

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. Emanuel Machek.

Lwów.

O uszkodzeniach narządu wzrokowego, powstałych poza linią bojową, z wybuchu odnalezionego amunicji.

Uszkodzenia narządu wzrokowego przez wybuchające przyrządy wojenne poza frontem były w byłej Galicji wschodniej częstsze, niż na innych ziemiach, które wojna nawiedziła. Z końcem roku 1914 austriacka armia cofała się przez całą Galicję aż po Kraków, a w kilka miesięcy później pobita armia rosyjska uchodziła aż poza Zbrucz. W roku 1916 zajmuje Brusilow znowu wschodnią część kraju, poczem się cofa w głąb Rosji. Po rozpadzie Austrii Ukraińcy cofali się przez kraj, położony na wschód od Lwowa, a w roku 1920 także bolszewicy. Podczas tego kilkorazowego przewalowania naszych stron porzucały uchodzące wojska amunicję i broń, które ludność miejscowa odnaczała i doprowadzała do wybuchu. Stąd powstawały poza frontem różne wojenne uszkodzenia, a także liczne uszkodzenia narządu wzrokowego. Liczba w ten sposób uszkodzonych przypadków ocznych, które widziałem, przechodzi 1000.

Najliczniej zgłaszali się »uszkodzeni poza frontem« w roku 1916 i 1917, a więc bezpośrednio po wycofaniu się Rosjan. W tym czasie przyjęto na stałe leczenie do kliniki 307 ciężkich obrażeń ocznych. Spostrzeżenia, które poniżej podaję, dotyczą tylko chorych tego okresu. Spostrzegłem ich przez cały czas leczenia, od początku do końca, przeważnie sam, mając w tym czasie tylko jednego asystenta, gdyż inni byli na wojnie.

Uszkodzeni pozafrontowi różnią się od uszkodzonych na froncie i przedstawiają odmienny kliniczny materiał chorych. Pierwszą różnicę stanowi wiek. Na 307 uszkodzonych 293 osób t. j. 95,5%, miało lat od 8 do 20, pomiędzy tymi było dwoje dziewcząt, ponad lat 20 osób 14 t. j. 4,5%, w tem tylko dwie osoby miały ponad lat 50. Z uszkodzonych 92% należało do stanu włościańskiego, reszta do rodzin rzemieślników i małomieszczan, pomiędzy którymi było kilku studentów. Uszkodzenia tedy dotyczą dzieci i młodych chłopców, co pozostaje w związku z tem, że właśnie oni odnaczała na polach przyrządy amunicyjne, a nie znając doniosłości niebezpieczeństwa, obchodzili się z nimi nieostrożnie i doprowadzają je do wybuchu.

Mechanizm uszkodzeń jest również inny, niż na froncie. Cechą jego jest wybuch w pobliżu. Wpływa na to naprzód rodzaj odnalezionych przyrządów wybuchowych. Do nich należą miedziane kapsle i różne inne przyrządy (zundery), które mają n. p. miny do wybuchu doprowadzić, naboje rewolwerowe i często porzucane patrony karabinowe, dalej krótkie patrony, którymi się nabija miny, i znowu większe pudełka z wybuchową masą, najczęściej z metalową mosiężną obwódką, używane do wysadzania mostów, zasieków i okopów (armja niemiecka); czasem odnaczono już podłożone miny, których uchodzące wojska do wybuchu nie doprowadziły. Rzadziej były przyczyną uszkodzeń odnalezione bomby, szrapnele i granaty ręczne. Składu przyrządów wybuchowych nie mogliśmy we wszystkich przypadkach z potrzebą dla celów naszych dokładnie stwierdzić. Byłoby pożądanem wiedzieć dokładnie, z jakiego metalu wyrabia się łuski naboju, płaszcze granatów i szrapneli, jaki jest skład materij wybuchowych, jakie ich domieszki, gdyż cząstki tych ciał dostają się do oka.

Przedmioty amunicyjne wybuchły zbliska, najczęściej w rękę, odrywały palce, kaleczyły ręce i oczy, które były właśnie zwrócone na przedmiot wybuchający. Najczęściej uszkadzały wybuchy patronów karabinowych, których łuski, zdaniem chłopców, przydatne są na cygarnice, byle je uwol-

nić od zawartości, podobnej do gliny. Często chłopcy przedmioty wybuchowe wrzucali w piec lub ogień, śledząc oczami co się stanie.

Uszkodzenia od granatów ręcznych i szrapneli już były podobniejsze do frontowych. Odłamki tych pocisków, tak jak na polu walki, uszkadzały oczy już z pewnej odległości, gdyż bliżej stojących zabijały. W jednym przypadku granat ręczny wrzucony w ogień zabił 6 chłopców, piekących kartofle, siódmy, którego wysłano po wodę, znajdował się jeszcze o 15 kroków od ogniska. On opowiedział przebieg wypadku. Było to ostatnie zdarzenie, które widział, stracił bowiem oba oczy.

Do cech pozafrontowych uszkodzeń wojennych należą w dalszym ciągu: 1. Wielorakość uszkodzeń. Jest ich w każdym przypadku większa ilość, n. p. liczne ciała obce na twarzy, rany powiek, często różnorakie uszkodzenia oczu. Wszystkich rozpoznań, licząc tylko ich jakość, a nie ilość, było u naszych 307 chorych — 2.120, a więc 7 na jednego. U jednego z naszych chorych, uszkodzonego na twarzy i obu oczach, było 12 uszkodzeń, z których każde wymagało klinicznego leczenia. 2. Stosunkowo często zdarzają się uszkodzenia obu oczów i obustronne skaleczenia dodatkowych części narządu wzrokowego. Stwierdzono to u 150 z naszych chorych, co czyni blisko 50%. Z innych uszkodzeń najczęstsze były uszkodzenia rąk, piersi, twarzy i głowy. 3. Gwałtowność i wielka siła, z którą działały wybuchy. Tego dowodzi zmiążdżenie oka w 4 przypadkach, rozległe rozerwanie rogówki i twardówki w 10 przypadkach, większe szczeliny powiekowe 14 razy, rany na twarzy i powiekach w 30%; kilka razy przebiły ciała obce powieki i ugrzęzły w oku lub oczodole. Zdarzały się także przypadki, że ciała obce przebiły gałkę oczną na wylot. Za gwałtownością uszkodzeń przemawia także spostrzeżenie, że na 126 oczów, których ściany przebiły ciała obce, w 49 nie było poczucia światła, w 47 złe poczucie z brakami w polu widzenia. W wykazach skaleceń wojennych przez ciała obce, tylko wyjątkowo wspominają autorzy o badaniu poczucia światła, którego wyniki mają tak wielkie znaczenie w rokowaniu. Wyjątek stanowi wykaz kliniki budapeszteńskiej, w którym podaje Palič Szanto, że na 143 na froncie uszkodzonych oczów 87 razy poczucie światła było upośledzone, co czyni 60,7%, w naszych zaś pozafrontowych uszkodzeniach w 78,4%. 4. Ciała obce, uszkadzające oczy, były tylko wyjątkowo większe, najczęściej małe a liczne. Większe ciała albo zabijały albo sprowadzały uszkodzenia, wymagające leczenia na oddziałach chirurgicznych. 5. Dalszem powikłaniem naszych przypadków było późne zgłaszanie się w klinice. Było to nietylko następstwem nieporadności rodzin uszkodzonych, ale także stosunków wojennych. Ostre zarządzenia utrudniały komunikację z powodu obawy szpiegostwa, przenoszenie się z miejsca na miejsce połączone było z licznymi urzędowymi formalnościami; pociągi kolejowe tygodniami dla niewojskowych nie były przystępne albo ruch pociągów wogóle wstrzymany. To opóźnienie rozpoczęcia leczenia wpływało niekorzystnie na wynik leczenia przypadków poza frontem uszkodzonych, a wyniki lecznicze na froncie przy natychmiastowej pomocy mogły być lepsze. I tak zgłasza się 3 chłopców już z ropieniem całej gałki, 9 ze zropiałą rogówką, 9 z garbiakiem rogówki, 42 z bolesnem zapaleniem jagodówki i z rozpoczynającym się zanikiem gałki a z przypadków z ciałami obcymi w oku, zgłosiło się 62 później, niż 3 miesiące po wypadku.

Już z początkiem wojny na tym materiale poczyniliśmy spostrzeżenia, które w wielu kierunkach pogłębiły nasze wiadomości. Ważniejsze dotyczą zachowania się wojennych ciał obcych wobec elektromagnesów, leczenia oczów z ciałami obcymi i cierpienia współczulnego z obrażeń wojennych. Licząc się z dzisiejszymi trudnościami publikacji, chcę z tych

spoprzeżeń podać, z pominięciem szczegółów, ostateczne tylko wyniki.

Z drobniejszych zabiegów leczniczych chcę naprzód zwrócić uwagę na wyniki leczenia po uszkodzeniach oczów dynamitem, powstałych skutkiem wybuchu min. Hippel w znanej monografii o uszkodzeniach dynamitem uważa je *quoad visum* za nieuleczalne. I w tych przypadkach staranne leczenie dało dobre wyniki. Dynamit jest płynną nitrogliceryną z jakąś przymieszką, która jest konieczną, aby zapobiedz zbyt łatwemu wybuchowi. Jako przymieszki używano w tej wojnie pulehnej ziemi, składającej się ze skorupki wycieczków, a zwanej »kiselgur«.

Przy wybuchu nitrogliceryna doszczętnie się rozkłada, a przymieszka, przez gazy w ruch wprawiona, uderza o oko, i to szczególnie o rogówkę, w którą się głęboko wbija, czasem ją przebija i dostaje się do soczewki lub w głąb oka. Przymieszka kiselguru wygląda, jak żółtawa glina, która wbita w rogówkę załamuje ją. Mimo wyskrobania przymieszki pozostaje żółta plama, a skutkiem skrobania występują często nacieki i ropienia. Mimo trwałych plamek w rogówkach i pomimo potrzeby w dwóch przypadkach usunięcia soczewki wraz z resztkami kiselguru drogą operacji, zdołaliśmy wogóle utrzymać stosunkowo dobrą bystrość wzroku. Worek spojówkowy utrzymywaliśmy, o ile możliwości, w stanie aseptycznym, zapuszczając pilnie sublimat 1 : 5000, a w razie wydzieliny wkrapiając argent. nitr. w roztworze $\frac{1}{4}$ procentowym. Wykrobywanie należy z wielką cierpliwością stopniowo przeprowadzać, a zawsze godzinę przed skrobaniem wcierać świeżo przetopioną wazelinę lub oliwę, które to środki resztki kiselguru rozpułniają. Jeszcze po siódmym skrobaniu mogliśmy wykazać pod lupą drobinki wyskrobanej przymieszki.

Najgłówniejszym leczniczym zadaniem było leczenie przypadków, w których ciała obce przebiły ściany gałki ocznej. Na 307 uszkodzonych u 121 osób utkwili ciała obce w gałce ocznej lub przebiły ją na wylot, co czyni 39,4%, a u pięciu z tych uszkodzonych ciała obce dostały się do obu oczów. Stanęliśmy tedy wobec 126 oczów z ciałami obcymi, mieliśmy tedy sposobność na większym materiale stwierdzić, do jakich możemy doprowadzić wyników leczniczych.

Naprzód zaznaczyć należy, że z początkiem wojny spodziewaliśmy się, że elektromagnes oddadzą nam wielką usługę przy wydobywaniu odłamków pociskowych z oka. Wiadomo, do jakiego stopnia się zawiedliśmy. Podczas wojny wojsko, a szczególnie w roku 1916 armia niemiecka, przysyłała do naszej kliniki często uszkodzonych na froncie, aby wydobyć utkwione w oku ciała obce za pomocą elektromagnesu. O ile chodziło o uszkodzenia postrzałowe, przyrząd Haaba zawodził, o ile zaś o przemysłowe, a takie się także zdarzały w warsztatach na froncie, wydobywaliśmy je bez trudności elektromagnesem. Przyczyny tego dziś już dobrze są znane. W przemyśle dostaje się do oka przeważnie miękkie żelazo, na wojnie zaś skutkiem eksplozji okrucy pocisków, odłamki łusek naboju, odpryski ciał najrozmaitszych, w które pocisk ugodził. Otóż Hertel (1916) wykazał, że metalowe okrucy z pocisków są słabo metamagnetyczne z powodu domieszek manganu i fosforu do żelaza i stali. Domieszka sprawia, że płaszcze pociskowe stają się krucho, rozpadają się na większe okrucy, które skuteczniej ranią, czego właśnie wojna wymaga. Dalej wykazał Hertel, że postać okruców, ostre tychże końce, wygięte brzegi sprawiają, że się mocniej trzymają tkaniny i ścian gałki. W całości okrucy wojenne są okrągłe, przemysłowe podłużne; w przemysłowych tedy się łatwiej grupują przy działaniu elektromagnesu magnetyczne bieguny. Moim zdaniem także siła pędu ciał obcych na wojnie sprawia, że się głębiej wbijają, często przenikają gałkę oczną na wylot, co wykazaliśmy Roentgenem i anatomicznie na wyluszczeniach gałek. Znaczna też część ciał obcych wojennych jest amagnetyczna lub bardzo słabo magnetyczna. Znaleźliśmy w wyluszczonych gałkach miedź, cynę, szkło, kamyczki, tynk, kiselgur i grudki ziemi.

W naszych pozafrontowych przypadkach stosowaliśmy systematycznie, prawie we wszystkich, elektromagnes Haaba,

i to zawsze bezskutecznie, wobec czego musieliśmy stosować inne sposoby leczenia.

Należało tu naprzód odróżnić, czy ciała obce utkwili w oku przed diafragmą, którą stanowi więzadelko Zinna i tylna torebka soczewkowa, a więc w przedniej komórce, tęczę lub soczewce, czy poza nią, a więc w głębi oka.

Przed diafragmą utkwili ciała obce 10 razy. Są to stosunkowo lżejsze obrażenia oka. Były przy przyjęciu chorego widoczne lub można je było rozpoznać w ciągu leczenia, a o ile się znajdowały w zaciemnionej soczewce — Roentgenem. We wszystkich przypadkach była utrzymana pewna bystrość wzroku lub dobre poczucie światła i dobra lokalizacja. Objawy pourazowe zadrażnienia i zaczerwienie nie ustępowały we wszystkich przypadkach w krótkim czasie. W stosownej tedy chwili wydobywaliśmy ciała obce drogą operacji, w trzech wraz z soczewką, zawsze z możebnie najlepszym skutkiem.

Ciała obce, które utkwili poza diafragmą, stanowią już cięższe uszkodzenie oka, nie tylko z powodu umiejscowienia, ile skutkiem wewnętrznych ciężkich uszkodzeń anatomicznych, gdyż uderzały z większą siłą i głębiej wchodziły. Dowodzi tego, jak już wspomnieliśmy, to, że na 126 oczów w 96 albo nie było poczucia światła, albo znaczne upośledzenie tegoż z brakami w polu widzenia (76,2% oczów). Znaczna część tych gałek musieliśmy wyluszczyć (77), a badania anatomiczne wykazały rozległe i ciężkie zmiany śródgałkowe. Naprzód znaczne krwotoki do ciała szklistego, dalej zranienia i przedarcia siatkówki, dość często krwawe podbiegnięcia siatkówki, oderwania tejsze różnego stopnia aż do lejkowatego, zapalenia urazowe, nacieki i blizny około ciał obcych, blizny w ciałku szklistem, wykazujące drogę, którą przeszło ciało obce. W przypadkach, w których dopiero po jakimś czasie wyluszczone gałkę oczną, blizny wciągały ściany gałki w głąb oka, a wewnętrzne błony gałki, czasem wraz z soczewką ku miejscu przebicia twardówki przez ciało obce, skutkiem czego odrywały nawet naczyniówkę od twardówki. W ciałku szklistem były ropnie niedrobnoustrojowego pochodzenia, otaczające ciała obce, szczególnie miedź i mosiądz, które najczęściej bywały nie wielkie. Rozleglejsze były drobnoustrojowe ropnie, otaczające odpryski drzewa i grudki ziemi. Obrzmienia nerwu wzrokowego (*papillitis*) częściej można było rozpoznać już gołym okiem.

Wyjątkowo się tylko zdarza, że ciała obce, utkwione poza diafragmą, są widoczne, co w naszych przypadkach tylko trzy razy się zdarzyło. U 20-letniego jeńca, Rosjanina z Orła, którego nam Niemcy oddali w leczenie, były widoczne dwa ciała obce w głębi oka. Były to świeżące okrucy mosiądzu, z których jeden zawisł w więzadelku Zinna, drugi utkwił na dnie przy brzegu tarczy nerwu wzrokowego. Znosił ciała obce dobrze. Przyjęliśmy go później na służącego szpitala i spostrzegaliśmy go przez 2 i pół roku i w tym czasie żadne objawy podrażnienia nie wystąpiły. Przed powrotem do swojej ojczyzny przedstawiłem go w Towarzystwie Lekarskim lwowskim. Zatrzymał 6/18 bystrości wzroku. W drugim przypadku wydobyliśmy ciało obce, miedź, cięciem południkowym. W trzecim, moeno podrażnionym, widoczne było pierwszego dnia po uszkodzeniu ciało obce w ciałku szklistem, drugiego dnia zapalenie infekcyjne je zasłoniło. Po wyluszczeniu gałki okazało się że ciało obce było grudką ziemi.

Z pozostałych 113 oczów z niewidocznymi ciałami obcymi już 96 *quoad visum* było straconych z powodu złego poczucia światła, a w kilku innych z dobrem poczuciem światła, reakcyjne lub infekcyjne zapalenie pourazowe wykluczało zabieg operacyjny. W dwóch przypadkach, w których ciało obce na wylot oko przebiło, co stwierdzono Roentgenem, bolesne zapalenie jagodówki zmusiło nas do wyluszczenia gałki. Badanie wyluszczonych gałek wykazało otwory wejścia i wyjścia ciała obcego. Z tego wynika, że uszkodzenia głębszych części oka przez ciała obce wojenne najczęściej uniemożliwiają nawet w przypadkach, w których ciało obce przeleciało ciało obce przez oko, utrzymanie kształtu gałki ocznej. Już samo pourazowe zapalenie, chociaż nie pozostaną ciała obce w oku, prowadzi często do zaniku oka, a jeżeli sprawa jest

bolesna, zmusza nas do wyłuszczenia gałki. Zapatrywanie, że wydobyć ciała obce może utrzymać prawidłowy i estetyczny kształt gałki ocznej, jest najczęściej błędne.

Dodać tu muszę, że technika wydobywania ciał obcych, niewidocznych pomimo najdokładniejszego umiejscowienia za pomocą Roentgena, przedstawia poważny zamach na oko. Wydobywałem umiejscowione ciała obce z oczów, które już z powodu braku poczucia światła i bolesności były przeznaczone na wyłuszczenie, i przekonałem się, że destrukcje, powstałe skutkiem wydobywania, są znaczne. Jak wielkie są trudności wydobywania ciał obcych, przekonało mnie następujące doświadczenie. Świeżo wyłuszczone gałki ustalano nitkami na deszczułkach, zlokalizowano Roentgenem położenie ciał obcych, poczem je wydobywano. Blizny bywają omal tak twarde, jak ciała obce, nie zawsze dana jest pewność, że uchwyciliśmy ciała obce szczypcami. Wobec tych trudności dążyć należy do wydobywania ciał obcych w prześwietleniu Roentgena, do czego należy aparaty przystosować, aby operację można wykonać w leżącej pozycji chorego. Mogłoby to być skuteczne, jeżeli ciała obce są wyraźnie przy przyswietlaniu widoczne, dość wielkie, w przedniej części gałki położone, gdzie są łatwiej widoczne, a wreszcie przystępniej umiejscowione. Wydobywanie ciał obcych wojennych w oświetleniu Saksy jest utrudnione z powodu zaciemnień środków łamiących. Przekonałem się, że prześwietlenie przez rogówkę lub twardówkę jest niedostateczne. Telefon i metalofon są tylko pomysłami teoretycznymi.

Z powyższych przytoczonych spostrzeżeń wynika: Jeżeli ciała obce, których elektromagnesem wydobyć z oka nie można, są widoczne i położone przed diafragmą, albo, chociaż są niewidoczne, znajdując się w zaciemnionej soczewce, dadzą się Roentgenem umiejscowić, należy je wydobyć drogą operacji. Jeżeli się znajdują w głębi oka i są widoczne, wtedy wydobyć jest technicznie zawsze możebne. Ponieważ jednakże zabieg operacyjny, jako taki, stanowi ciężki zamach na oko, o czym nas przebieg pooperacyjny poucza, należy je w oku w tych przypadkach pozostawić, w których ciała obce są małe, a oko je bez zadrażnienia znosi (mosiądz, szkło, czasem drobne odłamki miedzi). Jeżeli ciała obce w oku są niewidoczne, należy je umiejscowić Roentgenem, a gdyby położenie tychże było takie, że operator może je wydobyć bez cięższych uszkodzeń wnętrza oka, to należy operację jak najwcześniej wykonać. Później utrudniają wydobyć wypociny, otaczające ciała obce, a operacja może być przyczyną dalszego zniszczenia i zaniku gałki. Udać się może wydobyć, jeżeli ciała obce są dobrze zlokalizowane, przystępnie umiejscowione, a więc utkwily w przedniej części gałki i blisko ścian dostępnych. Wogóle wydobyć niewidoczne ciała obce jest pomimo dokładnie znanej lokalizacji rzeczą przypadku. Do najszcześliwszych przypadków należą te, w których ciała obce po dobrze obliczonym cięciu twardówkowym z oka wyskoczy. Wydobyć ciała obcych w wojennych przypadkach utrudnia zadrażnienie i zapalenie pourazowe lub już rozpoczynający się pozapalny zanik gałki. Wydobywanie niewidocznych ciał obcych z oka bez poczucia światła dla ratowania postaci oka najczęściej do celu nie prowadzi, gdyż, jak doświadczenie uczy, nawet operacja, w której się udało wydobyć ciało obce, wykonana w oku już tak ciężko uszkodzonym, przyspiesza tylko zanik gałki. Jeżeli tedy poczucie światła się do tego stopnia obniżyło, że oko dla widzenia nie ma wartości a tkwi w niem ciało obce, to należy je wyłuszczyć.

Mówiąc o wskazaniach operacyjnych, nie wspominałem o cierpieniu współczulnym.

Doświadczenia bowiem wielkiej wojny zapatrywania nasze na sprawę cierpienia współczulnego zmieniły radykalnie. Z początku tejże wykonywano wiele zapobiegawczych wyłuszczeń gałki z obawy, aby współczulne cierpienie nie wystąpiło, i zdawało się, że częste wyłuszczenia są przyczyną tego, że po wojennych ciałach obcych współczulnego cierpienia nie spostrzegaliśmy. W marcu 1916 miałem już w klinice 32 chorych z ciałami obcymi w oku, których później niż 3 miesiące po zranieniu przyjęliśmy do kliniki. U żadnego z nich cierpienia współczulnego nie było, chociaż już minął czas kry-

tyczny od 6 do 12 tygodni, w którym cierpienie współczulne najczęściej występuje. To spostrzeżenie mnie już w roku 1916 przekonało, że wogóle po wojennych ciałach obcych współczulne cierpienie conajmniej bardzo rzadko występuje. Późniejsze spostrzeżenia potwierdziły moje zapatrywania. Widzieliśmy w czasie wojny wielu jeszcze chorych, którym nie wyłuszczono oka, w którym tkwiło wojenne ciało obce, a ani razu nie widzieliśmy współczulnego cierpienia. Pochodzi to, moim zdaniem, stąd, że ciała obce z wybuchów są wogóle czystsze, niż ciała, które przy pracy przemysłowej od młota i kowadła się do oczów dostają, i że wybuch niszczy chorobotwórcze ustroje, które, jak kliniczne spostrzeżenie poucza, są niewątpliwie przyczyną cierpienia współczulnego. F. Dimmer (Klin. Monatsblätter. Tom 57 p. 257) podaje, że na wojnie dlatego się nie zdarza współczulne cierpienie z ciał obcych w oku, że młodzi i zdrowi żołnierze nie mają do cierpienia tego usposobienia. Występuje ono najczęściej u wątłych i gruźliczych osobników i u źle odżywionych dzieci, a z pomiedzy żołnierzy wyłącza się przy poborze nie zupełnie zdrowych. Otóż nasze spostrzeżenia wykazały, że także u dzieci, chociaż są źle odżywiane, wycieńczone, limfatyczne, często tuberkuliczne, cierpienie współczulne nie wystąpiło.

Kiedy mowa o pozafrentowych wojennych uszkodzeniach ocznych, trudno nie dodać, że właśnie u nas, z powodu wielkiej liczby przypadków i ciężkich uszkodzeń, urosły one do rozmiarów poważnej klęski społecznej. Już z naszych 307 chorych utraciło jedno oko 152, u 120 ucierpiało dwuoczną bystrość wzroku, gdyż na obu oczach pozostawiły uszkodzenia znaczne ślady, a jedenastu uszkodzonych, straciwszy oba oczy, ociemniało niepowrotnie. Okaleczeli i ociemnieli — dzieci i młodzi chłopcy, których to spotkało u początku życia. Pragnęłoby należało, aby przynajmniej każdy z ociemniałych znalazł kogoś, ktoby go pouczyć umiał, że poza tem, czego się dotknąć może ręką, są jeszcze wartości, które mogą rozjaśnić ciemności jego duszy.

Karol Mayer, profesor uniw. poznań.

Poznań.

O sztucznym odżywianiu za pomocą fizjologicznie przetrawionych pokarmów.

Doniesienie I.

Pomimo niezaprzeczenie znacznych postępów fizjologii trawienia, nie można jeszcze wyświetlić całej przeróbki miazgi pokarmowej w tajemniczej pracowni jelita cieńkiego. Nie wiadomo nawet, jakie przetwory rozszczepionego pokarmu ulegają wessaniu. Z chwilą odkrycia tych ciał rozkładowych, zdolnych do wessania, sprawa sztucznego odżywiania i zastąpienia fizjologicznego trawienia byłaby praktycznie rozwiązana. Póki nie zdołamy sztucznie naśladować tego całego labiryntu przemian pokarmu w czasie trawienia, póty dotychczasowe sposoby sztucznego odżywiania będą zawodzić. Mimo tego nieubłagalnego dotąd pewnika, próbuje się nadal rozmaitych sposobów celem zastąpienia naturalnego trawienia. Nie ulega bowiem wątpliwości, że w wielu poważnych stanach chorobowych leczenie staje się dlatego zupełnie bezsilne i nie zdoła w nich zapobiedz przedwczesnemu zejściu śmiertelnemu, ponieważ niema możliwości utrzymania ustroju w równowadze azotowej, jeżeli trawienie w jelicie cienkim jest znacznie upośledzone, lub wprost zupełnie uniemożliwione. Niestety wszelkie wlewania odżywek, czy to do odbytnicy, czy też do żył, jamy otrzewnej lub podskórnie nie zastępują ani w przybliżeniu odżywiania fizjologicznego. Zawiodły one zarówno w chorobach, w których brakuje nieodzownych wydziałin narządów trawiennych lub przyjmowanie pokarmów przez usta jest z jakichkolwiek powodów utrudnione, wykluczone lub przeciwwskazane, jakoteż w takich, zbyt częstych przypadkach, gdzie przewód pokarmowy z powodu znacznie upośledzonej czynności ruchowej lub wydzielniczej zdoła przetrawić tylko drobną, niedostateczną ilość pożywienia. Z tych

też przyczyn nie udaje się tuczenie, które n. p. w gruźlicy stanowi główny środek leczniczy.

Conditio sine qua non zastąpienia fizjologicznego odżywiania jest dostarczenie ustrojowi tych samych składników odżywczych, jakie ulegają wessaniu podczas trawienia. Ponieważ ich nie znamy i nie umiemy sztucznie wytwarzać, przeto rozejrzyjmy się po całej przyrodzie, czy u innych istot nie zdarzają się podobne potrzeby, wobec których przyroda nie zachowuje się biernie, lecz umie sobie doskonale poradzić. I rzeczywiście za tą wskazówką dochodzimy do zdumiewającego wyniku. Wszak u pewnych gatunków zwierząt przewód pokarmowy przejściowo lub nawet stale jest niezdolny do trawienia, a jednak zwierzęta te żyją i rozmnażają się znakomicie. Co więcej, warunkiem życia niektórych z tych zwierząt są zupełnie te same przetwory trawienia, które w jelicie ludzkim ulegają wessaniu. Znamy nawet zwierzęta, pozbawione zupełnie narządu trawienia, np. tasiemce.

Nie mogę się tu rozwinąć nad przytaczaniem niezmiernie zajmujących przykładów z botaniki (pasorzyty roślinne), zoologii i biologji. Naszkicuję tylko trzy przykłady, jeden z nich, odnoszący się do człowieka. Dla każdego dostępne jest śledzenie, w jaki sposób gołębie karmią swe młode: popołykają najpierw ziarna do podgardlicy, gdzie tworzy się miazga; dopiero w znacznej części przetrawioną i z zaczynem trawiennym połączoną papkę podają do dzioba pisklętom. Jedynie podrośniętym już młodym, zdolnym do całkowitego trawienia, wkładają twarde ziarna¹⁾. Podobnie ptaki drapieżne (*falconiformes*) żywią swe młode nawpół strawionem mięsem, które w tym celu wraz z sokiem trawiennym wymiotują²⁾. Po wsiach można zauważyć, że matka, karmiąca dziecko nie piersią, lecz innym pokarmem, żuje wprzód sama każdy kęs pożywienia, przeznaczonego dla dziecka, w swoich ustach i dopiero wymieszana ze śliną papkę podaje dziecku. Giron, obserwując w Cherbourg w ten sposób żywione niemowlęta, zauważył, iż najczęściej wówczas były dobrze odżywione i utrzymały się przy życiu, mimo wyłączonego karmienia tym sposobem, gdy matka wymieszała pożywienie dziecka z dostateczną ilością swej śliny. Opisuje on ten sposób karmienia następująco³⁾:

»Mamka bierze łyżkę papki do ust, aby ją ostudzić, żuje ją przez pewien czas i tym sposobem miesza ze śliną. Następnie wypluwa tę mieszaninę na łyżkę lub na palec i dziecko spożywa to chciwie. Powtarza się to tak często, póki dziecko więcej nie chce. Odżywianie to wcale nie jest tak szkodliwe, jakby się zdawało. Przypisuję to większej lub mniejszej ilości śliny, która dostaje się do papki i pod wpływem której występuje w papce energiczne działanie diastazy«. Dzieci te odżywiają się zatem pokarmem, rozszczepionym już częściowo w ustach matki; następnie w przewodzie pokarmowym dziecka odbywa się dokończenie trawienia przy pomocy dostarczonej przez matkę diastazy amylolitycznej, która prawidłowo wydziela się nie tylko w ustach, lecz także w jelicie cienkim, i o której nie można dotychczas twierdzić, aby się różniła czemkolwiek od diastazy, czy to soku trzustkowego, czy też wogóle komórek zwierzęcych i roślinnych. Poniżej będą się powoływał jeszcze na inne przykłady z obserwacji, przedewszystkiem u ludzi.

Ze wszystkich takich spostrzeżeń wynika niedwuznacznie, w jaki sposób przyroda sobie radzi w przypadkach, w których przewód pokarmowy nie zdoła sam całego trawienia przeprowadzić: korzysta wówczas z pokarmu, przetrawionego przez cudzy narząd trawienia. *Si naturam sequemur duces, nunquam aberrabimur*. Dlaczego nie zastosujemy celowo takiej symbiozy, biorąc gotowe już do wessania przetwory pokarmowe z jelita cienkiego istot innych, aby leczyć cały szereg stanów patologicznych, gdzie wskazaniem życiowym jest wyłączenie, oszczędzanie, odciążenie przewodu pokarmowego, uzupełnienie lub zastąpienie brakujących soków trawiennych, tuczenie przy niedostatecznym

trawieniu i t. p.?¹⁾ Wszak nic nie stanie na przeszkodzie, gdy poddamy pokarm trawieniu n. p. w jelicie cienkim stosownego zwierzęcia (jednego lub więcej) i przez przetoki jelitowe podczas trawienia będziemy przeprowadzać odpowiednio przefiltrowaną treść pokarmową wraz z zaczynami do dwunastnicy chorego zapomocą zgłębnika dwunastnicowego; którego zastosowanie, jak poniżej się przekonamy, jest niezmiernie łatwe. Tu nasuwa się podobieństwo z karmieniem osesków w pewnych okolicach, gdzie w razie braku pokarmu matczynego dziecko ssie bezpośrednio pierś kozy a nawet psa! Znajdująca się w handlu »gastérine« jest czystym sokiem żołądkowym, uzyskanym z przetoki żołądkowej psa, wprowadzonym do lecznictwa ludzkiego przez badaczy francuskich, którzy, opierając się na klasycznych doświadczeniach Pawłowa u psów, zastosowali w jego sposób uzyskany sok żołądkowy psów do leczenia pewnych chorób żołądkowych. Dotychczasowe doświadczenia (Barth, Frémont, Huchard, Launois, Legendre, Mathieu et Laboulais²⁾ i inni) klinicznie dały wynik nader pomyślny. Również autorowie niemieccy chwają gastérine. (Paul Mayer, A. Finkelstein, J. Boas)³⁾. Także żółc wołową wlewa się do jelit ludzkich w przypadkach, gdzie wskutek przetoki żółciowej chorey traci zbyt wiele żółci.

Podobnie, jak przy przelewaniu krwi osoby zdrowej osobie chorej, można też przelewać z jelita cienkiego człowieka zdrowego przez zgłębnik dwunastnicowy wydobytą treść pokarmową do przewodu pokarmowego człowieka chorego. Tu wychodzą na jaw jeszcze inne zastosowania. Prócz miazg, przygotowanych do wessania *in statu nascendi* przelewa się równocześnie soki trawienne, które dopełniają swe działanie w cudzym jelicie. Nadto nasuwa się możliwość uzyskania (przez stosowne pobudzania) wszystkich wydzielin trzustki, gruczołów jelitowych, wątroby, a wśród nich także hormonów, które pobudzają wchłanianie w jelitach. Jak ważną rolę odgrywają te składniki nie tylko w chorobach przewodu pokarmowego, lecz także w innych stanach chorobowych, na to coraz to nowsze badania rzucają coraz więcej światła. Oczywiście żadne wyciągi i przetwory sztuczne z tych gruczołów, żadne białka, trawione sztucznie w próbkach chemicznych, nie zastąpią ani naturalnych wydzielin gruczołów, będących w stanie czynnym, ani fizjologicznych przetworów trawienia.

Pomysł powyżej opisany wypróbowałem praktycznie naprzód na sobie. Dla objaśnienia tych z pośród czytelników, którzy nie używali zgłębnika dwunastnicowego, podaję kilka niezbędnych uwag. Istnieje uprzedzenie, jakoby technika tego zgłębnikowania przedstawiała trudności, lub sprawiała choremu zbyt wielkie przykrości. Tymczasem każdy może się przekonać, że zabieg ten jest łatwiejszy i mniej przykry, niż zgłębnikowanie żołądka zwykłym zgłębnikiem. Chorzy rychło przyzwyczajają się do połkniętego cienkiego drenu kauczukowego. Jeszcze przed 18 laty widziałem w klinice Kadera, jak chorzy całemi tygodniami znosili doskonale dren założony nawet przez nos do żołądka. Lazarus⁴⁾ odżywił osobę chorą na nieustające wymioty przez szereg miesięcy wyłącznie przez zgłębnik dwunastnicowy, przez który wlewano głównie mleko, jaja, tłuszcze i cukier mleczny, Einhorn i inni w bardzo licznych przypadkach stosują to zgłębnikowanie. Drugim mylnem uprzedzeniem jest mniemanie, że potrzeba specjalnego zgłębnika, w handlu zaś trudno go obecnie nabyć. Tymczasem zupełnie wystarczy cienki i miękki dren o przekroju 2 do 4 mm z silnego kauczuku. Dla pewności można przewlec przez całą długość drenu chirurgiczną nitkę jedwabną. Na końcu drenu przytwierdza się na 4 cm długiej nitce podłużny paciorek szklany o przekroju najwyżej 8 mm (uzyskany n. p. z najzwyczajszych naszyjników szklanych). Zgłębnik taki według mego doświadczenia przewyższa praktycznością kupne zgłębniki dwunastnicowe, mające

²⁾ Bulletin général de thérapeutique 1898. Bulletin de la société de thérapeutique 1899. 16—17 Ibid. 1900 23—24. Soc. méd. des Hop. 21. VI 1901.

³⁾ Zschr. f. physik. diät. Therap. 1901: 4. 220. Wratsch 1900. Nr. 32. Diagnostik u. Therap. d. Magenkrankheiten v. Prof. Dr. J. Boas 1920. str. 337.

⁴⁾ Berl. klin. Wschr. 1913.

¹⁾ Brehms, Tierleben 1911. VI. str. 33.

²⁾ Brehms, Tierleben 1911. Vögel 1. str. 286.

³⁾ A. Marfan, Handbuch d. Säuglingsernährung 1904. str. 387

na końcu bezpośrednio przytwierdzoną kulkę, co utrudnia nieraz przejście końca zgłębnika przez odźwiernik. Jeżeli zaś podłużny paciorek wisi swobodnie na krótkiej nitce, natenczas, podobnie jak każdy kęs miazgi pokarmowej, przechodzi przez odźwiernik i wlecze za sobą na nitce przytwierdzony koniec zgłębnika. Jak daleko sięga koniec zgłębnika, można dokładnie widzieć na ekranie rentgenologicznym, przyczem łatwo określić położenie końca zgłębnika w dowolnym miejscu dwunastnicy lub jelita czczego, wysuwając zgłębnik podczas prześwietlenia lub polecając choremu połykać jeszcze dalszy odcinek drenu.

Przy wlewaniu sobie do dwunastnicy treści pokarmowej, przetrawionej w jelicie cienkim osoby drugiej, łączyłem ze sobą wystające z ust moich i karmiciela końce sondy za pomocą kaniuli, zaopatrzonej w trzy przewody i kurek; dwa przewody kaniuli były wtknięte w obie sondy, trzeci zaś łączył się ze strzykawką tak, że przy pomocy kurka można naprzemian łączyć ze strzykawką każdy przewód zgłębników dwunastnicowych z osobna. Zamknawszy kurkiem swój zgłębnik, wyciągałem 20—50 cm treści jelitowej drugiej osoby do zbiornika strzykawki i natychmiast wtłaczałem zawartość całą powoli do swojego zgłębnika. Pokarmy, przeznaczone do trawienia w przewodzie pokarmowym drugiej osoby, spożywano albo swyczajnie i w godzinę po zdjęciu i połączaniu drenu przelewałem treść do swojej dwunastnicy z rozmaitemi przerwami, średnio co 5—15 minut w przeciągu dalszych trzech godzin. Albo też wlewałem karmicielowi pokarm przez zgłębnik dwunastnicowy, założony na stałe na kilka dni, albo osoba ta spożywała papkowaty pokarm, przechodzący obok zgłębnika do żołądka, przyczem zgłębnik przytwierdzano nitką do małżowiny usznej, aby przy połykaniu kęsów nie połykała równocześnie więcej drenu, niż potrzeba. Wprowadzając pokarm przeznaczony do trawienia bezpośrednio do dwunastnicy, dzieliłem go na części i w 10—20 minut po wlaniu każdej części wydobywałem ją z powrotem do swojej dwunastnicy. Jakie jest optimum czasu i jaka najlepsza technika, to rozstrzygną dopiero dalsze doświadczenia. Na razie przerwy pomiędzy wlewaniem do swej dwunastnicy celowo dobierałem nieregularnie, nie wiadomo bowiem, w jakim czasie poszczególne części miazgi pokarmowej, opuszczającej żołądek, stają się zdolne do wessania. Aby tylko rozpuszczone i płynne części miazgi przedostawały się do zgłębnika podczas aspiracji, może być koniec zgłębnika zaopatrzony w stosowny filter lub podziurawiony jak siłko, chociaż już sam drobny przekrój drenu przeszkadza w przedostawaniu się cząstek większych. W razie zatkania się zgłębnika należy z powrotem wtłoczyć nieco ciecicy. Oczywiście osoba, karmiąca mnie w ten sposób, otrzymywała osobno pożywienie także dla siebie ponad to, co ulegało u niej wessaniu z pożywienia, przeznaczonego tylko do trawienia i z powrotem wydobywanego.

Kiedy bowiem czerpiemy treść jelitową, przerywamy do pewnego stopnia trawienie otrzymanej zawiesiny pokarmowej. Znajdują się w niej wszelkie możliwe stopnie rozszczepienia, więcej i mniej złożone połączenia peptonów, kwasy aminowe, wodorotlenki, przeróżne kwasy tłuszczowe itd. Wszystkie składniki odżywcze zabieramy w chwili przetwarzania się, podczas wylądowania energii utajonej w rozmaitym, słabszym i silniejszym stopniu, ale zawsze *in statu nascendi*. Nadto otrzymujemy różne ważne zaczyny, enterokinazy i wogóle wszelkie wydzieliny gruczołów i milionów gruczołków w połączeniach i w stanie luźnym, które w dalszym ciągu mogą brać udział w trawieniu, jakkolwiek dostają się do jelita osobnika drugiego. Wśród tej bujnej mieszaniny tkwią też przetwory zdolne już do wessania przez nabłonek jelitowy, albo też takie, którym już mało brakuje do dalszej wędrówki po komórkach całego ustroju. Może się myśle, ale na podstawie szeregu faktów czuję się upoważnionym wyrazić przekonanie, że nawet w niezmiernie, beznadziejnie podupadłym przewodzie pokarmowym przynajmniej je gotowie do wessania przetwory pokarmowe zdolają ustrój odżywiać, zwłaszcza, że równocześnie wprowadzamy zapewne hormony, pobudzające jelita do wchłaniania. Ponieważ ilość najważniejszych ciał w zaczerpniętej treści nie jest zna-

na, przeto w przypadkach, gdzie szczególnie zależy na zupełnym zastąpieniu, czy ominięciu trawienia, należałoby z licznymi i rozmaitemi przerwami wydobywać mniejsze ilości treści z jelita trawiącego i po pewnym czasie pobytu tej treści w jelicie chorego z powrotem ją usuwać. Rozkład bowiem w przewodzie pokarmowym odbywa się stopniowo tak, że bezustannie, co chwila, powstają ostatnie produkta trawienia, nadające się do wessania; prawdopodobnie zaś nigdy nie gromadzą się naraz w znaczniejszych ilościach. Tu w całej pełni trzeba umieć zastosować wszystkie fakta; znane z fizjologii i patologii trawienia, także i te, które dotychczas miały znaczenie czysto teoretyczne.

Podczas brania zgłębnikiem dwunastnicowym treści jelitowej zmieszanej z barem, prześwietlałem promieniami X. i stwierdzałem przy tem, że do zgłębnika przechodzi treść nie tylko z najbliższego otoczenia, lecz także w dalszych częściach jelita czczego cień jelitowy na ekranie słabł coraz więcej, w miarę wydobywania treści i zależnie od szybkości ssania strzykawki. Wypełniałem przez zgłębnik dwunastnicowy całe jelito cienkie zawieszoną barową i następnie zdołałem z powrotem wypróżnić niemal całe jelito cienkie; jedynie drobne ślady baru pozostawały w dolnym odcinku jelita cienkiego. Zauważyłem zarazem, że zawieszona gromadzi się wprawdzie więcej w pierwszej połowie jelita cienkiego (o ile to można rentgenologicznie ocenić) i dopiero po kilkunastu minutach dochodzi dalej do jelita biodrowego (ileum). Fizjologia uczy, że właśnie w górnym odcinku jelita cienkiego odbywa się głównie wchłanianie. Wobec tego za pomocą zgłębnika dwunastnicowego możemy czerpać składniki odżywcze z najlepszej do tego celu części przewodu pokarmowego, gdzie najczęściej znajduje się ciał, przeistoczonych dla wessania, powtórę, wprowadzając je innemu osobnikowi, możemy je umieścić na najlepszym polu wchłaniania. Przy użyciu większego ciśnienia za pomocą pompki dochodzi płyn ze zgłębnika szybciej do jelita biodrowego (ileum). Tym sposobem przez wypełnianie i szybkie wydobywanie z powrotem płynu mogłem wypluć niemal całe jelito cienkie. Dla płukania tego używałem między innymi także soku trzustkowego zdrowej osoby. Za pomocą zgłębnika dwunastnicowego można otrzymać w ciągu doby aż do 1 litra soku trzustkowego, jeżeli się użyje dostatecznie nasyconego roztworu kwasu solnego celem energicznego pobudzenia trzustki do wydzielania. Dalsze doświadczenia rentgenologiczne, odnoszące się do omawianego sposobu odżywiania, opiszę w dalszych doniesieniach po stwierdzeniu na większym materiale.

Z powyższych doświadczeń rentgenologicznych wynika, że przez zgłębnik dwunastnicowy możemy wywierać pewien wpływ na sposób czerpania treści jelitowej. Można n. p. za pomocą słabszej lub silniejszej aspiracji otrzymać zawartość jelita z bliższych lub dalszych części, można, wydobywając i szybko nazad wtłaczając, wymieszać, rozcieńczyć miazgę pokarmową, wypluć znaczną część jelita, korzystać w rozmaitych okresach wypróżnienia się żołądka z treści jelitowej, jeżeli spożyty pokarm, wymieszany z barem będziemy równocześnie rentgenologicznie śledzić. Spostrzeżenia te są ważne ze względu na trawienie białka, które ulega peptonizacji w różnych miejscach jelita. W każdej części jelita są lepsze lub gorsze warunki ostatecznego strawienia pewnego składnika.

Wyłącznie w sposób powyżej opisany żywiłem się w ciągu 14 dni i jedynie zajęcia moje nie pozwalały mi na dłuższe wypróbowanie tego sposobu odżywiania na sobie. W tym czasie ani ja, ani osoba, dostarczająca mi przetrawionego pokarmu, nie straciłyśmy na wadze i nie zauważyliśmy żadnych ujemnych objawów. Jak już wspomniałem, osoba, odstępująca przerobiony pokarm, oczywiście spożywała drugi raz wyłącznie dla siebie.

Ograniczam się w tem pierwszym doniesieniu tylko do podstawowych spostrzeżeń i uwag. Reszta wymaga jeszcze dłuższej obserwacji, która jest w toku liczniejszych doświadczeń i większego materiału. Może uda się technikę tego odżywiania bardziej uprościć, n. p. wprowadzając przetrawiony pokarm nie przez zgłębnik dwunastnicowy, lecz tylko do żołądka tak, jak się to czyni przy przetokach trzustkowych,

w których wypływającą z przetoki treść wlewa się choremu napowrót, ale do żołądka, aby ją użytkować dla trawienia. Wiele też przemawia za tem, że sprawa sztucznego odżywiania przez odbytnicę tylko w ten sposób będzie pomyślnie rozwiązana. Albowiem podobnie, jak pewne zwierzęta i dzieci, o których była mowa, odżywiają się doskonale, mimo, że ich przewód pokarmowy nie jest zdolny do trawienia, a tak samo w jelicie grubym mogą uleść przyswojeniu przetwory trawienia, przygotowane już do wessania; niezupełnie strawione składniki z niemi równocześnie mogą pod wpływem wprowadzonych soków trawiennych dokończyć swego przeobrażenia. Tu wprowadza się nie sztuczne białka, drażniące i niezdolne do naturalnego wessania, lecz ciała, które w pewnych przypadkach dostają się przed wessaniem w jelicie cienkim do jelita grubego bez zbytowego jego drażnienia.

Ideałem, do którego dążę, jest pokarm przetrawiony w jelicie cienkim zwierzęcia wydobywać przez przetokę jelitową i wprowadzać tylko do żołądka lub odbytnicy osoby chorej.

Co się tyczy głównych wskazań do zastosowania i wypróbowania tego sposobu odżywiania, to przy wrzodach żołądka i dwunastnicy, oparzeniach żołądka trucznymi żrącymi, wymiotach niepowściągliwych u ciężarnych, jadłowstrętach, po gastroenterostomii oraz innych operacjach przewodu pokarmowego należałoby stosować takie odżywianie przetrawionymi pokarmami przez dłuższy lub krótszy przeciąg czasu. Wiadomo, że przy zwężeniach odźwiernika i przelyku ważne narządy brzuszne ulegają zanikowi z powodu swej bezczynności i schudnięcia. Tacy chorzy źle trawią nawet po udanej operacji i z tego powodu giną. Oczywiście zwykłym tuczeniem nie osiąga się niczego, chory bowiem nie zdoła przetrawić nawet małej, niedostatecznej ilości pokarmów.

W takich chorobach, w których trzeba wykonać poważny zabieg chirurgiczny, stan odżywienia rozstrzyga nie raz o wyniku operacji i wyzdrowieniu. Dłuższa narkoza, różne nieprzewidziane niespodzianki podczas zabiegu, tworzenie się przetok po resekcjach żołądka i jelit, długotrwałe przez to straty soków trawiennych, straty znaczne limfy przy koniecznych długotrwałych tamponadach, gorączka, słowem wszelkie powikłania wymagają dostatecznych sił zapasowych. Podczas wojny przekonaliśmy się, jak przy podupadłym odżywieniu przedłuża się czas gojenia i zmniejsza się odporność na zakażenia. We wszystkich tych sprawach wszelkie usiłowania w kierunku uzyskania lepszego odżywienia ustroju zawiodą, jeżeli przewód pokarmowy z jakiegokolwiek powodów w krótkim czasie nie może dostarczyć ustrojowi dostatecznej ilości fizjologicznie przetrawionego pożywienia. U osób wątłych i źle rozwiniętych, przy miażdżycy w okresie chudnięcia przewód pokarmowy niedostatecznie odżywia ustrój z powodu trudności trawienia, słabości mięśni narządów trawienia, leniwego i skąpego wydzielania soków trawiennych; spotęgowanie ogólnego odżywienia czyni ustrój zdolnym do sprawniejszych czynności życiowych także w obrębie przewodu pokarmowego. W chorobach toksycznych i zakaźnych upośledzone trawienie w większym lub mniejszym stopniu nie zdoła pokryć zwiększonego zapotrzebowania białka. Toteż i w tych stanach wydaje się najstosowniejszą dietą podawanie oszczędzających trawienie ciał odżywczych, dostarczonych przez zdrowy przewód pokarmowy.

Streszczenie.

Liczne spostrzeżenia ze świata zwierzęcego i ludzkiego pouczają, w jaki sposób odbywa się odżywianie ustroju, jeżeli przewód pokarmowy nie jest zdolny do trawienia. Ustrój korzysta wówczas z pokarmów, przetrawionych fizjologicznie w narządzie trawienia istoty drugiej. Należy naśladować to w chorobach, w których z jakiegokolwiek powodów trawienie jest uniemożliwione lub przeciwwskazane. Za pomocą zgłębnika dwunastnicowego można przelewać trawiące się pożywienie i soki trawienne z jelita cienkiego jednej osoby do jelita drugiej. Albo też będzie można poddawać pokarm trawieniu w jelicie cienkim zwierząt i przelewać go przez przetokę jelitową zwierząt w różny sposób do przewodu pokarmowego ludzkiego.

Doc. Dr. Jan Olbrycht.

Kraków.

Badania nad zatorami tłuszczowemi płuc ze szczególnem uwzględnieniem ich sądowo-lekarskiego znaczenia.

Badania przeprowadzone na materiale sekcyjnym Zakładu medycyny sądowej U. J. (Prof. Dr. Wachholz) i prosektury wojskowej (Mjr.-lek. Doc. Dr. Olbrycht), doświadczalna część badań w Zakładzie patologii ogólnej i eksperymentalnej U. J. (Prof. Dr. Klecki) w Krakowie

Fiśmiennictwo, zajmujące się sprawą zatorów tłuszczowych jest bardzo obszerne. Dorzucić do niego szczegóły nowe, nie jest rzeczą łatwą. Jeżeli mimo to postanowiłem zająć się tym tematem, to skłoniła mnie do tego z jednej strony chęć bliższego poznania sprawy zatorów tłuszczowych, posiadających bardzo wielkie praktyczne znaczenie w medycynie sądowej, z drugiej zaś strony konieczność wyjaśnienia niektórych w nauce o zatorach tłuszczowych nierozstrzygniętych jeszcze szczegółów. Celem ich wyjaśnienia, tudzież, aby rozpatrzyć tę sprawę, musiałem się oprzeć na większym materiale. W tym celu zbadałem w ciągu ostatnich kilku lat co do zatorów tłuszczowych płuca 283 osób, zmarłych z najrozmaitszych przyczyn, a wyniki tych badań przedstawia poniżej pomieszczona tablica. W badaniach moich ograniczyłem się tylko do zatorów tłuszczowych w płucach, ponieważ te głównie dla lekarza sądowego mają praktyczne znaczenie. Tłuszcz bowiem, dostawszy się z jakiegokolwiek powodu i w jakiegokolwiek okolicy ciała do naczyń żylnych, płynie z prądem krwi, czy to drogą żyły głównej dolnej, czy to górnej do prawego serca, a stąd do płuc. Dopiero naczynia włosowate płuc tworzą jakby gęsty sączek, na którym zatrzymuje się w przeważnej ilości pływający we krwi tłuszcz, a tylko nieznaczna część tłuszczu (naturalnie z wyjątkiem przypadków z utrzymanym otworem owalnym w sercu) przedostaje się przez naczynia włosowate płuc do wielkiego krążenia i wywołuje zatory w innych narządach ciała, najczęściej w mózgu, nerkach, sercu, wątrobie, skórze itd.

Badania płuc dokonywałem na skrawkach, sporządzonych w stanie świeżym z różnych miejsc poszczególnych płatów obu płuc bądźto zapomocą podwójnego noża Valentina (w przypadkach, w których należało się spodziwać licznych zatorów), bądźto, i to przeważnie, zapomocą mikrotomu do mrożenia. Skrawki, których ilość w przypadkach o ujemnym wyniku badania wynosiła kilkadziesiąt, barwiłem po przeprowadzeniu przez 50% alkohol w ciągu 1 minuty naprzód przez 20—30 minut w sudanie III, poczem po wypłukaniu skrawków w wodzie przekroplonej barwiłem je hematoksyliną przez kilka minut. Po wypłukaniu w wodzie przesyłałem skrawki na szkiełko przedmiotowe i po dodaniu 50% gliceryny oglądałem pod mikroskopem. Obrazy w preparatach w ten sposób barwionych są bardzo charakterystyczne: na niebieskiem tle tkanki płucnej, w której hematoksyliną barwią się dostatecznie wyraźnie poszczególne jej części składowe, występują wyraźnie pomarańczowo-czerwono zabarwione zatory tłuszczowe, bądźto w postaci odosobnionych kulek, zwłaszcza w naczyniach większych, bądźto w postaci kulek gęsto obok siebie jakby sznur koralu ułożonych, bądźto w postaci kielbasek, wypełniających światło naczyń (zwłaszcza mniejszych), gdzieś widelkowato się rozgałęziających. W badaniach moich utworzyłem sobie trójstopniową skalę rozległości zatorów i stosownie do tego oznaczałem je znakami: +, ++, ++++. Jeden krzyż oznacza skąpe, raz tylko na kilka skrawków dające się stwierdzić, zatory; dwa krzyże oznaczają dość liczne, w każdym skrawku znachodzące się zatory, wreszcie trzy krzyże oznaczają zatory tłuszczowe, bardzo obfite, widoczne w każdym polu widzenia każdego skrawka, przeważnie w postaci kielbasek. Nadto znak > przed jednym krzyżem oznacza przypadki, w których raz na kilkadziesiąt skrawków stwierdziłem nieliczne zatory, zaś znak < przed jednym krzyżem oznacza zatory prawie w każdym skrawku, lecz nieliczne.

Wbrew innym zdaniom muszę podnieść, że płuca przy obecności w nich zatorów tłuszczowych nawet dość znacznego stopnia wyglądają makroskopowo zupełnie prawidłowo; tylko przy bardzo licznych zatorach tłuszczowych stwierdza się ich obrzęk, a czasem także na przekroju ograniczone przekrwie-

nia i wylewy krwawe. Na podstawie więc tak mało charakterystycznego obrazu nie wolno makroskopowo rozpoznawać

zatorów tłuszczowych w płucach i dopiero mikroskopowe badanie pozwala na ich pewne rozpoznanie. (Tablica I).

T A B L I C A I.

Diagnosis	Embolia adiposa negativa	Embolia adiposa positiva			Summa casuum
		Summa	+	++	
I. Vitia primae formationis.					
Anencephalia	2	—	—	—	2
Cyclopia	1	—	—	—	1
Hydrocephalus congenitus	1	—	—	—	1
Hernia diaphragmatica congenita	1	—	—	—	1

II. Mors intra partum seu brevi tempore post partum.

Partus praematurus	5	—	—	—	5
Asphyxia intrauterina	4	—	—	—	4
Perforatio cranii	2	—	—	—	2
Exenteratio	1	—	—	—	1
Debilitas vitae	6	—	—	—	6
Suffocatio ex aspiratione liquoris amnii	7	—	—	—	7

III. Laesiones physicales.

Decapitatio	1	1	1	—	—	2
Dilaceratio corporis	2	8	2	5	1	10
Fractura ossium cranii	4	2	>2	—	—	6
Fractura columnae vertebralis	1	2	1	—	1	3
Fractura ossium extremitatum super.	1	6	2	4	—	7
Fractura ossium extremitatum inferior.	2	13	—	8	5	15
Fractura pelvis	—	3	1	2	—	3
Fractura multiplicium costarum	3	1	>1	—	—	4
Ruptura et conquassatio organorum	—	4	4	—	—	4
Multiplices excoriations et sugillationes subcutaneae	3	3	1	—	2	6
Vulnera operativa	4	4	2	>2	—	8
Vulnera sclopetaria	6	2	2	—	—	8
Vulnera icta, scissa et caesa	5	1	1	—	—	6
Vulnera quassata et morsa	2	5	5	—	—	7
Suspensio	5	—	—	—	—	5
Submersio	4	—	—	—	—	4
Suffocatio	3	—	—	—	—	3
Combustio	3	13	9	4	—	16
Mors a fulmine	1	—	—	—	—	1

Diagnosis	Embolia adiposa negativa	Embolia adiposa positiva			Summa casuum
		Summa	+	++	
IV. Laesiones Chemicae.					
Intoxicatio cum CO	3	—	—	—	3
Intoxicatio cum HCl	1	—	—	—	1
Intoxicatio cum H ₂ SO ₄	1	—	—	—	1
Intoxicatio cum Na OH	1	—	—	—	1
Intoxicatio cum C ₂ H ₅ OH	1	1	>1	—	2
Intoxicatio cum C ₆ H ₅ (OH)	1	—	—	—	1
Intoxicatio cum Hg Cl ₂	1	—	—	—	1
Intoxicatio cum P	—	1	>1	—	1

V. Laesiones organorum.

Emphysema pulmonum	2	—	—	—	—	2
Vitia cordis	3	1	1	—	—	4
Atherosclerosis universalis	4	2	2	—	—	6
Aortitis luetica	2	—	—	—	—	2
Cirrhosis hepatis	1	—	—	—	—	1
Nephritis chronica	3	1	>1	—	—	4
Nephritis subacuta	2	—	—	—	—	2
Enteritis chronica	4	—	—	—	—	4
Pachymeningitis haemorrhagica	1	—	—	—	—	1
Haemorrhagia cerebri	1	1	1	—	—	2
Atrophia cerebri	1	—	—	—	—	1
Oedema glottidis (Quincke)	1	—	—	—	—	1
Marasmus senilis	2	1	1	—	—	3
Eclampsia	—	1	—	1	—	1

VI. Neoplasmata.

Carcinoma	3	—	—	—	—	3
Sarcoma	2	—	—	—	—	2
Glioma cerebri	1	—	—	—	—	1
Endothelioma	1	—	—	—	—	1

VII. Morbi infectiosi.

Typhus abdominalis	3	—	—	—	—	3
Typhus exanthematicus	3	—	—	—	—	3
Typhus recurrens	3	1	>1	—	—	4
Tuberculosis miliaris	3	—	—	—	—	3

D i a g n o s i s	Embolia adiposa negativa	Embolia adiposa positiva				Summa casuum
		Summa	+	++	+++	
VII. Morbi infectiosi						
Tuberculosis destructiva pulmonum	6	2	2	—	—	8
Pneumonia crouposa	4	1	1	—	—	5
Grippa epidemica	8	2	2	—	—	10
Scarlatina	1	—	—	—	—	1
Diphtheria	1	—	—	—	—	1
Dysenteria	5	—	—	—	—	5
Malaria	2	—	—	—	—	2
Encephalitis epidemica	2	—	—	—	—	2
Meningitis epidemica	1	—	—	—	—	1
Variola vera	1	—	—	—	—	1
Cholera asiatica	1	2	>2	—	—	3
Endocarditis verrucosa recens	1	—	1	—	—	2
Tetanus	1	2	—	2	—	3
Erysipelas	2	—	—	—	—	2
Polyarthritus suppurativa	1	—	—	—	—	1
Peritonitis septica puerperalis	1	—	—	—	—	1
Pyæmia cryptogenica	—	—	>1	—	—	1

VIII. Putrefactio.

Putrefactio medii gradus (causa mortis nota)	6	—	—	—	—	6
Putrefactio permagna (causa mortis nota)	4	—	—	—	—	4
Gigantismus Caspri post submersionem	3	—	—	—	—	3
Putrefactio post phlegmonem emphysematosam	2	—	—	—	—	2
Putrefactio permagna (causa ignota mortis)	6	—	—	—	—	6
Summa						263

Rzut oka na powyższą tablicę poucza już, że, podobnie jak wszystkim innym autorom, udało się i mnie stwierdzić najczęściej i najrozleglejsze zatory tłuszczowe w płucach w przypadkach obrażeń kości długich kończyn. Stwierdziłem je mianowicie w większej lub mniejszej ilości we wszystkich takich przypadkach z wyjątkiem trzech. Z tych w dwóch przypadkach upłynęło między doznany urazem a zejściem śmiertelnym dwa tygodnie i więcej, a zatem jest możliwe, że do tego czasu tłuszcz uległ już był wchłonięciu i dlatego nie dał się wykazać. W jednym tylko z tych trzech ujemnych przypadków, mimo, że między urazem a śmiercią upłynęło tylko trzy dni, nie powiodło się wykazać obecności zatorów tłuszczowych. To prawie stałe występowanie zatorów tłuszczowych w płucach po obrażeniach kości długich należy tłumaczyć pomysłniami warunkami mechanicznymi, jakie istnieją dla dostania się zmiażdżonego szpiku kostnego do obiegu krwi. Uraz

bowiem miażdży z jednej strony szpik kostny, z drugiej zaś otwiera naczynia krwionośne, znajdujące się w sztywnych, niepodatnych ścianach kości, tworzący się zaś w otoczeniu złamania kości krwiak wypycha, wtłacza tłuszcz w kierunku najmniejszego oporu, a mianowicie do naczyń żylnych.

Przy obrażeniach innych kości, a mianowicie płaskich i krótkich (o szpiku czerwonym), stwierdzić się dawały o wiele rzadziej i nie tak rozległe zatory tłuszczowe. Bardzo rozległe były w jednym przypadku zmiażdżenia części lędźwiowej kręgosłupa. Natomiast w przypadkach złamania sklepienia i podstawy czaszki stwierdziłem zatory tłuszczowe tylko dwa razy, i to nader nieliczne, zaś w przypadkach złamań wielokrotnych prawie wszystkich żeber tylko raz jeden. I w tym jednak przypadku były złamania żeber powikłane uszkodzeniem powłok, do którego możnaby odnieść powstanie zatorów. Przy obrażeniach bowiem powłok skórnych i zewnętrznych części miękkich były zatory tłuszczowe w 50% przypadków, a w dwóch przypadkach bardzo rozległego decollement na lędźwiach po przejechaniu autobilem, względnie tramwajem, były one nawet bardzo rozległe.

Przy obrażeniach narządów wewnętrznych (bez obrażeń kości) dawały się stwierdzić zatory tłuszczowe w płucach (czasem także komórkowe) zawsze, aczkolwiek nieliczne; zaznaczam zarazem, że obok pęknięć i zmiażdżenia narządów musiało tu także nastąpić stłuczenie powłok, tudzież ogólne silne wstrząśnienie, które samo także wywołuje zatory tłuszczowe.

Po zabiegach operacyjnych, o ile śmierć nastąpiła z jakiejś przygodnej przyczyny nie później, niż w kilka dni po zabiegu, tudzież po ciężkich porodach, znajdowały się w płucach zatory tłuszczowe, lecz na ogół nieliczne. Najobfitsze po odjęciu kończyny, wyluszczeniu gruczołów chłonnych szyjnych i wylęczkowaniu spróchniałych kości. Natomiast w płucach noworodków, mimo iż na nich wykonano nawet takie zabiegi jak wymóżdżenie i wypatroszenie, nie stwierdziłem zatorów tłuszczowych. To samo odnosi się do noworodków z wrodzonymi wadami rozwojowymi lub zmarłych w czasie porodu lub w krótki czas po porodzie z jakiegokolwiek przyczyny. Skape i nieliczne były zatory po ranach postrzałowych, ciętych, kłutych, miażdżonych i kłasy, nie było ich zaś wcale w przypadkach powieszenia, utopienia lub innego gwałtownego uduszenia.

U osób zmarłych z rozmaitych przyczyn chorobowych wypadło badanie z wynikiem słabo dodatnim w niektórych przypadkach: wady zastawkowej serca, a mianowicie niedomykalności zastawek ujęcia żylnego i tętniczego lewego, rozległej miażdżycy naczyń, marskości nerek, krwotoku mózgowego, władu starczego, duru powrotnego, rozpadowej gruźlicy płuc i jelit, krupowego zapalenia płuc, grypy, cholery azjatyckiej, zapalenia wsierdza na tle zakażenia paciorkowcem i ropnicy, zaś z wynikiem wyraźnie dodatnim w przypadku rzucawki porodowej i tęcza przyrannego. Te przypadki i tęcza nie nadają się jednak do wniosków, bo zatory mogły być wywołane pierwotnym obrażeniem, do którego dołączyło się zakażenie przyrannego tęczowego. W jednym atoli przypadku tęcza po zmiażdżeniu części miękkich nogi prawej (Nr. prot. 39/14/p) nie stwierdziłem zatorów, mimo iż od doznanego obrażenia kończyny do śmierci upłynęło tylko 8 dni. W grupie nowotworów złośliwych ani razu nie stwierdziłem obecności zatorów tłuszczowych w płucach. To samo odnosi się do gnicia i do otruc z wyjątkiem jednego przypadku otrucia alkoholem i fosforem, w których były bardzo nieliczne zatory. Ilość ta przypadków jest zbyt mała, aby można co do tych otruc wysnuwać jakieś wnioski.

Już tablica pierwsza wykazuje prawie stałą obecność zatorów tłuszczowych w przypadkach śmierci z oparzenia, na co pierwszy zwrócił uwagę Carrara¹⁾, który im przypisywał niemałe znaczenie w patogenezie tej śmierci. Ponieważ poza tym autorem, o ile mi wiadomo, nikt nie badał tej sprawy, zająłem się bliżej tem pytaniem w czasie moich²⁾ badań eksperymentalnych nad patogenezą śmierci z oparzenia. Bliższe szczegóły co do rozległości oparzenia, czasu, jaki

¹⁾ Friedreich's Bl. t. ger. Med. 1898. str. 241.

²⁾ Przegląd lekarski 1920; Nr. 7—8.

upłynął między śmiercią a oparzeniem itd. podają poniżej | padków śmierci osób oparzonych, zaś tablica III. do przy-
umieszczone tablice. Z tych tablica II. odnosi się do przy- | padków śmierci w eksperymentalnym oparzeniu zwierząt.

T A B L I C A II.

Nazwisko, płeć, wiek, Nr. prot. sekcji	Rozpoznanie anatomiczne	Żył od oparzenia przez	Zatory tłuszczowe	U W A G A
J. L. ♀ l. 35. 30/14 p.	Combustio III et IV (carbonisatio) gradus totius corporis. Intoxicatio cum carbone oxydato.	?	++	Przypadek. Denatkę wraz z córką (j. n.) znaleziono w zgłiszczach spalonej stodoły.
M. L. ♀ l. 4. 31/14 p.	Combustio III et IV (carbonisatio) gradus totius fere corporis. Intoxicatio cum carbone oxydato.	?	++	Jak poprzedni przypadek.
R. S. ♀ l. 50. 28/14 p.	Combustio III gradus totius corporis. Fibrosis meningum cerebri. Concretiones pleurales ambilaterales. Emphysema pulmonum. Bronchitis chronica. Concretio completa epicardii cum pericardio. Arteriosclerosis universalis praecipue aortae ss. ectasia eiusdem. Insufficiencia aortica et mitralis ss. hypertrophia cordis totius. Nephritis chronica interstitialis arteriosclerotica. Atrophia senilis organorum.	+1 dzień	>+	Przypadek.
R. S. ♀ l. 46. 52/14 p.	Combustio II et III gradus majoris partis corporis. Degeneratio fibrosa ovariorum et cystica glandulae thyreoideae. Callus post fracturam colli femoris sinistri.	11 dni	—	Jako umyślowo chora uległa nieszczęśliwemu wypadkowi.
Z. K. ♀ l. 5. 30/14 s.	Combustio III gradus extremitatum superiorum et inferiorum et faciei et corneae utriusque. Putrefactio incipiens.	5 dni	—	Przypadek: wpadła do dołu z gazszonem wapnem.
J. W. ♂ l. 62. 31/19 p.	Combustio II, III et IV (carbonisatio) gradus totius fere corporis. Suicidium. Oedema scroti. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Oedema cerebri. Atheromatosis aortae. Emphysema pulmonum levioris gradus. Gastritis chronica hypertrophicans (polyposis mucosae ventriculi).	16 h	++	Samobójstwo nałogowego pijaka przez oblanie się naftą i podpalenie.
M. M. ♀ l. 22. 35/19 p.	Combustio II, III et IV (carbonisatio) gradus totius fere corporis. Multiplices ecchymoses subepicardiales. Status menstruationis. Hyperaemia passiva viscerum recens.	?	++	Denatkę znaleziono w piwnicy już zwęgloną. Samobójstwo
W. D. ♂ l. 3. 37/19 p.	Combustio II et III gradus fere dimidii corporis. Sugillationes subcapsulares et intramedullares glandulae suprarenalis utriusque. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum. Hyperaemia passiva viscerum.	3 dni	+	Przypadek.
T. K. ♂ l. 3. 57/19 p.	Combustio II gradus fere dimidii corporis. Bronchitis mucopurulenta diffusa ambilateralis. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Hyperaemia passiva viscerum recens.	1 dzień	>+	Przypadek.
D. F. ♀ l. 25. 59/19 p.	Combustio II gradus fere dimidii corporis.	1 dzień	>+	Przypadek.
A. K. ♀ l. 19. 91/19 p.	Combustio II et III gradus totius fere corporis. Oedema cerebri. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Status menstruationis. Haemorrhagia interna in saccum peritonei e corpore luteo raptio.	10 h	+	Przypadek.
M. K. ♀ l. 75. 118/19 p.	Combustio II et III gradus fere 1/3 corporis. Atrophia senilis organorum. Atheromatosis aortae et ectasia eiusdem. Degeneratio parenchymatosa myocardii et renum. Tracheobronchitis catarrhalis chronica praecipue ad lobos inferiores pulmonum. Struma colloides. Anaemia universalis.	2 dni	+	Przypadek.
J. S. ♀ l. 20. 22/20 p.	Combustio II et III gradus cutis faciei, colli, dorsii, totius extremitatis superioris et inferioris utriusque (fere 3/4 totius corporis). Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis et adiposa renum. Oedema cerebri. Hyperaemia passiva organorum recens.	1 dzień	—	Przypadek.

Nazwisko, płeć, wiek, Nr. prot. sekcji	Rozpoznanie anatomiczne	Żył od oparzenia przez	Zatory tłuszczowe	U W A G A
A. S. ♂ l. 15. 28/20 p.	Combustio II et III gradus extremitatis inferioris utriusque. Nephritis parenchymatosa myocardii. Steatosis hepatis. Oedema cerebri. Pneumonia crouposa lobularis partim confluens in stadio hepatisationis griseae lobi inferioris pulmonis utriusque.	30 dni	—	Przypadek.
A. N. ♂ l. 29. 46/20 p.	Combustio II et III gradus cutis faciei, trunci, totius extremitatis superioris utriusque et extremitatum inferiorum in regione suprapatellari. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum. Oedema cerebri. Hyperaemia passiva recens, praecipue hepatis et glandularum suprarenalium.	3 dni	>+	Przypadek.
J. N. ♂ l. 35. 52/20 p.	Combustio III gradus cutis faciei, manus utriusque, regionis olecrani utriusque, totius extremitatis inferioris dextrae et cruris sinistri. Hyperaemia cerebri et meningum. Degeneratio parenchymatosa myocardii et adiposa hepatis. Hyperaemia et oedema glandularum suprarenalium. Concretiones pleuriticae dextrae. Hyperaemia passiva viscerum recens.	4 dni	+	Przypadek.

T A B L I C A III.

Z w i e r z ę	Oparzone wrzącą wodą	Żyło przez	Zatory tłuszczowe	U w a g a
Pies ♀ 4500 g	około 1/2 ciała przez 75 sekund	1 godz. 20 minut	+	struty sinkiem potasu
Pies ♀ 6500 g	przeszło 3/4 ciała przez przeszło 105 sekund	6 godzin	< +	oparzony w narkozie; padł
Pies ♂ 10500 g	mniej więcej 1/2 ciała przez 90 sekund	10 godzin	+	padł
Pies ♂ 8200 g	około 1/2 ciała przez 30 sekund	42 godzin	> +	padł
Pies ♂ 8000 g	około 1/2 ciała przez 60 sekund	59 godzin	> +	padł
Pies ♂ 9000 g	przeszło 1/2 ciała przez 45 sekund	72 godzin	> +	oparzony w narkozie; padł
Pies ♀ 8600 g	więcej niż 1/3 ciała przez 60 sekund	120 godzin	—	padł
Pies ♂ 9500 g	około 1/4 ciała przez 60 sekund	264 godzin	—	struty sinkiem potasu
Królik ♀ 3000 g	około 1/2 ciała przez 35 sekund	4 godzin	> +	padł
Królik ♂ 2225 g	około 1/2 ciała przez 120 sekund	5 minut	+	padł
Królik 2648 g	około 1/3 ciała przez 45 sekund	4 godz. 15 minut	—	padł
Królik ♂ 2850 g	około 1/3 ciała przez 30 sekund	4 godz. 30 minut	> +	padł
Świnka morska ♂ 280 g	oparzenie gorącym żelazem około 1/3 ciała przez 45 sekund	24 godzin	> +	struta sinkiem potasu
Świnka morska ♀ 320 g	oparzenie gorącym żelazem około 1/4 ciała przez 30 sekund	15 godzin	—	struta sinkiem potasu

Jak to wynika z badań, zestawionych na tablicy II. i III, prawie we wszystkich przypadkach śmierci z oparzenia stwierdza się zatory tłuszczowe. Wyjątek stanowią przypadki oparzenia słabszego stopnia (mimo nawet rozległej powierzchni oparzenia), tudzież przypadki, w których między oparzeniem a śmiercią upłynął dłuższy przeciąg czasu. Zatory tłuszczowe nie są jednak na ogół zbyt rozległe i dlatego nie można im przypisywać ważniejszej roli w patogenezie śmierci z oparzenia. Tylko w płucach zwłok osób zupełnie zwęglonych, które znaleziono w spalonej stodole, stwierdziłem bardzo rozległe zatory tłuszczowe w każdym skrawku. Stąd nasuwało się pytanie, czy tłuszcz nie może się dostać z powierzchni oparzenia także po śmierci do naczyń płucnych. Aby odpowiedzieć na to pytanie, wykonałem szereg doświadczeń, a poniżej przytaczam kilka protokołów z tychże:

Doświadczenie 1. Królik, ♂, 2100 g. Wstrzyknięcie do przybrzożnej żyły usznej 5 cm³ zgęszczonego wodnego roztworu sinku potasu. Natychmiastowa śmierć. Zwłoki zwierzęcia poddałem przez 30 minut rozległemu działaniu płomienia. Wynik sekcji poza zwęgleniem skóry i powierzchniowych warstw mięśni z wynikiem ujemnym. Najdokładniejsze badanie mikroskopowe płuc co do zatorów tłuszczowych z wynikiem ujemnym.

Doświadczenie 2. Świnka morska, ♀, 280 g, padła w krótki czas po urodzeniu dwojga młodych. Zwłoki zwierzęcia trzymano nad palnikami gazowymi przez 45 minut, aż do zwęglenia, poczem wyjęte ze zwłok płuca badano co do zatorów tłuszczowych, jednakże z wynikiem ujemnym.

Doświadczenie 3. Świnka morska, ♂, 420 g, zabita przez wstrzyknięcie do serca kilku cm³ roztworu sinku potasu. Zresztą dalsze postępowanie, jak z poprzednim zwierzęciem, także z wynikiem ujemnym.

Doświadczenie 4. Zwłoki dziecka 13-tygodniowego, które dostarczono Zakładowi medycyny sądowej do sekcji policyjno-sanitarnej, a gdzie już oględziny zewnętrzne pozwalały na rozpoznanie „pedatrophia“, umieszczono przed sekcją nad palnikami gazowymi przez 45 minut, poczem dokonano sekcji zwłok, która wykazała przewlekły nieżył jelit. Badanie płuc co do zatorów tłuszczowych dało wynik ujemny.

Doświadczenie 5. Zwłoki 23-letniego mężczyzny dobrej budowy i o dobrze rozwiniętej podściółce tłuszczowej, zmarłego na włóknikowe zapalenie płuc. Przed dokonaniem sekcji oparzyłem zwłoki płomieniem palników gazowych na przestrzeni 1/4 powierzchni aż do częściowego zwęglenia. Potem dokonano sekcji zwłok, która potwierdziła rozpoznanie szpitalne, i zbadano płuca co do zatorów tłuszczowych, jednak z wynikiem ujemnym.

Dok. nast.

Z praktyki.

Dr. Robert Bernhardt, ordyn. Szpit. św. Łazarza. Warszawa.

Wyniki leczenia kiły cytrynianem bizmutowym.

(Podług odczytu, wygłoszonego d. 2. III. rb. na posiedzeniu Pol. Tow. Derm.)

Gdy zjawiły się pierwsze prace o korzystnym działaniu soli bizmutowych w kile, nie przypuszczałem, aby rzecz polegać miała na przedwczesnym podawaniu do powszechnej wiadomości faktów, sprawdzonych niedostatecznie. Przeczyły temu przede wszystkim głośnie imiona Levaditi'ego i Sazerac'a, których ścisłość badania i trafność wnioskowania nauczyliśmy się już oddawna cenić. Pozatem jednak należało sobie uprzytomnić chemiczne powinowactwo bizmutu do antymonu, oraz uwzględnić okoliczność, że antymonowi nie można odmówić dodatniego wpływu na schorzenia pochodzenia świdorowego. (Dane, dotyczące tej sprawy, można znaleźć w doświadczałnej pracy G. Huegel'a z 1913 r. — Archiv f. Derm. t. 113 z. I). Wiadomo też było, że J. Danyusz wprowadził antymon do złożonego związku arsenobenzolowego, zwanego przezeń luargolem i zalecanego w leczeniu kiły. Lek ten stosowałem wielokrotnie i nauczyłem się go cenić w miarę jego rzetelnych zasług i wartości, choć trudno zaiste powiedzieć, jaki udział w działaniu leczniczym przypisać tutaj należało antymonowi, jako takiemu.

Te i podobne rozważania skłoniły mnie do wypróbowania bizmutu w leczeniu kiły. Zachęcała też do tego prostota techniki, nie różniącej się od stosowanej w solach rtęciowych, a także okoliczność, że lek bywał naogół dobrze znoszony, co podnosili już pierwsi sprawozdawcy

L. Fournier i L. Guenot. Trudności polegały na otrzymaniu odpowiednich preparatów leczniczych. Wówczas bowiem, gdy rozpoczynałem moje doświadczenia kliniczne, soli bizmutowych jeszcze nie było w handlu. Doszło tylko do naszej wiadomości, że próby były czynione przez Sazerac'a i Levaditi'ego z winianem bizmutowym sodu i potasu, z cytrynianem bizmutu, z mleczanem bizmutowym, z podgalasanem bizmutowym i oksydogalasanem bizmutu. Okazało się następnie, że do celów leczniczych u ludzi najbardziej nadaje się nierozpuszczalny winian bizmutowy sodu i potasu, stosowany w zawiesinie oleistej, oraz rozpuszczalny cytrynian. Wobec tych danych uważałem za stosowniejsze najpierw zatrzymać się na preparacie rozpuszczalnym i zwróciłem się do znanej pracowni farmaceutycznej p. Jana Gessnera z prośbą zajęcia się tą sprawą. Rzecz poszła bardzo pomyślnie.

Dostarczony przez J. Gessnera chemicznie czysty amonijakalny cytrynian bizmutowy jest krystalicznym proszkiem barwy białej, rozpuszczającym się w wodzie zimnej w stosunku 1 : 2 i w gorącej 1 : 1. Wodny roztwór ma odczyn słabo zasadowy, jest zupełnie przezroczysty, niemal bezbarwny, być może z niezmiernie subtelnym odcieniem żółtawym. Preparat zawiera 40% bizmutu. Po uprzednich doświadczeniach na zwierzętach zastosowałem 10 i 20% roztwór wyjąłowany. Zastrzykiwałem domięśniowo 0,1 i 0,2 = 1 cm. na dawkę. Początkowo podawałem 0,2 co drugi dzień. Okazało się jednak niebawem, że dawka ta jest nazbyt wygórowana, powoduje znaczną bolesność i wywołuje zapalenie błony śluzowej jamy ustnej. Wobec tego zatrzymałem się na dawce 0,1, którą należy zastrzykiwać co 3-ci dzień. Działanie lecznicze jest zupełnie wystarczające. Na jeden okres leczniczy składa się 10 zastrzyknięć.

Dotychczas leczyłem 28 chorych, przeważnie kobiety w wieku 16—42 lat. Spostrzeżenia dotyczą wszystkich okresów kiły. Większość chorych leczyła się po raz pierwszy, w żadnym zaś z tych przypadków ostatnie leczenie (rtęciowe lub arsenobenzolowe) nie było stosowane wcześniej, niż przed 3 miesiącami. Osiągnięte wyniki można streścić w sposób następujący. Dodać przytem trzeba, że we wszystkich tych spostrzeżeniach nie stosowano żadnego leczenia miejscowego.

Owrzodzenia pierwotne zablizniały się w ciągu 6—8 dni w zależności od wielkości tworów chorobowych, w tym czasie zmniejszało się też stwardnienie, które wymagało około 12 dni aż do całkowitego wessania. Po tym terminie zazwyczaj pozostawało tylko nieznaczne ciastowate zgrubienie skóry w połączeniu z nadmiernym zabarwieniem. Współistniejący obrzęk stwardniały ustępował po 7 dobach. Osutki plamiste wystąpiły ginęły po 3 dniach, świeże zaś po 5 dniach. W 75% spostrzegano w nich odczyn Herxheimer'a. Osutki grudkowate typu soczewicowego ulegały wessaniu 3—8 dni w zależności od rozległości i czasu trwania zmian w skórze. Typ łuszczycowaty o wykwitach dużych, płaskich a częstokroć obrączkowatych, jak to bywa na twarzy i na narządach płciowych, zanikał po upływie 5—6 dni. W osutce grudkowato-łuszczycowatej dłoni i podeszew wessanie następowało po 10—12 dobach. W jednym przypadku rozległej osutki grudkowato-krostkowej tułowia i kończyn zmiany skóry ustąpiły po 13 dniach. We wszystkich tych spostrzeżeniach wykwity znikły, pozostawiając brunatne zabarwienie skóry, nie ciemniejsze od spostrzeganego w leczeniu arsenobenzolami. Odczynu Herxheimer'a nie ujawniłem w osutkach grudkowatych.

Grudki nadżerkowe narządów płciowych pokrywają się naskórką w ciągu 1—3 dob, ulegają zaś wessaniu po dniach 4. Wilgotne łepieże płaskie sromu i odbytu stają się suche po upływie 1—2 dni bez wszelkiego leczenia miejscowego. Stopniowe ich zanikanie trwa: 4—5 dni w przypadkach wykwitów mniejszych i nielicznych, 6—10 dni w łepieżach rozległych, przerostych i zlewających się ze sobą.

Łepieże błony śluzowej jamy ust, języka, gardzieli znikają po 2—3 dniach. W swoim czasie zapaleniu krtań głos poprawiał się już następnego dnia po pierwszym zastrzy-

nięciu, powrót zaś do zdrowia następował po 4–6 dobach. W dwu przypadkach zapalenia łączówki, trwającego 2 i 3 tyg., przekrwienie, bolesność i światłowstręt znacznie się zmniejszyły po 2 dniach, wyleczenie zaś można było stwierdzić po 7 dniach. Stosowano wkraplanie atropiny. U jednej z chorych z obfitą osutką krostkową istniały objawy zapalenia opon mózgowych (silne bole głowy i karku, bezsenność, mdłości, wymioty, zwolnienie tętna, podniesienie ciepłoty). Objawy te zupełnie ustąpiły po 4 dniach po 2 zastrzyknięciach cytrynianu bizmutowego (0,2 i 0,1). We wszystkich spostrzeżeniach można też było stwierdzić wyraźne zmniejszenie gruczołów chłonnych.

Pomyślne były też wyniki w okresie trzeciorzędnym kiły. Guzki, ułożone w skupieniach w skórze nosa, warg, tułowia i trwające około 6 m., wessały się doszczętnie po upływie 8 dni (tubercula cutanea). Kilaki podskórne różnej wielkości w części twarde, w części zaś rozmiękłe i owrzodziałe, mieszczące się w liczbie 30–40 na całej niemal stopie oraz w dolnej $\frac{1}{4}$ podudzia, wessały się stopniowo w ciągu 24 dni. (bez leczenia miejscowego). Głębokie owrzodzenie kilakowe skóry, wielkości jaja kurzego zablizniło się po 12 dniach. W rozległym owrzodzeniu tylnej ściany gardzieli zabliznienie nastąpiło w ciągu 11 dni.

Dodatni odczyn Bordet-Wassermanna zmienił się na ujemny w kile drugorzędnej w 83%, a w trzeciorzędnej w 25%.

Co się tyczy ubocznego działania cytrynianu bizmutowego, to należy zauważyć, że lek ten, wogóle biorąc, dobrze znoszono. Żadnego poważnego wpływu szkodliwego dotychczas nie stwierdziłem. Do ujemnych stron tej soli bizmutowej trzeba jednak zaliczyć bolesność oraz uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej. Przekonałem się jednak, że bolesność można bardzo znacznie złagodzić, zapalenia zaś jamy ustnej można nawet zupełnie unikać przy zachowaniu pewnych środków ostrożności i przepisów praktycznych, wypracowanych dzięki nabytemu doświadczeniu. Przy zastrzykiwaniu dawki 0,2 większość chorych uskarżała się na znaczną bolesność, wzmagającą się podczas ruchów w stawie biodrowym. Później jednak, gdyśmy przeszli do dawki 0,1 co 3-ci dzień, lek znoszony był bez porównania lepiej. Warunki te poprawiły się jeszcze bardzo znacznie, gdy do roztworu soli bizmutowej zaczęto dodawać 1% nowokainy, stowainy lub alypiny. Przy stosowaniu takiej mieszanki bolesność trwa 1– $\frac{1}{2}$ doby i zazwyczaj nie bywa większa od tej, jaką powoduje 2% sublimat lub dwujodek rtęciowy. Zaleca się zastrzykiwać lekko ogrzany roztwór igłą długości $2\frac{1}{2}$ cm. Nacieki występują rzadko i trwają 2–3 dni.

Nadmienić jeszcze trzeba, że po pierwszych dwóch zastrzyknięciach cytrynianu bizmutowego ciepłota ciała w dniu zabiegu podnosi się wieczorem do $38\frac{1}{2}^{\circ}$ po dawce 0,2 i do $37,6$ – $38,0^{\circ}$ po dawce 0,1. Następnego dnia rano stan bywa podgorączkowy, wieczorem zaś ciepłota powraca do normy. Przy dalszych zastrzykiwaniach odczyn gorączkowy zjawia się stosunkowo rzadko.

Zapalenie błony śluzowej jamy ust występuje częściej lub rzadziej w zależności od dawki oraz staranności wykonywania miejscowych zabiegów zapobiegawczych. Przy dawce 0,2 co drugi dzień i przy zaniechaniu pielęgnowania jamy ustnej stany zapalne spostrzegano w 75%. Z chwilą jednak, gdy dawkę zmniejszono do 0,1 co trzeci dzień i gdy zalecono odpowiednie płukanie ust i smarowanie dziąseł (o czym niżej), odsetek od razu zmalał do 5.

Bizmutowe zapalenie jamy ustnej znamionują następujące cechy: niewielka bolesność, nieznaczny ślinotok, szybkie ustępowanie. W zapaleniu jamy ust odróżnić można 4 stopnie. W pierwszym spostrzegamy u wolnego brzegu dziąseł, częściej dolnych, wąską obwódkę barwy stalowosinej, otoczoną niewielkiem obrzeżem zapalnym. Dziąsła są bardzo nieznacznie obrzmiałe, ślinotoku niema. W drugim stopniu przylączyła się do tego stanu wyraźne zapalne obrzmienie dziąseł, które uwydatnia się głównie w obrębie piramid, zabarwionych na kolor czerwonosiny i sinostalowy. Wolny brzeg dziąseł bywa niekiedy pokryty nalotem

rzekomo-błoniczym. Bolesność najczęściej nie bywa wielka i nie przeszkadza w żuciu i jedzeniu. Ślinotok jest nieznaczny. W trzecim stopniu występuje wrzodzące zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, któremu stale towarzyszy zajęcie dziąseł. Płytkie owrzodzenia kształtu okrągławego lub nieprawidłowego są pokryte brudnoszarym, szarosinawym, lub ciemnosinym nalotem, otaczająca zaś błona śluzowa posiada zabarwienie sinoczerwonawe.

Po usunięciu nalotów widać popielatosinawe dno, w którym częstokroć stwierdzić można obecność niewielkich stalowosinych kropek. Bolesność tych owrzodzeń jest stosunkowo niewielka. Znajdujemy je najczęściej za ostatnimi zębami dolnymi, a pozatem na błonie śluzowej policzków w miejscach, ściśle odpowiadających spróchniałym zębom. O wiele rzadziej tworzą się one na błonie śluzowej migdałków. Pod wpływem odpowiedniego leczenia owrzodzenia zablizniają się w ciągu 4–6 dni (na migdałkach wolniej).

Stopień czwarty składa się z sumy objawów stopnia 2 i 3-go., obok których pozatem występuje rozlane podrażnienie zapalne całej jamy ustnej. Błona śluzowa policzków, podniebienia i języka jest wrażliwa, nieco obrzmiała i zabarwiona na kolor szarosinawy i sinoczerwonawy. Tu i ówdzie widać drobne kropki barwy czerwonosinej i sinostalowej. Takie zabarwienie posiadają też obrzmiałe brodawki końca i brzegów języka. Ślinotok jest znaczny. Ślina posiada zabarwienie czarniawe i wygląda tak, jak gdyby chory nabrał do ust nieco atramentu. W ślinie można wykazać obecność bizmutu. Takie rozlane zapalenie błony śluzowej jamy ustnej spostrzegałem tylko raz jeden. Minęło ono po trzech dniach i nie było przeszkodą do dalszego stosowania bizmutu. W zapobieganiu i leczeniu bizmutowego zapalenia jamy ustnej kwas garbnikowy okazał się najskuteczniejszym, wedle naszego doświadczenia. Można przypuścić, że drażniące działanie bizmutu należy przypisać Bi_2S_3 , powstającemu pod wpływem kwasu siarkowodorowego, tworzącego się w spróchniałych zębach. W tem połączeniu kwas garbnikowy widocznie wypiera siarkę i tworzy niedrażniący bizmutan garbnikowy. Wychodząc z tego założenia, zalecamy w celach zapobiegawczych: czyszczenie zębów proszkiem lub pastą, zawierającą do 25% taniny, płukanie ust 2% roztworem tegoż leku, oraz smarowanie dziąseł 10% roztworem taniny w glicerynie i nalewce galasowej. Te same zabiegi wystarczają w zapaleniu dziąseł natężenia średniego. W znaczniejszym zapaleniu doradza się smarowanie 10–15% roztworem kwasu garbnikowego w czystej nalewce galasowej. Owrzodzenia bizmutowe błony śluzowej ust doskonale i szybko się zablizniają pod wpływem częstego płukania i smarowania 10% taniną w glicerynie i nalewce dębiantkowej.

Poza wyżej podanymi objawami dotychczas nie spostrzegałem innego działania ubocznego cytrynianu bizmutowego. W szczególności nie stwierdzono uszkodzenia nerek.

Wreszcie muszę nadmienić, że obecność bizmutu wcześniej i łatwo wykrywa się w moczu i ślinie. W moczu można stwierdzić bizmut już następnego dnia po pierwszym zastrzyknięciu cytrynianu bizmutowego, w ślinie zaś najłatwiej w czasie zapalenia dziąseł lub w obecności owrzodzeń. W pracowni szpitala św. Łazarza (kierownik Dr. J. Wojciechowski) stosowano następujący sposób. 500 cmc. moczu odparowywano. Suchą pozostałość zmieszano z 1 g azotanu sodowego (*sodium nitricum*) i 0,25 g węglanu sodowego, poczem całość spalano. Pozostały popiół rozpuszczono w kwasie azotowym, przesączono, a następnie dodawano wody, nasyconej kwasem siarkowodorowym. Występował bardzo wyraźny osad trójsiarczku bizmutowego. Z powyższego wynika, że w bizmucie zyskaliśmy jeszcze jeden preparat leczniczy, wywierający potężne działanie objawowe we wszystkich okresach kiły. Jaka będzie rzeczywista wartość nowego leku, tego dziś niemożna zupełnie przewidzieć. Czy skuteczniejsze okażą się sole rozpuszczalne, czy też nierozpuszczalne i czy należy leczenie bizmutowe kombinować z arsenobenzolem, to jest rzeczą dalszych poszukiwań klinicznych.

Sprawozdania poglądowe.

W. H. Melanowski.

Warszawa.

Wziernikowanie dna oka przy świetle zielonym.*)

Dotychczasowe badanie wziernikowe dna oka okazało nam niedostateczny obraz tak samej budowy siatkówki, jak i wszelkich w niej zmian, a to z powodu tego, że poza przezierną siatkówką widzieliśmy przede wszystkim naczyńcówkę. Czerwone promienie, idące z naczyniówki, najczęściej nie pozwalały nam dostrzegać ani plamki żółtej, ani włókien nerwowych nerwu wzrokowego w siatkówce. Stąd często trudno było nam ustalić, czy zauważone zmiany należy zaliczyć do zmian w siatkówce, czy też należy uważać je za zmiany w naczyniówce, a samą barwę żółtą plamki uznawali niektórzy autorzy, jako zjawisko pośmiertne.

Obecnie dane z fizyki, objaśniając w dostatecznym stopniu z jednej strony trudność widzenia budowy tkanki przezroczystej, względnie i barwy żółtej na tle czerwonym, jednocześnie naprowadziły niektórych badaczy na myśl uczulenia sposobów badania drogą wyłączenia promieni czerwonych.

Wiemy z fizyki, że przezroczyste i płaskie naczynie (np. płytka Petriego), napełnione płynem żółtym, uwydatni się na tle czerwonym tylko w dwóch przypadkach: 1-o kiedy płyn żółty uczynimy mętnym; 2-o kiedy rozpatrywać będziemy wszystko w świetle zielonym. Poza to jeszcze w silnym świetle lampy łukowej lub świetle dziennym południowym będziemy w stanie jako tako wyróżnić barwę żółtą na czerwonym tle.

Dane te wystarczą, by zrozumieć, dlaczego badacze niektórzy, jak Dimmer, van der Hoeve i inni, już dawno zalecali badanie w świetle dziennym, lub w świetle lampy łukowej i dlaczego nieraz widzieli szczególnie u osób ciemnowłosych barwę żółtą plamki. Również dane powyższe objaśnia nam i te przypadki, w których badanie w zwykłym świetle pozwoliło wielu badaczom widzieć barwę żółtą, w nielicznych zresztą przypadkach zmian, związanych ze zmętnieniem tkanki siatkówki w danym miejscu.

Prace Neuschuler'a (1897), Ginestous'a (1911), Gullstrada, Koby'ego, Darier'a, Catonnet'a, Nivault'a i innych, a szczególnie A. Vogt'a z Bazylei (od 1913 roku) sprawę tę wyjaśniły w znacznym stopniu, i tak powstał nowy sposób badania siatkówki z pominięciem naczyniówki. W badaniu Vogt korzysta z lampy łukowej o sile 1500 świec i filtru ze szkła siarczano-miedzanego z domieszką eriovirydiny. Ten filtr szklany przepuszcza tylko część promieni widma, mianowicie zatrzymuje promienie czerwone i fioletowe, pozostawiając jedynie promienie o długości fali od 0.410 μ (indygo) do 0.560 μ (żółte). Światło to, mające odcień niebiesko-zielonkawy, ogniskuje się za pomocą soczewki dołączonej do lampy, do badania oczu nadwzrocznych, a rozprasza się do badania oczu miarowych lub krótkowzrocznych. Vogt bada jedynie w obrazie prostym.

Catonnet w badaniu korzysta z lampy żarowej 12 woltowej o sile 150 świec, z soczewką ogniskującą i filtrem ze szkła niebieskiego (verre d'Isly — szkło sygnalizacyjne morskie). Bada tak w obrazie prostym, jak i w obrazie odwróconym.**)

Ostatnie prace Catonnet'a, a szczególnie Vogt'a i jego ucznia Koby'ego, wykazują dobitnie, że, wyłączając promienie czerwone, a co za tem idzie i naczyniówkę, uwydatniamy siatkówkę i zmiany w niej, o ile one istnieją. Korzystając z tej metody badania, z odbłasków w dnie oka sądzimy o rodzaju zagłębienia, (wzgl. wypuklenia) dołeczka środkowego, rozpoznać możemy zmiany w okolicy plamki żółtej, plamkę żółtą w odwarstwionej siatkówce, zwyrodnienie torbielowate siatkówki w okolicy plamki żółtej, wreszcie, widzimy wydatnie warstwę włókienek nerwowych (*membrana*

limitans interna) i ocenić możemy stan tych włókienek u danego osobnika. Tak, np. w przypadkach rozpoczynającego się zaniku nerwu wzrokowego często, nim jeszcze wystąpić zdoła błądność tarczy, już widać brak prążkowatości warstwy włókienek, która wówczas staje się mętną i marmurkowatą (Vogt, Darier).

Prócz tego Vogt i inni badacze opisują szereg zmian w powierzchownych warstwach siatkówki, zależnych bądźto od urazu (wstrząsu), bądź od zmian zapalnych, wzgl. zwyrodnień siatkówki.

Zmiany te występują w postaci zmarszczek, fałd siatkówki, a raczej błony granicznej wewnętrznej siatkówki. Fałdy siatkówki u osób młodych po urazie występują najczęściej po 3—4 dniach, otaczają promienisto okolicę dołeczka środkowego i nigdy prawie nie zajmują samej powierzchni dołeczka. Fałdy te są zwykle lśniące (w świetle zielonym, matowe w zwykłym) i miejscami z włókienkami nerwu wzrokowego tworzą kratkę; fałdy te zajmują jedynie powierzchnię siatkówki, zakreślona łukami naczyń skroniowych siatkówki. Grubość fałdy nie przekracza zwykle grubości większych naczyń siatkówki, i fałdy najczęściej przerywają się w miejscu większych naczyń. Zmiany powyższe, o ile tylko występują same, nie upośledzają wzroku i przechodzą po upływie kilku tygodni, a nieraz i wcześniej.

U osób starszych wstrząs powoduje fałdy matowe, zależnie od matowości wogóle siatkówki i tkanek oka w wieku starszym. Prócz tego i u osób młodych fałdy, występujące nieraz wskutek zmian zapalnych, są matowe, co, jak stwierdzili zresztą badania drobnowidowe, zależy głównie od wysięku zapalnego do tkanki sfałdowanej.

Fałdy siatkówki, zależne od zmian zapalnych, są nieco więcej wężykowate, w przeciwstawieniu do fałd, wywołanych wstrząsem oka.

Jako osobliwy rodzaj fałd powierzchni siatkówki opisuje jeszcze Vogt fałdy, zależne od ściągnięcia bliznowatego siatkówki w następstwie blizn po przebiegu gąbki ocznej wzgl. wskutek obecności ciała obcego. Są to najczęściej fałdy krótkie, nieco wachlarzowato ułożone, matowe i najczęściej ciągnące się od tarczy do blizny.

Przypadki Koby'ego, Vogt'a i innych, opisane powyżej, świadczą o tem, że szczegóły budowy siatkówki (plamka żółta, dołeczek środkowy, włókienka nerwu wzrokowego i zmiany chorobowe siatkówki) są często tak subtelne, że tylko badanie w świetle zielonym (bez czerwonego) jest w stanie je wykazać; to też badanie to stanowi znaczny postęp w dziedzinie poznania siatkówki. Ale niedość na tem; zarówno sam sposób, jak i świetne wyniki rozpoznawcze, jakie osiągnięto dzięki niemu, świadczy niezbicie, że i w innych dziedzinach wiedzy stosowanej podobne sposoby mogą dać wyniki niemniej świetne. Prócz tego wspomnę tylko, że w klinice Vogt'a badanie zapomocą filtru fioletowego stosuje się w celu dostrzegania szczegółów budowy tkanek przezroczystych oka tj. soczewki i ciała szklanego — fluoryzujących w świetle fioletowym.

Piśmiennictwo.

1. A. Darier. La Clinique Ophtalm. 19.9. 2. A. Cantonnet. La Presse med. Nr. 34. 1921. 3. A. Vogt. Klinische Monatsblätter, März-April 1921. 4. A. Vogt. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde Juni 1921. 5. F. Ed. Koby. Arch. d' Ophtalm. Nr. 1 1921. 6. F. Ed. Koby. Arch. d' Ophtalm. Nr. 6. 1921. 7. L. Heine. „Die Krankheiten des Auges“, Berlin J. Springer 1921. 8. H. Lauber. Klin. Monatsbl. f. Augenh. T. 68. Jan.-Feb. 1922.

Przegląd piśmiennictwa.

Bakterjologia i odporność.

Przegląd epidemiologiczny.

Zeszyt 3.

Sierakowski. O szczepach odmienia, zlepiających się pod wpływem surowic przeciwdurowych. Autor wyosobnił dwa szczepy odmienia (*proteus vulgaris*): szczep I. (105) z wody wiślanej, szczep II. (177) z kału chorej, która zachorowała wśród objawów cholery. Oba te szczepy zlepiały się wyłącznie

*) Wspólnie z prof. Szymańskim zreferowane na zebraniu Warszaw. Towarz. Okulistycznego dn. 20 lutego 1922 r.

**) Ostatnio, w klinice wiedeńskiej, H. Lauber stosuje do badania filtr płynny. W naczynie równoległościennym o szerokości 1—3 cm wlewa roztwór wodny z 3 części błękitu toluidynowego i 1 części błękitnej zieleni filtrowej (Filtergrünblau Höchst) na 200 części wody. Jestto filtr tańszy i łatwiejszy do przyrządzenia.

tylko pod wpływem surowicy przeciwdurowej i pod wpływem surowicy otrzymanej przez uodpornienie królika szczepem 105. Szczepy te dają z surowicą przeciwdurową odchylenie dopełniacza, precypitacji natomiast nie dają. Na zasadzie próby absorbcyjnej Castellaniego autor stwierdził, iż zachodzi tu wypadek współaglutynacji. Surowice chorych na dur brzuszny, jak również i szczepionych ochronnie, aglutynują odmienne 105. Wobec tego autor przypisuje odczynowi temu cechy »swoistości« dla duru brzuszego, podobnie jak reakcja Weil-Felixa w durze osutkowym.

F. Eisenberg. O biologicznym znaczeniu różnicowania gramowego. Niezwykle bogaty w treść zbiorowy referat prac własnych autora. Bakterje gramododatnie posiadają większe powinowactwo do barwików anilinowych i większą odporność wobec odbarwiania. Plazmolizie ulegają prawie wyłącznie tylko bakterje gramujemne; bakterje gramododatnie silnie ulegają absorbcji przez ciała zawieszane i posiadają większe powinowactwo dla rozpuszczalnych lipoidalnych, niż ujemne, natomiast mniejsze wobec wody; posiadają większą odporność na działanie rozpuszczające zasad, trypsyny i surowic bakterjobójczych, okazują również i na działanie anionów większą odporność, niż wobec działania kationów.

W. Szenajch: Dwudziestopięcioletni jubileusz leczenia błonicy surowicą w Warszawie. Autor, kreśląc historję wynalezienia surowicy przeciwbłonicy i dzieje zastosowania w leczeniu u ludzi, udowadnia jej skuteczne i niezastąpione działanie przy pomocy całego szeregu tablic i wykresów.

S. Sterling-Okuniewski. Przyczynę do epidemiologii cholery. Autor opisuje epidemię cholery, powstałą w Warszawie w szpitalu czerniakowskim w 1920 r.

F. Eisenberg. Agar z fioletem do wyborowej hodowli bakterij gramoujemnych. Autor, wychodząc z założenia, iż barwiki anilinowe hamują wzrost bakterij gramododatnich 2—10.000 razy silniej, niż wzrost bakterij gramoujemnych, zastosował fiolet kryształowy do pożywek w celu uniknięcia zakażenia z powietrza. Do hodowli bakterij grupy durowej i czerwonej można bezkarnie używać fioleto kryształowego w rozcieńczeniu 1 : 200.000 t. j. na litr przyrządzonego agaru bierze się 5 cm³ roztworu 1%, zaś do hodowli cholery 1 : 400.000 lub 1 : 500.000 t. j. 2,5 cm³ względnie 2 cm³ roztworu 1% na litr.

M. Pieszezykiewicz. Serodiagnostyka żółtaczki zakaźnej. Autor podaje kilka prób serologicznych w celu rozpoznania żółtaczki zakaźnej, jak próba lizynowa, próba immunizynowa (polegająca na tem, że, jeśli wstrzykniemy świńkom morskim hodowle jadowite krętków lub zawiesziny narządów zwierząt padłych na spirochetozę Weila, zmieszane z surowicą krwi chorego na żółtaczkę zakaźną, zwierzęta nie giną). Ze wszystkich prób dzisiaj znanych autor na pierwszy plan wysuwa próbę odczynu zlepnego, jako najtańszą i technicznie najłatwiejszą do wykonania.

St. Kaczyński i Fr. Marcjaniak. O wykrywaniu łasieczników durowych w moczu. Na mocy przeprowadzonych jednocześnie badań moczu metodą Schepilewskiego i Alschüllera, jak również metodą Trawińskiego i kombinacją metody Müllera i Alschüllera, autorowie doszli do przekonania, że najczulszą metodą jest metoda Trawińskiego, polegająca na pomnażaniu bakterij przy pomocy żółci, którą po upływie 24 godzin szczepi się na endo. Jeśli zaś rozchodzi się o mocz zanieczyszczony, lepiej jest stosować metodę zgęszczenia za pomocą swoistej surowicy zlepiającej — metodą Schepilewskiego i Alschüllera.

F. Przesmycki. Przyczynę do bakteremji w czerwonce. Autor badał krew 8 chorych na czerwonkę, u dwu chorych wyhodował ze krwi łasieczkę dys. Shiga-Kruse, szczepiąc krew w ilości 5—10 cm³ do kolbki zawierającej 50 cm³ żółci.
Zofja Miłińska (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. 1922. N. 10, 11.

Sicard i Forestier. Zastosowanie połączenia oliwy z jodem (Lipiodol) do badań radiologicznych. Już oddawna było wiadomo, że połączenie oliwy z jodem, czyli tak zwany

lipiodol, tworzy preparat, zatrzymujący promienie X. Lecz dopiero autorowie zaproponowali stosowanie tego preparatu do badań radiologicznych. Lipiodol jest to preparat oleisty, gęsty, cięższy od wody, powstający z połączenia jodu z olejem goździkowym, nie zawierający wolnego jodu, czerniejący przy dłuższem zetknięciu z powietrzem. Jeden centymetr sześcienny tego preparatu zawiera około 0,54 g. jodu. Wprowadzony pod skórę lub do mięśni, nie drażni tkanek, nie sprawia więc bólu, nie tworzy nacieków ani stwardnień; przez dłuższy czas pozostaje w przestrzeniach międzytkankowych w stanie niezmiennym, łatwo przesuwa się do miejsc niżej położonych, gdzie daje się wykryć za pomocą promieni X. Dzięki tym własnościom lipiodol nadaje się do badań radiologicznych jam w ustroju. W celach leczniczych i rozpoznawczych wstrzykiwano lipiodol do przestrzeni epiduralnej w ilości 2 cm³, przez rozwór krzyżowo-ogonowy. Stąd w pozycji leżącej chorego rozchodzi się wzdłuż opony twardej przez cały kanał kości krzyżowej aż do 5-go kręgu lędźwiowego, co daje się stwierdzić radiologicznie. Wstrzykiwania te są zupełnie nie bolesne. Wstrzykiwania lipiodolu do płynu mózgowo-rdzeniowego przez pierwsze 2—3 dni sprawiają bóle i parastezje, o ile dawka przewyższa 1/2 cm³; ale i w większych dawkach (5—6 cm³) bywały dobrze znoszone. W pozycji leżącej chorego lipiodol rozlewa się wzdłuż rdzenia kręgowego i w rozpoznaniu nowotworów rdzenia i przemieszczeniu kręgów może dać cenne wskazówki na płycie fotograficznej. W celach leczniczych wstrzykiwania takie stosowano przy bólach strzelających w kończynach dolnych w przebiegu władu rdzenia, a także w porażeniach pochodzenia kiłowego; wyniki były zachęcające. Najbardziej jednak zachęcające wyniki autorowie otrzymali przy badaniu za pomocą lipiodolu tchawicy i oskrzeli ewentualnie płuc. Przy wprowadzeniu do tchawicy 5—10 cm³ tego środka można badać na ekranie całe drzewo oskrzelowe i stąd wnioskować o zmianach istniejących w płucach. Technika tego badania nie jest jeszcze wypracowana; lecz autorowie przypuszczają, że przy odpowiedniemu ułożeniu chorego można tym sposobem badać i szczyty płuc. Wlewania do tchawicy lipiodolu chorzy znoszą dobrze, przyczem zaznaczyć należy, że zgodnie z najnowszymi pracami prof. Rogera i dra Bineta autorowie stwierdzili, że lipiodol, wprowadzony do tchawicy, rozkłada się na części składowe i wsysa się w zależności od czynności lipolitycznych tkanki płucnej; natomiast lipiodol, wprowadzony do przestrzeni epiduralnej lub do płynu mózgowo-rdzeniowego, rozkłada się bardzo wolno, i za pomocą zwykłych odczynników obecności jodu w moczu nie udaje się wykazać.

Lian, Darbois i Navarre. Wstrzykiwania dotchawicowe za pomocą tak zwanej metody uproszczonej nie osiągają celu. Technika wstrzykiwań za pomocą metody uproszczonej, którą w doświadczeniach swych stosowali autorowie, przedstawiała się, jak następuje: Chory szeroko otwiera usta, wyciąga język i palcami odciąga go ku dołowi; lekarz wprowadza kaniulkę ze zwykłej strzykawki (typ Mandela) poza podstawę języka i podczas głębokiego wdechu wstrzykuje 3—5 cm³ opisanego w artykule poprzednim roztworu jodu w oliwie (lipiodol); chory w tej samej pozycji robi 8—10 głębokich wdechów, starając się nie tykać. Wyniki zabiegu autorowie kontrolowali natychmiast na ekranie za pomocą promieni X. Z doświadczeń tych wynika, że płyn, wstrzykiwany tym sposobem, nie przedostaje się do tchawicy, a spływa po przełyku do żołądka. Chcąc więc wprowadzić płyn do tchawicy, należy to zrobić pod kontrolą wziernika po uprzednim znieczuleniu błony śluzowej krtani; tak zwane metody uproszczone nie osiągają celu.

A. Lévi i P. Béhague. Zwiastuny padaczki o charakterze wzrokowym przy uszkodzeniach w okolicy potylicowej. Autorowie przytaczają 17 spostrzeżeń, przeważnie z czasów wojny, w których przed wystąpieniem napadów padaczki chorzy doznawali rozmaitych senzacij wzrokowych, poczynając od rozmaitych błyszczących przedmiotów do całych obrazów kinematograficznych o charakterze omamów wzrokowych. W przypadkach tych objawy chorobowe wystąpiły na skutek uszkodzeń czaszki w okolicy potylicowej. Na podstawie spostrzeżeń dawniejszych i przytoczonych autorowie przypu-

szczają, że zwiastuny padaczki o charakterze wzrokowym pozwalają wnioskować o uszkodzeniu ośrodków wzrokowych w mózgu. Nawet w przypadkach uszkodzenia czaszki w innej okolicy należy w tych razach myśleć o możliwości uszkodzenia wtórnego.

Laubry i Mougeot. Wysiłkowe zwolnienie tętna w przypadku całkowitej dysocjacji przedsionkowo-komorowej. Ciekawy przypadek, przytoczony przez autorów, dotyczył 60-letniego mężczyzny, u którego od 3-ich lat rozpoznano całkowity blokad serca przy tętnie stałym 30 na minutę i przy nieznacznych objawach podmiotowych: niewielka duszność i lekkie zawroty głowy. Chory ten był poddany energicznemu leczeniu swoistemu, do czego uprawniały i wywiady i dodatni wynik badania krwi; lecz bez skutku. Już i ten fakt zasługuje na uwagę, że uszkodzenia pęczka Keit-His'a, nawet u osobników z wyraźną przeszłością, nie zawsze poddają się leczeniu swoistemu. Ale autorowie nie na to zwracają uwagę. U chorego stopniowo tętno zaczęło się zwalniać z 30 do 24, a następnie do 18, a równocześnie potęgowały się objawy czynnościowe, duszność i zawroty głowy. Przy osłuchiwaniu serca, obok rzadkich i dźwięcznych tonów komory, zjawiały się niezwykle nieprawidłowe głuche tony, które autorowie uważają za wyraz skurczów przedsionkowych, wyjątkowo dających się wysłuchać przy hypotonji mięśnia sercowego. Wreszcie trzecia osobliwość — to zwolnienie tętna po wysiłku fizycznym: jeżeli chory przeszedł szybko kilkadziesiąt kroków, tętno z 18 spadało do 10 na minutę, i taki stan trwał przez kilka godzin. Przy dokładnym badaniu tego objawu paradoksalnego okazało się, że nie zależy od czynników nerwowych; przyczyna mieści się w samym sercu, czyli właściwie w mięśniu sercowym. Autorowie wypowiadają co do faktu tego następujące przypuszczenie: przy wysiłku mięsień sercowy otrzymuje niedostateczną ilość krwi w porównaniu z zapotrzebowaniem wzmożonym, a wskutek tego ośrodki automatyczne mięśnia sercowego działają mniej sprawnie.

M. Pinard i Béthoux. Przypadek dziedzicznego i rodzinnego porażenia mięśni ocznych (*Ophthalmoplegia externa*). Autorowie przedstawili przypadek, dotyczący 20-letniej kobiety, u której, oprócz zupełnej nieruchomości gałek ocznych i opadnięcia obu stron powiek, żadnych innych objawów chorobowych ze strony układu nerwowego nie wykryto. Takim samym cierpieniem dotknięte były trzy pokolenia ze strony ojca chorej i jedna jej siostra. Cierpienie to autorowie uzależniają od dziedzicznej kily.

Weill-Hallé i Chabanier. Dwa przypadki gościca rzeźączkowego, wyleczone za pomocą surowicy. Chlorek wapnia, wstrzykiwany dożylnie, jako środek przeciwko napadom choroby posurowiczej (ból stawów, wysypka, gorączka). W obu przypadkach autorowie otrzymali dobre i prędkie wyniki po zastosowaniu surowicy przeciwrzeźączkowej wyrobu instytutu Pasteurowskiego. Surowicę stosowano podskórnie lub domięśniowo po 40 cm³ naraz przez 3—4 dni z rzędu. W jednym przypadku przednio stosowano szczepionki przeciwrzeźączkowe, ale bezskutecznie. W obydwu przypadkach wystąpiły objawy choroby surowiczej w dość silnym stopniu z wysoką ciepłotą, wyżej 39°. Po dwu lub trzykrotnym wstrzyknięciu dożylnym 50% roztworu chlorku wapnia w ilości 1/2—1 cm³ objawy choroby surowiczej ustępowały zupełnie.

Merklen i Minvielle. Przypadek porażenia postępującego z objawami ostrej psychozy. Przypadek, opisany przez autorów, zasługuje na uwagę z tego względu, że właściwie tylko badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wyjaśniło istotę cierpienia.

Faton i Lafourcade. Przypadek wycięcia przeponowego trzew brzusznych. Rozpoznanie kliniczne i radiologiczne. Przypadek dotyczył 44-letniego mężczyzny, u którego lewa połowa przepony była wycięta, a żołądek, lewy odcinek kątnicy i prawdopodobnie śledziona były przemieszczone do lewej połowy klatki piersiowej. Serce było z prawej strony; uderzenie koniuszkowe w 5-em międzyżebrowo na linii sutkowej prawej. Pierwotne rozpoznanie kliniczne było w zupełności potwierdzone przez badanie radiologiczne. Chory przybył do szpitala z powodu dolegliwości żołądkowych; wymioty w kilka godzin po jedzeniu, bóle w lewym podżebrzu, oraz

znaczne wycięcie z powodu obawy przyjmowania pokarmów. Już od dziecka doznawał bólów w lewym podżebrzu i bicia serca przy forsownych ruchach, przy czym już wtedy zwrócił uwagę, że mu serce bije z prawej strony. Podczas wojny wstąpił do wojska, lecz nie mógł pełnić służby na froncie; rozpoznano wtedy u niego gruźlicę płuc i przeznaczono do służby pomocniczej. W ostatnich latach wystąpiły cierpienia żołądkowe. Opisane cierpienie autorowie uzależniają od wrodzonego niedorozwoju przepony; być może pierwotnym czynnikiem było tu pierwotne przemieszczenie serca.

Josué i Barbier. Zwężenie zastawki dwudzielnej. Szmer przedsurczowy pomimo niemiarywości stałej. Jak wiadomo przy niemiarywości stałej, charakteryzującej się migotaniem przedsionków, nie ma już właściwych skurczów przedsionków; krew ścieka z lewego przedsionka do komory, ale nie pod wpływem skurczu przedsionka, a więc niema warunków dla powstawania szmerów rozkurczowych, ewentualnie przedsurczowych. To też, o ile szmery przy zwężeniu zastawki dwudzielnej istnieją, a po pewnym czasie występują objawy niemiarywości stałej, to szmery te zwykle znikają. Tak bywa najczęściej, ale bynajmniej nie zawsze. W przypadku, przytoczonym przez autorów, dokładnie zbadanym pod względem elektrokardiograficznym i radiologicznym, pomimo istnienia niemiarywości stałej stwierdzono szmer przedsurczowy, co nie było rzeczą trudną wobec niezbyt częstego tętna (około 80). W przypadku tym zwykła teoria klasyczna nie wyjaśnia mechanizmu powstawania szmeru; szmer ten powstaje nie od skurczu przedsionka, gdyż w tym razie skurczu tego niema, ale od skurczu komory, czy to jako wyraz czasowej niedomogi zastawki dwudzielnej, czy też jako szmer mięśniowy.

Krebs. Cechy kliniczne skurczów mięśniowych w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu. Ich stosunek do niektórych zespołów objawów, znanych dawniej. Rytmiczne ruchy spastyczne w zapaleniu mózgu. Z powodu pokazu chorej ze stałymi skurczami mięśni twarzy i przedramienia, trwającymi 2 lata od czasu przebiecia zapalenia mózgu, autor omawia cechy charakterystyczne tego cierpienia w zestawieniu z cierpieniami dawniej już znanymi. Są to skurcze stałe rytmiczne, często powtarzające się (około 60 razy na minutę), w wyniku nie dające zmiany pozycji danego odcinka ciała, lub też, jeżeli zachodzi, to bardzo nieznaczna; podrażnienia mechaniczne nie wpływają na nie, lub też wpływ ten jest bardzo mały: przemęczenie umysłowe lub wzruszenia potęgują skurcze. Skurcze przy paramyoclonus multiplex, z którymi próbowano porównywać cierpienia opisane wyżej, wykazują znaczne różnice. Przedewszystkiem nie znajdujemy w nich żadnego rytmu ani prawidłowości, ani też żadnej współczynności: tam każdy mięsień kurczy się niezależnie od drugiego, niema żadnej fizjologicznej ani patologicznej współpracy. Nadto wpływ wzruszenia na powstawanie tych skurczów jest znacznie więcejznaczony, a w wyniku skurczów widzimy zmianę pozycji odcinków większą lub mniejszą, w zależności od umiejscowienia. Tak zwane rytmiczne ruchy spastyczne, niezależne od woli, spostrzegamy również w przebiegu zapalenia mózgu nagminnego. Różnią się one od skurczów myoklonicznych wyżej wspomnianych już tem, że przedewszystkiem są to ruchy skombinowane, mające na celu zmianę pozycji narządu, najczęściej w postaci potężnych ruchów spastycznych, doprowadzających niekiedy do deformacji ciała, jak np. skoliozy, przykurczenia itp. Są to ruchy również rytmiczne, ale o tempie dużo powolniejszym. J. Bellowski (Warszawa).

Choroby skórne i płciowe.

La Presse Médicale.

R. 1922, nr. 4.

Sabouraud. Rozpoznanie niepełne schorzeń skóry owłosionej. Autor domaga się, aby lekarz przy drobnych nawet i ściśle ograniczonych schorzeniach skóry owłosionej badał dokładnie całą powierzchnię pokrytą włosami. Dokładność taka często prowadzi do wykazania istniejących obok siebie dwóch odrębnych schorzeń np. obok łysiny plackowatej także ogniska tocznia rumienionego, albo może u chorego, skarżą-

cego się na przerzedzenie włosów naprowadzić na rozpoznanie wylusienia kilowego.

Bory. Czy można w obecnej chwili ujednostajnić wykonanie odczynu Bordet-Wassermanna. Rozbieżność wyników odczynu B.—W., w różnych pracowniach wykonywanego, jest wynikiem różnorodności stosowanych odczynników i różnych metod postępowania. Wobec niemożności usunięcia pierwszej przyczyny proponuje autor jak najszczegółowsze ujednostajnienie techniki wykonywania odczynu. W uwagach ogólnych żąda, aby funkcje te spełniał tylko lekarz-serolog, i to w wymiarach określonych (nigdy ponad 15 surowic naraz), i aby ten lekarz był zarazem syfilidologiem, mogącym klinicznie ocenić stan chorego i warunki, w jakich badania dokonuje. Co do technicznych szczegółów autor żąda, aby we wszystkich pracowniach używano antygeny wymiarczkowanego przez instytut rządowy (dla Francji zakład Pasteura); zanim się to da urzeczywistnić należy odczyn wykonywać zawsze z 4 różnymi antygenami, dla kontroli używać równorzędnie surowicy nieogrzewanej (według Hechta), do odczytywania wyników zaś używać skali z ośmiu probówek, zawierającej odcienie od hemolizy całkowitej do żadnej, a ustawianej doraźnie w sam dzień wykonywania odczynu. Przedstawivszy bardzo szczegółowo swój sposób wykonywania odczynu B.—W. nawołuje autor z naciskiem, aby zewszę odczyn ten uważać nie za zwykłą próbę laboratoryjną, tylko za »konsultację syfilidologiczną.«

Dyboski. (Kraków).

Dermatologische Zeitschrift

T. 35. Z. 4.

E. Nathan i H. Martin. Ilościowe oznaczanie reaginu surowicy kilowej sposobem skłaczkowacenia i jego znaczenie w rozpoznawaniu i leczeniu salvarsanem kily. Odczyn Sachs'a i Georgiego wykonywali autorowie z surowicami nieczynnymi, kilowami w bardzo znacznych rozcieńczeniach od 0.1—0.001 cm³ i płynem mózgowo-rdzeniowym w ilości 0.5—0.05 cm³. Odczyn Wassermanna, wykonywany równocześnie w tych samych warunkach, okazał się czuleczym, dając dodatni wynik w tem rozcieńczeniu surowicy, w którym już odczyn S. G. wypadł ujemnie. W czasie leczenia — stosunek nasilenia rozcieńczenia surowicy powstawał względnie stały, ale nieraz miano surowicy przy wykonywaniu O. S. G. szybciej się zmniejszało, niż przy O. W. W płynie mózgowo-rdzeniowym O. W. wypadł jeszcze dodatnio w 20—40 krotnem rozcieńczeniu, w którym O. S. G. już był ujemny. Optimum odczynu S. G. (największe skłaczkowacenie) okazywało się nie przy większych rozcieńczeniach, ale przeciwnie przy bardzo małych (np. 0.1 surowicy wynik ujemny — 0.0025++++). Nie można twierdzić, czy przyczyną tego zjawiska są ochronne ciała surowic w stanie czynnym, przeszkadzające skłaczkowaceni surowicy, i że pewne surowice kilowe i w stanie nieczynnym zachowują te własności, a w większym rozcieńczeniu dopiero je tracą. Prawdopodobnie, ochronne ciała surowic, przeszkadzające skłaczkowaceni — mogą być czasami termostabil — i odczyn S. G. w rozcieńczeniach większych 0.1 lub 0.2 cm³ surowicy może wypaść ujemnie, a w niższych rozcieńczeniach dopiero dodatnio. Nasilenie O. S. G. zachowywało się podobnie, jak przy O. W. w kile II-rz. Odczyn był wybitnie dodatni, niż w kile I-rz., a w III-rzędnej wybitnie dodatni, niż w II-rz. Autorowie wykonali również szereg badań nad zachowaniem się O. S. G. w czasie leczenia. Wśród leczenia neosalvarsanem i rtecją miano surowicy utrzymywało się początkowo na jednej wysokości, poczem albo gwałtownie spadało ku wynikowi ujemnemu albo powoli; wśród leczenia salvarsanem ze srebrem, skłaczkowacenie ustępowało wśród znacznych wahań, przy leczeniu sulfoxylatsalvarsanem miano utrzymywało się początkowo na tej samej wysokości, poczem spadało powoli albo szybko, przy leczeniu salvarsanem ze srebrem i sulfoxylatsalvarsanem wahania były bardzo znaczne. Przez systematyczne przeprowadzanie odczynu S. G. da się wykazać sposób działania różnych preparatów salvarsanowych i sposobów leczenia.

E. Langer. Rak a uraz. M. 22 l. chorego, na skórze ręki w miejscu brodawki po zranieniu kulą karabinową, rozwinął się po miesiącu guz, który mimo że usunięty był

operacyjnie, leczony Röntgenem a nawet tuberkuliną, ustawicznie nawracał. Badanie histologiczne wyciętego guza, wykonane przez autora, wykazało obecność raka silnie barwikowego, wychodzącego z naskórka (*Naevocarcinoma*). Przypadek ten potwierdza dawniejsze spostrzeżenie, że wskutek jednorazowego urazu przyjść może do powstania nowotworu, jednak z zachowaniem warunków, stawianych przez Thiema i Ribberta, t. j. ścisłego związku między miejscem urazu a powstaniem nowotworu.

E. Bergel. Biologiczno-kliniczne znaczenie limfocytów w kile. Tłuszcze i lipoidy mają wybiórcze chemotaktyczne działanie na limfocyty. Działanie między lipoidami, jako wywoływaczem, a limfocytami, jako wytwórcami dwóchwytnika, da się wykazać przy pomocy hemolizy i hemaglutynacji i to nawet pod mikroskopem. Limfocyty wytwarzają lipazę jako proferment o charakterze dwóchwytnika, a przez dopełniacz osocza uczynnia się ów proferment na czynny ferment. Lipaza jest swoistą i absorbowaną bywa tylko przez lipoid homologiczny. Przez wstrzykiwanie różnych ciał tłuszczowych i lipoidalnych wykazał Bergel sztucznie morfologicznie różny skład odczynu zapalnego, głównie jednak złożony z limfocytów. Dwuchwytnik humoralny nie tylko ulega zmianie, ale zmienia się również miejsce jego wytwarzania (komórka) — Chemomorphoplasia, krótko Chemomorphie.

Jady gruźlicy, kily i trądu posiadają własności grupowe tłuszczowe i odczyn zawsze złożony z limfocytów; mając jednak i pewne chemiczne właściwości tworzą i różnice w morfologicznym składzie odczynu. Limfocyty, jako czynnik obronny, nastawione są na odczyn tłuszczowy i na jad o charakterze tłuszczowym. Krętki kilowe są lipoidalne lub produkują toxinę lipoidalną, wywoływacz przy O. Wassermanna ma charakter lipoidowy. Odczyn miejscowy na jad kilowy, składa się z limfocytów, względnie z komórek plasmatycznych (pochodne limfocytów). Limfocytozę znajdujemy również i we krwi, a surowice kilowe posiadają własność większego rozkładu tłuszczu. Lipoidy wprowadzone do ustroju, działają jako wywoływacz i wytwarzają przeciwciała, t. j. swoisty lipolityczny dwuchwytnik wytwarzany w limfocytach lub gruczołach chłonnych; ciała te z wywoływaczem kilowym dają odchylenie dopełniacza. Surowica kilowa zawiera lipatyczny proferment o charakterze dwóchwytnika na lipoidalną część wywoływacza kilowego, który przez dopełniacz zostaje uczynniony i łączy się z lipoidem kilowym. W ten sposób można zrozumieć zjawisko O. W., jak również i kliniczny przebieg kily. Gdzie nie przyszło do odczynu z limfocytów, wczesny okres zmiany I, kila złośliwa nie powstają przeciwciała na lipoidalny jad kilowy (nie powiększone gruczoły chłonne). Odczyn W. dodatni w kile utajonej dowodzi obecności odczynu limfocytowego w ustroju. Prowokacje odczynu W. powodowane są przez powiększenie odczynu; po wyleczeniu kily znika odczyn limfocytowy i O. W. O. W. uważać należy niejako za zjawisko korzystne, t. j. biologiczny wyraz działania przeciwciał na wywoływacz kilowy.

J. Heller. Z kazuistyki rzadkich schorzeń paznokci. Rozbiór chemiczny paznokci, z poprzednio opisanego przypadku (*Onychogryphosis et Ichthyosis hystrix linearis*).

E. Zurhelle. O obecności delikatnych włókienek tkanki łącznej w zmianach kilowych i innych chorobach skórnych.

F. Walter (Kraków).

Klinische Wochenschrift.

R. 1922. Nr. 1.

Frei i Spitzer. W sprawie jednoczesnego występowania gruźlicy i kily (symbioza w gruczołach chłonnych). Autorzy przytaczają nieliczne przypadki jednoczesnego występowania zmian gruźliczych i kilowych, stwierdzone przed wykryciem krętka bladego oraz kilka takichże wypadków, gdzie już po tym terminie, na skórze, na błonach śluzowych i w organach wewnętrznych stwierdzono równocześnie obecność prątków Kocha i krętków białych. Jako przyczynę do tych spostrzeżeń opisują autorzy trzy przypadki, w których zdołali oba zarazki stwierdzić w gruczołach chłonnych. W dwóch krętki blade nagromadziły się w gruźliczo już przedtem zmienionych gruczołach; w jednym przypadku zakażenie kilowe wywołało uczynnienie procesu gruźliczego, którego zarazek spoczywał w utajeniu w gruczołach ramieniowych. Po-

większenie tych gruczołów musiało być spowodowane procesem gruźliczym i kiłowym w równych częściach, gdyż leczenie przeciwkiłowe doprowadziło do zmniejszenia ich w znacznym stopniu i w krótkim czasie. Uwagi godnym jest, że zakażenie gruźlicze gruczołów ramieniowych w tym wypadku, przypuszczalnie w pracy zawodowej chorego (rzeźnika) dokonane — doszło do skutku bez poprzedniego schorzenia gruźliczego na skórze rąk, gdzie bez wątplenia musiały znajdować się wrota infekcji. — Doświadczenia nad wzajemnym wpływem zakażenia gruźliczego i kiłowego u królików nie wykazały uderzających zmian w przebiegu jednego lub drugiego zakażenia.

Kaufmann i Winkel. Zapalenie a system nerwowy. Dotąd przeważają spostrzeżenia, że przecięcie albo zwyrodnienie nerwu wywiera wpływ hamujący na przebieg sprawy zapalnej w jego obrębie. Z drugiej strony doświadczenia Kreibicha dowiodły, że podrażnienie nerwu może wywołać, sprawę zapalną np. w skórze. Czy zmiany w unerwieniu mogą spowodować odczyn zapalny, było niewyjaśnionem. Autorzy opisują przypadek, w którym schorzenie nerwu kulszowego było powodem do spotęgowania zdolności do takiego odczynu, gdzie mianowicie jód podany wewnątrz przy *neuritis luctica* lewego nerwu kulszowego wywołał ostre zapalenie skóry (z obrzękiem, podwyższeniem ciepłoty i t. d.), ograniczone do tych partji skóry, w których wrażliwość czuciowa z powodu *neuritis ischiadica* była obniżona. Spostrzeżenie to zrobione dwukrotnie przy podaniu jodu na wewnątrz i raz przy wstrzyknięciu śródżylnem. Dla wytłumaczenia tego zjawiska przyjmują autorzy, że tkanka chora, względnie anormalnie unerwiona, jod ku sobie ściąga i gromadzi, oraz że zdolność wydzielnicza ścian naczyń włosowatych zmienia się pod wpływem zmian w unerwieniu (Tschermak). Opierają się przytem na spostrzeżeniach Loeba, Salomona i innych, stwierdzających zatrzymywanie jodu w tkance rakowej, kiłowej i t. p. oraz na doświadczeniu na opisywanym chorym, który po brany jod wydzieliał bardzo powoli (w moczu ślady jodu jeszcze po 70 godz.).

Mimo to autorzy za główną przyczynę odczynu zapalnego uważają w pierwszym rzędzie nie nagromadzenie jodu w tkance zmienionej, tylko podwyższoną wrażliwość tych tkanek, czego dowodem ma być, że jod stosowany zewnątrz wywoływał na nodze chorej ostrzejsze zmiany zapalne, niż na innych partjach skóry. Ponieważ te zmiany zapalne były ściśle ograniczone, więc prawdopodobnie jod działał na naczyńia obwodowe i ich nerwy bezpośrednio, ujawniając utajoną nadwrażliwość tkanek (Goldscheider).

R 1922. N. 4.

Bloch. Nieco o związku skóry z całością ustroju. Aczkolwiek dermatologia największy swój postęp zawdzięcza pojmowaniu chorób skórnych, jako schorzeń jednego organu, to jednak pewne wyczerpanie dostępnych nam metod badania, głównie histologicznego i bakterjologicznego, a głównie niewyjaśnione kwestje etjologii, musiały doprowadzić do powrotu do uświadomienia sobie koniecznej i w prawidła ujętej korelacji skóry z organami wewnętrznymi. Przedewszystkiem wskazuje na to wpływ rozległych schorzeń skóry, choćby tak banalnych, jak wyprysk, na stan ogólny ustroju. Do wyjaśnienia tej zależności nie wystarczy jednak stwierdzenie kliniczne obok siebie istniejących schorzeń skóry i innych organów, ale tylko analiza ich biologicznego związku. Na razie spostrzeżeń pojedynczych jest dużo, teoryj ujmujących je w prawidła i należyte uzasadnionej brak. N. p. przy chorobach przemiany materji. Nie zawsze działa tutaj na skórę produkt wadliwej przemiany materji bezpośrednio (w sensie dawnej „materia peccans“). Zwykle zmienia on tylko zdolność reagowania skóry na czynniki zewnętrzne lub uboczne. Niema więc choroby skórnej charakterystycznej dla skazy moczanowej lub cukrzycy, lecz towarzyszą temu zboczeniu w przemianie materji schorzenia skórne różnego typu, wypryski, ropnica skóry, grzybiec, i t. p. Za patognomiczne możnaby uważać chyba xanthoma, i to nie dla cukrzycy, tylko dla tych schorzeń ogólnych, którym towarzyszy nadmiar cholesteryny we krwi.

Podobnie jest z anomaliami w wewnętrznym wydzielaniu.

O ile chodzi o hormony gruczołów płciowych, to wpływ ich na skórę jest bezpośredni i widoczny np. w hipertrichozie w czasie climacterium, w zmianach po kastracji, w acne iuvenilis; pośredni przy samoistnem wyleczeniu mikrosporji w czasie dojrzewania płciowego. Tak samo zmiany gruczołu tarczowego, wywołujące rozlaną i ograniczoną obrzęk śluzowy, może także niekiedy rozlaną sklerodermię. Istnieje też, wedle spostrzeżeń Blocha, związek między składaniem wapna w skórze a czynnością gruczołów przytarczycznych. Niewątpliwym jest związek między wewn. wydzielaniem a barwikami w skórze (chloasma, Basedow, Addison). Pozatem jednak inne przypuszczenia etjologii wewn. wydzielania dla chorób skórnych pozostaną hipotezami. O acanthosis nigricans wiadomo, że zdarza się przy guzach organów wewnętrznych; tylko w dwóch przypadkach Bloch stwierdził zmiany w nadnerczu, trzustce i tarczycy, oraz cukrzycę. Przy hydroa vacciniiformis znaleziono porfiryneję, co znowu wskazuje na wpływ jedynie pośredni i na ważność czynnika działającego bezpośrednio, w tym wypadku światła.

Znacznie przecenianym i apriorystycznie przyjętym bywa związek pomiędzy chorobami skóry a odżywieniem i wypływającym z niego wadliwym składem krwi. Są jednak i w tej dziedzinie spostrzeżenia, które wytrzymują krytykę. Tak np. pokrzywka i zbliżony do niej rumień wysiękowy, które najczęściej są wyrazem zatrucia pokarmami, polegają na anafilaksji (Bruck); podobnie jak wysypki po stosowaniu surowicy i leków. Według Landsteinerja, Doerra i amerykańskich autorów, antigen, którym jest w tych wypadkach białko obce, albo białko własne, zmienione albo wreszcie chemiczne ciało obce, ale niebiałkowe, krążące w ustroju uczulonym, działa na przeciwciała usadowione w obwodowych naczyniach i to w komórkach w sensie zwiększenia przepuszczalności naczyń i zapalenia. Surowica może wywołać to u wszystkich, do wysypki po leku trzeba osobniczego usposobienia, idiosynkrazji. Wtedy właśnie wysypki skórne mogą występować na zmianę z innymi objawami anafilaksji, jak gorączka sienna i astma. Modna terapia (wapno, upusty krwi, surowica, ciała koloïdowe) staje się pod tym kątem widzenia zrozumiałą. Amerykanie poszli dalej, zaliczając wyprysk do objawów anafilaksji swoistej i starając się, po eksperymentalnem wykryciu działającego przyczynowo w danym przypadku ciała, desensybilizować ustrój specyficznymi wyciągami z tegoż ciała, co może mieć rację tylko co do znikomego procentu wyprysków. W wyprysku (Bloch i Landsteiner) bowiem zmiana patologiczna leży całkiem obwodowo, w warstwie brodawkowej i w naskórku; w schorzeniach anafilaktycznych punkt zaczeplenia w sieci naczyń skóry właściwej.

Istoty wyprysku dopatruje się Bloch w senzybilizacji komórek przyskrórka (ewt. także warstwy brodawkowej), wrodzonej lub nabytej; idiosynkrazja taka może być szczególną dla takiej lub innej przyczyny, ogólną dla szkodliwości zewnętrznych bez różnicy ich jakości. Można wtedy też mówić o zmniejszonej odporności skóry. Doświadczalnie Jaeger wykazał, że skóra osobników skłonnych do wyprysku daje anormalny odczyn pod olejkiem terpentynowym. Teoria patogeny musi oprzeć się na tem oraz na premisie, że przyczyna wyprysku działa na skórę z zewnątrz. Że wpływy z wewnątrz, drogą krwi docierające do skóry, mogą wyprysk wywołać, jest możliwem, ale naogół nie jest dowiedzionem. Jedynie z formolem i jodem doświadczenia Blocha wypadły dodatnio.

W każdym razie przebieg wyprysku jest pod wpływem przemiany materji a raczej ogólnego stanu ustroju w danym okresie (przykładem są samoistne wyleczenia wyprysku pod wpływem schorzeń innych organów). Z tych rozważań wynikają wskazówki lecznicze: albo usunięcie przyczyny działającej, o ile jest znaną albo specyficzną desensybilizacja, albo przestrojenie skóry wrażliwej — pod promieniami Roentgena lub przez arsenik; albo przez wpływanie na stan ogólny i przemianę materji (djeta, wstrzykiwanie ciał chemicznie obcych i t. d.).

W chorobach zakaźnych objawy skórne i odczyn skóry jest dla nas zwykle wskaźnikiem odczynu ustroju całego (kiła, gruźlica). Wrażliwość skóry na tuberkulinę tłumaczy nam np. patogenę tuberkulidów, jako wyrazu alergicz-

nego odczynu skóry na toksyny względnie prątki z obiegu krwi pochodzące.

Wybitnym jest związek pomiędzy rozległością i natężeniem zmian w skórze a zmianami w innych narządach w wielu schorzeniach zakaźnych. Mamy tu do czynienia z ezofilaksją (wedle Hoffmanna), czynnością biologiczną skóry, zmierzającą do usunięcia i unieszkodliwienia chorobotwórczych zarazków i jądów, celem ochrony narządów wewnętrznych przed niemi. Jasną jest ta funkcja np. przy wakcynacji. Leczenie według Sahliego i Ponudorfa, dalej, jak Hoffmann mówi, ogólne naświetlania i tp., może w ten sposób oddziaływać. Zrozumiałym jest też pomysł, aby przez intensywną alergizację skóry nie żyjącymi krętkami bladymi i ich produkty przemiany materji chronić narządy wewnętrzne, przede wszystkim ustrój nerwowy. Może i profilaksa gruźlicy dałaby się tak pomyśleć.

Tak ustrój oddziałykuje na skórę. Może jednak i w ramach funkcji fizjologicznych istnieje oddziaływanie skóry na ustrój przez »wydzielanie wewnętrzne« tego narządu (Kreitel, Hoffmann). Za tem przemawia zagrożenie życia chorego, o ile schorzenie skóry, np. dermatitis po rżęci, po salvarsanie lub z innych przyczyn, ogarnie większą część powierzchni skóry. Czy chodzi tutaj o brak jakiejś hipotetycznej »derminy«, nie wiadomo.

Dyboski. (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji.

Sekcja jarosławska.

II Posiedzenie naukowe z dnia 4 kwietnia 1922, w szpitalu powszechnym w Jarosławiu.

1) przewodniczący wita gości, kol. Hinze ze Rzeszowa i lekarzy wojskowych.

2) Dyskusja nad odczytem kol. Händla: „Nowsze poglądy na odżywianie chorych w czasie gorączki i chorób zakaźnych“.

W dyskusji zabierają głos kol. Hinze, Rosberger, Meisels, Sawicki, Händel.

3) Kol. Sawicki (Kańczuga): „Trzy przypadki ciąży pozamacicznej z pęknięciem worka płodowego, leczone zachowawczo (spostreżenia z praktyki)“.

W dyskusji zabierają głos kol. Hinze, Meisels, Händel, Fechter. Kol. Hinze podnosi doniosłość wykładów praktycznych (Händla i Sawickiego) i zaleca ogłoszenie ich drukiem.

4) Kol. Fechter przedstawia: a) sześć przypadków wola, operowanych sposobem Kochera w znieczuleniu miejscowym; zaszycie na głucho — bez sączkowania; b) chorą operowaną przed 8 laty z powodu zgorzeli zrostów z wyrostka robaczkowego z przebiegiem i ropnym zapaleniem otrzewnej (cięcie Sonnenburg-Rydygier tamponada): ypa dniecie trzew przez otwór w ścianach brzusznych (blizna pooperacyjna). Wycięcie worka przepuklinowego; rozluźnienie zrostów z następowym obszcieniem (peritonisatio); zaszycie powłok brzusznych pierwotne; c) 2 chorych z ropniakiem opłucnej po zapaleniu płuc grypowym. Ze względu na niedomogę serca z obrzękiem i dusznością wypuszczenie płynu trójgranicem; po podniesieniu się stanu ogólnego w kilka dni zabieg radykalny, tj. otwarcie klatki piersiowej z wycięciem kawałka żebra w znieczuleniu miejscowym Wyleczenie; d) chorego 50 l. z przewlekłym zapaleniem stawu kolanowego lewego z wysiękiem i wolnymi luźnymi ciałami w stawie (arthromeningitis cartilaginea). Otwarcie stawu kolanowego (Payr); wycięcie 2 luźnych myszek stawowych, wielkości jaj kurzych i kilkunastu mniejszych, częściowo uszypułowanych; szew na głucho; wyleczenie; e) chorą, operowaną w 12 godzin po zachorowaniu; wyrostek robaczkowy długości 20 cm, w końcu bardzo rozdęty (ropniak) ze zgorzelą na przebiegu; płyn surowiczo-mięty w jamie brzusznej. Otwarcie jamy brzusznej; wycięcie wyrostka robaczkowego — zaszycie powłok pierwotne.

W dyskusji zabierają głos kol. Hinze, Woś, Bentkowski, Händel, Fechter.

III Posiedzenie naukowe z dnia 26 kwietnia 1922 odbyte w szpitalu powszechnym w Jarosławiu.

1) Kol. Turzański: „O działalności i skuteczności leczniczej zdrojów w Iwoniezu (Małopolska)“. Na podstawie kilkunastoletniej swej praktyki, jako lekarz zdrojowy, przedstawił mowca, obok krótkiego opisu Iwonicza pod względem położenia, stosunków atmosferycznych, składu wód, wyniki leczenia w chorobach: kobiece, żółty, kiła, gruźlica kości, dna, miążdżca.

W dyskusji zabierali głos kol. Händel, Puzon, Rosberger, Czernak, Fechter.

2) Kol. Mikiewicz-Hajdukiewiczowa przedstawia 2 przypadki zaburzeń w miesiączkowaniu we wieku dojrzewania:

a) dziewczynka 14 l., słabo rozwinięta, jeden perjod, krwawienie bardzo obfite, 9 dni trwające. Chora skrwawiona, zupełnie nieprzytomna. Badanie ginekologiczne: dziewica, pochwa wąska, dość krótka, część pochwy długa na 1 człoń palca, wiotka — ujście dla rozszerzadła Hegara Nr. 4 drożne, szyja rozwarta; trzon macicy mniejszy, jak normalnie, bardzo wiotki, jajniki i trąbki niebadalne. Wstrzyknięciem 2,00 secacorninum krwawienie opanowano.

b) Dziewczynka 1. 17, jeden perjod w 15 roku życia. Następne miesiączki co 4 tygodnie; od roku częstsze z długotrwałymi krwawieniami; od 3 miesięcy krwawi prawie bez przerwy. Chora blada bardzo osłabiona, zawroty głowy, wymioty; gruczoł tarczycowy powiększony — badanie ginekologiczne: w pochwie wiotkie skrępey, stanowiące odlewy wnętrza macicy, część pochwy wiotka, szyja drożna dla palca; trzon macicy wielkości pięści, ściany bardzo wiotkie; jajniki normalne. Lekki ściągający bez skutku — tamponada również. Po wystrobanu błony śluzowej macicy krwawienie ustąpiło. Mówczyni tłómacząc nadmierne krwawienie przy menarche (1 perjod) przytacza pogląd Kermaunera: „jajnik i cały aparat rozrodczy był dotychczas nierozwinięty; nagle zadziałał jakiś silniejszy bodziec nerwowej, bądź też hormonalnej przyrody, macica nie może nadażyć swym rozwojem — stąd dyssonans, niedomoga mięśnia macicy. Przyczyn, wywołujących zaburzenia w miesiączkowaniu, należy szukać w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu, w pierwszym rzędzie jajnik i ciała żółte. Typ i częstota krwawienia są regulowane przez jajnik; obfitość i czas trwania krwawienia są od jajnika niezależne“. W 2 przypadku zwraca uwagę na powiększony gruczoł tarczycowy. Leczenie: leki ściągające przed i w czasie miesiączki, organoterapia; adrenalina; racjonalne naświetlanie promieniami Roentgena; wyskrobanie i w ostateczności nadpochwe macicy; zwalczanie niedokrewności, podniesienie rozwoju całego organizmu. Ze gnilec, białaczka, krwawiczka itp choroby mogą wywoływać nieprawidłowości w miesiączkowaniu nie należy zapominać. W końcu wspomina o przypadku zupełnego skrwawienia przy 1 perjodzie, obserwowanym przez siebie a ogłoszonym przez Kermaunera

W dyskusji zabierają głos kol. Händel, Fechter.

3) Kol. Fechter przedstawia; a) chłopak 21 l. wól torbielowy podmostkowy, duszność. (Chory, aby ulżyć sobie, kozikiem przebił skórę i tkankę podskórną; uraz wywołał krwotok wewnętrzny śródtorbielowy i zamiast ulgi powiększył duszność). Wyjęcie wola w znieczuleniu miejscowym; sączek na 48 godzin w dolnym kącie cięcia. Wyleczenie.

b) chory 24 l., który przed 2 laty wskutek nieszczęśliwego wypadku z bronią palną doznał zranienia powikłanego podstawy czaszki, zgruchotania kości nosowych, kości czołowej z otwarciem zatoki czołowej i zniszczeniem oka prawego. (Odlamek lufy karabinowej tkwił w ranie i opierał się na siodełku tureckim). Pokrycie ubytku płatami z czoła i z twarzy uszypułowanymi, podszewkowanymi; c) chłopak 7 l. operowany w trzy godziny od zachorowania; wyrostek robaczkowy zgorzeli z pęknięciem do jamy otrzewnej; zapalenie ropne otrzewnej; zaszycie powłok pierwotne; d) chorą z ropniem przykątliczym kałowym otorbionym; nacięcie ropnia, tamponada; e) wyrostek robaczkowy (chłopak 11 l.); zgorzel z przebiegiem i kilku ropniakami w jamie brzusznej z tyłu za kątnicą sięgający pod wątrobę; w zatoce Douglasa: 3 ropnie w zrostach sieci z jelitami cienkimi; objawy niedrożności mechanicznej jelit. Według zapadania ma być od kilkunastu dni chory; przed kilku tygodniami uraz od kopyta końskiego w powłoki brzuszne. Otwarcie jamy brzusznej, wycięcie wyrostka robaczkowego, sieci, rozluźnienie zrostów. Otwarcie ropni między zlepionymi jelitami, sączki; zejście śmiertelne po 24 godzinach od czasu zabiegu.

W dyskusji zabierają głos kol. Spatz, Händel, Czernak, Hajdukiewiczowa, Fechter.

Tadeusz Fechter.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dn. 7 marca 1922 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

Prezes odczytał pismo Konsulatu Generalnego Rzeczypospolitej Polskiej w Chicago, skierowane do Warszawskiego T-wa Lekarskiego z wezwaniem do umieszczenia prac naukowych polskich w pismach lekarskich amerykańskich w celu zaznajomienia lekarzy amerykańskich z pracami naukowymi lekarzy polskich.

Wiceprezes W. Starkiewicz zakomunikował, że komitet konkursowy (koledzy prof. Gluziński, jako przewodniczący, prof. A. Sokołowski, wiceprezes W. Starkiewicz i W. Kowalski) przyznał jednomyślnie nagrodę im. Mocutkowskiego za najlepszą pracę, odczytaną w Warszawskim T-wie Lek. w r. 1921. Drowi Adolfowi Wojciechowskiemu za wykład p. t. „O naczyniach chłonnych narządów rodnych kobiecych w związku z operacją raka macicy (z pokazem preparatów i przeżycy), wygłoszony na posiedzeniu T-wa dn. 25 października 1921 r.

1. Prof. Leśniowski. „Przyczynek do patologii okrężnicy esowatej“, (Rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji prof. Kryński stwierdza, że sprawa poruszona przez mowcę jest to sprawa rzadka dla klinicystów, nie tak rzadka dla anatomicznych (Letulle, Dmochowski); nosi ona nazwy *cirrhosis mesenterii, mesenteritis chronica*. W 1913 roku

prof. K. na zjeździe chirurgów w Londynie przedstawił swoją pracę pod tytułem „*La cirrhose mésentérique comme unité clinique*“, w pracy tej prof. K. zmiany w krezce uważa za sprawy zapalne o przebiegu przewlekłym, prowadzące do kurczenia się krezki, a w następstwie upośledzenia ruchów robaczkowych kiszki i ich następstw. Operacja prof. Leśniowskiego w swym pomysśle przedstawia się bardzo ładnie, uważa jednak, że i przeszczepiona nieć ulegnie zwłóknieniu, sądzi, że należałoby już wykonywać sigmoido-sigmoidostomię. W Grundzach wspomina, że Al. Zawadzki w dwóch podobnych przypadkach raz wykonał colo-colo-stomię, w drugim zaś przypadku resekcję esicy.

Prof. Br. Sawicki, powołując się na prace niemieckich autorów, którzy uważają częste niepełne skręcenia esicy za przyczynę spraw zapalnych w krezce i jej zbliźniacenia, uważa, że doświadczenia, wykonane przez prof. L., przemawiałyby za tem.

Sprawa, poruszona przez mowcę, jest bardzo interesująca, ale jeszcze niedostatecznie opracowana. Co się tyczy leczenia, to prof. S. zgodziłby się z prof. Kryńskim, że należy wykonywać zespolenie, przeciwny jest natomiast wycięciu esicy ze względu na możliwość zakażenia.

Prof. Hornowski twierdzi, że do przedstawionych przez prof. L. zaburzeń przyczynia się zbyt długa krezka esicy.

Prof. Gluziński spostrzegał zmiany w krezce tam, gdzie znajdowano bardzo znaczne zmiany w naczyniach krwionośnych tak, że i zwąpnienie naczyń musi także grać pewną rolę w omawianych sprawach. Autorzy francuscy przechylają się ku stosowaniu wycięcia esicy w przypadku megasigmy.

W odpowiedzi prof. Leśniowski podkreśla, że uważa swoje przemówienie jako doniesienie tymczasowe. Badając krezkę esicy, badał wogóle całą krezkę trzew, poczynając od dwunastnicy. Etiologii omawianego cierpienia prof. L. nie podejmuje się tłumaczyć, zaznacza, że nie można mówić o mesenteritis, jak o tem wspominali przedmówcy, lecz o peritonitis mesenterii, gdyż sprawa zapalna obejmuje jedynie listki otrzewnej, naczynia są doskonale zachowane; ani razu nie spostrzegł, aby tkanka była twarda, ściana kiszki pozostawała niezmienną, pętla kiszki kurczyła się dobrze. Wniosków co do dalszego przebiegu po operacji prof. Leśniowski wypowiadać nie chce; jeden z chorych operowany przed 2 lata czuje się bardzo dobrze.

II. Wojnarowska. „Odma sztuczna w leczeniu gruźlicy płuc“. Idea zastosoowania odmy sztucznej w leczeniu chorób płucnych zawdzięcza swe powstanie Carsanowi. Kilkakrotnie podejmowana i znowu zarzucana ostatecznie znalazła poparcie najpierw u Forlaniniego następnie u Brauera. Obadwaj oni byli założycielami szkół, które rozbiegały się w pogładzie jedynie na kwestię sposobu przeprowadzania pierwszego napełniania.

Zgadzały się zaś do pewnego czasu co do warunków, w których odma może być stosowana. Warunkami temi są 1) sprawa jednostronna a posunięta, z wyłączeniem postaci pneumonicznej, 2) przeprowadzenie wszystkich innych sposobów leczenia ze skutkiem ujemnym lub małym. Co do korzyści, jakie chore płuco z ucisku odma odnosi, możemy je zebrać w dwie grupy: jedną anatomo-patologiczną, drugą, odnoszącą się do zmian dodatnich w przebiegu klinicznym. Do I grupy zaliczamy: a) rozrost tkanki łącznej, co w rezultacie daje zasklepienie ognisk chorobowych; b) przekrwienie żyłne, wspierające ten rozrost. Klinicznie mamy spadek ciepłoty, jako wynik złego przepływu limfy, a co za tem idzie przerwy w zatrzymywaniu organizmu toksynami bakteryj; 2) zmniejszenie lub przy kompletnym ucisku ustanie kaszlu; podniesienie stanu ogólnego i odporności organizmu, jako następstwo działania obu tych razem wziętych czynników. Aby osiągnąć wszystkie wyżej wymienione dane, sama odma musi odpowiadać pewnym warunkom. Po pierwsze odma musi być tak duża, aby ucisk płuca był w istocie kompletny; po drugie musi być zakładana powoli tak, aby organizmowi dać czas przyzwyczajania się do nowych warunków; po 3-ie przez cały okres czasu, zwykle przekraczający rok, wysokość ciśnienia odmy musi być utrzymywana na tym samym poziomie. Jedną z głównych przeszkód, a raczej trudności w spełnieniu tych warunków, są zrosty opłucnej, wiążące prawie zawsze przypadki dalej posunięte i wysięk zjawiający się prawie u 70% chorych, leczonych odma. Tak przy kwalifikowaniu przypadków, jak i podczas całego przebiegu kuracji, musi być lekarzowi dana możliwość kontroli za pomocą prześwietlania promieniami Roentgena. Szkoła włoska w ostatnim dziesięciu lat rozszerzyła pole stosowania odmy na przypadki świeże i obustronne, co jednak wywołuje krytykę nawet zagorzałych zwolenników tej metody leczenia i ma w istocie wiele punktów chwiejnych. Gruźlica u dzieci w ostatnich dwu latach weszła również w okres stosowania odmy.

Ze względu na wyniki dodatnie stosowania odmy każdy ftyzjolog musi zabieg ten umieć wykonać, tem więcej, że cały szereg chorych nie poprawiających się po stosowaniu innych metod, po stosowaniu odmy, jeśli może znaleźć już niekompletne wyleczenie, to ulgę i przedłużenie życia.

Dyskusję nad odczytem odłożono do następnego posiedzenia
W. Kowalski, sekretarz doroczny.

Lwowskie Towarzystwo higieniczne.

Na posiedzeniu Wydziału w dniu 16. b. r. postanowiono:
1) Tworzyć w łonie Towarzystwa sekcję walki z alkoholizmem.

2) Na porządku dziennym najbliższego posiedzenia naukowego postawić sprawę walki z alkoholizmem z uwzględnieniem państwowej ustawy o zwalczaniu alkoholizmu (referent dr. Miłkołajski).

3) Wdrożyć kroki celem ewentualnego objęcia przez istniejącą w łonie Towarzystwa sekcję walki z rakiem funkcji podkomitetu Polskiego Komitetu zwalczania raka (referent prof. dr. Nowicki).

4) Przystąpić do wydawnictwa popularnych broszurek z rozmaitych dziedzin higieny o dwóch typach, a to dla więcej i mniej inteligentnych czytelników.

5) Przystąpić w jesieni do zorganizowania III ej serji popularnych wykładów nie tylko we Lwowie, ale i na prowincji.

Serja I-a wykładów popularnych poświęcona była chorobom wenerycznym. Frekwencja na tych wykładach była nader liczna; na dwóch wykładach (dra Krzemickiego) dla mężczyzn było osób 1817, na jednym (dra Hojnackiego) dla kobiet 638.

Wykłady te były objaśniane pokazem licznych przeźroczy i filmu, przedstawiającego powstawanie kiły doświadczalnej u królika i leczenie jej za pomocą salwarsanu.

Serja II-a składa się z następujących wykładów, objaśnianych również pokazem przeźroczy:

Dr. Legeżyński „Co to jest żywy brud?“, dnia 14/V.

Doc. Dr. Steusing „O chorobach zakaźnych“, dnia 21/V.

Prof. Dr. Nowicki „O chorobie raka i jej zwalczaniu“, dnia 28/V.

Prof. Dr. Gröer „Ogólne zasady opieki nad dzieckiem“, dnia 11/VI.

Dr. Opieński „Alkohol a gruźlica“, dnia 18/VI.

Prof. Dr. Cieszyński „Jak zapobiegać chorobom zębów?“, (2 wykłady), dnia 25 i 29/VI.

XIX. Zjazd Chirurgów Polskich.

XIX. Zjazd Chirurgów Polskich odbędzie się w bieżącym roku w Warszawie w dniach 29 i 30 czerwca oraz 1 lipca (czwartek, piątek i sobota).

Tematy programowe są następujące:

1) Wrzód żołądka i dwunastnicy. Referent Prof. Jurasz (Poznań). Koreferent: Dąbrowska Janina (Warszawa). Kilka uwag o wrzodzie okrągłym żołądka na podstawie badań: anatomo patologicznych.

2) Gruźlica chirurgiczna: a) Gruźlica kości i stawów — docent T. Ostrowski (Lwów) b) Gruźlica narządów wewnętrznych — Prof. Leśniowski (Warszawa). c) Leczenie sanatoryjne gruźlicy chirurgicznej — Dr. Łapiński (Warszawa).

Pozatem zgłoszono dotychczas następujące wykłady:

1) Ambrozewicz. W sprawie operowania przepukliny udowej. 2) Biske: Przyczynek do leczenia padaczki Jacksona. 3) Borkowski. W sprawie leczenia ropni opłucnowych. 4) Drozdowicz. Stan obecny rentgenoterapii głębokiej. 5) Grudziński. O bezpośrednich i pośrednich objawach rentgenologicznych wrzodu żołądka i dwunastnicy (z pokazem przeźroczy). 6) Dziembowski. O chorobie Hirschsprunga. 7) Kohnan. O współistnieniu nowotworów złośliwych z gruźlicą. 8) Kołodziejki. O leczeniu guzów krwawnicowych. 9) Kryncki. Nowotwory kłębką tętnicy szyjnej (glomus caroticum). 10) Leśniowski. O zbliźniaczeniu krezki esicy. 11) Lewenstern. a) Zwiększenie odźwiernika o oparzeniu kwasem solnym. b) W sprawie operacyjnego uszkodzenia moczwodów. 12) Mayer. Nowy sposób sztucznego odżywiania w zastosoowaniu do leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy. 13) Mossakowski. a) Wpływ usypiania na drobnoustrojóbójcze własności surowicy krwi. b) O leczeniu spraw zakaźnych szczepionkami. 14) Radliński. a) Dyskusja do owrządzenia żołądka i dwunastnicy. b) O leczeniu wyciwniania odbytnicy. c) Stanowisko klin. chir. 2-iej w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego. 15) Reklewski. Nowoczesne metody leczenia skoliozy. 16) Rubinrot. O stosowaniu różnego rodzaju promieni w leczeniu gruźlicy chirurg. 17) Rutkowski Jerzy. a) O resekcji naczyń powrózka nasiennego. b) O znaczeniu rozpoznawczym zgleźnika dwunastnicowego. c) Rzadkie powikłania zapalenia wyrostka robaczkowego ropówką gazową. 18) Sawicki Br. a) Powikłania po operacjach na wyrostku robaczkowym. b) Z chirurgji mózgu. c) W sprawie żeber nieprawidłowych. 19) Sławiński. Operacyjne postępowanie w marskości wątroby. 20) Szerszyński. Badania układu sercowo-naczyniowego podczas operacji. 21) Walc. Przyczynek do symptomatologii nosaczyny. 22) Wertheim. W sprawie cięcia brzuszno 23) Wojciechowski A. Badanie budowy histolog. 48-śmiego przyp. podstawy krezki 24) Wrześniowski. Operowanie stopy szpotawo-końskiej wklęsłej. 25) Zaorski. O znieczuleniu lędźwiowym.

Zgłoszenia odczytów należy nadsyłać niezwłocznie pod adresem Sekretarza Towarzystwa (Dr. Dobrowolski w Warszawie, Smolna Nr. 6).

Ostateczny termin przyjmowania zgłoszeń 10-go czerwca br. Podczas Zjazdu odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych. W sprawie wystawy tej należy się zwracać pod podanym wyżej adresem Sekretarza Towarzystwa. Mieszkania dla uczestników Zjazdu będą zapewnione.

Pierwszy tom Przeglądu Chirurgicznego, zawierający Pamiętnik XVIII Zjazdu Chirurgów Polskich, odbytego w roku 1921, jest w druku.

Docent Dr. W. Reiss.

Lwów.

O epidemii egipskiego zapalenia oczu w wojsku powstańcem 1830 roku.

Jaglica, jako choroba spojówek, znana już była w odległej starożytności, opisuje ją jako jednostkę chorobową, medycyną grecką i arabską, nigdzie jednak nie spotykamy wzmianki o epidemicznym wystąpieniu jaglicy. Dopiero okres wojen napoleońskich sprowadził nagły przewrót. Wiadomem jest, że podczas wyprawy Napoleona do Egiptu w r. 1798, obok innych epidemii, które wybuchły w wojsku francuskim, pojawiła się także epidemia ostrego zapalenia oczu, zwanego odąd „egipskim zapaleniem oczu”. (*Ophthalmia aegyptiaca, bellica v. militaris*). W krótkim czasie uległa tej zarazie większość wojsk francuskich; w wojsku angielskim wystąpiła owa rzekoma jaglica również z wielką gwałtownością. Powracające zaś do Europy obie armie rozniosły tę chorobę prawie po całej Europie. Wojska włoskie, pruskie, austriackie wykazywały bardzo liczne ogniska epidemiczne. Za wojskiem przeniosła się jaglica we wielu krajach także na ludność cywilną. Ze stosunków w armii rosyjskiej zajmującym dla nas jest fakt pojawienia się zarazy w r. 1818 w garnizonie warszawskim i znacznego jej rozprzestrzenienia się podczas walk polsko-rosyjskich 1831 r. Wspomina o tem Boldt w dziele swem o jaglicy, przytaczając odnośną pracę rosyjskiego autora Tschertirkin a.

Z tego okresu mamy jednakże sprawozdanie wiarogodne, spisane przez naoczego świadka, który w powstaniu 1830 roku czynny brał udział, jako pomocnik lekarski, w charakterze „podlekarza asystenta”. Był nim Wiktor Feliks Szokalski, późniejszy „ojciec okulistyki polskiej”, wówczas 19-letni student warszawskiego uniwersytetu, którego pamiętniki okazały się obecnie w osobnym wydaniu¹⁾

Było to w forticy w Modlinie, gdzie stał kwaterą pułk, do którego Szokalski był przydzielony, gdy po powrocie z wypadu w stronę Pułtuską zastał Szokalski w pułku wybuchłą epidemję zapalenia ocznego.

Oto jak Szokalski zdarzenie to opisuje:

„Z bólem serca wróciłem do moich codziennych zajęć a na nieszczęście przybyło mi wiele roboty, gdyż w bataljonach naszych, w szopach rozlokowanych, wybuchnęła epidemia egipskiego zapalenia oczów, z powodu niewygody w pomieszczeniu, na które był wystawiony nasz żołnierz, mianowicie braku niezbędnego w nocy przykrycia w otwartych barakach, stłoczenia się, a najwięcej z powodu nieznośnego kurzu, pochodzącego od pyłu ze starłej na prosek słomy. Codziennie przybywało nam chorych po kilkunastu, a żaden z nas lekarzy nie miał o chorobach oczu wyobrażenia²⁾).

Doniosłem o tem natychmiast memu ojczymowi, prosząc go o radę, a gdy mi ją otrzymał, zaraz wedle niej postąpiłem. Szczęście, że Rudnicki wyjednał sześć płóciennych namiotów, które kazałem rozbić w przyległym bastjonie, i tam umieściłem osobno wszystkich moich chorych na oczy. Potem dostałem trzy beczki, które codziennie zimną świeżą napełniałem wodą. Do każdej beczki dosypywałem po łyżce siarkanu cynku, a telczer, postawiony na straży, pilnował, ażeby każdy chory co parę godzin przemywał sobie oczy. Na nieszczęście wielu oślepiło, ale $\frac{3}{4}$ całej liczby wyleczyło się. Serce mi się krajało na tę całą sprawę, bo ani wiedziałem, co miałem pod ręką, ani co robię. Strzelałem a Bóg kule nosił. Nikt mi nie pomagał. Owszem, winę całą za oślepiłych na mnie składano, zwłaszcza, że ogromna potem była z niemi bieda. Nie można ich było odesłać do domów z powodu ogólnego w kraju zamieszania.

W ten sposób rozpocząłem w kraju mój okulistyczny zawód...“

Przytoczona powyżej notatka historyczna z pamiętników Szokalskiego jest w piśmiennictwie polskim może jedynym autentycznym dokumentem, stwierdzającym charakter epidemiczny cierpienia ocznego z owych czasów.

Czy jednakże mieliśmy tu rzeczywiście z jaglicą do czynienia? W tym względzie świadectwo Szokalskiego nie może być jeszcze miarodajnym. Spostrzegaliśmy tę epidemję zapalenia egipskiego oczu młody męłyk, przydany, jako pomocnik, starszemu „sztablekarzowi”, a wiedza okulistyczna tego ostatniego stała tylko na poziomie ogólnej ówczesnej wiedzy lekarskiej. Znaczący to niezbyt wiele, gdyż dopiero lata późniejsze stanowią o przełomie i znacznym postępie w naukach lekarskich.

Dlatego też nowsze badania sceptycznie zapatrują się na ówczesne epidemje jaglicy i raczej są skłonne przypisać ten epidemiczny charakter cierpienia ocznego zupełnie innym czynnikom chorobotwórczym. W szczególności badania bakterjologiczne, jako nabytek czasów nowszych, sporo światła rzuciły na zakaźne zapalenie oczu — najprawdopodobniej mógł ten gwałtowny charakter ówczesnych epidemij zależeć od zakażenia wtórnego, od niezłytu ostrego, wywołanego prątkiem Koch-Weeksa lub dwóinkami wiewiórowemi Neissera.

¹⁾ W. F. Szokalski: Wspomnienia z przeszłości. Z rękopisu wydał i przedmową opatrzył Adam Wrzosek. Wilno 1921 r.

²⁾ Ojczymem Szokalskiego był Kowszewicz, „sztablekarz przy nowo-uformowanym pułku 17 piechoty linjowej“.

Epidemje prawdziwej jaglicy należą już dziś do przeżytków historycznych. Wychowani na piśmiennictwie ubiegłego stulecia oczekiwaliśmy, że w obecnej światowej wojnie powtórzyć się mogą epidemje jaglicy na wzór tych z czasów napoleońskich. Sposobności do rozwleczenia zarazy nie brakło — ciągły przemarsz wojsk przez kraje, w których jaglica epidemicznie panuje, przeczucie wojsk na odległe fronty i powołanie do czynnej służby wojskowej we wszystkich armjach żołnierzy chorych na jaglicę mogły dać powód do powstania epidemji jaglicy. Tymczasem o epidemji takiej zupełnie nie było słyhać. Urządzenia sanitarne, zaprowadzone w poszczególnych armjach, mogły częściowo do tego się przyczynić, trudno jednak przypuścić, aby ich jedynie zastąga był zupełny brak epidemicznego charakteru jaglicy. Raczej przypuścić należy, że udoskonalona technika badań, w szczególności bakterjologicznych, wyjaśniła niejedną fałszywie alarmowaną epidemję jaglicy, jako ostry niezłyt wywołany prątkiem Koch-Weeksa. Przemawiają za tem własne spostrzeżenia poczynione podczas służby wojskowej oraz spostrzeżenia innych autorów (Königstein, Peters), którzy mile byli zdziwieni tym brakiem epidemicznego charakteru jaglicy podczas wojny światowej.

Dane powyższe zmuszają do zastanowienia się nad tym objawem i do przewartościowania dawnych pojęć o charakterze epidemicznym jaglicy.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy P. P. Okręg Łódzki.

Zarząd Związku lekarzy P. P., zmuszony okolicznościami, zawarł następującą umowę z Zarządem Kasy chorych w Łodzi.

§ 1.

Od dnia podpisania przez obie kontraktujące strony umowy niniejszej wszystkie posady lekarzy w Kasie chorych m. Łodzi będą obsadzone przez Zarząd Kasy chorych z listy, przedstawianej przez Związek Lekarzy P. P. według klasyfikacji Związku.

Jeżeli jednak Związek Lekarzy P. P. w ciągu 3-ch tygodni od chwili zgłoszonego przez Kasę Chorych zapotrzebowania nie przedstawi odpowiedniego kandydata na dane stanowisko w Kasie Chorych m. Łodzi, to Kasa Chorych otrzymuje wtedy wolną rękę w angażowaniu potrzebnego jej lekarza pod warunkiem wszakże przedstawienia kandydata Związkowi Lekarzy P. P. do zaopiniowania.

§ 2.

Do dnia 1 maja 1922 r. Kasa chorych m. Łodzi z 300 godzin ambulatoryjnych dziennych obsadzi 220 godzin, pozatem 10 posad lekarzy rejonowych, jedną posadę lekarza półdzielnicowego z listy klasyfikowanej, przedstawionej do tegoż dnia przez Związek Lekarzy P. P.

§ 3.

W razie sprzeciwu Kasy Chorych m. Łodzi w zakresie klasyfikacji lekarzy przez Związek — sprawy przeniesienia kandydatów z jednej kategorii listy do innej zostają rozstrzygane przez Komisję kwalifikacyjną.

Komisja kwalifikacyjna od dnia zawarcia niniejszej umowy do dnia 1 maja 1922 r. składać się będzie z dwóch przedstawicieli Związku Lekarzy P. P., dwóch przedstawicieli Kasy Chorych m. Łodzi, oraz superarbitra Dra Skalskiego, Dyrektora Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia w Łodzi.

Od 1 maja 1922 r. Komisja kwalifikacyjna składać się będzie z dwóch przedstawicieli lekarzy Kasy Chorych m. Łodzi oraz jednego członka zarządu naczelnego lekarza Kasy Chorych i wybranego wspólnie superarbitra.

§ 4.

Z dniem 25 kwietnia 1922 r. członkowie Związku Lekarzy P. P. przystępują do pracy w Kasie Chorych m. Łodzi.

Jednak lekarze fabryczni w fabrykach: Geyera, Scheiblera, Poznańskiego, Kröninga, Gazowni, Steinerta, Bennicha, Stolarowa, Franciszka Ramischa, Gutmana, Wienera, Kindermana, Leonhardta Woelkerta i Gilbardta, Allart-Rosseau, ewentualnie w Elekrowni i Tramwajach, rozpoczynają swą pracę już z dniem podpisania umowy niniejszej i na warunkach, na jakich dotychczas ordynowali. Od dnia 1 maja 1922 r. nastąpi ostateczne ustalenie warunków tych lekarzy w sposób niżej umówiony.

Również z dniem 25 kwietnia 1922 r. Kasa Chorych miasta Łodzi rozwiązuje swoje umowy z Dr. Englem i Chylewskim i zwalnia ich z zajmowanych w Kasie Chorych stanowisk.

§ 5.

Kasa Chorych m. Łodzi na warunkach umówionych w niniejszej umowie ze Związkiem Lekarzy Państwa Polskiego zawiera oddzielne umowy:

1) Z lekarzami, którzy przyjmować będą chorych niezależnie od ilości godzin tylko w ambulatorjach Kasy chorych m. Łodzi za wynagrodzeniem ryczałtowym, lub też z lekarzami, którzy pracować będą w ambulatorjach kasowych za wynagrodzeniem ryczałtowym, chorych zaś odwiedzających będą w ich mieszkaniach za wynagrodzeniem od wizyty, przyczem za ambulatorjum Kasy Chorych miasta Łodzi uważa się również ambulatorjum fabryczne.

2) Z lekarzami rejonowymi, półrejonowymi i dzielnicowymi.

3) Z lekarzami, którzy mogą przyjmować w domu w spe-

cialnościach wcale lub niedostatecznie reprezentowanych w ambulatoriach Kasy Chorych m. Łodzi.

Z lekarzami fabrycznymi Kasa Chorych m. Łodzi zawiera umowy czasowe, zależnie od ogólnego planu organizacji Kasy, przyczem w razie następných zmian lekarz fabryczny otrzymuje odpowiedni równoważnik pracy.

Obłożnie chorym przysługuje prawo leczenia się u lekarza rejonowego, lub u jednego z lekarzy pracujących w dzielnicy chorego. Lekarze ci nie mogą odmówić odwiedzenia tych chorych.

Rozwiązywanie tych oddzielnych umów następować może według zwyczajowych warunków, t. j. na 3 miesiące zgóry od dnia zawarcia jednej strony przez drugą u wypowiedzeniu umowy.

§ 6.

Wynagrodzenie za jedną godzinę pracy ambulatoryjnej dziennie wynosić będzie 35.000 mk. (trzydzieści pięć tysięcy marek) miesięcznie, oraz zwrot kosztów przejazdu tramwajem dla lekarzy ambulatorjów w Widzewie na Szpitalnej 2, na Łagiewnickiej 46, oraz ambulatorjów Tow. Akc. Scheiblera. Wynagrodzenie to zmieniać się będzie w miarę zmiany conajmniej ponad 5% spólczynika drożyznianego, ogłoszanego przez Komisję miejscową do badania zmian kosztów utrzymania w Łodzi.

§ 7.

Płaca za wizytę w domu chorego wynosić będzie: za wizytę dzienną 1000 mk. (tysiąc marek), za wizytę nocną 2000 mk. (dwa tysiące marek), zaś za wizyty dzienne w niedzielę i święta po 1500 mk. (tysiąc pięćset marek).

Kartki zgłoszone do godz. 2-giej popołudniu — zimą, zaś do godziny 3-ej popołudniu — latem, oraz wizyty nagłe powinny być załatwione w dniu zgłoszenia.

Wizyty zgłoszone przed 7-ą wieczorem uważa się za dzienne zgłoszone zaś po 7-mej wieczorem za nocne.

§ 8.

Płaca lekarza rejonowego odpowiada płacy lekarza w ambulatorjum za 5 godzin ambulatoryjnych, zaś płaca lekarza dzielnicowego odpowiada płacy za 6 godzin ambulatoryjnych.

§ 9.

Płaca za poszczególne zabiegi lekarskie i płaca lekarzy fabrycznych od dnia 1-go maja 1922 r. zostaną uregulowane przez Komisję w tym celu wybrane, które w terminie od 22-go do 30-go kwietnia 1922 roku opracują cennik poszczególných zabiegów i normę płacy lekarzy fabrycznych.

Komisja do opracowania poszczególných zabiegów lekarskich i ułożenia dla nich cennika składać się będzie z przedstawicieli Związku Lekarzy P. P.

Komisja do unormowania płacy lekarzy fabrycznych składać się będzie z przedstawicieli Związku Lekarzy i delegata Kasy Chorych m. Łodzi.

§ 10.

Każdy z lekarzy Kasy Chorych m. Łodzi ma prawo do 4-tygodniowego urlopu w stosunku rocznym, przyczem lekarze ambulatoryjni otrzymują urlop bezpłatny, zaś lekarze rejonowi i dzielnicowi urlop płatny.

§ 11.

Umowa niniejsza obowiązuje obie kontraktujące strony na terenie działalności Kasy chorych m. Łodzi na czas nieograniczony. Gdyby wszakże którakolwiek ze stron pragnęła umowę niniejszą rozwiązać, winna ją wypowiedzieć naprzód na 9 miesięcy, licząc od dnia zawiadomienia o tem strony drugiej.

Sprawa wynagrodzenia może jednak być poddana rewizji od dnia 1-go lipca 1922 r.

Łódź, dnia 20 kwietnia r. 1922.

Umowę podpisali przedstawiciele.

ze strony Kasy Chorych m. Łodzi i ze strony Związku Lekarzy P. P.

Odezwa.

Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 stycznia 1922 (Monitor L. 69 z 24 marca) ma być wprowadzona bezpłatna pomoc lekarska dla urzędników i ich rodzin. Pomocy tej udzielać mają lekarze urzędowi lub kontraktowi stale lub ryczałtowo płatni, za poradę zaś lekarską od poszczególnego wypadku rząd wyznacza 200 mp honorarium.

Cały ten projekt przyszedł do skutku bez zapytania się lekarzy i bez porozumienia się z ich reprezentacją zawodową, co należało uczynić. Jeżeliby ten sposób postępowania zastosowano do jakiegokolwiek innej kategorii wolnych zawodów bez porozumienia się z nimi, np. aptekarzy, adwokatów, drukarzy i t. d., wywołałoby to niewątpliwie bardzo głośne protesty ze strony interesowanych.

Przeciwko tej próbie zsojalizowania wolnego zawodu lekarskiego, które następstwem będzie zeschematyzowanie pomocy lekarskiej, bez pożytku dla interesowanych, jak tego przykłady mamy na Kasach chorych, musimy stanowczo i energicznie zaprotestować. Stoimy na stanowisku, że pomoc lekarska powinna być rzeczą prywatną i pozostawioną wzajemnemu zaufaniu, a nauka lekarska może wtedy tylko czynić postępy i być dla społeczeństwa pożyteczną, jeżeli się opiera na wolnym wyborze lekarza. Lekarze uznają sami niekorzystne materialne położenie szerokiej warstw urzędników, niedostatecznie wynagradzanych, i z tem się licząc, obniżają z własnej inicjatywy wysokość pobieranego honorarium i skłonni są do jak najdalej idących opustów.

Z wymienionych powodów Wydział Związku okręgowego wr az z reprezentacjami zrzeszeń i towarzystw lekarskich uchwalił

przestrzedz wszystkich Kolegów, aby nie zawierali żadnych wiążących umów w celu obejmowania posad w utworzyć się mających ambulatorjach, aż do załatwienia rozpoczętej ze strony organizacji lekarskich akcji, mającej na celu przeprowadzenia jedynie dla obu stron korzystnego i godnego systemu wolnego wyboru lekarza.

We Lwowie, dnia 5-go maja 1922.

Prof. Dr. Władysław Bylicki prezes Tow. ginekologicznego lwowskiego. — Prof. Dr. Antoni Cieszyński, przewodniczący Związku lekarzy dentyków lwowskich. — Prof. Dr. Marjan Franke, przewodniczący Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. — Prof. Dr. Włodzimierz Łukasiewicz, przewodniczący Tow. dermatologicznego lwowskiego. — Dr. Władysław Kohlberger, prezes Tow. psychiatrów polskich. — Dr. Jan Papée, prezes Związku lekarzy wschodniej Małopolski. — Prof. Dr. Roman Rencki, prezes Tow. lekarzy polskich b. Galicji. — Prof. Dr. Hilary Schramm, przewodniczący Tow. chirurgicznego we Lwowie. — Prof. Dr. Teofil Zaleski, przewodniczący Tow. otolaryngologicznego.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego.

Protokół 212 posiedzenia Wydziału w dniu 4 maja 1922.

Obecni: Przewodniczący Dr. Cercha, Prezydent Izby Lekarskiej Dr. Strzemiński, oraz 8 członków Wydziału i Dr. Herman Kraus z Rzeszowa.

W sprawie podwyższenia należności za czynności sądowo-lekarskie uchwalono zwrócić się z odpowiednim memorjałem do ministerjum sprawiedliwości.

Dr. Cercha i Dr. Grzybowski zdają sprawę z pobytu w Warszawie na Walnem Zgromadzeniu Delegatów Związku lekarzy P. P. Uchwalono zamieścić w protokole przemówienie Dr. Cerchy na tem zgromadzeniu w całej rozciągłości i podać je do wiadomości członków.

Uchwalono zawiadomić Dra Teofila Guzika z Uścia solnego, Dr. Stan. Walerego Nowaka ze Starego Sącza i Dra Schimla z Kozowej, iż w myśl uchwały Wydziału, ogłoszonej zresztą w marcu b. r. w odezwie, nie wolno im przyjmować posad lekarzy dla leczenia funkcjonariuszy państwowych na rachunek rządu.

Członkom, którzy wystąpili byli ze Związku, a chcą wstąpić ponownie, uchwalono odpisać, iż według regulaminu muszą zapłacić wkładki do Związku i do Kasy pogrzebowej za czas od swego wystąpienia.

Według brzmienia statutu odmówiono pożyczki Dr. D.

Przesłano taryfę za zabiegi dentystryczne dla Kas Chorych Dr. Mauryemu Spirze z Rzeszowa. Odpowiedziano Drowi Wachowiczowi ze Sułkowic, iż Związek wniesie odpowiedni memorjał do Min. Zdrowia Publ. w sprawie niewyplacania lekarzom okręgowym należności za szczepienie ospy i za podwoły, względnie komisje. Co się tyczy szczepienia w bieżącym roku, to lekarze okręgowi muszą szczepić, względnie zażądać podwoły, zamówionej i opłaconej przez rząd, albo zrzec się posady lekarza okręgowego.

Uchwalono podziękować dyr. szpit. Drowi Pajęczkowskiemu z Sanoka za podjęcie się zorganizowania kolegów w powiecie sanockim, liskim, brzozowskim i dobromilskim.

Odpowiedziano Drowi Ruzińce w Zatorze, iż z powodu bandyckich napadów na lekarza, wezwanego w nocy do rzekomo lub istotnie chorego, należy w podejrzanych przypadkach zażądać od wzywających go osób asystencji policji państwowej na koszt chorego, czy też osoby wzywającej.

Uchwalono wypłacić T. S. L., jako dar nar. dowy 3-go maja, tysiąc marek.

Protokół 213 posiedzenia Wydziału w dniu 11 maja 1922.

Obecni: Prezydent Izby Lekarskiej Dr. Strzemiński, oraz 7 członków Wydziału.

Na żądanie Koła w Tarnowie uchwalono zwrócić się do Min. Zdrowia Publ., aby konkursy na posady lekarskie rządowe ogłaszano w „Nowinach Lekarskich”, organie Związku Lekarzy Państwa Polskiego, i w „Polskiej Gazecie lekarskiej”, organie Związku Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego, a nie obsadzano bez konkursu w przyszłości posad, jak się to stało niedawno w Tarnowie. Podobny memorjał wniesie zapewne na prośbę Wydziału Związek lek. P. P. w Warszawie, oraz jego Okręg Wielkopolski i Pomorski w Poznaniu.

Na wniosek kol. Dr. Józefa Mallika z Radymna uchwalono wytłoczyć cegiełki, opiewające na 500 mk., z przeznaczeniem na fundusz Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierót po członkach Związku. Bloczki po 20 cegiełek ma się rozstać członkom celem używania ich przy każdej sposobności, kiedy lekarz nie chce, lub mu nie wypada przyjmować wynagrodzenia.

Celem przygotowania przyszłych lekarzy do życia społecznego uchwalono zwrócić się do prof. Dra Witolda Orłowskiego o odstąpienie sali wykładowej w klinice lekarskiej do urządzania odczytów i pogadanek dla słuchaczy medycyny. W wykładach tych zaznajomiłaby się młodzież lekarska z warunkami, pracą, obowiązkami i prawami, jakie czekają na nią w przyszłym życiu społecznym. W samych posiedzeniach Wydziału Związku mogłoby brać udział dwóch delegatów w pośród słuchaczy wyższych lat bez prawa głosu.

Przewodniczącego Dr. Cerchę zastępować będzie przez lato zastępca przewodniczącego Dr. Zydłowicz.

Na życzenie wielu kolegów a konkretny wniosek kol. Mallika uchwalił Wydział wydawać cegiełki po 500 mk., na wzmoże-

nie funduszu Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierót po członkach Związku, Zbieranie takiego funduszu jest wprost palącą sprawą. Mało chyba między lekarzami jest takich, co by z praktyki pozostawili teraz swej rodzinie taki majątek, z którego odsetki mogłyby wystarczyć na skromne bodaj utrzymanie.

Lekarze wyświadczają w swej praktyce dużo usług, za które się nie przyjmuje lub przyjmując nie wypada zapłaty, ale wypada i nawet należy sprzedać jedną i drugą cegiełkę dla zubożonego dzieła na rzecz nam najbliższych.

Cegielki w liczbie najmniej 20 sztuk można zamawiać u zawiadowcy funduszu Jordana Dra Wład. Żydłowicza w Krakowie, Florjańska 22.

Dr. Kostecki, sekretarz.

Dr. Cercha, przewodniczący.

† Dr. Feliks Sielski.

Dnia 13 maja zmarł nagle znany ginekolog lwowski Dr. Feliks Sielski w swoim majątku Witwicy pod Bolechowem. Kończył on studia lekarskie w Wiedniu, a w położnictwie i ginekologii kształcił się na klinice prof. Chrobaka i, jako asystent prof. Rokitańskiego, w Maria-Theresien-Spital, poczem osiadł we Lwowie, gdzie się cieszył netykłą rozległą praktyką, ale i przyjaźnią tych, którzy go znali. Nieśmiały, skromny, gołębiego serca, umiał jednak dać z siebie więcej, jakby można było sądzić z pozorów. Zostawił on też po sobie stały ślad w nauce dwiema pracami, które nazwisko jego uczyniły znanem, a z którymi się każdy musi liczyć, ktokolwiek zamierza pisać o zmianach położenia macicy.

W swej skromności przyniósł on raz jednego pisaćemu to wspomnienie rękopisu pracy, niemieckiej, z prośbą o osądzenie, czy warta ogłoszenia. Tytuł jej był: *Zur Mechanik der normalen und pathologischen Lageveränderungen der Gebärmutter*, ogłoszonej w Zentralblatt für Gynäkologie w r. 1897. W pracy tej spotkałem się z tytuł nowymi zapatrywaniami i przedstawieniem ciśnienia śródbrzusznego w tak nowem oświetleniu, że miałem uczucie zazdrości. A gdy w tym samym roku odbywał się w Lipsku Kongres ginekologów niemieckich, prof. Olshausen, który referował o sprawie odgięcia macicy, ocenił pracę Sielskiego jako najwięcej uwagi godną w sprawie zбочeń w położeniu macicy. Na szerszy sposób rozwinął swe myśli Sielski w pracy drugiej: *„Die Retrospektionsstreifen“*. W tych dwu pracach dał on nową podstawę do zapatrywań na powstawanie wad położenia. Dziś sprawa ta zupełnie poszła w zapomnienie nie dlatego, aby upadła, ale dlatego, że i w nauce bywa moda na pewne w pewnym czasie ulubione tematy z zaniedbaniem innych.

Co do mnie jednak, to mogę śmiało twierdzić, że myśli śp. Sielskiego, wyrażone we wzmiankowanych pracach, nie zagina i powróci się do nich kiedyś z zdziwieniem, że się o nich zapomni. Dlatego też i nad tem życiem, które przerwane zostało, uważałem za godne nie przejść do porządku dziennego prostą wiadomością o smutnem wydarzeniu bez powiadomienia o istotnych wartościach Zmarłego, który już przed kilkunastu laty, usunawszy się od praktyki, zamieszkał na wsi i dlatego młodszemu pokoleniu lekarzy nie był znany.

W. Bylicki.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Francuskie Towarzystwo dermatologów i syfilidologów miało członkami korespondentami zagranicznymi prof. Dr. Wł. Łukasiewicza, prof. dr. J. Lenartowicza, doc. dra R. Leszczyńskiego i doc. Dr. F. Waltera.

Zarząd Biblioteki Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Kol. A. Hejmanowi ze Sosnowca za cenne prace śp. Ojca jego Dra Teodora Hejmana otworzone Bibliotece Towarzystwa.

Lwów.

XXI. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek dnia 9 czerwca b. r. o g. 6-iej w Poliklinice, ul. Lindego 1. 5

Wykłady: 1) Kol. Węgiłowski „Zstąpienie jąder a sprawy patologiczne w okolicy pachwinowej“. 2) Kol. Wiczyński „Etiologia zaśnadiu groniastego i nabłonniaka kosmówkowego“.

Kmietowicz, sekretarz.

Franke, prezes.

Uroczystość nadania doktoratów honorowych Uniwersytetu Jana Kazimierza odbyła się dnia 30 z. m. w obecności zastępców nowomianowanych doktorów, przedstawicieli władz i wyższych uczelni, oraz bardzo licznej publiczności i młodzieży. Doktoraty honorowe otrzymali: teologji ks. kardynał Dezydery Mercier, prymas belgijski, praw. prezydent ministrów Rzeczypospolitej Francuskiej Rajmund Poincaré i marszałek Francji Ferdynand Foch, medycyny minister handlu Stanów Zjednoczonych Ameryki półn. Herbert Hoover i filozofji profesor Uniwersytetu Harvarda Masachutes w St. Zjedn. Ameryki północnej Robert Howard Lord.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji uchwaliła na posiedzeniu z dnia 19-go maja b. r.

1) Rozpisać konkurs na dzierżawę folwarku w Morszynie od 1-go kwietnia 1923 r. z terminem wnoszenia ofert do 30-go czerwca b. r.

2) Podwyższyć pensje dla wszystkich wdów i sierót po członkach Towarzystwa do wysokości 6000 Mp. rocznie od dnia

1-go stycznia b. r. — Ponadto wielu wdowom i sierotom przyznano niezależnie od pobieranej pensji doraźne zapomogi w kwocie od 2—5000 Mp.

3) Przyjąć do wiadomości z podziękowaniem sprawozdanie Prezesa, który zwiedził Zakład i przekonał się, że przygotowania do rozpoczęcia sezonu są na ukończeniu i dają rękojmię możliwych wygód dla kuracjuszków, którzy z tego zdrojowiska korzystać będą.

Ponadto zawiadamia Rada zawiadowcza, że wskutek niedopatrzenia administracji Pol. Gazety Lek. czeki Towarzystwa rozesłano niewłaściwie do nieczłonków — wobec czego uprasza się, aby nieczłonkowie Towarzystwa z czeków tych niekorzystali a to w celu uniknięcia trudności w obliczaniu się Towarzystwa z administracją pisma.

Termin Walnego Zgromadzenia delegatów Towarzystwa będzie ogłoszony w najbliższym czasie. Przedtem ukaże się w Gazecie lek. sprawozdanie kasowe.

Warszawa.

Dr. Z. Bronowski otrzymał, jako docent, na tutejszym Wydziale lekarskim veniam legendi z chorób wewnętrznych.

Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy polskich ukonstytuował się, jak następuje: na prezesa powołano kol. Bączkiewicza, na wiceprezesa kol. Orła, na skarbnika kol. Gruszczyńskiego, na gospodarza lokalu kol. Skowrońskiego (wszystkich ponownie). Sekretarzem I został kol. Rakowski, sekretarzem II kol. Podczaski.

Na Walnem Zebraniu Tow. Otorinolaryngologicznego, które odbyło się w Warszawie d. 19 i 20 maja r. b., zostali wybrani jednogłośnie na członków honorowych Towarzystwa: prof. Ant. Jurasz (z Poznania), prof. Teodor Heryng i prof. Alfred Sokolowski (z Warszawy).

Do Zarządu Towarzystwa weszli: jako prezes — prof. Erbrich, wiceprezes I kol. Szmurło, II kol. Guranowski, sekretarz — kol. Tuz, skarbnik — kol. Gumiński. Do komisji rewizyjnej: kol. Gantz, Lubliner, Pąski i Turski.

Postanowiono wydawać kwartalnik p. t. Przegląd Otorinolaryngologiczny i powołano do komitetu redakcyjnego kolegów: Erbricha, Gantza, Guranowskiego, Srebrnego, Szmurłę i Szumlańskiego (z Warszawy), prof. Jurasza (z Poznania) i Doc. Nowotnego (z Krakowa), prócz tego pozostawiono dwa miejsca wolne dla przedstawicieli Lwowa i Wilna, do czasu przystąpienia specjalistów z tych miast do grona członków Towarzystwa.

Walka z gruźlicą. Z końcem zeszłego miesiąca odbyły się obrady Komitetu walki z gruźlicą. W obradach wzięli udział p. minister Zdrowia dr. Chodźko, dr. Trenkner, prof. Sokolowski, prof. Wiczkowski, dr. S. Sterling, dr. K. Dąbrowski, Gerlach, Hubner przedstawiciel Tow. walki z gruźlicą w Poznaniu, dr. Pawłowicz, przedstawiciel Kasy chorych w Warszawie, dr. St. Rudzki przedstawiciel Min. spr. wojsk. Dalkiewicz przedstawiciel Min. rolnictwa i inni. Obrady zagał dr. Chodźko, poczem dr. Dąbrowski wygłosił referat o programie rządu w walce z gruźlicą. Następnie zgłoszono szereg wniosków.

Łódź.

Stacja światłolecznicza magistratu miasta Łodzi. Przy sekcji do walki z gruźlicą Wydziału Zdrowotności Publicznej otwartą została w dniu 15 maja stacja leczenia gruźlicy pozapłucnej przy pomocy dwu lamp Kischa (metoda profesora Biera).

Tym sposobem urzeczywistnione zostaje zadanie Sekcji, narkreślone w chwili jej powstania, a nierzeczywistnione dotąd jedynie w powodu trudności technicznych (w Polsce takich lamp nie wyrabiają).

Doborem chorych, kwalifikujących się do leczenia, zawiadywać będzie chirurg Sekcji, który też obejmie kontrolę nad działalnością Stacji światłolecznicznej i nad przebiegiem wyników leczenia.

Szkoły, ochrony, ambulatorja, zarówno jak i lekarze prywatni, mogą kierować niezamożne dzieci z gruźlicą pozapłucną do Sekcji, gdzie chirurg zadecyduje o potrzebie i możliwości leczenia danego przypadku lampą Kischa.

Stacja światłolecznicza czynną jest w godzinach od 9 — 1 i od 3 — 5.

Zmarli.

Z. Mieczysław Grabowski, zwycz. prof. anatomji patologicznej Akademji weterynaryjnej i były jej rektor, zmarł we Lwowie.

Konkurs.

W powiecie Warszawskim jest do obsadzenia posada pomocnika lekarza powiatowego z poborami VIII (ósmego) stopnia służbowego urzędników państwowych wraz z odnośnymi dodatkami drożyznianymi ze stałą siedzibą urzędową przy Starostwie w Warszawie. Podania należy wnieść do Wydziału Prezydyjnego Urzędu Wojewódzkiego od dnia 24 czerwca 1922 r. dołączając do podania:

- dokładny życiorys;
- metrykę urodzenia;
- świadectwa z ukończonych studiów lekarskich;
- świadectwa z odbytej praktyki lub ze służby poprzedniej;
- dowód obywatelstwa polskiego;
- świadectwo zdrowia wydane przez lekarza państwowego.

Posada powyższa zostanie nadana narazie prowizorycznie.

Wojewoda: Soltan, w. r.