. Kol. P a p p é e wygłasza »O ubezpieczeniu pensyjnym lekarzy«. Prelegent, uzasadniając faktami potrzebę ubezpieczenia lekarzy na wypadek choroby, niezdolności do pracy wskutek wieku, głównie zaś konieczność zapewnienia egzystencji wdowom i sierotom, o których nędy świadcze jaskrawe przykłady, przechodzi pokrótce historję usiłowań, podejmowanych w tym kierunku przez Towarzystwa a ostatnio i Izby lekarskie. Wyrazem tych starań było założenie przez b. Izbę Wschodnio Galicyjską Kasy chorych lekarzy, przez Związek lekarzy t. zw. Kasy pogrzebowej i t. d. Instytucje te jednak, oparte na dobrowolnym przystępowaniu członków, odpowiadały tylko w minimalnej części zadaniu, gromadząc u siebie stosunkowo niewielką ilość członków. Opierając się na nowej ustawie o Izbach lekarskich w Państwie polskiem, pozwalającej na utworzenie instytucji ubezpieczeniowych z charakterem obowiązkowym, Lwowska Izba Lekarska wprowadziła od 1 kwietnia 1924 Kasę chorych dla lekarzy, obejmującą wszystkich członków Izby. Referent podaje w dłuższym wywodzie zasadnicze podstawy, na jakich Kasa się opiera, przytacza ważniejsze artykuły obowiązującego regulaminu, normy opłat i świadczeń, i stwierdza, że Kasa po roku istnienia rozwija się normalnie, a członkowie na wy-

padek choroby zgłaszają się coraz liczniej i z usług Kasy korzystając, wyrażają Komitetowi zadowolenie z istnienia Kasy. Z początkiem roku 1925, Rada Izby, wykonyując swoje poprzednie uchwały, i idąc dalej po linii idei ubezpieczenia, poleciła Zarządowi wprowadzenie w życie Kasy pensyjnej dla wdów i sierót, jakoteż emerytury dla lekarzy na wypadek niezdolności do pracy. Kasa ta, z przyczyn od Zarządu Izby niezawisłych, rozpoczyna swą czynność od 1 kwietnia 1925 r. Tu prelegent kreśli plan finansowy, oparty na fachowych obliczeniach asekuracyjno-technicznych, przytacza ważniejsze artykuły regulaminu, zasadnicze i wielokrotnie opłaty i świadczenia Kasy; wykazuje na podstawie porównań, że Kasa pensyjna przy tych samych opłatach, daje korzystniejsze świadczenia, aniżeli Tow. asekuracyjne, co jest zrozumiałem ze względu na wielkie koszty administracji i pominięcie kwestji zyskowności. Uzasadnia następnie potrzebę ustanowienia niskiej normy zasadniczej ze względu na obowiązujący przymus nalezienia i ułatwienia wpisu lekarzom młodszym, co nie wyklucza możności podwyższenia opłat i świadczeń, w miarę ustalania się bytu poszczególnego członka. Omawia następnie szczegóły odnoszące się do wszystkich kategorii ubezpieczeń t. j. na wypadek starości, dla wdów i sierót, wysokość rent, kwestję jednorazowej odprawy, zakupna lat i t. d. Następnie przechodzi prelegent do omówienia projektu ubezpieczenia lekarzy sanoczek, który w międzyczasie wniesiono do Izby, omawia jego dodatnie i ujemne strony, i przedstawia krytyczne oświetlenie tego projektu, dokonane przez fachowych znawców techniczno-asekuracyjnych, z którego wynika, że projekt ten nie jest nowy, że stosowany dawniej w wielu instytucjach okazał się niepraktycznym, finansowo nie wytrzymałym a nadto nie zapewniający trwałości świadczeń.

Kończąc apelem, by ogół lekarzy zechciał zrozumieć potrzebę zabezpieczenia bytu sobie samym a przede wszystkim wdowom i sierotom, które bardzo często pozostają po śmierci swych żywicieli w nader opłakanych stosunkach materialnych. Znajomość tych stosunków i chęć trwałego im zaradzenia, była przewodnią myślą dla Zarządu Izby w chwili stwarzania tych instytucji.

W dyskusji zabierali głos kol. Zakrzewski, Zalewski, Nowicki, Zgórski i dyrektor Zakładu pensyjnego.

K. Tyska, sekretarz doroczny.

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 6 maja 1925 r.

Inż. Architekt Puterman z Poznania, jako gość, wygłosił odczyt pod tyt.: Budownictwo szpitalne na Zachodzie — w związku z projektowaną budową Szpitala Okręgowego IV-go w Łodzi. Prelegent omawia historję budownictwa szpitalnego od czasów najdawniejszych po dzień dzisiejszy. Za najlepszy typ szpitala uważa kompleks budynków niewysokich, najwyżej 2-3 piętrowych pawilonów o salach niewielkich. Odczyt ilustrowany masą przeźrocz, przedstawiających najwybitniejsze szpitale w Europie i Ameryce.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Gliksmann, Mogilnicki, Tenenbaum, Mikłaszewski, Smoleński i Manteuffel. Inż. Puterman w odpowiedzi zaznacza, że ambulatorja przy szpitalach powinny być budowane w oddzielnych budynkach. System Pasteura jest rozreklamowany: fakt, że nie było zakażeń, należy tłumaczyć nie tyle budową, ile odpowiednim dobrem personelem. Szpital o wielkich salach jest tańszy, niż szpital o salach małych. Małe szpitale są tańsze, ale nie mogą mieć tych urządzeń, jakie ma szpital duży. Należy unikać kanałów wentylacyjnych. W ustępach stosuje się wentylację wyciągową, w kuchniach — przez dach. Wyciągi nie są wskazane. Exhaustor często się psuje. Najlepszą jest silna wentylacja naturalna.

Posiedzenie w dniu 20 maja 1925 r.

Uroczysta Akademia ku uczczeniu ś. p. prof. Antoniego Mikulskiego. Odczytano treść przemówienia Prezesa Dra Sterlinga, wypowiedzianego na posiedzeniu z dnia 29 kwietnia.
»Zmarł człowiek wysokiej kultury etycznej. Nie był on z tych, którzy, czyniąc dobro, oczekują prędzej czy później nagrody, ani z tych, którzy odruchowo oszczędzają sobie widoku nieszczęścia — i ten motyw wewnętrzny jest u nich impulsem do t. zw. dobrego czynu. Kultura etyczna Zmarłego była wyrazem całej jego istoty duchowej. Niema potrzeby zgłębiania abstrakcyjnego tych źródeł etyki, wystarczy przykład z jego życia, z okresu pobytu w Łodzi. W dniu 5 grudnia 1914 roku, w dzień inwazji do Łodzi, Niemcy bombardowali szpital dla obłąkanych w Kochanówce. Nie trzeba fantazji wielkiej, by sobie wyobrazić, jak wyglądała ta gehenna szpitala dla obłąkanych, płonącego pod gradem szrapneli. Tu, w tym momencie wykazał niezapomniany Zmarły, jak umiał czynić dobrze. Przeprowadził swoich chorych pieszo do miasta. Umieścił ich w byłem więzieniu, a sam zamieszkał w sąsiedztwie. W tych okropnych głodnych i zimnych pierwszych dniach okupacji wyszukał i podściółkę pod chorych, i żywność, i opał, i sprząty, i naczyńia. W tych dniach ogólnego lęku i popłochu ani na chwilę nie przestał czynić dobra powierzonym sobie chorym. Tu, w takiej chwili ujawniła się owa wyższa kultura etyczna Antoniego Mikulskiego«.

1. Kol. Frenkiel wygłosił referat: »Działalność naukowa prof. Antoniego Mikulskiego«.

Zmarły profesor opisał szereg interesujących przypadków, omawiając przytem krytycznie cały szereg niezmiernie ważnych zagadnień, jak związek psychozy z działalnością gruczołów dokrewnych, zagadnienia konstytucji psychopatycznej i jej oznak i t. p.; ze stanowiska psychiatrii analizuje w sposób naukowy t. zw. literaturę psychopatyczną, metody nauczania w szkołach (*mnemonica*); ze stanowiska lekarza analizuje homoseksualizm i wypowiada swoje postulaty, dotyczące odnośnego prawodawstwa; wskazuje na rolę, jaką może odegrać w ruchach dumu jednostka psychopatyczna. Bezpośrednia obserwacja chorych w szpitalu pozwala nam na nader interesujące uogólnienie w stosunku umysłowo chorych do wielkich zadań wojennych. W sposób naukowy omawia szereg zagadnień, dotyczących leczenia chorób umysłowych (nukleina, luminal). Na specjalną uwagę zasługują jego prace nad badaniem tętnienia mózgu. Szereg cennych spostrzeżeń swoich o epidemii śpiączki, a głównie o jej objawach psychicznych, jest tematem szeregu jego odczytów i prac naukowych. Najulubiętszym tematem jego prac naukowych jest eksperymentalna psychologia. Na podstawie badań, przeprowadzonych w pracowniach naukowych w Kulparkowie, Koehanówce i Monachium, ogłasza liczne prace o inteligencji, uwadze, spostrzeganiu i pojmowaniu, o poczuciu systemu, posługując się często własnymi metodami badania, lub modyfikacjami, przystosowanymi do naszych warunków. W pracach tych oprócz bezpośrednich wyników badań daje krytyczny przegląd piśmiennictwa i wypowiada swoje ogólne poglądy na tak ważną dziedzinę badań i metodyki w psychiatrii. Doskonale znawstwo literatury, długie godziny poświęcone tym badaniom, czynią go autorytetem w polskiej nauce w tej dziedzinie i pozwalają na źródłowe opracowanie podręcznika psychologii dla medyków. Wszystkie prace naukowe prof. Mikulskiego nacechowane są prostolinijnością w traktowaniu zagadnień, ogromnym krytycyzmem i pozbawione są wszelkiej przesady. Wszystkie stanowią cenne wzbogacenie wiedzy naszej i trwały dorobek naukowy. Przedwczesna śmierć prof. Mikulskiego stanowi niepowetowaną stratę dla nauki.

2. Kol. Siwiński wygłosił referat: »Zasługi prof. Antoniego Mikulskiego dla szpitalnictwa psychiatrycznego w Polsce«.

3. Kol. E. Hermań wygłosił referat: »Prof. Antoni Mikulski, jako pedagog«.

Prelegent w nader serdecznych słowach wspomina sympatyczną postać Zmarłego profesora, którego kaźden z jego asystentów, nawet późno w nocy, mógł zastać w bibliotece szpitalnej, pochylonego nad książką. W czasie obchodu chorych prof. Mikulski miewał wykłady w formie pogadanek, które pozostawiały niezatarte piętno na umysłach słuchaczy. Zmarły profesor nigdy nie narzucał tematów do pracy naukowej swoim uczniom, lecz bezwiednie podsuszał im ulubione tematy dzięki niezwykłej sympatii, jaką w nich budził.

Na zakończenie sekretarz odczytał mowę, wypowiedzianą nad grobem Zmarłego profesora przez kol. M. Maczewskiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 17 czerwca 1925 r.

1. Kol. Szwałg pokazuje chorego z nowotworem złośliwym galki ocznej; nowotwór rozwinął się z dolnej powieki.

2. Kol. Liniecki pokazuje chłopca 19-letniego, wyglądającego na lat 12 z objawami infantylizmu: głos dziecięcy, narządy płciowe słabo rozwinięte, zdjęcie rentgenowskie czaszki zmian w przysadce nie wykazało.

3. Kol. Zórkowski wygłosił odczyt: »Znaczenie jonów dla spraw biologicznych«. Treść nie nadaje się do streszczenia.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol.: Frenkiel, Kunig i Kryszek.

Posiedzenie naukowe w Szpitalu Anny—Marji w dniu 24 czerwca 1925 r.

1. Kol. A. Margolisowa pokazuje cztery przypadki rozstrzeni oskrzeli u dzieci, skierowane do szpitala z rozpoznaniem rozpadowej gruźlicy płuc.

2. Kol. Dobrowolska pokazuje chorą lat 1½ »Plamicę Werlhofa«.

3. Kol. Iwaszkiewicz pokazuje dziewczynkę z guzem górnej części lewego podudzia wielkości pomarańcza, rozpoznany rentgenologicznie, jako mięsak. Badanie kawałka guza, wyciętego na operacji, wykazało budowę kila. Wassermann we krwi ++++. Po kuracji neosalvarsanem i kalomelem obwód łydki znacznie się zmniejszył i guz wyczuwa się.

4. Kol. Frenkiel dokazuje przypadek zaburzeń równowagi, występujący przy dotykaniu palcem nosa i zamykaniu oczu. Brak zmian organicznych. Rozpoznanie: *Hysteria*.

5. Kol. Dyninson wygłasza referat: »O porażeniach błonniczych«.

6. Kol. Lewiówna omawia mieszanki lecznicze, wydane obecnie przez »kroplę mleka«.

7. Kol. Frenkiel omawia spostrzegany w praktyce szpitalnej przypadek tęcza przewlekłego.

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba Lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 8. kwietnia 1925.

Lekarze drohobyckiego Obwodu Związku L. P. P. żalą się na nieznaczne ustosunkowanie do pow. Kasy chorych w Drohobyczu, podając, że są marnie wynagradzani i zbyt obciążeni. Uchwalono zwrócić się o wyjaśnienia do Zarządu Kasy chorych i ofiarować interwencję Zarządu Izby.

Obwód Związku L. P. P. w Tomaszowie Mazowieckim doniósł, że w czasie trwania zatargu tamtejszych lekarzy z Zarządem Kasy chorych sprowadzono 4 lekarzy zamiejscowych za interwencją Związku lekarzy kasowych we Lwowie. Wyjaśnienia Związku lek. kas. uznano za niewystarczające i postanowiono przesłuchać tych kolegów, którzy podpisali wyjaśnienie.

Następnie uchwalono umieścić w P. Gazecie Lek. sprostowanie twierdzenia, zawartego w sprawozdaniu Krakowskiego Ogręgu Zw. L. P. P., jakoby wolny wybór lekarza w sanockiej Kasie chorych został wprowadzony za interwencją Związku; stało się to dzięki zabiegom Zarządu Lwowskiej Izby Lekarskiej.

Przewodniczący odczytuje pismo, podpisane przez 13 cywilnych lekarzy lwowskich, w którym donoszą, że do okr. Szpital. wojskowego we Lwowie bywają przyjmowani za wysoką opłatą chorzy cywilni, co z jednej strony powoduje brak miejsca w szpitalu dla osób wojskowych, a z drugiej strony stwarza niewłaściwą konkurencję dla lekarzy niezajętych w szpitalu wojskowym.

W dyskusji zarysowały się dwie opinie: jedna zmierzająca do uzyskania zakazu przyjmowania osób cywilnych do szpitali wojskowych, druga do uchylenia wysokich opłat składanych przez chorych cywilnych. Uchwalono odnieść się o wyjaśnienie do D. O. K. Lwów, oraz o opinie do wszystkich izb lek.

Następnie załatwiono kilka spraw osobistych, jakoto: Dr. S. w Krośnie c. Dr. S. we Lwowie, Dr. K. c. Dr. L. w Sieniawie, Dr. C. c. Dr. R. we Lwowie, doniesienie przeciw Dr. S. o firmowanie zakładów techników dentystycznych i inne przekroczenia. Wydano opinie w sprawie tymczasowego pozwolenia na wykonywanie praktyki lek. i dwie opinie co do wysokości honorarium lekarskiego. Wreszcie uchwalono interwenjować w sprawie zażalenia 3 lekarzy okręgowych z powodu niewypłacania im poborów i z powodu zbyt niskiego wynagradzania ich za czynności przy epidemjach.

Posiedzenie Zarządu w dniu 22. kwietnia 1925.

Województwo Stanisławowskie, mając wskutek zarządzenia Ministerstwa opracować i ogłosić cennik poborów lekarskich i personalu pomocniczego, prosi o opinie. Uchwalono w odpowiedzi powołać się na uchwałę Rady Izby z 2. listopada 1924.

W sprawie leczenia osób cywilnych w okr. Szpitalu wojskowym we Lwowie weszło drugie pismo od jednego z Towarzystw naukowych lekarskich we Lwowie. Nadeszło także wyjaśnienie z D. O. K. Lwów.

Przewodniczący zdaje sprawę o dalszej spłacie długu zaciągniętego na kupno domu Izby.

W sprawie lekarzy sprowadzonych ze Lwowa dla Kasy ch. w Tomaszowie Mazowieckim przesłuchano jednego z lekarzy, którzy mieli objąć czynności w Tomaszowie, i dwóch lekarzy ze Związku lekarzy kasowych we Lwowie, poczem uchwalono pod adresem Związku lekarzy kasowych wyrazić ostrzeżenie, aby w przyszłości był ostrożniejszy w udzielaniu swego pośrednictwa, zaś lekarzy, którzy mieli objąć czynności, wezwać do złożenia pisemnego oświadczenia, że i kiedy zrzekli się posad w Tomaszowie.

Następnie załatwiono jedno zażalenie chorego na lekarza i jedno zażalenie lekarza na aptekarza, tudzież wydano dwie opinie w sprawie koncesji na apteki.

W końcu rozpatrywano prośbę asystentów uniwersyteckich o zwolnienie z Kasy pensyjnej. Uchwalono odpowiedzieć, że Zarząd Izby zasadniczo jest przeciwny zwolnieniu, ale jest skłonny traktować prośby indywidualnie.

Posiedzenie Zarządu w dniu 6. maja 1925.

W obecności przewodniczącego Sądu Izby Lwowskiej i jednego z zastępców przewodniczącego Sądu przeprowadzono dyskusję celem unormowania sposobu przekazywania spraw przez Zarząd Izby Sądowi Izby. Sąd Izby zażądał mianowicie, aby Zarząd Izby w każdej sprawie, która ma być skierowaną do Sądu Izby, powziął najpierw uchwałę przekazującą i dokładnie sprecyzował dane oskarżenie z powołaniem się na paragraf ustawy lub regulaminu względnie kodeksu deontologii lekarskiej i z odpisem tej uchwały przekazywał kompletne akty Sądowi Izby. Referent Zarządu był zdania, że przekazanie sprawy Sądowi następuje wskutek powzięcia przez Zarząd uchwały, że sprawa ma być oddana do osądzenia Sądowi, którego uchwała nie jest niczym innym, jak uchwałą przekazującą. Dochodzenia wstępne podejmuje Zarząd w tym celu, aby wyjaśnić, czy sprawa nadaje się do Sądu, nie zaś w tym celu, aby sprecyzować oskarżenie, co zdaniem referenta jest zadaniem organów Sądu Izby: rzecznika dyscyplinarnego i se-

dziego śledczego. To zdanie referenta podzieliła większość członków Zarządu. Powzięcie uchwały odroczone do następnego posiedzenia.

Następnie omawiano sprawę ściągania grzywien nałożonych przez Sąd Izby.

Sprzeciw jednego z kolegów przeciwko obowiązki należenia do Kasy chorych przy Izbie Lekarskiej skierowano do Sądu Izby jako fakt niezastosowania się do obowiązującego zarządzenia Izby.

Na żądanie Izby Skarbowej we Lwowie ułożono listę kandydatów do Komisji odwoławczych dla podatku majątkowego we Lwowie, Stanisławowie i Tarnopolu.

Wpłynęła prośba o zatwierdzenie cennika lekarskiego, który uchwalili koledzy w Tarnopolu. Ze względu na to, że cennik jest przeciętny i obowiązywać będzie tylko lekarzy zamieszkałych w Tarnopolu, zatwierdzono nadesłany projekt.

W końcu załatwiono jedną sprawę zatargu między chorym a lekarzem o wysokość honorarium.

Posiedzenie Zarządu w dniu 13. maja 1925.

Przewodniczący podnosi sprawę organizacji pomocy lekarskiej dla funkcjonariuszów gminy m. Lwowa. Prezydium miasta pragnie, aby lekarze miejscy spełniali te czynności za pewnym wynagrodzeniem, a specjaliści byli z wolnego wyboru. Kasa chorych m. Lwowa wniosła protest przeciwko stwarzaniu tej nowej organizacji, wychodząc z zapatrywania, że funkcjonariusze miejscy mają być ubezpieczeni w Kasie chorych. Województwo Lwowskie rozstrzygnęło na korzyść Kasy chorych. Magistrat m. Lwowa ma zamiar sprawę wnieść do Trybunału administracyjnego. Mówca oznajmia, że na posiedzeniu Rady miejskiej, której jest członkiem, ma zamiar przemówić przeciwko ubezpieczeniu w Kasie chorych, a za wolnym wyborem lekarza. Po przeprowadzeniu dyskusji zgodzono się na zapatrywanie przewodniczącego.

Interesujący fakt przytacza jeden z mówców, że mianowicie jedna z filii Banku Polskiego zawarła z Kasą chorych umowę, na mocy której prowadzi leczenie swoich funkcjonariuszów własnym kosztem, a różnicę wynikającą z obliczenia własnych kosztów i należności ustawowej Kasy chorych, wypłaca Kasie chorych niejako tytułem opłaty za zwolnienie od obowiązku ubezpieczenia funkcjonariuszów w Kasie chorych. Pomoc więc lekarska na koszt własny w tym przypadku jest tańsza, niż opłata kasowa, jakkolwiek we wspomnianej filii Banku Polskiego w ordynacjach postępuje się liberalnie.

W sprawie przekazywania spraw Sądowi Izby, omówione obszernie na posiedzeniu Zarządu Izby w dniu 6. maja 1925, powzięto uchwałę, że Zarząd zastosuje się do życzenia Sądu Izby w przypadkach, gdzie będzie możliwe sformułowanie oskarżenia na podstawie materiału posiadanego przez Zarząd.

Następnie omawiano ponownie sprawę leczenia prywatnych chorych w okr. szpitalu wojskowym we Lwowie; wydano opinię w sprawie prośby jednego z kolegów o zamianowanie go znawcą sądowym, jakoteż opinię co do wysokości honorarium lekarskiego w jednym przypadku; załatwiono skargę chorego na lekarza, zatarg dwóch kolegów między sobą i przekazano jedną sprawę firmowania zakładu technika dentystycznego przez lekarza Sądowi Izby.

Kolega zarządzający kamienicą Izby zdaje rachunek za czas od 1. lutego do 12. maja 1925. Czynsze za 4 miesiące wynosiły (wliczając czynsze zaległe) 1917 zł, wydatki administracyjne 444 zł, czysty dochód był 1473 zł (miesięcznie 368 zł), co się równa oprocentowaniu kapitału 6.3% rocznie. Dochód należy podwyższyć o wartość mieszkania, które zajmują Zarząd i instytucje ubezpieczeniowe Izby.

W końcu przyznano 19 wdowom i sierotom po lekarzach za pomogi w ogólnej sumie 885 zł.

Posiedzenie Zarządu w dniu 27. maja 1925.

Powzięto uchwały w sprawie zwolnienia 4 lekarzy od opłat izbowych i wykreślenia jednej lekarki z Izby Lek.

Przewodniczący odczytuje pismo Zarządu Izby Lwowskiej wystosowane do N. I. L. w sprawie noweli do ustawy o obowiązku ubezpieczeniu na wypadek choroby; następnie pismo N. I. L. w sprawie nowelizacji ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej z prośbą o nadesłanie opinii. Ostatnią sprawę uchwalono rozważyć na osobnym posiedzeniu Zarządu z uwzględnieniem dawniejszego projektu Izby Małopolski Wschodniej.

Odnosnie do projektu ustawy dentystycznej referent oświadczył się za jednolitem nauczaniem dentystyki w Państwie Polskim oraz za zwnięciem Państw. Instytutu dentystycznego w Warszawie w obecnej postaci i przekształceniem go na klinikę stomatologiczną Uniwersytetu Warszawskiego. Referent oświadcza się przeciwko uprawnieniu lekarzy dentystów i dentystów typu rosyjskiego (zubnoj wracz, dentist) do wykonywania praktyki w Małopolsce. W sprawie przynależenia tych osób do Izby lekarskich oświadczyli się obecni członkowie Zarządu Izby, częścią za, częścią przeciw. Silnie akcentowano w dyskusji, że dentystyka, jako jedna z gałęzi medycyny, musi podlegać tym samym normom w nauczaniu i specjalizacji, jak inne działy medycyny. Uchwalono odczytać referat i przebieg dyskusji przedłożyć Naczelnej Izbie Lekarskiej.

W końcu wydano jedną opinię w sprawie wysokości honorarium lekarskiego i powzięto uchwały: w sprawie zatargu między dwoma lekarzami i w sprawie skargi na jednego z lekarzy o rzekomo nieludzkie obejście się z położnicą.

Posiedzenie Zarządu w dniu 3. czerwca 1925.

N. I. L. komunikuje reskrypt Ministerstwa spr. wewn., Gen. Dyrekcji sł zdr., w którym podniesiono, że Rada Lwowskiej I. L. uchwalając przejście do porządku nad projektem cennika lekarskiego, dostarczonym przez Województwo Lwowskie, działała wbrew art. 21. ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Cennik uchwalony na sezon 1925. przez lekarzy zdrojowych w Lubieniu przyjęto do wiadomości.

Lwowskie Tow. Ginekologiczne nadesłało druk zawierający uchwały powzięte na zgromadzeniach w dniach 5., 12. i 26. maja 1925. w sprawie przestrzegania zasad deontologii lekarskiej, w sprawie nadużywania tytułu specjalisty ginekologa-akuszerza i w sprawie Kas chorych.

Po dłuższej dyskusji uchwalono zawiadomić Lw. Tow. Ginekologiczne, że Zarząd Izby z przyjemnością dowiedział się o usiłowaniach zmierzających do obrony godności stanu lekarskiego, atoli nie może przyjąć do wiadomości uchwał Towarzystwa w sprawie tytułu specjalisty, ponieważ nie są one oparte na postanowieniach ustawowych i w danym razie nie mogłyby być przeprowadzone przymusowo.

Sprawa przyjmowania do szpitali wojskowych chorych cywilnych weszła po raz czwarty na porządek dzienny. Referent podnosi, że prócz Izb lekarskich warszawsko-białostockiej i poznańsko-pomorskiej wszystkie inne Izby nadesłały opinie i że opinie te są zgodne ze stanowiskiem Izby Lwowskiej. Projekt memoriału, przedłożony przez referenta, dał podstawę do szerokiej dyskusji, w której z jednej strony podnoszono dobrodziejstwa dla ludności cywilnej płynące z współpracy szpitali wojskowych w leczeniu chorych nie wojskowych, z drugiej strony zwracano uwagę na niewłaściwość pobierania przez lekarzy szpitalnych honorarijów osobnych od chorych cywilnych i na brak instrukcji regulującej sprawę. Uchwalono wysłać do Min. spraw wojsk. pismo z propozycją odwołania pozwolenia na przyjmowanie chorych cywilnych do szpitali wojskowych w tych miejscowościach, gdzie nie zachodzi tego potrzeba, a utrzymania w mocy pozwolenia tylko tam, gdzie niema szpitali cywilnych lub gdzie liczba łóżek w szpitalach cywilnych jest niewystarczająca. Nadto w piśmie ma być wyrażona prośba o wydanie instrukcji. Odpisy będą wysłane do N. I. L. i do tych Izb, które solidaryzowały się ze stanowiskiem Izby Lwowskiej, z prośbą o podpisanie memoriału.

Następnie rozpatrywano jedną sprawę lekarskiego partactwa fryzjera i powzięto uchwały w sprawie zwolnienia dwóch lekarzy od opłat izbowych, w sprawie jednego zażalenia na lekarza i jednego zatargu lekarzy, w sprawie reklamowania się jednego z kolegów w sposób uwłaczający godności lekarza, wreszcie wydano opinię co do udzielenia koncesji na aptekę publiczną.

Posiedzenie Zarządu w dniu 10. czerwca 1925.

Redakcja miesięcznika „Lekarz Polski“, wychodzącego w Warszawie, nadesłała numer okazowy i prosi o nadsyłanie komunikatów z Izby. Uchwalono zaprenumerować pismo.

Projekt cennika lekarskiego, nadesłany przez Województwo Tarnopolskie, po porównaniu z cennikiem Województwa Lwowskiego, uznano za nadający się do przyjęcia.

Na doniesienie lekarzy Lwowskiej I. L. praktykujących sezonowo w Krynicy, że Izba Krakowska żąda od nich pełnej opłaty izbowej pod zagrożeniem egzekucji, uchwalono doradzić żalącym się Kolegom, aby opłatę uiszcili i wnieśli rekurs z powołaniem się na postanowienia art. 18. ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej, na mocy którego lekarz nie może należeć do dwóch Izb lekarskich.

Projekt pisma Prezydium Izby do Marszałka Sejmu w sprawie nowelizacji ustawy o Kasach chorych przyjęto do wiadomości.

Przewodniczący Izby w dniu 10. VI. wziął udział w posiedzeniu zwołanym przez Komisję Sejmową dla zbadania działalności Lwowskiej Izby Skarbowej. Mówca podniósł na posiedzeniu, że do Izby wpłynęły liczne zażalenia na zbyt wysoki i nierównomierny w rozmaitych Inspektoratach podatkowych wymiar podatku, nadto zwrócił uwagę na to, że w niektórych komisjach szacunkowych niema delegatów lekarzy. Ze sfer skarbowych zauważono, że lekarze są stosunkowo niżej opodatkowani, niż n. p. drobni przemysłowcy i rekordzielnicy.

Komitet wykonawczy Kasy pensyjnej Izby przedkłada wniosek, aby dla kobiet lekarek opracować inną normę opłat do Kasy pensyjnej, gdyż mężowie ich nie będą korzystali z ubezpieczenia wdowiego — wypada więc pobierać od kobiet lekarek tylko opłaty na ubezpieczenie starcze, inwalidzkie i sieroce. Uchwalono sprawę przedłożyć z wnioskiem przychylnym najbliższemu Zebraniu Rady Izby.

Następnie rozpatrywano sprawę zakładu fizyko-terapeutycznego, otworzonego przez Dr. R. w T. Powzięto uchwały w sprawie jednego zatargu między lekarzami, w sprawie zażalenia Sądu państw. na lekarza i zażalenia aptekarza na lekarza. Wydano dwie opinie w sprawie wysokości honorarium lekarskiego. Udzielono zapomogi 2 wdowom po lekarzach, każdej 50 zł.

W końcu Przewodniczący podnosi sprawę przygotowania wyborów do Rady Izby Lek., które przypadają z końcem r. 1925., po upływie trzyletniej kadencji obecnej Rady I. Pierwszą czynnością będzie ogłoszenie dnia wyborów i listy uprawnionych do głosowania.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

x Zjazd koleżeński. Lekarze, którzy ukończyli studia lekarskie w Warszawie w roku 1890, przetrzymali się o podanie swych adresów niezwłocznie celem omówienia sprawy Zjazdu koleżeńkiego. Zgłoszenia przyjmuje dr. Cz. Stankiewicz, Złota 3, w Warszawie.

x W sprawie podatku dochodowego. Z wielu stron dają się słyszeć skargi lekarzy na Urząd podatków i opłat skarbowych w Warszawie, który, nie licząc się z warunkami, w jakich obecnie żyjemy, uznaje za możliwe podnosić, niekiedy bardzo znacznie, stawki podatku dochodowego na rok bieżący w stosunku do opłacanych w r. 1924. Rzecz jasna, iż podobne postępowanie Urzędu skarbowego wywoła długi szereg reklamacyj, najzupełniej uzasadnionych, co przysporzy władzom skarbowym pracy i kłopotu. Mamy nadzieję, iż Ministerstwo Skarbu, uwzględniając ciężkie położenie materialne, w jakim znajduje się ogół lekarzy w związku z przeżywanym przez kraj kryzysem finansowym, okiełzna nadmiernie wybujały a krzywdzący fiskalizm swych niższych organów, rozumiejąc dobrze, że »z pułstego nie należy«.

x Z Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. Posiedzenie plenarne członków Towarzystwa odbyło się w dniu 8 października b. r. Porządek dzienny obejmował sprawę wyborów do II. Rady Izby Lekarskiej oraz odczyt prof. W. Grzywo-Dąbrowskiego: Zagadnienie sztucznego przerwania ciąży.

x Szpitale Warszawskie. »Kronika Warszawy« podaje ciekawe dane, dotyczące szpitali warszawskich. Otóż liczba łóżek etatowa wynosi w Warszawie ogółem 5193. Największą liczbę łóżek posiada Szpital Starozakonnny (1094), po nim idzie Szpital Dz. Jezus (1046). Najmniejszym z 17 szpitali warszawskich jest Zakład położniczy św. Elżbiety (50 łóżek). Podług oddziałów łóżka dzielą się w sposób następujący:

Oddziały: Wewnętrzne 1571, dla ostrożakaźnych 387, dla chorionków 20, chirurgiczne 1073, urologiczne 40, ginekologiczne 191, położnicze 414, oczne 174, gardlane 41, skórne 281, weneryczne 260, nerwowe 152, psychiatryczne 460, obserwacyjne 65, dla pokaszanych 65 łóżek. W zestawieniu powyższemu uderza niepomiarowo niska liczba łóżek, przeznaczonych dla chorób kobiecych i chorionków.

x Ze Szpitala Dzieciątka Jezus. Magistrat zatwierdził plan sytuacyjny Szpitala Dz. Jezus z rozmieszczeniem budynków istniejących oraz projektowanych w najbliższym czasie inwestycji. Szpital Dz. Jezus, zdaniem sfer kompetentnych, wymaga stanowczo rozszerzenia i powiększenia zgodnie z wymaganiami nowoczesnej higieny. Plan, sporządzony przez architekta Borawskiego, przewiduje budowę pawilonu wodoleczniczego mechanoterapii i roentgenologii z salami chorych, budowę pawilonu obserwacyjnego, dobudowę sal operacyjnych i inne roboty budowlane.

x Z Miejskiego Instytutu Higienicznego. Podług sprawozdania z działalności Miejskiego Instytutu Higienicznego za czas od 1 stycznia 1915 r., w okresie tym wygłoszono z ramienia Instytutu 67 odczytów (107 godzin wykładowych) w celu spopularyzowania najważniejszych zagadnień sanitarnych. Odczyty te wygłaszane były w lokalach organizacji społecznych i zawodowych i cieszyły się zainteresowaniem. Przeważnie odbywały się one cyklami, obejmującymi sprawy najważniejsze dla ludności miasta: walkę z chorobami zakaźnymi, gruźlicą, walkę z alkoholizmem, higienę pracy zawodowej, pierwszą pomoc w nagłych wypadkach, higienę życia codziennego i t. d. Cykl wykładów poprzedzała zwykle pogadanka o budowie ciała ludzkiego. W omawianym okresie zorganizowano trzymiesięczny kurs sanitarny dla harcerów warszawskiej chorągwi harcerskiej, który ukończyło 45 dziewcząt, otrzymując świadectwa.

x Opieka nad dzieckiem i matką. W Mokotowie przy ul. Puławskiej uruchomiono stację opieki nad dzieckiem i matką przy istniejącym »Ośrodku Zdrowia«. Przychodnia dla matek i dzieci ma na celu systematyczne oględziny niemowląt i dzieci, udzielanie wskazówek co do żywienia, higieny osobistej oraz zapobieganie chorobom wieku dziecięcego. Przychodnia ma pielęgniarki, które odwiedzać będą rodziny w ich domach, wpajając zasady higieny i pouczając matki, jak chować dzieci, aby je ustrzec od chorób i śmierci. Stacja opieki nad matką i dzieckiem w Mokotowie powstaje jako jeden z działów »Ośrodka Zdrowia«, ufundowanego przez jen. dyr. służby zdrowia, min. pracy i opieki społecznej, magistratu m. st. Warszawy, państwową szkołę higieny przy wydatnej pomocy fundacji Rockefellera. Współpracę przyobiecła również Kasa chorych m. Warszawy. Do komitetu organizacyjnego wchodzi: dr. Czesław Wro-

czyński, jeneralny dyrektor służby zdrowia, Dr. Krakowski, naczelnik wydziału opieki nad młodzieżą i dziećmi w Min. pracy, dr. W. Bogucki, naczelnik wydziału magistratu m. st. Warszawy; dr. J. Celarek, dyrektor państwowego Zakładu higieny, i p. Bevier przedstawiciel fundacji Rockefellera.

x Przychodnia przeciwmalaryczna. Staraniem stacji higieny zapobiegawczej w Mokotowie otwarto bezpłatną przychodnię przeciwmalaryczną, w której chorzy otrzymywać będą wskazówki zabezpieczenia od zimnicy, chorzy zaś na zimnicę korzystać będą z bezpłatnego leczenia oraz specjalnego badania krwi. Przychodnia czynna jest we wtorki, czwartki i soboty od godz 8^{1/2} do 10 godz. rano.

Sanatorium dla gruźliczych na Helu. Magistrat m. st. Warszawy wystąpił do Min. rolnictwa z wnioskiem o wydzierżawienie miastu na lat 30 placu na Helu pod budowę sanatorium dla gruźlików. Potrzebne na ten cel fundusze wstawiono do budżetu wydziału na r. 1926.

x Z Uniwersytetu Warszawskiego. Zawdzięczając uprzejmości Sekretariatu Uniw. Warsz., podajemy do wiadomości listę studentów, którzy w roku akademickim 1924/25 ukończyli studia lekarskie i otrzymali dyplomy: Abramowicz Maurycy Moszek, Adamski Jan Władysław, Amaterdamski Dawid Salomon, Augustyn Stanisław, Aranowicz Izrael, Arjan Aleksander, Bromak Szmul Jankiel, Balukiewiczówna Marja Irena, Budzyński Eugenjusz Sylwester, Brokhusen Wilhelm Wacław, Barciński Jeremi Michał, Berliner Dawid, Biernacka Marta Józefa, Budlewski Kazimierz, Borkowski Wilhelm; Bogusławska Aniela Franciszka, Blumental Nechuma, Bogusławska Halina Celestyna, Bibrowzki Mojżesz Aron, Badowski Piotr Walenty, Borajkiewicz Michał, Ciszkiewicz Henryk Fortunat, Czarnecki Jan, Chmielewski Kazimierz, Ciechanowski Aleksander, Cesarz Józef, Cywiński Karol Marjan, Ceremov Zewojfn, Chylewski Włodzimierz Robert, Długa Salomon, Dąbrowski Bazyl Henryk, Dobrowolska Jadwiga, Dębski Walenty Antoni, Donatt Władysław Gotfryd, Dreszer Ryszard Alfred, Dorosłowacki Dymitr, Thomson-Długosiewiczowa Janina Eugenia, Dzwonkowski Ludwik, Dąbrowska Jadwiga, Dziewczepelski Abram, Danejkówna Aleksandra, Davidson Moszek, Erlichówna Marta Anna, Edelman Samuel, Eljasberg Michał, Eysymontt Tadeusz Maciej, Fiszmann Fewel, Feldman Mojżesz, Ferneberg Abe, Fiderkiewicz Alfred, Frenkiel Bhaim Izrael, Forbent Chl vel Henryk, Fajenberg Mortchel, Fajnsztajn Ludwik, Flancerówna Raszka, Flery Witold, Grzybowski Józef, Gauze Jan, Gorfinkiel Jozue Juljan, Goldinberg Majer, Gelbfisz Benjamin, Gleichgewicht Fajwel. Dalszy ciąg listy podamy w następnych numerach.

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek, dnia 6. listopada r. b. w sali wykładowej Kliniki lekarskiej (Pijarów 4) o godzinie 6-tej wieczorem. Porządek dzienny: 1. Pokazy chorych. 2. Wykład Kol. J. Greka: »Sepsis meningococcica«.

K. Zgórski, przewodniczący. K. Tyńska, sekretarz doroczny.

Zmarli.

Dr. Górski Ludwik, lekarz Kasy Chorych m. Warszawy, zmarł dnia 15 sierpnia r. b. przeżywszy lat 64.

Dr. Lenartowicz Piotr, wybitny lekarz prowincjonalny, zmarł w Pułtusk.

Dr. Kirnsztajn Józef, major Wojsk Polskich, naczelny lekarz 8-go pułku artylerji polowej w Płocku.

Dr. Sadowski Michał, b. redaktor »Medycyny«, b. lekarz naczelny szpitala Wojskiego w Warszawie, zmarł w wieku w lat 68.

Prof. Dr. Józef Kazimierz Ziemacki, prof. chirurgji, pierwszy prorektor Uniwersytetu Stefana Batorego, zmarł w Wilnie.

KONKURS.

MAGISTRAT m. KAŁUSZYNA

ogłasza

konkurs na posadę lekarza miejskiego i szkolnego w m. Kałuszynie z poborami według VIII. kategorii plac urzędników państwowych, samotnego.

Do podania dołączyć należy odpisy dokumentów, oraz własnoręcznie skreślone curriculum vitae.

Pożądana kilkuletnia praktyka. Termin składania podań do 1. XII. (grudnia) r. b. Posada do objęcia od 1. stycznia 1926 r. Podania nieuzasadnione pozostaną bez odpowiedzi.

Burmistrz: (—) Stasiak.

Lwowska Fabryka Chemiczna „TLEN“

Spółka z ogr. odp. Lwów—Zamarstynów.

Adres telegr. „TLEN—LWÓW“

Telefon Nr. 475.

poleca łaskawej uwadze PP. Lekarzom znane ze swej dobroci:

Sole do kąpieli z CO₂ (a la Nauheim)

Sole do kąpieli siarczane z CO₂

„ „ „ balsamiczno-sosnowe z CO₂

„ „ „ jodowo-bromowe z CO₂

„ „ „ żelazisto-borowinowe z CO₂

Sól żelazisto-borowinowa (na wzór Franzensbad)

Balnosan, stężona esencja sosnowa.

Mydła lecznicze i dezynfekcyjne.

Środki do pielęgnowania ust i zębów:

Woda do ust »Tlen«

Krem do zębów »Tlen«

Proszek do zębów »Tlen«

Wzory powyższych preparatów wysyłamy na żądanie PP. Lekarzom gratis i franco.

HYDROPIPEROL „EGE“

WEWNĘTRZNIE,
NIEZAWODNIE „HAEMOSTYPTICUM.“

Stosowane w wypadkach ciężkich krwawień, jak: metrorrhagia, haematuria, haemorrhagia ventriculi, pneumorrhagia; w zaburzeniach w miesiączkowaniu. Kliniczne badania Petersburskiej Akademii Medycznej wykazały dodatnie rezultaty działania HYDROPIPEROLU „EGE“ w wypadkach, w których nie skutkowały: Sporysz (secal. cornut). Styptycyzna i wyciąg Gorzknika Kanadyjskiego (Rhizom. Hydrast. Canad).

Prof. M. Krawków — „Ruskij Wracz“ (1921 r. Nr. 7., pisząc o HYDROPIPEROLU (Alcoholisat. Polyg. hydrop. L), nazywa go doskonałym środkiem krwiotamującym.

Hydropiperol „EGE“ prócz wysokiej wartości terapeutycznej posiada i tę przewagę, iż jest znacznie tańszy od innych tego rodzaju preparatów.

W sprzedaży Hydropiperol „EGE“ znajduje się w opakowaniu: Oryg. flakon 25 grm. w pudeł. Opakowanie kliniczne i kas chorych 12 flak. 25 grm. w pudeł. Zatw. przez M. Z. P. za N. reg. 21.

Fabryka Chemiczna „EGE“ EDWARD GOBIEC i S-ka

WARSZAWA, Burakowska 15. — — Telefon Nr. 222-03.

GONOREIN „MOTOR“

Kapsułki przeciw rzeżączce
tak ostrej jak i przewlekłej

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akc. „MOTOR“
Warszawa, Marszałkowska 23.

PURGOSAN „MOTOR“

Środek przeczyszczający w pastylkach, zawierający po 0,12 fenolftaleiny i 0,18 masy kakaowej,

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akc. „MOTOR“
WARSZAWA, Marszałkowska 23.