

LEKARZ KOLEJOWY

Nr. 4

LISTOPAD 1934

Rok VII.

KOMITET REDAKCYJNY:

Dr. Jan Bermański (Bydgoszcz). — Dr. Waław Biehler (Warszawa). — Dr. Perzanowski (Radom). — Dr. Gubrynowicz (Warszawa). — Dr. Hanka (Katowice). — Dr. Kazimierz Karelus (Kraków). — Dr. Józef Mazurek, przewodniczący. — Dr. Ignacy Mojkowski (Warszawa). — Dr. Stanisław Mossor (Stanisławów) — Dr. Michał Niedźwiedzki (Poznań). — Dr. Juljan Notz (Lwów). — Dr. Jan Opolski (Lwów). — Dr. Emanuel Tomaszewski (Wilno).

Redaktor: Dr. med. Józef Mazurek
Administrator: Dr. med. Waław Gronowski

Rozpoznawcze i prognostyczne znaczenie oglądanla języka

DR. FR. OBARSKI, Warszawa

Język, jako całość, tworzy gruby fałd mięsny, pokryty błoną śluzową, w której znajdują się narządy zmysłu smaku.

Górna powierzchnia języka dzieli się na dwa odcinki: tylny w obrębie nasady i przedni w obrębie ciała i końca języka. Odcinek tylny, t.j. nasadę języka, pokrywają liczne wyniosłości, wielkości prosa, noszące nazwę gruczołów mieszkowych. Granicę między nasadą i trzonem oznacza na górnej powierzchni języka bardzo wyraźna linja, mająca kształt rzymskiej piątki (litery V), której szczyt zwrócony jest ku tyłowi, a ramiona rozchodzą się ku przodowi i do brzegów języka. Wzdłuż ramion tej linji leżą na trzonie największe brodawki językowe, zwane brodawkami okolonemi lub pieńkowatemi (papillae circumvallatae). Brodavek okolonych jest 7—12.

Górną powierzchnię trzonu języka dzieli podłużny rowek języka (sulcus longitudinalis linguae) na dwie części symetryczne. Całą tę powierzchnię pokrywają gęste, cienkie wyniosłości, wskutek czego przypominają one aksamit. Wyniosłości te nazywamy brodawkami nitkowatemi (pp. filiformes). Na tylnej części trzonu przy brzegach, jako też i na końcu języka napotyamy pomiędzy brodawkami nitko-

watemi nieco niższe, znacznie szersze o powierzchni półkolistej, brodawki te zwiemy grzybowatemi (pp. fungiformes). Brodawki grzybowate znajdują się najobficiej na tylnym odcinku trzonu, na brzegach, na końcu języka. W tylnych wreszcie częściach języka znajduje się szereg małych pionowych fałdów błony śluzowej, leżących gęsto jeden za drugim. Stanowią one szczytkową postać brodawki liściastej (pp. foliatae), która u niektórych zwierząt ssących np. u królika występuje wyraźnie.

Błona śluzowa, pokrywająca dolną powierzchnię języka, ma taką samą budowę, jak błona śluzowa innych części jamy ustnej, pod nią leży błona podśluzowa, łącząca ją z mięśniami języka.

Na górnej powierzchni języka błona śluzowa spoczywa wprost na mięśniach, tak że błony podśluzowej tutaj niema.

Jako narząd obwodowy smakowy służą kubki smakowe, które znajdują się w wielkiej liczbie w brodawkach okolonych, listkowych i grzybowatych.

Kubki smakowe składają się z grupy wrzecionowatych komórek, między którymi znajdują się cieniutkie, ostateczne zakończenia nerwów smakowych.

Jest rzeczą charakterystyczną, że sprawy chorobowe języka, jak również zachowania się tego narządu w różnych cierpieniach, zajmują niezmiernie mało miejsca w piśmiennictwie współczesnem. Tymczasem mały ten narząd służył ongi lekarzom za ważny czynnik pomocniczy w rozpoznawaniu różnych cierpień, a przedewszystkiem chorób trawienia. W ostatnich czasach wysunięto znowu sprawę zachowania się języka, jako środka ułatwiającego rozpoznanie i rokowanie w niektórych chorobach wewnętrznych.

Obok różnych typowych zmian języka, występujących w rozmaitych cierpieniach, a objawiających się w barwie tego narządu, w jego suchości czy wilgotności, w drzeniu i ruchliwości, spotykają się i inne, jak ustrojowe obłożenie języka, spotykane u osobników neuropatycznych, oraz rozmaitego rodzaju obłożenia, wywołane chorobami zębów. Jest faktem bezspornym, że w rozmaitych chorobach zębów występuje obłożenie języka. W ogólności przewlekłe podrażnienia jamy ustnej pociągają za sobą stałe obłożenie języka (Kramsztyk).

Psujące się zęby, zapalenia dziąseł mogą dać zapach z ust. Zapach z jamy ustnej może pochodzić również z gnicia resztek pokarmowych (nalot) na górnej powierzchni nasady języka. Taki nalot powstaje w ostrych niezżytach języka, w ostrych chorobach zakaźnych, zwykle wskutek suchości języka i niestosownego pokarmu. Po ustąpieniu gorączki i ostrych objawów język przeważnie się oczyszcza,

ale nagromadzenie przez czas dłuższy bakterji i produktów gnicia na języku może spowodować zapalenie języka, być przyczyną nieżytu żołądka, jelit, dróg żółciowych, a nawet posocznicy (Boas).

Na skutek przeprowadzenia systematycznego i starannego oczyszczania języka wspomniany autor widywał ustąpienie przewlekłych zaburzeń przewodu pokarmowego (zapachu z ust, gniecienia w dołku, odbijania, wzdęcia, biegunek). Tenże autor twierdzi, że była by to niestrawność (dyspepsja) pochodzenia językowego (glossogena). Cuchnący nalot i gnicie na języku były by przyczyną zaburzeń żołądkowych, a nie ich skutkiem.

Fakt, że język może być punktem wyjścia dla spraw gnilnych w jamie ustnej, pisze S. Kramsztyk, był dotychczas mało znany i uwzględniany w piśmiennictwie lekarskim. Ostatnio podkreśla to Boas w pracy swej, ogłoszonej w roku 1929 (*Therapie der Gegenwart* I).

U podstawy języka prócz brodawek pieńkowatych znajduje się migdałek językowy, którego wydzielina wylewa się na powierzchnię języka. W jego przewodach mogą łatwo się tworzyć zastoje wydzielinowe i wraz z tem również i skupienia drobnoustrojów. Dochodzą do tego jeszcze resztki pokarmowe, które znajdują się w obrębie brodawek pieńkowatych i grudkach chłonnych (Kramsztyk).

Wbrew twierdzeniu, że osad na języku zupełnie jest niezależny od stanu żołądka, Ehrmann i Dinkin utrzymują, że jest to tylko warunkowo. Nie ulega wątpliwości, że między czynnością błony śluzowej żołądka i śliniankami jest zależność, dla tego też można zupełnie słusznie twierdzić, że jama ustna, a zwłaszcza język w pewnych okolicznościach jest odzwierciedleniem czynności żołądka.

Wytwarzanie się osadu na języku zależy przedewszystkiem od czynności gruczołów śluzowych, od mniej lub więcej zmienionej czynności aktu żucia, od stanu migdałków i stanu górnych dróg oddechowych, również zależne jest od własności zrogowaciałych wyrosła brodawek nitkowatych. Wyrosła te w kierunku do końca i do brzegów języka stają się coraz krótsze i dla tego osad w tych miejscach bywa grubszy. Dzięki aktowi żucia wielka ilość gładkiego nabłonka zostaje zerwana i w ten sposób następuje samooczyszczenie jamy ustnej. Jeżeli takie mechaniczne oczyszczanie nie nastąpi np. z powodu choroby, która przeszkadza normalnemu przyjmowaniu pokarmów lub prawidłowe ruchy języka napotykają na przeszkody, wtedy wyrosła brodawkowe rosną nakszałt pęczków. Między temi wyrosłami dochodzi do rozwoju bakterji. Wygląd języka jest odbiciem stanu błony

śluzowej jamy ustnej i wskazuje nam na to, jaki jest stosunek błony śluzowej do tej czy innej choroby (Hoffendahl).

I ten autor utrzymuje, że sprawy gnilne szczególnie rozwijają się w tej części języka, która posiada najmniejszą ruchliwość, a mianowicie w obrębie nasady języka. W dalszym ciągu autor ten dowodzi, że byłoby wielkim błędem rozpoznawczym z osadu wyprowadzić wniosek co do obecności choroby żołądka lub kiszek. U wielu ludzi osad powstaje wskutek oddychania przez usta w czasie snu i w żadnym stosunku nie stoi do błony śluzowej żołądka. Spotyka się bowiem ludzi z gruboobłożonym językiem przy dobrym apetycie i z zupełnie normalnymi stosunkami wyprowadzonej zawartości żołądkowej i naodwrot bardzo ciężkie schorzenia żołądka mogą przebiegać tak, że na języku niema najmniejszego osadu i u takich ludzi język wykazuje zwodniczą gładkość (Hoffendahl).

Nalot, zdjęty szpadelkiem z języka, przedstawia się, jako gęsta szarawa masa złożona ze złuszczonych komórek nabłonkowych, rozpadu leukocytów, wyschłej śliny, z masy bakterji i grzybków oraz z resztek pokarmowych. Przez zeszkobanie nalotu z nasady języka można się przekonać o przykrym jego zapachu, wtedy gdy nalot przedniej części języka jest bezwonny (Gleichgewicht).

W związku z gniciem resztek pokarmowych w obrębie nasady języka, w zagłębieniach znajdujących się tutaj brodawek i gruczołów powstaje przykry zapach z ust (foetor ex ore). Według zdania niektórych (Wajnert) foetor ex ore powstaje wskutek spraw chorobowych, toczących się w żołądku i w kiszkiach. Że ostra niestrawność żołądka, choroby zakaźne, przewlekłe zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, choroby przełyku mogą prowadzić wtórnie do powstania spraw gnilnych w jamie ustnej, nie ulega obecnie już żadnej wątpliwości. Takie sprawy, jak psujące się zęby, zapalenie dziąseł, czopy migdałkowe, krypty z ropą w jamach czołowych i Highmora, również mogą być przyczyną przykrej woni z ust.

Z dostępnego mi piśmiennictwa przytaczam opisy wyglądu języka, właściwego dla pewnych stanów chorobowych.

Język brózdowany (lingua scrotalis seu plicata) według Wiesela spotyka się u neuropatów, w przebiegu kamicy żółciowej, w bezsoczności wrodzonej. Język bywa czerwony, mięsisty, popękany i umiarkowanie powiększony. Na górnej powierzchni jego znajdują się liczne brózdy, na których niema brodawek. Pośrodku języka w linii środkowej przebiega zwykle najgłębsza brózda. Boczne brózdki idą symetrycznie. Na wzniesionych miejscach fałd znajdują się normalne brodawki (Hoffendahl).

Według Ullmana język brózdowany wykazuje delikatne ząbienie i fałdy wraz z karbami na brzegach jego. Fałdy występują zwłaszcza na grzbiecie języka. W większości przypadków dotyczy to części środkowej i tylnej części języka. Znajdujące się często na grzbiecie i na bocznych częściach języka powierzchowne owrzodzenia sprawiają dotkliwy ból. Znajdujące się między poszczególnymi fałdami brózd, często głęboko sięgające, powstają wskutek powiększenia, wydłużenia i obrzmienia brodawek nitkowatych.

Język geograficzny (lingua geographica) jest to częste niewinne schorzenie języka, przebiegające bez żadnych dolegliwości. Wskutek złuszczenia ograniczonego stwardnienia i częściowo zrogowacenia nabłonka wytwarza się czerwona plama, która rozszerzając się kulisto i łącząc się z innymi plamami, nadaje językowi wygląd mapy (Irrgang).

Język geograficzny jest ważnym objawem skazy wysiękowej (Czermy, Lust, Recht, Stolte, Laskiewicz, Irrgang), według Weigerta w 25⁰/₀ jest jej pierwszym objawem. Marschik stwierdził na języku geograficznym nierównomiernie rozłożony osad. Podobne do zmian na języku geograficznym spotykają się w kile drugorzędnej plaques muqueuses (Brugsch i Schittenhelm).

Język czarny (lingua nigra villosa) polega na obecności ciemno-brunatnych lub fioletowo-brunatnych przerosłych brodawek na grzbiecie języka, pokrytych gęstą masą śluzowo-bakteryjną. Schorzenie to pojawia się w wieku poważniejszym, często w przebiegu chorób przewlekłych i w stanach wyniszczenia.

Etjologia tych zmian do dnia dzisiejszego nie jest znana, mają je wywoływać różne drobnoustroje (Lutiez). Cierpienie to nie sprawia prawie żadnych dolegliwości (Strümpell). Według Hoffendahla język czarny posiada na grzbiecie swoim po obu stronach linii środkowej wprost brodawek pieńkowatych czarno-brunatną plamę, która rozszerza się w kierunku końca i boków języka do odległości 2 ctm. od końca języka. Plama ta powstaje wskutek wydłużenia się na $\frac{1}{2}$ —1 ctm. na podobieństwo włosów brodawek nitkowatych (villosa). Język jest pokryty śluzowym, miejscami białawym, podobnym do pleśniawek, nalotem, który często bardzo silnie się zaznacza (Brugsch i Schittenhelm).

Zapalenie grudkowe języka (glossitis papulosa) oznacza sprawę chorobową kilka dni trającą. Na górnej powierzchni języka w czasie gorączki i żywych bólów zjawiają się na czerwonej śluzówce białawe wykwity wielkości łebka szpilki. Wykwity, szybko rosnąc, dochodzą do wielkości grochu i podnoszą się na 2 mm nad poziomem błony śluzowej. Po kilku dniach sprawa cofa się i w środku wykwit wy-

twarza się zagłębienie, dokoła którego występuje czerwono-brunatne kropkowanie i sine zabarwienie na obwodzie. Wreszcie wytwarza się płytki, pokryty ropą, ubytek tkanki, który wkrótce ustępuje (Hofendahl).

Przewlekłe łuskowate zapalenie języka (glossitis chronica squamosa) zaznacza się wystąpieniem białych plam na końcu języka i na jego grzbiecie oraz guzków na wargach i ślinieniem się. Plamy te wykazują przejścia od zmętnienia podobnego do śluzu aż do osadu w kształcie kropel. Osad ten daje się usunąć tylko z trudem i krwawieniem. Etiologia tego cierpienia nie jest wyjaśniona (Winternitz).

Bolesne zapalenie języka (glossitis dolorosa persistens lub glossitis streptococcica chronica) jest schorzeniem przewlekłym. Mikroskopowo stwierdza się nieznaczne zmiany w przeciwieństwie do silnych bólów, jakie powstają podczas zetknięcia się pokarmów z językiem. Przy dokładnem oglądaniu powierzchni języka stwierdza się obecność małych powierzchownie leżących rozpęklin, co przemawia przeciw neuralgji. Dalsze badanie wykrywa, że pod warstwą nabłonka leżą drobnoustroje (paciorkowce—Pavia).

Do ważniejszych zmian na powierzchni języka według Hochenega i Payra należy *łuszczyca języka* (psoriasis linguae lub leukoplakia lingualis). Znajdujemy ją najczęściej u ludzi namiętnie palących lub żujących tytoń, często posiada tło kiłowe. Cierpienie pojawia się najczęściej na końcu języka lub jego brzegach w postaci białawych plam ostro wystających, lecz nieregularnych kształtów, plamy te często na błonę śluzową policzków przechodzą jako psoriasis buccalis. Składają się one pierwotnie z nadmiernie bujającego nabłonka. Po ich starciu lub zeszkrobaniu natrafiamy w ich miejscu silnie zaczerwienione kępki, składające się z przekrwionych brodawek, które podczas jedzenia lub żucia są bardzo bolesne. W niektórych razach zauważono przed powstaniem tych plam zupełnie gładkie miejsca na języku, wyglądające jakby były pociągnięte pokostem, w innych znowu razach tworzą się najpierw miejsca twarde, jakby zrogowaciałe, pod którymi powstają owrzodzenia lub rozpękliny. Przebieg tej sprawy zapalnej bywa zawsze przewlekły (Rydygier).

Nedopil twierdzi, że rak powstaje z tych owrzodzeń, pozostających po odłączeniu się strupków łuszczycowych, albo też wyrasta jako guz kosmko-brodawkowy.

Do rzadko spotykanych schorzeń języka należy powierzchowne *przewlekłe zapalenie języka* (glossitis Möllera). Na grzbiecie, czubku i brzegach jego występują nieregularnie czerwone plamy i smugi, które od otaczającej normalnej powierzchni języka często tylko swoim

zabarwieniem wyróżniają się. Plamy te powstają wskutek tego, że w tych miejscach nabłonek jest bardzo zcieńczały lub go brak i powierzchowne warstwy tunicae propriae są przepojone naciekiem drobnokomórkowym. Podczas jedzenia twardych pokarmów, jak również po długiej rozmowie, występują znaczne piekące bóle języka, które ograniczają przyjmowanie pokarmów. Sprawa ta przebiegać może bardzo długo (Hoffendahl).

Pod nazwą *zapalenia przyszczykowego* (stomatitis aphtosa) według Adriona rozumieć należy, co następuje: w powierzchownej warstwie błony śluzowej występują białozółte w kształcie krążka wykwity wielkości od główki szpilki do ziarna soczewicy. Krążki te są otoczone ostro odgraniczającą obwódką. Jeżeli wykwity te zlewają się, mogą swoim wyglądem przypominać błony dyfterytyczne. Mikroskopowo stwierdza się martwicę nabłonka, na którego miejscu znajduje się wypocina włóknikowa i pod tkanką łączną śluzówki nagromadzenie komórek okrągłych. Sprawa ta niezawodnie jest pochodzenia infekcyjnego, albowiem stwierdzono obok gronkowców i inne zarazki (diplostreptococcus). Zapalenie przyszczykowe sprawia ból podczas żucia i rozmowy, zajmuje czubek i boki języka, jak również i dziąseł. Wyżej opisane cierpienie spotyka się u dzieci i u dorosłych, zwłaszcza u kobiet w okresie miesiączkowania, w ciąży i podczas karmienia. Nadto spotyka się ono w przebiegu ciężkich chorób (żołądka, kiszek, zapalenia płuc, duru brzuszego).

Bolesne małe owrzodzenia na języku i na śluzówce jamy ustnej występują po obrażeniach (ukąszenia, ostre szczotki) u osób, których ślina nie posiada dostatecznych sił przeciwbakteryjnych, lub które cierpią na próchnicę zębów lub ropotok zębodołowy (Kloss).

Czerwone płomienne zabarwienie języka (papillitis lingualis) wskazuje na utratę powierzchownych warstw nabłonka w czasie zapalenia brodawek językowych. Jest to bardzo bolesne schorzenie języka. Zapomocą lupy widać na brzegach języka brodawki nitkowate pozbawione nabłonka jako małe czerwone punkty (Kraus). Czy schorzenie to, przeszkadzające w przyjmowaniu pokarmów, jest sprawą odosobnioną, czy też jest częściowym objawem ogólnego niebezpiecznego stanu chorobowego, może być osądzone na gruncie dokładnego badania. W liczbie przyczyn można podać sprawy żołądkowe (brak wolnego kwasu solnego) lub choroby jelit (Tittinger).

Glossitis chronica traumatica. Hofer często obserwował przewlekłe zapalenie języka pochodzenia urazowego, które zaznaczało się wystąpieniem bólów po jedzeniu na przedniej części języka. Wskazuje on wtedy lekkie zaczerwienienie brodawek, czasem rozleglej-

sze bez znaczniejszego obrzmienia jego. Duże braki zębów, niedostateczne umocowanie protezy naraża język na wykonywanie nieprawidłowych czynności podczas jedzenia i to jest przyczyną podrażnienia języka. Jeżeli do tego dołączyć próchnicę zębów, zapalenie migdałków i ropotok, tembardziej pogarszają się dolegliwości ze strony języka.

Wrażenia smakowe (słodkie, kwaśne, słone) spotykają się w schorzeniach błony śluzowej języka, naczyń i nerwów języka, idących do ciała smakowych. Szczególnie sprawa ta występuje w cierpieniach metaluetycznych układu nerwowego, zwłaszcza w okresie początkowym wiądu rdzenia, w przebiegu ostrych i przewlekłych zapaleń języka, zależnych od stanu uziębienia (Bondi), w cukrzycy (Umber).

Parestezje języka i suchość jego spotykają się niekiedy u młodych dziewcząt w okresie przed miesiączkowaniem (Wiesel).

Palenie języka bez objawów zapalnych spotyka się niekiedy w przebiegu raka i wrzodu żołądka i w marskościach wątroby (Schreuer).

Sellei stwierdził występowanie palenia języka w tych przypadkach, gdzie nie ma zbyt silnej nadkwaśności. W takich razach palenie może być usunięte po zastosowaniu zasad.

Według wspomnianego autora bardzo rzadką przyczyną palenia języka bywa brak kwasu solnego. Takie przypadki są bardzo podejrzane co do niedokrwistości złośliwej. W tych przypadkach, gdzie występuje palenie języka, trzeba badać zawartość żołądka, krew i w kierunku obecności robaków.

W wielu przypadkach bólów języka przyczyną bywa oparzenie go gorącymi płynami, zwłaszcza tłuszczami. Przy silnych oparzeniach brodawki nitkowate giną i język pozostaje pozbawiony swojego ochronnego pokrycia (Beer).

Wogóle w czasie zaparcia język bywa obłożony białym nalotem, w czasie rozwolnienia jest czerwony i lśniący (Debove i Sallard).

W przypadkach ostrego zapalenia żołądka język prawie zawsze jest obłożony grubym nalotem i suchy (Strümpell, Brugsch i Schittenhelm), na bokach ma odciski zębów (Debove i Sallard), z ust czuć przykrą woń (Gutzeit), osad bywa szaro-brudny (Kauffman) lub też biały albo żółty rozmieszczony na grzbiecie języka i wilgotny (Knud Faber).

Grube, białe, trudno dające się usunąć rozległe osady, charakterystyczne są dla ostrych katarów żołądka i dwunastnicy (Wiesel),

Bardzo silny osad na języku może być i w przebiegu wzmoczonego wydzielania się kwasu solnego. Bywa to u pijaków, u których obok przewlekłego zapalenia gardzieli, stwierdza się kwaśny katar żołądka na tle nadużycia alkoholu (Kuttner). W przypadkach, gdzie mamy do czynienia ze zwykłą zwiększoną ilością wolnego kwasu solnego, język jest czysty i wilgotny (Kuttner, Wiesel).

Katary żołądka, przebiegające ze zmniejszoną ilością wolnego kwasu solnego, wykazują obecność osadu na tylnej części języka (Wiesel).

Nieżyty żołądka, przebiegające przewlekłe, również często dają osad na języku, przykry smak w ustach, palenie, odbijanie i woń z ust (Knud Faber, Brugsch i Schittenhelm). Po większej części język bywa obłożony po środku, koniec i boki jego są czerwone (Strümpell).

Według Wiesela i Strümpella język w przebiegu wrzodu żołądka po większej części bywa czysty, gładki, czerwony.

Według Strümpella w przebiegu raka żołądka język bywa często, lecz nie zawsze bardzo obłożony i suchy, niekiedy jest bardzo obłożony, często czysty, w stanach daleko posuniętych staje się czerwony i suchy (Debove i Sallard).

Rösler, Gutzeit, twierdzą, że w przebiegu ostrych nieżytów jelit cienkich język jest obłożony i suchy. Niekiedy język bywa obłożony i w przebiegu przewlekłych katarów jelit (Lorisch i Schmidt), prócz tego występować może palenie języka, przykry smak i zapach z ust (Matthes, Gutzeit).

W przebiegu wrzodziejącego zapalenia grubych kiszek język jest silnie obłożony, suchy, a z jamy ust czuć foetor (Goldinberg).

W czasie napadów bólów kamicowych język bywa obłożony, w przerwach między bólami jest czysty (Wiesel).

Eppinger zwraca uwagę, że w przebiegu żółtaczk nieżytowej język najczęściej jest obłożony. W zanikowej marskości wątroby język bywa gładki, błyszczący i żywo czerwony (Debove i Sallard).

Bloch utrzymuje, że w przebiegu gruźlicy płuc (Pht. pulm. fib. cas.) język jest czysty przy zupełnym braku łaknienia.

W zapaleniu płuc język po większej części jest suchy i umiarkowanie obłożony, a przedewszystkiem u starych ludzi (O. de la Camp.), biały lub żółtawy, często suchy (Debove i Sallard).

W zapaleniu płuc kokluszowem język jest blado-różowy z odcieniem gliniastym, gładki z nieznaczną ilością szarawego osadu (Dąbrowski i Gackowski).

Jeżeli po spadku gorączki w przebiegu zapalenia płuc język pozostaje suchy, wtedy należy spodziewać się powikłania lub podniesienia się gorączki (Wiesel). Sine zabarwienie dolnej części języka jest oznaką rozpoczynającej się niedomogi serca (Neusser). Choroby przebiegające z zastoinami zabarwiają język i dziąsła na sino (wady serca, rozstrzenie oskrzeli) (Hoffendahl). Oznaką zapalenia nerek według Hentzego jest język lakierowany.

Suchość, gładkość i zaczerwienienie języka w przebiegu zapalenia wsierdza jest oznaką niepomyślną (działanie toksyn na ślinianki — Wiesel).

Na szczególne wyróżnienie zasługuje zachowanie się powierzchni języka w przebiegu *niedokrwistości złośliwej*.

Do wczesnych objawów nied. zł. należy zachowanie się języka, o czym mówi Klein w sposób następujący: „Objawy wczesne choroby mają duże znaczenie rozpoznawcze i są bardzo charakterystyczne. Jednym z wczesnych objawów, który może poprzedzać chorobę na szereg lat, jest tak zwany język Huntera. Chorzy tacy zwykle się skarżą, że język mają jakby poraniony, że boli ich, szczypie, pali, szczególnie po pokarmach kwaśnych, ostrych, tak że często unikają jedzenia. Uczucia tego doznają nie tylko na języku, ale i w gardzieli i w przełyku. Okazuje się, że u chornych tych na brzegu, na bokach języka znajduje się wyraźne zaczerwienienie szkarłatno-aksamitnego charakteru. Objaw ten występuje niestety nie we wszystkich przypadkach, w połowie wcale go niema, niekiedy na jakiś czas ginie, niekiedy znów jest ledwo zaznaczony. W niektórych przypadkach objaw ten występuje w postaci pęcherzyków, które pękają, w innych znów język jest gładki z zanikłą błoną śluzową, ten ostatni jest mniej charakterystyczny i na zasadzie jego nie można rozpoznawać nied. zł. Objaw ten występuje bardzo wcześnie, jeszcze przed anemią on też głównie sprowadza chorych do lekarza i nie ustępuje po leczeniu“.

Weinberg i Beranek utrzymują, że język Huntera uważać należy za typową i najstarszą oznakę nied. zł., występującą według tego ostatniego autora w 61⁰/₀ przypadków.

Języki zupełnie gładkie i ubogie w brodawki można spotkać nie tylko w nied. zł., lecz i w wadach rozwojowych i w stanach septycznych (Wiesel).

Kaznelson mówi o przypadku chloranemji w połączeniu z bezsocznością żołądkową, gdzie wystąpiło zapalenie języka (glossitis) znacznego stopnia. Leczenie wątrobą usunęło między innymi i zmiany

na języku. Po zaprzestaniu leczenia znowu wystąpiły zmiany na języku. Wznowienie podawania wątroby i tym razem usunęło je.

W przebiegu *blednicy* mogą występować niekiedy bolesne szczeliny i otarcia w kątach ust, na końcu języka i na jego bokach (Hoffendahl).

Częstym wczesnym objawem w chorobach krwi, zwłaszcza w przebiegu ostrej białaczki, są wylewy krwawe, zwłaszcza na brzegach języka (Wiesel).

Obrzmienia migdałków i gruczołów mieszkowych u nasady języka występują tak w przebiegu ostrej białaczki (Herz), jak i w przewlekłej (Domarus).

Język w przebiegu *ostrej białaczki* bywa obrzękły, wysuwa się z trudnością silnie obłożony, dziąsła dolne w rozpadzie (Apfelbaum), rozpulchnione, naciekle, pokryte nalotami (Lipiński). Zapalenia języka są dobrymi drogowskazami w chorobach wewnętrznych, w tym i w zaraźliwych, mówi Strausz.

Według Wiesela osad na języku w przebiegu chorób zakaźnych jest wyrazem niedostatecznego utrzymania w porządku jamy ustnej.

W przebiegu *duru brzuszego* powierzchnia języka zachowuje się charakterystycznie. Opis zmian, jakie zachodzą na języku w toku tej choroby, podaje za Huszczą, jak następuje: „U chorego w pierwszych dniach I-go tygodnia język jest białawy lub nawet mocno obłożony, o brzegach różowych, dość suchy. W następnym okresie, zwanym szczytowym (stadium acmis), w drugim tygodniu choroby język pozostaje wciąż obłożony, na powierzchni jego wskutek wysychania tworzą się naloty nie dające się usunąć, brzegi zaś, dotykające zębów, nie wysychają i pozostają czerwone, często powstają na nim nieznaczne pęknięcia, a krwista ich wybroczyna zabarwia nalot na ciemny kolor, zbliżony do wyglądu sadzy („fuligo“ dawnych autorów). Dziąsła również wysychają i pokryte są gęstym szlamem lub nalotem, łatwo krwawią, a wtedy pokryte są krwistymi strupkami. Wogóle jednak wygląd zewnętrzny języka również i w tym okresie nie stanowi jakiejś wybitnej cechy charakterystycznej dla *duru brzuszego*, będąc właściwym większości ciężkich schorzeń zakaźnych. Już może za bardziej charakterystyczne należy uważać drżenie języka, które niekiedy jest zjawiskiem stałym tego okresu *duru* w ciężkich jego postaciach. — W trzecim okresie *duru brzuszego*, zwanym okresem spadku (stadium decrementi), język oczyszcza się od brzegów i od środka, a między nimi pozostają jeszcze pewien czas białawe smugi nalotów“.

Niektórzy autorzy uważają, że wygląd powierzchni języka jest

charakterystyczny dla duru brzuszego, zwłaszcza trójkąt, jaki na koniuszku jego powstaje.

Brunatny, zeskorupiały, popękany język jest charakterystyczny nie tylko dla chorych na dur brzuszny, ale wogóle dla wszystkich chorych w okresie tyfusowym (Jürgens),

Typowy opis zachowania się powierzchni w przebiegu innej choroby zakaźnej, mianowicie *plonicy* podają Bogdanowicz i Szenajch. Opis ten brzmi, jak następuje: „Swoiste zmiany w zachowaniu się śluzówki jamy ustnej gardzielowej — *enanthema scarlatinosa et glossitis acuta proliferans exfoliativa scarlatinosa* — są najbardziej charakterystycznym i najstalszym i najwcześniej występującym objawem *plonicy*. Zgodnie z Lesag'iem możemy odróżnić cztery okresy w przebiegu przeobrażenia się śluzówki języka i gardzieli. W I-ym okresie język jest obłożony grubą warstwą białej lub cytrynowo-żółtej barwy i obrzmiały. Okres ten trwa od 2 do 4 dni. W II-im okresie język oczyszcza się od nalotu, a trwa to od 7—8 dni choroby. Wynikiem zniknięcia nalotu jest zupełne obnażenie języka i uwydatnienie wszystkich brodawek, jest to tak zwany język malinowy, stanowiący III okres w rozwoju przeobrażeń języka *ploniczego*; w takim stanie język pozostaje od 4 do 5 dni. Ostatni IV okres jest to okres odradzania się warstwy nabłonkowej, język traci swój dotychczasowy połysk, matowieje, pokrywa się cienką warstwą nabłonkową, ztraca swą barwę szkarłatną i coraz bardziej blednie, wreszcie staje się gładkim, pokrytym jednolitą powierzchnią nabłonka, odzyskuje swą normalną wielkość i zabarwienie, co daje się stwierdzić około 15-go dnia choroby. W ciężkich zaś przypadkach *plonicy* toksycznej stwierdzamy w samym początku choroby suchość i obrzmienie języka, na nim „sadzowaty“ obfity nalot“.

W *durze plamistym* język w pierwszych dniach jest białawy albo żółto brunatny, grubo obłożony, w miarę rozwoju apatii i utraty świadomości staje się suchy, jak skóra, zeskorupiały, popękany, niekiedy gładki i czerwony. Dziąsła i wargi są obłożone brunatnym nalotem i suche. Nawet przy najlepszej opiece na szczycie choroby suchości tej usunąć nie można (Hoffendahl).

Według Munka zachowanie się języka w przebiegu duru plamistego jest mniej charakterystyczne. Język jest na początku po większej części wilgotny, szaro obłożony i nie popękany. Brzegi i czubek są wolne od osadu, wykazując rzadko żywe zaczerwienienie.

W przebiegu *duru powrotnego* język jest lekko obrzmiały i wykazuje na brzegach odciski od zębów, posiada zabarwienie żółto-białe i obłożony jest mniej lub więcej grubym osadem. W lżejszych przy-

padkach rzadko czerwony, wygładzony, wszędzie wilgotny. W cięższych jest grubiej obłożony, suchy i brunatny. W najcięższych jest suchy, jak spalony i przylepiony do podniebienia (Hoffendahl).

W ciężkich przypadkach *odry* język jest malinowy i według Władimirowa zmiany na nim są takie, jak w przebiegu płonicy, a mianowicie język jest obłożony, później się oczyszcza, jest zaczerwieniony, poczem występują granulacje. Z powodu obrzmienia śluzówek nosa następuje bardzo nieprzyjemne wysychanie śluzówek jamy ustnej, które doprowadza do wytwarzania się strupów i szczelin na języku i dziąsłach (Hoffendahl).

Ważną rzeczą w znaczeniu rozpoznawczem jest zachowanie się języka w *grypie*. Bywa on po większej części obłożony szaro-białym nalotem, na czubku i na przedniej trzeciej części języka obficie zaznaczają się czerwone brodawki, co robi wrażenie języka malinowego (Möllers, Ortner).

Taki język malinowy występuje w okresie spadku gorączki u osobników młodych (Berger, Seemayer, Schnetz).

W *czerwonce* stwierdza się, tak jak w przebiegu duru brzuszno, na języku i na dziąsłach nalot, jak sadze (Hoffendahl).

W większości przypadków *ostrego gościca* stawowego na początku choroby język jest obłożony białawym lub żółtawym nalotem. Podczas zwykłego przebiegu w pierwszych dniach gorączki osad się zwiększa, wskutek czego wzrasta potrzeba przyjmowania napojów. Język pozostaje jednak wilgotny. Tylko w ciężkich przypadkach język jest suchy (wysoka ciepłota), rzadko bywa popękany i cokolwiek jakby sadzami obłożony. Po zastosowaniu salicylu i po spadku ciepłoty język szybko wraca do normy (Hoffendahl).

W przebiegu *ostrego zapalenia otrzewnej* język ma wygląd charakterystyczny. We wszystkich takich przypadkach jest on suchy i obłożony brunatnym nalotem, według ogólnego zdania mniej lub więcej wilgotny język jest ważną oznaką prognostyczną (Matthes).

W początkowym okresie zapalenia otrzewnej znajdują się na języku suche smugi, idące podłużnie, które tworzą trójkąt podstawą zwrócony do nagłośni. W miarę, jak zapalenie otrzewnej postępuje, język i dziąsła stają się suchsze, język pęka i pokrywa się strupami. W okresie częstych wymiotów język zabarwia się na czarno (Unger).

W niedrożności jelit język bywa suchy (Matthes).

Na suchość w porażeniu jelit zwraca uwagę Danielsen, Doerfler podnosi suchość w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego.

W przebiegu ropnia wątroby język jest obłożony, często suchy, na co zwraca uwagę Lepehne.

W początkowych okresach przedziurawienia żołądka język pokrywa się nalotem, w późniejszych okresach wysycha (Mayer).

Zmiany wyglądu języka i jego powierzchni spotkać można również i w przebiegu chorób układu nerwowego.

Odżywcze zaburzenia w korze mózgowej mogą odbić się na języku w postaci bardziej rozległego osadu po stronie przeciwnej (Börnstein).

Porażenie obwodowe nerwu podjęzykowego zaznacza się zanikiem odpowiedniej połowy języka (Schuster i Pinéas, Paal). Zanik połowy języka po apoplektycznym ataku u syfilytyka spostrzegali Kopyczyński.

Ziegenweidt, Kracht, Marburg, Hübner i inni w pewnej liczbie przypadków zaniku połowy twarzy spostrzegali zmiany mięśni języka (w sklerodermji), Kren obserwował takie zmiany w mięśniach po jednej stronie.

W przebiegu gruźliczego zapalenia opon mózgowych język i wargi są suche i jakby sadzami obłożone (Le Blanc).

Weinberg podaje nowy objaw guza III komory, a mianowicie drżenie języka. Jednym z wczesnych objawów choroby Basedowa jest drżenie języka (Kocher), które również można spotkać i w przebiegu tężca (Wiesel).

Według Schmidta język w chorobie Basedowa może wykazywać cechy języka brózdowanego lub geograficznego. W jamie ust suchość z uczuciem palenia częściej się spotyka niż wilgotność. Występowanie parestezji smakowych, zwłaszcza gorzkiego smaku, nie należy do rzadkości.

U chorych na śpiączkowe zapalenie mózgu Batko spostrzegął charakterystyczne wysuwanie języka podobne, jak u psa zdyszanego.

W stanach po zapaleniu letargicznym mózgu język bywa wiotki, cienki, słabo wysklepiony i bardzo obłożony (Bunning).

Filatow mówi o nerwowym obrzęku języka.

Występujące na języku i na dziąsłach brunatne lub czarne zabarwienie w postaci plam lub smug wskazuje na chorobę Addisona (Hoffendahl, Wiesel, Strauss).

W chorobach przemiany materji język również wykazuje zmiany. Grube daje następujący opis języka u chorych na dnę: „Język jest gruby i szeroki o żywo czerwonym wyglądzie, jak świeże mięso, czerwony z licznymi szczelinami i występującymi brodawkami, przytem bardzo jest wrażliwy na wszelkie podrażnienia. Spotkać się można u chorych na dnę z różnego rodzaju parestezjami, z uczu-

ciem gorąca, palenia, głęboko usadowionego bólu neuralgicznego, który utrzymać się może przez kilka dni (Hoffendahl).

U chorych *na cukrzycę* język bywa suchy i obrzmiały, błony śluzowe również są suche. W przypadkach ciężkich jest niebiesko-czerwony i z bardzo wystającymi brodawkami. Brzegi języka są często lekko karbowane i wykazują odciski zębów. Czasami na grzbiecie języka, jak i na jego bokach, znajdują się bolesne pęknięcia, które opierają się każdemu leczeniu. U diabetyków spotyka się czasami język geograficzny. Często występują u nich pleśniawki w postaci małych białawych wzniesień na języku i na dziąsłach, ponieważ grzybek ten znajduje dobry pokarm w przepojonych cukrem tkankach (Hoffendahl).

Liebermeister opisuje niedokrwistość języka, jako ważny *objaw zatoru powietrznego*. W wielu przypadkach zakładania odmy piersiowej autor ten obserwował wystąpienie niedokrwionych miejsc na języku po prawej jego stronie, co odpowiada rozgałęzieniom art. prof. linguae lub art. lingualis.

W bezpośrednim związku z anemią języka występują objawy zatoru mózgowego, którego ciężkie objawy idą równolegle z rozszerzaniem się zatoru naczynia języka. Wspomniany autor proponuje przy wystąpieniu lekkich objawów niedokrwistości języka natychmiast wyjąć igłę, dzięki czemu można ustrzedz się wystąpienia zatoru mózgowego. Jeżeli wykonywa się zakładanie odmy w pozycji na plecach z lekko podniesioną do góry górną częścią ciała i zgiętą ku tyłowi głową, to już najmniejszą ilość powietrza (zator) można rozpoznać na języku. Małe pęcherzyki powietrza płyną z krwią i przez art. anonyma, carotis com. i car. ext. przedostają się do art. lingualis.

Widzi się wtedy na języku ostro odgródzone wzdęcie pewnego segmentu przybrzeżnego wprawo od koniuszka języka (zakończenie art. prof. linguae), albo podobny odcinek naprawo od czubka języka (art. prof. linguae), albo całej połowy języka (art. lingualis), albo całego języka (obie art. linguales). Ten objaw bardzo łatwo pozwala rozpoznać obecność powietrza w naczyniach języka, zanim ono dojdzie do mózgu i spowoduje objawy mózgowe.

Zanim przejdę do omówienia własnych spostrzeżeń, dotyczących języka, dziąseł i zębów w różnych stanach patologicznych, podam szczegóły, mające związek ze stanem języka, na których opierałem się podczas układania wyniku swoich obserwacji.

Język w spokoju przy zamkniętych ustach wypełnia całą jamę ustną, swymi brzegami przylega do szeregu zębów szczęki dolnej,

grzbietową powierzchnią do twardego i miękkiego podniebienia, tylną prawie prostopadłą częścią, dotyka ściany gardła. Każde obrzmienie języka pcha go w kierunku szczęki, twardego podniebienia i tylnej ściany gardzieli. Stąd rozumiałą jest rzeczą, że na obrzmiących brzegach wytwarzają się odciski zębów i szpar międzyzębowych, co czyni język karbowanym, przy większych jeszcze obrażeniach język wychodzi z otwartych ust (Hochenneg i Payr).

Badając język, trzeba zwrócić uwagę na położenie języka przy wysuwaniu, czy zbacza (sprawa mózgowa), czy drży (alkohol, gorączka), jak wsuwa się (u nieprzytomych wsuwa się po nawoływaniu), na wielkość (obrzemiecie rozpoznaje się po odciskach zębów na brzegach języka), na obecność przygryzień lub blizn po nich w celu odróżnienia padaczki od innych spraw (hysterja), na barwę języka i stopień wilgotności (sinica, bardzo czerwone zabarwienie i obrzemiecie brodawek w przebiegu płonicy), na suchość, podczas której język staje się niegładkim, jakby zrogowaciałym i pęka (Brugsch i Schittenhelm).

Rady wspomnianych autorów uzupełniłem jeszcze bardzo dokładnem oglądaniem języka, jako całości, nasady języka, gdzie, jak wyżej podałem, mieści się przyczyna spraw gruźliczych, dolnej powierzchni, gdzie znaleźć można pewne zmiany, oglądaniem brodawek językowych i boków języka.

Pod względem wielkości określałem język jako duży i mały (zanikowy), przy tem duży język był zwykle i szeroki, język mały był krótki, wąski spotykał się tu i tam. Język określałem jako duży wtedy, kiedy podczas swobodnego wysuwania brzegami dotykał do kątów ust, podczas gdy przy normalnej wielkości między brzegami jego i kątami pozostaje pewna wolna przestrzeń.

Duży język może być wrodzony lub też z powodu obrzemień (zapalenia, otrucia). Obrzemiecie języka może dotyczyć całości języka lub tylko jego części (działanie substancji żrących).

Zanikający język spotyka się według Bunninga w przebiegu porażenia opuszkowego, w chorobach żołądka i kiszek, w raku żołądka, w starości. Dalej spotykałem się z językami grubymi i cienkimi. Cienki język w przeciwieństwie do grubego posiada znacznie większą ruchliwość, część przybrzeżna podczas wysuwania unosi się ku górze, tworząc coś w rodzaju rynienki, biegnąc dokoła końca języka i dalej ku środkowej części języka.

Normalnie biorąc, język posiada kształt jajowaty. Od tego prawidłowego kształtu bywa wiele odchyień. Odchylenia te dotyczyły w pewnej liczbie przypadków końca języka. I tutaj spotykałem się

z różnego rodzaju wyglądem końca, że wspomnę o niektórych. Jeżeli język był długi i wąski, to koniec jego bywał bardzo śpiczasty. W tych razach, kiedy język był duży, szeroki, to między końcem i trzonem wytwarzało się jakby przewężenie i trzon języka nabierał kształtu cylindra. Widzieć się dało końcu języka mające pośrodku wcięcie, dzielące je na dwie połowy, kształtem przypominające serce: spostrzegałem takie końce języka, które były skrzywione w stronę prawą lub lewą w takim stopniu, że w pierwszej chwili można było pomyśleć o zbaczeniu języka w tę czy w drugą stronę. W tych razach, kiedy język był obrzmiały, koniec języka nie posiadał swego normalnego kształtu, tylko był szeroki.

Baczną moją uwagę zwróciło zachowanie się powierzchni językowych — górnej i dolnej. Aczkolwiek ta ostatnia bywa podczas badania zwykle pomijana, jednak i ona może dostarczyć badającemu pewnych interesujących danych. Przyglądając się górnej powierzchni języka, należy zwrócić uwagę, żeby chory wysunął język tak, aby można było obejrzeć i tylną jego część, a zwłaszcza to miejsce, gdzie znajdują się brodawki okolone. Oglądanie tego miejsca może nam wytłomaczyć przyczynę niektórych spraw (np. zapach z ust). Dalej zwracałem uwagę na zachowanie się górnej powierzchni języka co do wyglądu pod względem posiadania brózd, nierówności lub wygładzenia, a co najważniejsze, pod względem obecności osadu i jego rozmieszczenia, pod względem suchości lub wilgotności, zachowania się brodawek. Podczas oglądania języka na pierwszy plan wysuwa się obecność osadu na nim lub brak jego. Różnorodność osadu na języku jest tak wielka, że o wyczerpującym opisie jego nie może być mowy. Według Hoffendahla były robione próby klasyfikowania osadów na języku.

Oglądając górną powierzchnię, mogłem stwierdzić, że bywa ona mniej lub więcej czerwona, sina, blada, matowa lub połyskująca, gładka lub nie — brózdowana, wilgotna lub sucha. Czerwona barwa płomienna — jest oznaką stanu zapalnego języka i oznacza utratę powierzchniowych warstw nabłonka, siny, kiedy chodzi o zaburzenia działalności serca, błądy w przypadkach różnego rodzaju niedokrwistości. Powierzchnia języka bywa matowa, kiedy na całej powierzchni języka nabłonek nie jest uszkodzony i równomiernie okrywa powierzchnię języka. Kiedy brak nabłonka na pewnej większej przestrzeni, a zwłaszcza, co najczęściej się zdarza, na brzegach trzonu i koniuszka języka, wtedy w tych miejscach język połyskuje, jakby był polakierowany. W takich razach na miejscach pozbawionych

nabłonka język nie posiada osadu lub w stopniu bardzo nieznacznym.

Powierzchnia języka bywa mniej lub więcej gładka, co zdarza się np. w przebiegu niedokrwistości złośliwej. W tych razach, kiedy brodawki rozrastają się, powierzchnia języka staje się szorstka, jak to bywa w przypadku języka geograficznego.

Co się tyczy języków brózdowanych, spotykałem je stosunkowo często i w takich stanach, o których autorzy wyżej wymienieni nie wzmiankowali. Działo się to dlatego, że notowałem brózdowanie języka i w stopniach słabo wyrażonych. Suchość języka nie zawsze przemawia za stanem chorobowym, albowiem zależy ona od różnych czynników np. od sposobu oddychania (otwarte usta w czasie snu, przeszkody w nosie). Wilgotność języka nie zawsze jest dowodem zdrowia. W niektórych ciężkich chorobach stwierdzałem nadmierne wydzielanie się śliny (ciężkie przypadki gruźlicy rozpadowej, wrzód żołądka).

Osad stwierdzałem już to na całej powierzchni języka, co bardzo rzadko się zdarzało, już to na nasadzie i trzonie (bardzo często), już tylko na nasadzie. Że osad na końcu języka bardzo rzadko się spotyka, tłumaczy się największą ruchliwością tej części języka, co przyczynia się do szybkiego oczyszczania jego. Natomiast upośledzenie tej ruchliwości, z czem spotykamy się u ciężko chorych, powoduje wytwarzanie się osadu i na tej części języka. Co się tyczy zabarwienia osadu, to bez przesady można powiedzieć, że odcienie wszystkich barw można spotkać na języku, poczynając od białej, jak mleko, a kończąc na czarnej, jak sadze. Zabarwienie osadu może być jedno i to samo dla wszystkich odcinków języka, a może być i dla każdego odcinka inne; dalej mogę powiedzieć, że w obrębie jednego odcinka zabarwienie osadu bywa różnorodne. Sposób rozmieszczenia osadu na powierzchni języka może być różnorodny. Osad może zajmować całą powierzchnię języka od brzegu do brzegu, od nasady do końca, może układać się w kształcie smug i pasów, zasadniczo zajmując jakąś część języka np. nasadę i wysyłając stąd odnogi w kierunku trzonu i jego brzegów. To znowu osad występuje w postaci grudek, bardziej skupiających się w jednym miejscu i rozrzuconych w innych. Osad może zajmować tylko środek języka, a na obwodzie niema go, bo boki języka oddzielone są od powierzchni zajmowanej przez osad gładkim lśniącem pasem pozbawionym zupełnie osadu.

Najgrubszą warstwę osadu spotykałem na trzonie języka, najcieńszą na końcu. Wytwarzaniu się grubej warstwy osadu na trzonie sprzyja niedostateczne wydzielanie się śliny, co najczęściej zdarza

się u chorych gorączkujących z powodu porażenia struny bębenkowej lub też, jak mówią Brugsch i Schittenhelm, z powodu zaprzestania jedzenia twardych pokarmów.

Spotykałem się i z innymi zabarwieniami osadu, zwłaszcza gdy chodziło o sprawy grzybowe, w każdej części języka osad może być inaczej zabarwiony*). Np. $N+T+K=z+b+sz$. Może być język pokryty nalotem barwy jednej, np. $N+T+K=b+b+b$. W olbrzymiej liczbie przypadków język wykazywał osad na nasadzie i na trzonie, rzadziej tylko na nasadzie, bardzo rzadko i na końcu. Wcale nie widziałem tylko na trzonie.

Barwa osadu była przeważnie biało-szara lub szaro-biała (co przeważało). Co zaś się tyczy zachowania brodawek językowych, to rozrastanie się ich sprzyja powstawaniu osadu, w razach, kiedy zanikają, osad spotykałem rzadziej. Na zupełnie wygładzonej powierzchni języka osad rzadko spotykałem. W chorobach zakaźnych brodawki występują (Bunning, Ortner).

Jak już wyżej powiedziałem, podczas oglądania języka baczna uwagę zwróciłem na zachowanie się dolnej powierzchni języka, a mianowicie na jej zabarwienie w czasie trwania żółtaczek. Okazało się, że dolna powierzchnia języka bywa żółto zabarwiona, tylko zabarwienie to w różny sposób występowało. Najczęściej w postaci trójkąta, którego boki stanowią dwa naczynia żyłne, bardzo dobrze rysujące się po podniesieniu języka ku górze. Wierzchołek tego trójkąta jest zwrócony ku końcowi języka. Zabarwienie żółtaczkowe dolnej powierzchni języka bywa również i rozlane, zajmując całą powierzchnię i wykazując silniejsze nasycenie barwikiem przestrzeni w trójkącie. Wreszcie w tych razach, kiedy naczynia żyłne słabiej się rysowały, dolna powierzchnia języka była jednostajnie żółtaczkowo zabarwiona. Obecność żółtaczkowego zabarwienia na dolnej powierzchni języka stwierdzałem już wtedy, kiedy nie widać go było na powłokach, ale już było na spojówkach ocznych. Żółtaczkowe zabarwienie dolnej powierzchni utrzymuje się tak długo, jak długo widzimy je na spojówkach oka.

Stwierdzenie żółtaczkowego zabarwienia na dolnej powierzchni języka może posiadać to praktyczne znaczenie, że potwierdza rozpoczęcie się występowania żółtaczkki na ciele wtedy już, kiedy na powłokach jeszcze jej nie widać, a na spojówkach jeszcze jest bardzo dyskretna. Wędzidelko języka, przecinające trójkąt wyżej wymieniony, również bywa żółtaczkowo zabarwione. Oglądanie dolnej powierzchni języka pozwala stwierdzić zmiany na niej w przypadkach otrucia cia-

*) patrz niżej na str. 251.

łami zracemi. Nadgryzienie wędzidełka, jak wiadomo, posiada duże znaczenie dla rozpoznania krztuśca (Filatow).

Nie można poprzestać na obejrzeniu tylko powierzchni języka, należy również zwrócić uwagę i na jego boki. I tutaj możemy się spotkać ze zmianami. Boki języka mogą być cienkie lub grube, zaokrąglone lub cienkie, mogą być jakby posiekane, wykazywać brak nabłonka, obecność pęcherzyków. W tych razach, kiedy język jest duży (ma brzegi zaokrąglone), stwierdzałem na jego bokach odciski zębów, które powstają dzięki temu, że zajmując więcej miejsca, przylega ściśle do zębów i w ten sposób wytwarzają się na bocznych powierzchniach jego odciski zębów i szpar między nimi. Jeżeli chodzi o język duży i gruby, to w tych razach jest on takim często w wyniku powierzchownego zapalenia, wskutek którego tem łatwiej odciski takie formują się. Blizny lub świeże ślady przygryzania języka mają duże znaczenie rozpoznawcze w kierunku padaczki.

Badając zachowanie się języka podczas wysuwania, zwróciłem uwagę na tę okoliczność, że podczas tej czynności nieraz zbaczał on w tę czy inną stronę. Zbaczania tego nie mogłem wytłomaczyć zmianami w układzie nerwowym. Natomiast uwagę moją zwrócił fakt dużego braku zębów w dolnej szczęce. W lukę taką, wytworzoną wskutek braku kilku zębów po tej czy po drugiej stronie (w tem siekaczy), język wchodzi koniuszkiem swoim, zwłaszcza u ciężko chorych, u których nie posiada on swojej sprawności, bardziej opada na dno jamy ustnej i zdąża w kierunku najmniejszego oporu. Ma to ważne znaczenie rozpoznawcze, albowiem spotykamy się ze zbaczaniem języka w chorobach układu nerwowego (porażenie połowiczne).

Nie tylko u ciężko chorych z brakami w uzębieniu widywałem zbaczanie języka. Z podobnym faktem spotykałem się i u lekko chorych z dużymi brakami w ścianie zębów, po za tem u chorych płucnych, o czem mówi Kobryner w sposób następujący: „Język przy lekkim wysunięciu stale zbacza w stronę płuca chorego. Objaw ten jest do takiego stopnia dokładny w sensie umiejscowienia sprawy w płucach, że tam, gdzie go stwierdzałem, mogłem na tej tylko zasadzie ustalić, z jakiej strony toczy się sprawa. Spostrzegałem go w zapaleniach płuc, gruźlicy, zawałach, nie widziałem go, mówi dalej Kobryner, w zapaleniach opłucnej bez zajęcia płuc“. Przy badaniu należy zwracać uwagę na to, czy usta są symetryczne, pamiętając, że przy długotrwałym braku zębów, nawet gdy już jest proteza, usta wykrzywają się.

Podczas wysuwania języka stwierdzałem drżenie jego, występowało ono i podczas wsuwania, tylko słabiej zaznaczone.

Oglądając jamę ustną, mało udziela się uwagi stanowi dziąseł i uzębienia, a wszak mają one doniosłe znaczenie nie tylko dla swojego sąsiedztwa — języka, ale i dla odległych narządów.

Materiał, jakim rozporządzałem, składa się z 2000 przypadków (648 m. i 1352 k.) należących do b. Kasy Chorych miasta Warszawy. Ambulatoryjnie spostrzegałem 1744 osoby (502 m. i 1242 k.), obłożnie chorych było 256 (146m i 110k). Liczba obserwacji poszczególnych przypadków wielokrotnie przekracza liczbę osób. Wygląd języka i mający z nim związek stan dziąseł i uzębienia ustalałem po dłuższym spostrzeganiu danego przypadku, kiedy rozpoznanie nie nastąpiło w wątpliwości.

W opisie spostrzeżeń barwę osadu na języku określałem literą b, kiedy osad był biały, sz—szary, ż—żółty, z—zielony lub zielonkawy, br—brunatny, cz—czarny. Według rozmieszczenia osadu N—oznacza, że osad był tylko u nasady, T—tylko w obrębie trzonu, K—tylko na koniuszku. N+T+K oznacza, że język całkowicie był pokryty osadem. Ten podział według anatomicznych części języka nie jest ścisły, albowiem osad nie może się ograniczyć wyłącznie do jakiejś tylko części języka, przeto trzeba rozumieć, że np. N to jest osad na nasadzie języka, gdzie wybitnie się zaznaczał, na innych częściach już bardzo słabo lub wcale nie było. Przy opisie wyglądu końca języka wszędzie używam wyrazu „nienormalny“, przez co trzeba rozumieć, że koniec języka wykazywał odchylenie od normy. Rozpulchnienie dziąseł, obrzmienie ich, krwawienie z nich i t. p. sprawy określałem, jako zły stan dziąseł. Wielkie braki zębów, próchnicę wielu zębów, zapalenie okostnej i t. p. sprawy, toczące się w zębach, ogólnie nazywam zły stan uzębienia.

Przechodzę teraz do omówienia spostrzeżeń swoich, dotyczących pierwszej grupy chorych, dotkniętych schorzeniami płuc i opłucnej.

Wszystkich tego rodzaju chorych było 714, w tej liczbie 321 mężczyzn i 393 kobiet. Wspomniana grupa składa się z 3 podgrup. Do pierwszej należy z gruźlicą płuc 438 osób (222 męż. i 206 kob.) ambulatoryjnie leczących się i 10 osób obłożnie chorych (4m i 6k.), druga grupa obejmuje z nieżytami ostremi krtani, oskrzeli i rozedmą płuc 265 osób (85 m. i 177 k.) i 3 mężczyzn obłożnie chorych. W grupie trzeciej znajdują się chorzy z zapaleniem płuc i opłucnej w liczbie 11 osób (obłożnie chorzy), w tem 7 m. i 4 k.

Oglądanie jamy ustnej w przypadkach podgrupy pierwszej dało następujące wyniki: duży język miało 17 chorych (10 m. i 7 k.),

mały i wąski 8 (4m i 4k), brózdowany stwierdziłem w 5 przypadkach (3m i 2k), boki karbowane w 9 (4m i 5 k), brodawki zanikające w 30 (8m i 22k), zbaczał w 4 (1m i 3k), koniec języka w 8 przypadkach (3m i 5k) był nieprawidłowy. Suchość języka występowała u 68 osób (47m i 21k), co stanowi 9,5% (6,6m i 2,9k) ogólnej liczby chorych pierwszej grupy (% odnoszą się zawsze do ogólnej liczby chorych danej grupy), zły stan dziąseł stwierdziłem w 121 przypadkach (62m i 59k), co daje 16,9% (8,7m i 8,2k). zły stan uzębienia u 319 osób (201m i 118k)=44,6% (28,1m i 16,5k), osad na języku u 133 (68m i 65k)=18,6% (9 5m i 9,1k). Według rozmieszczenia i wyglądu jego wyniki otrzymałem następujące: u mężczyzn $N=6sz/b$, $N+T=38 sz/b+10b$, $N+T+K=10b /sz+2z/b/ sz+2br/b/ sz$. U kobiet $N=8b /sz/b$, $N+T=17b /sz+32b$, $N+T+K=6b /sz+2z/ br$.

W drugiej podgrupie wyniki były następujące: duży język stwierdziłem w 17 przypadkach (12m i 5k), mały w 4 (3m i 1k), brózdowany w 8 (4m i 4k), z brzegami karbowanymi w 5 (2m i 3k), czerwony w 3 (1m i 2k), zbaczenie w 5 (2m i 3k), w 4 przypadkach koniec języka był nieprawidłowy (3m i 1k). Suchy język występował w 72 razach (33m i 39k)=10,0% (4,6m i 5,4k), zły stan dziąseł w 126 (33m i 93k)=17,6% (4,6m i 13k), zły stan uzębienia w 192 (82m i 110k)=26,8% (11,4m i 15,4k), osad na języku w 161 (47m i 114 k)=22,5% (6,5m i 16k). Rozmieszczenie osadu i wygląd jego były następujące: u mężczyzn $N=14 sz /b$, $N+T=15 sz/ b+15b$, $N+T+K=3sz/ b$, u kobiet $N=42b /sz$, $N+T=30/ sz /b+37b$, $N+T+K=5z /sz/ b$.

Trzecia podgrupa najmniej liczna, bo z II przypadków składająca się (tylko obłożnie chorych), podczas oglądania jamy ustnej dała następujące wyniki: duży język występował w 5 przypadkach (2m i 3k), gruby w 4 (2m i 2k), w jednym przypadku (k) brózdowany, w 6 przypadkach (3m i 3k) o brzegach karbowanych, siny w jednym (k), drżał podczas wysuwania w 3 (k), koniec nieprawidłowy w 2 (k); suchy w 8 (6m i 2k), co wynosi 1,1% (0,8m i 0,3k) ogólnej liczby przypadków pierwszej grupy, dziąsła w złym stanie u 7 osób (5m i 2k)=1,0% (0,7m i 0,3k), uzębienie w złym stanie u 9 (6m i 3k)=1,2% (0,8m i 0,4k), osad u 10 (7m i 3k)=1,4% (1,0m i 0,4k). W tej podgrupie u mężczyzn $N=3sz /b$, $N+T = 3sz / b$, $N + T + K = 1b /sz$, u kobiet $N + T = 3sz/ b$.

Sumując wyniki otrzymane w trzech podgrupach, otrzymamy następujące liczby: duży język miało 39 osób (24m i 15k), mały i wąski 8 (4m i 4k), mały 4 (3m i 1k), gruby 4 (2m i 2k), język brózdowany 14 (m i 7k), język karbowany 20 (9m i 11k), brodawki zanikające 30 (8m i 22k), koniec nieprawidłowy 14 (6m i 8k), suchy

język 148 (86m i 62k), dziąsła w złym stanie 254 (100m i 154 k), zęby w złym stanie 520 (289m i 231k), osad na języku 304 (122m i 182k). Język o żywo zaczerwienionej górnej powierzchni występował w 3 przypadkach (1m i 2k), siny całkowicie w jednym przypadku (k), drżał podczas wysuwania w 3 przypadkach (k).

Stwierzonego, dosyć licznie występującego w tej grupie przypadków, bo 14 razy, brózdowania języka nie mogłem sobie inaczej wytłumaczyć, jak tylko tem, że jest to sprawa wrodzona. Karbowanie języka łączyło się zawsze ze stanem zapalnym języka, zwłaszcza gdy chodziło o ciężkie choroby (zapalenie płuc). Do takiego powierzchniowego zapalenia śluzówki mogą prowadzić i przewlekłe podrażnienia jamy ustnej (zepsute zęby).

W 30 przypadkach stwierdziłem zanik brodawek, nietylko nitkowatych, ale i pieńkowatych, język był mniej lub więcej wygładzony. Być może, że warunki odżywiania w pewnych razach mogą wpływać i na stan błony śluzowej języka, zwłaszcza, że taki zanik błony śluzowej stwierdzono już w innych stanach wyniszczenia (rak żołądka, starość). To moje spostrzeżenie jest zgodne z danymi Pegla.

Zbaczenie języka podczas wysuwania stwierdziłem u osób z jednej strony z bardzo dużymi brakami przednich zębów dolnej szczęki, jak również, potwierdzając spostrzeżenie Kobrynera, i w tych razach, gdzie uzębienie było w dobrym stanie, a język zbaczał w stronę chorego płuca, z drugiej strony. Czerwony płomienny język spostrzegłem 3 razy, w 2 przypadkach części przybrzeżnych i raz prawie całej powierzchni języka, co według Tittingera można tłumaczyć i brakiem wolnego kwasu solnego, z czym w przebiegu gruźlicy płuc nie rzadko spotykamy się.

W jednym przypadku włóknikowego zapalenia płuc język był siny, a szczególnie jego dolna powierzchnia, co nie jest pozbawione dużego znaczenia w rokowaniu. Drżenie języka podczas wysuwania obserwowałem w 3 przypadkach zapalenia płuc w okresie największego nasilenia choroby.

W początkowych okresach gruźlicy płuc język przeważnie był czysty, wilgotny, dziąsła i uzębienie w dobrym stanie. W przypadkach daleko zaszłej sprawy gruźliczej (16m i 18k) język był wilgotny i przy należytej pielęgnacji jamy ustnej czysty lub z nieznacznym osadem u nasady. Te moje spostrzeżenia zgodne są z obserwacjami Blocha, który w przypadkach gruźlicy włóknisto-serowatej widział język czysty przy zupełnym braku łaknienia.

Suchość języka występowała w 148 przypadkach ogólnej liczby chorych tej grupy (714). Spotykałem się z tem nie tylko u bardzo

ciężko chorych, lecz i u leczących się ambulatoryjnie. W niektórych przypadkach ciężkiej gruźlicy, gdzie mimo starannego pielęgnowania jamy ustnej, język wysychał i pokrywał się rozległym nalotem, mogłem rokować niepomyślnie.

W przypadkach gruźlicy płuc o ciężkim przebiegu widziałem w wielu razach nadmierne wydzielanie się śliny.

W 520 przypadkach stwierdziłem zły stan uzębienia; stan ten widocznie musi oddziaływać na zachowanie się dziąseł, albowiem we wszystkich przypadkach, gdzie stwierdziłem zły stan dziąseł, również i uzębienie złe było.

Chore dziąsła i zęby bezwątpienia mają wpływ na wygląd powierzchni języka, ponieważ leczenie zębów i dziąseł dodatnio wpływało na stan błony śluzowej języka.

W drugiej grupie, obejmującej 155 przypadków chorób serca (18m i 120k) leczonych ambulatoryjnie i 8 obłożnie chorych (5m i 5k), mamy 5 podgrup. Do pierwszej podgrupy należą przypadki przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego w liczbie 98 przypadków (13m i 85k), w tej liczbie znajdują się 3 przypadki (m) obłożnie chorych. W grupie drugiej znajduje się 51 przypadków (9m i 42k) wad sercowych, a w tej liczbie 3 obłożnie chorych (1m i 2k). W skład trzeciej podgrupy wchodzi 2 przypadki (1m i 1k) ostrego zapalenia wsierdza. W 4 podgrupie znajdują się 2 kobiety z dusznicą bolesną i w 5-ej również 2 kobiety z nerwicą serca. Podgrupy 4 i 5 pod względem zachowania się jamy ustnej nic szczególnego nie przedstawiają.

Podczas oglądania jamy ustnej osób, należących do pierwszej podgrupy, stwierdziłem, co następuje: w 4 przypadkach (2m i 2k) język był duży, wąski i długi w jednym (m), w 2 (m) brózdowany, w 4 karbowany (2m i 2k), w 9 (2m i 7k) z brodawkami zanikającymi, w 6 siny (1m i 5k), w jednym (k) zbaczał, koniec był nieprawidłowy w jednym (k). Suchy język występował w 37 przypadkach (4m i 33k) = 23,8% (2,5m i 21,3k), ze złym stanem dziąseł w 39 (7m i 32k) = 25,1% (4,5m i 20,6k), uzębienia w 75 przypadkach (10m i 65k) = 43,3% (6,4m i 41,9k), z osadem w 67 (5m i 62k) = 43,2% (3,2m i 40,0 k). Według rozmieszczenia osadu i jego wyglądu wyniki były następujące: u mężczyzn $N=3$ sz $/b+2/b$. U kobiet $N=30$ sz $/b+8b+1\frac{1}{2}/b$, $N+T=16$ sz $/b+7/b$. W podgrupie drugiej badanie jamy ustnej dało następujące wyniki: duży język miało 9 osób (5m i 4k), (k) brózdowany, w jednym przypadku (k) brodawki były w zaniku, w jednym (m) język był siny, w 9 (5m i 4k) boki języka były zaokrąglone, zły stan dziąseł stwierdzono w 18 przypadkach (4m i 14k) = 11,6%

(2,5m i 9.1k), zły stan uzębienia w 27 (4m i 23k)=17,4⁰/₀ (2,5m i 14,9k); osad w 9 (1m i 8k) = 5,8⁰/₀ (0,6m i 5,2k), według rozmieszczenia i wyglądu: u mężczyzn N=1 sz/b, u kobiet N=1sz+7sz/b. Suchych języków w tej podgrupie chorych nie stwierdziłem.

W trzeciej podgrupie otrzymałem następujące wyniki: duży język widziałem u 2 chorych (1m i 1k), gładki u jednego (k), karbowany u jednego (m), zanikające brodawki u jednego (m), u jednego język czerwony (m). Suchy język u 1m=0,6⁰/₀, zły stan dziąseł i uzębienia u 2 (1m i 1k)=1,2⁰/₀ (0,6m i 0,6k). Osad w obu przypadkach, u mężczyzny N+T=1sz/b, u kobiety N=1sz/b.

A zatem w drugiej grupie przypadków mieliśmy duży język w 15 przypadkach (8m i 7k), długi i wąski w jednym (m), brózdowany w 3 (2m i 1k), z brzegami karbowanymi w 5 (3m i 2k), zaokrąglonemi w 9 (5m i 4k), z brodawkami zanikającymi w 11 (3m i 8k), czerwony był u jednej kobiety, w 7 był siny (2m i 5k), w jednym wygładzony (k). Suchość języka była w 38 przypadkach (5m i 33k), zły stan dziąseł w 59 (12m i 47k), zły stan uzębienia w 104 (15m i 89k), osad w 78 (7m i 71k).

W grupie tej na szczególną uwagę zasługuje występowanie sinicy. W 6 przypadkach wystąpiła ona w przebiegu przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego, w jednym przypadku w niewyrównanej wadzie serca. O ile w przebiegu zapalenia mięśnia sercowego nie była ona bezwzględnie złą oznaką pogorszenia, o tyle w czasie trwania niewyrównanej wady serca jest ona poważnym ostrzeżeniem zbliżającej się katastrofy. Stosownie do rady Neussera oglądałem dolną powierzchnię języka, gdzie sinica ta była bardziej zaakcentowana.

Stosunkowo często stwierdzałem zanik brodawek, bo 11 razy.

Na uwagę zasługuje jeszcze jedna okoliczność, a mianowicie brak suchości języka w przebiegu niewyrównanych wad serca, gdzie stwierdzałem nawet wzmożenie się wydzielania śliny.

W grupie trzeciej chorób przewodu pokarmowego mamy 237 przypadków (114m i 123k), w liczbie tej znajduje się 20 osób obłożnie chorych (12m i 8k). Grupa ta dzieli się na sześć podgrup.

Do pierwszej podgrupy należą przypadki ostrej niestrawności żołądkowej w liczbie 64 przypadków (23m i 41k). Podczas oglądania jamy ustnej stwierdziłem, co następuje: duży język był w 5 przypadkach (2m i 3k), w 4 (m) był karbowany, w jednym (k) czerwony, w 4 (m) brzegi były zaokrąglone, w 25 był suchy (6m i 19k), co =10,5⁰/₀ (2,5m i 8k), zły stan dziąseł w 22 (6m i 16k)=9,2⁰/₀ (2,5m i 6,7k), zły stan uzębienia w 15 (9m i 6k)=6,3⁰/₀ (3,8m i 2,5k), osad

na języku w 30 (12m i 18k)=12,6% (5,0m i 7,6 k) Rozmieszczenie osadu i wygląd jego były następujące: u mężczyzn $N=4sz/b$, $N+T=3sz/b+3sz/br+2b$. U kobiet $N=4b+2sz/b$, $N+T=3b+sz/b+1sz+4sz/br$, $N+T+K=1b$.

W podgrupie drugiej znajduje się 29 przypadków (22m i 7k) przewlekłego nieżytu żołądka. Oglądanie jamy ustnej dało następujące wyniki: język karbowany stwierdzono u 3 chorych (1m i 2k), przerosłe brodawki u 4 kobiet, język zbacza u jednej kobiety, foetor ex ore u 4 kobiet, suchy język u 11 osób (5m i 6k)=4,6% (2,1m i 2,5k), zły stan dziąseł u 11 (6m i 5k)=4,6% (2,5m i 2,1k), zły stan uzębienia u 12 (7m i 5k)=5% (2,9m i 2,1k), osad u 12 (5m i 7k)=5,0% (2,1m i 2,9k). Rozmieszczenie osadu i wygląd jego były następujące: u mężczyzn $N=1sz/b$, $N+T=2sz/b+2b$. U kobiet $N+T=4sz/b/z$, $N+T+K=2sz/br+1sz/b$.

62 przypadki (19m i 43k) ostrego zapalenia żołądka i kiszek stanowi podgrupa trzecia. W liczbie tej znajduje się 13 przypadków (8m i 5k) obłożnie chorych. Stwierdzono, że duży język miało 3 chorych (2m i 1k), brózdowany u jednej kobiety, karbowany u 3 (2m i 1k), brodawki przerosłe u 4 kobiet, w jednym (k) koniec nieprawidłowy. Suchy język był w 21 przypadkach (7m i 14k)=8,8% (2,9m i 5,9k), zły stan dziąseł w 15 (5m i 10k)=6,3% (2,1m i 4,2k), zły stan uzębienia w 17 (5m i 12k)=7,1% (2,1m i 4,2k), osad w 20 (7m i 13k)=8,4% (2,9m i 5,5k). U mężczyzn $N=1sz/b$, $N+T=2sz/b$, $N+T+K=2sz/b+2sz/br/z$, u kobiet $N=1b+1sz/b$, $N+T=6b+3sz/b$, $N+T+K=1sz/z/z+1b$.

Czwarta podgrupa obejmuje przypadki przewlekłego i obostrzonego zapalenia wyrostka robaczkowego w liczbie 27 przypadków (7m i 20k). Suchy język stwierdzono u 7 osób (2m i 5k)=2,9% (0,8m i 2,1k), zły stan dziąseł u 5 osób (2m i 3k)=2,1% (0,8m i 1,3k), zły stan uzębienia u 5 (3m i 2k)=2,1% (1,3m i 0,8k), osad u 14 (3m i 11k)=5,9% (1,3m i 4,6k). U mężczyzn $N=1sz/b$, $N+T=2sz/b$, u kobiet $N+T=2b+6sz/b$, $N+T+=2b+1sz/z$. W dwóch przypadkach, gdzie język był suchy i bardzo obłożony, stan chorych był ciężki. Przypadki te zostały odesłane do szpitala.

Przypadki wrzodu żołądka i 12-cy znajdują się w podgrupie V-iej, składającej się z 53 przypadków (43m i 10k). Karbowany język występował czterokrotnie u mężczyzn, brózdowany u 2 osób (1m i 1k), zanikające brodawki u 4 kobiet, w jednym przypadku (k) brzegi były cienkie, w jednym (k) zaokrąglone, u 2 mężczyzn widać było powierzchowne bardzo małe owrzodzenia w sensie Glaessnera, w jednym u kobiety drżał podczas wysuwania. Suchy język oglądano u 29 cho-

rych (25m i 4k)=12,2% (10,5m i 1,7k), zły stan dziąseł u 21 (14m i 7k)=8,8% (5,9m i 2,9k), zły stan uzębienia u 19 (14m i 5k)=8,0% (5,9m i 2,1k), osad u 35 (24m i 11k)=14,7% (10,1m i 4,6k). U mężczyzn $N=4sz/b+5b+1czar/br$, $N+T=9sz/b+5b$, u kobiet $N=3b$, $N+T=4sz/b+2b$, $N+T+K=1sz/b+1b$.

W podgrupie VI znajdują się dwa przypadki raka żołądka z przerzutami (k). Przypadki te, jako nie nadające się do zabiegu, wróciły do domu. W jednym język był brózdowany, w jednym brodawki zanikające, w obu przypadkach powierzchnia języka była czerwona, sucha, zły stan dziąseł i uzębienia i osad na języku. $N+T+K=2sz/b/ż$.

W grupie trzeciej mieliśmy ogółem następujące wyniki: duży język w 8 przypadkach (4m i 4k), brózdowany w 4 (1m i 3k), czerwony w 3 (3k), brzegi karbowane w 14 (11m i 3k), owrzodzenia na języku u 2 mężczyzn, przerosłe brodawki u 8 kobiet, zanikające u 5 kobiet, zbaczał w jednym (k), drżał podczas wysuwania również u jednej kobiety, brzegi cienkie w jednym przypadku (k), zaokrąglone u 4 mężczyzn, koniec nieprawidłowy był w jednym przypadku (k), woń z ust czuć było u 4 kobiet. Suchy język stwierdzono w 95 przypadkach (45m i 50k), zły stan dziąseł w 76 (33m i 43k), zły stan uzębienia w 70 (38m i 32k), osad na języku w 113 (51m i 62k).

Najważniejszą cechą języka w tej grupie przypadków jest suchość jego i występujący na nim osad. Suchość języka występowała w 95 przypadkach na 237, osad w 113. Szczególnie suchość języka występowała tam, gdzie były obfite wymioty (ostra niestrawność i zapalenie ostre żołądka) i rozwolnienie (ostry niezbyt kiszek). Jeżeli suchość języka zaczyna ustępować, jest to oznaką dobrą i dla sprawy rokowania. Według Brugscha i Schittenhelma w przypadkach ostrego niezytu żołądka język prawie zawsze jest suchy i obłożony.

Według moich spostrzeżeń w 126 przypadkach ostrej niestrawności i zapalenia żołądka i kiszek język był suchy tylko w 46, a osad występował w 50. W przypadkach przewlekłego niezytu żołądka, który przebiegał ze zmniejszeniem lub brakiem wolnego kwasu solnego, osad stwierdziłem w 12 przypadkach na 29, a więc mniej jak w połowie przypadków. Według Strümpella język bywa w większości przypadków obłożony i to po środku. W moich przypadkach 8 razy osad występował na nasadzie i trzonie jednocześnie i 3 razy na całej powierzchni języka. Szczególniejszego znaczenia nabiera występowanie suchości języka i osadu na nim w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego. Suchość i obłożenie jego jednocześnie wskazuje na stan bardzo poważny, ustępowanie ich, a zwłaszcza suchości pozwala rokować pomyślniej.

W przypadkach przewlekłego nieżytu żołądka 4-krotnie stwierdziłem foetor ex ore z powodu nagromadzonego osadu u nasady języka. Mimo starannego oczyszczania języka osad stale utrzymywał się. Ponieważ w tych przypadkach i dziąsła i zęby wykazywały zmiany, to widoczną było rzeczą, że istnieje przewlekłe podrażnienie, które oddziaływa szkodliwie na stan języka i stąd utrzymywanie się osadu na nim, co zgodne jest i z poglądami Kaczorowskiego, Boasa i Kramsztyka.

W dwóch przypadkach wrzodu żołądka stwierdziłem obecność na górnej powierzchni języka owrzodzenia, jak o tem pisał Glaessner.

W kilku przypadkach wrzodu spostrzegłem znacznego stopnia wilgotność języka, co według Rechta może potwierdzać rozpoznanie wrzodu żołądka.

Nie mogę potwierdzić spostrzeżeń Wiesela i Strümpella, że język w przebiegu wrzodu żołądka rzadko bywa obłożony i Payr-Hohlbauma, że z reguły bywa czysty, albowiem w swoich spostrzeżeniach znajdowałem osad na języku u 35 osób na 53. Osad przeważnie zajmował nasadę języka i trzon. W grupie tych przypadków zwraca uwagę duży odsetek przypadków chorych ze złym stanem dziąseł i uzębienia.

W dwóch przypadkach raka żołądka z przerzutami zwracało uwagę wystąpienie znacznego stopnia suchości języka i nagromadzenia się na całej jego powierzchni osadu, co zgadza się z poglądami Strümpella.

IV grupa obejmuje 230 przypadków chorób wątroby (10m i 220k), w liczbie tej znajduje się 27 chorych obłożnie (2m i 25k). IV grupa dzieli się na trzy podgrupy, do pierwszej podgrupy należą przypadki kamicy żółciowej w liczbie 183 przypadków (8m i 175k, w tem 2 obłożnie chore), do drugiej chore z zapaleniem pęcherzyka żółciowego 25k, w tem 20k obłożnie chorych) i do trzeciej 22 przypadki żółtaczki kataralnej (2m i 20k), w tem 5 obłożnie chorych (2m i 3k).

W pierwszej podgrupie oglądanie jamy ustnej dało następujące wyniki: duży język u 6 k., język brzdowany stwierdziłem u 2 kobiet, o brzegach zaokrąglonych u 4 kobiet, o brzegach karbowanych w 6 przypadkach (k), czerwony w trzech przypadkach (k), zbaczał u trzech kobiet. Z żółtem zabarwieniem dolnej powierzchni języka i z żółtaczką 21 przypadków (k). Suchość języka występowała w 30 przypadkach (2m i 28k), wynosi to 13% (0,9m i 12,1k), zły stan dziąseł u 42 chorych (3m i 39k), co daje 18,2% (1,3m i 16,9k), zły stan uzębienia u 61 osób (3m i 58k) = 26,5% (1,3m i 25,2k). Osad na języku

występował 57 razy (4m i 53k) = 24,7%. U mężczyzn $N=1b$, $N+T=3sz/b$, u kobiet $N=22sz/b$, $N+T=27sz/b+3b$. $N+T+K=1sz/b$.

W drugiej podgrupie stwierdziłem język o brzegach zaokrąglonych w dwóch przypadkach (k), w dwóch brzegi karbowane (k), w 9 przypadkach (k) żółte zabarwienie dolnej powierzchni języka i żółtaczkę. Suchość języka występowała u 19 kobiet, co wynosi 8,2% ogólnej liczby przypadków tej grupy, zły stan dziąseł u 8 chorych kobiet, co stanowi 3,4%, zły stan uzębienia u 10 kobiet = 4,3%. Osad stwierdziłem w 17 przypadkach (k) = 7,3%. $N=1sz/b$, $N+T=10sz/b+4b$, $N+T+K=2z/sz/b$.

W trzeciej podgrupie powierzchnia języka naogół nic szczególnego nie wykazywała, we wszystkich przypadkach była żółtaczka i żółte zabarwienie dolnej powierzchni języka. W jednym przypadku (k) był foetor ex ore. Suchości języka nie stwierdziłem, zły stan dziąseł u 4 kobiet, co = 1,7%, złe uzębienie u 7 kobiet = 3%. Osad u 4 osób (1m i 3k), co wynosi 1,7% (0,4m i 1.3k), u mężczyzn $N+T=1sz$, u kobiet $N+T=3sz/b$.

W IV grupie przypadków mieliśmy ogółem język duży u 6 k., bródzowany w 2-ch przypadkach (k), czerwony w trzech (k), o brzegach zaokrąglonych w 6 (k), o brzegach karbowanych w 8 (k), zbaczający w trzech (k). Osad w żółtaczce nieżytowej stwierdziłem 4 razy, co nie zgadza się z poglądem Eppingera, który mówi, że język jest najczęściej obłożony. Nie widziałem natomiast języków z zanikiem błony śluzowej, jak o tem wspomina Pagel. W jednym (k) foetor ex ore. Suchy był u 49 chorych (2m i 47k), zły stan dziąseł u 54 (3m i 51k), złe uzębienie u 78 (3m i 75k), osad u 78 (5m i 73k). Żółte zabarwienie dolnej powierzchni języka i żółtaczka w 52 przypadkach (2m i 50k).

Rozpatrując wyniki badania jamy ustnej we wspomnianej grupie, najważniejszą rzeczą było stwierdzenie żółtego zabarwienia na dolnej powierzchni języka, co, zdaniem mojem, ma znaczenie dla rozpoznania. Osad w kamicy żółciowej stwierdzałem wtedy, kiedy chory znajdował się w okresie bólów. Przed i po napadach bólowych język zwykle był czysty. Moje spostrzeżenia na tym punkcie zgodne są ze spostrzeżeniami Wiesela. W grupie tej zwraca uwagę stosunkowo duży odsetek języków z brzegami zaokrąglonemi i karbowanemi, co prawdopodobnie trzeba przypisać bardzo dużej liczbie przypadków ze stanem dziąseł i uzębienia. Stwierdzone w trzech przypadkach zbaczanie języka przypisuję dużemu brakowi zębów w dolnej szczęce.

Grupa V obejmuje przypadki chorób narządu moczowego w licz- 52 (10m i 42, w tem 5 k. obłożnie chorych). Wspomniana grupa dzieli

się na pięć podgrup. W pierwszej znajdują się cztery przypadki (2m i 2k) nerczycy, w tem 2 obłożnie chore kobiety), w drugiej jeden przypadek (m) zapalenia kłębuszkowego nerek, w trzeciej 30 przypadków (4m i 26k, w tem 2 obłożnie chore kobiety) zapalenia miedniczek nerkowych, w czwartej podgrupie 13 przypadków (3m i 10k) zapalenia pęcherza moczowego i w piątej cztery przypadki (k) kamicy nerkowej, w tem jedna kobieta obłożnie chora.

Oglądanie jamy ustnej w przypadkach pierwszej podgrupy dało następujące wyniki: w jednym przypadku (m) powierzchnia języka gładka, język suchy, w trzech przypadkach (2m i 1k), co wynosi w stosunku do ogólnej liczby przypadków tej grupy 5,7% (3,8m i 1,9k), zły stan dziąseł u 4 chorych (2m i 2k)=7,6% (3,8m i 3,8k), zły stan uzębienia u 4 (1m i 3k)=7,6% (1,9m i 5,7k). Osad występował u 3 chorych (2m i 1k)=5,7% (3,8m i 1,9k). Rozmieszczenie osadu i jego charakter były następujące: u mężczyzn $N=2sz/b$, u kobiet $N+T=1sz/b$.

W drugiej podgrupie w przypadku kłębuszkowego zapalenia nerek język był suchy i miał osad $N+T=1sz/b$.

W trzeciej podgrupie zmiany na języku występowały prawie tylko u kobiet. W jednym przypadku język był brózdowany, w czterech brzegi były zaokrąglone, w czterech brzegi karbowane, w dwóch przypadkach język zbaczał. Suchość języka była u 8 (k), co stanowi 15,3% ogólnej liczby chorych tej grupy, zły stan dziąseł u 10 kobiet, co wynosi 19,2%, zły stan uzębienia u 6 kobiet, co stanowi 11,5%. Osad na języku u 14 chorych (2m i 12k), co daje 26,9% (3,8m i 23,1k), u mężczyzn $N+T=2sz/b$, u kobiet $N+T=10sz/b$, $N+T+K=2sz/b$.

W czwartej podgrupie u trzech kobiet język wykazywał brózdowanie i w jednym (k) brodawki były przerosłe. Suchość języka występowała w jednym (k), co stanowi 1,9%, dziąsła w złym stanie u 6 osób (1m i 5k)=11,5% (1,9m i 9,6k), zły stan uzębienia u 2 kobiet=3,8%. Osad wystąpił u 5 osób (1m i 4k)=9,6% (1,9m i 7,7k), u mężczyzn $N+T=1sz/b$, u kobiet $N=1sz$, $N+T=2sz/b$.

W podgrupie piątej język nic szczególnego nie wykazywał, tylko w tych przypadkach, gdzie występowały wymioty, język wykazywał obecność osadu na nasadzie i trzonie — $N+T=2sz/ż$.

W piątej grupie mieliśmy u czterech kobiet brózdowanie języka, zaokrąglenie jego brzegów i karbowanie ich. Gładki u jednej kobiety, z brodawkami przerosłymi również u jednej. Język zbaczał w 2-ch przypadkach. Suchy język spotkałem u 13 osób (3m i 10k), zły stan dziąseł u 20 osób (3m i 17k), zły stan uzębienia u 12 osób (1m i 11k), osad u 25 chorych (6m i 19k).

Rozpatrując otrzymane wyniki pod względem wartości ich dla rozpoznania i rokowania, muszę powiedzieć, że naogół nic szczególnego nie przedstawiają, suchość języka spotykałem u chorych gorączkujących, obecność osadu przypisuję niedostatecznej pielęgnacji jamy ustnej i złemu stanowi dziąseł i uzębienia.

W grupie VI znajdują się przypadki chorób układu nerwowego w liczbie 180 (19m i 161k). Wśród chorych grupy tej nie było obłożenie chorych. Grupa VI składa się z trzech podgrup. W pierwszej podgrupie znajduje się 125 przypadków (13m i 112k) hysterji i neurastenji, w drugiej 37 przypadków rwy kulszowej (5m i 32k) i w trzeciej 18 chorych z innymi bólami nerwowymi (1m i 17k).

W pierwszej podgrupie oglądanie jamy ustnej dało następujące wyniki: duży język u 5 kobiet, w 2 przypadkach (k) język był gładki z zanikającymi brodawkami, w 3-ch brózdowany, w 5 z brzegami zaokrąglonemi (3m i 2k), w 6 z brzegami karbowanemi (3m i 3k) i w dwóch przypadkach (k) brzegi były lśniące. Suchość języka stwierdziłem u 34 chorych (4m i 30k), co daje 18,8% (2,2m i 16,6k), zły stan dziąseł u 32 osób (2m i 30k)=17,7 (1,1m i 16,6k), zły stan uzębienia u 36 osób (3m i 33k)=20% (1,6m i 18,4k). Osad na języku był u 57 chorych (6m i 51k)=31,6% (3,3m i 28,3k) We wspomnianej podgrupie rozmieszczenie osadu i charakter jego był następujący: u mężczyzn $N+T=4sz/b$, $N+T+K=1sz/b+1br/ż$, u kobiet $N=3sz/b+2br/sz$, $N+T=22sz/b+2b$, $N+T+K=9sz/b+12b+1b/ż$.

W drugiej podgrupie wyniki były następujące: duży język w 3 przypadkach (1m i 2k), brodawki przerosłe u jednej kobiety. Suchość języka występowała u 6 k (2,5%), zły stan dziąseł był u 6 k. (2,5%), w złym stanie uzębienie u 18 osób (2m i 16k)=7,3% (0,8m i 6,5k). Osad występował w 29 przypadkach (2m i 27k), co daje 11,8% (0,8m i 11,0k). W tej podgrupie u mężczyzn $N+T=2sz/b$, u kobiet $N=9sz/b$, $N+T=11sz/b+6b$, $N+T+K=1br/ż/sz$.

W podgrupie trzeciej wyniki były następujące: suchość języka była stwierdzona u 6 chorych (1m i 5k)=2,5% (0,4m i 2,1k), zły stan dziąseł i uzębienia u 3 kobiet (1,2%), osad u 15 osób (1m i 14k), co daje 6,1% (0,4m i 5,7k). U mężczyzn $N=1b$, u kobiet $N=8sz/b$, $N+T=3sz/b+3b$.

We wspomnianej grupie mieliśmy duży język u 8 osób (1m i 7k), język brózdowany u 3 kobiet, o brzegach karbowanych u 6 osób (3m i 3k), o brzegach zaokrąglonych u 5 (3m i 2k), o brzegach lśniących u 2 kobiet, o powierzchni gładkiej i zanikających brodawkach u 2 kobiet. Suchość języka była stwierdzona u 46 osób (5m i 41k), zły stan dziąseł u 41 chorych (2m i 39k), zły stan uzębienia

w 57 przypadkach (5m i 52k). Osad zajmował powierzchnię języka w 101 przypadkach (9m i 92k).

Rozpatrując otrzymane wyniki, zwrócić trzeba uwagę na znaczny odsetek chorych, którzy mieli osad na języku — na 180 przypadków było z osadem na języku 101, dalej na zły stan uzębienia i zły stan dziąseł. Powierzchnowe zapalenie języka stwierdzałem w 13 przypadkach (brzegi karbowane, zaokrąglone i lśniące).

Wyglądzenie powierzchni dotyczyło nasady języka, gdzie nie było znać brodzewek okolonych. Wygląd powierzchni języka nie posiada jakiegoś znaczenia ani dla rozpoznania, ani dla rokowania. Natomiast zły stan utrzymania jamy ustnej ujemnie, zdaniem mojem, wpływa na wygląd powierzchni języka.

Do grupy VII należy 9 przypadków ostrego gośćca stawowego (4m i 5k). Przypadki te wszystkie należą do obłożnie chorych. Wyniki oglądania jamy ustnej były następujące: w jednym przypadku język był karbowany (k), w czterech przypadkach (2m i 2k) brzegi języka były zaokrąglone. Suchy język występował w 3 przypadkach (1m i 2k) = 33,3% (11,1m i 22,2k), zły stan dziąseł u jednej kobiety (11,1%), zły stan uzębienia w 5 przypadkach (2m i 3k) = 55,5% (22,2m i 33,3k). Osad stwierdzałem u 2 chorych (1m i 1k) = 22,2% (11,1m i 11,1k). U mężczyzny $N+T=1sz/b$, u kobiety $1ż/b$.

W grupie danej mamy 160 przypadków przewlekłych schorzeń reumatycznych (41m i 119k). Grupa ta składa się z 2-ch podgrup. Do I należy 95 przypadków przewlekłego gośćca stawowego (13m i 82k), do II—65 przypadków reumatyzmu mięśniowego—(28m i 37k). W ogólnej liczbie chorych tej grupy było obłożnie chorych 3-ch mężczyzn. Badanie jamy ustnej w przypadkach I podgrupy dało następujące wyniki: duży język miało 4 chorych (1m i 3k), gładki jedna kobieta, brózdowany 3 kobiety, o brzegach karbowanych 4k, o brzegach zaokrąglonych 11k, koniec języka nieprawidłowy — 4 kobiety, drżenie podczas wysuwania—2k, zbaczanie—3k. Wystąpienie suchego języka stwierdziłem w 20 przypadkach (3m i 17k) = 12,5% (1,9m i 10,6k), zły stan dziąseł w 40 (5m i 35k) = 25% (3,1m i 21,9k), zły stan uzębienia w 54 (9m i 45k) = 33,7% (3,1m i 30,6k), osad w 37 (3m i 34k) = 23,1% (1,9m i 21,2k). Według rozmieszczenia i wyglądu osadu u mężczyzn $N+T=3sz/b$, u kobiet $N=7sz/b$, $N+T=17sz/b+1b+1ż/sz$, $N+T+K=6sz/b+2ż/sz/b$.

W przypadkach grupy 2-jej wyniki były następujące: duży język spostrzegano u 2 mężczyzn, mały u 3 osób (1m i 2k), wąski u 4 (2m i 2k), u jednej kobiety brózdowany i u jednego mężczyzny gruby, przerosłe brodawki u 3 osób (2m i 1k). Suchy język był w 4 przy-

padkach (3m i 1k) = 2,5% (1,9m i 0,6k), dziąsła w złym stanie w 14 przypadkach (4m i 10k) = 8,7% (2,5m i 6,2k), zły stan uzębienia w 16 (10m i 6k) = 10% (6,2m i 3,8k), osad w 21 przypadkach (11m i 10k) = 13% (6,9m i 6,2k). U mężczyzn $N=2b$, $N+T=4b/sz+2b$, $N+T+K=3b/sz$, u kobiet $N=1b/sz+1b$, $N+T=5b/sz+2b$, $N+T+K=1sz/b$.

Ogółem w grupie ósmej było chorych z dużym językiem 6 (3m i 3k), małym 3 (1m i 2k), wąskim 4 (2m i 2k), brózdowanym 4k, karbowanym 4k, o brzegach zaokrąglonych 11k, gładki u jednej kobiety, gruby u jednego mężczyzny, z końcem nieprawidłowym u 4 kobiet, z drzeniem podczas wysuwania u 2 kobiet, ze zbaczaniem u 3 kobiet. Suchy język zauważono u 24 chorych (6m i 18k), dziąsła w złym stanie u 54 chorych (9m i 45k), uzębienie w złym stanie u 70 (19m i 51k), z osadem u 58 (14m i 44k).

Otrzymane wyniki badania jamy ustnej w VII i VIII grupie przypadków zwracają uwagę w kierunku zachowania się uzębienia, zwłaszcza w grupie przewlekłych schorzeń, gdzie zły stan zębów występuje u 70 chorych na 160 osób. Co się zaś tyczy zachowania powierzchni języka w przebiegu ostrego gośćca stawowego, zauważyć muszę, że chociaż przebiega on z wysoką gorączką, jednak utrzymanie w porządku całej jamy ustnej nie napotyka na trudności, język szybko się oczyszcza, nie wysycha. Szczególnie język wygląda dobrze podczas stosowania dużych dawek salicylu. Moje spostrzeżenia zgodne są z takimi Hoffendahla. W przypadkach przewlekłego gośćca stawowego zły stan uzębienia i dziąseł posiada duże praktyczne znaczenie, albowiem właściwe leczenie tych zmian może dać wyniki, które odbijają się dodatnio na przebiegu spraw przewlekłych gośćcowych, nadto i wygląd języka zyskuje, pozbywając się osadu i związanego z nim powierzchownego zapalenia języka (brzegi karbowane i zaokrąglone).

W grupie IX mamy 105 przypadków niedokrwistości (4m i 101k). W liczbie tej znajdują się 2 przypadki obłożnie chorych (1m i 1k). Przeważająca liczba chorych to młode dziewczęta, pracownice fabryk (wyroby gumowe, chemiczne i t. p.). Badanie tych dziewcząt po za różnego stopnia niedokrwistością nic szczególnego nie wykazało. Oglądanie jamy ustnej dało następujące wyniki: gładki język u 6 kobiet, brózdowany u 7k, cienki u 5k, karbowane brzegi w 8 przypadkach (3m i 5k), brzegi zaokrąglone w 9 (4m i 5k), brodawki zanikające w 6 (1m i 5k), czerwony w 2 (k), na przybrzeżnych powierzchniach lśniący w 5 (k). Suchość języka występowała u 3 kobiet (2,8%), dziąsła w złym stanie w 30 przypadkach (3m i 27k) = 27,8% (2,8m i 25k), zły stan uzębienia w 25 przypadkach (2m i 23) = 25,6% (1,8m

i 23,8), osad na języku w 45 przypadkach (2m i 43k) = 42,8% (1,8m i 41k). U mężczyzn $N = 2sz/b$, u kobiet $N = 23sz/b$, $N+T = 19b+1sz/ż$. Nadto w 5 przypadkach stwierdziłem, że chore od dłuższego czasu doznawały palenia i pieczenia języka, na bocznej powierzchni języka widać było powierzchowne owrzodzenia i pęcherzyki. Z wywiadów dowiedziałem się, że chore początkowo nie przywiązywały do tych sensacji większej wagi i zdołały się przyzwyczaić. W jednym przypadku (k) palenie występowało tylko na końcu języka, gdzie wydmatniały się brodawki o barwie żywo czerwonej. Palenie było tak dotkliwe, że chora nie mogła jeść. Podejrzone przypadki o niedokrwiłość złośliwą zostały skierowane do szpitala.

Wreszcie w grupie dziesiątej mieszczą się przypadki chorób gorączkowych w liczbie 158 (102m i 56k). Wszyscy chorzy należeli do obłożnie chorych.

Przypadki te dzielą się na dwie podgrupy, do pierwszej należą zapalenia gardła, zwykłe anginy — 41 przypadków (24m i 17m), do podgrupy drugiej 117 przypadków grypy (78m i 39k). Oglądanie jamy ustnej w pierwszej podgrupie dało następujące wyniki: duży język u 2 chorych (1m i 1k), gładki u 2 (1m i 1k), brzdrowany u 2 kobiet, brzegi karbowane u jednej kobiety, zanikające brodawki u jednej kobiety. Suchy język stwierdzono w 32 przypadkach (19m i 13k) = 20,2% (12,0m i 8,2k), zły stan dziąseł w 7 przypadkach (5m i 2k) = 4,4% (3,1m i 1,3k), zły stan uzębienia w 17 (4m i 13k) = 10,7% (2,5m i 8,2), osad na języku w 38 (21m i 17k) = 24% (13,3 m i 10,7k). U mężczyzn $N = 3b/sz$, $N+T = 4b/sz+4sz$, $N+T+K = 5b/sz+4b+1sz$, u kobiet $N+T = 8b/sz$, $N+T+K = 4ż/sz+5b$.

W II podgrupie wyniki były następujące: duży język w 8 przypadkach (2m i 6k), brzdrowany w jednym (m), cienki u 4m, brzegi zaokrąglone w jednym (m), brzegi karbowane w 8 (m), w 10 brodawki były przerosłe (2m i 8k), w jednym zanikające (k), w 9 przypadkach język był żywo czerwony (3m i 6k), w 3 (k) koniec języka nieprawidłowy. Wrażliwość języka w 3 przypadkach bardzo znaczna. Suchość języka występowała u 82 chorych (47m i 35k) = 51,9% (29,8m i 22,1k), zły stan dziąseł u 21 chorych (18m i 3k) = 13,3% (11,4m i 1,9k), zły stan uzębienia u 53 osób (28m i 25k) = 33,5% (17,7m i 15,8k), osad u 86 (59m i 27k) = 54,4% (37,3m i 17,1k). Rozmieszczenie osadu i wygląd jego były następujące: u mężczyzn $N+T = 30b/sz+25b$, $N+T+K = 1sz+2br/sz+1br/ż/sz$, u kobiet $N = 12b/sz$, $N+T = 13b/sz$, $N+T+K = 2b/sz$.

Ogółem w grupie dziesiątej otrzymaliśmy następujące wyniki oglądania jamy ustnej: duży język w 10 przypadkach (3m i 7k),

gładki w 2 (1m i 1k), brózdowany w 3 (1m i 2k), brzegi karbowane w 9 (1m i 8k), brzegi zaokrąglone w jednym (m), brodawki zanikające u 2 kobiet, przerosłe brodawki w 10 (2m i 8k), żywo czerwony język w 9 (3m i 6k), w 3 (k) koniec nieprawidłowy. Suchość języka była w 114 przypadkach (66m i 48k), zły stan dziąseł w 28 (23m i 5k), zły stan uzębienia w 70 (32m i 38k), osad w 124 (80m i 44k).

Przy bliższem przeglądaniu wyników otrzymanych w ostatniej grupie przede wszystkim należy zwrócić uwagę na obłożenie języka i suchość jego. W przebiegu anginy osad stwierdziliśmy prawie we wszystkich przypadkach (38 na 41), co tłumaczyć można bardzo blizkiem sąsiedztwem języka z ogniskiem choroby i stąd bezpośrednie niejako oddziaływanie na błonę śluzową języka i dziąseł.

W przebiegu grypy język był obłożony w 86 przypadkach na 117. Na obłożenie języka i charakter jego układania się zwracano uwagę (Möllers, Franke, Wiesel, Ortner). Nasze wyniki potwierdziły zapatrywania wspomnianych autorów, a mianowicie prawie wszędzie mieliśmy osad barwy biało-szarej, wyraźnie zaczerwienione i przerosłe brodawki w 10 przypadkach (żywo czerwony język w obrębie szczególnie czubka w 9 przypadkach — język grypowy —), w 8 przypadkach język był znacznie powiększony z zaokrąglonemi brzegami i odciskami na nim. W 3 razach była duża wrażliwość ze strony czubka języka, jak o tem wspomina Wiesel. Nadto potwierdzić można zdanie Bunninga, że w grypie brodawki ulegają przerostom. Natomiast w 86 przypadkach na 117 stwierdziłem osad na języku, co nie stanowi potwierdzenia zdania Blocka (język jest zawsze obłożony). Przy tem zgadzam się z Wieselem, że staranne i systematyczne pielęgnowanie języka, jak wogóle jamy ustnej, może chorego ustrzedz od wystąpienia osadu (jeżeli niema innych jeszcze przyczyn do jego powstawania i następstw stąd płynących).

Na podstawie swoich spostrzeżeń przychodzę do następujących wniosków ogólnych:

1) Oglądanie języka nie powinno być pomijane w żadnym przypadku, może bowiem ono dostarczyć cennych dodatkowych danych już to dla rozpoznania, już to dla rokowania.

2) Język należy dokładnie oglądać, chory powinien szeroko otworzyć usta i wysunąć język jaknajdalej ku przodowi.

3) Oglądać trzeba nie tylko górną powierzchnię języka, a zwłaszcza jego nasadę, gdzie może być siedlisko spraw chorobowych, lecz i dolną (sinica, żółtaczkowe zabarwienie, zmiany w przypadkach zatrucia ciałami żrącymi), jak również i boki.

4) Oglądając język, nie można nie zwrócić uwagi na stan dziąseł i uzębienia, których zły stan może się przyczynić w dużej mierze do patologicznego wyglądu języka (przewlekłe podrażnienia).

5) Przewlekłe podrażnienie, działające na język, może w następstwie wywołać powierzchowne zapalenie jego (duży, gruby, czerwony, brzegi zaokrąglone, karbowane, przerosłe brodawki).

6) W stanach wyniszczenia (np. gruźlica) błona śluzowa języka wraz z brodawkami ulegać może zanikowi, język staje się mały, cienki.

7) Podczas wysuwania języka baczna trzeba zwrócić uwagę na sposób wysuwania, albowiem może on zbaczać w tę czy inną stronę z przyczyn nic wspólnego nie mających ze sprawami mózgowymi (gruźlica płuc, duży brak przednich zębów po jednej stronie w dolnej szczęce).

8) Występowanie osadu na powierzchni języka zależy od wielu czynników (powierzchnowe zapalenie języka, upośledzenie czynności aktu jedzenia, ciężko chorzy, sprawy zapalne w sąsiedztwie języka—anginy, choroby gorączkowe, ostre sprawy żołądka i kiszek, wyrostka robaczkowego).

9) Suchość języka zależna jest i od sposobu oddychania, chorób nosa, chorób gorączkowych (porażenie struny bębnekowej), ostrych chorób żołądka i kiszek, zapalenia wyrostka robaczkowego.

10) Nie ulega wątpliwości, że języki duże i małe, szerokie, cienkie i grube, brózdowane, z końcami nieprawidłowymi mogą być również i wrodzone.

Wnioski szczegółowe:

1) W przebiegu gruźlicy płuc wygląd powierzchni języka naogół nic szczególnego nie wnosi dla rozpoznania i rokowania. W przypadkach gruźlicy płuc o ciężkim przebiegu występowanie osadu na jego powierzchni, suchości, mimo starannego utrzymywania w porządku jamy ustnej, potwierdza złe rokowanie. Sinica występująca na dolnej powierzchni języka w przebiegu zapalenia płuc pozwala rokować źle.

2) Ukazanie się sinicy, a zwłaszcza na dolnej powierzchni języka w przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego i niewyrównanej wady serca, jest ważnym potwierdzeniem ciężkiego stanu i upoważnia do złego rokowania.

3) W przebiegu schorzeń przewodu pokarmowego wygląd języka dostarcza danych, które pozwalają utrzymywać, że występowanie osadu na języku ma znaczenie dla rozpoznania. Prawie w połowie przypadków każdej podgrupy z wyjątkiem VI język był obłożony i w $\frac{1}{3}$ mniej lub więcej suchy prócz VI podgrupy. Szczególnie osad

występuje w przypadkach ostrych (ostra niestrawność, ostry nieżyt żołądka i kiszek). Ustępowanie osadu z języka i suchości jego pozwala rokować dobrze.

Występowanie osadu na języku i suchości jego w przypadkach wątpliwych zapalenia wyrostka robaczkowego potwierdzić może rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego. Ustępowanie osadu i suchości języka daje prawo do korzystnego rokowania.

Dla potwierdzenia rozpoznania wrzodu żołądka może posiadać znaczenie wygląd języka według Glaessnera (język wrzodowy).

4) W grupie IV przypadków schorzeń wątroby duże znaczenie dla potwierdzenia rozpoznania występowania żółtaczki, której jeszcze niewidać na powłokach skórnych, posiada ukazanie się jej na dolnej powierzchni języka, w tym czasie już jest dyskretne żółtaczkowe zabarwienie spojówek gałkowych.

5) W grupach V-VI-VII VIII według moich spostrzeżeń język nic szczególnego dla rozpoznania i dla rokowania nie posiada.

6) W grupie IX przypadków wygląd powierzchni języka ma pierwszorzędne znaczenie dla rozpoznania niedokrwistości złośliwej (język Huntera). Bolesne sensacje ze strony języka również posiadają duże znaczenie w kierunku rozpoznania niedokrwistości złośliwej. Cofanie się objawów takich, jak palenie i pieczenie, może być podstawą do pomyślnego rokowania w przypadkach niedokrwistości.

7) W grupie X dla rozpoznania grypy posiada może znaczenie t. zw. język grypowy.

Tematu nie wyczerpałem, pracę swoją uważam jako „wstęp“ do dalszych na bardziej licznych materiale dokonywanych przez innych autorów spostrzeżeń.

IV Kongres Międzynarodowy Ratownictwa I pierwszej pomocy w nagłych wypadkach w Kopenhadze od 11 – 16 czerwca 1934 r.

Dr. med. JÓZEF MAZUREK, Warszawa

Dla życia społecznego racjonalnie zorganizowane ratownictwo w nagłych wypadkach posiada doniosłe znaczenie. Na Zachodzie różne organizacje sprawie tej poświęcają dużo pieniędzy, czasu i pracy, dzięki czemu rezultaty osiągnięto bardzo poważne. U nas niestety liczne jeszcze działy ratownictwa znajdują się w zaniedbaniu i dlatego celem stopniowego odrobienia powyższych zaległości i wprowadzenia idei ratownictwa na właściwe tory w roku 1930 powstał Polski Komitet dla spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych, który w pierwszym rzędzie dąży do utworzenia stacyj Pogotowi Ratunkowych we wszystkich większych miastach i ośrodkach życia przemysłowego Polski. Niestety obecny kryzys ekonomiczny pracę tą w wysokim stopniu utrudnił.

Do Komitetu w chwili obecnej należy 8 Pogotowi Ratunkowych, Związek Miast Polskich, Zakład Ubezpieczeń na wypadek choroby i Związek Powiatów R. P.

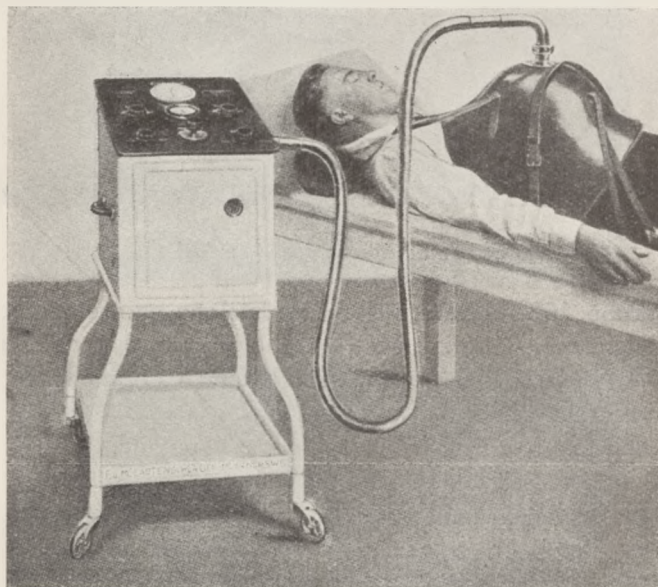
Dla utrzymania bliższego kontaktu z pokrewnymi instytucjami zagranicznymi Komitet za pośrednictwem swoich delegatów bierze udział w Zjazdach, poświęconych sprawom ratownictwa.

Z tej racji w odpowiedzi na zaproszenie wzięcia udziału w IV Kongresie Międzynarodowym Ratownictwa i Pierwszej Pomocy w nagłych wypadkach, mającym się odbyć w Kopenhadze w czerwcu r.b., Komitet wybrał delegatów w osobach D-ra Józefa Mazurka z Warszawy i D-ra P. Notza ze Lwowa.

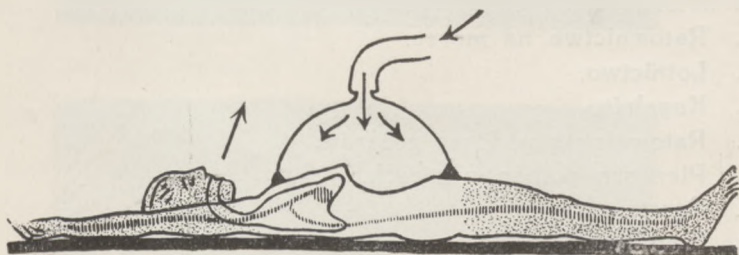
Kongres został otwarty dnia 11 czerwca 1934 r. w sali Parlamentu w Kopenhadze w obecności Króla Duńskiego Christiana X,

Z 31 Państw zgłoszeń było 219, z niejednorodną jednak frekwencją, niektóre bowiem kraje były reprezentowane jedynie przez swoich konsulów, z Niemiec przyjechało 87 osób, z Polski zaś było 5 uczestników.

Polskie Ministerstwo Komunikacji reprezentował Dr. Tadeusz Borzęcki, Naczelnik Biura Sanitarnego Min. Kom.



Biomotor — aparat do sztucznego oddechania



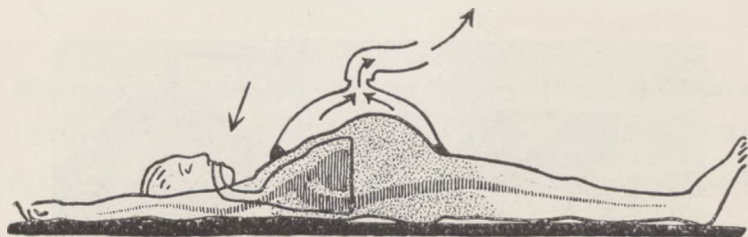
Działanie Biomotoru — wydech

W Zjeździe brał również udział Dr. Kolszewski, Naczelnik Wydziału Sanitarnego Dyrekcji Poznańskiej.

W imieniu Polski krótkie powitalne przemówienie wygłosił Dr. Tubiasz, delegat Ministerstwa Opieki Społecznej.

Na jednego z v. prezesów Zjazdu obrano D-ra Józefa Zawadzkiego.

Po ukończeniu przemówień powitalnych nastąpiła przerwa i właściwe obrady zjazdowe rozpoczęły się tegoż dnia po południu. Odbywały się one na posiedzeniach plenarnych i w komisjach.



Działanie Biomotoru — wdech

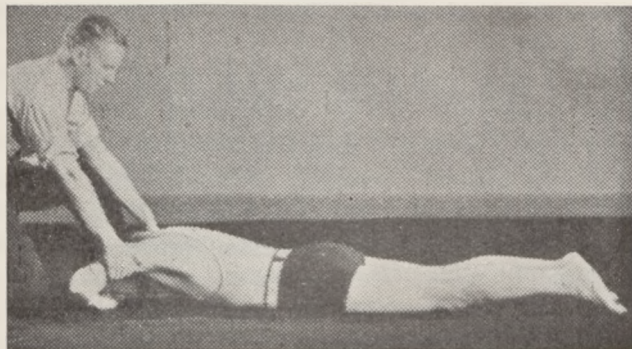
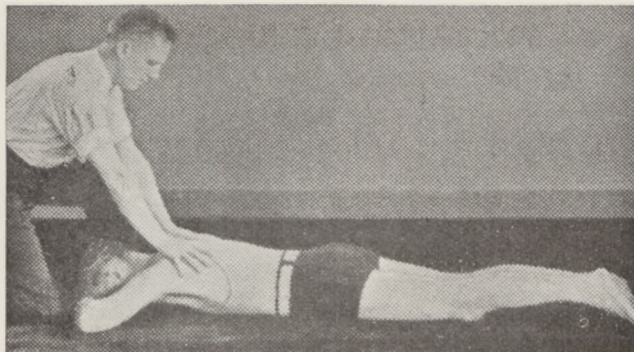
Zgłoszone 122 referaty zostały podzielone na następujące grupy:

1. Organizacja międzynarodowej pomocy przy dużych katastrofach.
2. Międzynarodowa organizacja pierwszej pomocy w komunikacji o dużej szybkości.
3. Ochrona przeciwgazowa i pierwsza pomoc.
4. Przywracanie życia.
5. Pomoc lekarska.
6. Instrukcje dla samarytan.
7. Organizacja pierwszej pomocy w fabrykach.
8. Organizacja pierwszej pomocy w miastach i na wsi.
9. Organizacja ratownictwa w wypadkach samochodowych na wsi i w katastrofach kolejowych.
10. Ratownictwo na morzu.
11. Lotnictwo.
12. Kopalnie.
13. Ratownictwo podczas pożarów.
14. Pierwsza pomoc w górach.
15. Sporty.
16. Statystyka.
17. Historia ratownictwa.

Uczestnikami Zjazdu byli nie tylko lekarze, lecz również osoby innych zawodów, mające związek lub interesujące się ratownictwem.

Wskutek ograniczonej ilości czasu i zbyt dużej liczby zgłoszonych referatów nie wszystkie mogły być wygłoszone, co naturalnie na poziom Zjazdu dodatnio nie wpłynęło.

Ponieważ zgłoszone na Zjazd referaty zawierały znaczną ilość wiadomości ciekawych i pożytecznych, uważam za celowe podzielenie się nimi z czytelnikami „Lekarza Kolejowego“ tembardziej, że i Koleje Państwowe posiadają swoje Pogotowie Ratunkowe.



Sztuczne oddechanie wg. Holger Nielsens'a

Sztuczne oddechanie

Jednym z tematów, który może najwięcej zajął czasu Zjazdowi i wywołał najbardziej ożywioną dyskusję, była sprawa *sztucznego oddechania*. Przed 5 laty w Amsterdamie ten sam temat również obszernie był omawiany. Wyłoniono nawet Komisję, która miała orzec, która metoda jest najbardziej racjonalna i celowa. Niestety prace Komisji wyniku dodatniego nie dały.

W związku z referatami, wygłoszonymi na obecnym Zjeździe, demonstrowano parę aparatów do sztucznego oddechania*).

Z wielkim temperamentem i dużą swadą *prof. Jellinek* z Wiednia wygłosił referat o swojej metodzie sztucznego oddechania. Szczegółów tego odczytu nie podaję, gdyż uczyni to Dr. Notz.

Ten sam temat omawiał *pauk Holger Nielsen* z Kopenhagi i w sposób następujący opisuje swoją metodę sztucznego oddechania: uduszonego należy przenieść na teren płaski, szybko rozebrać, położyć na brzuchu z rękami złożonymi, na których opiera się jego czoło. Nos i usta winny być oczyszczone, następnie należy uderzyć ratowanego kilka razy pomiędzy łopatki, co wywołuje otwarcie ust i wysunięcie języka. Ratujący klęka na jednym kolanie koło głowy chorego, kładzie ręce z palcami rozszerzonymi na jego plecach — duże palce koło kręgosłupa, dłonie zaś na łopatkach — i w ciągu $2\frac{1}{2}$ sek. wywiera ucisk na klatkę piersiową od góry ku dołowi (wydech). Następnie odchyła się ku tyłowi, cofa ręce do ramion, ujmuje i podnosi je również w ciągu $2\frac{1}{2}$ sek. (wdech). Ruchy te należy wykonywać jaknajdłużej, niekiekły sztuczne oddechanie musi trwać 4—5 godzin. Przerывa się je, gdy serce i oddechanie zaczną funkcjonować prawidłowo**).

Wynik sztucznego oddechania w dużym stopniu zależy od możliwie wczesnego rozpoczęcia go. Duże również usługi oddaje podawanie do wdechania mieszanki tlenu z kwasem węglowym (7%) i masaż całego ciała.

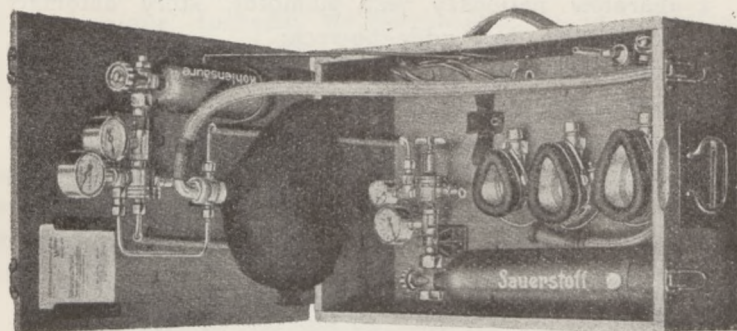
Inż. Mills z Anglii, omawiając sprawę ratownictwa w kopalniach, podnosi wielkie znaczenie dobrej organizacji akcji ratowniczej ze względu na tak częste wypadki zatrucia tlenkiem węgla.

Przy ratowaniu takich zatrutych doniosłą rolę odgrywa podawanie do wdechania mieszanki tlenu z kwasem węglowym ($5-8\%$), dzięki bowiem temu następuje zwiększenie głębokości oddechów bez ich przyspieszenia.

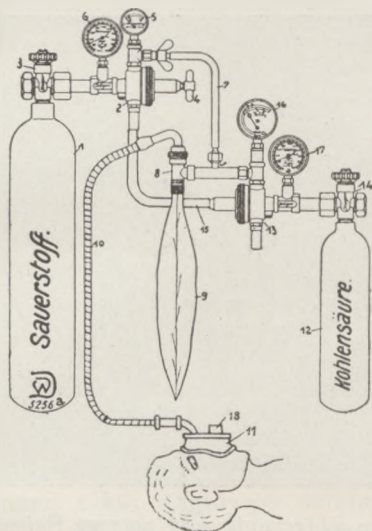
*) patrz wyżej na str. 269—270.

***) patrz str. 271.

Doświadczenia wykazały, że w ciągu tej samej ilości czasu przy wdechaniu powietrza ilość kwasu węglowego we krwi zmniejsza się o 2,2%, przy wdechaniu czystego tlenu o 5,5% i przy wdechaniu mieszanki z kw. węglowym o 16%.



Aparat Draeger'a dla oddechania mieszkanką tlenu z kwasem węglowym



Schemat wyżej podanej aparatu

W Londynie zbudowano specjalne aparaty dla mieszanki tlenu z kw. węglowym. Oddają one duże usługi. Autor nie jest zwolennikiem stosowania aparatów dla sztucznego oddechania i uważa za najbardziej celowy sztuczny oddech ręcznie wykonywany. Co do metod sztucznego oddechania, to prawie wszystkie dają jednakowo dobre wyniki.

Dr. Teleky z Düsseldorfu precyzuje w sposób następujący podstawowe przepisy dla akcji przywracania życia:

1. sztuczne oddechanie należy stosować możliwie wcześnie;

2. przy wszystkich metodach sztucznego oddechania należy przedewszystkiem udostępnić łatwe przechodzenie powietrza do płuc;

3. z metod ręcznych autor uważa za najlepszą metodę Silvester'a;

4. z aparatów najlepszy jest pulmotor, który automatycznie sygnalizuje zamknięcie dróg oddechowych;

5. oprócz sztucznego oddechania należy stosować masaż serca i zastrzykiwanie środków nasercowych;

6. organizacje ratownicze winny posiadać swoich lekarzy;

7. sztuczne oddechanie należy stosować do chwili wystąpienia wyraźnych objawów śmierci. Szczególnie przy porażeniach prądem elektrycznym należy stosować sztuczne oddechanie bardzo długo;

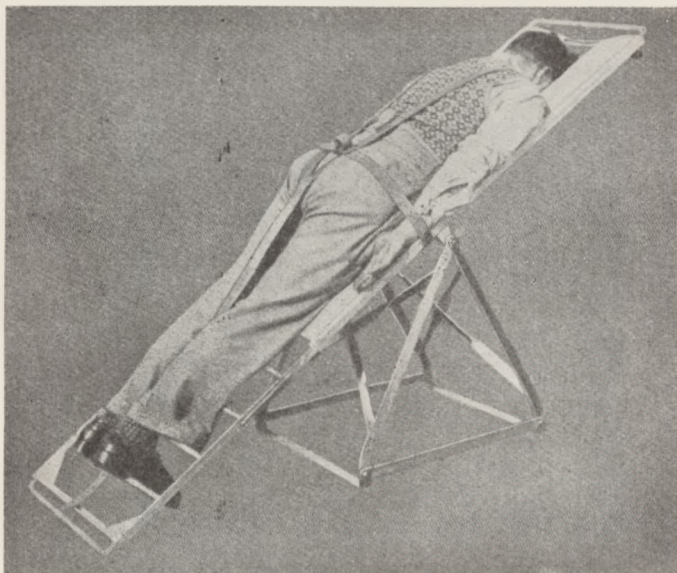
8. studenci medycyny winni być obeznani z metodami sztucznego oddechania i odpowiednimi aparatami.



Sztuczne oddechanie przy pomocy Pulmotoru

Według *Haase Lampe* przy ratowaniu osoby uduszonej nader baczna należy zwracać uwagę, aby przy sztucznem oddechaniu język nie tamował dostępu powietrza do dróg oddechowych. W Niemczech od 1924 r. w powyższym celu stosowany jest sposób Dr. Milnera, który polega na tem, że po otwarciu ust i oczyszczeniu jamy ustnej przekręca się mocno głowę ratowanego na bok, wskutek czego język również opada na bok, pozostawiając dostateczną szczelinę dla przechodzenia powietrza.

Dr. Mijnlieff z Amsterdamu, omawiając różne metody sztucznego oddechania, podkreśla, że polecać do stosowania można taką metodę, która jest nieszkodliwą i która nie tylko wywołuje dostateczną wentylację płuc, lecz jednocześnie dodatnio wpływa na krążenie w płucach i na akcję serca. Na zasadzie dłuższego doświadczenia i danych z literatury autor dochodzi do przekonania, że za najlepszą należy uważać metodę Silvester'a*).



Aparat do sztucznego oddechania (rodzaj huśtawki)

Na zakończenie działu o sztucznym oddechaniu przytoczę jeszcze treść referatu *prof. Thiel'a* z Królewca, który podnosi, że oddechanie mieszkanką tlenu z kw. węglowym działa na ośrodek oddechu i naczynio-ruchowy. Z tej racji winna być ona stosowana w wypadkach zatrucia, kiedy przerwane jest oddechanie wraz z krążeniem peryferycznym, a więc w otruciach CO, morfiną, chloroformem, eterem etc. Przypadki zaś otrucia kwasem węglowym, wypadki utonięcia, powieszona nie nadają się do stosowania powyższej metody. Może być ona stosowana jedynie przy zachowanej akcji serca, gdyż tylko przy pomocy krążenia podawana do wdechania mieszanica może działać na te ośrodki.

*) patrz str. 276.

Nauczanie i organizowanie ratownictwa

Doniosłą sprawą w dziedzinie ratownictwa jest właściwa organizacja nauczania szerokich mas zasad udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach. Na temat ten zgłoszono szereg referatów, świadczących o poważnych rezultatach uzyskanych w tym kierunku na Zachodzie.



Sztuczne oddechanie wg. metody Silvester'a

Szwedzki Czerwony Krzyż, według *Dr. Lindsjö*, dąży do tego, aby każda dorosła osoba знаła zasady udzielania pomocy w nagłych wypadkach. W powyższym celu prowadzone są odpowiednie kursy w fabrykach, tartakach, szkołach i t. d. Wykorzystane jest również radio, wydawane są broszury i urządzane wystawy. Oprócz tego organizowane są specjalne kursy dla instruktorów. W ciągu ostatnich 15 lat Czerwony Krzyż zorganizował 3464 kursów dla 71 000 osób.

Dr. Svendsen z Kopenhagi podaje, że Duński Czerwony Krzyż w 1863 r. zorganizował pierwszy kurs ratownictwa. Od tego czasu wyszkolono 37.000 osób, które tworzą oddziały samarytańskie. Co rok przybywa 1600 osób.

Oddziały samarytańskie mają za zadanie udzielanie jedynie koniecznej pierwszej pomocy i możliwie szybki i wygodny transport chorego do szpitala. Kierują się one następującymi przepisami:

- 1) nie szkodzić choremu; 2) zająć się chorym według zasad etycznych; 3) szybko zbadać chorego; 4) na miejscu wypadku udzielić choremu koniecznej pomocy; 5) o ile chory nie oddycha, usunąć przyczynę i przystąpić do sztucznego oddechania; 6) przy krwotoku starać się zatamować go; 7) przy otruciuach wywołać wymioty; 8) przed opatrunkiem umyć własne ręce; 9) transportować chorego bez bólu; 10) przy złamaniach unieruchomić kończynę.

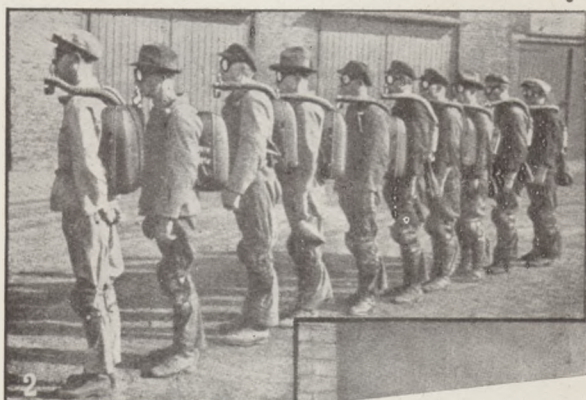


Sztuczne oddechanie wg. metody Schäfer'a)*

Na Węgrzech pierwszą pomoc organizuje „Tow. miast i okręgów Węgier dla ratownictwa w nagłych wypadkach”. Według *D-ra J. Kovace'a* z Budapesztu stacje i posterunki ratownicze tworzone są nie tylko w większych miastach, lecz również w miasteczkach i wsiach. Celem propagandy ratownictwa prowadzone są kursy w szkołach wyższych, dla szerszych mas i automobilistów, którzy nie otrzymują karty jazdy bez zdania odpowiedniego egzaminu. Co rok szkolonych jest 6000 osób. Studenci medycyny odbywają praktykę na stacjach ratowniczych. Nakręcane są również odpowiednie filmy i wydawane specjalne pismo.

*) patrz niżej na str. 283.

Na zakończenie prelegent zgłasza wniosek, aby Zjazd ustalił ogólne wytyczne dla udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach.



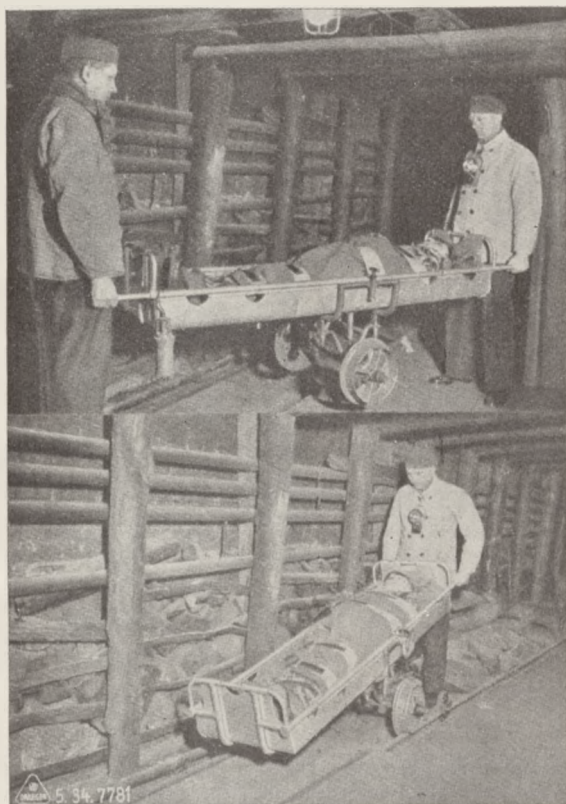
Aparaty przeciwgazowe z tlenem



Maska Draeger'a chroniąca od pyłu

Z akcją nauczania i popularyzowania podstawowych zasad ratownictwa ściśle wiąże się *organizowanie pierwszej pomocy w nagłych wypadkach*, co na Zachodzie znacznie jest ułatwione dzięki dużej liczbie obywateli obeznanych z temi zasadami. Organizacje ratownicze obejmują tam miasta, miasteczka, wsie, drogi publiczne, góry, wybrzeża morza, lotnictwo i t. d.

Szwedzki Czerwony Krzyż — *Cap. Vallquist* — od roku 1929 utworzył 50 posterunków ratowniczych, których działalność polega przedewszystkiem na szybkim transporcie chorych po udzieleniu na miejscu wypadku jedynie koniecznej pomocy. Personel posterunków składa się z szoferów i sanitariuszy wolontariuszów, odpowiednio wyszkolonych. Pierwotnie organizacja ta przeznaczona była dla dużych katastrof, obecnie jednak udzielana jest pomoc we wszystkich wypadkach.



Nowy typ noszy Inż. Meyer'a

Dania posiada ciekawą instytucję ratowniczą, t. zw. *Korpus ratowniczy Falcka*, prywatne Tow. ubezpieczeniowe od wypadków. Zadaniem jego jest nie tylko przewóz chorych i niesienie im pierwszej pomocy, lecz wzywane bywa przez ubezpieczonych do wszelkich możliwych wypadków jak pożary, katastrofy uliczne, powodzie, katastrofy kolejowe, samochodowe i t. d. Instytucja ta istnieje od 30 lat, po-

siada w całej Danji 45 filji i ubezpieczonych liczy na dziesiątki tysięcy. Opłata zależna jest od rodzaju ubezpieczenia.

Ubezpieczają się nie tylko osoby prywatne, lecz również całe instytucje, przedsiębiorstwa i t. d.

W Szwecji od 1924 r. — *E. Stiernstealt* — istnieje instytucja, mająca na celu transport chorych przy pomocy aeroplanów. Inicjatorom przedewszystkiem chodziło o północ Szwecji, gdzie z powodu wielkich odległości i braku dogodnej komunikacji przewożenie chorych specjalnie było utrudnione. Obecnie obsługiwana jest cała Szwecja, największa jednak liczba przewozów istnieje na północy. Organizacja ta oddaje wielkie usługi i zaoszczędza przewożonym cierpień. Do 1-go grudnia 1933 r. przewieziono 555 osób, z czego z północy 443 osoby. Te ostatnie przewozy dokonywane są darmo. Wydatki obecnie pokrywa rząd. Na zakończenie swojego odczytu autor pokazał bardzo ciekawy film, ilustrujący działalność instytucji.

Przechodząc obecnie do teoretycznych rozważań o *organizacji ratownictwa*, przytoczę poglądy na tę sprawę *D-ra Ageny* z Berlina, który podkreśla, że wobec coraz większej liczby wypadków w dziedzinie ruchu, przedewszystkiem należy zwracać baczną uwagę na szoferów i na stopień ich trzeźwości. W wypadkach wątpliwych winna być określona zawartość alkoholu we krwi.

Każde duże miasto winno posiadać organizację ratunkową, mającą na celu niesienie możliwie szybko pierwszej pomocy. W małych miasteczkach należy tworzyć posterunki ratownicze z telefonami, małe zaś szpitale winny posiadać nosze na 2 kołach, przystosowane do przyczepiania do każdego pojazdu. Na drogach co 2—3 klm. winien znajdować się telefon. Wszystkie stacje z benzyną na drogach publicznych należy zaopatrzyć w skrzynki ratownicze, nosze, telefony, wyszkolony personel, adres najbliższego lekarza i szpitala.

Również brzegi rzek, jezior i większe mosty winny posiadać odpowiednio rozlokowane posterunki. W miejscowościach odległych, nie posiadających dobrej komunikacji, należy szeroko stosować aeroplany sanitarne. Doniosłą również wagę posiada szkolenie obywateli.

Lotnictwo i ochrona przeciwgazowa

Wobec coraz większego zasięgu lotnictwa i stopniowego przedłużania linii lotniczych, łączących różne państwa, *Robert Charlet* zgłasza w swoim referacie wniosek utworzenia *międzynarodowej organizacji pierwszej pomocy w komunikacji o wielkiej szybkości*. Mia-

łaby ona na celu niesienie pomocy podczas lotu, pożaru lub upadku samolotu. Organizacja ta musiałaby posiadać odpowiednio wyszkolony personel i samoloty sanitarne.

W związku z obroną przeciwgazową *Dr. Helmut v. Frankenberg* z Berlina podnosi ważną sprawę opracowania *międzynarodowych przepisów ochrony powietrznej na wypadek wojny*. Już przy końcu XIX wieku czyniono próby wydania takich przepisów, mających na celu ochronę ludności cywilnej przed atakami lotniczymi. Ukazały się one w Hadze w 1899 r. i zabraniały zrzucania bomb z aeroplanów, jak również używania gazów trujących. Podczas wojny europejskiej przepisy te niestety nie były przestrzegane. Dopiero w 1928 r. Czerwony Krzyż ponownie podniósł omawianą sprawę i w Brukseli utworzył komisję, mającą na celu opracowanie międzynarodowych przepisów ochrony powietrznej. Proponowany jest podział mieszkańców na „pasywnych” i „aktywnych”. Pierwsi podczas ataków lotniczych winni kryć się w schronach lub piwnicach, drugich należy zaopatrzyć w aparaty chroniące od szkodliwego działania gazów. Wszyscy obywatele winni przejść odpowiedni kurs przeciwgazowy, a poza tem należy tworzyć specjalne kolumny ratownicze.

Pokrewny temat omawia w swoim referacie *Dr. Muntsch* z Berlina o *ochronie przeciw oparzeniu skóry podczas walki gazowej*. Autor przedewszystkiem ma na myśli iperyt, który wywołuje ciężkie oparzenia skóry.

Jako środek ochronny proponowano stosowanie różnych maści. Na zasadzie przeprowadzonych prób autor twierdzi, że w większości wypadków ochrona taka jest iluzoryczną.

Jedynie Antiphlogistine (prep. amerykański) i Glykylon (prep. niemiecki) są nieprzenikliwe i mogą przez pewien czas chronić skórę przed działaniem środka stosowanego w walce gazowej.

Zresztą szerokie stosowanie tych maści i z tego powodu nie jest celowe, że pokrycie całego ciała nie jest możliwe ze względu na szkodę, jaką przez to uczyniło by się całemu organizmowi. Z powyższych względów celem ochrony skóry podczas walki gazowej najbardziej racjonalne jest używanie odzieży impregnowanej.

Ratownictwo na drogach, w górach i na wybrzeżach morskich

Przechodząc do sprawy organizacji ratownictwa na drogach publicznych, należy podkreślić, że niektóre państwa posiadają już takie instytucje, doskonale zorganizowane i oddające duże usługi.

Szwajcarski klub automobilowy rozlokował na głównych drogach telefony, przeznaczone dla przejezdnych, którzy ulegli wypadkowi. Na początku takiej drogi znajduje się tablica z napisem w 3 językach „Service téléphonique de secours“.

Telefony ulokowane są co 2 kilom. Na połowie odległości pomiędzy 2 telefonami znajduje się znak informujący, w jakiej odległości znajduje się telefon. Przy telefonie umieszczona jest tablica z adresem najbliższego lekarza, stacji ratunkowej, mechanika, policji. Telefony, ulokowane nawet na otwartym powietrzu, znoszą zupełnie dobrze zmiany pogody. Ta sama organizacja oddaje również bardzo cenne usługi sportom górskim.

W Danji według *Inż. Rathlov'a* w 1932 r. powstała specjalna organizacja, mająca na celu ratownictwo na drogach publicznych. Na czele stoi komitet, składający się z przedstawicieli rządu, samorządu, Cz. Krzyża, Tow. rowerzystów, automobilistów etc. Organizacja posiada swoje godło, finansuje ją rząd przy udziale Tow. ubezpieczeniowych, przemysłu, instytucji finansowych i t. p. Pomoc, okazywana poszkodowanym, jest bezpłatna.

Posterunki, rozlokowane co 4 klm., znajdują się pod kontrolą sąsiednich lekarzy. Częstość znajdują się w mieszkaniach prywatnych.

Każdy posterunek posiada telefon, adres najbliższego lekarza, szpitala, policji, straży ogniowej, weterynarza i akuszerki. Poza tem znajduje się tam skrzynka z materiałem opatrunkowym i książka zawierająca wskazówki, jak należy wykonywać pierwszą pomoc. Bezpośredni kierownik posterunku posiada odpowiednie wykszolenie i za każdą udzieloną pomoc otrzymuje 1 kor.

W całej organizacji jedynie sekretarz centrali posiada stałe pobory. W chwili obecnej istnieje 196 posterunków. W ciągu 3 miesięcy 1933 r. udzielono pomocy w 195 wypadkach.

W 1930 r. na zebraniu międzynarodowego Tow. Turystyki (Carl Petersen) po raz pierwszy poruszono *sprawę dróg międzynarodowych*. Ponownie omawiano ją na następnym Zjeździe tejże organizacji w Kopenhadze. Zaprojektowano w Europie 40 dróg, mających łączyć ważne ośrodki różnych państw. Przy tworzeniu byłyby wykorzystane istniejące już drogi, o ile nadają się dla ruchu międzynarodowego. Przy drogach musiałaby powstać jednolita sygnalizacja, posterunki ratownicze, telefony, garaże i t. d. Celem stworzenia jednolitej sygnalizacji ratowniczej nawiązano kontakt z klubami turystycznymi, automobilowami i Czerwonym Krzyżem.

Ciekawe dane o organizacji ratownictwa w górach podaje w swoim referacie *E. Hunziker*.

Alpejski klub szwajcarski utworzył w górach 111 stacji ratowniczych i około 200 mniejszych posterunków. Personel doskonale wyćwiczony i odpowiednio dobrany posiada wykwalifikowanego kierownika. Stacje i posterunki zaopatrzone są w przyrządy ratownicze i materiał opatrunkowy. W hotelach, schroniskach i t. d. umieszczone są adresy najbliższego lekarza posterunku ratowniczego i t. d.

W celu możliwie szybkiego zawiadomienia posterunku o wypadku w schroniskach i na drogach umieszczone są telefony, które oddają b. duże usługi. W celach ratowniczych używa się również aeroplanów.

Koszta pokrywają osoby, które uległy wypadkowi lub ich spadkobiercy. Przewodnicy przechodzą specjalny kurs ratownictwa z obowiązkowym egzaminem, bez którego nie mają prawa zajmowania się swoim procederem. Każdy przewodnik w plecaku musi posiadać materiał opatrunkowy. Te same przepisy obowiązują również nauczycieli zimowych sportów.

W całokształcie organizacji ratowniczych ważną rolę odgrywa *ratownictwo na wybrzeżach morskich*, szczególnie podczas miesięcy letnich, kiedy miliony ludzi korzystają z kąpeli morskich i uprawiają sporty wodne. W wielu też państwach stworzono już takie organizacje, oddające wielkie usługi.

Według *D-ra Fr. Svendsen'a* (Kopenhaga) w roku 1932 utonęły w Danii 184 osoby, t. j. 1:19.000 mieszk., samobójstw przez utopienie było 70. Od 1926 r. na wybrzeżach morza istnieją posterunki ratownicze, znacznie udoskonalone w 1934 r. Posterunek składa się z szafki, ulokowanej na 2 palach, zawierającej boję ratowniczą ze sznurem, koło ratownicze, linę rezerwową, trąbkę i materiał opatrunkowy. Nazewnątrż znajduje się instrukcja ratownicza i przepisy stosowania sztucznego oddechania według metody Schäfera*). Przed szafką ulokowany jest bosak, 2 drążki do podnoszenia, okulary do nurkowania. Wszystko otoczone jest łańcuchem i zamknięte na kłódkę. Oprócz tego do zaopatrzenia posterunku należy 1 łódka ratownicza, drabinka, bosak i żelazny drąg. W powszednie dni posterunki oddane są do dyspozycji publiczności. W dni świąteczne opiekę nad plażami roztacza Czerwony Krzyż.

Dotychczasowe wyniki, otrzymane dzięki zorganizowaniu tych posterunków, są doskonałe.

*) patrz wyżej na str. 277.

W Islandji (*Kap. Thorsteinson*) stworzono w 1920 r. organizację ratowniczą, posiadającą również sekcję kobiecą. W chwili obecnej istnieje 16 posterunków i 2 stacje ze statkami ratowniczymi. Dążeniem organizacji jest stworzenie 200 posterunków i 8 stacji ze statkami. Jest ona instytucją społeczną, korzystającą z subwencji rządowej. Na jej dochód poczta 1 raz na rok wypuszcza specjalne znaczki. Do chwili obecnej uratowano 100 osób. Poza akcją ratowniczą Towarzystwo organizuje również szkoły pływania.



Islandja — stacja ratunkowa na wybrzeżu

Plk. Borchgrevink (Oslo) w referacie swoim podaje, że w 1906 r. powstało norweskie Tow. ratownicze, mające na celu propagowanie nauki pływania i ratownictwa wodnego i podzielone na 200 sekcji. Na 40 kursach wyszkolono 670 nauczycieli pływania, około zaś 12 300 osób przeszło kurs pływania i ratownictwa. Instytucja subwencionowana jest przez rząd.

Ratownictwo kolejowe. Sprawie ratownictwa na kolejach poświęcono stosunkowo mało czasu. Przy tej jednak sposobności okazało się, że organizacja ratownicza na naszych kolejach nie ustępuje podobnym organizacjom kolejowym innych Państw.

Dr. Niederstad (Berlin) w swoim referacie podkreśla, że pociągi międzynarodowe winny być zaopatrzone w jednolity materiał ratowniczy, w każdym wagonie należy umieścić materiał opatrunkowy, siekiery, środki zabezpieczające od zranienia odłamkami szkła. Na korytarzu każdego wagonu winno znajdować się ogłoszenie o środkach ratowniczych, znajdujących się w pociągu.

Po podaniu opisu niemieckiego wagonu sanitarnego *Dr. Hamm* z Monachjum zgłasza następujące wnioski co do zaopatrzenia wagonów sanitarnych:

- 1) wagon sanitarny winien zawierać możliwie największą ilość miejsc dla rannych;
- 2) naładowanie i wyładowanie powinno odbywać się możliwie łatwo;
- 3) ranni powinni być lokowani wygodnie;
- 4) przestrzeń, przeznaczona dla rannych, winna posiadać dostateczną ilość światła i robić miłe wrażenie;
- 5) przestrzeń, przeznaczona dla lekarzy, winna być zaopatrzona w środki ratownicze tylko niezbędne.

Porażenie prądem elektrycznym. W referacie swoim o pierwszej pomocy przy porażeniach prądem elektrycznym *prof. Jelinek* podaje następujące wskazówki

Przed dotknięciem się porażonego ratujący winien uprzednio stanąć na suchym papierze, na kawałku tkaniny lub klęknąć na drewnianym krzeselku. Palce porażonego wyprostować i uwalniać kolejno, przekładając je suchym papierem lub tkaniną. Jeżeli porażony nie oddycha, natychmiast przystąpić do sztucznego oddechania po uprzednim wydobyciu języka i oczyszczeniu ust i tchawicy. Sztuczne oddechanie należy stosować jaknajdłużej. Jednocześnie wskazane jest drażnienie skóry, nosa i stosowanie zastrzykiwań cukru i środków nasercowych.

Organizacja Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Polsce

Referat *Dr. J. Zawadzkiego* p. t. „Organizacja pierwszej pomocy lekarskiej w Polsce” został wydrukowany w języku polskim i francuskim i rozdany uczestnikom Zjazdu. Ponieważ zawiera on obraz obecnego stanu ratownictwa w Polsce (za wyjątkiem działalności Czerwonego Krzyża), podaję w streszczeniu treść tej pracy.

Sprawa ratownictwa w większych miastach Polski stoi dziś na dość wysokim poziomie. Fakt utworzenia w r. 1930 Komitetu dla spraw ratownictwa świadczy, iż idea ta rozwijać się będzie dalej i że powoli wszystkie większe ośrodki życia w Polsce uzyskają zorganizowane stacje ratunkowe. Komitet posiada już plany takiej sieci, niestety chwila obecna ogólnego zastoju nie sprzyja ich urzeczywistnieniu.

Komitet propaguje metodę powstania takich stacji przez koordynację współpracy i inicjatywy prywatnej, samorządów, ubezpieczalni społecznych i Czerwonego Krzyża.

W chwili obecnej Polska posiada 8 Pogotowi Ratunkowych, a mianowicie: w Warszawie, Łodzi, Lwowie, Krakowie, Wilnie, Poznaniu, Lublinie, Zakopanem.

Warszawskie Towarzystwo Doraźnej Pomocy Lekarskiej (Pogotowie Ratunkowe) założone w dn. 20/II 1897 roku powstało z inicjatywy Dr. Józefa Zawadzkiego i hr. Konstantego Przeździeckiego.



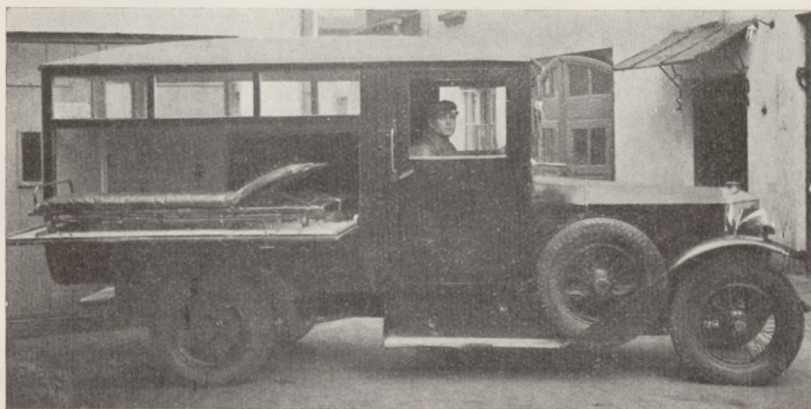
Tabor Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego

Starania o zatwierdzenie Towarzystwa trwały w Petersburgu 8 miesięcy. W międzyczasie dzięki ofierze K. hr. Przeździeckiego sprowadzono z Wiednia 3 karety ratownicze, sprzęt ratowniczy i urządzono w czerwcu 1896 r. na wystawie higienicznej pokaz stacji ratunkowej.

Stację ratunkową otwarto dn. 22 lipca 1897 r. początkowo jako tymczasową, w 3 miesiące przeniesiono ją do specjalnie przygotowanego lokalu, a w r. 1903 do własnego domu na Lesznie; w r. 1928 otwarto drugą stację również w gmachu własnym Towarzystwa (Hoża 56) dla południowej dzielnicy miasta.

Jak szybko rozwija się działalność instytucji, dowodzą cyfry. Podczas, gdy ogólna liczba wezwań rocznie średnio w r. 1897—1901 wynosiła 5789, stopniowo zwiększając się, doszła tuż przed wojną do 14.629, w r. 1927 przekroczyła 25 600; od lat 6 stale utrzymuje się na poziomie około 32.000 rocznie. Na 10.000 ludności wynosi to 290 wypadków rocznie. Dziennie ostatnio jest średnio 88,4 wezwania.

Okres od 1897—1934 roku był okresem historycznych zmagañ na terenie Polski i jej Stolicy. Rok 1904—1906 to okres rewolucji rosyjskiej, która wzmogła działalność Towarzystwa skutkiem walk ulicznych i partyjnych. Rok 1914—1920 to okres wojny europejskiej i polsko-rosyjskiej, okres utrwalenia niepodległości Państwa i jego granic. To też w tym czasie Pogotowie, poza swoją działalnością dla ludności Warszawy, udzielało pomocy rannym nie tylko na terenie miasta, ale i formując pociąg sanitarny po za Warszawą, a nadto przez swój udział i inicjatywę ułatwia pierwsze kroki Polskiemu Tow. Czerwonego Krzyża.



Karetka Pogotowia Ratunkowego w Warszawie

Nie mogę na tem miejscu podawać tych dat statystycznych, które nagromadziły się w ciągu 37-letniej działalności Towarzystwa, stwierdzić jednak muszę, że od zarania swej działalności Towarzystwo uzyskało trwałe poparcie społeczeństwa, co pozwoliło nie tylko na stopniowy jego rozwój, ale i na gromadzenie zasobów; niestety, skutkiem wojny i dewaluacji pieniądza Towarzystwo poniosło znaczne straty.

Obecnie budżet Towarzystwa waha się w granicach 200.000 zł., z czego $\frac{1}{3}$ otrzymuje w formie zapomogi od miasta, kolei i innych instytucji, $\frac{1}{3}$ stanowią składki członków i ofiary, $\frac{1}{6}$ płatny przewóz chorych, pozostałe $\frac{1}{6}$ pokrywa Towarzystwo z wydawnictw, różnych imprez i t. p.

Tym sposobem $\frac{2}{3}$ ciężaru spada bezpośrednio na społeczeństwo, które ani razu nie zawiodło w dopomaganiu instytucji.

Towarzystwo pracuje oszczędnie. Koszt jednego wypadku w r. 1931 wynosił 6,9 zł., wliczając w to wszystkie koszty administracji i pomocy lekarskiej.

Organizacja Towarzystwa jest następująca: na czele stoi zarząd, wybierany z pośród członków Towarzystwa przez walne ich zgromadzenie na lat 3: corocznie ustępuje $\frac{1}{3}$ część członków zarządu. Zarząd powołuje prezesa, vice-prezesa, sekretarza, skarbnika i inspektora stacji. Przy zarządzie istnieją komisje, np. komisja dochodów niestałych i funkcjonują urzędnicy administracji.



Kufry ratunkowe Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego

Na czele stacji ratunkowej stoi lekarz, który ma do pomocy 3 stale zamieszkałych na stacji internów, do wezwań wyjeżdżają lekarze z sanitariuszami i szoferem, mając do dyspozycji skrzynki ratunkowe, nosze oraz niezbędny sprzęt ratunkowy. Telefony z wezwaniem odbiera lekarz, może więc zawsze orjentować się co do rodzaju wypadku. Po przybyciu na miejsce wypadku lekarz udziela pomocy, poczem odwozi chorego do szpitala, do domu lub też pozostawia go na miejscu, zależnie od rodzaju wypadku i jego skutków. Znaczna część uległych drobnym wypadkom zgłasza się na stację osobiście, w tym celu stacje posiadają odpowiednie sale przyjęć, sale operacyjne oraz sprzęt ratowniczy.

Jednocześnie dyżurują 2 lekarze na stacji głównej i 1 na stacji pomocniczej, prócz nich w rezerwie są lekarz naczelny i 3 internów. W czasie większych katastrof są wzywani lekarze dyżurni z miasta. Zdarzało się, że w czasie rewolucji i katastrof kolejowych lekarze załatwiali do 200 wypadków w ciągu paru godzin.

Lekarze i personel są płatni, zarząd jest bezpłatny, honorowy.

Zasadniczo dyżur lekarza trwa 4 godziny, zmiany następują o godz. 9, 13, 17 i 21. Nocą jest czynna stacja główna z 1 lekarzem oraz 2 internami w zapasie.

Pomoc jest bezpłatna, natomiast za przewozy chorych nie uległych wypadkowi Tow. pobiera zwrot kosztów własnych.

Jak widzimy więc, instytucja jest oparta na czysto samarytańskich podstawach, zarobkowość jest wyłączona.

Towarzystwo doraźnej pomocy lekarskiej w Łodzi powstało w r. 1899 z inicjatywy d-ra Pinkusa, statut został zatwierdzony w Petersburgu 3 marca 1899 r., a 1 grudnia tegoż roku otwarto stację ratunkową przy ul. Aleje Kościuszki Nr. 9, w r. 1906 Towarzystwo nabyło gmach własny przy ul. Gdańskiej (Długiej) Nr. 83, gdzie się mieści i dotąd.

Towarzystwo doraźnej pomocy lekarskiej jako instytucja społeczna przetrwało do 3. IV 1924 r., kiedy Towarzystwo zlikwidowało się i przekazało cały swój majątek, t. j. dom Pogotowia i legaty na rzecz gminy m. Łodzi. Odtąd Pogotowie Ratunkowe staje się jedną z agend samorządu i utrzymywane jest całkowicie z funduszków miejskich. Duch jednak pracy społecznej, ofiarnej i bezinteresownej pozostał bez zmiany, dzięki nastawieniu kierownictwa sanitarnego magistratu m. Łodzi.

Liczby wezwań do wypadków nie można porównywać z liczbą wezwań w Warszawie. Nie stoi ona w żadnym stosunku nawet do liczby ludności. Od r. 1900 wzrasta ona stopniowo z 2659 do 4608 w r. 1913, spada w okresie wojny i okupacji niemieckiej do 1345 (r. 1918), później podnosi się stopniowo, osiąga 5828 w r. 1925, czyli przekracza liczbę przed wojną i odtąd stale utrzymuje się na poziomie 7293 (r. 1932), podnosząc się do 8095 wypadków w roku ostatnim.

Jeżeli odnośne cyfry porównamy z Warszawą, widzimy, iż w Warszawie w stosunku do ludności liczba ta jest przynajmniej 2-krotnie wyższą. Od początku założenia stacji w Łodzi do 31. XII. 1933 r. było 140.190 wypadków.

Przyczyn szukać należy w specjalnym charakterze Łodzi, jako miasta fabrycznego o dość jednolitym przemyśle tkackim, urządzeniach ratowniczych dla przeważnie zamieszkujących Łódź robotników w obrębie fabryk przed wojną, a w Kasie Chorych po wojnie. Liczba wypadków zwiększa się z chwilą, gdy Łódź po wojnie stała się siedzibą województwa, zaczęła koncentrować w sobie nie tylko życie fabryczne, ale i administracyjne dla wysoce uprzemysłowionego ośrodka Polski.

Stacja posiada dom własny, gdzie mieszczą się i samochody.

Obsługuje ją 6 lekarzy, 3 szoferów i 6 sanitariuszy. Dyżuruje stale 1 lekarz w dzień i w nocy, administrację miejscową prowadzi lekarz. Dawniej dyżurowało na stacji 2 lekarzy w ciągu dnia i jeden w ciągu nocy.

Większość wypadków wprost przeciwnie, niż w Warszawie, ułatwia stacja na mieście, zgłoszenie na stację jest utrudnione ze względu na położenie stacji, znaczne odległości w mieście, niedostępność dla robotników kosztownej lokomocji miejskiej, najgłówniej zaś skutkiem tego, że po wyjeździe lekarza do wypadku na mieście nie może dostarczyć pomocy natychmiastowej i chory musi czekać na powrót lekarza.

Rozumie to kierownictwo stacji, brak jednak funduszków stoi na przeszkodzie.

Koszt utrzymania stacji jest dość wysoki, w r. 1932/33 wynosił 119.479 zł. 70 gr., stąd też 1 wypadek kosztuje miasto 15.84—18 92 zł., czyli parokrotnie wyżej, niż w Warszawie.

Lwowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe jest bezpośrednim dzieckiem dra Jaromira Mundy, twórcy Pogotowia wiedeńskiego i zostało założone w dn. 8 maja 1893 r., w roku więc zeszłym obchodziło 40-lecie swej pożytecznej działalności. W r. 1932 udzielono pomocy 17.598 osobom.

Towarzystwo oparte na tych samych zasadach, co i inne pokrewne, było drugim na ziemiach Polski w kolei powstania i zapisało się w dziejach Lwowa niestartem zgłoszkami, zyskując uznanie wśród obywateli.

Mimo to boryka się z trudnościami finansowemi, które nie pozwalają mu rozwijać się prawidłowo.

Na 250.000 ludności ma zaledwie 2008 zł. dochodu od członków (r. 1932/33), zapomoga miejska wynosi 36.294 zł., dochód z przewozów daje 16.783 zł. Ogólne wpływy wynoszą 95.298 zł.

Mieści się Towarzystwo w gmachu miejskiej straży pożarnej, zajmuje 6 pokoi i 3 garaże, w których ma 3 karetki samochodowe.

Pogotowie Lwowskie zatrudnia 13 lekarzy płatnych od dyżuru (przyczem kwota ogólna wynagrodzenia wynosiła w r. 1932/33 — 35.946 zł.), sanitariuszy 5, szoferów 2 i 1 woźnicę.

Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe założone zostało 6 czerwca 1891 roku, było więc pierwszym Towarzystwem ratunkowym na ziemiach Polski, powstało również jak

i Lwowskie z inicjatywy bar. dr. J. Mundy przy współdziałale społeczeństwa krakowskiego, a w szczególności ś. p. Eminowicza, Prof. Obalińskiego, Wicherkiewicza, Roznera i d-ra Arnolda Bawnera. Dnia 7. VI. 1931 r. obchodziło 40-ni jubileusz swej działalności, która w Krakowie zapisała się niestartem zgłoszkami.

Stacja mieści się w lokalu użyczonym przez miasto i składa się z 5 ubikacji, obsługuje ją 5 lekarzy i 14 absolwentów medycyny (początkowo obsługiwali stację studenci medycyny), 5 szoferów i 7 sanitariuszy. Karetok samochodowych posiada 6. Personel pozostaje pod kierownictwem lekarza naczelnego. Personel administracyjny składa się z 1 urzędnika i 1 monterka samochodowego.

Zarząd jest obieralny, honorowy.

Majątek Towarzystwa wynosi 214.017 zł. Towarzystwo posiada własną nieruchomość wartości 256.505 zł.

Dochody w r. 1932 składały się z dotacji 5⁰/₀ dochodu od widowisk w Krakowie 46.309 zł., przewozu chorych 30.685 zł., subwencji i ofiar 23.133 zł., składek członków 9937 zł., dochodu z nieruchomości 28.355 zł., odsetek 349 zł.

Na wydatki składają się płace 73.168 zł., benzyna, smary i konserwacja samochodów 9591 zł.

W roku 1932 liczba wypadków wynosiła 13.130.

Wilno. Z inicjatywy hr. Wł. Tyszkiewicza dn. 8 grudnia 1902 r. założone zostało Towarzystwo Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Wilnie, biorąc zarówno statut jak i zasady z Warszawskiego Tow. Doraźnej Pomocy Lekarskiej.

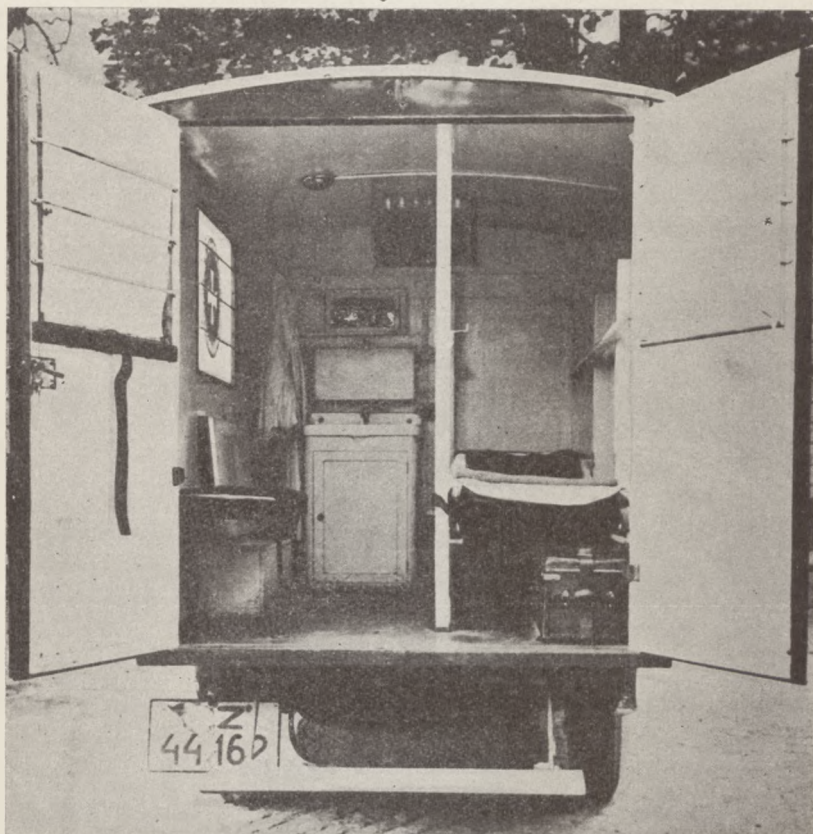
Początkowo poparte przez społeczeństwo miejscowe, rozwijało się bardzo pomyślnie, wielka wojna jednak i okupacja niemiecka spowodowały załamanie w 1915 r. Towarzystwo przestało istnieć, przekazując swój majątek i czynności miastu. Odtąd zarząd przeszedł w ręce Magistratu.

Zmienił się i charakter instytucji, która udziela pomocy nie tylko w wypadkach nagłych na ulicach, ale i w mieszkaniach w nagłych zachorowaniach, pobierając zasadniczo opłaty, choć lekarz ma prawo zwalniania od opłat. Stacja ratunkowa pozostaje pod zarządem Magistratu, zatrudnia 4 lekarzy, 2 szoferów, 6 sanitariuszy, dyżur stały. Stacja mieści się w lokalu miejskim, posiada 3 samochody i sprzęt ratowniczy, jak w Pogotowiu Warszawskim.

W r. 1930 udzieliła pomocy w 6943 wypadkach

| | | | | | | | |
|---|---|------|---|---|---|------|---|
| " | " | 1931 | " | " | " | 7274 | " |
| " | " | 1932 | " | " | " | 7216 | " |

Poznań. Lekarskie Pogotowie Ratunkowe imienia Marszałka J. Piłsudskiego zostało założone w roku 1928 z inicjatywy, wysuniętej przez Dr. Zygmunta Słonińskiego na zebraniu Oddziału Związku Legionistów Polskich, popartej gorąco przez miejscowe społeczeństwo.



Wnętrze Karetki Poznańskiego Pogotowia Ratunkowego

Pogotowie posiada lokal, udzielony przez Kancelarię Cywilną Prezydenta Państwa, który, dając wyraz swemu samarytańskiemu uczuciu, raczył wpisać do Złotej Księgi Pogotowia następującą sentencję: „Najbardziej wzniosłe i najpiękniejsze uczucie wyraża się wewnętrzną potrzebą niesienia pomocy cierpiącym bliźnim“.

Pogotowie rozporządza trzema samochodami sanitarnymi. Stację obsługuje 5 lekarzy stałych i 2 zastępców, 5 sanitariuszy i 3 szoferów.

Administracja składa się z 2 osób. Naczelnym lekarzem Stacji, od czasu założenia, jest p. Dr. Zygmunt Słoniński, który pełni tę funkcję bezpłatnie i honorowo.

Budżet wynosi 86 246 zł., główną pozycję stanowią subwencje i przewóz chorych. Składki członków wynoszą 928 zł.

Liczba wypadków powiększa się z roku na rok, w roku 1932 wynosiła 6253.

Lublin Stacja Pogotowia Ratunkowego w Lublinie została założona w r. 1917 z inicjatywy żony ówczesnego jen. gubernatora wojsk okupacyjnych austriackich, jen. Kuka.

W roku 1927 obchodziło 10-lecie swej działalności.

Stacja mieści się przy straży ogniowej i posiada 3 ubikacje (ambulatorjum, kancelarję i pokój dyżurnych).

Rozporządza 2 karetkami konnemi, koni dostarcza Magistrat.

Obsługuje ją 3 lekarzy, 2 felczerów, 1 woźnica, 1 sanitariusz.

Wypadków w r. 1932 było 3758, w r. 1933—3714. Środków materalnych dostarcza Magistrat m. Lublina i społeczeństwo.

Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe w Zakopanem, założone w latach 1908—1910, do tej pory udzieliło pomocy w 120 wypadkach w górach Zasięg działalności: Tatry polskie i Czechosłowackie.

W r. 1930 nastąpiła reorganizacja Towarzystwa przez jen. Marjusza Zaruskiego.

Towarzystwo posiada 16 członków ochotników, wyruszających w góry na wezwanie i 1 lekarza. Pogotowie zaopatrzone jest w sprzęt ratowniczy, 2 telefony własne, w schroniskach tablice dla sygnalizacji optycznej i akustycznej, oraz apteczki podręczne. Członkowie podlegają przeszkoleniu, przeszkala się i przewodników. Członków czynnych jest 20. Wypadków w r. 1923 było 10. Wydatki wynoszą około 3000 zł. rocznie, dochody z subsydjów.

Doraźna Pomoc Lekarska na Kolejach Polskich.

Towarzystwa ratunkowe i stacje ratunkowe miejskie nie wyczerpują jednak sprawy ratownictwa w Polsce.

Jest ona dla innych celów zorganizowana w kolejnictwie, ubezpieczalniach społecznych oraz w wojskowości i wszędzie stoi na wysokim poziomie.

Kolejnictwo polskie ma zorganizowaną własną pomoc lekarską zarówno dla personelu jak i podróżnych.

Dyrekcje kolejowe mają własne Wydziały lekarskie pod kierownictwem lekarza i podzielone są na rejony lekarskie. Rejon lekarski obejmuje mniejszą lub większą przestrzeń i zatrudnia 1 lub więcej lekarzy oraz siły pomocnicze. Każdy rejon ma swoją przychodnię lekarską, odpowiednio urządzoną; w małych rejonach lekarze udzielają pomocy we własnych lokalach. Zasadniczo siedzibą przychodni rejonu jest stacja kolejowa, względnie budynki w bliskości stacji.

W siedzibie dyrekcji kolejowej są przychodnie dla specjalistów, a prócz tego w 4 dyrekcjach szpitale kolejowe.

Pomoc lekarska dla personelu i rodzin oraz podróżnych jest w zasadzie bezpłatna, pracownicy ponoszą tylko koszt lekarstw w 25% oraz koszt szpitali w 15%—30%. Z pomocy tej korzystają również emeryci kolejowi.

Z tego zarysu wypada, iż i nagła pomoc, zarówno dla personelu jak i dla podróżujących, udzielana jest w zasadzie przez lekarzy kolejowych.

Aczkolwiek jednak zasada taka istnieje, ratownictwo nie może się opierać wyłącznie na lekarzach, gdyż przy zasłabnięciach i wypadkach nagłych na wielkich szlakach w pociągach i na stacjach nie wszędzie i nie zawsze można znaleźć pod ręką lekarza kolejowego.

Dlatego też do pomocy w wypadkach nagłych należało wciągnąć całą służbę kolejową zarówno ruchu jak i warsztatową. W ciągu 1927—1930 przeszkolono więc kadry służby ruchu i służby warsztatowej dla obznajmienia jej z pomocą doraźną przed przybyciem lekarza.

Ministerstwo Komunikacji, urządzając odpowiednie kursy, dostarczyło jednocześnie wskazówek w postaci odpowiednich broszur oraz ilustrowanych tablic poglądowych, obejmujących pomoc doraźną zarówno w zachorowaniach nagłych jak i urazach.

Znajomość jednak ratownictwa bez środków ratowniczych byłaby tylko martwą literą, jednocześnie więc zaopatrzone kolejnictwo w środki ratownicze. W tym celu na każdej stacji znajduje się u zawiadowcy stacji skrzynka ratownicza B, zawierająca prócz zapasu opatrunków i środków doraźnej pomocy, oddzielne skrzynki dla użytku lekarzy (narzędzia i środki silniej działające), zaplombowane i dostępne tylko dla lekarzy. Takie skrzynki znajdują się w przychodniach lekarskich, wagonach sanitarnych, wagonach pogotowia ratunkowego i technicznego oraz w większych warsztatach kolejowych.

Niezależnie od tych skrzynek, każde z miejsc wymienionych ma po 2 pary noszy składanych.

Na stacjach węzłowych znajdują się wagony sanitarne, zaopatrzone w skrzynki, jak wyżej, z salą opatrunkową oraz stałymi łózkami dla przewożenia chorych i rannych. Wagony sanitarne są uruchamiane w postaci pociągu w razie większych katastrof kolejowych.

Poza tem w każdym pociągu osobowym u kierownika pociągu znajduje się podręczna skrzynka ratunkowa A, zawierająca opatrunki oraz środki apteczne dla pomocy doraźnej w nagłych zachorowaniach. Prócz tego w skrzynce znajdują się: instrukcja używania różnych środków i broszura ilustrowana o pomocy doraźnej. W skrzynce nadto jest księga kontroli użycia. Prócz skrzynki kierownik ma do dyspozycji nosze.

Cały ten sprzęt ratowniczy jest ściśle kontrolowany przez lekarzy, uzupełniany w miarę zużycia materiałów i tym sposobem stale jest gotowy do użytku. Doraźnej pomocy w pociągach udziela wyszkolony personel ruchu, w razie cięższych katastrof telegraficznie zawiadamia najbliższą stację, która stara się o natychmiastową pomoc lekarską. W warsztatach udziela pomocy w nieobecności lekarza wyszkolony personel warsztatowy. W razie katastrof, zależnie od rozmiarów, wyjeżdża wagon pogotowia technicznego, zawierający i skrzynki ratownicze oraz nosze, lub też wagon względnie pociąg sanitarny z lekarzami.

Niezależnie od tego kolejnictwo w Warszawie, Łodzi, Lublinie, Wilnie, Poznaniu, Krakowie i Lwowie korzysta z pomocy Towarzystw ratunkowych. Świeżo np. dnia 15/XII. 1933 r. w katastrofie pod Poznaniem Pogotowie poznańskie opatrzyło wszystkich rannych i w liczbie 92 osób (w tem zabitych 8) w ciągu niespełna godziny przewieziono do szpitali.

W r. 1900 Pogotowie warszawskie podczas katastrofy pod Włochami (8 klm. od Warszawy) opatrzyło z górą setkę rannych i przewiozło do szpitali w Warszawie w ciągu niespełna 2 godzin.

Współpraca zresztą kolejnictwa z Pogotowiem ratunkowym jest stała, wszystkich bowiem chorych i rannych ze stacji kolejowych dostarczają do szpitali karetki Pogotowia.

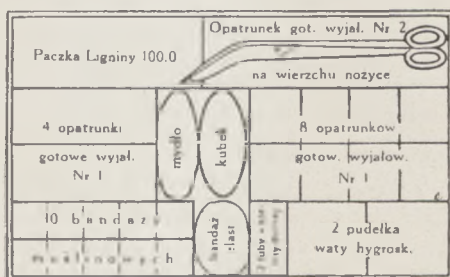
Jak widzimy z powyższego szkicu, pomoc w wypadkach kolejowych w Polsce została zorganizowana racjonalnie i odpowiada potrzebom.

Koszt tej organizacji jest minimalny i sprowadza się właściwie do kosztu zużytych materiałów opatrunkowych i aptecznych oraz do jednorazowego zmontowania skrzynek opatrunkowych, noszy i t. p.

Zawartość Sanitarnej Skrzynki Kolejowej Ratunkowej A:

S P Ó D :

- 12 opatrunków gotowych wyjałow. № 1
- 1 opatrunek gotowy wyjałow. № 2
- 10 bandaży muślin. 8 cm. \times 2,5 mtr.
- 1 bandaż elastyczny 8 ct \times 5 mtr.
- 2 pudełka waty hygroskop. po 50,0
- 2 tuby waseliny bornej po 45,0
- 1 pakiet ligniny prasowanej 100,0
- 1 rolka leukoplastu 3 ctm. \times 1 mtr.
- 12 agrafek № 3 w pudełku
- 8 szyn: 6 drewnianych i 2 tekturowe
- 1 pudełko z mydłem
- 1 kubek aluminiowy
- 1 nożyce w futerale.

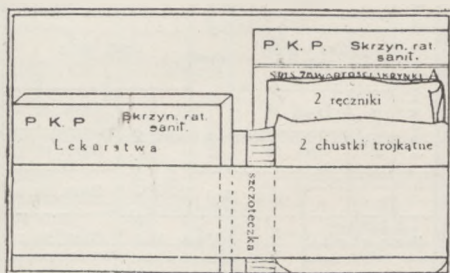


Szyny drzewne i tekturowe leżą na dnie skrzynki.

W I E K O :

- 1 pudełko z lekarstwami:
(4 butelki po 30,0):
Sole trzeźwiące
T-ra Valerianae aeth
T-ra Opii benzoica
Jod-benzyna.
- 1 Szczoteczka do mycia rąk
- 2 chustki trójkątne w opakowaniu
- 2 ręczniki 40 ctm, \times 40 ctm.
- 1 teczka tekturowa, zawierająca:
 - a) Spis zawartości skrzynki
 - b) Kontrolę zawartości skrzynki

- c) Wskazówki udziel. dor. pomocy
- d) Mały atlas ratunkowy
- e) Ołówek.

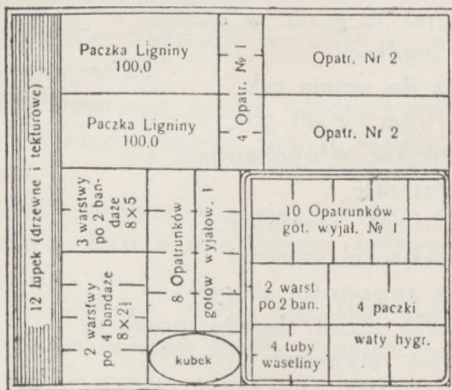


Zawartość Sanitarnej Skrzynki Kolejowej Ratunkowej B:

S P Ó D:

- 40 opatrunków gotowych wyjał. № 1
- 4 opatrunki gotowe " № 2
- 10 bandaży muślin. 8 ctm. \times 2,5 mtr.
- 20 " " 8 ctm. \times 5 mtr.
- 4 pudełka waty hygroskopijnej po 50,0
- 4 tuby waseliny born. po 45,0
- 4 pakiety ligniny prasowanej po 100,0
- 1 rolka leukoplastu 3 ctm. \times 1 mtr.
- 24 agrafki № 3 w pudełku
- 12 szyn: 10 drewnianych i 2 tekturowe
- 1 kubek aluminiowy
- 1 miseczka aluminiowa.

S P Ó D (górna warstwa)

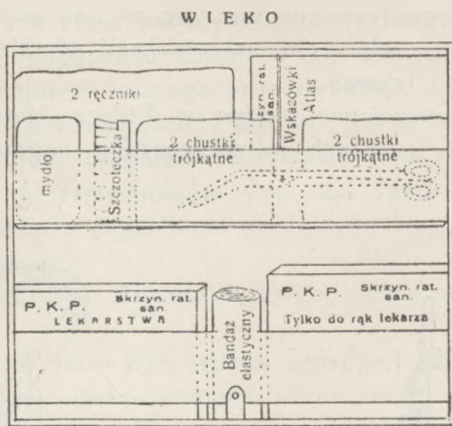


S P Ó D (dolna warstwa)

| | | | | | |
|---|-------------------------|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| 2 warstwy po 2 Opatr. Nr 1 | Paczka Ligniny 100,0 | | Opatr. Nr 1 | Opatr. Nr 2 | |
| | Paczka Ligniny 100,0 | | | Opatr. Nr 2 | |
| Bandaż 6 x 5 | Opatr. Nr 1 | | Opatr. Nr 1 | Opatr. Nr 1 | Opatr. Nr 1 |
| | Opatr. Nr 1 | | | | Opatr. Nr 1 |
| | | Opatr. Nr 1 | Opatr. Nr 1 | Opatr. Nr 1 | Opatr. Nr 1 |
| 9 bandaży (8 ctm. x 5 mtr.) stojąco | | Bandaż 8 x 5 | Opatr. Nr 1 | Opatr. Nr 1 | Opatr. Nr 1 |
| | | | Opatr. Nr 1 | Opatr. Nr 1 | Opatr. Nr 1 |

W I E K O :

- 1 pudełko z lekarstwami:
(4 butelki po 30,0):
Sole trzeźwiące
T-ra Valerianae aeth.
T-ra Opii benzoica
Jod-benzyna.
- 1 bandaż elastyczny 8 ctm. x 5 mtr.
- 1 pudełko dla lekarza:
1 strzykawka Record 2,0 gr.
6 ampulek kamfory à 0,2
6 „ kofeiny à 0,2
6 „ morfiny à 0,01
6 „ ergotyny à 0,1
Spir. aetherei 30 gram. w butelce
- 1 pudełko z mydłem
- 1 szczoteczka do mycia rąk
- 2 ręczniki 40 ctm. x 40 ctm.
- 4 chustki trójkątne w opakowaniu
- 1 nożyce w futerale
- 1 teczka tekturowa, zawierająca:
 - a) Spis zawartości skrzynki
 - b) Kontrolę zawartości skrzynki
 - c) Wskazówki udziel. doraźn. pomocy
 - d) Mały atlas ratunkowy
 - e) Ołówek.



W ostatnich latach Ministerstwo Komunikacji dąży do utworzenia podobnej pomocy doraźnej *na drogach bitych* przy komunikacji motorowej. W tym celu każdy autobus ma być zaopatrzony w odpowiednią skrzynkę ratowniczą, a dozorczy drogowi prócz skrzynek mają mieć i nosze. Organizacją tej pomocy zajmuje się obecnie Polski Czerwony Krzyż.

Zresztą dla potrzeb autobusów Tow. Dor. Pom. Lek. w Warszawie w r. 1928 opracowało typ skrzynek ratowniczych, zaakceptowany przez Komisarjat Rządu m. st. Warszawy.

Niewątpliwie, przy dalszym rozwoju *lotnictwa* będzie trzeba pomyśleć i o ratownictwie w wypadkach lotnictwa. Dziś wobec tego, że główne lotniska znajdują się w miastach, posiadających stałe stacje ratunkowe, sprawa nie jest jeszcze pilna, w każdym razie każde lotnisko powinno posiadać odpowiednie pomieszczenie dla udzielenia pomocy doraźnej. W przyszłości muszą być i aeroplany sanitarne, które mogłyby na każde wezwanie wyruszyć z pomocą, mając całkowity ekwipunek ratowniczy.

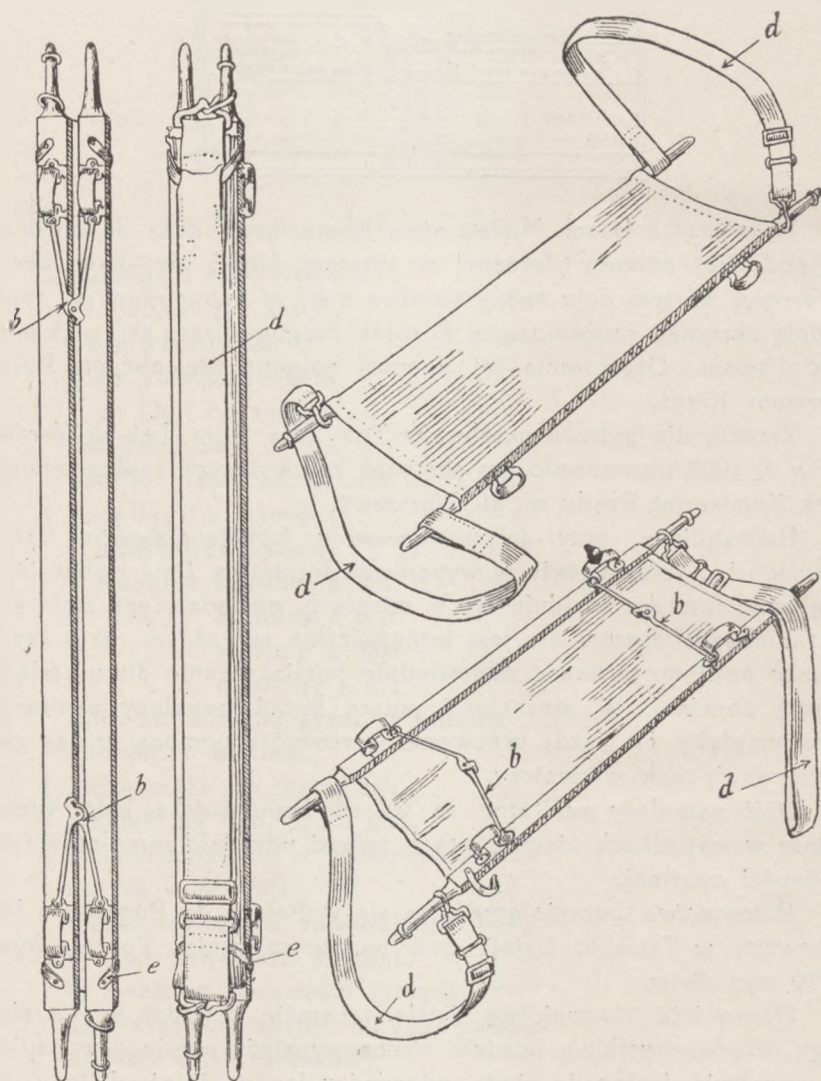
Dziś samoloty sanitarne są we władaniu wojska, które wielokrotnie w wypadkach niecierpiących zwłoki udzielało samolotów tych i ludności cywilnej.

Ratownictwo górskie ogranicza się w Polsce do Pogotowia Ratunkowego w Tatrach. Działa ono bardzo sprawnie. Rocznie bywa do 10 wypadków.

Oczywiście ratownictwo ściśle lekarskie schodzi tu na plan drugi, przedewszystkiem bowiem trzeba wynaleźć uległego wypadkowi, umożliwić dostęp do niego, odkopać z lawiny śnieżnej itp. i dopiero wtedy dać mu pomoc lekarską. Organizacja więc pogotowia

jest odmienna. Pogotowie znajduje się w Zakopanem i jest połączone telefonicznie z głównymi schroniskami górskimi, posiada wyszkolony personel i lekarza.

Również i ratownictwo wodne w Polsce jest zorganizowane. W Warszawie leży w rękach policji rzecznej, zaopatrzonej w sprzęt ratowniczy.



Nosze Pogot. Ratunk. Kolejowego

W większości jednak wypadków, po wydobyciu tonącego, pomocy udziela wezwane przez policję Pogotowie Ratunkowe.

Organizacja Pogotowia Ratunkowego w *pasie nadmorskim* wymaga jeszcze studjów i dalszego opracowania.

Ratownictwo przeciwgazowe, jako mające za zadanie ratownictwo w czasie wojny, jest uregulowane ustawą i ma cele zupełnie inne, niż ratownictwo w czasie pokoju. Jest ono oparte na ścisłej współpracy społeczeństwa z czynnikami rządowymi i uwzględnia wszystkie instytucje ratownicze.

Referat swój Dr. Zawadzki kończy następującymi słusznymi uwagami:

„Ratownictwo musi być owiane zasadami samarytanizmu i dla tego system stacji, utrzymywanych przez społeczeństwo, bezinteresownie niosących pomoc uległym wypadkowi, jest najodpowiedniejszą formą ratownictwa. Inne formy są tylko namiastką, mniej lub więcej odpowiadającą potrzebom. Wykonanie ratownictwa winno być całkowicie w rękach lekarzy, zastępowanie ich siłami pomocniczymi jest tylko namiastką.

Trzeba sobie zdać sprawę z ważności pierwszego opatrunku oraz z pierwszych poczynań np. w otruciu, aby zrozumieć, że w większości wypadków te pierwsze poczynania stanowią o życiu chorego i przebiegu dalszym choroby; tylko więc lekarz, rozumiejący całą doniosłość tej pierwszej pomocy, może ocenić swe kroki należycie.

Lekarz, udzielający pomocy doraźnej, musi rozporządzać wszelkimi sposobami ratownictwa, aby zastosować je już na miejscu wypadku i dla tego bez odpowiedniego sprzętu zdziałać może niewiele.

Wobec tego organizacja, która ma zapewnioną stałą, bez przerwy działającą pomoc fachową lekarską, zaopatrzoną we wszelkie środki ratownicze i owiana duchem miłości bliźniego, jest jedyną odpowiadającą dzisiejszym poglądom na zadania ratownictwa.

Miejmy nadzieję, że organizacje ratunkowe powstaną wszędzie i że hasłem ich będzie, by nikt na całej przestrzeni globu ziemskiego, gdy zdarzy się wypadek nieszczęśliwy, nie oczekiwał na próżno szybkiej, sprawnej, stojącej na wysokości nauki, doraźnej pomocy lekarskiej*.

Sekcja historyczna, wystawy, pokazy

W sekcji historycznej Dr. Guggenberger z Linzu wygłosił ciekawy odczyt o rozwoju środków transportowych i sposobów przywracania życia. Odczyt ilustrowany był obrazami na ekranie.

Oprócz wyżej podanych referatów zgłoszono cały szereg odczytów, omawiających sprawę ratownictwa w kopalniach, na morzu, w łodziach podwodnych i t. d, Pomijam je, gdyż posiadały zbyt specjalny charakter.

Na korytarzu, w pobliżu sali obrad ulokowano niewielką wystawę materiałów opatrunkowych i aparatów ratowniczych, przeważnie pochodzenia niemieckiego. Ze względu na swoje rozmiary nie prezentowała się imponująco.

Druga wystawa, znacznie ciekawsza, znajdowała się w Arsenale Marynarki na krańcach Kopenhagi, dokąd uczestnicy Zjazdu udali się samochodami w celu przyjrzenia się pokazom ratowniczym. Niestety na obejrzenie drugiej wystawy mieliśmy tak mało czasu i był taki tłok, że można było pozwolić sobie jedynie na pobieżny rzut oka na wystawione przyrządy. Pokazy ratownicze odbywały się na placu koło Parlamentu i w Arsenale Marynarki.

Jednym z ciekawszych był pokaz drużyny Falcka, który polegał na tem, że z zatopionego zamkniętego samochodu wydostał się nazewnątrz i wypłynął na powierzchnię wody szofer, znajdujący się w samochodzie.

Dnia 16-go odbyło się plenarne posiedzenie, na którym zamknięto Zjazd, po uprzednim przyjęciu wniosku delegata Egiptu, zapraszającego na następny Zjazd za lat 5 do Kairu.

Wnioski

Przechodząc obecnie do podsumowania wrażzeń ze Zjazdu, należy stwierdzić, że podobne Zjazdy mają zupełną rację bytu, dają bowiem możliwość zapoznania się z dorobkiem innych narodów i dzięki wzajemnej wymianie poglądów przyczyniają się do tworzenia nowych dróg dla rozwoju ratownictwa. Aby jednak cel ten całkowicie mógł być osiągnięty, organizacja Zjazdów winna być bez zarzutu, czego o ostatnim Zjeździe powiedzieć nie można.

Jednym z kardynalnych jego braków była dość chaotyczna organizacja i zbyt nieprzeładowanie referatami. Byłoby o wiele racjonalniej, gdyby na każdy Zjazd w odpowiednim czasie wyznaczano 3—4 tematy zasadnicze, które mogłyby być dokładnie opracowane i wszechstronnie omówione.

Pomimo takiego stanu rzeczy materiał zgłoszony na Zjazd w Kopenhadze niezbitnie wykazuje, że niektóre działy ratownictwa, w porównaniu z Zachodem, znajdują się u nas w zaniedbaniu. Dla tego też nasuwają mi się następujące wnioski:

1) Niezbędne jest utworzenie Pogotowia Ratunkowego w Gdyni, mającego przede wszystkim na celu zorganizowanie racjonalnych posterunków ratowniczych na naszym wybrzeżu. Sprawa ta jest bardzo pilna, obecna bowiem organizacja najzupełniej jest niedostateczna i wadliwa, wskutek czego morze pochłania coraz większą ilość ofiar.

2) Drugim ważnym zadaniem jest rozszerzenie sieci Pogotowia Ratunkowych na pozostałe miasta Rzeczypospolitej, obecna bowiem liczba jest niedostateczna.

3) Nie mniej ważnym jest zorganizowanie we właściwy sposób posterunków ratowniczych na drogach publicznych, zaopatrzenie bowiem dróżników drogowych w skrzynki ratownicze nie rozwiązuje w należyty sposób tego ważnego zagadnienia.

4) Wskazane również byłoby ułatwienie tak owocnej i ofiarnej pracy Pogotowia Tatrzańskiego przez stopniowe zaopatrywanie dróg górskich w telefony.

5) Należy zwrócić baczniejszą uwagę na sprawę nauczania szerokich mas podstawowych zasad udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach, co dla racjonalnego rozwoju ratownictwa posiada kardynalne znaczenie.

Studenci medycyny winni przechodzić przeszkolenie na stacjach Pogotowia Ratunkowych.

Streszczenia

L. Migliardi: „Leczenie chorych na zaleganie moczu wskutek guza gruczołu krokowego“. (Presse Médicale Nr. 49, 1934 r.).

Przewlekłe zatrzymywanie się moczu z powodu przerostu lub guzów gruczołu krokowego prowadzi do stopniowego rozszerzania pęcherza moczowego, a nawet wskutek zakażeń do śmierci, opisanej swego czasu przez Guyona. Według tego autora ta postać zatrzymania się moczu jest najtrudniejsza do leczenia. Zalegający mocz w pęcherzu, wydzielany coraz w mniejszej ilości, wypełnia stopniowo moczowody i miedniczki nerkowe, co wpływa ujemnie na miąższ nerek, których zdolność wydzielnicza długi czas nie ulega upośledzeniu.

W przeciwieństwie do ostrego zupełnego zatrzymania się moczu przewlekłe jego zatrzymywanie się jest powikłaniem poważnym, doprowadzającym do stopniowego zatrucia i mniejszej odporności chorych na infekcję. Niektórzy prostatycy uskarżają się przedewszystkiem na zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, co właśnie u nich jest wyrazem zatrucia moczowego. Dochodzi wreszcie do znacznego wyniszczenia, tak, że biorąc pod uwagę ich wiek, przypuszcza się niekiedy sprawę rakową.

Często nieoddawanie moczu połączone jest naprzemian z niemożnością jego zatrzymywania, co przy jednoczesnych zaburzeniach żołądkowych daje dość charakterystyczny obraz omawianego cierpienia.

Leczenie według Guyona, ze względu na małą odporność tych chorych, winno być prowadzone z dużą ostrożnością i dobrze naprzód obmyślane. Opróżnianie pęcherza cewnikiem winno być dokonywane w warunkach ściśle aseptycznych, przyczem nie należy nigdy opróżniać zupełnie pęcherza, aby uniknąć krwawienia *ex vacuo*. Do zabiegu tego należy uciekać się początkowo raz na dobę, później 2, 3 razy. Całkowite opróżnienie pęcherza dopuszczalne jest około 15 dnia od początku leczenia, a wtedy dopiero można założyć na stałe cewnik.

Pomimo stosowania dużych ostrożności, dochodzi niekiedy do zakażenia. Sprawa leczenia omawiana była kilkakrotnie na kongresach Urologów francuskich w latach 1919, 1927 i 1930.

Dla znalezienia sposobu leczenia przeprowadzone zostały następujące próby leczenia: 1) jedną grupę chorych leczono tylko cewnikowaniem i założeniem cewnika na stałe, 2) drugą — początkowo cewnikowaniem, a później zakładano przetokę pęcherzową (cystostomia), 3) trzeciej wreszcie — zakładano wspomnianą przetokę bez uprzedniego cewnikowania.

W pierwszej grupie śmiertelność wynosiła 59⁰/₀, w drugiej 37⁰/₀, w trzeciej 17⁰/₀. A więc najbardziej korzystna była ostatnia metoda.

Według metody prof. Colombino z Turynu, omawianej³ na Kongresie Urologów frascuskich w 1930 r., autor stosował profilaktycznie przed cewnikowaniem zastrzyki dożyłne roztworu 40⁰/₀ urotropiny i 10⁰/₀ roztworu chlorku wapnia (dla zapobieżenia krwawieniu) w jednej strzykawce. Trzeciego dnia po założeniu cewnika i po ustąpieniu krwawienia stosuje się nadal zastrzyki samej urotropiny. Odpływ moczu przez cewnik regulowany był tak, aby zupełne opróżnienie pęcherza nastąpiło dopiero po 12 godzinach, co osiągnano po zastosowaniu aparatu, jakiego używa się do ławatywy kropelkowej. Wyniki były bardzo zachęcające.

Oprócz przerostu gruczołu krokowego, jego raka powodem zatrzymywania się moczu często były przewężenia pourazowe, szczególnie u młodych osobników. W tych wypadkach zastosowanie metody Colombino przed cystostomią dawało dobre rezultaty pooperacyjne.

Rokowanie zależy zwykle od stopnia azotemji, oznaczanej według autora na podstawie badania rezerwy alkalicznej plazmy. Jeżeli rezerwa jest normalna, azotemja może być nieco wzmożona i daje się wówczas zmniejszyć. Rokowanie pooperacyjne w takim wypadku jest dobre, gdy rezerwa jest zmniejszona, lecz nie niższa od 40, azotemja zmniejsza się po założeniu cewnika na stałe, ale powoli i niezupełnie. Wreszcie, gdy rezerwa alkaliczna jest między 40 a 35 — rokowanie złe.

Dr. W. Ehrenkreutz.

N. Stoichitza. „Obrażenia klatki piersiowej a gruźlica płuc“. (Presse médicale Nr. 52, 1934 r.).

Gruźlica płuc w następstwie obrażeń klatki piersiowej jest zdarzeniem bardzo rzadkiem, wprawdzie oddawna notowanym. Na tę zależność zwrócono szczególnie uwagę we Francji i w Niemczech. W związku z wypadkami przy pracy zagadnienie to nabrało znaczenia medyczno-socjalnego. Chodzi tu nie tylko o powstawanie gruźlicy płucnej z powodu samego urazu, ale także z powodu drążących ran klatki piersiowej.

Wielka wojna europejska pod tym względem dała duże pole do obserwacji. Według prof. M. Sergent'a odgrywają tu rolę jedynie rany rozległe klatki piersiowej.

Początek gruźlicy pourazowej może być połączony z krwiopluciem, objawami zapalnymi płuc lub opłucnej. Krwioplucie jest objawem wspólnym i dla gruźlicy płuc i dla urazu klatki piersiowej. Sie dlisko zmian płucnych odpowiada okolicy obrażonej.

Pierwsze objawy w większości przypadków zjawiają się między trzecim a szóstym miesiącem. Rozwój takiej gruźlicy jest przeważnie szybki i ciężki. Dotąd było sporo teorii patogenezy gruźlicy pourazowej. Jaccoud np. przyjmuje zakażenie drogami oddechowemi ogniska obrażenia; Lannelongue i Achard podejmują koncepcję aktywowania się pod wpływem urazu pałeczkowców Kocha, jakby drzemiących dotąd w miejscu uszkodzonym; znajdują tu one wtedy dobrą pożywkę dla swego rozwoju. Mechanizm pęknięcia płuca na skutek urazu tłumaczy się, według Gorselina, odruchowem zamknięciem nagłośni w chwili wypadku. Zamknięcie to stoi na przeszkodzie wydaleniu się powietrza, i płuco wówczas ulega gwałtownemu rozciągnięciu. W rezultacie zależnie od nasilenia następuje przerwanie tkanki płucnej na wysokości urazu. To pęknięcie objawia się klinicznie miejscowym dość silnym bólem i mniejszem lub większem krwiopluciem, zawsze bez gorączki.

Znana jest częstość ognisk gruźlicznych ukrytych, istniejących w okresie zupełnego zdrowia. Często takie ognisko, szczególnie u młodych osobników, mieści się we wnęce płuc. Rana drażąca tej okolicy klatki piersiowej najczęściej rani serce i duże naczynia i jest wtedy śmiertelna. Fakt ten tłumaczy rzadkość pourazowej gruźlicy płuc.

W rezultacie dla rozpoznania pourazowej gruźlicy płuc trzeba ustalić następujące dane: nieobecność czynnych zmian gruźlicy, stwierdzoną klinicznie i radiologicznie przed wypadkiem lub bezpośrednio po nim; łączność widoczną objawów, zależnych od urazu i od gruźlicy; dalej obecność krwioplucia, jako dowód uszkodzenia płuca oraz stwierdzenie powstawania zmian bakteryjnych w okolicy uszkodzonej nie później, jak w sześć miesięcy po wypadku.

Dr. W. Ehrenkreutz.

M. Chiray i J. Baumann. „Leczenie zatruc pochodzenia kiszkiowego“. (Presse médicale Nr. 56, 1934 r.).

Przy leczeniu zatruc pochodzenia kiszkiowego należy wypełnić następujące warunki: najpierw przywrócić ruchomość okrężnicy, usunąć objawy retencji, a zwłaszcza zapewnić opróżnianie się kątnicy.

Na drugim miejscu — trzeba zmienić środowisko i florę bakteryjną kiszki. Wreszcie — wzmocnić czynność odtruwania.

Na unieruchomienie okrężnicy wpływają różne czynniki, jak obrażenie narządów, następstwa zapaleń przewlekłych kiszek ze zrostami i to w główniejszych punktach jej ułożenia (w okolicy krętniczokątniczej); dalej zmiany sklerotyczne, troficzne, rozszerzenia odcińkowe. Obok zaburzeń organicznych odgrywają tu rolę zaburzenia czynnościowe wzmożonej lub osłabionej perystaltyki. Wszystkie powyższe okoliczności zmieniają chemicznie proces trawienia kątnicy i okrężnicy.

W pierwszym rzędzie należy więc leczyć stany zapalne kiszek. Leczenie to nie jest proste i wymaga dłuższego czasu. Stosuje się kataplazmy, termoterapię, djatermię; zmniejsza się hypersekrecję, podając Bismuthum subnitricum lub Bismuthum carbonicum w dużych dawkach z dodatkiem magnezi i węgla.

Usunięcie produktów wydzielania, zatrzymujących się na dłużej lub na krócej w kątnicy i okrężnicy jest najlepszym sposobem przeprowadzenia antyseptyki kiszkowej. Przy usuwaniu tych produktów wydala się różne saprofity i bakterje chorobotwórcze.

Do tego celu służą ławatywy, przeciwwskazane jednak w okresie ostrym i podostrym, gdyż wówczas zbyt podrażniają i uszkadzają śluzówkę kiszki; poza tem stosuje się zaniedbaną ipecacuanę i kalomel w dawce 0,01—0,02, belladonnę i atropinę. Rzadko się zdarza, aby samo przez się zapalenie kiszek było przyczyną toxaemji, która raczej o wiele później się dołącza na skutek zalegania produktów trujących z powodu zwężeń, zrostów kiszki i t. p.

Do ławatyw używa się płynów izotonicznych lub wód mineralnych, np. Chatel-Guyon. Oprócz tych ławatyw wysokich dla uniknięcia obrażeń śluzówki autorzy proponują ławatywy kropelkowe poprzednio zastosowanej niskiej ławatywie. W Ameryce Półn. stworzono nawet przyrząd, przy pomocy którego poprzedniem wypełnieniu prawie całej okrężnicy, można przemywać kątnicę, co jednak może narazić chorego na przebicie kiszki i jest technicznie dość trudne. Inni przy zakładaniu ławatywy stosują jednocześnie masaż na przebiegu okrężnicy, co ma usuwać jej skurcze; nie polecany jest natomiast przy istniejących sprawach zapalnych. Poza tem stosowane t. zw. „ławatywy dwunastnicze“, naśladujące zakładanie sondy dwunastniczej według Einhorna. Wprowadza się 5% roztwór Magnesium sulfuricum w ilości 1/2 litra, a później całego litra. Po pół godzinie lub godzinie następuje wydalenie zupełne zawartości jelitowo-kiszkowej. Wystarczają początkowo dwie tego rodzaju ławatywy na tydzień, później w miarę poprawy zdrowia — jedna. W przypadkach ostrych

suboccluzji, powodujących najczęściej zatrucia kiszkowe, zwłaszcza w formach zapalenia кишки włóknikowego lub błoniastego typu Jacksona, zwykłe sposoby leczenia nie wystarczają i należy uciekać się wtedy do operacji.

Po przywróceniu należytej ruchomości okrężnicy należy przystąpić do drugiego aktu leczenia, mianowicie do zmiany środowiska jelitowego t. j. do zaprowadzenia równowagi między fermentacją a procesem ropienia. Przez długi czas przeciw objawom ropienia stosowano bakterjoterapię mlekową. Według autorów wskazana byłaby ona w tych wypadkach, gdy w stolcu wykazuje się brak kwasowości, a raczej polecanaby była we wszystkich zadawnionych nieżytach okrężnicy z ropieniem w kątnicy i jelicie krętym. Bakterjoterapię mlekową mogą zastępować różne środki lecznicze, a więc: kwas mlekowy, kwas fosforowy, używany szczególnie w infekcjach *bact. coli*, laktoza i dekstryny, jako środki pomocnicze, wytwarzające środowisko dla kultur kwaśnych.

W ostatnich czasach lekarze amerykańscy zamiast bakterjoterapii, stosowanej per os, wprowadzili bakterjoterapię per rectum. Tego rodzaju szczepionki używane są po uprzednim zalkalizowaniu przewodu pokarmowego za pomocą dwuwęglanu sodu i codziennych lawatyw z kilku litrów wody. Szczepionkę wprowadza się do kiszki przy pomocy odpowiedniej sondy. Przed szczepionką zakłada się laktozę dla wytworzenia odpowiedniego środowiska.

Djeta wystarcza często dla zaprowadzenia równowagi flory jelitowej. W przypadkach zwiększonej zasadowości należy z pokarmów usunąć białko, a podawać pokarmy mączne, jarzyny, kefir. Przy nadkwaśności usunąć trzeba węglowodany, podać mięso, ryby, jaja, śmietanę i świeże owoce, nieco ryżu.

Resztki błonnika odgrywają tu też poważną rolę. Błonnik mianowicie sprzyja rozwojowi flory amylolytycznej w kątnicy. Poza tem wytwarza zaczyny, kwasy i alkalja oraz zatrzymuje toksyny. Cukry, które fermentują w sposób bardzo czynny, winny być usunięte z pokarmów. Najmniej ulega fermentacji maltoza i dekstryna.

Ostatni etap leczenia—to uporządkowanie wszystkich zaburzeń, wywołanych przez zatrucie. Przedewszystkiem trzeba wyrównać zaburzenia systemu nerwowego, a zwłaszcza przywrócić czynniki odtruwające, przypadające w pierwszym rzędzie wątrobie, a wtórnie różnym gruczołom wydzielania wewnętrznego. Znane są przypadki szczególnie u dzieci, że niedomoga wątroby lub gruczołów jest przyczyną zatrucia przy najmniejszych zaburzeniach jelitowych. Pierwszą więc rzeczą u takiego chorego — zwalczać niedomogę wydzielania wewnętrznego.

Jeżeli analiza koprologiczna wykaże niewydolność żołądka, wskazana jest opoterapia przy pomocy kwasu solnego i pepsyny. W innych przypadkach stosuje się insulinę per os lub małe jej dawki w zastrzykach, opoterapię żółciową, preparaty wątrobiane, szczególnie w przypadkach niedokrwistości, wywołanej zatruciem się organizmu.

Wreszcie należy leczyć zaburzenia narządów wydalania, a szczególnie nerek, jak azotemję, zakażenia dróg moczowych. Leczą się one łatwo, skoro tylko przestaną być drażnione przez produkty toksyczne.

Dr. W. Ehrenkreutz.

E. Pouliquen: „W sprawie wczesnego rozpoznawania i leczenia wgłobienia jelit u oseska“. (Presse médicale Nr. 73, 1934 r.).

Charakterystycznymi objawami wgłobienia jelit u oseska według Ombredann'a są: objawy okluzji i stolec krwawy, a według Hallopeau: krzyki dziecka, niepokój i stolec krwawy. W razie obecności wszystkich tych trzech objawów rozpoznanie jest łatwe, nawet bez badania chorago. Przy braku jednego z nich, zwłaszcza krwawego stolca, który może zjawić się później, rozpoznanie jest trudniejsze, zwłaszcza dla lekarzy niedoświadczonych.

W początkach wgłobienia występują wymioty; dziecko odmawia wówczas przyjmowania pokarmu. Bóle noszą charakter napadowy, w formie kolki, z przerwami; ustępują na jakiś czas po wymiotach.

W czasie ataku bólów dziecko jest blade, przerażone, bezwładne. Te objawy przedewszystkiem niepokoją matkę. Dla stwierdzenia obecności stolca krwawego lub wydaliny surowiczokrwawych w razie braku wypróżnień, należy badać per rectum. Gdy na palcu badającym znajdujemy krew, rozpoznanie wgłobienia jelit jest pewne; w przeciwnym wypadku jest ono wątpliwe. Pozostaje wtedy badanie roentgenologiczne przy pomocy lawatywy kontrastowej. Przedstawi ono szereg typowych obrazów. Lekarz na prowincji, nie mogący korzystać z aparatu roentgenologicznego, winien w takich wątpliwych przypadkach nakłonić rodziców do przewiezienia chorego dziecka do szpitala, tak jakby tu chodziło o wykrycie drogą prześwietlenia obcego ciała, które ewentualnie dziecko mogłoby połknąć.

W ostateczności należy porozumieć się telefonicznie ze znanym sobie chirurgiem. Strata bowiem nocy w takich zachorowaniach jest niepowetowana i mści się na rokowaniu.

Leczenie: W dobie obecnej w postępowaniu leczniczym brane są pod uwagę dwie metody: 1) lawatywy i 2) operacja.

Dawniej, szczególnie w Anglii, Australji, krajach Skandynawskich i Danji stosowano lawatywy z barytem, gdyż ułatwiały one jednocześnie kontrolę radiologiczną odprowadzania wglóbenia. Zabiegu dokonywa się bez znieczulenia, ze zwykłego irygatora, bez sztywnej kauczukowej kanki, z wysokości 1,2 m. do 1,5 m. w ogólnej ilości jednego litra.

Jedynym pewnym objawem odprowadzenia wglóbenia, istniejącego w obrębie grubej kiszki, jest przejście masy barytowej do jelita cienkiego z jednoczesnem znikaniem zgrubienia w miejscu wglóbenia. Większość chirurgów zgadza się z tym poglądem, niektórzy jednak twierdzą, że wglóbenie może być podwójne np. w obrębie jelita cienkiego i przytaczają nawet wypadki. W rzeczywistości są to wypadki bardzo rzadkie i nie należy się z nimi liczyć.

Zdarzały się niekiedy przypadki pęknięcia jelita podczas takiej lawatywy, lecz tyczyło się to przypadków zupełnie nie nadających się do operacji, spóźnionych.

Według autora najważniejszym zarzutem tej metody jest możliwość recydywy, co zresztą i po operacji zdarzyć się może, zwłaszcza, że ta ostatnia dokonywana jest w narkozie, dającej komplikacje płucne, możliwość infekcji i t. p.

Autor przytacza 60 przypadków na 100 wyleczonych powyższą metodą.

Po zabiegu pomyślnym dziecko uspakaja się i zasypia; gazy odchodzą, lecz niekiedy—nieodrazu. Pierwszy stolec jest brunatnawy z domieszką krwi. W przypadku nawrotu należy ponownie przeprowadzić badanie roentgenologiczne.

O ile lawatywa nie dała pożądanego rezultatu, należy natychmiast przystąpić do zabiegu operacyjnego. Sala operacyjna zawczasu winna być już przygotowana, i operacji trzeba dokonywać szybko i w narkozie. Po otwarciu cięciem podłużnym z prawej strony jamy brzusznej próbuje się najpierw ręcznego odprowadzenia kiszki za wszelką cenę, włącznie, aż do naderwania jelita. W wypadkach nieodprowadzalnych należy dokonać resekcji bez wielkich nadziei na wyzdrowienie, jeśli to chodzi o oseska. Po odprowadzeniu zaszywa się szybko jamę brzuszną, nie kuszając się na usunięcie wyrostka robaczkowego.

W okresie pooperacyjnym postępuje się jak zwykle w zależności od stanu ogólnego dziecka.

Dr. W. Ehrenkreutz.

Z A B E Z P I E C Z O N A
S P R A W N O Ś Ć S E R C A I P Ł U C

C O R P Y R I N

w ampułkach i kroplach

pobudza oddech, ożywia krążenie krwi,
ułatwia wyksztuszenie, chroni
przed zapaścią pooperacyjną.

Przyjęty w Ubezpieczalniach Spo-
łecznych, szpitalach oraz
instytucjach ratowniczych.

W S K A Z A N I A:

ostre choroby zakaźne, zapalenie płuc, oraz
wszystkie stany, w których grozi osłabienie
serca lub bezdech (zatrucia ostre).

S P O S Ó B U Ż Y C I A:

10 — 20 kropeł 2 — 3 razy dziennie;
1 — 2 — 3 ampułki dziennie pod-
skórnie lub dożylnie.

C H E M I C Z N O - F A R M A C E U T Y C Z N E Z A K Ł A D Y P P Z E M Y S Ł O W E

FR. KARPIŃSKI S P Ó Ł K A A K C Y J N A
W A R S Z A W A , W O L N O Ś Ć 7 / 9 .

F A R M A H U R T

H U R T O W N I A T O W A R Ó W
F A R M A C E U T Y C Z N Y C H I D R O G E R Y J N Y C H

aptekarze **A. MICHAŁSKI** i **B. SZYM CZAK**

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

P O Z N A Ń , u l . 2 7 G r u d n i a 5 .

J Ó Z E F W I Ś N I E W S K I

O P T Y K D Y P L O M O W A N Y

W a r s z a w a , K r a k o w s k i e P r z e d m i e ś c i e N r . 6 1 .

P O L E C A : O k u l a r y , B i n o k l e n a j n o w s z y c h f a s o n ó w .

P r z y r z ą d y L e k a r s k i e O k u l i s t y c z n e .

W przewlekłych nieżytach oskrzeli, dychawicy,
rozedmie płuc, zespołach sercowo-nerkowych,
okresie pogrypowym i krztuścu

PNEUMOGEIN

Synergiczne połączenie jodu, kofeiny i teobrominy.

DAWKOWANIE: w stanach przewlekłych 3-6 łyż. od herb. dziennie
 ostrych 4-8 " "
Dzieci: 1-2 łyż. od herb. dziennie, zależnie od wieku.

*Wprowadzony do oficjalnego lekospisu Okr. Dyr. P. K. P.
Ubezp. Społ., Minist. Komun., P. K. O. i Szpitali.*

PASSIFLORIN

Passiflorin przewyższa doborem składników, sposobem fabrykacji, skutecznym działaniem wszystkie inne preparaty roślinne jak również namiastki, mieszanki roślinne zawierające roślinę Passiflorę.

Stany neuropatyczne. Bezsenność u hypersympatykotoników i przeczulonych. Zaburzenia wegetatywne sfery płciowej. Zaburzenia w krążeniu na tle wagatonji i neurotonji. Nerwice. Stany spazmatyczne w cierpieniach przewodu pokarmowego.

*Wprowadzony do lekospisu Ubezpieczalni Społecznej, Minist. Komun.,
Okr. Dyr. Kol. Państw., P. K. O. i Szpitali.*

Passiflorin i Pneumogein są preparatami krajowymi produkowanymi w Chemiczno-Farmaceutycznych Zakładach Przemysłowo-Handlowych

L. NASIEROWSKIEGO, Warszawa, Kaliska 9.

Kronika

Posiedzenie Komisji Statutowej

Opierając się na projektach nowego Statutu Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych, nadesłanych przez Koło Poznańskie, Toruńskie i Warszawskie, Zarząd Główny opracował nowy projekt Statutu, który d. 18 listopada r. b. został oddany pod obrady Komisji Statutowej, wybranej przez uprzedni Zjazd Delegatów. Po przeprowadzeniu szczegółowej dyskusji i przyjęciu paru poprawek projekt został jednomyślnie zatwierdzony.

Zjazd Delegatów Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych

Dnia 18 listopada r. b. o godz. 2-iej po poł. odbył się w Warszawie Zjazd Delegatów przy udziale 25 uczestników. Przewodniczył Prezes Zarządu Głównego Dr. Bermański.

Porządek obrad :

- 1) Zatwierdzenie projektu nowego Statutu Z. L. K.
- 2) Sprawozdanie Zarządu Gł. z dotychczasowych starań w sprawie ustalenia norm płacy.
- 3) Sprawa zjazdu w Radomiu.
- 4) Sprawa Koła Stanisławowskiego i Lwowskiego.
- 5) Wolne wnioski.

1) Po przeprowadzeniu dyskusji projekt nowego Statutu Z.L.K., przedstawiony przez Komisję Statutową, został jednomyślnie przyjęty.

2) W dłuższym przemówieniu Prezes Zarządu Gł. zapoznał delegatów z wynikami starań, jakie Zarząd Gł. czynił u Władz Wyższych w sprawach stanowisk służbowych i norm płac lekarzy kolejowych.

3) Ponieważ zgłoszono projekt, aby zamiast Zjazdu w Radomiu zorganizować wycieczkę zbiorową zagranicę, upoważniono Prezesa Zarządu Gł. do przeprowadzenia odpowiednich pertraktacji.

4) W związku ze skasowaniem Dyrekcji Stanisławowskiej zapadła uchwała, aby Koło Stanisławowskie nadal funkcjonowało do chwili zatwierdzenia przez Władze nowego Statutu Zrzeszenia.

5) Zapadła uchwała, aby we wszystkich Kołach od 1-go stycznia 1935 r. składka wynosiła 2 zł. miesięcznie od członka.

Na wniosek Koła Lwowskiego uchwalono, aby połowę tej składki, t. zn. 1 zł., Koła wpłacały na rzecz Zarządu Głównego, który będzie dostarczał „Lekarza Kolejowego“ bez dodatkowej opłaty.

Dnia 4 listopada r. b. odbyło się we Lwowie ogólne zebranie Lwowskiego Koła Z. L. K., na którym wybory dały wynik następujący:

Dr. Polakowski prezes, Dr. Kwiatkowski v.-prezes, Dr. Hoffmann sekretarz, Dr. Stefek zast. sekr., Dr. Duniewski skarbnik. *Delegaci*: Dr. Hozer, Dr. Kułpiński, Dr. Kuhl. *Kom. Rewiz.*: Dr. Narog, Dr. Chutkowski, Dr. Fritz.

Otwarcie Domu Wypoczynkowego dla pracowników kolejowych w Makowie Podhalańskim

D. 20 grudnia r. b., przy udziale licznie zaproszonych gości, został otwarty Dom Wypoczynkowy dla pracowników kolejowych, wybudowany staraniem Towarzystwa Kolonji Letnich pracowników Warszawskiej Dyrekcji Kolei Państwowych

Uroczystość zaszczylił swoją obecnością Pan Minister Komunikacji, Inż. Butkiewicz, którego na dworcu powitały Władze kolejowe D.O.K.P. Kraków, kompanja honorowa K.P.W. z Krakowa, miejscowy oddział Strzelca, oddział rezerwistów i dziatwa szkolna.

Poświęcenia gmachu dokonał ks. prałat Leja z Makowa, który w przemówieniu podkreślił doniosłe znaczenie Domu Wypoczynkowego dla okolicznych mieszkańców.

Następnie zabrał głos Dyrektor Zarządzający Tow. Kolonji Letnich Dr. med. Waclaw Gronowski, który w dłuższym przemówieniu streścił historję powstania i rozwoju wspomnianego Towarzystwa oraz powstania Domu Wypoczynkowego, podając następujące liczby kosztów: serpentyna, parcela, plany, architekt, inwentarz, studnie, stacja biologiczna, elektrownia, koszty administracyjne i t. p. wyniosły 500,000 zł., dom zaś został wybudowany kosztem 1,200,000 zł. Koszt 1 metra³ wynosi pięćdziesiąt parę zł. Wobec powstania Stowarzyszenia „Rodzina Kolejowa“, mającego na celu zjednoczenie i skoordy-

nowanie prac społecznych kolejarzy, Tow. Kolonji Letnich przekazuje wybudowany dom powyższemu Stowarzyszeniu.

Przemawiał również prezydent m. Makowa, płk. Kijowski.

Na zakończenie przemawiał p. Dyrektor Biura Personalnego Min. Komun., płk. Kominkowski, Prezes Zarządu Głównego „Rodziny Kolejowej“, który podkreślił, że jednym z ważniejszych zadań „Rodziny Kolejowej“ będzie zjednoczenie i skoordynowanie pracy społecznej kolejarzy, mającej przede wszystkim na celu profilaktykę i ochronę zdrowia pracowników kolejowych i ich rodzin.

Po zakończeniu przemówień nastąpiło zwiedzanie wspaniałego gmachu, który zbudowany jest na t. zw. Łysej Górze, porośniętej lasem, połączonym z budynkiem dwoma wiaduktami. Wewnętrzne urządzenie domu jest piękne, celowe i solidne. Wszystkie pokoje posiadają balkony, zaopatrzone są w bieżącą ciepłą i zimną wodę, centralne ogrzewanie, światło elektryczne z własnej elektrowni itd. Na każdym piętrze znajdują się wanny, następnie doskonale urządzona kuchnia, elektrownia, pralnia, natryski. W chwili obecnej pobyt jednoosobowy w dwuosobowym pokoju wraz z utrzymaniem wynosi 4 zł. 50 gr., w jednoosobowym — nieco drożej. Istnieje projekt, aby miesiące wiosenne i jesienne przeznaczyć dla pracowników kolejowych mniej zasobnych, dla których opłata byłaby znacznie zredukowaną.

Po ukończeniu zwiedzania odbyło się wspólne śniadanie w nastroju nader miłym.

Szczegółowe sprawozdanie z działalności Towarzystwa Kolonji Letnich ukaże się w jednym z najbliższych numerów „Lekarza Kolejowego“

Kurs z dietetyki.

W okresie od 1. IV. do 6. IV. 1935 r. włącznie odbędzie się przy II Klinice Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego (Dyrektor Prof. Dr. med. Witold Orłowski) kurs dokształcający z dietetyki dla lekarzy. Tematy wykładów oraz zajęć praktycznych, które ogółem obejmą 37 godzin, są następujące:

- I. Rola dietetyki w leczeniu — Doc. Dr. *J. Węgierko*
- II. Dietetyka ogólna:
 - 1) Biochemja białek, tłuszczów i węglowodanów — Prof. Dr. *S. Przyłęcki*
 - 2) Energetyka żywienia — Dr. *E. Apfelbaum*
 - 3) Przemiana mineralna i kwasowozasadowa a żywienie — Dr. *J. Glass*
 - 4) Przemiana wodna a żywienie — Dr. *J. Fliederbaum*

- 5) Nauka o pokarmach — Doc. Dr. *S. Szulc* (pokarmy zwierzęce, roślinne, wchłanianie, przyswajanie, wydalenie)

III. Dietetyka szczegółowa:

- 1) Choroby żołądka — Doc. Dr. *S. Cytronberg*
- 2) Choroby jelit — Doc. Dr. *Z. Gorecki*
- 3) Choroby wątroby — Doc. Dr. *W. Filiński*
- 4) Choroby narządu ruchu z uwzględnieniem skaz — Doc. Dr. *E. Reicher*
- 5) Wychudnienie i otyłość — Dr. *J. Roguski*
- 6) Cukrzyca — Doc. Dr. *J. Węgieńko*
- 7) Choroby krwi — Dr. *A. Fidler*
- 8) Choroby narządu krążenia — Dr. *A. Fidler*
- 9) Choroby gruczołów dokrewnych — Dr. *A. Fidler*
- 10) Choroby narządu oddychania z uwzględnieniem gruźlicy płuc — Dr. *J. Misiewicz*
- 11) Choroby nerek i dróg moczowych — Dr. *W. Markert*

IV. Przyrządzanie pokarmów wraz z zajęciami praktycznymi — Mag. *Morzowska*.

Opłata za kurs wynosi zł. 30. Uczestnikom będą zapewnione mieszkanie na ich żądanie po zniżonej cenie oraz zniżki kolejowe w drodze powrotnej. Po ukończeniu kursu wydawane będą odpowiednie zaświadczenia.

Zgłoszenia będą przyjmowane do dn. 15 marca 1935 r. Wpłata powinna być uiszczona do dn. 25 marca 1935 r. Informacyj udziela i przyjmuje zgłoszenia st. asystent II Klin. Chor. Wewn. Un. Warsz., Dr. *J. Rydygier*, Warszawa, ul. Nowogrodzka 59.

Do Zarządu Głównego Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych Warszawa

Zarząd Główny Prawników i Ekonomistów kolejowych Rzeczypospolitej Polskiej wyda z początkiem 1935 roku w formie broszury nowe przepisy o zaopatrzeniu emerytalnym i odszkodowaniu za nieszczęśliwe wypadki pracowników przedsiębiorstwa „Polskie Koleje Państwowe” celem rozsprzedaży wśród pracowników. Wydawnictwo to będzie zawierało, oprócz tekstu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28. I. 1934 r., również komentarz, opracowany przez wybitnych znawców tego zagadnienia, oraz skorowidz.

Cena jednego egzemplarza broszury, zależnie od wielkości nakładu, będzie możliwie nisko skalkulowana i nie przekroczy prawdopodobnie 80 groszy.

Warszawa, dnia 15 grudnia 1934 r.

Za Zarząd:

Sekretarz: (—) *Gorski*

Prezes: (—) *Zawojski*.

Wnioski przyjęte na XIV Zjeździe Psychjatrów w Krakowie dnia 21. V. 1934 r.

1) XIV-ty Zjazd Psychjatrów Polskich, zaznajomiwszy się z redakcją projektu Ustawy o Opiece nad psychicznie chorymi, a wiedziony troską o wspomnianych chorych i o poziom leczenia psychiatrycznego, uważa za konieczne zwrócić się do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej z przedstawieniem, iż nierozwiązanie problemu kosztów leczenia psychicznie chorych w ustawie psychiatrycznej nie przyniesie poprawy w obecnym stanie leczenia psychiatrycznego. Ze względu na konieczność uzupełnienia i w innych artykułach projektu XIV-ty Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za konieczne uzgodnić opinię psychjatrów polskich co do nowej redakcji Ustawy o Opiece nad psychicznie chorymi drogą wydania opinii przez poszczególne oddziały Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, które to opinie winne być zgłoszone do Głównego Zarządu Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego celem ostatecznego uzgodnienia. Nad wykonaniem tej uchwały będzie miał pieczę Zarząd Główny Towarzystwa.

2) W obliczu niebezpieczeństwa, grożącego psychjatrii polskiej, XIV-ty Zjazd Psychjatrów Polskich zwraca się do Lekarskich Wydziałów Uniwersytetów z gorącą prośbą o wzięcie pod uwagę koniecznej potrzeby istnienia samodzielnych katedr i klinik psychiatrycznych przy reformie studjów lekarskich, do Ministerstwa Wyznań i Oświecenia Publicznego zanoszący gorący apel o otoczenie szczególną troską samodzielnych katedr psychjatrii, które stanowią istotną potrzebę zarówno nauki polskiej, jak i potrzebę praktycznego przygotowania oraz przeszkolenia młodych adeptów medycyny do zawodu lekarskiego, a z drugiej do przygotowania lekarzy specjalistów.

3) XIV-ty Zjazd Psychjatrów Polskich, biorąc pod uwagę dawno uznaną przez psychjatrię i kryminologję odrębność problemu zabezpieczenia społeczeństwa od niebezpiecznych aspołecznych psychopatów ze zmniejszoną poczytalnością, decyduje przedstawić miarodaj-

nym czynnikiem konieczność wypracowania programu budowy specjalnych zakładów dla kryminalnych psychopatów, szczególnie wobec niedostatecznej ilości miejsc w zakładach psychiatrycznych.

XV Zjazd Psychjatrów Polskich odbędzie się w okresie Zielonych Świąt 1935 r. w Gostyninie (Szpital dla psychicznie chorych), wzgl. i w Płocku.

Zgodnie z decyzją ostatniego Zjazdu w Krakowie 20. V. 1934 r. wybrano jako tematy główne na XV-ty Zjazd:

1) Zaburzenia psychiczne w cierpieniach organicznych układu nerwowego ośrodkowego (z wyłączeniem porażenia postępującego i otępienia starczego).

2) Poczytalność zmniejszona w ujęciu naszego Kodeksu Karnego i w jej praktycznym zastosowaniu.

Dotychczas zgłoszono następujące odczyty (podane w alfabetycznym porządku autorów):

J. Handelsman i *Z. Messing*: Stosunek zmian anatomicznych w układzie nerwowym ośrodkowym do zaburzeń psychicznych w pewnych cierpieniach organicznych mózgu.

Doc. W. Łuniewski: T. zw. poczytalność zmniejszona w ujęciu kryterjów prawnych, psychiatrycznych i życiowych.

J. Nelken: Zaburzenia psychiczne przy postrzałach mózgu.

Z kliniki prof. S. Pieńkowskiego: a) Zaburzenia psychiczne w zespołach mnesticzno-skojarzeniowych. b) Zaburzenia psychiczne w pewnych sprawach zapalnych ośrodkowych układu nerwowego. c) Zaburzenia psychiczne przy guzach komory III-ej.

J. Pinczewski: Dezintegracja psychiczna w chorobie Schildera i stanach pokrewnych.

Prof. J. Rothfeld: O zaburzeniach psychicznych w przebiegu nowotworów mózgu i ich wartości dla lokalizacji w mózgu.

Z kliniki prof. M. Rosego: *J. Borysewicz* i *S. Witek*: Zaburzenia psychiczne w cierpieniach organicznych układu nerwowego ośrodkowego.

Doc. W. Sterling: Zmiany psychiczne w guzach mózgu na zasadzie własnego doświadczenia.

Zarząd Główny Polskiego Tow. Psychiatrycznego uprzejmie prosi o łaskawe zgłaszanie odczytów na wyżej wymienione tematy (pod adresem sekr. gen. *J. Handelsmana*: Pruszków — Szpital Tworki), przyczem Zarząd przypomina, że zgodnie z uchwałą zjazdową mogą

być zgłaszane referaty i odczyty oparte wyłącznie na własnym materiale. Termin zgłaszania odczytów do dnia 31 stycznia 1935 r.

Zarząd prosi również o przysyłanie krótkiego streszczenia zgłoszonego odczytu do dnia 1. III. 1935 r. w celu umożliwienia wydrukowania streszczenia przed Zjazdem. Do tego terminu również mogą być zgłaszane odczyty luźne. Po tym terminie będzie ułożony program naukowy Zjazdu. Zgodnie z regulaminem Zjazdów odczyt trwać może 10 minut.

W sprawach organizacyjnych XV Zjazdu Psychjatrów Polskich prosimy porozumiewać się z Kol. E. Wilczkowskim, dyr. Zakładu psychjatrycznego: Gostynin, z. Warszawska.

Zarząd Główny P. T. Ps.

Zmarli w 1932 i 1933 r.

Dr. Kozubski Jan, Dyr. Warszawska
 Dr. Chodorowska Anna, Dyr. Lwowska
 Dr. Mackl Józef, Janów
 Dr. Dortort Chune, Dyr. Stanisławowska
 Dr. Mikucki Władysław, Dyr. Stanisławowska
 Dr. Sałaciński Henryk, Dyr. Warszawska
 Dr. Kutilek Włodzimierz, Łuniniec
 Dr. Koiszewski Napoleon, Włodawa
 Dr. Suszczyński Roman, Dyr. Poznańska
 Dr. Krzych Franciszek, Dyr. Poznańska
 Dr. Stankiewicz Wiktor, Dyr. Krakowska
 Dr. Łubkowski Konrad, Kraśnik
 Cześć Ich pamięci!

PIERWSZA WYTWÓRNIĄ PAROWA
 OPŁATKÓW APTECZNYCH I CUKIERNICZYCH

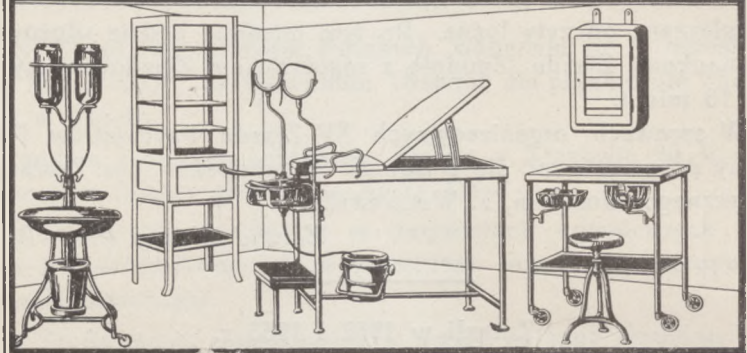
KRUŻYŃSKI, OSTROWSKI i S-ka

SPÓŁKA FIRMOWA

WARSZAWA, UL. PŁOCKA Nr. 45.

TELEFON Nr. 515-33.

FABRYKA MEBLI SZPITALNYCH
A SEPTA 19200. WARSZAWA
 OKOPOWA 61 TEL 85-79



DOJAZD TRAMWAJAMI Nr. Nr. 8, 1 LUB „Z“

TAPCZANY higieniczne

FABRYKA „ASEPTA“ OKOPOWA 61

dojazd tramwajami: 8, 1 lub Z
 telefon 11-85-79

NOWOCZESNE KONSTRUKCJE

NAJTAŃSZE CENY



Z AUTOMATEM
 PODNOŚCĄCYM WIEKO
 DO UMIESZCZENIA POŚCIELI

NEOGRANICZONA GWARANCJA TRWAŁOŚCI.

O hormonie gonodotropowym tylnego płata przysadki mózgowej

Z chwilą wykrycia i biologicznego zbadania istoty i działania hormonu jajnikowego (Oestrin) nietylko stworzono podstawy naukowe dla jego zastosowania leczniczego, ale również umożliwiono podjęcie dalszych dociekań w kierunku wyświetlenia całokształtu czynności gruczołów, regulujących procesy przebiegające w sferze płciowej ustroju zwierzęcego.

Na pierwszy plan wysuwają się tutaj wydzieliny przedniego płata przysadki mózgowej. Już na wstępie przekonano się, że hormon jajnikowy wprawdzie wywołuje ruję, nie jest jednak w stanie doprowadzić do dojrzewania jaja, bowiem *istotny bodziec dla czynności jajnika nie tkwi wyłącznie w jajniku, ale również w przednim płacie przysadki.*

Zondek i Aschheim wykazali, że hormon przedniego płata przysadki przyśpiesza u zwierząt dziecięcych dojrzewanie i wywołuje ruję. Mimo pozornie analogicznego działania tego hormonu i Oestriny zachodzi jednak zasadnicza różnica w istocie ich wpływu. Hormon przedniego płata nie działa u zwierząt trzebionych, jego bowiem punkt zaczepny stanowi jajnik nietknięty, zdolny do rozwoju i wydzielania. Natomiast gonadotropowy hormon przysadki jest czynnikiem pierwotnym, nadrzędnym w przebiegu procesów płciowych. Oestrina zaś drugorzędny, podporządkowanym jego wpływom.

Oestrina więc, wprowadzona do ustroju chorego, zastępuje własną brakującą Oestrinę, podczas gdy hormon gonadotropowy pobudza niedostateczną czynność gruczołów płciowych.

Cykl miesięczkowy zostaje jakby aktywowany przez przedni płat przysadki, uruchamiający Oestrinę, która ze swojej strony działa na macicę i drugorzędne narządy płciowe (pochwa, gruczoły mleczne itd.).

Badając wpływ hormonu przedniego płata przysadki, nazwanego przez *Zondeka* Prolanem, przekonano się, że główne zmiany, występujące po jego wprowadzeniu do ustroju, dadzą się podzielić na dwie zasadnicze grupy:

1) Rozwój jajników i macicy, objawy rui, a szczególnie szybkie dojrzewanie pęcherzzków *Graafa*, połączone z powstaniem wylewów krwawych („punktów krwawych“).

2) Luteinizacja dojrzałych pęcherzyków (powstanie corpora lutea artretica).

Jeśli chodzi o nasilenie działania hormonu gonadotropowego przedniego płata przysadki mózgowej, to okazuje się, że małe jego dawki wywołują procesy ujęte w grupie I-szej, duże zaś, względnie małe dawki często podawane, doprowadzają szybko do luteinizacji. Dla wyjaśnienia tego zjawiska *Zondek* usiłował rozszczepić hormon przysadkowy i ostatnio udało się mu uzyskać dwie frakcje A i B, z których każda wykazuje działanie dla siebie swoiste i odpowiadające każdej z wymienionych grup.

Jak więc należy sobie wyobrazić prawidłowy przebieg regulacji hormonalnej cyklicznych przemian życia płciowego kobiety?

Na początku okresu miesięczkowego bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego miesięczkowania, zaczyna się wydzielanie przez przysadkę hormonu gonadotropowego w ilościach coraz wzrastających. Pociąga to za sobą szybkie dojrzewanie pęcherzyka *Graafa* i co za tem idzie — podniesienie we krwi ilości Oestriny. Oestrina znowuż wywołuje rozrost śluzówki macicy. Z chwilą pęknięcia (na 15 dzień) pęcherzyka *Graafa*, przysadka zaczyna wydelać prócz poprzedniej frakcji hormonu gonadotropowego (frakcji dojrzewania) również, choć w małych ilościach, frakcję luteinizującą, dzięki której dochodzi do luteinizacji pęcherzyka.

Ciało żółte ze swojej strony rozpoczyna swą czynność wydzielniczą (luteina), dzięki której wzrost śluzówki macicy osiąga swoje najwyższe natężenie, dając w ten sposób t. zw. okres przedmiesiączkowy. W tym czasie wydzielanie hormonu gonadotropowego słabnie, na skutek czego stopniowo ustaje produkcja Oestriny i luteiny. Brak tych bodźców hormonalnych pociąga za sobą likwidację całego systemu przedmiesiączkowego: macica pozbywa się warstwy swojej śluzówki—zaczyna się krwawienie miesięczkowe. I tu cykl rozpoczyna się na nowo: zniknięcie we krwi hormonów jajnikowych powoduje wzmożone działanie przysadki i następuje początek nowego okresu miesięczkowego.

Okres menstruacyjny kobiety jest więc wynikiem cudownej gry kolejnych wpływów różnych hormonów.

Nader ciekawe są doświadczenia, zmierzające do ustalenia wpływu hormonu gonadotropowego na gruczoły płciowe samców. Zagadnieniem tem zajmowali się m. in. *Smith, Engle, Evans i Simpson*. Dwaj ostatni zdołali u młodych szczurów wywołać wzrost olbrzymi. *Voss i Loewe* twierdzą, że wyciągi z przedniego płata przyspieszają u zwierząt wzrost jąder, wyniki ich są zgodne z badaniami *Steinacha i Kuna*.

W zasadzie więc wszyscy autorowie dochodzą do przekonania, że przez wstrzykiwanie hormonu gonadotropowego przedniego płata dziecięcym zwierzętom udaje się również u samców wywołać przedwczesne dojrzewanie; żadne jednak z tych badań nie daje nam odpowiedzi na pytanie, które z tkanek jądra zostają przez hormon przysadkowy pierwotnie pobudzone: nie mieliśmy też dotychczas sprawdzianu drobnowidowego zmian stwierdzonych w jądrach.

Nowe światło na to zagadnienie rzuciły badania *Borst'a, Döderleina i Gostimirowica*; autorzy ci wykazali, że działanie hormonu gonadotropowego, wstrzykniętego samcom, objawia się po 100 godzinach następującymi zmianami histologicznymi: na wstępie zostaje pobudzona czynność rozrodcza jądra, występuje żywy podział spermatogonij i spermatocytów, nigdy jednak nie dochodzi do dojrzewania tych ciał; zmiany makroskopowe polegają na zwiększeniu się pęcherzyka nasiennego, podziału gruczołów i wzmożeniu ich wydzielania.

W każdym bądź razie faktem jest, że *hormon przedniego płata przysadki jest płciowo nieswoisty, wywierając swój wpływ zarówno na gonady płci żeńskiej, jak i męskiej*.

Hormon gonadotropowy znajduje się stale w przednim płacie przysadki mózgowej, w łożysku kobiet, w moczu i we krwi kobiet ciężarnych, również można go wykryć w moczu i we krwi kobiet w okresie przekwitania i po kastracji i w moczu osobników obojga płci, dotkniętych złośliwymi nowotworami narządów płciowych.

Doświadczenia kliniczne potwierdziły naogół wyniki badań fizjologicznych. Przez wprowadzenie gonadotropowego hormonu udaje się nader często w przypadkach pierwotnych i wtórnych zaburzeń miesięczkowych przywrócić normalny przebieg cyklu. Leczenie hormonem gonadotropowym wywołuje silne przekrwienie narządów miednicy małej i w ten sposób prowadzi do likwidacji stanów zapalnych. *Montag* leczył w ten sposób stany zapalne jajowodu i przydatków macicznych. W przypadkach silnych krwotoków macicznych udało się przez wielokrotne podawanie wysokich dawek hormonu gonadotropo-

wego zahamować krwawienia. *Hoevermann* donosi o doskonałych wynikach leczniczych, uzyskanych przez stosowanie hormonu gonadotropowego przy pierwotnym braku miesiączki na tle niedorozwoju narządów płciowych.

Zondek i *Köhler* leczyli z dobrym skutkiem wychudzenie pochodzenia przysadkowo-mózgowego, uzyskując przybytek wagi niekiedy do 15—20 kg. *Leszczyński* i *Liebhart* stosowali hormon gonadotropowy w przypadkach *acne sexualis*. Nader ciekawe są badania *Möllera*, który wykazał hamujący wpływ hormonu gonadotropowego na wzrost sztucznie przeszczepionych nowotworów.

Laroche i *Simmonet* ogłosili wyniki 100 przypadków nieprawidłowego miesiączkowania, leczonych hormonem gonadotropowym: najlepiej reagowały przypadki braku miesiączki lub zaburzeń miesiączkowania u młodych dziewcząt i kobiet w wieku średnim. W zaburzeniach okresu przekwitania, jeśli jajniki zachowały swą żywotność, *Laroche* radzi również spróbować leczenia hormonem gonadotropowym.

Laroche podkreśla poza tem fakt dodatniego działania hormonu gonadotropowego na objawy patologiczne, towarzyszące miesiączce, a więc na trwanie miesiączki, obfitość, zabarwienie krwi, bóle i t. p., wg. niego często znika przykry zapach wydzielin i plamienie pomieszczeń.

Gonadotropowy hormon przedniego płata przysadki mózgowej jest przez nas wytwarzany pod nazwą *Progonadon* i otrzymywany jest z moczu samic ciężarnych w pierwszym okresie ciąży. Posiada on postać bezbarwnego proszku wolnego od wszelkich domieszek, łatwo rozpuszczalnego w wodzie.

Progonadon stanowi ciało nader czułe na działanie otoczenia. Ogrzanie do t. 80°, względnie zmiana koncentracji jonów wodorowych niszczy je, natomiast jest on bardzo odporny na działanie zimna i krótkofalowych promieni. Podczas, gdy *Oestrina* rozpuszcza się łatwo w alkoholu, eterze i ciałach lipoidalnych, *Progonadon* w tych środowiskach jest niemal zupełnie nierozpuszczalny. Poza tem wszelkie manipulacje z *Progonadonem* są utrudnione z powodu jego silnej zdolności adsorbcyjnej. Stężenia *Progonadonu* mogą być bardzo wysokie, bo aż do 80% w roztworze wodnym.

Mianowanie *Progonadonu* polega na ustaleniu najmniejszej dawki, która jest w stanie u dziecięcych szczuryc wywołać obraz rui z wszystkimi jej objawami i zmianami makroskopowymi i mikroskopowymi w jajnikach. Ilość powyższa stanowi jednostkę szczurzą (j s.). Podawanie *Progonadonu* starym zwierzętom, które nie wykazują już objawów rui, wywołuje powrót rui. Jeśli będziemy wstrzykiwać *Pro-*

gonadon przez dłuższy czas (10—14 dni) zwierzętom dziecięcym, wywołały znaczne powiększenie macicy, przypominające stan ciąży. U zwierząt płci męskiej łatwo wykazać przyśpieszenie wzrostu członka, jąder, a przede wszystkim gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych. Przez dłuższe podawanie Progonadonu można u samiczek wywołać zatrzymanie jajczkowania, czyli hormonalną sterylizację, powstającą na skutek przewagi działania frakcji luteinizującej.

Ciekawe jest działanie Progonadonu na przemianę materji; okazuje się bowiem, że wzmacnia on swoiście dynamiczne działanie procesów przemiany, działając w ten sposób jakby regulująco.

Wskazania. Progonadon jest wskazany we wszystkich tych przypadkach, w których przy zachowaniu gruczołów płciowych występuje *upośledzenie ich czynności*. Należy tu w pierwszym rzędzie: pierwotny i wtórny brak miesiączki, skąpe wzgl. nieprawidłowe miesiączkowanie, zaburzenia rozwojowe, dziecięcość. Również dolegliwości okresu przekwitania, jak i niektóre przypadki upławów dają się usunąć przez stosowanie wysokich dawek Progonadonu.

Leczenie Progonadonem jest wskazane również przy nerwicach płciowych i oziębłości płciowej.

Ze względu na to, że Progonadon jest „niespecyficznym motorem płciowym”, poleca się również jego stosowanie przy zaburzeniach sfery płciowej u mężczyzn, jak np. przy niemocy (najlepiej w połączeniu z hormonem jądrowym Masculogen).

Przy leczeniu zaburzeń przemiany materji, zwł. otyłości, poleca się kombinowanie Progonadonu z innymi środkami jak np. z przetworami tarczycy.

Dawkowanie i sposób stosowania: Jako dawkę dzienną Progonadonu należy przyjąć średnio 100 j. szczyrzych. Kuracja obejmuje zasadniczo 2 tygodnie, poczem należy zrobić przerwę 14-dniową i ewentualnie leczenie kontynuować. Do cyklicznego leczenia zaburzeń jajnikowych poleca się kombinowanie Progonadonu z Oestriną w ten sposób, że w pierwszym okresie międzymiesiączkowym podaje się Progonadon, w drugim zaś Oestrinę.

Ze względu na wielką czułość Progonadonu roztwory jego powinny być robione *ex tempore*. W tym celu należy do strzykawki nabrać wody destylowanej i wstrzyknąć do amp. z proszkiem Progonadonu. Proszek szybko ulega rozpuszczeniu, dając roztwór zupełnie klarowny. Wstrzykiwać należy domięśniowo.

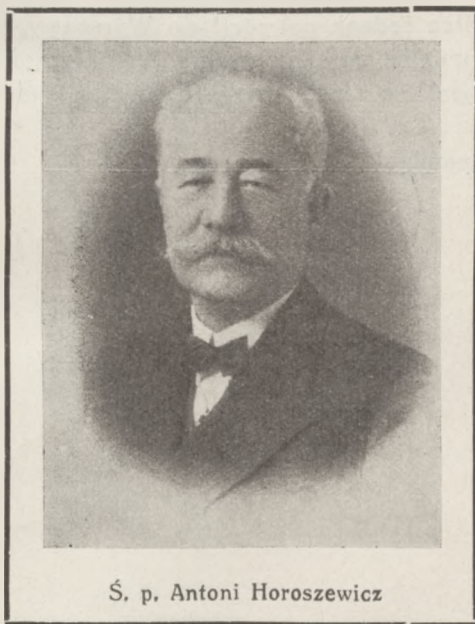
P i ś m i e n n i c t w o :

- B. Zondek*: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1926. Bd. 90.
„ Mediz. Klin. 1927, 13.
„ Klin. Woch. 1928, 18; 1929, 4 i 48; 1930, 6, 9, 15, 26, 46, 49,
1931; 1932.
„ Endokrinologie 1929, 5.
Kohler: Klin. Woch. 1930, 3.
Evans, Meyer, Simpson: Proceedings of the Society for Biology 1931, 28.
Krauss: Klin. Woch. 1930, 8.
Möller: Frankf. Zeitsch. 1933, 45.
Leszczyński i Liebhart: Dermatol. Woch. 1932, 8.
Zondek i Kohler: Med. Kl. 1932, 33.
Hocrelmann: Zbl. Gyn. 1933, 46.
Laroche & Simonet: Presse Médicale 1932, str. 710.
Czyżak: Zbl. f. Gyn. 1932, 2.
Mansfeld: Wien. Klin. Woch. 1932, 45.
Westmann: Zblt. f. Gyn. 1932, 8.
Jansen i Loeser: Klin. Woch. 1931, 44.
Werner: Wien. Klin. Woch. 1931, 45.
Gostimirovic: Münch. Med. Woch. 1931, 8.
Montag: Mon. f. Gyn. 1931, 6.
Siegmund: Arch. f. Gyn. 1930, 142.
Borst, Döderlein i Gostimirovic: M. Med. Woch. 1930 12.
-

Wspomnienie pośmiertne

Ś. p. Dr. Antoni Horoszewicz

Liczne grono przyjaciół, kolegów, współpracowników i pacjentów odprowadziło na Powązki w głębokim żalu zwłoki b. Lekarza Naczelnego Szpitala Kolejowego w Warszawie, ś. p. Dr. Antoniego Horoszewicza, który zmarł d. 12 października 1934 r.



Ś. p. Antoni Horoszewicz

W ciągu długoletniej pracy na kolei położył duże zasługi, na wszystkich bowiem kolejno zajmowanych stanowiskach odznaczał się wielką sumiennością i pracowitością, służąc w ten sposób doskonałym wzorem dla współpracowników i podwładnych. Największym jednak przywiązaniem darzył Szpital Kolejowy w Warszawie, który niezmordowanie i z całym oddaniem prowadził w ciągu lat 27. Został też nagrodzony orderem Poloniae Restitutae.

Pomimo uciążliwej pracy zawodowej miał czas i na pracę społeczną, przez szereg bowiem lat był członkiem Zarządu Koła Warszawskiego Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych.

Prawy, uczynny, nadzwyczaj koleżeński i sprawiedliwy cieszył się Zmarły wielką sympatią wśród wszystkich, z kim obcował.

Ś. p. Dr. Antoni Horoszewicz urodził się w 1864 r. we wsi Krupie ziemi Lubelskiej. Szkołę średnią ukończył w Radomiu, dyplom zaś lekarski uzyskał w r. 1890 w Uniwersytecie Warszawskim.

W roku 1891 rozpoczął Zmarły praktykę w Jędrzejowie, z. Kieleckiej, a w 1900 roku został powołany na stanowisko lekarza rejonowego w Końskiem, gub. Radomskiej, skąd w r. 1901 przeszedł do Warszawy na stanowisko Lekarza Naczelnego Szpitala Kolejowego.

W pierwszym roku wojny europejskiej szpital wraz z personelem został ewakuowany do Moskwy, skąd ś. p. Dr. Horoszewicz powrócił w 1918 r. i objął stanowisko Lekarza Naczelnego Dyrekcji Radomskiej. Wkrótce jednak powrócił do Warszawy, gdyż w r. 1919 powierzono Mu ponowne zorganizowanie Szpitala Kolejowego. Na tej placówce pozostawał do chwili przejścia w stan spoczynku, t. j. do stycznia 1934 r.

Cześć Jego pamięci!
