

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. Aleksander ROSNER.

Kraków.

Płodność a przemiana materji.

Wykład wygłoszony na Zjeździe lekarzy w Krynicy w dniu 30. IX. 1927 i w Tow. lekarskim krakowskim w dniu 9. XI. 1927

Pozwólcie Państwo, że właściwy wykład poprzedzę kilku uwagami wstępnymi. Zależy mi naprzód na tem, żeby ograniczyć teren i powiedzieć jasno o czem mam zamiar mówić. Unikniecie Państwo w ten sposób zawodu, jeśli spodziewacie się po tym wykładzie więcej, niż w nim dać mogę i zamierzam.

Naprzód więc stwierdzam, że pomijam w zupełności sprawę płodności, względnie nieplodności męskiej, przeczco odpada 33% nieplodności w małżeństwach. Domyślcie się też Państwo, że nie wspomnę ani słowem o tych przypadkach nieplodności kobiecej, której przyczyna tkwi w zmianach anatomicznych narządów płciowych, jak katar szyjki i trzonu, zapalenia jajowodów i jajników, zamknięcie światła trąbek itp. Nie zamierzam też mówić o wadach rozwojowych. Co więcej nie obejmę w tym wykładzie wszystkich zaburzeń przemiany materji, i nie wspomnę nie o cukrzycy, dnie itp. Sprawa, która nas będzie interesować jest wyłącznie otyłość, względnie anabolizm, wzrost i appozycja w stosunku do płodności.

Mógłbym w wykładzie tym pójść drogą dedukcji a więc analizy i wygłosić naprzód zasadę, tezę, a potem oświetlić ją przykładami i wyciągnąć z niej wnioski. Wolę jednak w tym szczególnym przypadku użyć drogi indukcyjnej, od szczegółów do reguły, od przykładów do tezy, do syntezy. Mam wrażenie, że droga ta będzie więcej zajmująca dla słuchacza, że zmusi go do żywej uwagi, do współmyślenia z prelegentem, że więc przedstawiać będzie większą wartość dydaktyczną. Co prawda, uczyni ona ten wykład pozornie niejednorodnym, ale tylko do chwili, kiedy będę mógł przejść do syntezy, skupić różnorolne przykłady w całość i wysnuć z nich ogólne prawo.

II.

Zacznę od roślin. Wiadomo, że w świecie roślinnym istnieją dwa sposoby rozmnażania się: wegetatywny i płciowy. Wiadomo też, że kwitnienie i owocowanie to dwa etapy rozmnażania się płciowego.

Nie mogę i nie chcę wchodzić w szczegóły, których uczy botanika, muszę jednak, jeśli ustęp ten ma być zrozumiałym, przypomnieć Państwu kilka zasadniczych rzeczy z fizjologii roślin. Roślina odżywia się, jak wiadomo od korzenia, którego ciągle tworzące się młode korzonki zwane włosnikami czerpią z otoczenia wodę i rozpuszczone w niej sole. Ten wodny roztwór substancji odżywczych, w pierwszym rzędzie azotowych, fosforowych i potasowych podnosi się w górę aż do korony kanałami w biału, czyli drewnie, a w szczególności w najmłodszych jego warstwach, znajdujących się bezpośrednio pod korą. Druga czynność fizjologiczna polega, jak wiadomo, na tem, że liść (mówię ogólnikowo, nie wchodząc w szczegóły) chłonie z atmosfery bezwodnik węglowy i wytwarza materiały chemiczne zwane asymilatami, które płyną od liści w dół aż do najmłodszych korzonków i to przez kanały biegnące w tyku tj. w wewnętrznej warstwie kory. Dopływ tych asymilatów natury węglowodanowej stanowi warunek tworzenia się młodych korzonków, włosników, a więc i ich czynności, o której wyżej była mowa.

W interesie człowieka leży niekiedy zmuszenie rośliny do wstąpienia na drogę płciową, tj. do zakwitnięcia i owocowania, w innych przypadkach zależeć mu może przeciwnie na wzmożeniu jej rozrostu a więc czynności wegetatywnej. Poznanie sposobów, jakich ogrodnik używa w tych przypadkach, pozwala zrozumieć, jakie warunki najlepiej sprzyjają płciowemu rozmnażaniu się, a jakie czynnościom wegetatywnym. Dowiedzieć się o tem można z doskonałych książek Brzezińskiego, Molischa i Wiesnera z których czerpałem wiadomości.

Chcąc utrzymać jak najdłużej rozrost rośliny dostarcza ogrodnik obficie wody i nawozu, szczególnie azotowego. Odpowiednie ciepło i wilgotność powietrza sprzyjają też czynnościom wegeta-

tywnym. Jeśli przeciwnie ogrodnik chce zmusić roślinę do bogatego kwitnienia (n. p. ozdobne kwiaty doniczkowe) lub bujnego owocowania (drzewa owocowe), wówczas użyć może rozmaitych sposobów, z których wymienię tylko kilka. Tu należy obrączkowanie, tj. zdjęcie paska kory aż do drewna; Brzeziński zaleca zdjęcie obrączki szerokości zaledwie pół centymetra. Po tym zabiegu zauważyć można, że ponad raną robi się zgrubienie, nie raz bardzo znaczne. Jest ono następstwem nagromadzenia się płynących w dół asymilatów, które mając przecięte drogi zstępne w tyku, gromadzą się nad przeszkodą. Nie dochodzą one przeto do korzenia, który wskutek tego przestaje tworzyć włosnik i zawieszają lub co najmniej ogranicza swoją czynność czerpania z gleby wody i soli odżywczych. Roślina, pełna w koronie zatrzymanych asymilatów, zaczyna głodować. Wzrost jej wegetatywny zatrzymuje się, a w ślad za tem pojawiają się pęki kwiatowe, zużywające zatrzymane asymilaty, szczególnie w chwili tworzenia i wzrostu owoców.

Trzeba zrozumieć (a podkreśla to silnie Brzeziński), że nie zatrzymanie asymilatów, a więc stan do pewnego stopnia nadmiernego, ale patologicznego odżywienia wywołuje kwitnienie i owocowanie, tylko brak, względnie niedostatek wody i soli odżywczych, idących od korzenia ku koronie. Czynność ta jest tem bardziej upośledzona, że powierzchowne warstwy biału, zetknięwszy się z atmosferą, zasychają, co znacznie zmniejsza ich zdolność przeprowadzania w górę wody i rozpuszczonych w niej soli.

Podobny wynik otrzymać można i innymi sposobami. Należy do nich silne opasanie pnia, wywierające nań duży ucisk. Ponad opaską powstaje wówczas znaczne zgrubienie, zupełnie jak ponad wyciętym pierścieniem i to z tej samej przyczyny. Do tejże grupy sposobów należy też zaszczepianie szlachetnego gatunku na pniu karłowatym, którego korzenie są dla rozwijającej się rośliny za ubogie. I w tym przypadku tworzy się zgrubienie wskutek zatrzymania asymilatów. Użyć też można skręcania gałązek wzdłuż ich osi długich, co naturalnie przerywa kanaliki, nadłamywania gałązek i t. p. Tu zaliczyć by też należało bicie pnia drzewa owocowego, stosowane przez niektóre ludy dzikie dla zmuszenia drzewa do kwitnienia.

Inne sposoby polegają na bezpośrednim upośledzeniu czynności korzenia; korzeń ten kalczy się w ten lub inny sposób. Można odkopać w lecie korzenie i wystawić je na szkodliwe, wysuszające działanie atmosfery, można też przesadzić drzewo, przyczem ucierpieć musi i zawiesić na pewien czas swoją czynność korzeń, zanim przyrośnie i wytworzy nowy włosnik. Można też wykopać rów dookoła drzewa na szerokości jego korony i przetrąbać wszystkie lub niektóre korzenie poza obręb korony sięgające.

Do tych sposobów zaliczyć można nareszcie hodowanie roślin i drzewek w zbyt małych doniczkach. Korzenie tworzą wówczas przy ścianach doniczki spłot, gdyż nie mogą rozrastać się. Tak upośledzone w korzeniu azalie lub cyklamenu kwitną najlepiej.

Tyle o sztucznych sposobach, stosowanych przez ogrodników. Spostrzeżenia botaników w warunkach naturalnych dowodzą tego samego.

Profesor Szafer twierdzi, że n. p. orzech włoski delikatnie obrany z owoców słabo kwitnie w następnym roku, zbrutalizowany zaś przy owocowaniu kwitnie bujnie. To samo mniej więcej tyczy się bzu. Prof. Szafer przytaczał ponadto i inne przykłady; jeden z nich odnosi się do spostrzeżeń Wettsteina. Botanik ten przybywszy do Brazylii znalazł tam roślinę o ogromnych liściach, nie kwitnącą wcale, tylko krzewiącą się wegetatywnie. Okazało się, że był to nasz żywokost lekarski (*Symphytum officinale*), który u nas kwitnie i owocuje. W Brazylii, w doskonałych warunkach gleby i powietrza krzewi się bardzo bujnie, gdyż nic nie zmusza go do wydania kwiatu, a więc do wybrania drogi rozmnażania się płciowego.

Na zakończenie tego ustępu przytoczyć pragnę dosłownie ustęp z książki Brzezińskiego. Pisze on „Drzewa posadzone w ziemi bardzo żyznej i w miarę wilgotnej, a wskutek tego silnie rosnące, owocują później, słabo rosnące wcześniej“. Tenże autor w ustępie o nawożeniu drzew owocowych zwraca uwagę na to, że zbyt obfite nawożenie azotem doprowadza do bujania i do ciemno-zielonego zabarwienia liści, ale opóźnia owocowanie. Wpły-

wa ono dodatnio na wzrost, a więc na czynność wegetatywną a utjemnie na kwitnienie i owocowanie, a więc na funkcję płciową.

Ale dosyć tych przykładów, wynika z nich, że u roślin istnieje wyraźny antagonizm między czynnościami wegetatywnymi, jak wzrostem i krzewieniem się, a rozrodem płciowym poprzez kwiat i owoc. Zbyt silnem i nieodpowiedniem odżywianiem można utrudnić lub uniemożliwić kwitnienie, wywołać je zaś można przez rozumne upośledzenie odżywiania, szczególnie w zakresie wody i soli azotowych.

III.

Od roślin przeskoczmy do zwierząt jednokomórkowych — protozoów i do niskich wielokomórkowych — metazoów. Obracamy się tu w świecie stworzeń rozmnażających się z reguły wegetatywnie, albo przez prosty podział, jak jednokomórkowe, albo przez pączkowanie, jak niskie metazoa.

Jednak już na tym najniższym szczeblu świata zwierzęcego dostrzec można niekiedy zjawisko, które przypomina, ba, które jest wręcz analogiem rozmnażania się płciowego zwierząt wyższych. Mami tu w pierwszym rzędzie na myśli konjugację wymoczków.

Fundament pod ten niezwykle interesujący i ważny dział nauki położył Maupas, poczem liczni badacze rozszerzyli jego spostrzeżenia i do pewnego stopnia zmodyfikowali jego wnioski. Kogo ten temat zajmuje, znajdzie wszelkie szczegóły w doskonałej i bardzo pouczającej książce E. Godlewskiego mł., z której obficie korzystałem. Także przestarzała już nieco embriologia Berglia dokładnie opisuje i ilustruje akt konjugacji.

Rzecz polega na tem, że wymoczki dzielą się przez szereg pokoleń wegetatywnie, poczem spostrzec się u nich daje zjawisko, zwane depresją, a polegające na zwolnieniu, potem zatrzymaniu się mnożenia przez podział. Depresja ta doprowadzić może do zwyrodnienia i do śmierci. Okazało się jednak, że te jednokomórkowe stworzenia wyratować się mogą z depresji przez akt zwany konjugacją, polegający na tem, że dwa indywidua przykładają się do siebie i wymieniają sobie pewne części podzielnicy jader komórkowych, poczem odpadły one do siebie osłaniają się otoczką i trwać mogą przez czas dłuższy w niekorzystnych warunkach. Te pewnego rodzaju przetrwalniki stają się punktem wyjścia nowych pokoleń, które znowu mnożyć się będą wegetatywnie t. j. przez podział.

Czy konjugacja jest aktem płciowym? Jest nim niewątpliwie, mimo, że co do niektórych infuzorjów akt ten nie byłby pozornie w zgodzie z definicją płciowego rozmnażania, wedle której rolę zasadniczą odgrywają w niem dwie różniące się od siebie komórki: żeńska (jajko) i męska (plemnik). Otóż u niektórych wymoczków dwa konjugujące ze sobą osobniki nie okazują morfologicznych różnic; słusznie jednak podnosi Godlewski, że przecież zachodzi mogą między nimi różnice chemiczne, fizjologiczne, jednym słowem biologiczne. U innych wymoczków nawet i ta wątpliwość co do różnic morfologicznych nie zachodzi. *Eudorina elegans*, żyjąca w kolonjach, wytwarza z nich dwa typy komórek: większe i mniejsze. Przy konjugacji łączą się dwa rozmaite co do wielkości osobniki, z których jeden, większy, snadnie reprezentować może jajko, drugi plemnik.

Zróżnicowanie to posunięte jest jeszcze dalej w gatunku *Volvox*. W kolonjach tego jednokomórkowego stworzenia powstają osobne indywidua, które w czynnościach wegetatywnych kolonii udziału nie biorą i są niejako przeznaczony do płciowego rozrodu przez konjugację. Tu już chyba wątpliwości mieć nie można, że konjugacja jest zjawiskiem, odpowiadającym aktowi płciowemu wyższych metazoów.

Zjawisko depresji i wywołane przezeń rozmnażanie płciowe spostrzega się jednak nie tylko u protozoów. *Hydra*, stworzenie wielokomórkowe, które z reguły rozmnaża się przez pączkowanie, wytwarza niekiedy organa płciowe i rozradza się płciowo.

Jak Państwo łatwo zrozumiecie, w wykładzie tym zająć nas musi głównie pytanie, wśród jakich warunków protozoon przestaje rozmnażać się wegetatywnie i przechodzi na drogę konjugacji, i kiedy i pod wpływem czego jamochłon przestaje pączkować i tworzy narządy płciowe. Nie ulega dziś wątpliwości, że zasadniczą rolę odgrywają tu czynniki zewnętrzne, a wśród nich odżywianie, a więc przemiana materji. Jeśli stworzenia, o których mowa, znajdują się w korzystnych warunkach przemiany materji, wówczas przez długi szereg pokoleń nie konjugują. W oodruf w pracach nad *paramaecium* wykazał, że, dbając o te korzystne warunki, można dochować się 2121 pokoleń tego protozoon zgoła bez objawów depresji.

Jeśli jednak warunki odżywiania a więc przemiany materji

pogorszą się, wówczas jednokomórkowe konjugują, *hydra* zaś zaczyna wytwarzać narządy płciowe.

Godlewski w tyeli słowach ujmuje powyższy problem: „.....U organizmów, które rozmnażają się tak wegetatywnie jak i płciowo, silniejsze odżywianie ułatwia mnożenie się wegetatywnie, natomiast przy głodowaniu występuje skłonność do rozrodu płciowego.

Czyż nie jest uderzającym, że zdanie to brzmi tak, jakgdyby się odnosiło do roślin. Naprawdę nie potrzeba zmieniać ani słowa — a podpisać je może botanik. Proszę spańiętać ten dziwny fakt, że synteza dla obu powyższych ustępów wykładu ma jednakowe brzmienie.

IV.

Osobny, krótki ustęp poświęcić pragnę sprawie płodności ryb. Wiadomości czerpię tu z nieogłoszonych a wielce uprzejmie udzielonych mi informacji p. E. Rudzińskiego, oraz książek Hofera o chorobach ryb, Haempla o biologji ryb i Kocha o hodowli ryb.

Hofer poświęca osobny ustęp zwyrodnienia jaj i nasienia i onawia między innymi dwie przyczyny tej choroby, a mianowicie karmienie ryb w niewłaściwym czasie i tuczenie ryb. Zwyrodnienie, względnie zanikanie jaj wystąpić może u łososiowatych, jeśli w okresie tarła lub przez kilka tygodni poprzedzających ten akt ryby te wogóle się odżywia. Znana jest powszechnie rzeczka, że łosoś i jemu pokrewne ryby idąc w górę rzek przez dłuższy czas nie odżywiają się wcale a Hofer twierdzi, że to głodowanie trwać może i cały rok. Hodowca ryb tego gatunku np. pstrągów strzedz się musi przed podawaniem choćby minimalnej ilości pokarmu rybem przeznaczonym do rozplodu i to przez ostatnie 6 do 8 tygodni przed tarłem, jeśli chce otrzymać dobre produkta gruczołów płciowych.

Bardzo niekorzystnem jest dla rozplodu tuczenie ryb dla otrzymania dobrej handlowej wagi. Jaja wyprodukowane przez takie tuczne tarlaki są duże, ale mają zmienioną barwę, są mętne, nieleczo białe i w wielkim odsetku nieplodne.

Doświadczenie Rudzińskiego, dotyczące się karpia, zdaje się sprzeciwiać temu zapatrywaniu Hofera. Rudziński wybrał z większej partji 3-letnich karpia kilka sztuk szczególnie tłustych i użył ich w następnych latach do rozplodu, zawsze z doskonałym wynikiem. Tę właściwość ryb karpiowatych tłumaczy sobie Rudziński tem, że tarło odbywa się u nich na wiosnę a więc po półrocznym zimowym poście, podczas gdy u łososiowatych okres ten przypada w jesieni. Otóż zdaje mi się, że tuste tarlaki Rudzińskiego weszły jednak przez czas zimowego głodowania na drogę katabolistyczną przemiany materji, a chodzi przecież o to, czy w okresie rozplodu i bezpośrednio przed nim ryba gromadzi tłuszcz lub inne zapasy, czy też się ich pozbrywa. Ta zasada ma, zdaniem mojem, znaczenie i w świecie ludzkim, w nierzadkich przypadkach nieplodność kobiecej.

Z pracy Ravaret-Wattella zdaje się wynikać, że obfite karmienie ryb powiększa ilość jaj u tarlaków. Przytaczając treść tej pracy przestrzega jednak Haempel przed przekarmianiem i tuczeniem, które uważa za zgubne dla płodności.

Oto wiadomości, jakie w tej dziedzinie zebrać zdołałem. Przemawiają one za tem, że u ryb istnieje wyraźny antagonizm między przybytkiem wagi i gromadzeniem zapasów tłuszczowych lub innych a płodnością, która nie może być u nich inną jak płciową. Znowu więc to samo co w świecie roślin oraz najniższych zwierząt.

V.

A teraz nowy skok w dziedzinę hodowli zwierząt domowych. Jesteśmy już bardzo blisko człowieka, daleko bliżej, niżby sądzić można na podstawie drzewa genealogicznego zoologów. Adametz, którego znakomita książka służyła mi tu za przewodnika, z naciskiem i z pewną emfazą podkreśla ten właśnie szczegół w ostatnich zdaniach swojego dzieła. Domestykacja wyciska zdaniem jego swoje piętno na różnych zjawiskach fizjologicznych, a w wysokim stopniu na fizjologii rozrodu. „A przecież“ — pisze Adametz — „zbyt łatwo zapoznaje się fakt, że pęta domestykacji krępują również nowoczesnego, kulturalnego człowieka i że niema nadzieji, ażeby człowiek mógł w przyszłości pęta te zerwać“. A w innym zdaniu wypowiada przekonanie, że prawa, rządzące życiem ludzkim „występują w życiu zwierząt domowych w daleko jaśniejszej i wyraźniejszej postaci i ponadto są tu dostępne badaniom doświadczalnym“. W tych głębokich zdaniach mieści się stwierdzenie faktu, że z całego świata zwierzęcego jedynie człowiek i hodowane prze niego zwierzęta domowe ulegają da-

leko sięgającym wpływom domestykacji i że przeto wyprowadzanie wniosków dla ludzkiej fizjologii i patologii z doświadczeń hodowców jest nietylko dozwolone ale i pożądane.

Z nauki o hodowli zwierząt domowych poruszyć tu pragnę tylko te szczegóły, które tyczą się płodności i przemiany materji, idąc w tem za myślą A d a m e t z a. Otóż faktem jest, że człowiek dla swoich celów ekonomicznych wyhodował t. zw. rasy opasowe czyli tuczne. Należą tu u bydła rogatego t. zw. *Shorthorny* i *Aberdeen - Angus*, u owiec rasy *Leicester* i *Southdown*, u świń wielkie białe *Yorkshire'y*. Ale też i u ptactwa domowego istnieją takie rasy, jak kaczki *Aylesburry* i *Rouen*, geśi *Toulouse* i *Emden* i kura *Dorking*. Rasy te, odznaczające się wielką skłonnością do odkładania tłuszczu, powstać miały w ten sposób, że skłonność do tycia zjawiała się naprzód u niektórych osobników, jako mutacja i jako taka stała się konstytucjonalna i dziedziczna. Ta mutacja jest niewątpliwie chorobowa, tak u człowieka, jak i u zwierząt domowych. Do perfekcji hodowlanej doprowadzona ona została przez sztuczny dobór a więc przez polimerję w znaczeniu Nilsson - Ehle.

Rzeczą jest jasna, że wyhodowanie cechy konstytucjonalnej daje się uzyskać tylko wtenczas, jeżeli cecha ta nie upośledza płodności. Dlatego to badanie nad płodnością tych t. zw. ras opasowych mają nietylko teoretyczne, ale i wielkie praktyczne znaczenie. Otóż doświadczenie hodowców wykazało ponad wątpliwość, że rasy te odznaczają się małą płodnością i że poszczególne osobniki umiejętnie chronić należy przed niepłodnością.

Na tę skłonność do niepłodności i na jej przyczyny zwraca A d a m e t z w dziele swoim szczególną uwagę i przytacza wyniki badań różnych autorów nad zmianami w gruczołach płciowych u młodych tucznych osobników, należących do ras opasowych. I tak między innymi Marshall i Peel stwierdzili u siedmiu tuczonych cieląt gromadzenie się pigmentowanego tłuszczu w tkance łącznej jajnika i równoczesne zwyrodnienie pęcherzyków, zwłaszcza wyżej rozwiniętych. Czyż nie przypomina to opisanego przez Hofera zwyrodnienia jaj u ryb tucznych? Jest rzeczą w wysekim stopniu prawdopodobną, że i u młodych kobiet, konstytucjonalnie do otyłości skłonnych i tuczonych zachodzą podobne zmiany w jajnikach i zwyrodnienia jajek i pęcherzyków, i że w tem szukać należy przyczyny braku perjdów i niepłodności u tych osobników.

Rzecz jednak tem określeniem nie jest wyczerpana. Otyłość genotypiczna jest dowodem, że metabolizm tłuszczowy jest konstytucjonalnie zaburzony, rodzi się więc zgola usprawiedliwione pytanie, jaki czynnik pośredniczy w tem zaburzeniu. Z konieczności nasuwa się myśl, że źródła zaburzeń szukać należy w pierwszej linii w nieprawidłowości gruczołów dokrewnych, skoro ich zadaniem jest stać na straży metabolizmu.

Zwrócono naprzód uwagę na tarczycę i podejrzano ją o niedokładną lub zbożoną czynność. Przeciwno temu zapatrywaniu wystąpił energicznie A d a m e t z i niezależnie od niego C r e w. Nie tarczycza, ale przysadka mózgowa ma tu odgrywać główną rolę. A d a m e t z zwrócił uwagę na zmieniony kształt *sella turcica* w rasach tucznych, a C r e w wprost wykazał zmiany w przysadce mózgowej u płodów bydła rogatego „*Dexter*”. Te przez obu uczonych wykazane zmiany przysadkowe mają pozostawać w związku z mikromelją i brachycefalją, spostrzeganą w tych rasach tucznych. Otyłość byłaby więc tu przysadkową; nie znaczy to, żeby nie istniały mutacje w kierunku otyłości tarczyczej.

Ponadto pewne dane przemawiają za tem, że poza narządem wewnątrzno - wydzielniczym odgrywać tu może rolę i konstytucjonalny stan tkanki łącznej, szczególnie podskórnej. O s z a c k i z naciskiem podnosi, że czynność fizjologiczna tej tkanki polegająca na gromadzeniu zapasów tłuszczowych, nie jest bierna, przeciwnie tkanka ta jest niejako narządem odgrywającym w przemianie materji rolę własną i to niemałą. Zgodnie z tem A d a m e t z zwraca uwagę na fakt, że u płodów zwierząt ras tucznych tkanka łączna podskórna jest szczególnie obfita, dzięki czemu skóra łatwo się przesuwu a daje się ująć w wysoki fałd. O s z a c k i nazywa ten rodzaj otyłości, w którym stan tkanki łącznej odgrywa główną rolę, otyłością przerostową i jako jej prototyp uważa tłuszczaka względnie mnogie tłuszczaki. Dużo przemawia za tem, że w rasach tucznych zwierząt domowych obok niedomogi przysadkowej a niekiedy i tarczyczej odgrywać może rolę specjalny, konstytucjonalny stan tkanki łącznej. Wystarczy przeczytać bardzo pouczającą książkę O s z a c k i e g o o otyłości u ludzi, żeby stwierdzić zupełną analogię. „*Tout, comme chez nous*”.

Powiedziałem powyżej, że hodowcy mają nieraz wiele kłopotu z utrzymaniem płodności osobników ras tucznych. A d a m e t z pisze dosłownie co następuje: „w przeciwieństwie do ras zwykłych są niemal wszystkie wcześniej dojrzałe, wysoko hodo-

wane rasy tuczne same przez się wybitnie mniej płodne i wymaga to nieraz umiejętnego postępowania i odżywiania, szczególnie w okresie młodości, ażeby zwierzęta takie uchronić przed niepłodnością”. Ten błąd w odżywianiu t. j. tuczeniu w okresie młodości upośledza jednak płodność nietylko ras opasowych, ale niewątpliwie szczególnie silnie właśnie u nich.

Jeśli hodowcy zależy na płodności zwierzęcia to zwraca baczną uwagę na sposób jego odżywiania, a tyczy się to zarówno ras tucznych, jak i innych. W rasach opasowych wtenczas tylko wedle A d a m e t z a, płodność może być utrzymana, jeśli hodowca stworzy dla tych zwierząt możliwie najlepsze warunki bytu tak co do światła i powietrza, jak i co do ruchu i odżywiania. Stan odpowiedni do rozplodu uzyskuje hodowca przez odżywianie białkowe, nie tuczne i przez odpowiednie zachowanie, które pobudza przemianę materji jak ruch, wysyłanie na zieloną paszę i t. d.

Hodowcy owiec wiedzą o tem, że bezpośrednio przed rują należy podawać podniecające białkowe odżywienie, ażeby zapewnić zapłodnienie i otrzymać najwięcej bliźniąt. Rzecz zrozumiała, że najwięcej uważać na to należy przy rozplodzie ras tucznych, gdyż tu wszelki błąd mści się najłatwiej. Ale jak A d a m e t z wyraźnie zaznacza, przekarmianie i tuczenie wszelkiego młodego zwierzęcia może spowodować względną, czasową lub nawet stałą niepłodność.

Jakież mam zakończyć ten ustęp wykładu? Muszę znowu stwierdzić, że istnieje wyraźny antagonizm między płodnością zwierząt domowych, szczególnie (ale nie wyłącznie) tych, które należą do ras tucznych, a apozycją tłuszczu i wogóle gromadzeniem w ciele zapasów.

VI.

Teraz dopiero po tym przydługim wstępie, zwracam się do niepłodności kobiet. Macie Państwo prawo spodziewać się, że jako ginekolog przedłożę tu wyniki badań i spostrzeżeń klinicznych, udokumentowane historjami chorób. Tego nie uczynię dzisiaj, gdyż rozszerzyłoby to ramy wykładu i stworzyłoby mogło nietylko ilościowy, a więc tyczący się rozmiarów, ale i jakościowy niestosunek między poprzednimi ustępami, a tym ostatnim, odnoszącym się do człowieka. Spostrzeżenia swoje kliniczne ogłoszę zresztą wkrótce w osobnej pracy, tu zaś ograniczę się do kilkunastu zdań nie o tem, o czem dowiedziałem się z cudzych dzieł, tylko o tem, co wyczytałem w księdze życia, w praktyce lekarskiej.

Otóż na wstępie już stwierdzam, że *mutatis mutandis* rzecz ma się u „domestykowanego” człowieka absolutnie tak samo, jak u zwierząt domowych. I tu istnieją konstytucje tuczne. Nie są one oczywiście tak umiejętnie wyhodowane, ale któż z nas ich nie zna. I u człowieka przecież konstytucjonalna otyłość ma swoje źródło w nieprawidłowej czynności gruczołów dokrewnych. Czy i tu główną rolę odgrywa przysadka mózgowa, czy w przeciwstawieniu do ras opasowych zwierzęcych, większą winę ponosi tu tarczycza, tego nie chcę rozstrzygać. Niewątpliwie i niedomoga wewnętrzno - wydzielnicza jajnika może tu wysuwać się na plan pierwszy; zwykle rola jej jest dodatkowa. Kto pragnie się zająć temi sprawami znajdzie doskonale wskazówki w książce O s z a c k i e g o, gdzie też dowie się i o tem, że konstytucjonalna otyłość dziedziczy się często w związku z płcią żeńską i że dlatego ilość kobiet otyłych jest o tyle większą, niż ilość otyłych mężczyzn.

Doświadczenie uczy, że ta konstytucjonalna otyłość kobieca łączy się, podobnie jak u zwierząt ras opasowych, z małą płodnością lub zgola z niepłodnością. Zjawiają się u tych osobników charakterystyczne zaburzenia w owulacji i w jej widomym znaku: w miesiączkowaniu. Są one rozmaitego rodzaju. Należy tu między innymi późne rozpoczęcie miesiączkowania. Odpowiada mu dokładnie zjawisko spostrzegane u tucznych bydła rogatego. C o r n e v i n (wedle A d a m e t z a) wykazał, że u jałówek opasowej rasy *shorthornów* pierwsza ruja zjawia się w 14, niekiedy w 16 miesiącu życia, podczas gdy u jałówek rasy *simmentalerów*, chowanych w tych samych warunkach zjawisko to występuje już w 12 miesiącu.

Inną typową cechą kobiet, o których mówię jest brak perjodu podczas karmienia, a nierzadko przez czas dłuższy i po karmieniu. U *shothornów* występuje wedle C o r n e v i n a pierwsza ruja po pierwszym lub drugim ocieleniu się, nieraz dopiero po roku lub później.

Na osobną wzmiankę zasługuje skłonność do poronień. Nie ulega dla mnie żadnej wątpliwości, że bardzo pospolitą (a jakże często zapoznaną) przyczyną poronień jest konstytucjonalny stan połączony z otyłością. To samo widzimy i u zwierząt domowych, należących do ras tucznych, szczególnie u krów *Short-horn* i owiec *Leicester*.

Spóźnianie się miesiączek i perjody bardzo słabe i krótkie spotykamy często u kobiet konstytucjonalnie otyłych. Nie wiem, czy u zwierząt domowych tucznych spostrzega się analogiczne zjawisko w postaci opóźniającego się i skróconego oestrus. Nie wiem też, czy bezpośrednią przyczyną tych wszystkich zaburzeń miesiączkowych i niepłodności u kobiet konstytucjonalnie otyłych są zmiany w jajnikach podobne do tych, które Marshall i Pec l stwierdzili u cieląt, lub zwyrodnienie samych owocyst, przypominające degenerację jaj ryb tucznych. Niełatwo jest zdobyć materiał takich ludzkich jajników do badań drobnowidowych.

Znajomość faktu istnienia konstytucjonalnej tuczności ludzkiej i będącej z nią w związku niepłodności nie wyczerpuje jednak bynajmniej sprawy, o którą chodzi. Jest ona nieporównanie rozleglejsza i zawilsza.

Postawić sobie należy pytanie, czy poza niewątpliwie konstytucjonalną, chorobową otyłością opartą o niedomogę gruczołów dokrewnych, istnieje inna, fenotypiczna otyłość, którą wywierała niekorzystny wpływ na płodność i wogóle na czynność jajników. Chodzi tu o ten rodzaj otyłości, którą internista nazywa bilansową, a więc wynikłą z nadmiernych dochodów kalorycznych ustroju czyli poprostu z przejadania się, lub ze zmniejszonych wydatków energetycznych t. j. z bezruchu i leniwości. Oczywiście oba te czynniki działają nierazko równocześnie. Otóż są, jak wiadomo osobniki zupełnie zdrowe, które utuczyć się nie dadzą i które z podziwienia godną konsekwencją utrzymują swoją wagę normalną mimo wszelkich błędów dietetycznych. Są jednak i inne, u których gruczoły dokrewne i inne czynniki, stojące na straży przemiany materii, nie są do tego stopnia czujne i sprawne jak u tamtych, choć o chorobowym, fenotypicznym lub genotypicznym stanie tuczności nie ma u nich mowy. Takich indywidualów jest niemało, szczególnie między kobietami. Ścisłe biorąc tylko *per abusum* można u nich mówić o bilansowej otyłości. Jakżeż u nich zachowuje się czynność jajników i płodność, jeśli utyka?

Odpowiedź na to pytanie nie jest krótką i prostą. Mam przekonanie i to na podstawie długoletnich spostrzeżeń, że skuteczne tuczenie takich osobników w okresie poprzedzającym rozwój płciowy, opóźnia zjawienie się perjody i zły wywiera wpływ na jego dalszy przebieg. Widzimy u tych dziewcząt tak spóźnianie się, jak i przyspieszanie perjodów, tak skape, jak i nadmiernie obfite i długie miesiączki. Podstawą wszystkich tych nieprawidłowości zdają się być zaburzenia owulacji i czynności ciała żółtego. Nie da się wszakże zaprzeczyć, że taka otyłość może u niektórych dziewcząt nie wywierać żadnego wpływu na czynności płciowe. Stanowią one jednak mniejszość.

U dorosłych kobiet stwierdzić można, co następuje. Dość znaczną grupę stanowią niewiasty, które mimo utuczenia się miesiączkują prawidłowo i są płodne. Są jednak i takie, które na ten czynnik bilansowego utycia oddziałują niezmiernie wyraźnie przyciszeniem czynności płciowych, a więc zmniejszeniem się perjodów, ich rzadszym występowaniem, niekiedy ich ustaniem i niepłodnością. Skądżeś pochodzi ta różnica między powyższymi dwiema grupami kobiet? Otóż bliższe badanie kobiet, należących do tej drugiej, upośledzonej grupy wykazuje, że są one konstytucjonalnie nieprawidłowe, choć nie można u nich wykazać konstytucji tucznej tarczyczej, czy przysadkowej. Okazują one natomiast konstytucyjną niedomogę w samychże narządach płciowych, nieraz słabo zaznaczoną. Wśród nich stanowią wielką grupę kobiety interseksualne, mniejszą kobiety, okazujące pewnego rodzaju dziecięcość (*infantilismus*) lub cechy hypoplastyczne. U niewiast tych, u których czynności płciowe są *a priori* mało energiczne i nie na zbyt długą metę zakrojone, można z niezmierną jasnością zauważyć wpływ otyłości na miesiączkowanie i płodność. Możemy je przez utuczenie pozbawić płodności z równą niemal pewnością, jak przez operacje sterylizujące lub przez wytrzebiecie rentgeniczne i możemy im w wielu przypadkach płodność tę przywrócić nie używając żadnych innych sposobów prócz doprowadzenia ich do przysługującej im wagi ciała. U tych to właśnie kobiet występuje z przeraźliwą jaskrawością prawo antagonizmu między życiem wegetatywnym a płciowym.

Nie mogę w tym krótkim wykładzie rozwinąć się nad konstytucją narządów płciowych kobiecych i nad jej upośledzeniem. Uczyniłem to w osobnej pracy. Kto zaś pragnie zapoznać się z najbardziej interesującym zбочeniem tej konstytucji t. j. z miedzyplciowością (*intersexualismus*), ten niech przeczyta znakomitą monografią, którą temu przedmiotowi poświęcił przedwcześnie zmarły ginekolog insbrucki Mathes w dziele Halbana-Seitza.

Ostatecznie kończąc ten ustęp, stwierdzić mogę, co następuje:

1) *Otyłość kobieca konstytucjonalna ma te same podstawy, co otyłość zwierząt domowych, należących do ras tucznych i po-*

dobnie jak u tych zwierząt połączona jest z małą płodnością lub niepłodnością.

2) *Tak zwana otyłość bilansowa wpływa u bardzo wielu kobiet (podobnie, jak u zwierząt domowych i u ryb) niekorzystnie na czynności jajnika i na płodność, szczególnie jeśli wystąpiła w młodości w okresie rozwoju płciowego lub przed nim.*

3) *Ten niekorzystny wpływ t. zw. bilansowej otyłości, występuje szczególnie wybitnie u osobników o upośledzonej konstytucji narządów płciowych, a więc u kobiet interseksualnych i tych, które okazują dziecięcość, choćby w niskim stopniu.*

VII.

Temat, jaki sobie zakreśliłem, jest wyczerpany. Analogia zakończeń pięciu środkowych ustępów tego wykładu jest tak wybitna, że synteza ogólna wytworzyła się w umysłach słuchaczy sama przez się. Niemam też zamiaru podkreślenia jej i przekonywania audytorjum o tem, o czem, mam nadzieję, jest już przekonane.

Zgłębia inna, dodatkową naukę chcę z tego wykładu wyciągnąć. Pragnę stwierdzić, że każdy ginekolog, choćby w interesie zgłaszających się do niego kobiet niepłodnych, musi nauczyć się myśleć kategoriami konstytucjonalnymi, musi więc przymusić się do opuszczenia drogi wyłącznego myślenia anatomo-patologicznego. To proste, łatwe, ale niekiedy zbyt ciasne myślenie jest z natury rzeczy szczególnie właściwe chirurgii i wszystkim jej gałęziom pokrewnym, a przeto i ginekologii. Im więcej stawała się ona częścią chirurgii, im większą rolę zaczął odgrywać nóż w rozwiązywaniu jej zagadnień leczniczych i im większe zaczął świecić na tem polu triumfy, tem wyraźniej nastrajała się głowa ginekologa do zbyt powierzchownego myślenia kategoriami „operacyjnymi” czy „sekcijnymi”. To oddalenie się od witalnego, biologicznego punktu widzenia, to zlekceważenie myślenia, które przeważa „metafizycznym” nie wyszło ginekologii na dobre i nie ulega wątpliwości, że właśnie rozdział o niepłodności kobiecej najwięcej na tem ucierpiał. Wystarczy przeczytać odnośną monografię pióra Nürnbergera w dziele Halbana-Seitza, monografią zrodzoną z rozmyślań operacyjnych ażeby zrozumieć i odczuć, jakim kopącym kagankiem stało się myślenie „sekcyjne”, jeśli się chce niem oświetlić wielkie i tajemnicze dziedziny niepłodności kobiecej.

Odczuwali to oddawna ginekolodzy. Zaczęli oni stosować konstytucjonalizm, jako pewnego rodzaju antidotum na zbyt wielką jednostronność i ciasnotę chirurgicznego punktu widzenia. Uderza przecież, że między pionierami wskrzeszonego konstytucjonalizmu tak niestosunkowo wielką rolę odegrali ginekolodzy, jak W. A. Freund i Mathes i każdy nieuprzedzony przyznać musi, że przebłyskom ich badawczej myśli zawdzięcza się niesłychanie dużo i to nie tylko w dziedzinie nauki o niepłodności, która była punktem wyjścia ich dociekań.

Co więcej, przewidzieć można, że ginekologom przypadnie w udziale obowiązek zastosowania do fizjologii i patologii ludzkiej nauki o Goldschid'towskim interseksualizmie, tym nowym, wielkim problemie biologii.

Mylnem byłoby twierdzenie, że nauka o konstytucji i jej niedomogach ograniczyć się w ginekologii powinna do rozdziału o niepłodności, pozostawiając anatomo-patologicznemu myśleniu inne wielkie dziedziny: zapalen, nowotworów, zmian położenia narządów płciowych i t. p. W pracy mojej nad konstytucją tych narządów starałem się wykazać, że bez tego światła, jakie rzuca nauka o konstytucjonalizmie ginekolog błądzić musi po ciemku nie tylko u fundamentów t. j. w etjologii cierpień kobiecych, ale i wyżej w ich rozpoznawaniu, leczeniu a w szczególności w rokowaniu. I jestem pewny, że ginekolog, który nauczy się tego światła używać, jakie konstytucjonalizm rzuca na problemy jego praktycznego zawodu, nie obejdzie się już nigdy bez niego, że z roku na rok światło to stawać się będzie dla niego niezbędniejszym, ale też i jaśniejszym.

I nie dziwnego. Nauka o konstytucji, która jest wielkim rozdziałem biologii, musi on wzięść jako całość, choć użyć jej ma tylko na ciasnym terenie ginekologii. A całość ta ma bardzo szerokie podstawy przyrodnicze i liczne rozgałęzienia, przeto dzieje się, że ginekolog ów zejść musi do tych podstaw nauki o żywej przyrodzie i że cewmi rozgałęzieniami myśli przewędrowuje do różnych dziedzin, nie mających pozornie nic wspólnego z ginekologią. A przecież i bez nich nie będzie się już mógł obejść.

Teraz dopiero zrozumie, że lekarz nawet w praktycznej swojej działalności, a więc w rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu, jest przyrodnikiem i że musi on znać prawa rządzące przyrodą, jeśli chce do dna zrozumieć zwykłe zjawiska codziennej praktyki.

Z jednym takim wielkim prawem, idącym wskróś przez całą żywą naturę, spotkaliśmy się dzisiaj.

Jest niem prawo antagonizmu między życiem wegetatywnem a płciowem, między bujaniem, wzrostem, apozycją, magazynowaniem zapasów, anabolizmem z jednej strony a płodnością płciową z drugiej.

Chcąc zrozumieć przyczynę nieplodności kobiecej w niektórych, nierzadkich zresztą przypadkach i chcąc wytworzyć sobie rozumny, celowy plan leczenia, musieliśmy sięgnąć do biologii roślin, do rozmnażania się protozoów przez podział, do pączkowania jamochłonów, do trosk hodowców ryb i użytkowych zwierząt domowych. I z tych tak pozornie odległych dziedzin, padło światło na praktyczne problemy naszego zawodu.

Jan GOLAKOWSKI.

Warszawa.

O powikłaniach na ile odbytu sztucznego.

Z Oddziału chirurgicznego Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie.

(Ordynator: B. Jakimiak).

Mówiąc o powikłaniach, występujących na tle odbytu sztucznych, mam również na myśli przetoki kałowe, które w założeniu samej jak i w charakterze swych powikłań są bardzo podobne jedne do drugich. Czy to zrobiono ręką chirurga, czy też powstałe samoistnie, po pewnym czasie mogą one zmieniać swój pierwotny charakter.

Przetoka kałowa z biegiem czasu może zmienić się w odbytu sztuczny, jako jedyny otwór do wypróżnień, lub też odwrotnie — odbytu sztuczny przechodzi w postać przetoki kałowej, która może zagoić się samoistnie, przywracając normalną drogę do wypróżnień.

Odbytu sztuczny jest zazwyczaj tem złem koniecznym, które ratuje życie, i czy to stały, czy też czasowy, stanowi ciężkie kalectwo dla chorego. Prócz tego chorey taki narażony jest stałe na cały szereg powikłań, które wcześniej czy później mogą wystąpić. Dlatego też współczesna chirurgia dąży do tego, aby odbytu sztuczny, o ile ma pozostać na stałe, stanowił minimum kalectwa i do minimum ograniczał możliwość jakichkolwiek wtórnych powikłań.

Składa się na to przedewszystkiem odpowiedni wybór miejsca topograficznego i wytworzenie zwieracza, któryby zapobiegł ciągłemu wydzieleniu się kału i zanieczyszczeniu ciała. Że osiągnięcie tych warunków po dziś dzień nie jest jeszcze całkiem opanowane, dowodzi cały szereg metod operacyjnych, z których żadna nie uzyskała jeszcze ogólnego prawa obywatelstwa.

Metody Lambert'a, Pauchet'a, Kappis'a, Kraus'a, Cunéo i inne, aczkolwiek posiadają w swem założeniu wytyczne, o których wspomniałem, nie zawsze jednak dają pomyślnie wyniki. Są to przeważnie operacje wytwórcze, dość skomplikowane, które łatwiej i z lepszym powodzeniem stosować można u osób chudych. U ctyłych zaś, z dużym pokładem tłuszczu, operacje takie często zawodzą wskutek bezpośrednich powikłań w postaci obumierania płatów, lub nadmiernego ucisku na jelito, a przez to samo w zaczątku samym mijają się z celem. Dlatego też w wyborze sposobu należy się przystosować do warunków anatomicznych, jakie przedstawiają poszczególni chorzy.

Odbytu sztuczny stały stosuje się zwykle w tych przypadkach, gdzie drożność narządu pokarmowego jest przerwana i z tych lub innych względów operacyjnie nie może być wznowiona. Dotyczy to w większości przypadków nowotworów złośliwych kiszek, niennadających się do usunięcia, lub też usuwalnych, lecz bez możliwości wytworzenia ciągłości przewodu jelitowego. Dziś jednak, kiedy technika operacyjna jamy brzusznej w szybkim tempie udoskonala się, kiedy usuwanie guzów złośliwych daje coraz lepsze i długotrwałe wyniki, tem większego znaczenia nabiera udoskonalenie odbytu sztucznych, z którymi chorzy pozostają przez szereg lat.

Co się tyczy odbytu sztucznych czasowych, to sprawa przedstawia się nieco odmiennie. Okres, na który pozostawiamy chorego z odbytem sztucznym lub przetoką kałową, jest przejściowy. Operacje wytwórcze nie mają tu miejsca, choćby z tego względu, że wymagają więcej czasu na wykonanie, a utrudniają później zamknięcie takiego odbytu. Przypadki, w jakich stosujemy odbytu sztuczny czasowy, należą przeważnie do ciężkich. Dotyczą one ostrych niedrożności jelit, w których operacje radykalne ze względu na bardzo ciężki stan chorego są często przeciwwskazane. Poprzestaje się wtedy na utworzeniu odbytu sztucznego czasowego, aby dać możliwość poprawienia się choremu, dla dokonania później operacji radykalnej. Do tej kategorii należy zaliczyć samoistne wytwarzanie się

odbytu sztucznych i przetok kałowych. Są to przypadki t. zw. samouleczałne, występujące na tle uwięźniętych przepuklin, gdzie wskutek zgorzeli następuje przedziurawienie jelita i worka przepuklinowego nazewnatrż.

Do tej kategorii również należą przetoki jelitowe, powstałe na tle ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, gruźlicy jelit, urazowego przedziurawienia i t. p. O ile odbytu sztuczny stały dzięki postępowi techniki operacyjnej jest w stanie ograniczyć do minimum mogące wystąpić na tem tle powikłania, o tyle odbytu sztuczny czasowy i przetoki kałowe stanowią po dziś dzień zmore oddziałów szpitalnych i tortury dla chorych.

Do powikłań, występujących na tle odbytu sztucznych i przetok kałowych, w pierwszym rzędzie, jako najczęstsze, należy zaliczyć schorzenia skóry. Brak zwieracza, samowolne i stałe wydzielanie się treści pokarmowej powoduje najrozmaitsze owróżnienia skóry, erytemy, ekzemy, zajmujące nieraz całą skórę brzucha. Dużą rolę odgrywa tu topograficzny odcinek jelita. Im przetoka jest wyżej umieszczona t. zn. bliżej żołądka, tem treść jelita jest więcej najbardziej żrąca. Poza powstawaniem wrzodów, nieraz bardzo rozległych, Buschi, Obensona na tle podrażnionej skóry obserwowali wytwarzanie się nowotworów złośliwych (*adenocarcinoma*). Powikłania tego rodzaju niezmiernie utrudniają gojenie przetok i często nie pozwalają na zamknięcie ich drogą operacyjną, tam gdzieby to było wskazane. Przetoki górnego odcinka jelit, poza swym ujemnym wpływem na skórę, posiadają jeszcze olbrzymi wpływ na odżywianie chorego. Chore ma stałą biegunkę, głoduje, przyjęty pokarm niemal natychmiast oddaje nazewnatrż i często nawet sztuczne odżywianie zapomocą wlewania pokarmów do dolnego odcinka jelit nie wystarcza, aby utrzymać chorego przy życiu. Dlatego też w tych przypadkach, gdzie istnieje anatomiczna możliwość wytworzenia drożności narządu pokarmowego, należy operować możliwie prędzej, nie czekając na nieuniknione powikłania skórne i szybkie wycieńczenie organizmu. Zaznaczam, że dotyczy to szczególnie przetok górnego odcinka jelit.

Stopniowe zwięzanie się odbytu sztucznego lub przetoki kałowej nie zawsze można uważać jako akt gojenia się, szczególnie jeżeli nie idzie ono w parze ze zwiększaniem się wydzieliny przez odbytu naturalny.

Przypadki takie spotyka się najczęściej w odbytach sztucznych powstałych na tle uwięźniętych przepuklin. Przyczyną tego może być: a) bliznowate zwięzanie się pierścienia przepuklinowego, który opasuje odbytu, b) długi kanał przetokowy szczególnie u osób otyłych, wreszcie 3) wydłużanie się samej kiszki w kształcie lejka z powodu krótkiej kiszki. Tego rodzaju zwięzania mogą wywoływać bardzo burzliwe objawy. Przedewszystkiem wskutek przeszkody w wydzieleniu kału zalega w końcowym odcinku jelita nad przetoką. Rezultatem tego jest nadmierne rozszerzenie się kiszki, bóle i objawy niedrożności z początku przejściowe, a wreszcie ostre. Poza tem takie, do pewnego stopnia chroniczne zaleganie kału, wywołuje owróżnienia na śluzówce, które z kolei mogą doprowadzić do przedziurawienia i ogólnego zakażenia otrzewnej.

Zawęzienia jelit wewnątrz jamy brzusznej około odcinka wprowadzonego na zewnątrz opisywali Perez, Fontan, Velard i inni. Nie przedstawiają one nic charakterystycznego, utrudniają jednak zabieg operacyjny przez bliskie sąsiedztwo odbytu, a co za tem idzie, łatwość zakażenia otrzewnej. Momentem sprzyjającym do zawęzienia jest odpowiednio położenie pętli jelita, tworzącego odbytu. Im pętla jelita (doprowadzającego i odprowadzającego) są położone w stosunku do siebie więcej pod kątem ostrym, tem szanse zawęzienia są większe. Dużą rolę odgrywa tu także i krezka, która nieraz przez zbytnie naciągnięcie, ogranicza perystaltykę odcinka wprowadzonego w odbytu i przez to sprzyja tego rodzaju powikłaniem.

Wynicowanie się śluzówki, względnie kiszki występuje dość często przy przetokach i odbytach sztucznych, istniejących od dłuższego czasu. Główną przyczyną tego jest brak zwieracza.

W przypadkach odbytu sztucznego krzyżowego, jaki zostawiamy nieraz na stałe po usunięciu odbytnicy, powikłania takie występują niemal zawsze. Mechanizm wypadania jest taki sam, jak to bywa przy odbytach naturalnych, z tą jedynie różnicą, że tam mamy zwieracz rozłożony, a tu go wcale nie mamy. W odbytach sztucznych na przedniej ścianie brzusznej możemy mieć przekrój kiszki całkowicie wprowadzony na zewnątrz, lub też kiszka wprowadzona jest bokiem. Jak w jednym tak i w drugim przypadku wypadnięcia mają miejsce, z tą jednak różnicą, że w przypadkach odbytu z bocznym wyciem kiszki, częściej występują te powikłania. Czynniki sprzyjające stanowią: duży otwór, wzmoczona perystaltyka i tłocznia brzuszna. Duży otwór bywa przeważnie w odbytach zrobionych ręką chirurga, szczególnie, kiedy kiszka wszywa się bokiem. Wzmoczoną perystaltykę mogą wywołać specjalne po-

kariny lub środki lecznicze. Praca fizyczna, wymagająca naprężenia mięśni brzucha, nadymanie się, kaszel, wzmagają działalność tłoczni brzusznej. Pod wpływem tych czynników występuje zwykle stopniowe wynicowywanie się śluzówki, które jest pierwszym stopniem wypadnięcia kiszki.

Wypaść może odcinek jelita doprowadzającego, lub odprowadzającego. Boyer twierdzi, że częściej zdarza się to z odcinkiem doprowadzającym, Sabatier zaś — że z odprowadzającym. Schmidt na 21 przypadków w 12 stwierdził wypadnięcie jelita doprowadzającego i w 9 odprowadzającego. Wypadanie jelita odprowadzającego tłumaczy wstecznym ruchem robaczkowym, jaki zachodzi w odcinkach kiszek jednostronnie wyłączonych. Zaleganie śluzu, a niekiedy i treści pokarmowej wskutek całkowitej, lub częściowej niedrożności, powoduje podrażnienie śluzówki kiszki, która, chcąc pozbyć się zawartości, zaczyna wykonywać wsteczne ruchy robaczkowe w kierunku odbytu sztucznego. Jeżeli do jelita odprowadzającego nie przedostaje się nic z treści pokarmowej, to z biegiem czasu następuje jego zanik. Obserwowano przypadki, gdzie cały odcinek odprowadzający, lub jego część była niedrożna i przedstawiała się w postaci grubego sznura. Częściej jednak zmiany takie ograniczają się do częściowego zaniku światła jelita. Ta różnica między światłem jelita i światłem samego odbytu uważana jest również za czynnik, sprzyjający wypadaniu odcinka odprowadzającego.

Wypadanie jelita doprowadzającego zdaje się jednak być częstszym. Sprawa zaczyna się pierwotnie od stopniowego wynicowywania się śluzówki samej, która w miarę powiększania się pociąga za sobą całą ścianę jelita. Z chwilą kiedy ściana jelita wynicowała się przez odbyty sztuczny, wtedy droga do powiększenia się tego wypadnięcia jest otwarta. Długość odcinka wynicowanego zależy od długości krezki, która w pewnym momencie powstrzymuje jelito od dalszego wypadania. Następuje walka między jelitem wypadniętym, pobudzanym, perystaltyką i tłocznią brzuszną do dalszego wynicowania się a naciągniętą krezką. Wskutek tego mogą zająć zmiany bardzo groźne tak dla jelita wypadniętego jak i dla krezki. Zaczopowanie naczyń naciągniętej krezki może pociągnąć za sobą zgorzel jelita, pęknięcie krezki może wywołać krwotok wewnętrzny nawet śmiertelny.

Długość wynicowanego jelita sięga nieraz bardzo dużych rozmiarów. Czerny opisuje przypadek z wypadnięciem jelita 11 cm. Fabricius Hildamus 32 cm, Sabatier 48 cm, w naszym przypadku 24 cm. Wypadnięty odcinek, prócz powikłań ze strony krezki, może ulec zaciśnięciu. Występują wtedy objawy ostrej niedrożności i zgorzel całego wypadniętego jelita.

Wspomnę jeszcze o przypadkach wynicowania się jednocześnie jelita doprowadzającego i odprowadzającego. Takie przypadki opisane są przez Larrey'a, Dupuytren'a i Albinio. Przypadek podany poniżej również należy do tej kategorii powikłań: wynicowany odcinek doprowadzający miał 24 cm długości a odprowadzający 5 cm. Riedinger opisuje przypadek wypadnięcia doprowadzającego i odprowadzającego jelita z tą jednak odmianą, że odcinek odprowadzający był w stanie częściowego zaniku i w odległości 5 cm był zupełnie już zarosnięty.

Do najrzadszych powikłań ze strony odbytów sztucznych należy zaliczyć przepukliny. Mają one miejsce w odbytach skonstruowanych przez boczne wszycie jelita w ścianę brzuszną. Na przeciwko otworu odbytowego mamy tylną ścianę jelita, która pod wpływem wypychania jej od wewnątrz, wtlacza się w otwór odbytu. W miarę dalszego wypychania na zewnątrz powstaje twór okrągławy, pokryty gładką naciągniętą śluzówką. Twór ten stanowi przepuklinę, wypełnioną zazwyczaj jelitami cienkimi lub siecią (*Viscerale Prolaps hernie*). Worek przepuklinowy stanowi wypadniętą ścianę jelita, pokryta od wewnątrz surowicówką trzewną. Tego rodzaju powikłania obserwowane przez Gerard'a, Gosset'a, Usteri, należą do rzędu bardzo rzadkich i zarazem ciężkich. Przez utworzenie się takiej przepukliny następuje zamknięcie odbytu sztucznego z objawami ostrej niedrożności. Zawartość przepukliny może się zacisnąć, jak to bywa w przepuklinach zwykłych, i spowodować niedrożność w innym odcinku jelita.

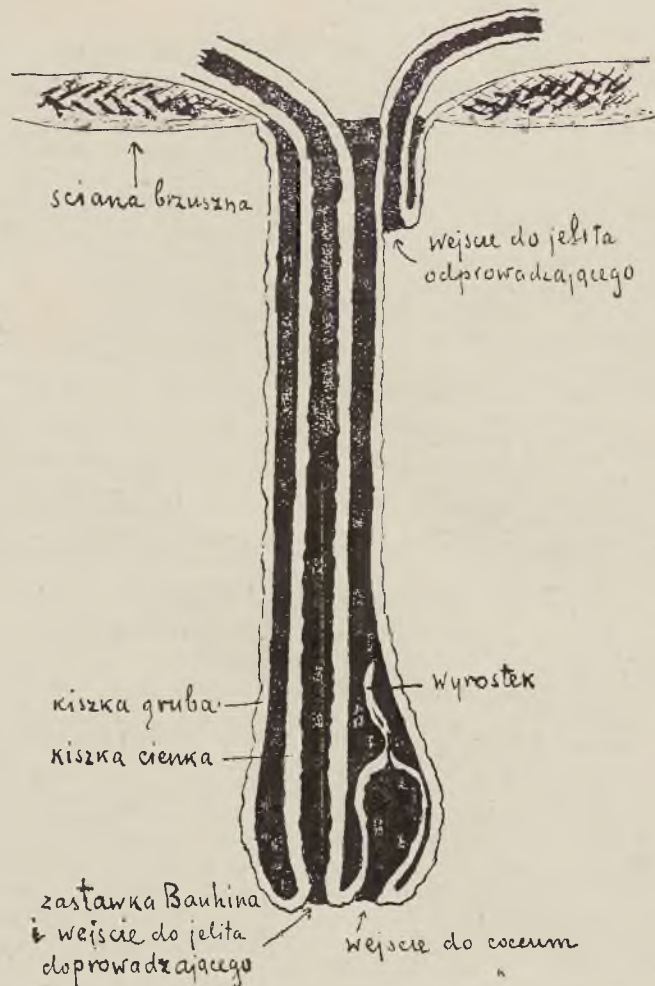
Obserwacje Schmidta, von Bode, Usteri wykazują, że zawartość tych przepuklin przeważnie jest zrosnięta z surowicówką kiszki tworzącej worek. Reponowanie bezkrwawe w większości przypadków jest niemożliwe i wymaga natychmiastowego zabiegu operacyjnego.

Do rzędu przepuklin można zaliczyć przypadki obserwowane przez König'a, Gerard'a, Kauffman'a, Barth'a: po wynicowaniu się jelita przez odbyty sztuczny, między dwa cylindry (zewnątrzny i wewnętrzny) wślizguje się sieć lub pętla jelita cienkiego, które jak w zwykłej przepuklinie mogą ulec zaciśnięciu lub wywołać zrosty i uniemożliwić odprowadzenie bezkrwawe.

W zakończeniu podaję przypadek własny, tyżący wynicowania się jelita doprowadzającego i częściowo odprowadzającego.

M. W. kobieta lat 66, przybyła na oddział dnia 24. III. 1927 r. z powodu wynicowania kiszki przez odbyty sztuczny.

Przed 8 laty chora operowana była w Warszawie z powodu nowotworu żołądkowego esicy. Według osiągniętych informacji u lekarza, który ją operował, wykonano wtedy resekcję esicy wraz z nowotworem, zespolono kiszkę bout à bout i założono odbyty sztuczny czasowy, wszywając bocznie poprzecznicę w linii pośrodkowej poniżej pępka. W 2—3 miesiące później proponowano chorej zaszycie odbytu sztucznego, lecz chora nie zgodziła się. W przeciągu pierwszych 4—5 lat po operacji chora oddawała kał częściowo przez odbyty sztuczny częściowo zaś drogą naturalną. Mniej więcej 3 lata temu chora zauważyła stopniowe wynicowanie się śluzówki z jelita doprowadzającego i jednocześnie zmniejszanie się wydzieliny przez odbyty naturalny. Wynicowana śluzówka tworzyła rodzaj fałdy, która przeszkadzała w przechodzeniu masy pokarmo-



Rys schematyczny

wej z jelita doprowadzającego do odprowadzającego. Rok temu wskutek nadmiernego wynicowania się śluzówki nastąpiło wynicowanie się całej ściany jelita doprowadzającego długości 6—8 cm. Wezwany lekarz wynicował jelito zreponował bezkrwawo. Podobne wynicowania, w mniejszym stopniu, miały miejsce jeszcze parę razy lecz chora reponowała je sama. Od 2-ech lat wskutek stałego nadmiernego wypuklenia się śluzówki, zawartość nie przechodzi do jelita odprowadzającego i całe wypróżnienie odbywa się wyłącznie przez odbyty sztuczny. Nocny ubiegłej wskutek gwałtownego kaszlu, nastąpiło rzeprowne wynicowanie się dużego odcinka jelita. Wezwany lekarz zreponował go nie mógł i chorą przewieziono do szpitala.

St. ob.: Budowa prawidłowa, nadmierne ogólne otluszczenie, cera zdrowa. 5 cm poniżej pępka w linii pośrodkowej odbyty sztuczny, przez który wynicował się doprowadzający odcinek jelita grubego długości 24 cm. Wypadnięty twór o kształcie grubej kiełbasy, pokryty fałdującą się śluzówką na końcu jest gruszkowato rozszerzony. W odległości 4 cm od podstawy po stronie lewej widać na ślu-

zówce grubą odstającą fałdą, która wraz ze ścianą tworzą opasuje otwór prowadzący do odcinka jelita odprowadzającego. Na końcu gruszkowato rozszerzonym mamy dwa otwory: jeden, przez który zgłębnik gumowy wchodzi do brzucha, drugi — oddzielony fałdą od pierwszego prowadzi do uchyłka długości 6—7 cm. Dokładniejsze badanie tego uchyłka za pomocą wziernika wykazuje na dzień jego mały otworek o średnicy 1 cm, przez który cienki zgłębnik metalowy wchodzi na 8 cm. Okazało się, że uchyłkiem tym jest kątnica z wyrostkiem robaczkowym, a otwór obok stanowi granicę jelita cienkiego z grubym czyli zastawka Bauhina, przez którą w danej chwili wydziela się kał. Badanie jelita odprowadzającego za pomocą zgłębnika gumowego, wprowadzonego przez otwór u podstawy tworzącej, wykazuje jego drożność na przestrzeni 25 cm. Jednocześnie konstatuje się dość znaczny zanik jelita odprowadzającego w postaci zwężenia światła. Badanie per rectum za pomocą rektoskopu wykazuje w odległości 12 cm od zwieracza jak gdyby całkowite zamknięcie światła w postaci gwiaździstego zbliźnowacenia. Śladów nowotworowych w miejscu zwężenia nie widać. Krwawienia nigdy nie było. Mleko wlewane do odcinka odprowadzającego, pod nieznacznym ciśnieniem przechodzi przez zwężenie cienkim strumieniem grubości zapalki.

Chora od paru dni ma influence, t° 38,3, puls 100, arytmia, kaszle bardzo dużo. Wycięwane jelito pod wpływem perystaltyki kurczy się i rozszerza; śluzówka w paru miejscach krwawi z powodu zdrapań podczas próby reponowania. Objawów niedrożności niema. Bóle wewnątrz brzucha występują jedynie podczas kaszlu. Parokrotna próba reponowania rezultatu nie dała. Ze względu na ostrą influence i brak wskazań do natychmiastowego zabiegu, nałożono opatrunek wilgotny i poddano chorą leczeniu powikłania płucnego. Po upływie 20 dni sprawa uspokoiła się, ciepłota normalna, objawy płucne ustąpiły zupełnie. Ze strony wycięwanej kiszki żadnych dalszych powikłań nie było.

Dnia 20. IV, w znieczuleniu ogólnym amputowano wypadnięty twór w odległości 5 cm od podstawy. Krezka jelita cienkiego na całej prawie przestrzeni zrośnięta była z surowicówką jelita grubego. W odległości 5 cm od podstawy jelito cienkie było już luźne. Wytworzono kikut w sposób następujący: po przecięciu okrężnym cylindra zewnętrznego w odległości 5 cm od podstawy i po podwiązaniu krezki, wywinęto go z surowicówką nazewną; paroma szwami zmocowano u podstawy surowicówkę jelita cienkiego z grubym; cylinder wewnętrzny (jelito cienkie) i kreskę podwiązano w odległości 4 cm od podstawy i odcięto; następnie na bocznej ścianie cylindra zewnętrznego zrobiono cięcie podłużne, w które wszczyto podwiązany kikut cylindra wewnętrznego. Operację zakończono przez zeszcycie przekroju okrężnego cylindra zewnętrznego (jelito grube). W ten sposób jelito cienkie umocowane u podstawy kikuta i wszczone w bocznej ścianie jelita grubego, tworzyło kanał w postaci litery J.

W 48 godzin po operacji przepalono zegadłem wszczyty i podwiązany kikut jelita cienkiego. Duża ilość nagromadzonych gazów i trochę treści znalazły ujście. Chora przez parę dni po operacji odczuwała niewielkie bóle przy wydzielaniu treści. Widocznie wskutek obrzęku kikuta otwór zrobiony zegadłem był za mały, bóle jednak ustąpiły zupełnie. 8-go dnia po operacji chora dostała infarktu w prawym płucu, lecz sprawa zakończyła się pomyślnie i dnia 11. VI. 1927 r. po zastosowaniu odpowiedniego pasa brzuszno, chorą wypisano ze szpitala bez żadnych bólów, z odbytem dobrze funkcjonującym.

Piśmiennictwo.

Becker: Bruns, Beitr. z. Chir. 1911, Bd. 74. — Bode: Bruns, Beitr. z. Chir. 1911, Bd. 74. — Bonnet et Ricard: Soc. de Chir. de Lyon 1924. — Blumreich: Zbl. f. Gyn. 1905. — Braun: Arch. f. Kl. Chir. Bd. 53. — Braune: Zbl. f. Chir. 1923, Nr. 12. — Charbonnel: Soc. Anat. Clin. Bordeaux. Presse med. Nr. 23, 1923. — Delore, Comie et Labry: Lyon med. 1925, Nr. 44. — Ders: Zbl. f. Chir. 1910, Nr. 18. — Fontana: Lubat: Soc. Anat. Bordeaux 1923. — Grekow: Ruski Wracz. 1903, Nr. 3. — Neuhöfer: Bruns, Beitr. z. Chir. 1924, Bd. 130. — Schmidt: D. Ztschr. f. Chir. Bd. 126, 1914. — Velarde, Perez, Fontana, Nario: An. de la Fac. de Med. (Montevideo) Journ. de Chir. 1924, Nr. 1. — Usteri: D. Ztschr. f. Chir. Bd. 103, 1909.

Fr. KMIETOWICZ junior.

Lwów.

Suche kąpiele bezwodnikowe.

Z Instytutu farmakologii doświadczalnej U. J. K. we Lwowie:

Dyrektor: Prof. Dr. W. Koskowski.

Z szybu wiertniczego Nr. II w Krynicy-zdroju od 1914 r. z głębokości blisko jednego kilometra wydobywają się bezustannie

tyśiące litrów gazu, obok wystryskającej wody alkalicznej właściwej, noszącej nazwę wody ze źródła Zuber. Gaz ten po zbadaniu chemicznym okazał się prawie zupełnie czystym bezwodnikiem węglowym.

Odkrycie to ma doniosłe znaczenie techniczne, ekonomiczne, a przede wszystkim lekarskie. Nie wiele jednak zrobiono dotychczas w kierunku wykorzystania tych bogactw przyrodzonych.

Technicznie należałoby zbudować obok szybu kompresorję do skraplania bezwodnika węglowego, a także i zakład z kabinami do kąpiele w suchym bezwodniku węglowym i do kąpiele natryskowych gazowych.

Ekonomicznie należałoby zorganizować zbyt dla skroplonego CO₂ i to dla celów przemysłowych, jakoteż i technicznych, np. sprzedaży do gazowania solanek w Cieplocie.

W końcu pod względem lekarskim należałoby uzasadnić wartość terapeutyczną kąpiele w suchym gazowym bezwodniku węglowym, a więc takim, jaki wydobywa się z szybu Zuber w Krynicy.

To ostatnie zagadnienie chciałbym bliżej rozpatrzyć w niżejszej pracy.

Kwas węglowy względnie jego bezwodnik jest niezbędnym fizjologicznym regulatorem wielu prawidłowych czynności ustroju ludzkiego i zwierzęcego. Normalne jego stężenie utrzymuje równowagę pewnych funkcji, zwiększenie jego ilości podrażnia, nadmiar jego poraża, a brak zaś hamuje pewne procesy fizjologiczne, chemiczne względnie dynamiczne.

W kąpielach kwasowęglowych wodnych, zawierających rzadziwy wzgl. sztucznie doprowadzony CO₂, obok swoistych właściwości CO₂, odgrywa pewną rolę ciśnienie hydrostatyczne, ciepłota kąpiele i ewentualnie roztwory solne.

Ciśnienie hydrostatyczne, powoduje zwolnienie napięcia mięśni, zwiótczenie tychże, oraz częściową pozorną stratę na wadze ciała. Efektem ucisku na jamę brzuszną i dolną część klatki piersiowej jest pogłębienie wydechu i ułatwienie krążenia żylnego, a zwłaszcza odpływu krwi żyłnej z obwodu ustroju.

Różnica ciepłoty w kąpielach kwasowęglowych jest według Otrifreda Müllera decydującym czynnikiem i łączy się ściśle ze swoistym działaniem CO₂. Polega zaś na tem, że punkt obojętny wody wynosi około 28^oC, punkt obojętny gazowy CO₂ zaś około 20^oC.

Punkt obojętny określamy subiektywnym wrażeniem, kiedy zanurzony w wodę, nie odczuwamy tejże ani jako ciepłą, ani jako chłodną. Jeżeli teraz zanurzymy się do kąpiele kwasowęglowej o ciepłocie wody 26^oC, to wodę odczuwać będziemy jako chłodną, natomiast płaszcz banieczek gazowego CO₂, pokrywający nasze ciało, będzie robił wrażenie bardzo ciepłe. Tym to bodźcem fizykalnym działania termicznego kontrastowego zimnej wody naprzemian z ciepłym CO₂ przypisują Senator i Frankenhäuser działanie drażniące nerwy czuciowe w skórze.

Trzecim czynnikiem, który mógłby mieć pośredni wpływ na układ krwionośny są roztwory soli w wodach mineralnych. I rzeczywiście sole zasadowe według Dienera z Ems powodują łatwość spulchniania tkanek i zmydlenia tłuszczów skórnych, co przyczynia się do lepszego zadziałania CO₂ na skórę.

W końcu istnieje sprawa radioaktywności. Nie przypada jej tutaj prawdopodobnie żaden wpływ na układ krwionośny, co zresztą przy małej radioaktywności wód kwasowęglowych wogóle, nie mogłoby być brane pod uwagę.

Od roku 1872 dzięki empirycznym spostrzeżeniom Benkego i Schottów z Nannheim, a Jakoba z Kudowy stosowane są kąpiele wodne kwasowęglowe w chorobach serca.

Historycznie w spostrzeżeniach panuje duży chaos. Jedni z autorów (z polskich Pawiński i Kowalski) porównywali działanie CO₂ do działania naporstnicy, objawiające się zwolnieniem tętna i podniesieniem się ciśnienia krwi. Druga grupa autorów (z polskich Skórczewski) widywała obniżenie się ciśnienia krwi.

Trzecią grupę tworzą badacze, którzy raz widywali podniesienie, kiedy indziej znów obniżenie się ciśnienia.

Zastanówmy się, jak właściwie działa farmakodynamicznie bezwodnik węglowy w kąpielach na ustrój ludzki.

Dwie drogi stoją w czasie kąpiele kwasowęglowej dla niego otworem:

Narząd oddechowy i skóra.

Bezwodnik węglowy, wdychany podczas kąpiele, dostaje się do krwiobiegu i działa stąd bezpośrednio na pewne ośrodki nerwowe w mózgu.

Wiemy, że w powietrzu znajduje się znikoma ilość CO_2 , gdyż tylko 0.03—0.05%. Wzrost jego w powietrzu oddechowem już tylko do ilości 1%, drażni drogą krwi ośrodek oddechowy, co powoduje przyśpieszenie, a zwłaszcza pogłębienie oddechu, i przyrost pojemności oddechowej o 2—3 l. w jednej minucie.

Następnie CO_2 drażni ośrodek naczyńioruchowy, powodując zwężenie naczyń pochodzenia ośrodkowego. Jako efekt zwężenia naczyń występuje podniesienie się ciśnienia krwi, a zatem w parze idzie silne rozszerzenie serca, wywołane nawalem dużych ilości krwi do niego.

Jeśliśmy eksperymentalnie u zwierzęcia przecięli rdzeń, znieśliśmy zwężenie naczyń, czyli znieśliśmy efekt pochodzenia centralnego.

Dalszym ośrodkiem, który przy wdechiwaniu zwiększonych ilości CO_2 bywa zadrażniony, jest ośrodek nerwów błędnych. Zadrażnienie jego zmniejsza ilość uderzeń tętna, powoduje bradykardię. I tu znowu eksperymentalne przecięcie obu nerwów błędnych, znosi zwolnienie tętna po CO_2 .

Drugim miejscem uchwytu dla CO_2 w czasie kąpieli jest skóra.

Zaczerwienie skóry, przekrwienie skórne w czasie kąpieli kwasowęglowej polega na rozszerzeniu się naczyń włosowatych, tętniczek i żyłek skórnych, a ponieważ odnosi się tylko do tych części ciała, które są zanurzone w wodzie, jest więc pochodzenia lokalnego, a nie odruchowego. Jest to więc bezpośredni wpływ CO_2 na tętniczki, kapilary i żyłki. A ponieważ rozszerzenie to występuje i u zwierząt nikotynowanych, więc punkt uchwytu leży w miejscu, na które działa i adrenalina.

Naczynia włosowate odgrywają ogromną rolę przy leczeniu kąpielami kwasowęglowymi, a pochodzi to już z ich własności anatomio-fizjologicznych. Jeśli się przeliczy sumę kapilarów dorosłego człowieka tylko w mięśniach, to ponieważ w 1 mm^3 jest ich 2.000, rureczki złożone obok siebie dałyby długość 100.000 km, t. j. opasałyby ziemię na równiku $2\frac{1}{2}$ -krotnie, a kapilary całego ustroju blisko 5-cio krotnie.

Rureczki tych naczyń włosowatych, rozcięte wzdłuż i rozłożone dałyby powierzchnię 6.300 m^2 t. j. morga i ćwierć, a z całego ustroju $2\frac{1}{2}$ morgi powierzchni.

Z liczb wyrażających warunki anatomiczne, a wyżej przytoczonych, możemy zrozumieć siłę i natężenie przemiany materii, jaka na takiej przestrzeni łatwo może się odbywać między krwią i tkankami; możemy też ocenić efekty rozszerzenia naczyń włosowatych skóry w czasie kąpieli kwasowęglowych.

Wiemy też z prac Krogha, że system naczyń włosowatych jest samodzielny i niezależny od systemu krwionośnego całego, tak, że nazwano go nawet sercem obwodowym.

Dotąd nie jest rozstrzygnięte, jak przez zwężenie innych obszarów naczyńioruchowych, szczególnie obszaru nerwów trzewiowych, wyrównuje się kompensacyjnie obwodowe rozszerzenie się kapilarów.

W każdym bądź razie celem kąpieli kwasowęglowych jest obniżenie ciśnienia krwi, a więc przez to ułatwienie krążenia, zmniejszenie oporów w narządzie krwionośnym.

Serce chore — jako serce przepracowane i zmęczone z trudnością pokonywuje opory w krążeniu, a obiektywna poprawa stanu zdrowia sercowo chorych po kąpielach kwasowęglowych jest dziś już ogólnie znana i uznana, dzięki właśnie ich działaniu wazomotorycznemu, ułatwiającemu pracę serca.

Jakiż jest dalszy los CO_2 , poza działaniem jego na zakończenia nerwów, należących do układu wegetatywnego w ścianie naczynek krwionośnych i ewentualnie w komórkach kurczliwych Rougeta w kapilarach skóry ludzkiej.

CO_2 wchłania się przez skórę, jak wiele zresztą z pośród gazów, co udowodnił Filehne.

W kąpielach kwasowęglowej wodnej jak i gazowej suchej przychodzi jednak nie tylko do wchłaniania dużych ilości CO_2 , ale także do wśródskórnego zatrzymania CO_2 , powstałego z przemianą materii, a wydalane normalnie drogą skórą. *Perspiratio insensibilis* skóry przestaje funkcjonować.

Cały bezwodnik węglowy skierowany zostaje do wydzielenia się przez płuca. Ilość CO_2 wzrasta we krwi podczas kąpieli kwasowęglowej, szczególnie długotrwałej i bardzo ciepłej, powodując znane nam już objawy ze strony ośrodka oddechowego, naczyńioruchowego i nerwów błędnych.

Zbyt długa kąpiel, co wiemy z empirycznej praktyki zdrojowiskowej, ma terapeutycznie z powodów wyżej wymienionych efekt obojętny lub nawet negatywny.

Należałoby również objaśnić spostrzeżenie O. Müllera i Sraasburgera. W kąpielach kwasowęglowej chłodnej, trwającej około 25 minut, przychodzi po zanurzeniu się badanego do

krótkiego podniesienia się ciśnienia krwi, potem następuje obniżenie poniżej normy, wreszcie powolny wzrost aż do powtórnego podwyższenia ciśnienia. Wymienieni autorzy tłumaczą te efekty działaniem bodźców termicznych, zdaje się jednak, że pierwsze krótkie, zwykle dość silne podwyższenie ciśnienia, spowodowane jest skurczem naczyń pod wpływem chłodnej wody. Obniżenie następnie jest wynikiem zadziałania CO_2 obwodowo na naczynia skórne; narastające zaś zwolna drugie podwyższenie ciśnienia krwi jest pochodzenia ośrodkowego i zależy od zwiększonej ilości CO_2 w krwiobiegu.

Należy pamiętać, że w prawidłowej krwi tętniczej mamy 1-o gramowy ekwiwalent jonów wodorowych na 22.000.000 litrów krwi t. zn. że $\text{PH} = 7.35$. Stężenie jonów wodorowych krwi żyłnej wynosi natomiast $\text{PH} = 7.30$, czyli, że krew żylna, wywołując kwaśne produkty przemiany materii, jest kwaśniejsza od krwi tętniczej.

Jeśli teraz CO_2 we krwi będzie się 1-o) po części wchłaniać z kąpieli kwasowęglowej przez skórę, 2-o) po części z powodu ustania przeciwu niewidzialnego zatrzymywać w ustroju, 3-o) wzrastać z powodu wdechiwania zwiększonych ilości CO_2 w powietrzu oddechowem, to przyjdzie do zakwaszenia krwi. Przyjdzie do wzmożenia efektu hyperemii naczyń całego ustroju. Ten wzrost CO_2 we krwi przechodząc przez swój pierwszy stopień zadrażnienia ośrodków oddechowego i naczyńioruchowego, stworzy warunki fizjologicznego duszenia się ustroju, warunki dla sercowo chorych szkodliwe.

Tutaj więc empiryczne stosowanie krótkotrwałych kąpieli kwasowęglowych znajduje swoje naukowe uzasadnienie.

Chcąc ocenić wartość dynamiczną samego CO_2 , przeprowadziłem szereg kąpieli u ludzi w suchym gazowym bezwodniku węglowym. W ten sposób usunąłem uboczne działanie ciśnienia hydrostatycznego, później różnicy temperatur wody i CO_2 , wreszcie i soli w wodach mineralnych rozpuszczonych.

Do odpowiednio zbudowanej wanny blaszanej dopuszczałem od dołu z balonów ze skroplonym CO_2 odpowiednie jego ilości. Badany siedział zanurzony do linii sutkowej, od góry zaś okryty był gumowym prześcieradłem tak, że nie oddechał CO_2 . Ciepłotę CO_2 regulowałem w spirali rurek miedzianych, przez które CO_2 przechodzi do wanny z balonu, a które ogrzewałem wedle potrzeby.

Kapilareskopem Krogha badałem zachowanie się naczyń włosowatych i ich ilość.

Tonometrem Pachona oznaczałem ciśnienie tętnicze maksymalne, minimalne i oscylacyjne.

Obliczałem ilość tętna w jednej minucie.

Obliczałem aparatem Haldane'a ilość bezwodnika węglowego, tlenu i azotu w powietrzu atmosferycznym, jak również w powietrzu wydechowem. (Część oznaczeń wykonał P. Kol. Dr. Ptaszek, za co mu uprzejmie dziękuję).

Obliczałem w spirometrze pojemność oddechową w litrach na 10 minut.

Przekonałem się, że w stosunku do normy badanej przed kąpielą w suchym gazowym CO_2 :

Ilość kapilarów przysrała o 15% t. zn. że naczynia włosowate dotąd nieczynne, zamknięte otwierają się; wiemy, że fizjologicznie nie wszystkie są widoczne. Dalej kapilary rozszerzają się, a także najczęściej doprowadzające tętniczki i odprowadzające krew żyłki.

Ciśnienie tętnicze w tętnicy ramieniowej spada w maximum o 20 mm Hg, minimum pozostaje bez zmiany, względnie lekko się podnosi, czyli amplituda uderzeń serca maleje.

Oscylometrycznie tętno rozkurczowe, wynoszące 3.5—4.0 podziałek przed kąpielą, spada do 2.5—2.25 podziałek.

Ilość tętna tak w normie, jak i w czasie kąpieli stale waha się nietypowo między 68—74 uderzeniami na 1 minutę, pod koniec kąpieli wykazując tendencję do bradykardji.

Ilość CO_2 w powietrzu atmosferycznym w pokoju, gdzie odbywa się kąpiel, rośnie z 0.03% na 1% na wysokości 1 metra nad podłogą już po 10—20' trwania kąpieli, a po 30' nawet do 2% i więcej nad przykrytą wanną.

Ilość CO_2 w powietrzu wydechowem badanego z ilości normalnej 3.7% rośnie po kąpielach 15-o minutowej na 4.8%.

Pojemność oddechowa z 80 litrów w 10 minutach przed kąpielą powiększa się w czasie kąpieli na 103 litry, po 30' kąpieli z 80 l. na 150 l.

Jeżeli teraz jednak wanny nie przykryjemy i badany będzie oddechał powietrzem mieszanym się z CO_2 kąpiel, to wynik będzie wręcz przeciwny w działaniu na serce.

Ciśnienie przedewszystkiem podniesie się z 130 mm Hg na

150. Oscylacja z 4.0 na 5.5 podziałki, a ilość CO₂ w powietrzu wydechowem z 3.6% wzrosło nawet na 6.3%. Ilość ta CO₂ zależy nie tylko od wchłaniania i od zatrzymania CO₂, ale przede wszystkim od oddechania powietrzem bardzo bogatym w bezwodnik węglowy, unoszący się nad nieprzykrytą wanną. Tu sumuje się bowiem bezwodnik węglowy zawarty w powietrzu atmosferycznym a zwiększony w czasie trwania kąpieli z bezwodnikiem węglowym zawartym w powietrzu wydechowem i stąd powstają tak wysokie cyfry oznaczonego w doświadczeniach CO₂. Badany czuje się nieswojo i występuje u niego typowy „Bade-rausch“, opisywany przez Kisch'a dla kąpieli kwasowęglowych.

Spostrzeżenia te odnoszą się do kąpieli gazowych, trwających 10—20 minut o ciepłocie obojętnej względnie chłodnej t. j. 12 do 18°C, a cyfry wahają się w dość obszernych granicach.

Kąpiele ciepłe powyżej 22°C nie dają wyników pozytywnych tak jaskrawych.

Kąpiele długotrwałe powodują zanikanie specjalnie efektów terapeutycznie dodatnich.

Jako wnioski należałoby podać kilka praktycznych rezultatów, wynikających z tej pracy.

1) Suche gazowe kąpiele bezwodnikowe należałoby wprowadzić do terapii chorób sercowych tam, gdzie ciśnienie hydrostatyczne i ciepłota wody zbyt silnie działają na osłabiony system krążenia, oraz jako kąpiele przygotowawcze do późniejszych silniejszych kąpieli kwasowęglowych wodnych.

2) Należałoby przy szybie Zuber'a zbudować kompresorę i łazienki z odpowiednio technicznie urządzonymi kabinami do kąpieli w suchym gazowym CO₂.

Należałoby też urządzić kabiny do kąpieli natryskowych bezwodnikowęglowych.

3) We wszystkich wogóle kabinach dla kąpieli kwasowęglowych tak wodnych, jak i gazowych, należałoby robić pomiary ilości CO₂ w powietrzu atmosferycznym w czasie i po kąpieli. Urządzenie wentylacji spustowej ewentualnie ekszhaustorów umieszczonych tuż nad podłogą, ze względu na fizyczne własności CO₂ jest w każdej ubikacji bezwzględnie koniecznością i zaniebdanie tego może doprowadzić do przykrych następstw.

4) Wkońcu należałoby z powrotem wprowadzić zarzucone dziś prawie we wszystkich zdrojowiskach przykrywanie wanien w czasie kąpieli w CO₂, aby nie umniejszać efektu terapeutycznego, na którym przecież nam w pierwszym rzędzie zależy.

wiający umiejscowienie. To też Poussepp uważa anosmję za jeden z pierwszych i bardzo ważnych objawów guzów czołowych. Zapatrywania tego nie można zresztą podzielać, gdyż jak wiadomo, objaw ten występuje tylko w niektórych przypadkach o umiejscowieniu t. zw. podczołowym, stosunkowo rzadko się zdarzającym. Ostatnio Vincent i de Martel²⁾ podali krótki komunikat o 8 przypadkach rozpoznanych i operacyjnie sprawdzonych guzów czołowych, z których w pięciu był pomyślny wynik operacyjny. Autorowie ci podkreślają, że dopiero obecnie we Francji zaczęto rozpoznawać i pomyślnie operować guzy czołowe. Dlatego też jest może usprawiedliwiony opis przypadku operacyjnie wyleczonego śródbłoniaka płata czołowego, tembardziej, że rozpoznanie guzów tej okolicy następuje zazwyczaj duże trudności. Zresztą obserwacja przypadku przed i po operacji stanowi zarazem przyczynek do nieustalonej dotąd symptomatologii czołowej.

Chora, lat 22, nauczycielka, przyjęta do kliniki 2. V. 1927. Od dzieciństwa cierpiała na bóle głowy; od szeregu lat, dokładnie nie wie odkąd, miewała obawę przestrzeni, nie mogła schodzić ze schodów, patrzeć z wysokości w dół. Przed trzema laty wystąpił po raz pierwszy w życiu napad, prawdopodobnie padaczkowy. Przez jakiś czas później miewała często omamy wzrokowe, widziała masę brył geometrycznych, które na nią leciały i przełmowały ją lękiem. Po roku wystąpiła serja napadów, trwających przez całą dobę i odąd napady powtarzały się co kilka miesięcy w związku z miesiączką lub wskutek zdenerwowania. Według opisu matki chora traciła przytomność, zaciskała zęby i sztywniała, piana toczyła się z ust. Napad kończył się wymiotami, języka nigdy nie przegryzała, ani moczu pod siebie nie oddała. Od czasu występowania napadów miewała też częściej niż dawniej migreny z wymiotami. Po ostatnim napadzie w marcu 1927 r. przez cztery dni mówiła niezrozumiale. Od czasu tego napadu zaczęła ją zawodzić pamięć, z trudnością przypominała sobie nazwiska znajomych osób, w mowie często nie znajdowała odpowiednich słów. Poza tem chora podaje najrozmaitsze skargi, jak strzykanie w różnych częściach ciała, bóle i drętwienie w mięśniach karku i kończyn, zły sen, wyczerpanie się, widywania w nocy blizkich osób, słyszy odgłosy burzy, widzi błyskawice. Czasem znowu ma natrętne myśli tego rodzaju: widzi siebie siedzącą na wysokim kominie i patrzącą w przepaść. Wtedy silnie zaciska oczy i to jej pomaga do pozbycia się tych bardzo dla niej przykrych natręctw. Chora zresztą wyraźnie odróżnia to natręctwo wzrokowe od omamów, mających charakter rzeczywistości.

W stanie obecnym (z maja 1927) stwierdzano neurologicznie, obok normalnego dna oczu, z objawów patologicznych obustronny objaw Rossolima, brak lub bardzo silne obniżenie odruchów brzusznych i silnie wygórowane odruchy z kończyn o charakterze poliklonicznym, bez różnicy stron. Płyn mózgowo-rdzeniowy był pod każdym względem normalny, Wassermann we krwi i płynie ujemny. Stan psychiczny, jaki chora już wówczas wykazywała, opisujemy dokładniej poniżej. Chorą obserwowaliśmy przez dwa tygodnie. Mimo odstawienia leków przeciwpadaczkowych nie wystąpił napad, a stan podmiotowy znacznie się poprawił. Wobec tak skąpych objawów neurologicznych, przedmiotowych wypisaliśmy chorą, nie mając pewnego rozpoznania. W domu wystąpiły niebawem trzy krótkotrwałe napady z utratą przytomności, a w tydzień później zaczęły pojawiać się napady bez utraty przytomności po kilkanaście razy na dzień, polegające na skręcaniu głowy w stronę prawą. Po serji takich napadów chora nie mogła przez kilka godzin poruszać kończynami prawymi. Gdy chora z końcem maja zjawiła się w klinice, stwierdziliśmy już obustronną zastoinę na dnie oczu, po 1. > pr. Żrenice szerokie z dobrem oddziaływaniem. Bystrość wzroku oka prawego 1,0 oka lewego 1,0/1,5, jednak chora widzi jak przez mgłę prawdopodobnie z powodu rozszczepienia się przedmiotów w związku z nierównomiernością obrzuku tarczy. Opukiwanie i naciskanie najbardziej ku górze leżącej części kości czołowej blisko linii środkowej po stronie lewej wywołuje ból. Często zauważyć można drżenie wiązkiwce prawego policzka i prawej powieki. Siła uścisku prawej dłoni nieco słabsza. Wszystkie odruchy ścięgnowe i okostne z kończyn bardzo wygórowane, polikloniczne, lecz bez różnicy stron. Obok braku Babińskiego istnieje obustronny Rossolimo, po pr. > 1. Odruchy brzuszne czasem zniesione, czasem bardzo słabe, równe. Chodząc, chora balansuje mniej kończyną prawą. Mowa nieco wolniejsza, w rozmowie uderza od czasu do czasu brak słów, na co też sama chora upomnie się skarży. Nastrój zasadniczy raczej obojętny, gdy mówi dłużej o swej chorobie, przechyla się do smutku. Bierna, powolna, impulsy woli słabe. Ma poczucie swej ociężałości.

Łucja FREY.

Warszawa.

Przypadek śródbłoniaka płata czołowego wyluszczonego pomyślnie *).

Z Kliniki chorób nerwowych Uniwersytetu Warszawskiego.

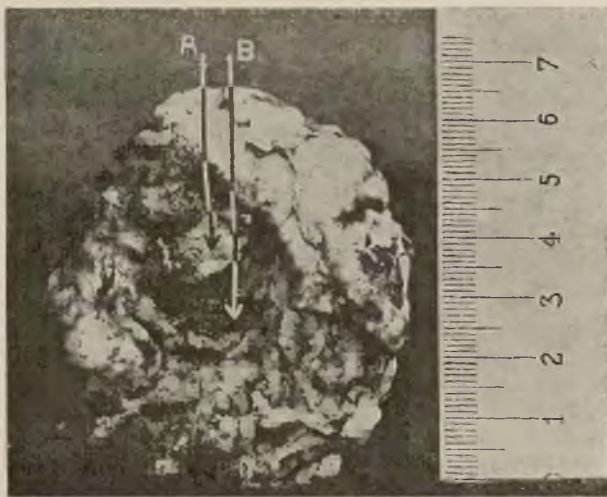
Kierownik: Prof. K. Orzechowski.

Guzy mózgu ciągle jeszcze stanowią najsmutniejszą kartę neurologii. Składają się na to nie tylko trudności natury technicznej w zakresie tak delikatnego organu, jakim jest mózg, nie tylko duże nieraz trudności co do umiejscowienia, ale przede wszystkim to, że przeważną część guzów mózgu stanowią glejaki, rozwijające się w samej istocie mózgowej, jej kosztem i nie dające się operacyjnie oddzielić bez znacniejszego obrażenia zdrowych części mózgu. W tych przypadkach, nawet w razie umiejscowienia dostępnego dla noża chirurga, wynik bywa zazwyczaj tylko częściowy z powodu niemożności odgraniczenia i zupełnego usunięcia guza. Do guzów mózgu, nadających się *par excellence* do zabiegu operacyjnego, należą guzy pozamózgowe, takie jak kęta mostowo-mózdkowego, będące najczęściej nerwiakami, i śródbłoniaki, wychodzące z opon, a więc wywierające zgnębny wpływ przede wszystkim przez ucisk na mózg. Ale i w tych rodzajach guzów zabiegi chirurgiczne naogół rzadko doprowadzają do wyleczenia. Stosunkowo pomyślną statystykę posiada Poussepp¹⁾, który na 15 przypadków rozpoznanych guzów płata czołowego w 1/2 wykonał operację radykalną; wśród tych notuje trzykrotnie wyleczenie trwałe, w trzech zaś innych przypadkach nastąpił po pewnym czasie nawrót sprawy chorobowej, pomimo pomyślnego wyniku operacyjnego, raz tylko nastąpiła śmierć po operacji. Autor ten dziwnym zbiegiem okoliczności spostrzegł we wszystkich swoich przypadkach zaburzenia węchowe, objaw bardzo ułat-

* Przepadek był pokazywany w Warszawskim Towarzystwie Neurologicznym wspólnie z Dr. Sławińskim w październiku 1927 r. (Ref. ogłoszony w Revue Neurologique, 1927 r. T. II, Str. 762).

Zapamiętywanie bardzo złe, zaznaczona konfabulacja. Utrudnienie zdolności koncentracji, przy próbach na uwagę błędy. Omane wzrokowe, rzadziej słuchowe (jak wyżej podano). Próba kaleryczna wykazała bardzo silne odczyny z obu stron. Bezpośrednio po takiej próbie chora dostała napadu, który mieliśmy sposobność po raz pierwszy obserwować: zaczęła odczuwać zdrgnięcie i ściąganie w prawej połowie twarzy, następnie wystąpił skurcz mięśnia okrężnego powieki, potem głowa skłoniła się w prawo, a kończyna górna przybrała przykurczowe ułożenie ze zgięciem w łokciu i nadgarstku, z palcami ustawionymi w „daszek”. Drażnienie podeszwy prawej podczas napadu powodowało powolne zgięcie czterech palców w stawach śródstopczłonowych z odwróceniem stopy. Kilkakrotnie obserwowaliśmy napady poronne, ograniczające się do tonicznego skurczu mięśnia okrężnego prawego oka. Nakłucie łądźwiowe wykazało stosunki normalne, ciśnienie 440 w pozycji siedzącej. Na radiogramach widać w okolicy szwu wieńcowego na 1 cm na lewo od linii środkowej wzmoczony cień przepapnienia wielkości pestki od śliwki obok drobnych ognisk odwapnienia. W ciągu czterotygodniowej obserwacji stan przedmiotowy nie zmienił się.

Rozpoznawszy guz płata czołowego na górnej wypukłości tegoż, skierowaliśmy chorą na oddział chirurgiczny, gdzie Dr. Sławiński wykonał operację w 2 czasach. Podczas operacji odbarczającej dnia 17. VI. znaleziono w okolicy wypukłości kości czołowej, kość zmienioną, silnie przekrwioną, kruchą. Pole zmienione sięgało prawie do linii środkowej, w jego środku kość była od strony wewnętrznej pogrubiała i zrosnięta z twardówką, która wgniatała ku wewnątrz tak, że po usunięciu płata kostnego widoczne było głębokie miseczkowate wgłębienie. Sama twardówka była znacznie zgrubiała i pokryta jakby ziarniną. Przez twardówkę wymacało się na całej odsłoniętej przestrzeni twarde opór. W tygodniu potem stwierdzono wybitną poprawę, chora zapamiętywała dobrze, znajdowała słowa o wiele łatwiej, przedmioty widziała jasno, a objaw Rossolima znikł. Podczas drugiej operacji, wykonanej w dwa tygodnie po pierwszej, udało się wyłuszczyć guz, wielkości i kształtu dużej mandarynki o wymiarach $6,5 \times 5,5 \times 4,0$ cm zrosnięty ze zmienioną twardówką, której spory płat wypadło wyciąć. (Ryc. 1.). Guz leżał w głębokiej



Ryc. 1.

Powierzchnia guza, widoczna z góry od strony twardówki.

A. Szypuła twardówki przyrośnięta do guza.

B. Wgłębienie w środku powierzchni dotwardówkowej guza.

jamie o gładkiej ścianie odpowiadającej zgniecionym zresztą zewnątrznie nie uszkodzonym zawojom czołowym. W środku płaskiej dotwardówkowej powierzchni guza, w miejscu jego zrostu z twardówką, widoczne jest wgłębienie (Ryc. 1B.) wypełnione lejkowatą wyrosłą twardówką (Ryc. 1A.), odpowiadające miseczkowatemu wgnieceniu, stwierdzonemu podczas pierwszej operacji, na zewnętrznej powierzchni opony twardej. Powierzchnia domózgowa guza jest nieco nierówna, złożona z płaskich i podługowatych guzowatości, których wygląd przypomina zawoje mózgowe. Na powierzchni guza znajduje się dużo pokreślonych naczyń. Guz jest spistości twardy, na przekroju ma wygląd sadłowaty. Za wyjątkiem miejsca zrostu z twardówką, guz wszędzie dał się łatwo oddzielić.

Badanie histologiczne: Guz złożony jest z bardzo licznych komórek o charakterze nabłonkowym z niewyraźnymi zarysami

ciała komórkowego o jądrach okrągłych lub wydłużonych. Komórki układają się czasami pasiasto przeważnie jednak w drobne twory cebulaste, między które wrasta tkanka łączna. Miejscami spotyka się okrągłe masy hyalinowe, bardzo liczne nacynia i ogniska martwicowe, nigdzie jednak nie ma złogów wapna. Na powierzchni guza widoczny jest pokład zbitej tkanki łącznej, przechodzącej ku wewnątrz w utkanie nowotworowe. Obraz mikroskopowy wskazuje więc, że mamy do czynienia ze śródbłonakiem.

Przebieg pooperacyjny był powikłany krwakiem do dużej jamy, która pozostała po usunięciu guza. Stan chorej, bardzo dobry już po operacji odbarczającej, pogorszył się, wystąpiło ponownie utrudnienie mowy, zapamiętywania, a wzrok stał się znowu gorszy. Rossolimo wrócił po obu stronach, odruch podeszwy prawy występuje obecnie w postaci wachlarza z odwróceniem stopy, wreszcie zjawił się nowy objaw, mianowicie apraksja prawej ręki. Mimo dobrej siły, chora bardzo mało nią się posługiwała, trzymała opacznie łyżkę przy jedzeniu, nie mogła używać ręki do najprostszyc czynności. Stopniowo objawy te zaczęły się wyrównywać i w ciągu kilku tygodni zupełnie ustąpiły. Chora czuła się podmiotowo zupełnie dobrze, stan psychiczny stał się prawidłowy, po zastoinie nerwów wzrokowych pozostało lekkie odbarwienie brodawek przy bystrości wzroku 0.9. Z końcem listopada wystąpił po przenieszeniu fizycznym i wypiciu alkoholu napad trwający około pół minuty bez utraty przytomności, polegający na skręceniu głowy w prawo. Napady podobne powtórzyły się jeszcze dwukrotnie w kilkutygodniowych odstępach czasu. W styczniu 1928 stwierdza się w stanie neurologicznym chorej jedynie osłabienie odruchów brzusznych, odruch podeszwy prawy od czasu operacji doszczętej występuje stale z wachlarzem i supinacją stopy. Obszerna niepokryta kością blizna tętni wyraźnie. W jednym tylko miejscu obwodu ubytku kostnego chora odczuwa lekki ból na ucisk, który zresztą odczuwała przez cały czas od operacji. Miejsce to jest lekko wyniesione. Podmiotowo chora stale czuje się dobrze, zaburzeń psychicznych brak, niema bólów głowy ani obawy przestrzeni. Jediną jej dolegliwością jest obawa, że mimo stałego zażywania luminalu napady mogą się powtórzyć*).

W przypadku niniejszym wysuwały się podczas obserwacji na pierwszy plan zaburzenia psychiczne, jak niemożność skupienia uwagi, apatia, spowolnienie psychiczne i halucynacje, do których później przyłączyła się zła pamięć, a zwłaszcza zapamiętywanie. Objawy te łącznie z różnorodnymi skargami somatycznymi, nieusprawiedliwionymi jakoby badaniem przedmiotowym, robiły z początku wrażenie zaburzeń czynnościowych a tylko objawy takie, jak osłabienie odruchów brzusznych i obustronny Rossolimo, budziły podejrzenie tła organicznego, nie dającego się na razie ściślej sprecyzować. Wobec podawanych w wywiadach napadów chorej mogło się co najwyżej nasuwać podejrzenie padaczki. Dopiero dalsza obserwacja pozwoliła rozpoznać guz, a wtedy pozostawała jeszcze decyzja co do jego umiejscowienia. We wszystkich pracach tak dawniejszych jak i ostatnich lat (Schuster 3), Baruk 4) itp. dotyczących zaburzeń psychicznych w guzach mózgu, autorowie zgodnie twierdzą, że zaburzenia te występują najczęściej w przypadkach guzów płata czołowego. Feuchtwanger 5) w swej monografii o czynnościach płata czołowego, na podstawie zestawienia dwustu przypadków urazu płata czołowego z tyłu przypadkami urazu innych okolic, twierdzi, że do objawów, występujących w największym odsetku w sprawach czołowych należy upośledzenie skupienia uwagi, euforia lub depresja, względnie apatia, dowcipkowanie, a z zaburzeń neurologicznych zaburzenia równowagi. Również i Pisani 6) podaje w obrazie zaburzeń psychicznych w przypadkach guzów płata czołowego, jako dominujące cechy, niemożność skupienia uwagi, brak inicjatywy, apatie, zubożenie uczuciowe, utratę pamięci, wreszcie zaburzenie orientacji w przestrzeni. Z cech wymienio-

*) Zaraz po oddaniu rękopisu do druku, chora zgłosiła się do kliniki (9. II. 1928) z powodu wystąpienia bardzo częstych napadów w ciągu półtorej doby. Stało się to wśród grypy z ciepłotą 38.5, trwającej już od kilku dni, po silnych wstrząsach i na dzień przed menstruacją. Pod koniec serii napadów miał być wytrzeszcz galki lewej. Przyjęta do kliniki tegoż dnia, lecz już po ustaniu napadów, chora wykazywała i to tylko w pierwszym dniu przybycia, lekki niedowład kończyn górnej prawej, i oczoplas w stronę prawa. Wytrzeszczu już nie było, natomiast spostrzegliśmy na dnie lewego oka lekki obrzęk części tarczy nerwu wzrokowego, który znikł po dwóch dniach. Badanie krwi nie wykazało leukocytozy. Po trzech dniach wrócił stan normalny pod względem podmiotowym i przedmiotowym.

nych przez tych autorów istniało u naszej chorej znaczne upośledzenie koncentracji, apatja, złe zapamiętywanie. Objawom tym, występującym obok braku zamroczenia, należało, ze względu na ich uporczywość i trwanie od dawna, gdy jeszcze nie było objawów znacznie wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, przypisywać znaczenie zespołu istotnego, zależnego od guza w płacie czołowym. Przy tem umiejscowieniu można było i afazję amnestyczną odnieść do ujemnego wpływu guza na pobliskiej ośrodek ruchowy mowy. Napady ruchowe chorej nie dawały pewnych wskazówek lokalizacyjnych. Zapoczątkowanie napadu skrętem głowy w stronę prawą, z przejściem kurczów następnie na kończyny prawe, mogłoby świadczyć, według Förstera⁷⁾, o tem, że okolica wywołująca napady jest t. zw. czołowe pole zwrotne (*frontales Adversivfeld*).

Jednak u naszej chorej napady nie miały znamion korowyci, ponieważ ograniczały się jedynie do fazy tonicznej, polegając na skręcaniu głowy w stronę prawą i parkinsonowskim ułożeniu kończyny górnej prawej z palcami złożonymi w „daszek”. Nasuwa się więc przypuszczenie pozapiramidowe pochodzenia napadów, zwłaszcza, że za pozapiramidowem zajęciem kończyny górnej prawej przemawiał brak balansowania jej podczas chodzenia. Objawy pozapiramidowe prawostronne mogłyby zależeć od ucisku wywieranego przez guz jakiegokolwiek okolicy na zwoje podstawy. Z drugiej jednak strony nie można było wykluczyć ich pochodzenia czołowego, bo płatowi czołowemu niektórzy autorowie (Henning⁸⁾, Dimitz i Schilder⁹⁾, Gürtler¹⁰⁾, Wexberg¹¹⁾ i i.) przypisują funkcje pozapiramidowe. Z tego punktu widzenia ciekawy jest przypadek guza czołowego Wexberga, dający między innymi, objawy plastycznego napięcia mięśniowego z drżeniem w kończynie górnej. Objawy te cofnęły się po usunięciu guza.

Co do halucynacji wzrokowych, to najczęściej odnosi się je w myśl Henschen¹²⁾ do podrażnienia kory płata potylicznego, natomiast według Schrödera¹³⁾ i i. mogą one występować w razie zajęcia drogi wzrokowej w jakimkolwiek miejscu. Z drugiej jednak strony obserwacje niektórych autorów wskazują częstą także zależność halucynacji wzrokowych od spraw w płacie skroniowym. Halucynacje te mają charakter bardziej złożony w odróżnieniu od omamów elementarnych, jak blaski, widzenie barw itp. wskutek podrażnienia dróg, czy ośrodków wzrokowych. Możliwość występowania tych omamów w zależności od płata skroniowego tłumaczą prace Meyera¹⁴⁾ z pracowni Cushinga, wykazujące, że włókna wzrokowe po wyjściu z ciała kolankowatego zmierzają do szczeliny ostrogatej okreśną drogą poprzez płat skroniowy. Wskutek tego może też nieraz występować hemianopsja jednoimienna w sprawach, zajmujących płat skroniowy Cushing¹⁵⁾. Odnosząc do naszego przypadku omamy wzrokowe łącznie ze słuchowymi można było wiązać w myśl powyższych poglądów ze względu na ich charakter bardziej złożony, z podrażnieniem płata skroniowego, udzielającym się z sąsiedztwa.

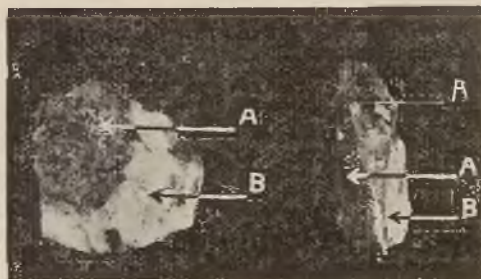
Widzimy zatem, że zaburzenia psychiczne naszej chorej, łącznie z lekką afazją i halucynacjami, mogły nasuwać podejrzenie guza czołowego po stronie lewej, gdy natomiast napady chorej dawały nam jedynie wskazówki co do zajętej strony, ściślej jednak nie można ich było wyzyskać pod względem lokalizacyjnym. Ostatecznie lekka, lecz stale się utrzymująca, bolesność ściśle określonej okolicy czołowej wraz z dyskretnymi zmianami radiograficznymi, przechyliły szalę w kierunku rozpoznawania guza czołowego na wypukłości tegoż.

Co do zachowania się odruchów brzusznych, u naszej chorej, chcę nadmienić, że niektórzy autorowie (Schultz¹⁶⁾, Feuchtwanger¹⁷⁾ i i.), notowali brak ich po tej samej lub po przeciwnej stronie. Zachowanie się objawu Rossolima, który znikł z obu stron po dekompresji, a zjawiał się ponownie po operacji doszczętej, zostawiamy pod znakiem zapytania. To tylko jest pewne, że nie można tego objawu odnieść jedynie do wzmożonego ucisku śródczaszkowego, albowiem istniał on dłuższy czas po wyjęciu guza, pomimo cofnięcia się objawów wzmożonego ciśnienia. Zjawienie się ponownie tego objawu po drugiej operacji, podczas której płat czołowy musiał doznać pewnego obrażenia, przemawiałoby raczej za zależnością od uszkodzenia płata czołowego. Obserwacje Dra Goldfilla¹⁸⁾ na bardzo dużym materiale klinicznym wykazują, że ośrodek odruchu Rossolima znajduje się w rdzeniu lędźwiowym nieco poniżej ośrodka odruchu kolonowego. Z drugiej zaś strony tak spostrzeżenia kliniczne jak i doświadczenia na zwierzętach (Libertini¹⁸⁾, Oddi¹⁸⁾, Polimanti¹⁸⁾, Fano¹⁸⁾ wykazują wpływ hamujący kory płata czołowego na odruchy rdzeniowe. W naszym przypadku odruch Ros-

solima mógł więc być wyzwolony wskutek uszkodzenia kory czołowej. Jego występowanie, choć w słabszym stopniu także i po stronie lewej, należałoby może tłumaczyć supremacją płata czołowego lewego, który wywiera do pewnego stopnia wpływ także na płat prawy.

Wreszcie zasługuje na uwagę zachowanie się prawego odruchu podeszwowego. Odruch ten występował przed operacją w postaci zgięcia palców a tylko podczas napadu spostrzegaliśmy odwrócenie stopy i odwiedzenie palców. Dopiero od czasu drugiej operacji objaw ten stale występował i dotąd utrzymuje się. Z tego powodu należałoby może i ten odruch uzależnić od płata czołowego a także ex post wnioskować, że napady chorej przed operacją były również pochodzenia czołowego, a nie w związku z uciskiem zwojów podstawy.

Na koniec dodam jeszcze kilka słów o stosunku guza do twardówki i kości. Widzieliśmy, że guz był silnie zrośnięty z oponą twardą, która wrastała wewnątrz lejkowatą ostrogą (rys. 1 A), od strony zaś wewnętrznej twardówka wrastała w kość, ponad guzem wszędzie niemal krucha, a szczególnie pogrubiała i przekrwioną w samym miejscu zrostu guza z twardówką. (Ryc. 2).



Ryc. 2.

Część kości usuniętej nad guzem, widziana od strony domózgowej (po stronie lewej). Od góry i z lewej strony, powierzchnie cięć, którymi oddzielono część kości do badania histologicznego.

A. przerosła, przekrwiona część kości w miejscu zrostu z twardówką, która odcina się zabarwieniem od obwodowej niezrośniętej i zewnętrznie mało zmienionej części kości (B).



Ryc. 3.

Skrawek poprzeczny kości z miejsca zrostu z twardówką, zabarwiony hematoksyliną-eozyną. Pow. 10-krotne. Fotografia.

X. Ogniska nowotworowe w kanałach Haversa od dołu widoczne czopy (jasne) guza wrastające w kość.

O. Szczelina będąca tworem sztucznym.

Histologicznie stwierdza się w kości rozrost komórek nowotworowych, idący drogą kanałów kostnych. (Ryc. 3). W niektórych miejscach utkanie beleczek jest zatarte lub same beleczki poprzerywane, a gdzieśkolwiek stwierdza się obrazy *osteitidis fibrosae* jako wyraz podrażnienia tkanki kostnej. Widzimy zatem, że z jednej strony rozrost guza miał cechy ekspansywne w istocie kostnej, z drugiej zaś strony obok zaniku doprowadził do objawów przerostowych z podrażnienia, nigdzie zresztą nie ujawniając w kości charakteru złośliwego.

Pod względem zachowania się kości wobec rozwoju śródbłonniaka, ciekawy jest następujący przypadek, skierowany do nas jeszcze 6. XII. 1922 z Kliniki chirurgicznej II.

*) Praca ma być wkrótce ogłoszona.

Chory O. P. lat 50, miał mieć od młodości mały guzek na szczycie głowy. Przed trzema miesiącami guzek ten zaczął się powiększać, a równocześnie wystąpiły niedowłady najpierw kończyny dolnej lewej, później prawej, wreszcie kończyny górnej lewej. Od 6 tygodni postępuje szybko pogorszenie, chory ma silne bóle i zawroty głowy, często traci przytomność. Stan neurologiczny w Klinice chirurgicznej wykazywał: Obustronną zastoinę nerwów wzrokowych, porażenie lewej kończyny górnej i obydwóch delynych, z niepokojem motorycznym w prawej kończynie górnej, śpiączka. Na czaszce w linii środkowej widoczny jest guz kostny wielkości i kształtu połowy orzecha włoskiego. Operacyjnie usunięto płat kostny wraz z rzekomym guzem, który był od wewnątrz zrośnięty z twardówką wąską szypułą. Poprzez twardówkę wyczuwano się w miejscu zrostu twardej opór. Na przekroju przez guz kostny, usunięty operacyjnie, nie można było dopatrywać się przy oglądaniu gołym okiem zmian nowotworowych. Histologicznego badania, niestety, nie wykonano. Przeniesiony po operacji na Klinikę neurologiczną, chory wkrótce zmarł. Na sekcji znaleziono u szczytu płata ciemieniowego, guz wielkości mandarynki, rozrastający się ku dołowi i zaciskający zupełnie prawą komorę. Górna powierzchnia guza w części przyśrodkowej była zrośnięta z silnie pogrubiałą twardówką i sierpem, tworzącym gruby klin skierowany wierzchołkiem ku dołowi. W miejscu tego zrostu nie można było oddzielić guza, zresztą na całej domózgowej powierzchni, guz z łatwością oddzielał się od mózgowia, które uległo silnemu wgnieceniu i wtórnym uciskowym zmianom, w niektórych miejscach przedstawiając niemal prawidłowy rysunek zawojów. Histologicznie ma guz utkanie śródbłoniaka.

Widzimy tu podobne ustosunkowanie się guza do opony twardej i kości, jak w przypadku poprzednim, z tem, że podrażnieniomu rozrost kości pozorował tutaj samoistny guz kostny. Stosunek śródbłoniaka do kości i twardówki, jaki widzimy w tych obu przypadkach, jest nader charakterystyczny i pozwala już przy zabiegu odbarczającym domniemywać się śródbłoniaka. Guz, pomimo, że histologicznie niema cech złośliwości, może przerastać twardówkę i kość per continuitatem, a jak widzieliśmy w poprzednim przypadku, rozrasta się wtedy drogą najmniejszego oporu, tj. przez kanały szpikowe. Praktycznie może to mieć znaczenie, powodując objawy bolesności i zgrubienia kości, i zmiany radiograficzne w sensie przewapnienia obok odwapnienia kości. Objawy te mogą więc być cennymi wskazówkami rozpoznawczymi w przypadkach o trudnej zresztą lokalizacji, z drugiej strony wskazują z góry z pewnym prawdopodobieństwem na to, że rozpoznawany guz jest śródbłoniakiem. Ponieważ zaś śródbłoniaki dają się najłatwiej wyłuszczyć i obrażenia mózgu są wtedy niewielkie, rozpoznanie takie ma też duże znaczenie w rokowaniu.

Piśmiennictwo.

- 1) Presse med. 1925, T. II, Str. 1201. — 2) Rev. Neur. T. II, 1927. Pos. grudniowe. — 3) Psych. Störungen bei Hirntumoren. Arch. f. Psych. Bd. 47. 1902. — 4) Troubles mentaux dans les tumeurs cerebrales. Paris, Donini, 1926. — 5) Funktion des Stirnhirns, Berlin, 1923. — 6) Rivista Oto-Neuro-Ophthalmologica, T. III, 1926. i Rev. Neur. T. II, 1927. — 7) Verh. d. Ges. deutscher Nervenärzte, 1926. — 8) Monatschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 59, 1925. — 9) Medizinische Klinik, 1922. — 10) D. Z. f. N. Bd. 76. — 11) Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych. 71. — 12) Arch. f. Psych. Bd. 75. — 13) Arch. f. Psych. Bd. 76. — 14) i 15) Cyt. według Baruka. — 16) Monatschr. f. Psych. u. Neurol. T. 38, 1915. — 17) Loc. cit. — 18) Cyt. według Baruka.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. L. GANGEL i Dr. N. MELLER.

Lwów.

Nasze doświadczenia z cibalginą „Ciba“.

Z Oddziału Wewnętrzny I. Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.
Prymariusz: Doc. Dr. W. Czerniecki.

Pierwszym objawem chorobowym, zmuszającym chorego do szukania porady lekarskiej jest ból. Jest to może celowa samobrona organizmu, zwracająca uwagę na narząd schorzały i zmuszająca go do oszczędzania. Chory jednak „owej wyższej racji stanu“ nie uznaje i żąda przedewszystkiem od lekarza usunięcia bólu. Ze stanowiska zaś lekarskiego nie ma przeciwwskazania do usunięcia czy ułagodzenia bólu, skoro dana jednostka chorobowa została rozpoznana i równocześnie z usuwaniem bólu przyczynowo leczona. Przeciwnie, szczytnym powołaniem lekarza jest nie tylko leczyć, ale i koić bole. Często przecież w przypadkach nieuleczalnych, kojenie jest jedynym zadaniem lekarza.

Trudniejszą zaś jest kwestja czem te bole koić. Niezawodnie wprowadzającym lekiem jest tu morfina i jej pochodne, ale nie można być nigdy dosyć ostrożnym w jej stosowaniu. Groźba bowiem przyzwyczajenia wisi zawsze nad chorym jak miecz Damoklesa i niepowetowane mu może wyrządzić szkody. Nawet w przypadkach beznadziejnych, z góry wedle obliczeń ludzkich na zagładę skazanych, następuje przyzwyczajenie do dawki, tak iż coraz większą trzeba stosować dawkę, by była skuteczną. Dlatego dążeniem nowoczesnego leczenia powinno być znaczne ograniczenie używania morfiny.

Nic więc dziwnego, że w przemyśle farmaceutycznym powstał cały legion środków przeciwbolowych o mniejszej lub większej skuteczności, o mniejszem lub większem działaniu ubocznem, szkodliwem dla ustroju. Wielka ilość środków przeciwbolowych jest najlepszym wyrazem ich niewystarczającej skuteczności.

Z pośród innych od szeregu lat czyniono też próby nad działaniem analgetykiem pochodnych kwasu barbiturowego. Zachęcało do tych prób zwłaszcza obwodowe działanie kwasu barbiturowego, a mianowicie jego własność zmniejszania pobudliwości łuku odruchowego, co stanowi wielkie plus w stosunku do morfiny, działającej porażająco na ośrodki czuciowe, a więc i na tak ważne ośrodki jak oddechowy i sercowo-naczyniowy.

Jedną z pochodnych kwasu barbiturowego jest kwas dwualleobarbiturowy t. zw. dial, środek prawie że nieszkodliwy, albowiem wedle spostrzeżeń kazuistycznych dawka trująca przekracza 25-krotną dawkę leczniczą 0.1 dialu, dawka zaś śmiertelna jest 70-krotnie większą od dawki trującej. Bezczenną zaś wprost zaletą dialu jest jego rozpuszczalność, co umożliwia parenteralne stosowanie. Ostatnim wytworem firmy „Ciba“ jest Cibalgina, t. j. połączenie 0.03 dialu (a więc zaledwie $\frac{1}{3}$ leczniczej dawki dialu) z 0.22 g piramidonu. Preparat ten przez dodatek estru kwasu karbaminowego i monoetylamocznika staje się rozpuszczalnym. Zaletą tego związku chemicznego jest jednak nie tylko rozpuszczalność ale i spotęgowane działanie lecznicze bezsprzecznie większe od oddzielnego sumarycznego działania obu wyżej wspomnianych leków.

W piśmiennictwie pojawiło się bardzo wiele pochlebnych wzmianek o cibalginie jak Wimmera, Schwarzbrotta, Flataua, Fröhlicha, Hirschfelda, Kerchnera, Huserla, a u nas Korczyńskiego, Zawodzińskiego i Gutentaga. Mimo to jednak wobec wielkiej ilości obecnie reklamowanych i często przereklamowanych środków leczniczych postanowiliśmy skuteczność cibalginy wypróbować.

Próba, że tak powiemy, ogniową miało być przekonanie się, czy w okresie stosowania cibalginy oddział o tak obfitym materiale jak wewnętrzny I. Szpitala Powszechnego we Lwowie, potrafi obejść się bez morfiny. Z góry musimy zaznaczyć, że próba ta wypadła dodatnio. Przez 4 tygodnie nie okazała się na wyżej wspomnianym oddziale potrzeba stosowania morfiny.

Cibalginę zastoscawaliśmy ogółem w kilkudziesięciu przypadkach, przyczem a priori dobieraliśmy dla stosowania teje przypadki ciężkie, przy których zwykle nie możemy się obejść bez morfiny. Przypadki te dałyby się podzielić na 5 grup:

a) Przypadki nowotworów złośliwych, połączonych z bólami, dla których morfina jest nieodstępną towarzyszką aż do grobu.
b) Przypadki ostrego gościca stawowego, w których z początkiem przynajmniej skuteczne leczenie nie wystarcza do uspokojenia silnych bólów.

c) Przypadki ciężkich niewyrównanych wad serca oraz przypadki daleko posuniętej gruźlicy, w których ciężki stan ogólny, duszność i bezsenność są wskazaniem do zastosowania jakiegoś środka nasennego.

d) Przypadki napadów kamicy żółciowej i nerkowej.

e) Wreszcie przypadki silnych bólów głowy, zębów i t. d.

We wszystkich wymienionych wyżej przypadkach działanie cibalginy okazało się zupełnie zadowalniającem. W nieznacznej tylko ilości przypadków okazała się różnica pomiędzy stosowaniem doustnem i podskórnem, a mianowicie dobre działanie zastrzyku, podczas gdy podawanie doustne okazało się bezskutecznem. Ale i to tyczyło głównie przypadków złośliwych nowotworów żółćki, w których wchłanianie leku podanego doustnie było utrudnione lub prawie niemożliwe. W przypadkach, w których nie było powodu do przyjęcia utrudnionego wchłaniania w przewodzie pokarmowym, podawanie doustne było również skuteczne jak i zastrzyki z tą tylko różnicą, że działanie po zastrzyku występowało szybciej (5 do 10 minut), podczas gdy na skutek doustnie podanej cibalginy trzeba było czekać 15 do 20 minut. Działanie jednej dawki trwało w lżejszych przypadkach jedną noc, w cięższych 8 godzin a w najcięższych 4 do 5 godzin.

Dla scharakteryzowania działania cibalginy przytaczamy następujące przypadki:

1) Chory P. *Neoplasma malignum glandularum retroperitonealium inoperabile. Status post laparotomiam explorativam. Cœchia et anaemia majoris gradus.* W tak ciężkim stanie chorobowym wystarczyło zastrzyknąć pacjentowi wieczorem jedną ampułkę cibalginy, by mu ulżyć na okres 6-ciogodzinny. Po 6-ciu godzinach pacjent zażywał jeden kołaczyk cibalginy i czuł się dobrze do następnego dnia.

2) Chory M. S. *Ulcus ventriculî in carcinoma vertens.* Chory ten otrzymał od lekarza swego domowego morfinę i przybył na nasz oddział z objawami nawyknienia do niej. Ponieważ pacjenta chcieliśmy przygotować do operacji, zatrzymaliśmy go na naszym oddziale w celu przeprowadzenia niezbędnych badań. Przez ten okres jednotygodniowy podawaliśmy mu cibalginę i osiągnęliśmy zupełne odwyknienie od morfiny, którą chory zażywał przez szereg tygodni. U tego chorego cibalgina podawana doustnie okazała się za słabą, natomiast wstrzyknięta dała dowód, że można nią zastąpić morfinę.

3) Chory B. *Endocarditis lenta.* Chory, który przyszedł na nasz oddział po kilku bezsennych nocach z silnymi bólami głowy, podał, że spał całą noc i że ustały bole głowy po zażyciu jednego kołaczyka cibalginy.

4) Chory M. *Neoplasma pulmonis dextri malignum.* Chory zgłosił się na nasz oddział z całym plikiem recept najrozmaitszych analgetycznych środków, które mu jednak nie pomagały. Przy pomocy zastrzyków cibalginy osiągnęliśmy taką poprawę stanu chorego, że mogliśmy rozpocząć u niego leczenie energią promieniotwórczą.

5) Chory Sch. *Nephrolithiasis.* Chory wezwał wieczorem lekarza dyżurnego, który stwierdził u niego kolkę nerkową (bole bardzo intensywne, promieniujące do dolnej kończyny, krwiomocz). W 10 minut po zastrzyku śródmięśniowym cibalginy osiągnął lekarz dyżurny nie tylko zupełne uciśnienie się bólu, lecz i sen.

6) Chory Ź. *Polyarthritus rheumatica acuta.* Objawy bólów stawowych u tego chorego były bardzo uporczywe, tak, że nie cęfały się nawet na skutek specyficznego leczenia (preparaty salicylowe, proteinothierapia, atophan, trypaflawina). Po zastrzyku cibalginy chory czuł się subiektywnie o wiele lepiej, tak, iż domagał się tych zastrzyków.

7) Chory R. F. *Status post resectionem radices dentis.* Stany te pooperacyjne są bardzo bolesne i lekarze specjaliści z góry uprzedzają o tem chorych. Nasz pacjent jednak po operacji zażył dwa kołaczyki cibalginy i czuł się wyśmienicie, nie wystąpiły bowiem u niego wogóle żadne bole.

Z naszych doświadczeń z cibalginą wynika, że jest ona dobrym środkiem analgetycznym w mniejszych dawkach, w większych zaś służy jako zupełnie bezpieczny środek nasenny. Temsamem staje się ona poważnym konkurentem morfiny i jej pochodnych, w naszym arsenale leczniczym może zająć zasłużone miejsce, tembardziej, że nie mogliśmy stwierdzić jakiegos nieprzyjemnego ubocznego działania jej nawet u wagotomików, jak na to zwraca uwagę Korczyński.

Z HISTORJI MEDYCyny.

W. NOWICKI.

Lwów.

Z dziejów Lwowskiego Tygodnika lekarskiego i jego następcy, organów Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Z powodu 50-lecia tegoż Towarzystwa.

Inicjatywa i pierwsze czynności, zdążające do założenia Lwowskiego Tygodnika lekarskiego, wyszły z Iona Wydziału lekarskiego Uniwersytetu lwowskiego, a były one wyrazem odczucia ze strony młodego Wydziału potrzeby stworzenia ośrodka, któryby z jednej strony skupiał młodych pracowników, z drugiej strony był dla nich bodźcem do pracy naukowej i piśmiennej.

Na posiedzeniu Wydziału dnia 25 października 1904 na wniosek prof. Macheka uchwalono rozpocząć starania o założenie we Lwowie pisma lekarskiego. W tym celu wybrano początkowo Komitet, złożony z profesorów Becka, Gluźnińskiego, Macheka, Raczyńskiego i Sieradzkiego, a w miesiąc później odbyło się posiedzenie inicjatorów, na którym, jako założyciele pisma, podpisali deklarację członkowie Komitetu, pierwotnie wybranego, oraz prof. Mars, równocześnie określono

wysokość udziału założyciela na 100 Kor., i uchwalono, że założyciele pisma są jego właścicielami. Prof. Machek napisał i przedłożył treść aktu fundacyjnego, a przytem przedstawił sposób przeprowadzenia dalszej akcji. Nowe lwowskie pismo lekarskie mają ufundować i uruchomić lekarze założyciele, których liczbę należałoby powiększyć. Materjalne oparcie winno mieć pismo u ogółu lekarzy miejscowych i od członków Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. Jeżeli się okaże po pewnym czasie, że pismo ma warunki bytu, mieli je właściciele-założyciele oddać na własność Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. Wszystkie zarządzenia, układy, statuty były tylko przejściowe i dążyły do przeprowadzenia celu wytkniętego.

Dnia 8 stycznia 1905 do Komitetu ściślejszego wybrano profesorów Becka, Macheka i Gluźnińskiego. Ten Komitet ściślejszy przedewszystkiem uchwalił, że pismo zakłada nie Wydział lekarski, ani też profesorowie, lecz lekarze lwowscy i, że grono założycieli ma rozpocząć swe czynności dopiero wtedy, gdy lekarze lwowscy będą tworzyli większość w gronie założycieli pisma. Tymczasem ułożono (prof. Machek) wstępny regulamin, dotyczący praw, obowiązków założycieli Lwowskiego Tygodnika lekarskiego, bo taki tytuł uchwalono dla nowego pisma, aczkolwiek odzywały się głosy, aby tytuł opiewał krótko „Tygodnik lekarski“.

Regulamin składał się z siedmiu artykułów:

1. Założyciele są właścicielami pisma — dopokąd nie uchwalą inaczej.

2. Nazwiska założycieli będą drukowane na okładce pisma i to w formie: „wychodzi staraniem... NN...“ w porządku alfabetycznym.

3. Założyciele złożą w ciągu roku 1905 udział w kwocie po 100 Kor. na fundusz zakładowy. Jestto datek jednorazowy.

4. Założyciele mają obowiązek prenumerowania pisma.

5. Wybierają oni: 1) Redaktora, 2) Administratora, 3) Komisję rewizyjną, 4) Radę Zawiadowczą.

6. Na Zgromadzeniu założycieli uchwały zapadają większością głosów.

7. Gdyby do r. 1910 dochody pisma pokrywały rozechody, mogą założyciele wycofać udziały. W każdym przypadku jednak grono założycieli może odmówić temu żądaniu.

Następnie ułożono deklarację dla udziałowców.

Pierwsze udziały złożyli: Beck, Gluźniński A., Jaworski, Kadyi, Łukasiewicz, Machek, Mars, Prus, Papée, Raczyński, Rydygier, Sieradzki, Świtalski, Wiczkowski, Weksler, Wehr, G. Ziembicki.

Inicjatorów reprezentowali profesorowie Beck, Gluźniński, Machek, Raczyński i Sieradzki i oni też mieli zwołać pierwsze posiedzenie założycieli. Rozpoczęto też zbierać udziały osobiście i przez rozesłanie pism odpowiednich.

Dnia 6 lipca 1905 odbyło się pierwsze Walne Zgromadzenie założycieli, w którym wzięli udział Koledzy Beck, Bocheński, Bylicki, Burzyński, Barącz, Gluźniński A., Halban, Jaworski, Kadyi, Kościński, Lilien, Łukasiewicz, Machek, Mars, Obtułowicz, Papée, Raczyński, Rencki, Ruff, Rydygier, Sieradzki, Solecki, Słowij, Stankiewicz i Weksler. Przewodniczącym zebrania wybrano dra Wekslera, ówczesnego prezesa Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego.

Prof. Machek złożył sprawozdanie z dotychczasowych czynności, podnosząc, że pismo ma być pismem wszystkich lekarzy, że, według obliczeń przybliżonych, wydawnictwo ma kosztować rocznie około 10.000 Kor. Materiał naukowy zapewnia Wydział lekarski. Co do organizacji, należy uchwalić: 1) Instrukcję dla Rady Zawiadowczej, 2) Instrukcję dla redakcji i administracji. Podstawą prawną jest akt fundacyjny, który każdy z założycieli zna i podpisał.

Po krótkiej dyskusji przyjęto jednomyślnie regulaminy przedstawione. Redaktorami pisma wybrano prof. Becka i Sieradzkiego, przewodniczącym Rady Zawiadowczej prof. Macheka, do Rady, jako członkowie, weszli Koledzy Bylicki, Obtułowicz, Szpilman, Tatarczuch i Trzcieniecki. Do Komisji redakcyjnej wybrano Kolegów Hermana, Marsa, Raczyńskiego i Renckiego. Następnie, na wniosek prof. Rydygiera ograniczono liczbę założycieli do 72 i wreszcie na wniosek prof. Marsa wyrażono prof. Machekowi gorące uznanie za dotychczasową pracę i zasługi, położone dla wydawnictwa „Lwowskiego Tygodnika lekarskiego“.

Ze względu na miejsce ograniczone nie przytaczam w rozciągłości uchwalonych instrukcji. Wspomnę tylko, że Rada Zawiadowcza, według instrukcji, ma zwoływać Walne Zgromadzenie założycieli, ma przedstawiać stan funduszy, przeprowadzać kon-

tróle ksiąg, a spełnia te obowiązki bezpłatnie. Instrukcja dla redaktorów nakłada na nich obowiązek starania się o materiał do pisma, czytania i poprawiania rękopisów, zwoływania Komisji redakcyjnej w miarę potrzeby i t. Redaktorowie pełnią obowiązki zasadniczo bezpłatnie, mogą jednak otrzymywać wynagrodzenie na podstawie uchwały Walnego Zgromadzenia założycieli. Instrukcja dla administratora powiada, że wybiera go Komisja redakcyjna, pobiera on 600 Kor. rocznego wynagrodzenia. Ma on kierować stroną techniczną pisma (druk, introligatornia), jego ekspedycja, prowadzi księgi kasowe, wykonuje dwie pierwsze korekty, o ile nie są one zastrzeżone dla autorów, opracowuje na końcu roku spis rzeczy pisma i bierze udział z głosem doradczym w posiedzeniach Komisji redakcyjnej.

Komisja redakcyjna na podstawie prawa kooptacji rozszerzyła swe grono przez dobrane Kolegów I. Fajersztajna (Krzemickiego), W. Opolskiego, S. Eljasz-Radzikowski i J. Świątkiewicza. Kol. Herman objął kierownictwo działu referatowego, Kol. Eljasz-Radzikowski administrację pisma.

Wkrótce rozszerzone grono założycieli-wydawców wzrosło do liczby 69, a należeli do niego Koledzy: Barącz, Beck, Bednarski, Blauer (Komarno), Bocheński, Bohosiewicz, Brejter, Burzyński, Bylicki, Ciechański (Przemysł), A. Czyżewicz jun., Ehrlich (Przemysł), Fehert (Jarosław), I. Fajersztajn, Gabryszewski, Gerżabek (Husiatyn), A. Gluziński, Halban, Herman, Jakliński (Komarno), Jaworski, Kadyt, Kościński, Kowenicki (Brzeżany), Kozłowski (Drohobycz), Krasowski (Stanisławów), Krzyszkowski, Krzyżanowski (Buczacz), Kwiatkiewicz, Legeżyński, Leńko, Leszczyński, Lilien, Łukasiewicz, Marischler, Mars, Muskiet (Żółkiew), Obtulowicz, Olpiński (Trembowla), Opolski, Papée, Pelczar (Drohobycz), Popielski, Prus, Raczynski, Eljasz-Radzikowski, Rencki, Ruff, L. Rydygier, Serbeński, Schramm, Sielski, Sieradzki, Skałkowski, Solecki, Sołowi, Starzewski, Sołtysik (Stry), Stroynowski, J. Świątkiewicz, J. Świątkowski, Świtalski, Szpilman, Szydłowski, Szymonowicz, Tatarczuch, Toepfer (Wiedeń), Trzeciecki, Waigiel, Weksler, Wiczkowski, G. Ziembicki, Zion. — Później jeszcze doszli:

Balicki, Bałaban, Biernacki, Bickeles, Blumenfeld, Czernecki, Dmochowski, Franke, L. Gluziński, O. Litwinowicz, Nowicki, Orzechowski, Pisek, M. Reichenstein, Reis, Sabat, Sabatowski, Zakrejs, W. Ziembicki — a więc 22, czyli razem 91 założycieli. Z tych dziś nie żyje już 38.

Nowe pismo miało więc być tygodnikiem, objętość przeciętna numeru miała obejmować dwa arkusze druku garmondem na interlinji i borgisem, w formie wielkiej 4^o. Barwa okładki czerwona o odcieniu okładki tygodnika monachijskiego. Tygodnik miał wychodzić co czwartek a opłatę oznaczono na 16 Kor., 6 Rs., 14 Mk., 4 dol. rocznie. Redakcja mieściła się w lewym budynku medycyny teoretycznej przy ul. Piekarskiej.

Pierwszy numer „Lwowskiego Tygodnika lekarskiego“ ukazał się z datą 4 stycznia 1906. Treść jego obejmowała: Od Redakcji. — L. Rydygier: O leczeniu przerostu gruczolu krokowego. — J. Raczynski: Leczenie płonicy wielowartościową surowicą przeciwpłoniczą Mosera. — M. Franke: Sposoby wczesnego rozpoznawania gruźlicy (Referat zbiorowy). — Przegląd piśmiennictwa. — Nekrologia (Dr. Juliusz Zaremba Zajaczkowski). — Wiadomości bieżące. — Bibliografia. — Ogłoszenia.

W wstępnym artykule „Od Redakcji“ czytamy: „ukazanie się nowego czasopisma lekarskiego jest zjawiskiem niecodziennym i wymaga pewnego uzasadnienia wobec szerszego ogółu lekarzy. Terazniejsza bowiem polska prasa lekarska czyni wogóle zadość w obecnych naszych stosunkach wymaganiom społeczności lekarskiej i spełnia wzorowo swoje zadanie, mimo, że warunki jej istnienia i rozwoju są trudne, jak trudną jest w obecnej chwili praca naukowa polska — wskutek naszego położenia naukowego, politycznego i ekonomicznego.

Jeżeli pomimo to grono najpoważniejszych lekarzy lwowskich postanowiło założyć i wydawać we Lwowie nowe tygodnikowe czasopismo lekarskie, to uczyniło to po długim i głębokim namyśle, w tem przeświadczeniu, że nie tylko podejmie się dzieła istotnie pożytecznego, ale nawet spełnia prawdziwy obywatelski obowiązek“. W dalszym ciągu Redakcja pisze, że „prawie ogólny głos szerokiej kół lekarskich domagał się już od dłuższego czasu stworzenia tego nowego ogniska i łącznika naukowego“. Co do

zamierzeń Redakcji dalej czytamy: „Szczegółowego programu nieprzedkłada, zaznacza tylko, że starać się będzie utrzymywać to nowe pismo na wyżynie współczesnego postępu nauki lekarskiej, a zarazem pragnie mu nadać kierunek, uwzględniający przede wszystkim potrzeby lekarza praktyka, który z małym nakładem czasu żąda dokładnych informacji o wszystkich najnowszych zdobyczach umiejętności lekarskich“.

Pojawienie się pierwszego numeru Tygodnika przyjęto z prawdziwą radością i uczuciem stworzenia ogniska pożytecznego i bodźca do pracy, szczególnie dla Kolegów młodszych, których szereg poczęły rokrocznie się zwiększać i zapewniać oddziały szpitalne, kliniki i pracownie naukowe — przecież nie tak dawno, bo zaledwie z górą lat 10, jak istniał Wydział lekarski przy Wszechnicy lwowskiej.

Rozumieli też starsi znaczenie tej nowej placówki dla kolegów młodszych i nie omylili się. Istotnie — pojawienie się pisma nowego było dzielnym bodźcem i skutecznym do rozbudzenia miejscowego życia i ruchu naukowego. Najlepszym dowodem — to protokoły posiedzeń Towarzystwa lekarskiego, liczne pokazy i wykłady, ożywiona dyskusja. Nie odbierając zasługi prezesom i sekretarzom Towarzystwa, jej lwia część jednak należy położyć na karb pisma nowego, które pomieszcza regularnie protokoły posiedzenia o nich i zawiadomienia.

Pismo pojawia się regularnie, co każdy czwartek; pierwsza, a niestety w naszych stosunkach wydawniczych tak zwykła przeszkoda, to bezrobocie drukarskie, o którym zawiadamia redakcja w Nr. 12, wyjaśniając opóźnienie w wydawnictwie. W czerwcu tegoż roku dr. Eljasz-Radzikowski składa kierownictwo administracji, a na podstawie uchwały Rady Zawiadowczej obejmuje je dr. Marek Reichenstein i prowadzi je sprężysto i z pożytkiem dla wydawnictwa aż do wybuchu wielkiej wojny światowej t. j. do sierpnia 1914 roku.

Tymczasem Rada Zawiadowcza Tygodnika odbywa częste posiedzenia, na których omawia szereg spraw, związanych z pismem i jego przyszłością. Odkąd bowiem wychodził Tygodnik, każdy członek Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbierał lwowskie pismo a oprócz tego także organ Tow. lek. lwowskiego, którym był Przegląd lekarski, a to na podstawie umowy z r. 1880, przeprowadzonej przez Biesiadeckiego. A więc lwowscy lekarze opłacali dwa pisma, Tygodnik i Przegląd, co wielu kolegów uważało za jednostronne obciążenie Lwowa.

Dlatego to na posiedzeniu dnia 5 czerwca 1906 roku poruszono sprawę porozumienia z Krakowskim Towarzystwem lekarskim i Redakcją Przeglądu lekarskiego co do uznania Tygodnika lekarskiego, za organ Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego. Po dyskusji, na ten temat przeprowadzonej, prof. Machek stawia wniosek, aby delegaci Lw. Towarzystwa lekarskiego na posiedzeniu Rady Zawiadowczej Tow. lekarzy galicyjskich poparli wniosek o uznanie Lwowskiego Tygodnika lekarskiego za organ Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego. Wnioskodawca podniósł wówczas, że protomedyk dr. Merunowicz i redaktor Przeglądu lekarskiego dr. Kwaśniewski godzą się ostatecznie na to po przeprowadzeniu rozmów wstępnych. Na tem też posiedzeniu dr. Eljasz-Radzikowski złożył administrację pisma.

Na jednym z dalszych posiedzeń dnia 15 października 1906 przyjęto do wiadomości pismo Rady Zawiadowczej Tow. lekarzy galicyjskich, zawierające umowę co do organu Towarzystwa lekarskiego. Upoważniono też redakcję do przekroczenia pierwotnie określonej objętości rocznej Tygodnika, wreszcie przyjęto do wiadomości pismo redaktora prof. Becka, zawiadamiające Radę Zawiadowczą Tygodnika o złożeniu godności redaktora w październiku r. b. oraz wyrażono ustępującemu redaktorowi gorące słowa podziękowania.

Dnia 23 marca 1907 odbyło się Walne Zgromadzenie członków założycieli, na którym przyjęto do wiadomości uchwałę Rady Zawiadowczej Tow. lekarzy galicyjskich, dotyczącą uznania Lwowskiego Tygodnika lekarskiego za organ Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. Na temże posiedzeniu podniesiono liczbę założycieli do 100, przyjęto zmianę instrukcji dla Redakcji oraz zatwierdzono sprawy budżetowe. Co do ostatnich, należy zauważyć, gdy się przegląda protokoły posiedzeń Rady zawiadowczej, tę stałą troskę o utrzymanie równowagi budżetowej wydawnictwa, dzięki też tej trosce zestawienia wykazują żywotność pisma i utrwalanie się podstaw dla jego istnienia dalszego.

Myśl zrobienia Tygodnika organem Lw. Tow. lekarskiego dojrzała powoli a urzeczywistnienie jej musiało się łączyć z przeprowadzeniem szeregu rozmów z Tow. lekarzy galicyjskich, Krakowskim Tow. lekarskim i Przeglądem lekarskim, który od r. 1880, a więc niemal od lat 26, był ich organem. Na nadzwyczajnym

posiedzeniu administracyjnym Lwowskiego Tow. lekarskiego, dnia 26 czerwca 1906, ówczesny, a dziś już nieżyjący, prezes dr. Teofil Stachiewicz imieniem Zarządu postawił wniosek: „Organem Lwowskiego Tow. lekarskiego jest Lwowski Tygodnik Lekarski“. Po ożywionej dyskusji, w której zabierali głos Machek, Kadyi, Obtulowicz, Mikołajski, Merunowicz, Szulisławski, Kościński i sam wnioskodawca, uchwalono wniosek Zarządu, kilku Kolegów wstrzymało się od głosowania. W następstwie tej uchwały w trzy dni później, t. j. 29 czerwca, odbyło się posiedzenie Rady Zawiadowczej Tow. lekarzy galicyjskich, na którym rozpatrywano sprawę tę samą. W obradach brali udział także zaproszeni prof. Ciechanowski z Krakowa i prof. Machek. Ze względu na uchwałę Lwowskiego Tow. lekarskiego zastanawiano się nad sposobem, w jaki można by zadość uczynić uchwale tegoż Towarzystwa, jako sekcji Tow. lekarzy galicyjskich. Prof. Machek mając na uwadze zapobieżenie jakiegokolwiek szkodzie, która mogła wyniknąć dla „Przeglądu lekarskiego“, dotychczasowego organu, postawił wniosek przeprowadzenia ugody między Tow. lekarzy galicyjskich a Krakowskim Tow. lekarskim, przyczem należałoby wziąć pod uwagę, że Lwowski Tygodnik lekarski ma być organem Lwowskiego Tow. lekarskiego, i to począwszy już od 1 stycznia 1907. Uchwalono też przedstawić Walnemu Zgromadzeniu delegatów Tow. lek. galicyjskich wniosek następujący: „Wzywa się Radę Zawiadowczą Towarzystwa, aby rozpoczęła rokowania z Krakowskim Tow. lekarskim w tym kierunku, by Lwowski Tygodnik lekarski stał się organem Lwowskiego Tow. lekarskiego w myśl uchwały tego Towarzystwa, powziętej na Walnym Zgromadzeniu dnia 26 czerwca 1906, bez naruszenia innych postanowień ugody z roku 1880, zawartej między oboma Towarzystwami, i by te rokowania najdalej do 15 października b. r. były ukończone“.

Walne Zgromadzenie Tow. lekarzy galicyjskich odbyło się dnia 30 czerwca tegoż roku pod przewodnictwem prezesa dra Merunowicza. Z ramienia Lwowskiego Tow. lekarskiego wzięli w niem udział, jako delegaci, koledzy Bednarski, Herman, Jasiński, Krzyżkowski, Kucera, Machek, Mikołajski, Moszkowicz, Rencki i Waigiel, z ramienia Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego prof. Ciechanowski i dr. Droba. W sprawie organu zabrał głos dr. Merunowicz: W r. 1880 Walne Zgromadzenie Tow. lek. galicyjskich postanowiło przeprowadzić taką zmianę statutu, która umożliwiła połączenie się z Tow. lek. Krakowskim, i odtąd w dwy i sieroty Tow. lek. Krakowskiego za pewną opłatą korzystają z funduszu pensyjnego Tow. lek. galicyjskich, zaś Przegląd Lekarski za opłatą 13 kor. od członka stał się organem Towarzystwa. Stosunek ten istnieje lat 25. Od lat 10 odzywały się głosy, aby umowę tę zerwać, w szczególności, aby znieść stosunek do Przeglądu lekarskiego, Rada Zawiadowcza jednak stała trwale na stanowisku ugody z r. 1880 i popierała Przegląd lekarski.

Wobec różnorodnych potrzeb lekarzy, innych lekarzy klinicznych, naukowo pracujących, innych lekarzy praktyków, innych lekarzy rządowych, szpitalnych i t. d., nic dziwnego, że jedno pismo wszystkim niemoże zadość uczynić. Zresztą nie było innego organu lekarskiego w kraju. Obecnie grono kolegów wydaje „Tygodnik Lekarski“; nie wchodząc w krytykę tego pisma, tak niedawno istniejącego, przyznać należy, że powstanie nowego pisma jest dla ruchu naukowego pożądane i może wpłynąć dodatnio na obudzenie żywszego ruchu literackiego. Niezmiernie do tego celu wniosek dr. Tatarczucha, żądający zniesienia wogóle organu Towarzystwa i dlatego Rada Zawiadowcza najmocniej przeciw niemu przemawia. Pierwszym celem naszym jest cel naukowy, a gdyby przymus prenumeraty pisma ustał, byłoby to zabicim naszej literatury lekarskiej. Również i wniosek sekcji wadowickiej, aby oba te pisma o zmniejszonej objętości zamienić na dwutygodniki i aby naprzemian wychodziły, i oba były organami Towarzystwa, nieprzemawia Radzie Zawiadowczej do przekonania. Najbardziej odpowiada uchwała Tow. lek. lwowskiego, która niepodkopuje bytu Przeglądu, a, dając pomoc Tygodnikowi, ożywia ruch naukowy. Dlatego Rada Zawiadowcza przedkłada Walnemu Zgromadzeniu następujący wniosek..... treść jego została już wyżej podana.

W dyskusji nad wnioskiem przemawiali koledzy: Seńkowski, Czyżewicz, Obtulowicz, Machek, Jabłoński, Ciechanowski, Stachiewicz i Mars, poczem wniosek przyjęto.

Tak więc Lwowski Tygodnik lekarski stał się już prawnie organem Lw. Tow. lekarskiego od 1 stycznia 1907. Miały się tylko odbyć rokowania z Krakowskim Tow. lekarskim, w sprawie stosunku Przeglądu lekarskiego do Tow. lwowskiego. Na posiedzeniu Krak. Tow. lekarskiego dnia 7 listopada 1906 prof. Ciechanow-

ski przedstawił uchwałę Walnego Zgromadzenia delegatów, Tow. lekarzy galicyjskich i zdał sprawozdanie z konferencji z delegatami Tow. lekarzy galicyjskich, jaka odbyła się tegoż roku w październiku w Krakowie. W końcu przedstawił najważniejsze postanowienia umowy wzajemnej, ujęte w 4 punkty, mianowicie: 1. Członkowie Tow. lek. lwowskiego, czyli sekcji lwowskiej Tow. lek. galicyjskich, otrzymywać będą od 1 stycznia 1907 swój specjalny organ (wychodzący we Lwowie Tygodnik lekarski), zamiast wspólnego organu Tow. lek. galicyjskich i Tow. lekarskiego Krakowskiego (wychodzącego w Krakowie Przeglądu lekarskiego) na tych samych warunkach, jak dotychczas otrzymywali organ wspólny. 2. Na Walnym Zgromadzeniu delegatów Tow. lek. galicyjskich jest działanie delegatów Tow. lek. Krakowskiego w sprawach organu Tow. lek. lwowskiego tak samo wyłączone, jak działanie delegatów Tow. lek. lwowskiego w sprawie wspólnego organu Towarzystwa lek. gal. i Krakowskiego. 3. Wspólny organ Towarzystw lek. gal. i krakowskiego nie jest obowiązany ogłaszać urzędowych protokołów Tow. lek. lwowskiego, a Towarzystwo to niema obowiązku przysyłać prac, odczytanych na swych posiedzeniach, redakcji tego wspólnego organu, jeżeli posiada osobny organ własny. 4. Umowa ta zawartą zostaje na dniu 15 listopada 1906, poczem w ustawach Tow. lekarzy galicyjskich i Krakowskiego poczynione będą według powyższych punktów odpowiednie zmiany. — Wreszcie przyznaje „Przegląd Lekarski“ członkom Tow. lek. lwowskiego, a „Tygodnik“ członkom Tow. lek. Krakowskiego, na próbę aż do końca czerwca 1907, takie ułatwienia, z jakich dotychczas korzystało całe Tow. lekarzy galicyjskich.

Po dyskusji, w której zabrał głos dr. Surzycki i Bogdanik, przyjęto wszystkimi głosami przeciw 4 umowę, przedstawioną przez Kemitet, bez żadnych zmian.

Wobec powyższej uchwały Rada Zawiadowcza Tow. lek. galicyjskich uchwaliła na posiedzeniu dnia 17 listopada 1906 przyznać Tow. lek. lwowskiemu prawo do własnego organu, zawrzeć nową umowę z Przeglądem lekarskim i zmienić odpowiednio odnośne postanowienia statutu, względnie przedłożyć je do uchwalenia Walnemu Zgromadzeniu.

Umowę wyżej przytoczoną Zarząd Tow. lek. lwowskiego przyjął do wiadomości na posiedzeniu dnia 14 grudnia 1906 a podpisał ją prezes dr. Stachiewicz i sekretarz stały dr. Kucera, zcapatrując klauzulę przyjęcia pieczęcią Towarzystwa.

Pismo, zawierające umowę a wystosowane do założycieli, miało tytuł: Do Szanownych Kolegów-Założycieli Lwowskiego Tygodnika lekarskiego.

Tak się przedstawiała sprawa uznania Tygodnika lekarskiego za organ Tow. lek. lwowskiego.

C. d. n.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Natryski szkolne.

Okólnik Ministerstwa wyznań religijnych i oświecenia publ.

Wdrażanie dziatwy i młodzieży szkolnej do utrzymywania ciała w czystości uważać należy za zasadniczą podstawę wychowania wogóle, a wychowania fizycznego w szczególności.

Mając to na względzie, Ministerstwo niejednokrotnie przypominało nauczycielstwu o konieczności czuwania nad tą stroną wychowawczą.

Za najskuteczniejszy jednak środek powszechnie uznano wdrożenie dziatwy do tych zabiegów w samej szkole, włączenie kąpiel szkolnych do programu szkolnego.

W tym celu już w ministerjalnych projektach budynków szkolnych dla szkół powszechnych w szkołach o wyższym typie organizacyjnym uwzględnione zostały pomieszczenia na urządzenie natrysków szkolnych jako najtańszej formy kąpeli. Niestety, względy oszczędnościowe spowodowały, że, gdy chodzi o szkoły powszechne, samorządy wybierały projekty raczej o programie minimalnym i tak ważne pomieszczenia w wielu razach pomijano.

Pragnąc położyć jak najmocniejszy nacisk na tę tak doniosłą sprawę wychowawczą, zarządzam, co następuje:

1) W sprawie pomieszczeń natryskowych:

a) przy opiniowaniu projektów świeżo wnoszonych budynków szkolnych tak państwowych, jak samorządowych i prywatnych, zwrócić dla większej liczby dziatwy i młodzieży szkolnej, władze szkolne powinny kierować się rozporządzeniem Ministerstwa z dnia 29 lutego 1925 r. (Dz. Urzęd. Ministerstwa z r. 1925 Nr. 9, poz. 87) i czuwać nad tem, by w przekładanych do zatwier-

dzenia planów budynków szkolnych o wyższym typie organizacyjnym, w razie niemożności doraźnej budowy natrysków szkolnych była przewidziana możliwość dobudowy ich lub budowy w przyszłości w oddzielnym budynku. W planach sytuacyjnych należy przeto przewidywać miejsce na cel powyższy;

b) w dawniej wzniesionych budynkach szkolnych, przeznaczonych dla większej liczby dzieci i pozbawionych urządzeń natryskowych, gdzie tylko to jest możliwe, dążyć należy do wykorzystania, czy to wysokich izb w podziemi lub w przyziemiu, czy też pomieszczeń sąsiadujących np. z salą gimnastyczną lub stojących oddzielnie, na urządzenie w nich natrysków. Przestrzegać przytem należy, ażeby rozbieralnia, ze względu na łatwość nasycania się parą odzieży uczniów i możliwość ich przeziębienia, była starannie odosobniona od pomieszczenia kąpielowego. Za wzór takich kąpielisk szkolnych w oddzielnych specjalnie na ten cel przerobionych budynkach służyć mogą urządzenia natryskowe szkolne przy gimnazjach państwowych w Płocku i w Chełmie;

c) po wsiach, gdzie większość szkół jest niżej zorganizowanych i urządzeń natryskowych w swych pomieszczeniach nie posiada, pp. inspektorowie szkolni i kierownicy szkół winni zachęcać zarządy gmin do budowy łaźni miejskich i wdrażać dzieci do wykorzystywania tych urządzeń;

d) w szkołach państwowych koszty urządzeń natrysków, przerwówek pomieszczeń i instalacji do powyższego celu, dalej eksploatacji kąpielisk pokrywać można częściowo z dobrowoliwych opłat rodziców i opiekunów. Mniej zamożnym szkołom Ministerstwo w poszczególnych przypadkach będzie starało się, w miarę możliwości, przyjąć z pomocą finansową.

2) W sprawie sposobu wykorzystywania natrysków szkolnych.

a) korzystanie z natrysków szkolnych tam, gdzie one istnieją, wcielić należy do obowiązkowych zajęć szkolnych, wyznaczając na to dla każdej klasy specjalne godziny przynajmniej raz na miesiąc, a jeśli się uda, i częściej, przytem, o ile można, nie w ostatnich godzinach szkolnych, lecz tak, by uczniowie mogli przez jakiś czas po kąpiel przebywać w szkole;

b) jeśli szkoła nie posiada własnych urządzeń natryskowych, winna wykorzystać urządzenia te w szkole sąsiedniej, gdzie takie urządzenia istnieją, oczywiście po porozumieniu się z dyrekcją szkoły, albo też w publicznym budynku kąpielowym, przytem bacznie należy, by dziatwa, zwłaszcza młodsza, dostatecznie po kąpiel wypoczywała i nie wychodziła na powietrze zbyt rozgrzana;

c) podczas kąpeli klasowych nad uczniami czuwają wychowawcy odpowiednich klas, a w szkołach powszechnych nad młodszą dziatwą higienistki szkolne tam, gdzie są one czynne;

d) zwalniać z natrysków szkolnych może tylko władza szkolna (kierownik szkoły, wychowawcy) w porozumieniu z opieką higieniczno-lekarską.

Kuratorja będą w sprawozdaniach rocznych, składanych Ministerstwu o stanie higieny szkolnej i wychowania fizycznego, zgodnie z okólnikiem z dnia 2 września 1925 N. O. Proz. 10389/25, zaznaczać, w ilu szkołach w roku sprawozdawczym zostały świeżo zaprowadzone urządzenia natryskowe.

Minister:

(—) *Dr. Dobrucki.*

W sprawie udziału młodzieży szkolnej w orkiestrach dętych.

Okólnik Ministerstwa wyznań religijnych i oświecenia publ.

W związku ze wzrastającą w szkołach tendencją do organizowania orkiestr szkolnych na instrumentach dętych i ze względu na to, że gra na powyższych instrumentach w pewnych przypadkach przynieść może szkodę organizmowi ucznia, zarządzam w tej sprawie, co następuje:

Zasadniczo uczniowie poniżej lat 14 nie powinni brać udziału w grze na instrumentach dętych.

W wyjątkowych razach uczniowie powyżej lat 12 mogą być dopuszczani do udziału w orkiestrze dętej, o ile rozwojem fizycznym o rok lub dwa przewyższają swój wiek kalendarzowy.

Uczniowie, kandydaci do orkiestry dętej, winni być badani uprzednio przez lekarza. Za główne przeciwwskazanie lekarskie do uczestniczenia w orkiestrze dętej uznać należy: usposobienie gruźlicze, skłonność rodzinną do rozedmy płuc, do astmy, wady organiczne górnego odcinka dróg oddechowych, organiczne cierpienie serca, ropotok uszny i przedziurawienie bębenków usznych, istniejąca przepuklina pachwinowa lub wyraźna do niej skłonność, brak zębów lub wybitną ich próchnicę.

Lekarze szkolni tam, gdzie są czynni, winni periodycznie ba-

dać młodzież, należąca do orkiestr dętych, zwracając uwagę na wspomniane wyżej punkty, poza tem bacznie szczególnie na stan serca i płuc.

Kierownik orkiestry winien jak najtroskliwiej pouczać o racjonalnym stosowaniu wdechu i wydechu podczas gry.

Dobierając kandydatów do orkiestry dętej, trzeba mieć na uwadze, że do gry na takich instrumentach dętych, jak: oboj, klarinet, kornet, bas - waltorna i baryton - eufonium, przedstawiających znaczne trudności techniczne gry i wymagających zwiększonego wysiłku ze strony grającego, należy kwalifikować uczniów, lepiej rozwiniętych fizycznie.

Instrumenty dęte, a zwłaszcza ustniki, winny być utrzymywane w należytej czystości. Koniecznym jest, by w razie, gdy kilku uczniów korzysta z tego samego instrumentu dętego, każdy uczeń posiadał własny ustnik.

Warszawa, dnia 25 stycznia 1928.

(N. O. H. fiz. 92/28).

Minister W. R. i O. P. (—) *Dr. Dobrucki.*

Nr. Insp. Z. 178.

Zjazd lekarzy powiatowych w Łodzi.

(Według komunikatu Min. spr. wewn. Dep. Publ. Sł. zdrowia).

W dniu 28 marca r. b. odbył się w Łodzi zjazd lekarzy powiatowych województwa łódzkiego, zagajony przez p. Wicewojewodę Lewickiego.

Witając zjazd w imieniu Władz Centralnych, inspektor państwowej służby zdrowia Dr. Hryszkiewicz wyjaśnił cel i potrzebę zwoływania periodycznych zjazdów lekarzy powiatowych, a to ze względu na to, że obecny zjazd lekarzy powiatowych województwa łódzkiego odbywa się pierwszy raz po siedmiu latach.

Porządek dzienny zjazdu, poza sprawozdaniami z działalności lekarzy powiatowych, zawierał referaty sprawozdawcze szpitali miejskich w Łodzi, szpitala dziecięcego Anny Marji, szpitali psychiatrycznych w Kochanówce i Warcie, oraz referaty dyrektora państwowego zakładu badania żywności i przedmiotów użytku w Łodzi, kierownika filji łódzkiej państwowego zakładu higieny inspektora weterynaryjnego województwa łódzkiego.

Według sprawozdań lekarzy powiatowych walka społeczna z gruźlicą na obszarze województwa rozwija się dosyć wolno. Towarzystwa przeciwigruźlicze działają w Łodzi i Piotrkowie, a poradnie społeczne z wywiadem są w Łodzi, Kaliszu, Słupcy, Piotrkowie, Sieradzu, Koninie i Łasku. W innych powiatach Towarzystwa przeciwigruźlicze działalności narazie nie przejawiają, a przychodnie dla gruźlików, utrzymywane przez samorządy i Kasy Chorych funkcjonują jedynie jako instytucje lecznicze. W roku bieżącym w większości budżetów sejmikowych wstawiono odpowiednie sumy na otwarcie społecznych przychodni przeciwigruźliczych.

Jaglica w województwie łódzkim jest dosyć rozpowszechniona, szczególnie w pow. piotrkowskim i łaskim. Ruchome kolumny przeciwigruźlicze stwierdziły w czterech gminach powiatu piotrkowskiego (Gorzkiwiec, Rozprza, Grocholice i Suchcice) 206 osób chorych na jaglicę. W powiecie łaskim jest dużo jaglicy w trzech gminach. Walka jest prowadzona przez przychodnie (w Piotrkowie, Słupcy, Koninie, Wieluniu, Sieradzu, Łodzi, Brzezinach, Zgierzu, Aleksandrowie, Konstantynowie i Tuszninie), oraz propagandę czystości.

Chorzy na choroby weneryczne leczeni są w szpitalach w Łodzi (szpitale św. Aleksandra i Marji Magdaleny) i w specjalnych oddziałach przy szpitalach w Czortkowie i Koninie. Przychodnie dla chorych wenerycznie są w Łodzi przy Starostwie grodzkim, Piotrkowie, w powiecie słupeckim cztery przychodnie: (Słupca, Kleczew, Zagórów i Pyzdry), w Zgierzu i Pabjanicach. Propaganda prowadzona jest przez lekarzy powiatowych za pomocą odczytów, a w hufcach wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego przez lekarzy szkolnych.

Walka z alkoholizmem prowadzona jest energicznie. Magistrat m. Łodzi otwiera dnia 1 kwietnia r. b. jadłodajnię bezalkoholową. Lekarze powiatowi w Wieluniu, Łęczycy, Turku i Sieradzu wygłaszali odczyty z przeżyciami o szkodliwości alkoholu w szkołach, na posiedzeniach powiatowych rad szkolnych, na zebraniach członków macierzy szkolnej, na posiedzeniach rady powiatowej wychowania fizycznego i przysposobienia wojskowego, a powiatowe komitety do walki z alkoholizmem w Łodzi i Sieradzu rozpowszechniały broszury i ulotki, organizowały wystawy, odczyty publiczne i t. p.

Akcja opieki nad matką i dzieckiem rozwija się dobrze. Instytucje „kropli mleka“ są w Brzezinach, Tomaszowie Mazowieckim,

Zgierz, Łodzi, Zdunskiej Woli, Sieradzu, Turku, Piotrkowie, Łęczycy i Ozorkowie.

Co do higieny szkolnej, to inspekcji stanu sanitarnego szkół dokonywali lekarze powiatowi, miejscy i gminni. Stwierdza się brak lekarzy szkolnych dla szkół powszechnych.

Akcja porządkowa przyczyniła się znacznie do polepszenia stanu sanitarnego miast, miasteczek i osiedli wiejskich i będzie w roku bieżącym prowadzona w dalszym ciągu z niesłabnącą energią. Warszawa, w kwietniu 1928 r.

Nr. Insp. Z. 164/28.

Zjazd lekarzy powiatowych w Poznaniu.

(Według komunikatu Min. spr. wewn. Dep. Publ. Śl. zdrowia).

Dnia 24 marca r. b. odbył się w Poznaniu zjazd lekarzy powiatowych województwa poznańskiego. Po zagajeniu zjazdu przez Wicewojewodę Nikodemowicza powitał zjazd w imieniu władz centralnych inspektor państwowej służby zdrowia Dr. Hryszkiewicz, podkreślając, że rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 19 stycznia 1928 r. o organizacji i zakresie działania władz administracji ogólnej, dzięki któremu nastąpiło zespolenie lekarzy powiatowych ze starostwami, jest wielkim krokiem naprzód, albowiem nadaje ono lekarzom powiatowym cechy władzy w dziedzinie fachowej, ułatwia znakomicie egzekutywę zarządzeń sanitarnych i pozwala na skuteczniejszą ingerencję przy opracowaniu i opinowaniu sanitarnych budżetów samorządowych. Stronę prawną rozporządzenia w stosunku do ustawy pruskiej z 1899 r. wyjaśniał delegowany na zjazd przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) radca E. Zaremba.

Odczytanie 34-ch sprawozdań lekarzy powiatowych i dyskusja nad nimi wypełniły porządek dzienny.

Ze sprawozdań wynika, że stan sanitarny większych miast, posiadających bruki na ulicach, placach i podwórzach, chodniki, elektryczne oświetlenie, wodę w dostatecznej ilości, tabory asenizacyjne, oraz kanalizację bądź pełną, bądź częściową — jest naogół zadawalający.

Większość miasteczek posiada także urządzenia kulturalne, jednak pozostaje tam jeszcze pod tym względem dużo do zrobienia.

Drogi wiejskie są przeważnie w stanie dobrym. Akcja porządkowa posunęła stan sanitarny osiedli znacznie naprzód.

Stan mieszkańców służby folwarcznej jest naogół z małymi wyjątkami niewystarczający i w tym kierunku wyrażona jest uwaga lekarzy powiatowych.

W dziedzinie higieny społecznej znać zrozumienie przez samorządy doniosłości dobrze postawionej opieki nad matką i dzieckiem.

Walka z gruźlicą zrobiła postępy; utworzono kilkanaście poradni o typie „ośrodków zdrowia”. Stwierdza się brak wykwalifikowanych wywiadowczyń.

Walka z jaglicą prowadzona jest energicznie, przyczem zauważa się zmniejszenie liczby nowych przypadków i wygasanie jaglicy tam, gdzie jej było więcej (Gniezno, Kępno, Odolanów). Zakład leczniczo-wychowawczy dla dziewcząt jagliczych w Śremie na 180 łóżek miał przeciętnie liczbę chorych nieprzekraczającą 150.

W niektórych powiatach (Leszno, Strzelno, Września, Gostyń, Kościan, Gniezno) powstały Towarzystwa Abstynentów, które prowadzą walkę z alkoholizmem za pomocą „tygodni abstynenckich”, wystaw antialkoholowych, odczytów, broszur i t. p. W powiecie obornickim dobrze prosperuje zakład na 50 łóżek dla alkoholików w Gościejowie.

Choroby weneryczne nie wykazują większego nasilenia na terenie województwa poznańskiego z wyjątkiem miast, gdzie jednak walka z nimi prowadzona jest planowo.

Jako na poważniejsze braki, które winny być uzupełnione, wskazano na niedostateczną liczbę samorządowych lekarzy sanitarnych i lekarzy szkolnych, na brak kąpielisk i łaźni, niewystarczającą liczbę poradni przeciwgruźliczych, za małe uświadomienie ludności wiejskiej o chorobach zakaźnych i wynikającą stąd potrzebę nasilenia akcji propagandowej i in.

W końcu uczestnicy zjazdu podkreślali, że Kasy chorych na terenie województwa poznańskiego w dobrze zrozumianym interesie własnym biorą wydatny udział w akcji zapobiegawczej i propagandowej, przez tworzenie przychodni, poradni, sanatoriów, kolonii letnich i t. p. instytucyj, oraz przez organizowanie wystaw, odczytów, pogadanek, rozpowszechnianie broszur, ulotek i t. d.

Warszawa, w kwietniu 1928 r.

OCENY.

Dr. Henryk Higier: *Bieg i rozwój myśli zasadniczych w medycynie wewnętrznej ostatniej doby*. Warszawa 1928 r. Sprawozdawca Dr. Pisek (Lwów).

Na 120 stronach (bitym drukiem) przedstawia nam autor — wielce zasłużony neurolog warszawski, znany u nas i za granicą z szeregu wartościowych prac, twórca sympatektomji, wspaniale nakreślony obraz postępu medycyny wewnętrznej — w ostatnich kilkunastu latach. Nie jest to suche zestawienie faktów — zresztą niesłychanie pracowicie zebranych — lecz genetyczne ich ugrupowanie na podstawie bystrego śledzenia rozwoju i pogłębiania teoryj naukowych, wskazania kierunków i dróg, jakimi ten rozwój szedł, i dociekania pewnej przyczynowości w tych kierunkach nowych.

W części ogólnej (str. 5—38) twierdzi autor, że w dziedzinie etjologii, diagnostyki i terapii rozróżnić się dają dwa kierunki:

„I. kierunek *etjologiczno-patogenetyczny*, który szedł, po linii kenstytucjonalizmu, humoralizmu i neurovegetatyizmu, zaś II. kierunek *diagnostyczno-terapeutyczny*, szedł po linii mikrometodyki, organo- lub endoskopji i parenteroterapii”.

I. Zaznaczywszy, że zamierzcie wieki znały już dziedziczne neuropatie, psychozy, zwyrodniałe dynastie panujących, indywidualne temperamenty, kreśli kilkoma rysami, znane ogólnie nowoczesne poglądy co do *typów konstytucyjnych* — do których obecnie przybyły formuły budowy ciała Brugsch'a, wskaźnik budowy Pirqueta, współczynniki somato-psychiczne Kretschmera, dział anomalji konstytucji morfologicznych, czynnościowych i rozwojowych. Nowe drogi otwierają badania nad dziedziczeniem własności serologicznych (Dungern, Hirschfeld, Mydlarski). Wspomniałszy i konstytucję warunkową, opisaną przed laty przez siebie *Haereditas masculino-matriarchalis*, dalej mezenchymozy układowe, pojęcia *habitus*, wpływ rasy — wypowiada zdanie, że możnaby z pewnych grup utworzyć nawet rodzaj skazy, którą autor nazwałby: *Diatheasis mesenchymalis*. I kierunek *neurovegetatyizmu* wycisnął swe wybitne piętno na nowszych badaniach układu vegetatywnego, w szczególności stwierdzono wybitną rolę układu współczulnego, wogóle vegetatywnego na gospodarke soków ustroju i na równowagę jonową tkanek. Sprawa „jadów“ nabrała zupełnie odmienny wygląd i szeroki zakres — poznano choroby alergiczne, nieswoisty odczyn współczulny po tuberkulinie (Gröer) i w. i. układ sympatyczny i parasympatyczny posiadał obok swej fizjologii i właściwej farmatologii, kliniki — już swoistą chirurgję: sympatektomję okołonaczyniową opisaną przed 25 jeszcze laty przez autora — rozwiniętą przez Richer'a i i.

Trzeci kierunek *humoralizmu*, tkwiący swymi korzeniami w prastarych pojęciach zepsutych soków — potężnie się rozwinął w nowoczesnej nauce o hormonach i gruczołach dokrewnych wszak warunkujących tworzenie się i postać ustroju, przemianę materji i rozwój psychiki. Ten związek jak wykazuje autor prowadzi do „powiązania nauki o układzie humoralno-vegetatywnym z nauką o elektrolitach krwi“ — wyjaśniając na przykładach wziętych z obserwacji klinicznej zwłaszcza neurologicznej sprawę działania „hormonowych wydzielin wytwarzających zmiany elektrolityczne a z drugiej strony współczulno“. Uzasadnioną zwiększył ważność zmian fizyczno-chemicznych w stanie lipidów, przychodzi autor do przypuszczenia, że zmiany te głównie są podstawą działania układu vegetatywnego, ponadto po szczegółowych rozumowaniach przychodzi do wniosku — w sprawie zapalenia — że odczyn obronny Aschoffa — będzie musiał ustąpić miejsca koncepcji „mechanistyczno-chemicznej“.

W podobnie głęboko ujętym wykładzie przedstawiono drug diagnostyczno-terapeutyczny kierunek medycyny, obejmujący nowoczesną *mikrometodykę* (ustabilizowanie minimalnych ruchów narządów jak n. p. elektrokardiografia, pletysmografia, kapillarografia i t. d. oraz wykonywanie ścisłych analiz na minimalnej ilości materiału), *organoterapię* (wraz z rentgenoskopją) oraz *parenterapeutyzm* obejmujący wprowadzenie leków śródskórnje, domięśniowo, donerwowo, do zwojów, do żył, do dwunastnicy, do spojłwki, do kanału rdzeniowego jam mózgowych (Lewkowicz), do tchawicy, oskrzeli, otrzewnej i jamy serca. Treściwy ustęp o terapii podnietowej (Weichardt) czyli proteinoterapii, uzupełnia autor zwiększonym poglądem na nowoczesne zdobycze chemoterapeutyczne.

Następnie przechodzi autor do czynnika z zewnątrz pochodnego tj. do wojny wszechświatowej, która również bezpośrednio bar-dziej jednak pośrednio wpływała na rozwój medycyny wewnętrznej. Wymienione tu są urazy, psychozy, ropnie utajone, porażenia, mechanoterapia, nauka laboratoryjna psychologii pracy, sprawa głodu, abstynencja alkoholowa, gazy trujące, endemie zakaźne i t. p. Obszerniej zastanawia się nad zasadniczą zmianą

opoglądów na szereg objawów nerwowych, nad odkryciami ośrodków autonomicznych w obrębie międzymózdzia „rządzące czynnościami najważniejszymi gospodarki wewnętrznej ustroju“.

Druża część (str. 39—120) obejmuje przegląd postępów w poszczególnych działach medycyny wewnętrznej.

Doskonale przedstawia autor postępy odnoszące się do chorób zakaźnych ostrych, do masowych uodpornień, szczepionek i surowicy choroby posurowiczej, przyczem uodwadnia, że kierunek, który nazwał neurovegetatywnym — odbił się wyraźnie i w działach ostrych chorób zakaźnych, gdyż prawie wszystkie ich objawy począwszy od gorączki, podreszecz, wysypki, przełomy z parasympatycznym zwolnieniem tętna i t. d., hiper- i hiposekrecje błon śluzowych i surowiczych, zapasć śmiertelna z porażeniami ośrodków, są to niewątpliwie następstwa „toksyczno-infekcyjnego zaburzenia nerwów wegetatywnych“.

W zakaźnych przewlekłych chorobach omawia autor osiągnięte postępy w poznaniu gruźlicy i kiły nie pomijając żadnego szczegółu ale też nie ukrywając pewnych wątpliwości: — olbrzymi materiał streszcza sumiennie i wreszcie wnosi, że trwałą wartość leczniczą będzie miała co do gruźlicy:

1) klimatoterapia sanatoryjna w kraju ojczystym, heljoterapia wysokogórska i energia promienna wogóle,

2) zachowawcze leczenie gruźlicy chirurgicznej,

3) odma piersiowa, chirurgia płuc i narządu moczopłciowego.

W sprawie kiły wskazuje na sprzeczność poglądów autorów z których jedni przypisują dużą wartość prognostyczną zmianom morfologiczno-chemicznym płynu mózgowodzeniowego, zaś drudzy lekceważą te zmiany i zarcucają owym lekarzom leczącym „syfilityka obowiązkowo do oczyszczenia płynu mózgowodzeniowego“ niepotrzebną polypragmazią wytwarzającą syfilobobów i neurasteników.

W działach chorób naczyń serca i płuc, wskazuje autor na udoskonaloną metodykę badania, na nowe metody mierzenia ciśnienia żylnego (metody K. i Z. Wernickich we Lwowie — autor jeszcze nie znał) na elektrokardiografię, wolunobolometrię i w. i. i dalej dokładniejsze zbadanie schorzeń w przewodnictwie nerwowym pęczków Hisa, tętniczek (*arterioloel*) wskazując szczegółowo i całkiem trafnie na nierozwiązanie pięciu pytań pierwszorzędnej wagi w sprawie *anginae pectoris*. Sprawie postępów nowoczesnej terapii poświęcony obszerny ustęp, mniej kapillaroskopii, zagadnieniu nadciśnienia i tak bardzo dziś omawianemu stosunkowi tegoż do schorzeń nerkowych. Poglądy na nerwicę serca trafnie umotywowane, przekonać muszą każdego.

Omawiając postępy chirurgicznego leczenia schorzeń płuc, sądzi autor, że jedynie tylko ebok sztucznej odmy, plastyka Sauerbrucha się utrzyma. Z homeopatią — zmartwychwstałą pozornie — racjonalna medycyna pogodzić się nie może i nie powinna — oto wniosek końcowy autora.

W przeglądzie postępów z działu schorzeń przewodu pokarmowego i przemiany materji mowa o zgłębnikowaniu dwunastnicy i o refraktometrii, o badaniu sprawności wątroby, o wyraźnym wpływie konstytucjonalizmu na poglądy o skazie trawiennej (Robin zespól trójcy: *trias abdominalis*, kamienie żółciowe, zapalenie wyrostka robaczkowego, wrzód żołądka); obszernie przedstawione są nowsze zdobycze dotyczące schorzeń wątroby i związek ich z zmianami osocza krwi, związek z chorobami mózgu (choroba Wilsona, w schizofrenji i t. d.). Odruchy trzewno-ruchowe (*reflexus cardio-oesophageus*, *pyloro-jejunalis*, *hepato-cardiacus* i *oculo-cardiacus*) przedstawione jako bardzo ważne objawy w diagnostyce różniczkowej. Przedstawivszy zwięzłe operacyjne leczenie bólów żołądka, kiszek i wątroby infekcjami przykręgowymi lub też operacją Foerstera. Gazy, Spiegła, dalej proteinoterapię narządów brzusznych i poznanie nowych zespołów patologicznych trzew, daje autor zajmujący pogląd ogólny i stawia tezę: *wzmocnieniu zapotrzebowaniu energii psychicznej towarzyszy wzmocnienie energii*. Autor nazywa ją „dusznica bolesna“. Znakomity kardiolog warszawski w swej pięknej pracy z r. 1908 proponował nazwę „angina piersiowa“. Wyraźnie angina piersiowa w świetle przeszłości — dusznica piersiowa jest tłumaczeniem błędnej zresztą nazwy: *Asthma dolorificum* Darwina z r. 1801. Wszak duszność nie należy do zasadniczych objawów. Niepowikłania anginy piersiowej a może i wzgląd na panięć rodaka lekarza zasłużonego przemawiałyby za angina piersiowa. I nazwa proponowana przez Pawińskiego nie odpowiada istocie choroby a przeciwieź fizycznej i odwrotnie. Wznianka o schorzeniach przemiany materji o licznych wątpliwościach kończą ten dział. W działach chorób przewodu „moczowydzielniczego“ mamy doskonałe streszczenie zdobyczy i poglądów nowoczesnych w dziewięciu tezach. Metody nowe lecznicze i chirurgiczne, rentgenizację i proteinoterapię nerek wydają się

autorowi może tylko odmianą leczenia podnietowego (*Reiztherapie*). Zwięzle opracowane są narządy krwiotwórcze i dokrewne, krew i hormony oraz terapia chorób krwi. Korzystne wyniki splektomji w ciężkich hemopatiach samoistnych lub objawowych ocenia autor na 60—80%. Naukę korelacyjną gruczołów dokrewnych nazywa autor bardzo trafnie nauką o statyce i dynamice układu hormonalnego. (Izohormonizm soków i krwi stanu prawidłowego przechodzi w chorobę: Dyshormonia). W działach tym zwraca uwagę wykazanie znaczenia związku międzymózdzia i układu roślinno-hormonalnego z afektem, temperamentem i charakterem; sprawę odmładzania somatyczno-psychicznego (Steinach, Weronow) zaburzenia wielogruczołowe omawia autor szczegółowo i — przychylnie. *Choroby nerwowe* najobszerniej są omawiane. Szkicując nową anatomię mózgu podkreśla autor doniosłość, przeciwstawiła *Corporis striati* jądra żółtemu (*Nucleus pallidus*), dalej wspominając szczegóły anatomicznych badań nad układem piramidowym, pozapiramidowym i ich torami, udoskonalenie nauki lokalizacyjnej, stosowanie encephalografji i myelografji rentgenowskiej oraz nakłucia leżźwiowe podpotyliczne, komorowe podi nadguzcwe, przyczem obok nazwisk obcych figurują i polskich autorów: Mackiewicz, Bregmana, Zandowej; wprowadzanie leków do worka leżźwiowego do *hiatus canalis* i do *cisterna* — wypowiada autor zdanie, że prawdopodobnie kora — jako *Neencephalon* załatwia czynności mnesticzne i egzekutywne, posiada pola osocyjne hamujące czynności, głębiej w *Palaeencephalon* położonych ośrodków automatycznych, rządzących pozatem sprawami afektywnymi, popędowymi i instyktownymi. Zaznaczywszy lepsze dziś określenie wskazał do nakłuć rozpoznawczych i leczniczych zwraca autor uwagę na dokładniejszą znajomość zatorów i wylewów twaródkowych, samoistnych podpajęczynowych i zasługi polskich autorów: Mackiewicz, Flatau, Bregmann, Rothfeld, Goldflam. Wielki postęp okazuje diagnostyka i chirurgia spraw nowotworowych. Stosunkowo duzo miejsca zajmuje chirurgia mózgu. Odma czaszkowa i stosunek jej do leczenia ucisku są jeszcze w okresie rozwoju (Orzechowski, Tyczka). Ciekawe cyfry statystyczne, ilustrują nadzwyczajny postęp chirurgji guzów, przysadki, mózdzia i kąta mostowego — zwłaszcza w Ameryce. Drobiazgowo przedstawiono sprawę odruchów, sprawę ścisłego związku unerwienia wegetatywnego z ukł. dokrewno-gruczołowym. W sprawie doświadczalnego przymiotu, zwraca autor uwagę na błędy laboratoryjne wykryte w najnowszych czasach. Chirurgja układu współczulnego pierwotnie zaproponowana przez autora jako sympatektomia okolonaczyniowa — obejmuje teraz już chirurgję narządową jako denerwacja narządów, przecinanie korzonków pewnych, znieczulanie splotów prząd kolkach i t. d. W dalszym ciągu omawiając postępy w zakresie nerwic słusznie potępia ich określenie jako czynnościowe choroby nerwowe bez tła anatomicznego, gdyż duzo w tej grupie jest schorzeń istotnie nerwowych *nieczynnościowych* i *nie* bez tła anatomicznego n. p. niepsychogenne nerwice urazowe, tiki, epilepsja genuina, Jacksonowska i w. i. Sporo tych nerwic odruchowych i narządowych uważamy dziś jako organopatie, z ogromu nerwic jak wykazuje autor pozostały tylko hysterja, neurastenja i psychastenja. Trafnie nad wyraz podaje autor swój pogląd na zasadnicze warunki (cztery) jak należy obecnie pojmować nerwozy i psychoneurozy — w przeciwieństwie do dawnych poglądów, jakie bronili Charcot, Trousseau, Erbi i Oppenheim. Ostatni wreszcie rozdział obejmuje choroby psychiczne. Uznając, że wbrew temu, co widzimy w zakresie medycyny wewnętrznej i neurologji, materiał psychiatryczny zebrany od lat 50, nigdy nie starzeje się, jest nieoceniony, uprawnia do ścisłej diagnozy względnie do retrospektywnego porównania dawnego rozpoznania. Zmieniły się jedynie poglądy co do satogenezy i interpretacji objawów. I ten rozdział opracowany jest con amore przez autora. Wprost nieocenione są jego uwagi o zasadach terapeutycznych o usunięciu wszelkich zabytków terapeutycznych lat ubiegłych, wysokich murów otaczających zakłady „...parkanów drucianych“, „...kraf okiennych“, „...pokoiów izolacyjnych“, „...zastrzykiwań narkotyków“ z wyjątkiem „przymusowego karmienia“ w razie koniecznym.

Doskonale, krytycznie przedstawiono freudyzm.

Całość pracy przedstawia daleko więcej niż mówi tytuł. Obok rejestracji wszelkich postępów medycyny wewnętrznej — w takiej dokładności jakiej się trudno doszukać w literaturze obcojęzycznej, znajdujemy tyle oryginalnych myśli — i poglądów głębszych na związek „postępów“ z prądami nurtującymi świadomie — może czasem i podświadomie w umysłach lekarskich — że szczerze wdzięczni musimy być autorowi za doskonałą rzecz, którą nas obdarzył.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopiśmie.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna, rok II, nr. 16, z 21 kwietnia 1928: E. Bokser, G. Lacher i H. Stückgold: O niemiarowości ciągłej serca. — M. Grycewicz: O niektórych przewlekłych schorzeniach płuc, przebiegających pod postacią gruźlicy. — A. W. Kaplan: Kilka słów z powodu przypadku cukrzycy, opisanego przez Doc. W. Filińskiego w Nr. 10 Med. — W. Filiński: W odpowiedzi drowi A. W. Kaplanowi. — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 8, z 12 kwietnia 1928: Z. Srebrny: O ropówkach okołoprzełykowych i innych następstwach mechanicznego obrażenia przełyku. — L. E. Bregman i K. Poncz: O powikłaniach mózgowych po odrze (dok.). Wł. Sterling: Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologii seksualnej (c. d.). — A. Simon: Luźne uwagi o kilku środkach leczniczych. — J. Rączkowski: Kilka uwag o znaczeniu fosforu dla ustroju (dok.). — Z. Szymanowski: W sprawie higieny wsi.

Nowiny lekarskie, rok XI, zeszyt 8, z 15 kwietnia 1928: Prof. Tadeusz Browicz — nekrolog. — K. Śniegowski: Wyrwanie nerwu przeponowego w leczeniu gruźlicy płuc. — J. Sznajderman: Przypadek guza płata czołowego prawego i spoidła wiekowego, rozpoznany za życia jako duży guz lejkowo-przysadkowy. M. Zelewska: Przypadek prawdziwego perlaka (epidermoid) okostnej kości czołowej u niemowlęcia. — S. Sterling-Okuniewski: Krótki rys historyczny nauki o chorobie Brightha. — F. Turyn: Kilka uwag o cardiozolu. — A. Wirszubski: Błędy w praktyce. — A. Kozieradzki: Pamiętnik prowincjonalnego lekarza (c. d.) (wydał A. Wzrosek).

Przegląd zdrojowo-kapielowy, rok XVII, nr. 1, z 15 kwietnia 1928: W. Jasiński: O działaniu kąpieli solankowych na ustrój dziecka. — L. Korczyński: W sprawie ustawy dla uzdrowisk. — Referaty z prac fizjoterapeutycznych.

Dziecko i matka, rok III, nr. 8, z r. 1928: Piosenka o ogródku. F. Kruszevska: O procesie wzrastania. — R. S. Witt: Pytania i odpowiedzi. — J. E.: Ogródki dziecięce. — Z. Prażmowska: Wychowanie fizyczne dzieci. — M.: O wartości odżywczej pożywienia. — B. Piechowski: Z książek. — Z. M.: Dział praktyczny. — Obiady dla dzieci.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 9, z 19 kwietnia 1928: Z. Srebrny: O ropówkach okołoprzełykowych i innych następstwach mechanicznego obrażenia przełyku (dok.). — M. Okolska i S. Sasaki: Sprawozdanie z badań nad szczepem B. C. G. — Wł. Sterling: Podstawy eksperymentalne i kliniczne biologii seksualnej (Str. zbior. c. d.). — Z. Srebrny: Dawniej a dzisiaj. — St. Paradistal: Wyniki szczepień przeciwgruźliczych metodą Calmette'a we Francji (szczepionką B. C. G.). — W. Knappe: Rola lekarza praktyka w zwalczaniu chorób zakaźnych (c. d.). — W. Rakowski: O leczeniu krwawień macicznych, powstałych na tle schorzeń wewnątrz-wydzielniczych.

Przegląd antropologiczny, tom I, zeszyt IV, z r. 1926: J. Talko-Hryncewicz: Z problemów dziedziczności. — J. Rudnicka i A. Jungenwirthówna: Ciepłota ciała i tętno u dziewczynek krakowskich. — A. Wrzosek: Spostrzeżenia nad ciepłotą ciała ludzkiego w różnych okresach życia i nad stosunkiem jej do tętna, wzrostu oraz barwy włosów i oczu (dok.). M. Ćwirko-Godycki: Półwiekowy jubileusz Szkoły antropologicznej w Paryżu. — J. Talko-Hryncewicz: Antropologia w Rosji. — J. Talko-Hryncewicz: Dwie czaszki ludzkie wieku mamuta znalezione we wschodniej Rosji.

Przegląd antropologiczny, tom II, zeszyt I, z r. 1927: J. Talko-Hryncewicz i A. Wrzosek: Czaszka Jana Kochanowskiego w muzeum Ks. Czartoryskich w Krakowie. — H. Szpidbaum: Typy antropologiczne wśród Samarytan. — Miecz. Stabrowski i Wł. Sinięcki: Wzrost uczniów szkół w Poznaniu w latach 1922—1924. — M. Ćwirko-Godycki: Stan nauczania antropologii we Francji. — J. Talko-Hryncewicz: Odciski ręki neolitycznej. — M. Stefanowska: Polskie Archiwum psychologii.

Przegląd antropologiczny, tom II, zeszyt II, z r. 1927: A. Wrzosek: O szczątkach Chrobrego. — J. Talko-Hryncewicz: Starożytna ludność mogił i cmentarzysk krainy Zabajkalskiej. — Ir. Marchwicki: Obwody ramienia i przedramienia oraz asy-

metrja ich u chłopców polskich w wieku od 9 do 19 lat. — J. Talko-Hryncewicz: Dimitrij Nikołajewicz Anuczyn (1843 do 1923). — M. Ćwirko-Godycki: Krótka wiadomość o stanie antropologii we Włoszech.

Przegląd antropologiczny, tom II, zeszyt III, z r. 1927: A. Wrzosek: Konserwowanie zwłok ludzkich w celach antropologicznych. — Ludomir Sedlaczek: Dregowiczanie. — B. K. Hindze: Znaczenie badania tętna mózgu dla antropologii. — M. Ćwirko-Godycki: Sprawozdanie z III Kongresu międzynarodowego Instytutu antropologii.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Praktycki lékař.

R. VII, I. 24/1927.

Dr. F. L. Baxa: *Poronne leczenie figówki (sycosis)*. W krajach, w których stosunki higieniczne zakładów fryzjerskich pozostawiają jeszcze wiele do życzenia, sycosis jest jeszcze w pełnym rozkwicie i lekarz praktyczny spotyka się z tą chorobą bardzo często. Ponieważ leczenie sycosis wymaga czasem dłuższego leczenia, którego w domu chory mniej inteligentny ze skutkiem nie zdoła przeprowadzić, proponuje autor następujące poronne leczenie. Miejsce zajęte oczyszcza się benzyna, dezynfekuje wodą utlenioną, pustule zrywa się nożyczkami Coopera a włos ekstrahuje się pincetą depilacyjną. Epilacja nie jest bolesna, ponieważ mieszek włosowy jest degeneratywnie zmieniony i łatwo się da oddzielić od swego otoczenia. Następnie pod średnim ciśnieniem wytłoczy się ropę z rany i znowu się zmywa wodą utlenioną. Ekspresja nie powinna być zbyt intensywne, ponieważ zachodzi niebezpieczeństwo, że się wtłoczy streptokokki do okolicznej tkanki procesem zapalnym dosyć znacznie imbibowanej. Następnie główkę sondy owijamy sterylizowaną watą, którą nasiąkamy 5% roztworem azotanu srebrowego (Ag NO₃) i przykładamy ją na wypróżnioną postuflkę na 2—3 sekundy w tym celu, aby roztwór ten bakterjobójczy wsiąkł do chorej tkanki. Należy przytem dbać, aby sondą nie dotykać okolicy. Zabieg ten powtarzamy na każdej pustulce z osobna, co można zrobić w kilku posiedzeniach. Zabieg ten jest tak radykalny, że się po nim sycosa zupełnie wygoi. Ma on ale też jedną wadę kosmetyczną: na miejscu pustuły wytwarza się czarny, suchy strupek, który dopiero za 8—10 dni odpada, pozostawiając po sobie jasno różową małą bliznę. Przez ten czas chorzy niechętnie przebywają w towarzystwie. Takie poronne leczenie nadać się przedewszystkiem w praktyce kasowej.

Dr. Josef Frantál: *Lacmalcit — cytrynowe mleko dla oseków*. Studja doświadczalne (Tobler, Czerny, Gucher) ukazały dwojaką zdolność soku żołądkowego oseków: koagulacyjną i proteolityczną. Zdolność koagulacyjna jest inna w stosunku do mleka matczynego a inna do krowiego. Podczas gdy matczyne mleko koaguluje się w delikatnych fiałkach kaseiny, krowie w bardzo grubych kłaczkach. Przy trawieniu mleka matycznego mniejsza kwasota soku żołądkowego świadczy również o lepszej gospodarce sekrecji żołądkowej w stosunku do nieekonomicznej hypersekrecji przy trawieniu mleka krowiego. Również retencja azotu jest przy sztucznym odżywianiu o wiele większa niż przy naturalnem a moment ten ma ogromne znaczenie u oseków słabych, niedonoszonych, u których sztuczne karmienie potrafi stan oseska o wiele rychlej przeprowadzić do normy, niż karmienie wyłącznie piersią. Na podstawie znajomości tych faktów tworzone sztuczne mleko (mleko białkowe Finkelsteina, Larosau, Kefir, maślanka). Mc. Kim Maricct i Davidson wychodząc z założenia, że przy trawieniu mleka odgrywa wielką rolę kwas solny, stworzyli z pełnego krowiego mleka koagulowanego kwasem mlecznym dopełniając je węglowodanami w formie Corn-Sirup doskonały pokarm dla oseków. H. Weissenberg zaś zmodyfikował przygotowanie tego mleka innym kwasem a mianowicie cytrynowym, dodając do mleka delikatnie w ten sposób ściętego cukier Soxhleta oraz preparat maltoso-dextrynowy firmy Dr. Pfeffermann w Berlinie. Mleko to nazwane cytrynowem wypróbował na 455 dzieciach i twierdzi, że preparat ten usuwa wszystkie inne swoją doskonałością. Autor tej pracy wypróbował również to mleko na 127 osekach i ma doskonałe wyniki ze stosowania tego mleka nawet w tych przypadkach, gdzie stosowanie innych preparatów nic nie pomogło. Stosował autor cytrynowe mleko u dzieci niedonoszonych, w przy-

padkach *enteritis dysenteriformis*, w najrozmaitszych zaburzeniach trawiennych, w rekonwalescencji osesków po ciężkiej pneumonii. Również ekzemy i inne skórne choroby po stosowaniu tego mleka znikają niepowrotnie. Technika stosowania tego mleka: Najlepiej koaguluje się mleko jeżeli do 1 l. mleka dodamy 4.64 g kwasu cytrynowego. Mleko powinno być krótko gotowane, po gotowaniu ochłodzone a dopiero potem można dodać kwas cytrynowy. Ponieważ przygotowanie tego mleka wymaga inteligencji matki autor polecił jednej firmie przygotowanie odpowiedniego preparatu i faktycznie firma Fragner wykonała taki preparat nazwany lacmaleit, z którego już każda matka w łatwy sposób zrobi cytrynowe mleko. Mleko to ma przyjemny smak i podaje się z początku w dawce 30 do 50 g na jedną porcję, potem można powoli podwyższać dawkę do 100 g. Przy używaniu tego mleka nie doszło nigdy do krzywicy. Autor sądzi, że preparat ten jest najlepszym pokarmem sztucznym.

R. VII. I. 9/1927.

Dr. Karol Fafek: *Therapia percutanea gruźlicy Atebanem*. Wprawdzie leczenie tuberkulinowe pod- i wśródskórne co do wyników jest o wiele lepsze, to jednak, jeżeli bierzemy pod uwagę praktykę prywatną i to głównie lekarza prowincjonalnego, musimy stwierdzić że leczenie percutanne ma dla niego wielkie znaczenie, ponieważ leży to w jego interesie, aby nie doszło do ogniskowych i ogólnych odczynów, do jakich może dojść przy stosowaniu tuberkuliny pod- i wśródskórnie. Cały szereg preparatów wielkich znawców gruźlicy jak limentum tuberculinum comp. Petruschky'ego, ektebin Maro'a, Tebecin Dostala, dermatubin Loewensteina ogłaszane z początku z wielkim entuzjazmem, poszedł wkrótce w zapomnienie. Znany wiedeński badacz gruźlicy Neumann podaje w swej nie dawno wydanej książce p. t. Die Klinische Diagnostik der beginnenden Tuberculose nowy środek Ateban-Philag t. j. maść hydronalowa zawierająca altuberkulinę, oleum terebinthinac jako dobre keratolyticum oraz guaiacolum liquidum. Ateban dostaje się w handlu w kilku koncentracjach jako 1—2 5—10% dla celów leczniczych, jako 20% dla rozpoznawczych. Jakkolwiek niebezpieczeństwo wywołania odczynów miejscowych i ogólnych jest przy użyciu Atebanu znikome, zasadą w jego stosowaniu musi być indywidualizacja. Jego użycie jest wskazane u dzieci bezkrewnych z dodatnim Pirquetem; lymphadenitis peribronchialis; tbc. incipiens płuc. Przypadki gorączkowe nie nadają się do leczenia atebanem. Aplikacja atebanu ma odbywać się w następujący sposób: codziennie przed snaniem oczyszcza się pewne miejsce ciała benzyną a potem się wciera palcem przez 5 minut 1—2 cm³ maści wyłoczonej z tubki. Jeżeli się używa słabszych koncentracji, to się proceder ten powtarza codziennie, przy wyższych procentach co 2—3—4 dzień. Dobrze jest przed rozpoczęciem leczenia ustanowić sobie stopień alergji wykonaniem reakcji Pirqueta i podług jej nasilenia stosować ateban w mniejszej lub większej koncentracji. Po zużyciu jednej tubki atebanu daje się pauzę na 14 dni i następnie się dalej używa ale już w wyższej koncentracji. Leczenie trwa wprawdzie bardzo długo, ale efekt jest piękny. Preparat jest tani. Wyniki tego leczenia są bardzo zadowalające u dzieci z gruźlicą gruźliaków, u starszych w postaciach gruźlicy produktywnych i włóknistych a czasem nawet serowatych.

I. 5/1927.

Prof. Šamberger: *Ichtoxylowe czopki*. Forma leku nie odgrywa nigdzie tak ważnej roli jak w dermatologii. Ichtoxył jest lekiem o znakomitych własnościach, ale w nieodpowiedniej formie użyty jest prawie bez działania. Ung. ichtoxyli z odpowiednim constituens jest najlepszym lekiem przeciw oparzeniom jakiegokolwiek pochodzenia i stopnia. Pod dobrze wykonaną papką z ichtoxyłu i wody destylowanej goi się doskonale róża, epididymitis, zaczynający furunkul, hidrosadenitis axillaris. Ta sama kaszka przygotowana z wodą zwyczajną jest prawie bez działania. Ichtoxył nadaje się też doskonale do leczenia różnych afekcji odbytnicy, prostaty i rzeżączki żeńskiej. Odpowiednią tu formą będą więc czopki. Ale czopki zrobione z masła kakaowego w sposób zwykły obniżyły znacznie efekt ich działania a często wywołują biegunki. Dlatego autor podał specjalne constituens dla tych czopków, które w swej nowej formie ani nie drażnią błony śluzowej a działają wprost zadziwiająco. Na zlecenie autora firma Pragochemia wykonała czopki ichtoxylowe, które kobieta może w odróżnieniu od innych globuli vaginales, sama (bez lekarza) wprowadzić do pochwy. Dawniej była zależną od lekarza, który tylko przy pomocy speculum mógł czopek wprowadzić. Ta forma czopków sprawia że leczenie rzeżączki żeńskiej staje się o wiele tańsze. Postępowanie jest następujące:

Chora wykonuje rano, w południe i wieczór przepłukiwania pochwy 1 l. letniej wody z domieszką łyżki roztworu Rp.: Zinci chlorati, aqu. destil aa. Codziennie po wieczornym przepłukiwaniu wprowadza 1 czopek ichtoxylowy, a po nim kawałek waty, aby rozpuszczona masa czepkowa nie wypływała. Cenne usługi oddają czopki ichtoxylowe w rzeżączce odbytnicy, w dolegliwościach też haemorrhoidalnych, prostatitis gonorrhoeica i przy t. zw. prostatismus wynikającym z rzeżączki lub coitus interruptus. Przepisuje się również w częstych polucjach z dobrym skutkiem.

I. 23/1927.

Dr. Josef Wiener: *Phytina w leczeniu chorób nerwowych*. Metabolizm fosforu i jego chemiczne działanie na ośrodkowy system nerwowy przestudjował doświadczalnie amerykański uczonec prof. Parter, który uważa że podczas pewnej fazy w rozszczepianiu organicznych połączeń fosforowych fosfor obiega jako element organizm, działając pobudzająco na protoplazmę i podwyższa w ten sposób nie tylko żywotną działalność komórek ale też za pośrednictwem dróg nerwowych ma wpływ na przemianę materji w innych regionach organizmu. Fosfor musi wszak pochodzić z połączenia organicznego. Phytina t. j. podwójna sól Kalcium-magnezowa kwasu phytinowego: $C_{2}H_{16}P_{2}O_{8}$ uzyskana z nasion roślinnych a zawierająca 22.8% organicznego, nie jadowitego fosforu. Doświadczenie Novi'ego, że po użyciu 8.5 g phytiny dziennie spadło wydzielanie kwasu fosforowego z organizmu z 69% na 46%, dowodzi, że phytina w zupełności resorbuje się w organizmie. Domeną jego stosowania powinny być wszystkie funkcjonalne i wegetatywne neurozy, przy których działa jako prawdziwy roborans a więc przy neurasthenii, surmenage (zmęczenie), stany po ogólnych intoksykacjach zwł. po grypie i neurasthenii seksualnej. Zawsąd dochodzą głosy o doskonałym działaniu phytiny.

Ref. Dr. Gangel.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift

Nr. 13.

Prof. Nieka u (Tübingen): *Krwawiaczka i jej leczenie zapomocą Nateina Llopis*. Autor podawał z dobrym wynikiem preparat Nateina przy krwawiaczkach zarówno lekkich i ciężkich. Dawkowanie tego leku stosowanego i wyrabianego w Hiszpanji odpowiada 20 pastylkom dziennie. Nateina stanowi mieszaninę witamin A, B, C, D pochodzenia roślinnego, a oprócz tego zawiera dodatek fosforanu wapniowego i cukru mlekowego. Według autora polega jej działanie na uszczelnianiu śródbłonna naczyniowego.

Reinhold Boller (Wiedeń): *Przyczynę do rozpoznawania różniczkowego guzów w lewym podżebrzu*. Nowotwory wychodzące ze śledziony kureją się po wstrzykiwaniu adrenaliny. Jednakowoż spostrzeganie tych zmian po adrenalinie przedstawia wiele trudności zwłaszcza u osób otyłych. Autor radzi wykonać odną otrzewnową lub wypełnić powietrzem kiszki grubą, a następnie przy prześwietlaniu wstrzyknąć adrenalinę. Adrenalinę zaleca wstrzykiwać dożylnie w dawce 0,00001 g. Tym sposobem można podobno uniknąć licznych nieprzyjemnych wpływów ubocznych.

Reiter: *Pożywienie zawierające lipoidy a infekcja*. Wpływ pożywienia bogatego w lipoidy na przebieg infekcji streszcza autor w 3 punktach:

- 1) Wzmoczenie sił obronnych ustroju,
- 2) przedłużenie życia,
- 3) zwiększenie oporu ze strony makro-ustroju wobec mikro-ustroju.

Pathologica

Nr. 437.

G. Sotti: *Przyczynę do rozpoznawania skrobjawicy krtań*.
P. Verga: *Nowotwór grasiczny z umiejscowieniem w tarczycy*.

G. Vercellano: *Nowe pożywki dla wyosobnienia i wykazania prątków Kocha*.

Z. Tomanek.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół Zebrania Naukowego w dniu 19. X. 1927 r.

Przewodniczący zastępca Prezesa Kol. Puterman, obecnych 26 członków i 4 gości.

Po przyjęciu przez zebranych do wiadomości asygnowania kwoty 150 zł. jako części kosztów ufundowania wspólnie z T-wem Lekarzkiem Częstochowskim tablicy pamiątkowej ś. p. Dra Biegańskiego w Częstochowie, Kol. Perłowski wygłosił odczyt o „*Sfigmomanometrii i klinice stanów hipertonicznych*“.

Pierwszy wprowadził sfigmomanometr lekarz wiedeński v. Basch w r. 1881; w tym samym czasie we Francji Potain, w r. 1900 — Riva-Rocci. Wszystkie sfigmomanometry oparte są na trzech metodach: palpacyjnej, wysłuchowej i oscylometrycznej. Najłatwiejszą metodą do należytego mierzenia ciśnienia jest metoda wysłuchowa, gdyż łatwo jest określić ciśnienie minimalne, chwytając moment, kiedy przestaje się słyszeć tony. Bardzo dobrym aparatem tego typu jest aparat Vaquez'a i Laurey.

Przy mierzeniu ciśnienia należy zachować następujące warunki; mierzyć ciśnienie zawsze w jednakowej pozycji, najlepiej leżącej, w jednakowych porach dnia i w jednakowych odstępach czasu od głównych posiłków, wykonywać tę manipulację szybko i kilkakrotnie. Jako cyfry normalnego ciśnienia przy metodzie wysłuchowej uważa się dla mx. 12—14 cm, dla mininy 7—9 cm.

Pomiędzy mx. i min. jest stały stosunek: $\text{min.} = \frac{\text{mx}}{2} + 1$.

2

Kliniczne objawy hipertonii można podzielić na trzy duże grupy: zaburzenia ze strony naczyń krwionośnych, ze strony nerek i ze strony serca.

Zaburzenia ze strony naczyń krwionośnych także bywają trojakiemu rodzaju: pęknięcie naczyń, skurcze i miażdżyca.

Najczęstszymi objawami hipertonii są zaburzenia ze strony mięśnia sercowego, częstsze, według profesora Kaufmanna, niż przy wadach serca. Objawy ze strony serca występują w postaci niedomogi lewej, a później prawej komory, które to objawy mogą być lekkiego, średniego i znacznego stopnia. Co do form klinicznych, to znaczy tego cierpienia, dwaj lekarze francuscy Lian i Finot dzielą hipertonię na dwa typy: 1) pierwszy typ, gdzie hipertonia jest samoistną chorobą — hipertonia genuina, 2) drugi typ, gdzie hipertonia jest jednym z objawów innych cierpień.

W zależności od nasilenia objawów odróżniamy:

- 1) hipertonię lekką, gdzie mx. jest niżej 20 cm, a min. 10 lub 11;
- 2) hipertonię średniego stopnia, gdzie mx. od 20 cm do 25 cm, a min. 12 lub 13 cm;
- 3) hipertonię znacznego stopnia, gdzie mx. od 25 cm do 30 cm, a min. od 14 do 18 cm.

W zależności od objawów mamy hipertonię: 1) skrytą; 2) stałą (*stationäre*); 3) postępową (*progressive*); 4) cofającą się (*regressive*).

Oprócz hipertonii samoistnej (*genuina*) spotykamy hipertonię jako objaw towarzyszący innym cierpieniom chronicznym, jak cierpieniom nerek, niektórym chorobom serca (niedomykalności zastawek aorty, tachykardiom, czy to przy chorobie Basedowa, czy tachykardiom osób młodych neuropatycznych) i miażdżycy tętnic.

Przy miażdżycy tętnic nie zawsze spotykamy hipertonię. Hypertonia wysoka prawie zawsze prowadzi do miażdżycy tętnic, ale nie odwrotnie.

Wreszcie hipertonię nawet bardzo znacznego stopnia spotykamy jako objaw przejściowy przy glomerulonefritis, przy eklampsji, lub cierpieniach nerek u ciężarnych i przy zatruciu ołowiem. Tu hipertonia może dochodzić do bardzo wysokich cyfr i stanowi poważne niebezpieczeństwo dla chorego. Dlatego lekarze francuscy i niemieccy żądają aby ciężarnym mierzono ciśnienie krwi co miesiąc, a w ostatnich miesiącach ciąży nawet częściej. Tym sposobem prof. Baumgart przeciwdziałał występowaniu eklampsji w swym instytucie położniczym. (Streszczenie własne).

Drugą część odczytu zapowiedział prelegent na następne Zebranie naukowe.

Drugi prelegent Kol. Nasiłowski informuje zebranych o przebiegu III Zjazdu Pediatrów Polskich, jaki się odbył z końcem czerwca b. r. w Wilnie.

Streszczenie odczytu, jaki Kol. Nasiłowski wygłosił na Zjeździe pod tytułem: „*Spostrzeżenia i uwagi nad odżywianiem niemowląt w Zagłębiu Dąbrowskim*“ i „*Przyczyny nie karmienia piersią*“ ukażą się w pamiętniku Zjazdu. Wzmianka Kol. Nasiłowskiego o szczepieniu przeciw szkarlatynie wywołuje dyskusję, w której zabierał głos Kol. Kol. Putterman, Ryder, Zahorski, Suchodolski, Wołkowiec, Witkowski, Marczyński, Nasiłowski i Guzowski.

Opinia o wartości szczepień przeciw szkarlatynowych jest podzielona. Jedni Koledzy wypowiadają się stanowczo za przeprowa-

daniem szczepień ochronnych przeciw szkarlatynie, gdyż szczepienia te albo uodporniają przeciw chorobie, albo łagodzą jej przebieg, w żadnym zaś wypadku nie wywołują poważnych następstw ujemnych. Drudzy Koledzy natomiast przyjmują szczepienia przeciw szkarlatynowe z zastrzeżeniem, — zauważyli bowiem po szczepieniach bądź to zachorzenia na szkarlatynę, bądź też komplikacje ze strony nerek, albo wreszcie ogólne osłabienie organizmu, ułatwiające powiększenie gruczołów chłonnych, lub nawroty dawniej przebytych spraw nerkowych i miedniczkowych. Kol. Zahorski proponuje poświęcić jeden wieczór dla omówienia szczepienia przeciw szkarlatynowego i oświadcza gotowość zebrania odpowiedniego materiału.

Protokół Zebrania Naukowego z dnia 16. XI. 1927 r.

Zebranie zagał w obecności 31 członków i 4 gości Prezes Kol. Kozłowski, poczem Kol. Schwarzbard, ordynator Szpitala Izrael. w Krakowie wygłosił obszerny odczyt poparty szeregiem wykresów i tablic statystycznych na temat: „*Leźnictwo niemoty i jej znaczenie społeczno-lekarskie*“. Prelegent streszczenia nie podał.

Drugi prelegent Kol. Perłowski rozwijał w dalszym ciągu, poruszony już na Zebraniu Naukowym T-wa dnia 19. X. 1927 r., temat o „*Etjologii, rokowaniu i leczeniu stanów hipertonicznych*“. Kwestja etjologii hipertonii jest tak zawiła, iż największy jej znawca prof. Volhard twierdzi, że czem więcej się bada, czem więcej się o niej pisze, tem staje się więcej skomplikowana.

Wszyscy badacze tej kwestji dzielą się na trzy obozy. Jeden obóz z Rombergiem na czele twierdzi, że każda hipertonia jest nerkowego pochodzenia. Drugi obóz odrzuca możliwość nerkowego pochodzenia. Pośród nich stoi obóz trzeci.

Prof. Volhard dzieli wszystkich hipertonicznych na dwie grupy: białych i czerwonych. Chorzy na nerki — to właśnie biali hipertonicy. Czerwonej zaś hipertonii odpowiada typ chorych z tak zwaną samoistną hipertonią. Wyraża Volhard pogląd, że w białej hipertonii krążą we krwi jakieś substancje działające zwiężająco na naczynia, przy czerwonej zaś jest prawdopodobnie uregulowanie ciśnienia na wyższym poziomie drogą refleksyjno-nerwową.

I Munk i Volhard zgadzają się, że hipertonia jest objawem starzejącego się organizmu, że występuje ona u ludzi, którzy albo ciężko pracują, albo mają jakieś ciężkie moralne przeżycia, że w powstawaniu jej odgrywa również pewną rolę nieprawidłowa lub wzmoczona przemiana materji (u artretyków, diabetyków i t. d.). Dziedziczność również odgrywa pewną rolę. Co do częstego występowania u mężczyzn, czy u kobiet, to zdania są podzielone.

Przy białej hipertonii, typową przedslawicielką której jest hipertonia przy glomerulonefritis, przy eklampsji u ciężarnych i przy zatruciu ołowiem, to ogólny skurcz naczyń całego organizmu jest przyczyną hipertonii. Pod wpływem jakich substancji następuje ten skurcz nie udało się dowiedzieć najrozmaitszym badaczom, a zajmowali się bardzo gorliwie tą sprawą przede wszystkim uczniowie i współpracownicy Volhard'a.

Hypertonię często spotykamy w miażdżycy tętnic, choć niekiedy przy bardzo ciężkiej miażdżycy naczyń mózgowych lub wieńcowych serca hipertonii nie znajdujemy. Kila odgrywa dużą rolę w powstawaniu hipertonii już w młodym wieku.

Nie wielką hipertonię spotykamy u osób młodych w chwili ich wzrostu, cierpiących na tachykardję, jako wyraz sympatikonii. Zaburzenia w wydzielaniu gruczołów dokrewnych także mogą być przyczyną hipertonii (u kobiet w okresie przekwitania, podług Munka u mężczyzn, którzy nie żyją życiem płciowym).

Co się tyczy przyczyn charakteru toksycznego, to dużą rolę odgrywa tytoń, alkohol tylko o tyle o ile wprowadzi go się z dużą ilością płynu, a więc w postaci n. p. piwa, — mięso również szkodliwie wpływa na powstawanie hipertonii.

Rokowanie:

Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że każdemu stopniowi hipertonii odpowiada rokowanie. Tak nie jest. Chory musi być wszechstronnie zbadany. Jeżeli więc u chorego nie znajdujemy żadnych innych objawów oprócz lekkiego stopnia hipertonii, to rokowanie jest dobre. Przy hipertonii średniego stopnia rokowanie w zupełności zależy od towarzyszących objawów. Przy hipertonii dużego stopnia t. j. mx. przekraczająca 25, a min. 14 cm, sam już sfigmomanometr mówi o rokowaniu, bo już sama hipertonia stanowi poważne niebezpieczeństwo. Szczególne niebezpieczeństwo grozi takim chorym, u których minima jest wysoka, a więc powyżej 14 cm. Pouczającą w tym względzie jest statystyka lekarzy francuskich Liana i Finot. W roku 1911 obser-

wowali oni 28 chorych, u których minima przekraczała 14 cm. Z tych 28 chorych w roku 1921 zmarło 23, nie dało o sobie wiadomości 4, a tylko 1 został przy życiu. Ten jeden, który został przeszedł z dużej hipertoni do średniego stopnia. Z tych 23, którzy umarli, 7 umarło już po kilku miesiącach obserwacji, 5 po 2 latach, 1 po 3 latach i 2 po 5 latach, w dwóch wypadkach data śmierci nie mogła być określona.

Lekarze ci twierdzą, że chorzy szczególnie z pośród klasy robotniczej z hipertonią minimy dużego stopnia nie mogą żyć dłużej niż 5 lat. Z 8 przypadków tych autorów, gdzie minima przekraczała normę o 7—8 cm, jeden tylko chory wyżył 1 rok, 7 umarło po kilku miesiącach, a nawet tygodniach.

Takie rokowanie tyczy się tylko chorych u których pomimo leczenia nie następuje poprawa.

Niekiedy znów towarzyszące objawy pogarszają rokowanie. Przy hipertoni znacznego stopnia takie objawy, jak asystolia, obrzęk płuc, dusznica bolesna, dają rokowanie złe nawet wtedy, jeżeli pod wpływem leczenia ustępują. Powikłania ze strony nerek także pogarszają rokowanie zwłaszcza wtedy, kiedy występuje znaczne powiększenie mocznika we krwi. Widali twierdzi, że chorzy, u których znajdujemy mocznika więcej jak 1 gr na litr nie mogą żyć dłużej jak 2 lata, 2,0 — kilka miesięcy, a 3,0 kilka tygodni.

Kobiety w wieku przekwitania znoszą hipertonię bardzo dobrze i tu rokowanie jest pomyślne.

Hypertonicy umierają z trzech głównych przyczyn: niedomogi serca, krwotoku mózgowego i mocznicy.

Lian i Finot opisują jeszcze czwartą przyczynę: ogólna kacheksja, gdzie nie znajdujemy innych objawów, oprócz ogólnego wycieńczenia.

Leczenie:

Hypertonicy powinni prowadzić spokojny bez wzruszeń tryb życia i zachować odpowiednią dietę bezpurynową. Według amerykańskiego lekarza Allena dieta bezsolna znacznie obniża ciśnienie.

Ze środków farmaceutycznych w początku i w lekkich stopniach hipertoni będziemy stosowali preparaty bromowe, niekiedy czystą theobrominę, w dawkowaniu której trzeba w początku być ostrożnym, bo wywołuje wymioty, nerwowość. Zaczynać od 0,3 dochodząc do 1,0—1,5 na dobę, lub Calcium, lub jod — Calcium-diuretinum.

Przy hipertoni średniego lub znacznego stopnia dobre rezultaty daje Kalium rhodanicum Merck po 0,1 trzy razy dziennie przez pierwszy tydzień, po 0,1 dwa razy dziennie przez drugi tydzień i raz dziennie po 0,1 przez trzeci tydzień, niekiedy tygodniami można brać po 0,1.

Dobrze robi również zachwalany przez Vaqueza Benzylbenzotium w roztworze alkoholowym 1:20 po 20 kropli trzy razy dziennie.

Przy niedomodze serca leczenie zwykle, przy obrzęku płuc ogólny krwiopust na pierwszym planie i preparaty Onabainy Arnaud śródmięśniowo lub dożylnie wtedy jednak, jeżeli przez trzy dni ostatnie chory nie otrzymywał preparatu Digitalis.

Przy niedomodze mniejszego stopnia preparaty Digitalis, która w dawkach zwykłych nie zwiększa ciśnienia.

Preparaty miszą być jednak podawane w dostatecznych dawkach, a więc po 0,1 pulv. — Digitalis titr. trzy razy dziennie przez 5—6 dni, a później nawet miesiącami po 0,06 po 0,1 na dobę. (Streszczenie własne).

W dyskusji nad odczytem o sfigmomanometrii przewodniczący zebrania w dniu 19. X. 1927 Kol. Puteyman, dziękując prelegentowi za omówienie mało dotychczas poruszanego tematu na posiedzeniach prowincjonalnych T-w Lekarskich, przytacza zdanie Volharda o wielkim znaczeniu rozpoznawczym, rokowniczym i leczniczym sfigmomanometrii w chorobach nerkowych, według Volharda krzywa parcia krwi oraz wagi chorego więcej nam mówią o stanie choroby nerkowej, niż zawartość białka oraz stan osadu moczowego. Mówca od lat przeszło 25 zajmuje się badaniem parcia krwi i w swoim czasie tonometrem Gaertnera przeprowadził szereg badań nad uczniami przed i bezpośrednio po egzaminach i wówczas już stwierdził wpływ psychiki na stan parcia krwi. Pozatem liczby parcia krwi zależne są od konstrukcji tonometru, względnie od szerokości mankietu, od grubości ramienia, od rasowości, wieku, stanu gruczołów dokrewnych i wielu innych nieuchwytnych czynników.

Dalej mówca wspomina o braku wszelkich podmiotowych i przedmiotowych objawów pomimo wysokiego nieraz parcia krwi, o podziale hipertoni przez Kylina na samoistną i glomerulonefrytyczną. Gdy na pierwszą Kylin zapatruje się jako na konstytucjonalną, wagotoniczną, zależną od zmniejszonej zawartości

wapnia, a zwiększonej zawartości potasu we krwi, to glomerulonefrytyczna postać podług niego stanowi sprawę pozanerkową w zależności od uszkodzenia naczyń włosowatych przez rozmaite czynniki toksyczne (*Capillaropathia gravidarum et postinfectiosa*).

Postać hipertoni toksycznego pochodzenia najczęściej po usunięciu przyczyny daje się zupełnie wyleczyć. Hypertonja konstytucjonalna odznacza się chwiejnością parcia krwi.

Postacie hipertoni czerwona i biała Volharda rzadko spoprzeczą się dają.

Uzależnienie wysokiego parcia krwi w znacznej mierze od spraw nerkowych, jak to czyni Volhard, jest zdaniem mówcy nie słuszne, bowiem doświadczone podwiązanie naczyń nerkowych często pozostaje bez wpływu na parcie krwi.

Minimalnemu ciśnieniu krwi wielu autorów z Kylinem na czele wielkiej wagi nie przypisuje. Co się tyczy leków złożonych, to Wenckebach nie jest zwolennikiem łączenia naparstnicy z innymi przetworami poza chinina.

Przeciwko zastoinowej wątrobie Klein radzi stosować salyrgan, Koranyi widział dobre skutki po przystawieniu pijawek na okolicę wątroby.

Wobec spóźnionej pory odczyt Kol. Witkowskiego odłożono do następnego zebrania.

Protokół Zebrania Naukowego z dnia 30. XI. 1927 r.

Przewodniczył Prezes Kol. Kozłowski. Obecnych 36 członków i 12 gości.

Odczyt „O bólu“ wygłosił prezes Częstochowskiego T-wa Lek. Karol Rożkowski. (Rzecz ukaże się w druku).

Protokół Zebrania Naukowego z dnia 14. XII. 1927 r.

Przewodniczył Kol. Dr. Kozłowski. Obecnych 13 członków i 2 gości.

Kol. Witkowski wygłosił odczyt: *Z kazuistyki wypadków akuszeryjnych: a) Eklampsja, b) Dodatkowe łożysko.*

Streszczenia prelegent nie podał.

Sekretarz: Dr. Krogulski m. p.

Prezes: Dr. Kozłowski m. p.

Historja Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego.

(Odczytana przez sekretarza Tow. Dra Sulikowskiego na uroczystym posiedzeniu dnia 4 grudnia 1927 r. z okazji 50-ciolecia Towarzystwa).

Odtworzyć w całej pełni historję K. T. L. od chwili powstania tegoż, aż do obecnego momentu jest rzeczą prawie że niemożliwą.

Zburzenie Kalisza, dokonane opancerzoną pięścią krzyżacką w pierwszych dniach wojny światowej, pozbawiło nas wszystkich ksiąg protokołów, wszelkich akt i dokumentów Towarzystwa i wszelkich śladów pracy. Ocalały jedynie i są dla nas drogą pamiątką drukowane odbitki protokołów kolejnych posiedzeń: IV-go, V, VI i VII z roku 1877, VIII i IX z roku 1878 oraz protokół I-go dorocznego posiedzenia z dnia 28. VI. 1878 r.

Tyle z czasów najdawniejszych, wreszcie z czasów nowych — protokół, a raczej sprawozdanie za rok 1912. Oprócz tego jesteśmy w posiadaniu 2 egzemplarzy ustawy, drukowanej w dwóch językach, rosyjskim i polskim, oraz jednego oryginalnego dyplomu członkowskiego z dnia 13. VI. 1888 r. na imię obecnego tutaj Członka Rzeczywistego Dra Edwarda Beatusa.

Z tych drobnych ułamków możemy wyrobić sobie jasny pogląd o działalności Towarzystwa tylko za pierwszy rok jego istnienia. Dzieje zaś dalszych lat z wyjątkiem 1912 roku mogą być odtworzone tylko z osobistych wspomnień nielicznych żyjących Członków Twa, pamiętających dawniejsze czasy.

Kaliskie Towarzystwo Lekarskie zostało założone w dniu 7. VI. 1877 r. na zasadzie zatwierdzonej w dniu 2 lipca 1869 r. przez władze rosyjskie — zaborcze ustawy. Towarzystwo nosiło nazwę Towarzystwa Lekarzy Gubernji Kaliskiej i miało na celu: I-o dopomaganie miejscowej administracji w lecznictwie, statystyce, popularyzacji medycyny etc. i II-do — właściwe zadania Towarzystwa naukowego, jako takiego.

Z uwagi do § 1 ustawy widać, że Ustawa była ramową dla wszystkich Towarzystw Gubernialnych. Tylko dzięki potrzebie uciekania się „miejscowej administracji“ do pracy społeczeństwa lekarskiego mogło powstać Towarzystwo Lekarskie, zaborczy bowiem rząd rosyjski o żadnych stowarzyszeniach ani zawodowych, ani naukowych w owe czasy nawet marzyć nie pozwalał.

Ówczesni lekarze kaliscy w liczbie 10-ciu, a mianowicie: Dr. Cytwic, Drecki, Drozdowski, Grekowiec, Hindemith, Merkel, Mieszczanski, Rymarkiewicz, Weiss i Wilczewski skwapliwie zajęli

się zorganizowaniem Towarzystwa i pod koniec pierwszego roku do Towarzystwa już należało 27 lekarzy, 6 aptekarzy i 3 lekarzy weterynaryj. Zamieszkałych w Kaliszu członków było: 13 lekarzy, 4 aptekarzy i 2 weterynarzy, reszta członków pochodziła z sąsiednich powiatów. Towarzystwo w pierwszym roku istnienia odbyło 12 posiedzeń z frekwencją 7—14 członków. Zbierano się w Wydziale Lekarskim Rządu Gubernialnego. Na zebraniach wygłoszono 23 komunikaty i referaty oraz omawiano różne „kwestie lekarsko-społeczne“.

O następnych latach istnienia Towarzystwa danych nie posiadamy. Ostatni z członków Założycieli — długoletni sekretarz i późniejszy prezes Towarzystwa Dr. Adam Drozdowski zmarł 20. V. 1920 r.

Krótkie sprawozdanie z roku 1912 zasługuje na to aby je przytoczyć w całości, widać z niego bowiem, że działalność Towarzystwa promieniowała rzeczywiście na całą ziemię Kaliską. Brzmi ono jak następuje:

„Kaliskie Towarzystwo Lekarskie zostało założone w 1877 roku.

Z liczby 10 członków założycieli w 35 roku istnienia Towarzystwa mamy w swem gronie 4 kol. mianowicie: Adama Drozdowskiego, Feliksa Dreckiego, Juliusza Merkla, Walerjana Wilczewskiego. W roku 1912 Towarzystwo lekarzy gub. Kaliskiej składa się z 51 członków rzeczywistych, w tej liczbie 27 zamieszkałych w Kaliszu i 24 lekarzy gub. Kaliskiej, 3 członków korespondentów i 6 członków honorowych.

W liczbie członków rzeczywistych mamy 47 lekarzy, 1 lekarza weterynaryj, 3 prowizorów farmacji. Zarząd składa się z 5 osób: dr. A. Drozdowski prezes, dr. M. Brokman wiceprezes, dr. J. Merkel skarbnik, dr. E. Beatus bibliotekarz, dr. F. Krzymuski sekretarz. Komisja rewizyjna składa się z dwóch członków kol. Rożnowskiego i Mrocza.

Posiedzenia odbywają się raz na miesiąc w szpitalu żydowskim, frekwencja członków waha się od 10 do 16 na każdym posiedzeniu. W roku 1912 odbyło się 12 posiedzeń, w tej liczbie 1 walne, 1 roczne, 1 nadzwyczajne. Towarzystwo posiada bibliotekę, składającą się z 575 dzieł, zwartych w 990 tomach. Od czasu założenia, t. j. 1877 roku, do 1903 r. księgozbiór Towarzystwa znajdował się w lokalu Urzędu lekarskiego, gdzie też odbywały się posiedzenia Towarzystwa. Od 1903 roku, Towarzystwo zmuszone było usunąć księgozbiór z dotychczas zajmowanego lokalu, biblioteka faktycznie przestała istnieć, książki bowiem znajdują się w pakach w szpitalu św. Trójcy.

Towarzystwo prenumeruje 6 polskich i 2 niemieckie pisma lekarskie i przyrodnicze.

Bieżące numery tych pism są rozsyłane niektórym kolegom do domu.

W roku 1912 na posiedzeniach miesięcznych członkowie Towarzystwa i zaproszeni goście wygłosili szereg referatów z dziedziny chorób wewnętrznych, chirurgii, oczu, kobiecych i skórnych, byli demonstrowani chorzy i preparaty, jedno posiedzenie poświęcone było omawianiu walki z epidemią ospy naturalnej, na jednym omawiano sprawę epidemii włośnicy (trychinozy).

Prace członków i gości w 1912 roku są następujące:

Kol. Abramski: O wczesnym leczeniu przyniotu w przypadku zakończonym śmiercią po śródżylnym wlewaniu salwarsanu.

Kol. E. Beatus: „O łożysku przodującym“, „O rzucawce u ciężarnych“, demonstracja polipa i włókniaka macicy.

Kol. Drozdowski: Przypadek zakażenia septycznego po anginie i o stosowaniu elektrargolu w stanach septycznych.

Dukalski: Przypadek ropnego zapalenia opłucnej z częścią gangreną płuca, zakończony wyzdrowieniem.

Drescher: O trychinozie.

Koszutski: 1) O porażeniach po zaćmieniu słońca; 2) przypadek wykrycia ciała obcego w oku za pomocą promieni Roentgena.

Sikorski: Przypadek pneumatocoele u 7-letniego dziecka.

Wilczewski: O stosowaniu santoniny w moczówce cukrowej.

Zucker: Statystyka duru brzuszego w własnej praktyce w 1911 roku.

Beatus Jakób: Ectopion vesicae (demonstracja dwumiesięcznego dziecka).

Koszutski: Przerzut raka na pinguecula oculi (demonstracja).

Orgelbrand: O wydzielinie wewnętrznej wraz z demonstracją chorego na akromegalję.

Mroczek: O rentgenodjagnostyce chorób serca i naczyń z demonstracją odpowiednich rentgenogramów.

Brokman: O niedomodze krążenia i jej leczeniu.

Galczyński: Odżywienie niemowląt w ciągu pierwszych tygodni życia.

Goście:

Kol. Nowakowski — Poznań: Choroby kości w rentgenogramach.

Kol. Falgowski — Poznań: O leczeniu zaburzeń macicy.

Towarzystwo lekarskie w roku 1912 wstąpiło w nową fazę rozwoju wskutek praktycznego rozszerzenia sfery swej działalności na gub. Kaliską; po jeździe bowiem lekarzy prowincjonalnych w Łodzi grono kilkunastu lekarzy złożyło zbiorowe podanie o przyjęcie w poczet członków Kaliskiego Towarzystwa, zaczęły napływać z prowincji podania kolegów, i obecnie mamy z prowincji 24 członków, podczas gdy w roku 1911 było z poza Kalisza 3.

Postanowiono co rok organizować walne zebrania członków z udziałem kolegów z gub. Kaliskiej z określonym programem, i pierwszy taki zjazd, organizowany przez specjalny komitet, odbył się dnia 22 czerwca 1912 r. w Kaliszu, gdzie zgromadził 29 członków, w tej liczbie 9 z poza Kalisza.

Posiedzenie walne poświęcone było gruźlicy i temat ten wszechstronnie został opracowany w referatach:

Kol. Brokmana: „O wczesnym rozpoznawaniu gruźlicy“.

Kol. Mrocza: „Promienie Roentgena w diagnostyce chorób płucnych“.

Kol. Orgelbranda: „O leczeniu gruźlicy płuc“.

Kol. Łuniewskiego z Warty: „Zaburzenia psychiczne u gruźliczych“.

Kol. Pożaryskiej-Łuniewskiej: „Gruźlica u umysłowo chorych“.

Kol. Sikorskiego: „Gruźlica kości i stawów“.

Kol. Koszutkiego: „Gruźlica oka“.

Kol. Koszutkiego: „Statystyka gruźlicy wśród dzieci szkół początkowych w Kaliszu na zasadzie dokonanej u 1200 dzieci próby Pirqueta“. Wśród wniosków po przeprowadzonej dyskusji zaznaczyć należy wniosek Kol. Łuniewskiego, aby Towarzystwo zapoczątkowało akcję przeciwgruźliczą wśród społeczeństwa. Następnego dnia uczestnicy zjazdu zwiedzali wspólnie zakład hydropatyczno-przyrodolecznicy w parku Kaliskim, gdzie demonstrował nowe metody przyrodo- i wodolecznicze kierownik zakładu kol. Orgelbrand.

Reasumując działalność Towarzystwa w 1912 roku, zaznaczyć należy, że Towarzystwo rozwija się z każdym rokiem, że należy dążyć do stworzenia własnego lokalu, urzędzenia w nim biblioteki i czytelnicy czasopism lekarskich, któreby ogniskowały życie koleżeńskie i naukowe Towarzystwa“.

W roku 1913 odbyło się po raz drugi walne zebranie członków Towarzystwa z udziałem kolegów z prowincji. Na zebraniu tem wygłoszono szereg referatów na rozmaite tematy. Na porządku dziennym były między innemi referaty:

1) Dra Orgelbranda: O rozszerzeniu aorty na tle kiłowym.

2) Dr. Pawłowski: O jaglicy.

3) Dr. Koszutski: O jaskrze i t. d.

Wojna przerwała w 1914 r. dalszą działalność w tym kierunku.

W czasie wojny Członkowie Towarzystwa rozprzeczli się w różne strony — przeważnie wyjechali do Rosji. Na miejscu pozostali tylko trzej koledzy: Obecny prezes Dr. Koszutski i dwaj dziś już nie żyjący — kol. Brokman, zmarły na tyfus plamisty w roku 1916 i kol. Sikorski, który przed śmiercią widział narodzinę niepodległej Polski, zmarł bowiem w pierwszych dniach 1919 roku.

W dniu 13 września 1918 r. po 4 letniej wskutek zburzenia miasta i zawieruchy wojennej przerwie, staraniem Prezesa Dra Drozdowskiego prace Towarzystwa zostały wznowione i Towarzystwo rozpoczęło nowy, powojenny kres swego istnienia. Na zwołanem pod powyższą datą zebraniu było obecnych 11 dawnych członków Towarzystwa, mianowicie Dr. Beatus E., Beatus J., Drescher, Koszutski, Krzymuski, Łukasiewicz, Drozdowski, Orgelbrand, Rożnowski, Sikorski i Zucker. Czterej z nich w różnych odstępach czasu opuścili na zawsze Towarzystwo i przenieśli się do wieczności, a mianowicie — Nieodżałowani Koledzy: Sikorski. Prezes i Członek honorowy Towarzystwa, Drozdowski, Orgelbrand i Łukasiewicz.

Od zebrania inauguracyjnego od stycznia 1919 r. posiedzeń nie było, był to bowiem czas ostatnich dni pobytu okupantów, czas ich eksmisji, czas organizacji Państwa, Administracji i Samorządów. Od stycznia tedy 1919 r. rozpoczęła się właściwie powojenne życie Towarzystwa. Jakkolwiek powojenne czasy, a szczególnie pierwsze lata istnienia niepodległej Ojczyzny, czasy obrony Lwowa, wojny bolszewickiej, dotkliwych braków artykułów pierwszej potrzeby i dewaluacji pieniądza nie mogły nie wpłynąć na normalny bieg pracy Towarzystwa, to jednak w dorobku naszym powojennym mamy odnotowanych 81 protokołów, w tem posiedzeń zwyczajnych 65, 6 nadzwyczajnych, 9 rocznych i 1 inauguracyjne. Referatów oryginalnych w czasie powojennym wygłoszono na posiedzeniach Towarzystwa 40, a mianowicie: 1) Zagadnienie o powstawaniu gatunków. Pryw. docent Uniw. J. K. dr. Fuliński. 2) O nagminnym zapaleniu opon mózgowych Dr. Drescher i Ceglowski. 3) O hiszpance Dr. Mader. 4) Stan sanitarny obozu dla internowanych Dr. Sulikow-

ski. 5) O narkozie eterowej przez odbytnicę, Dr. Cegłowski. 6) O chirurgicznym leczeniu zapaleń otrzewny, Dr. Cegłowski. 7) Przyczynek do stosowania preparatów arsenikowych Dr. Białobłocki. 8) Eugenika, a choroby społeczne, Dr. Tokarzewski. 9) Walka z gruźlicą, a sanitarny nadzór nad mlekiem i jego przetworami, weteryn. Dr. Nehrebecki. 10) Nowy pogląd na istotę drobnoustrojów, Dr. Białobłocki. 11) Polimeryzacja i izomeryzacja, jako podstawa procesów życiowych, Dr. Zboronirski. 12) Czy lekarz praktyk może być roznośnikiem chorób zakaźnych, Dr. Sulikowski. 13) O chorobie Werlhofa, Dr. Klinger. 14) O rentgenoterapii, Dr. Czajkowski. 15) Podstawy leczenia, Dr. Białobłocki. 16) O insulynie, Dr. Zboronirski. 17) Praca naukowa lekarza na prowincji, artykuł Dra Macieszy z Płocka. 18) Obecny pogląd na patologię i terapię schorzeń nerkowych, Dr. Drescher. 19) Odmladzanie zwierząt i ludzi, Dr. Klinger. 20) Intellekt konia, Weter. Dr. Nehrebecki. 21) O rokowaniu lekarskim w chorobach wewnętrznych, Dr. E. Beatus. 22) Uwagi o leczeniu światłem, Dr. Zboronirski. 23) Rozwój bakterjoterapii, prof. Danysz z Paryża. 24) Działanie, wskazania i leczenie lampą kwarcową, Dr. Klinger. 25) O proteinoterapii, Dr. J. Beatus. 26) O cukrzycy i nowoczesnych sposobach jej leczenia, Dr. E. Beatus. 27) Leczenie otyłości i szczupłości ciała metodą Bergonié, Dr. Czajkowski. 28) Przyczynowe leczenie szkarlatyny, Dr. Müller. 29) O leczeniu złamań kości metodą konserwatywną i drogą krwawą, Dr. Kaliniewicz. 30) Mieszanki odżywcze i ich wpływ na organizm zdrowego i chorego dziecka, Dr. Rozenthal. 31) O transfuzji krwi, Dr. Kaliniewicz. 32) Diagnostyka przyczyn niepłodności i persulfacja, Dr. Pawłowski. 33) O syntonii i schizoidzie, Dr. Drescher, inior. 34) Rzeźniczka u kobiet, Dr. Piestrzyński. 35) Własności fizjologiczne i lecznicze prom. Roentgena, Dr. Müller. 36) Przypadek odry z niezwykle burzliwymi objawami skórными, przypominającymi oparzenie II stopnia, Dr. Sulikowski. 37) Najnowsze zagadnienia w sprawie suchot płucnych, Dr. E. Beatus. 38) O ciśnieniu krwi i jego znaczeniu diagnostycznym i prognostycznym, Dr. Rozenthal.

Wyliczenie demonstracji chorych i preparatów oraz komunikatów i spostrzeżeń z praktyki prywatnej i szpitalnej z lat powojennych zajęłoby zbyt wiele czasu i miejsca, jakkolwiek trafiały się wśród nich rzeczy b. ciekawe i pouczające, takie, które mogłyby w lepszych, niż nasze warunkach być tematem do poważnych rozpraw i przyczynków naukowych.

Kaliskie Towarzystwo Lekarskie po wojnie urządziło wspólnie z Tow. Higjenicznym uroczyste obchody jubileuszowe ku czci Pasteura i Curie-Skłodowskiej; powzięto inicjatywę i brało czynny udział w sprawie szczepień ochronnych przeciw szkarlatynie. Nie obce Towarzystwu były i sprawy ogólne, jak zdrowotność miasta, wojna 1920 roku, zwinięcie Ministerstwa Zdrowia, opracowywane w Sejmie Ustawodawczym ustawy o Izbach lekarskich i praktyce lekarskiej. W wielu z tych spraw Towarzystwo wysyłało do Władz i Komisji Sejmowych pisma i memorjały.

Posiedzenia Towarzystwa od początku Jego istnienia i aż do roku 1903 odbywały się w Urzędzie Zdrowia w gmachu Guberni. Zaznaczyć należy, że pomimo półurzędowego nieomal charakteru „Towarzystwa Lekarzy Gubernii Kaliskiej“ rozprawy odbywały się zawsze w języku polskim. Z czasem, kiedy rusyfikacja wszelkich instytucyj przybrała bardziej ostrą formę, aby nie narazić Towarzystwa na szykany językowe, przeniesiono posiedzenia do szpitala żydowskiego, po wojnie zaś do chwili obecnej, posiedzenia odbywają się w szpitalu św. Trójcy, co jest bardzo dogodnie ze względu na łatwość demonstracji chorych szpitalnych.

Biblioteka zapoczątkowana w pierwszym roku istnienia Towarzystwa z biegiem czasu rozrosła się do pokaźnych rozmiarów: w 1912 r. posiadała już, jak słyszeliśmy, 575 dzieł w 990 tomach, księgozbiór ten jednak z braku miejsca po usunięciu go z gmachu Gubernii, zapakowany w skrzynie, przechowywany był na strychu Szpitala św. Trójcy. Zawdzięczając jedynie tej okoliczności biblioteka Towarzystwa w czasie pożogi Kalisza nie uległa zniszczeniu i dotrwała do ostatnich czasów.

W roku ubiegłym uporządkowano bibliotekę, skatalogowano ją i umieszczono w specjalnych szafach w gabinecie Lekarza Naczelnego Szpitala, gdzie odbywają się posiedzenia Towarzystwa. Księgozbiór Towarzystwa składa się obecnie z 879 dzieł w 1231 tomach, nie licząc czasopism. Są to dzieła mające przeważnie znaczenie historyczne. Nowsze dzieła i pisma w miarę możliwości są kompletowane.

O stanie finansowym Towarzystwa nie wiele jest do powiedzenia. Posiadane z czasów powojennych kilkadziesiąt rubli oszczędności oraz trochę powojennych marek, umieszczone w bankach, zginęły w morzu dewaluacji i dziś Towarzystwo, nie obliczane na zyski i tworzenie kapitałów, opędza bieżące wydatki niewysokimi składkami miesięcznymi.

Dane cyfrowe o ruchu Członków Towarzystwa są następujące: Założycieli Towarzystwa było 10; nazwiska ich były wyżej wy-

mienione. Zaden z nich nie doczekał 50-lecia Towarzystwa. Po wojnie wznowiło działalność Tow. 10 wymienionych wyżej członków, przybyło do dnia dzisiejszego 41, ubyło z różnych powodów 16, zmarło 7, pozostaje obecnie 29.

W pierwszym roku istnienia na 36 członków było zamiejscowych 17. W 1912 r. na 54 członków Towarzystwa zamiejscowych było 24. Obecni z wyjątkiem Dr. Klingera i Piestrzyńskiego wszyscy są mieszkańcami Kalisza.

Pierwszy Zarząd Towarzystwa stanowili: Prezes: Rymarkiewicz, Wiceprezes: Weiss, Sekretarz: Drozdowski, Skarbnik: Merkel i bibliotekarz oraz zastępca sekretarza Wilczewski. W 1912 roku Prezesem był: Dr. Drozdowski, Wiceprezesem: Dr. Brokman, skarbnikiem: Merkel, bibliotekarzem: Dr. E. Beatus i sekretarzem: Dr. Krzymuski.

Po wojnie pierwszy Zarząd ukonstytuował się w następującym składzie: Prezes: Dr. Drozdowski, Wiceprezes: Dr. Koszutski, Sekretarz: Dr. Cegłowski, Skarbnik: Dr. Krzymuski, bibliotekarz: Dr. Roźnowski.

W roku jubileuszowym Zarząd Towarzystwa był następujący: Prezes: Dr. Koszutski, Wiceprezes: Dr. Piestrzyński, i po jego wyjeździe Dr. E. Beatus, Sekretarz: Dr. Sulikowski, Zastępca sekretarza: Dr. Müller, Skarbnik: Dr. Cichocki i bibliotekarz: Dr. Czajkowski.

Kończąc krótki rys historyczny K. T. L. zaznaczyć muszę, że życzeniem naszym byłoby rozszerzać naszą skromną działalność, za przykładem lat przedwojennych na szerszy teren, t. j. na najbliższe powiaty Ziemi Kaliskiej. Następujące powoli czasy normalne pozwalają mieć nadzieję, że życzenie nasze się spełni i że Towarzystwo będzie mogło zmienić nazwę na Towarzystwo Lekarskie Ziemi Kaliskiej.

Dr. Sulikowski, sekretarz.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

IV Zjazd Polskich Historyków i Filozofów Medycyny odbędzie się w Krakowie w pierwszych dniach października r. b. równocześnie z obchodem 50-letniej rocznicy śmierci Józefa Dietla, jaki urządza miasto Kraków i Uniwersytet Jagielloński. Dokładne daty będą podane później. Adres komitetu organizacyjnego Zjazdu: Kraków, Wolska 6, Prof. Wł. Szumowski. Termin zgłaszania tytułów referatów upływa 1 czerwca.

Bratnia Pomoc Medyków U. J. w Krakowie, ul. Kopernika 36 pragnąc wykorzystać zbliżające się ferie, tak pod względem naukowo-praktycznym jak i materialnym uprasza P. T. Lekarzy, Instytucje Sanitarne, Zakłady Zdrojowe o zgłaszanie zajęć dla medyków lat wyższych i absolwentów. Zarząd Związku Lekarzy gorąco popiera niniejszą akcję samopomocową.

Lwów.

Towarzystwo miłośników historii medycyny. Posiedzenie naukowe Towarzystwa Miłośników Historii Medycyny odbyło się 1 maja we wtorek o godz. 6-tej wieczorem w Poliklinice przy ul. Lindego. Porządek obrad: Asyst. Uniw. A. Knot: Stosunki Stefana Batorego z medycyną i medykami. — Sprawa Zjazdu historyków medycyny w Krakowie.

Z kraju.

Kursy uzupełniające dla lekarzy w Wilnie. Zapowiedziane w r. b. Kursy Uzupełniające dla lekarzy przy Wydziale Lekarskim U. S. B. w Wilnie odbyły się w przewidzianym terminie 19. III. — 31. III. W Kursach brało udział 33 lekarzy: z m. Wilna — 9, z Wojew. Wileńskiego — 10, z Wojew. Nowogródzkiego — 11, z Wojew. Białostockiego — 1, z Wojew. Łódzkiego — 1, z Wojew. Pomorskiego — 1.

Redakcja otrzymała:

Kaz. Dąbrowski: „Dychawica oskrzelowa a gruźlica płuc“. Odb. z „Gruźlicy“ nr. 1, rocznik III.

Dąbrowski Kaz. i Glass Mieczysław: „Gruźlica płuc a ciąża“. Odb. z „Gruźlicy“ nr. 2, rocznik III.

Wasowicz St. i Berdo Nadzieja: „Przyczynek do wtórnej zgorzeli płuc, powstałej na tle rozstrzeni oskrzeli“. Odb. z „Gruźlicy“ nr. 2, rok III.

Sew. Sterling: „Tezy walki z gruźlicą“. Wydanie drugie poprawione, Łódź 1928. Nakładem Wydziału zdrowotności publicznej Magistratu m. Łodzi.