

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 52-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Rok VI

WARSZAWA, 21 LISTOPADA 1929 R.

Nr. 47

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

Z Państwowego Zakładu Higieny.  
(Dyrektor Prof. L. Hirszfeld)

#### Rickettsje jako pasorzyty i symbionty stawonogów. \*)

Podał

Ludwik ANIGSTEIN (Warszawa)

Termin „*Rickettsia*” wprowadzony został do mikrobiologii przez badacza brazylijskiego Rocha-Limę, który określił w ten sposób drobnoustroje, spostrzeżone przez niego we wszy ludzkiej. Nazwa *Rickettsia prowazeki* stworzona została przez tegoż autora dla zarazka duru plamistego Rick., spostrzeganej we wszy zakażonej, w celu uczczenia dwóch badaczy Rickettsa i Prowazeka, którzy zginęli od duru plamistego. Stwarzając nowy rodzaj drobnoustrojów, Rocha-Lima miał na celu podkreślenie ich odrębności i wydzielenie ich na podstawie całego szeregu cech biologicznych spośród innych znanych drobnoustrojów, przede wszystkim zaś bakteryj. Z tych właściwości Rickettsji na pierwszy plan wysuwa się ich związek ze stawonogami, jako swoistymi żywicielami. Mamy tu bowiem do czynienia ze ściśnięciem biologicznym przystosowaniem się drobnoustroju do swego żywiciela, a więc ze zjawiskiem współżycia lub pasożytnictwa. Dany owad lub kleszcz staje się żywem podłożem, w którym Rickettsje nie tylko utrzymują się przy życiu, lecz rozmnażają się, znajdując w narządach jego optymalne warunki życia. Taki typ współżycia, jak Rickettsji ze stawonogami, nie jest jednak bynajmniej odosobnionym zjawiskiem biologicznym w świecie zwierzęcym.

Symbioza drobnoustrojów typu roślinnego, do których Rickettsje bezwzględnie należą, z żywicielem typu zwierzęcego jest szeroko rozpowszechniona. Przegląd zwierząt bezkręgowych, począwszy od pierwotniaków, daje nam liczne tego przykłady. Współżycie wielu pierwotniaków z glonami jednokomórkowymi—*Zoochlorellae* i *Zooxantellae*—ujmować należy również jako ten typ zjawisk. Do najbardziej znanych pod tym względem pierwotnia-

ków należą pełzaki. (*A. viridis*, *Difflugia*, *Trichosphaerium*), następnie promienice (*Collozoum*, *Sphaerozoum*), słonecznice (*Actinosphaerium*, *Acanthocystis*), wiciowce (*Noctiluca*, *Anisonema*), wymoczki (*Paramaecium bursaria*, *Stentor*) i t. p.

Wśród gąbek spotykamy *Spongilla viridis*, która swą barwę zawdzięcza również współżyciu z zielonemi komórkami roślinnymi, dalej z jamochłonów *Hydra viridis* jest przykładem również dość znany. Posuwając się po szczeblach rozwoju świata zwierzęcego, spotykamy zjawisko podobnej symbiozy wśród robaków (*Turbellaria*), owadów oraz mięczaków.

Trudno rozstrzygnąć, czy we wszystkich przypadkach mamy do czynienia ze współżyciem korzystnym dla obu stron, czy też z korzyścią jednostronną, a zatem z pasożytnictwem. Nie zatrzymując się dokładnie na roli poszczególnych grup bezkręgowców, jako żywicieli drobnoustrojów roślinnych, zwrócę się obecnie do owadów, wśród których zjawisko współżycia z drobnoustrojami jest wyjątkowo szeroko rozpowszechnione.

Wśród owadów żywiących się krwią kręgowców, własności fizjologiczne żyjących w nich drobnoustrojów roślinnych wykorzystane zostają w sensie biologicznym. Schaudinn np. stwierdził w workowatych rozszerzeniach przełyku komara *Culex pipiens* obecność drożdży, wytwarzających gaz, który wpływa hamująco na krzepliwość krwi, przez co ułatwia się komarowi jej wessanie. Podobnego rodzaju biologiczne wykorzystanie symbionta spotykamy również u innych owadów, karmiących się krwią kręgowców, między innymi u wszy ludzkiej. W tym przypadku symbionty, należące prawdopodobnie do grzybków, umiejscowione są w specjalnym narządzie „mycetomie”, zawieszonym w jamie ciała wszy. Grzybki te zapewne sprzyjają również procesowi ssania krwi, hamując jej krzepliwość. Zupełnie analogiczny narząd, wypełniony bakterjami, znajduje się w jamie ciała pluskwy domowej i odgrywać ma, według Buchnera, rolę podobną do wymienionych wyżej urządzeń.

\*) Wykład habilitacyjny, wygłoszony na posiedzeniu Rady Wydziału weterynaryjnego Uniwer. Warsz. w dn. 25-lutego 1929 r.

Można byłoby przytoczyć wiele jeszcze przykładów współżycia owadów z grzybkami lub bakteriami, i to owadów takich rzędów, które odżywiają się produktami roślinnymi. Znajdujemy wszędzie stopniowe przystosowanie się obu stron, przyczem stosunek symbionta do żywiciela staje się coraz ściślejszy. Symbionty, rozmieszczone luźno u pewnych gatunków zwierząt, u innych koncentrują się w specjalnych narządach (mycetomach), jeszcze u innych obserwować je można w świetle przewodu pokarmowego, i wreszcie, zakazając nabłonek jego, stają się tworamii wewnątrzkomórkowemi.

Jeżeli pozwoliłem sobie na tę pewnego rodzaju dygresję, to uczyniłem to z różnych względów: przede wszystkim, by wskazać, jak już wspomniałem, na szeroko rozpowszechnione zjawisko ściśle go współżycia drobnoustrojów roślinnych z ustrojem zwierzęcym, by podkreślić, że drobnoustroje wymienione nie stanowią jednolitej grupy biologicznej, a należą do grzybków, drożdży i bakteryj, nie zasługują więc na specjalne wyodrębnienie ich w systematyce mikrobiologicznej. Wreszcie zjawiska te pozwalają nam na rozpatrywanie sprawy związku Rickettsji ze stawonogami z punktu widzenia ogólnobiologicznego, nie zaś specjalnie bakterjologicznego.

O ile w przytoczonych wyżej przykładach rola symbiontów roślinnych została w znacznym stopniu wyświetlona, o tyle rola Rickettsyj, przebywających w stawonogach, z punktu widzenia ich znaczenia biologicznego dla żywiciela pozostaje jeszcze niewytlomaczona. Jest faktem niezmiernie ciekawym, że rozpowszechnienie Rickettsyj wśród stawonogów ogranicza się wyłącznie do jelita tych owadów i kleszczy, które karmią się jedynie krwią kręgowców. Jest zatem rzeczą bardzo prawdopodobną, że stawonogi te odgrywają być może rolę żywicieli przejściowych Rickettsyj, których żywicielem ostatecznym byłby kręgowiec, a siedliskiem ich jego krew.

Przechodząc obecnie od szczegółowego opisu Rickettsji, zatrzymamy się głównie na *R. Prowazeki* i *R. pediculi* ze wszy, *R. melophagi* z pasorzyta owcy *Melophagus ovinus*, oraz *R. ruminantium* - za rzadką ciężką chorobę bydła rogatego. *Rick. Prowazeki* wysuwa się na pierwsze miejsce ze względu na jej rolę w etiologii duru plamistego. Przekonamy się również, że wesz jest doskonałym przykładem różnego stopnia przystosowania się drobnoustroju do owada, spotykamy tu bowiem całą skalę przejść, prowadzących od wybitnego pasorzytnictwa wewnątrzkomórkowego do czystej symbiozy.

Własności Rickettsyj. Wszystkie drobnoustroje, opisane jako Rickettsje, posiadają, jak już mówiliśmy, jedną wspólną cechę, a mianowicie żyją one w stawonogach. Większość jest dla żywicieli swych nieszkodliwa, wyjątek stanowi *R. Prowazeki*, która jest dla wszy chorobotwórcza; wszystkie wszy, zakażone tym zarazkiem, giną w krótkim czasie. Z innych własności Rickettsyj, uwzględnianych zazwyczaj w bakterjologii, wymienić należy następujące: wszystkie opisane dotąd *Rick.*, barwione według Grama, zachowują się względem barwnika tego ujemnie, jednakowoż poszczególne gatunki wykazują pod tym względem pewne

stopniowanie, gdyż niektóre z nich można określić jako *Gr<sup>±</sup> Rick.*, wykazują słabe powinowactwo do barwników anilinowych, zwykle używanych w bakterjologii, lecz i pod tym względem istnieje pewne stopniowanie w intensywności barwienia się. Tak *R. Prowazeki* barwi się nieco silniej, niż np. *Spir. pallida*, podczas gdy szereg innych Rickettsyj wszy, objętych wspólną nazwą *R. pediculi*, barwi się w sposób podobny do innych bakteryj gramoujemnych.

Bardzo charakterystyczny jest sposób barwienia się *Rick.* za pomocą barwnika *Giemsy*, a mianowicie, w przeciwstawieniu do innych bakteryj, które barwią się na niebiesko, barwnik *Giemsy* nadaje Rickettsjom ton różowo-fioletowy, przyczem różnicując preparaty, otrzymać możemy obrazy bardzo charakterystyczne, mianowicie, błękitno zabarwioną ektoplazmę, otaczającą fioletową ektoplazmę.

Odporność na warunki zewnętrzne jest u *Rick.* naogół bardzo nieznaczna, najbardziej jest wrażliwa *R. Prowazeki*, która w zawieszynie wszy w soli fizjologicz. ginie w temp. pokojowej już po upływie kilku godzin; zaś temp. 45°C zabija *R. Prowazeki* po upływie kilku minut. Względem chemikalij (fenol, sublimat) *Rick.* wykazują znacznie słabszą odporność, niż inne bakterje.

Wymienione tu cechy, co prawda, dla grupy *Rick.* bardzo charakterystyczne, nie upoważniają nas jednak bynajmniej do tego, aby uważać grupę tę za odrębną w mikrobiologii, nie mamy tem samem dostatecznych podstaw, by udzielić im w systematyce drobnoustrojów stanowiska specjalnego, jak to w swoim czasie uczynił *Rocha-Lima*, który zaliczył je do dość nieokreślonej grupy *Chlamydozoa*. Jedyną cechą, różniącą je od wielu bakteryj, jest przystosowanie biologiczne do żywiciela stawonoga, ale i tu przykład prątka dzumy, pasorzyta pchły, daje nam dowód, że zjawisko tego rodzaju jest wśród typowych bakteryj również możliwe.

Trudność hodowli. Każdy badacz, pracujący nad Rickettsjami i podejmujący próby ich hodowli, natrafia na trudności większe, niż z jakimkolwiek innymi bakterjami. Fakt ten związany jest zapewne z wybitnym przystosowaniem się Rickettsyj do życia pasożytniczego, wskutek czego tak raptowne przejście do warunków hodowli sztucznej daje stosunkowo rzadko wzrost tych drobnoustrojów. Im bardziej saprofityczne życie prowadzi dany gatunek Rickettsyj, tem łatwiej stosunkowo uzyskać można jego hodowlę *in vitro*, czego dowodem jest hodowla *R. pediculi* i *R. melophagi*, udająca się względnie łatwo. Największe trudności napotykamy w próbach hodowli wewnątrzkomórkowej *R. Prowazeki*, która posiada, jak wiemy, wybitne cechy pasorzyta tkankowego. Zaznaczyć trzeba, że, hodując Rickettsje, pamiętać należy o ich cechach biologicznych, wyżej wspomnianych, zwłaszcza o ich pleoformizmie, który w warunkach hodowli sztucznej występuje z wybitną wyrazistością. Z tego też względu drobnoustroje, uzyskane z hodowli, o ile nawet odbiegają od prototypu Rickettsyj we wszy, niezawsze powinny być od razu dyskwalifikowane, jako nienależące do Rickettsyj. Zasady hodowli polegają na stosowaniu pożywek, zbliżających się pod względem składu

swego możliwie do warunków naturalnych życia Rickettsji, a więc obfitujących w białko rodzime (płyn wysiękowy, krew). Najlepsze wyniki dają warunki względnej beztlenowości, stosowane w pierwszej fazie wzrostu, poczem hodowla przeniesioną być może do warunków tlenowych, przy czem w tym momencie stosować należy pożywkę specjalną, w której skład wchodzi krew (końska lub ludzka) odwiłkniona, mieszana z agarom ogrzanym do 80° C. Otrzymujemy w ten sposób pożywkę barwy czekoladowej, która okazała się odpowiednią dla najbardziej wybrednych bakterij, do których należą Rickettsje. Według Le v i n t h a l a, który metodę tę wprowadził, działa tu uwalniająca się w wysokiej ciepłocie oksydaza ze krwi, mająca być jakoby katalizatorem wzrostu.

Morfologja. Klasyczne prace Roch a - L i m y ustaliły cechy charakterystyczne Rickettsji w sposób schematyczny, mianowicie, R. L. opisał je jedynie w tej postaci, w jakiej Rickettsje najczęściej występują we wszy. Ich postać typowa określona została jako dwoinki długości 0,3-0,4 mikr. lub też delikatne pręciczki, barwiące się głównie na biegunach i sprawujące również wrażenie dwoinek. Te własności morfologiczne, bardzo charakterystyczne dla Rickettsyj, nie są jednak wystarczającym kryterjum w ich rozpoznawaniu, z tego względu, że drobnoustroje te, podobnie jak i inne bakterje, odbiegać mogą w znacznym stopniu od typu, uznanego za klasyczny. Podkreślić należy, że ta chwiejność morfologiczna jest dla Rickettsyj wybitnie rozwinięta, i że odchylenia od t. zw. typu normalnego należy traktować niezawsze jako objawy zwyrodnienia, lecz rozpatrywać je z punktu widzenia rozwoju Rickettsji. Do tych form rozwojowych należą przede wszystkim duże twory kuliste, spostrzegane nie tylko w owadach i kleszczach, zakażonych Rick., lecz również w hodowlach *in vitro*. O ile w preparatach bezpośrednich trudno jest interpretować istotę tych tworów, o tyle hodowla daje nam na to odpowiedź. Okazało się bowiem, że wspomniane twory kuliste, które przyjmują barwnik Grama, rozpadają się na bardzo drobne pręciczki lub dwoinki, odpowiadające zarówno pod względem mikrochemicznym, jako też morfologicznym typowym Rickettsjom, jakie widzimy w jelicie owadów. Nie należy jednak przypuszczać, że te duże twory kuliste są swoiste wyłącznie dla Rickettsyj, gdyż analogiczne zjawisko obserwowano u całego szeregu typowych bakterij (*B. coli*, *B. anthracis*). Mamy tu doczynienia, używając terminu L ö h n i s a, Mellona i E n d e r l e i n a, z t. zw. gonidjami, pewnem stadium rozwojowem bakterij, powstałem zapewne drogą niewyświetlonych jeszcze procesów płciowych, jakie prawdopodobnie wśród bakterij również istnieją. Prócz wymienionych form Rickettsyj spotykamy również całkiem odrębne postacie, wypełniające niekiedy komórki jelitowe owada lub kleszcza, a mianowicie długie nici, składające się z poszczególnych pręcików i zwinęte w formie zwartego kłębaka. Formy te uznane zostały przez R. W e i g l a jako należące do Rickettsyj, co potwierdzone zostało przez hodowlę *in vitro*, gdzie również występują formy nitkowate. Ta różnorodność morfologiczna nie jest wielokształtnością przypadkową (polimorfizmem), lecz pleomorfizmem, t.j. związana jest ze

zjawiskami rozwojowemi drobnoustroju. Pleomorfizm ten osłabia w znacznej mierze kryterjum morfologiczne, jeżeli chodzi o rozpoznawanie poszczególnych gatunków Rickettsji. Bardziej miarodajne jest kryterjum biologiczne, mianowicie, swoistość gatunkowa dla żywiciela oraz sposób rozmieszczenia Rick. w ustroju stawonogów. Wychodząc głównie z tego założenia, Roch a L i m a wyodrębnił Rickettsje w oddzielną grupę drobnoustrojów.

Przystosowanie się do żywiciela posuwa się bardzo daleko, mianowicie, wszystkie znane dotychczas Rick. (44 gat.) są pasorzytami jelita swych żywicieli. Pod względem rozmieszczenia ich w jelicie dają się zauważyć również różnice zasadnicze, a mianowicie niektóre z nich są pasorzytami zewnątrzkomórkowemi, inne znów wewnątrzkomórkowemi. Te cechy topograficzne są dla Rick. tak charakterystyczne, że posłużyły Roch a - L i m i e za punkt wyjścia do różnicowania poszczególnych gatunków Rick. wszy ludzkiej. Rzecz oczywista, że topografja Rick. w jelicie owada może być uwiarygodniona jedynie zapomocą skrawków, które wykazały, że w jelicie wszy ludzkiej żyje aż kilka odrębnych gatunków Rick., różniących się wzajemnie nie tylko pod pewnemi względami morfologicznemi, lecz przede wszystkim ich rozmieszczeniem zewnątrz lub wewnątrz komórek w nabłonku jelita.

Ze wszystkich Rick. żyjących w jelicie wszy ludzkiej na pierwszy plan wysunąć należy Rick. Prow. ze względu na jej znaczenie chorobotwórcze dla człowieka. Badania doświadczalne Roch a - L i m y oraz późniejsze prace W e i g l a wykazały niezbicie, że *R. Prow.* jest zarazkiem duru plamistego. Badacze ci stwierdzili, że jedynie wszy, które ssają krew chorych na dur plam., posiadają w jelicie swem wewnątrzkomórkowe Rick., zaś W e i g l o w i udało się zakazić sztucznie zdrową wesz ludzką krwią chorych na dur plamisty, przy czem krew chorych wprowadzono do otworu odbyтового wszy za pomocą cienkiej kapilary. W obydwu przypadkach: zapomocą karmienia wszy *per os* lub *per rectum* w zarodki komórek nabłonka jelita wszy ukazują się po upływie kilku dni wewnątrzkomórkowe Rickettsje. Okres ukazania Rick. w nabłonku odpowiada okresowi zakaźności wszy dla człowieka.

*Rick. Prowazeki* nie tylko przenika do wnętrza komórek, zakażając je, lecz rozmnaża się w nich bardzo obficie, wypełniając prawie całkowicie ich zaródź, która ulega bardzo głębokim zmianom. Następuje wakuolizacja zarodki, pęcznienie komórki zakażonej, silne wzdęcie, wskutek czego w ścianach jelita wszy występują workowate uwypuklenia. Wobec tak znacznych zmian patologicznych w tkankach wszy, wywołanych przez *R. Prow.*, nie mamy tu do czynienia z symbiozą, lecz z pasorzytnictwem wewnątrzkomórkowem. Zaznaczyć należy, że *R. Prow.* jest pasorzytem dla wszy bardzo groźnym, gdyż każda wesz, nim zakażona, ginie w krótkim czasie.

Prócz *R. Prow.* we wszy żyje szereg innych Rick., które objęte zostały wspólną nazwą *R. pediculi*. Żadna z nich nie jest dla wszy chorobotwórcza, lecz jest między niemi jedna, wywołująca u człowieka chorobę, t. zw. febrę wołyńską, wskutek czego samą Rick. określono *R. Wolhynica*. Szczegółowe badania W e i g l a wykazały, że wśród

Rick., określonych wspólną nazwą *R. pediculi*, jedna nazwana przez Weigla *R. Rocha-Limae*, znajduje się również wewnątrz komórek nabłonka jelitowego wszy i jest dość rozpowszechnionym jej symbiontem, nie mającym żadnego związku z durzem plamistym. Wobec tego dość rewelacyjnego odkrycia Weigla wewnątrzkomórkowe położenie, jako cecha rozpoznawcza *R. Prow.*, została zachwiana. Dalsze badania porównawcze Weigla wykazały jednak, że istniejące różnice między temi dwoma gatunkami Rick. pozwalają na ich różnicowanie, gdyż *R. Rocha-Limae* nie wywołuje żadnych zmian patologicznych w komórkach jelita wszy, szerzy się wśród wszy bardzo szybko drogą kontaktu, co nigdy niema miejsca w przypadku *R. Prow.* Zaznaczyć należy, że pozostałe Rick. wszy są dla człowieka i dla samej wszy niechorobotwórcze i do wnętrza komórek nabłonka nie przenikają: pozostając jedynie w świetle jelita, przylegają grubą warstwą do powierzchni, której rąbek szczoteczkowy jest dla nich jak gdyby linią demarkacyjną.

Rozpatrując Rick. wszy z punktu widzenia ich stosunku biologicznego do żywiciela, zauważyć należy różny stopień ich przystosowania, mianowicie, pasorzytnictwo *R. Prowazeki* oraz równowaga symbiotyczna *R. pediculi*, datująca się zapewne od okresu znacznie dawniejszego, niż pasorzytnictwo *R. Prow.*, zabijającej swego żywiciela.

Rickettsje wszy umiejscowione są jedynie w przewodzie pokarmowym i to nierównomiernie, gdyż przełyk oraz jelito końcowe wszy są całkowicie pozbawione tych drobnoustrojów. Wiemy, że te dwa odcinki przewodu pokarmowego, będąc pochodzenia ektodermalnego, wysłane są warstwą chityny, która uniemożliwia nie tylko przeniknięcie Rick. do wnętrza komórek, lecz stanowi widocznie podłoże bardzo niekorzystne dla ich rozwoju. Największa koncentracja Rick. ma miejsce w jelicie środkowym wszy, gdzie znajdują one widocznie warunki fizjologiczne. Podobne rozmieszczenie Rick. znajdziemy również u innego owada, mianowicie *Melophagus ovinus* — muchy, pasorzytującej na owcy. Prócz *Rick. ped.* drugim przykładem Rick. nieszkodliwej dla swego żywiciela jest *R. melophagi*, niechorobotwórczej również dla owcy, na której pasorzytuje *Melophagus*. Obecność tej Rick. we krwi owcy udało się udowodnić drogą hodowli *in vitro*. Pod względem wyglądu swego *Rick. melophagi* nie różni się zasadniczo od *R.* wszy, wykazując prócz typowych i najczęściej spotykanych w owadzie form prątkowych i dwoinkowych takie same fazy rozwojowe, jakieśmy opisywali dla *R. Prowazeki*. Pod pewnymi względami *R. melophagi* różni się jednak od *R.* wszy, mianowicie, pod względem swego stosunku do ściany jelita owada. Widzimy tu Rick. przedewszystkiem w świetle jelita, gdzie są one przeważnie zmieszane wraz z pobraną krwią, największą jednak ich liczbę spotykamy na powierzchni ściany jelita. Tu znajdujemy je na całej rozciągłości jelita środkowego, podczas gdy w przełyku i jelicie końcowym nigdy *R.* nie spotykamy, prawdopodobnie z tych samych powodów, co i we wszy, gdyż te odcinki przewodu pokarmowego pochodzenia ektodermalnego wysłane są chityną. Niezmiernie ciekawe jest rozmieszczenie Rick. na powierzchni ściany jelita, a mianowicie, ich układ w postaci gę-

stych równoległych rzędów, ułożonych prostopadle do ściany w formie gęstej palisady. Układ ten uwarunkowany jest przez strukturę rąbka szczoteczkowego, wyściełającego powierzchnię ściany jelita środkowego. Rąbek szczoteczkowy, tak charakterystyczny dla budowy przewodu pokarmowego owadów, usiany jest drobnymi porami, prowadzącymi do kanalików ułożonych gęstymi rzędami, prostopadle do ściany jelita.

W hodowlach *R. melophagi*, które znacznie łatwiej uzyskać można, niż hodowle *R. Prowazeki*, obserwujemy wszystkie formy, które ukazują się w jelicie owada, a więc, prócz typowych prąteczków i dwoinek, również duże kuliste twory, które, jak się mogłem przekonać, w pewnych warunkach wzrostu i rozwoju rozpadają się na prąteczki. Badając hodowle *R. melophagi* w różnych okresach ich wzrostu, przekonać się możemy z łatwością o różnorodności form, powtarzających się z tak regularną kolejnością, że mimowoli nasuwa się myśl o pewnym cyklu rozwojowym, który dla wielu bakterij został ostatnio stwierdzony. Ponieważ z pewnymi formami bakterij związana jest, jak wiemy ich chorobotwórczość, więc jest rzeczą wysoce prawdopodobną, że ten sam związek między fazą rozwojową Rickettsyj a ich chorobotwórczością również istnieje.

Nie możemy zatrzymywać się tu nad biologią innych znanych 40 gatunków Rickettsyj. Chciałbym jedynie podkreślić, że prawie jedynymi żywicielami tych drobnoustrojów są owady, karmiące się krwią, a więc, prócz wszy ludzkiej i psiej, pluskwa domowa, pchła i komar, oraz kleszcze.

Rola chorobotwórcza Rickettsyj w patologii ludzkiej stwierdzona została niezbitnie dla duru plamistego i febrы wołyńskiej. Istnieją prócz tego przypuszczenia, że zarazki innych chorób zakaźnych, przenoszone przez owady lub kleszcze, należą również do grupy Rickettsyj, np. dengue.

W patologii zwierząt dziedzina Rickettsyj została zapoczątkowana z chwilą, gdy udało się bezpośrednio ze krwi owcy wyhodować *in vitro* *R. melophagi*. Chorobotwórczość jej dla owcy nie została jednak stwierdzona. Natomiast z chorób zwierząt przeżywających wyświetlona została jako *Rickettsiosis* choroba, panująca w Afryce południowej wśród bydła rogatego. Jest to choroba bardzo ciężka, dająca około 50% śmiertelności, której głównym objawem jest *hydropericardium*, zwana przez Anglików „heartwater”. Oddawna już stwierdzono związek choroby tej z kleszczem *Amblyomma hebraeum*, który jest przenosicielem zarazki. Badania, przeprowadzone ostatnio przez Cowdryego, wykazały w tkankach zwierząt padłych, obecność Rick. w śródbłonku naczyń nerkowych i korze mózgowej. Występują one tam gęstymi masami, układając się w sposób dla Rick. charakterystyczny. Własności morfologiczne i mikrochemiczne tych drobnoustrojów również odpowiadają Rick. W ten sposób Cowdry otrzymał obrazy histopatologiczne, odpowiadające pod względem obecności i układu Rick. obrazom mikroskopowym z przypadków duru plamistego. Badania te dopełnione zostały następnie przez wykrycie tworów identycznych w kleszczach *Amblyomma*-przenosiela wymienionej choroby. Cowdry dowiódł, że larwy, wylęgłe w pracowni i karmione krwią zwierząt chorych

zakazały się Rick. i były zakaźne, podczas gdy karmione krwią zwierząt normalnych obecności Rick. nie wykazywały. Zarazek, wykryty przez Cowdriego, nazwany przez autora *Rick. ruminantium n. sp.*, jest dotychczas jedynym przedstawicielem Rick. chorobotwórczych dla zwierząt.

Badania dotychczasowe nad Rick. wykazały niezmiernie ciekawe zjawisko adaptacji biologicznej jednego i tego samego drobnoustroju do życia w zwierzętach typu tak różnorodnego, jakimi są owady i zwierzę kręgowce.

Trudno jest oczywiście ustalić, które z tych zwierząt jest żywicielem przejściowym lub ostatecz-

nym. Pytanie to, prócz znaczenia teoretycznego, posiada również znaczenie praktyczne dla epidemiologii chorób, wywołanych przez Rick., mianowicie, jeżeli chodzi o wykrycie nie tylko przenosiela zarazka, lecz również i stałego jego zbiornika, którym niekoniecznie być musi sam przenosiiciel lub zwierzę chorujące, lecz ogólnie trzęcie, przechowujące w sobie zarazek, który nie wywołuje w osobniku tym objawów chorobowych, lecz może stać się punktem wyjścia nowych zachorowań. Za istnieniem takiego zbiornika żywego Rick. przemawia szereg spostrzeżeń epidemiologicznych. Wyjaśnienie problemu tego należy do najbardziej aktualnych zagadnień nauki o Rickettsjach.

## Z klinik, szpitali i pracowni.

Z pracowni rentgenologicznej własnej.

### O nowej modyfikacji cholecystografji doustnej \*)

Podał

Henryk ADELFRANG (Warszawa).

Doktorowi W. Róbinowi w dowód prawdziwego szacunku.

Sprawa otrzymania na zdjęciach rentgenologicznych pęcherzyka i kamieni żółciowych, była od dłuższego czasu tematem badań wielu autorów. Opierając się na doskonałych wynikach, otrzymanych przy badaniu rentgenologicznym złągów nerkowych i pęcherzowych, wielu autorów próbowało różnymi sposobami uprzystępnic woreczek żółciowy badaniu promieniami Roentgena. Wyniki były jednak bardzo małe, a i te zwykle nie były potwierdzane przez innych badaczy. Tylko w rzadkich przypadkach otrzymywano na zdjęciach owalne mniej lub więcej nasycone cienie, otoczone wapienną obwódką, cienie, odpowiadające kamikom żółciowym (Haenisch, Judt i inni).

Przyczyna tych niepowodzeń stanie się jasna, jeżeli uprzytomnimy sobie, że kamienie żółciowe składają się przeważnie z cholesteryny, której przenikliwość dla promieni R. jest bardzo duża i nie różni się prawie zupełnie od przenikliwości wątroby i żółci. Rozumie się, że w tych przypadkach otrzymanie cienia kamieni bezpośrednio jest prawie wykluczone. Ale nawet kamienie z mniejszą lub większą domieszką bilirubinianu wapnia rzadko otrzymywano na zdjęciach zwykłych, chyba że wapnia była ilość znaczna i kamieni dużo.

Naogół wszystkie sposoby, używane przez różnych autorów, przeważnie zawodziły.

Sprawa odrazu przyjęła inny obrót z chwilą, gdy Graham i Cole opierając się na czynnościowej próbie wątroby, opracowanej przez Rosenthala i polegającej na doustnym zastrzyknięciu roztworu *natrium phenolphthaleiny*, zamienili pierwiastek Na. przez J. lub Br. i zaczęli otrzymywać zupełnie wyraźne pęcherzyki żółciowe na zdjęciach rentgenowskich. Metoda ta w krótkim czasie została powszechnie sprawdzona i jest obecnie ogólnie stosowana. Osobiście stosowałem ją w kilkuset przy-

padkach w zakładzie rentgenologicznym Warszawskiej Kasy Chorych i w praktyce prywatnej, z wynikami dajacymi naogół dobre. Muszę jednak zaznaczyć, że zdarzały mi się kilkakrotnie przypadki omdlenia, często mdłości, wymioty i biegunki, pomimo poprzedniego zastrzyknięcia atropiny.

Dlatego też zacząłem stosować możliwie często wszystkie metody doustne, począwszy od podania 20 gr. *natrium et strontium bromatum aa.* podług Sabatiniego i Milaniego, Videofellu (Brugsch i Horstera) kapsulek keratynizowanych i ostatnio kapsulek amerykańskich, popijanych wodą z sodą. Wyniki, jakie temi sposobami otrzymywałem, były bardzo złe i nie dochodziły nigdy do 15—20% wyników, otrzymywanych przy metodzie doustnej. Wyniki stały się o wiele lepsze, z chwilą zastosowania sposobu Sandstroena, polegającego na podawaniu tetrajodphenolphthaleiny z wodą sodową. Ale nawet i przy tej metodzie liczba wyników dodatnich nie przekraczała 60% wyników, otrzymywanych przy metodzie doustnej.

Obserwacje moje, dotyczące metod doustnych, szły w dwóch kierunkach. Po pierwsze stwierdziłem, że u różnych osobników wchłanianie przez jelita podanego *per os* barwnika odbywa się niejednakowo, że u bardzo wielu ogromna ilość zabarwionego kału pozostawała przez długi czas w okrężnicy, przyczem często albo wcale nie otrzymywano pęcherzyka, albo cień jego był bardzo słaby; po wtóre stwierdziłem, że u niektórych osobników, pomimo wymiotów, nieraz dość obfitych, i wydzielenia większej ilości barwnika, pomimo biegunki, która występowała w kilka godzin po spożyciu roztworu tetrajodphenolphthaleiny, pęcherzyk występował bardzo wyraźnie. Poza to stwierdziłem, że w przypadkach powolnego wchłaniania się barwnika w okrężnicy (przy doświadczeniach tych nie kazałem robić enem czyszczących) otrzymywałem pęcherzyk po 48 i nawet 80 godzinach po spożyciu kontrastu.

Z wszystkich tych obserwacji można było wyprowadzić ten wniosek, że otrzymanie cienia pęcherzyka nie jest zależne od ilości barwnika, który został wchłonięty przez jelita.

\*) Odczyt wygłoszony na międzynarodowym zjeździe lekarzy esperant. we Wiedniu, w sierpniu r. b.

Dalsze badania nad temi zagadnieniami doprowadziły do postawienia dwóch zadań:

- I. W jakich warunkach djetetycznych największa ilość żółci wydziela się z wątroby.
- II. W jakich warunkach pęcherzyk jest

w stanie zabarwić się najmniejszą ilością kontrastu.

Odpowiedź na pytanie pierwsze znalazłem w pracach z dziedziny chemji fizjologicznej, na drugie — w chemji koloidalnej.

Badania nad wydzielaniem żółci i jej właści-



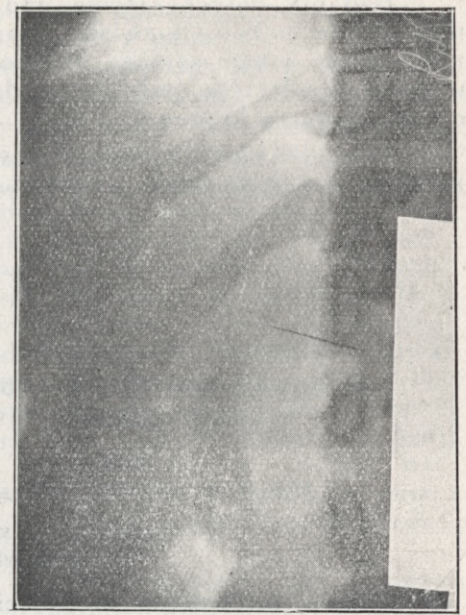
Rys. Nr. 1.

Normalny pęcherzyk żółciowy



Rys. Nr. 2.

Normalny pęcherzyk żółciowy.  
Poniżej pakiet zwapniałych gruczołów krezkowych.

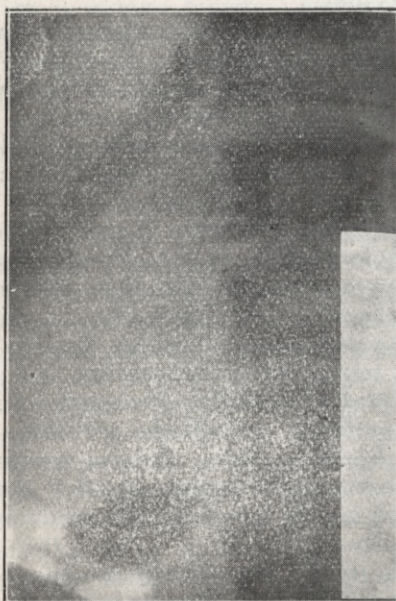


Rys. Nr. 3.

Wydłużony pęcherzyk bez złożeń.

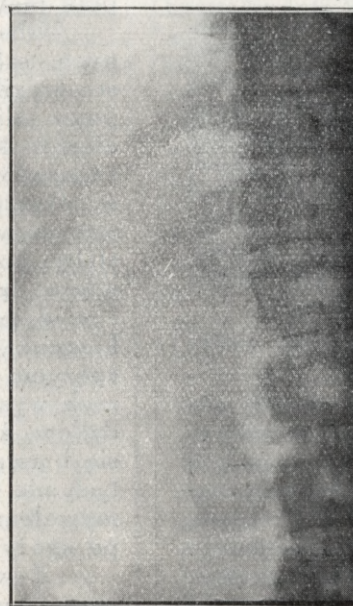
wościami fizyczno-chemicznymi wykazały, że dominujący wpływ na te sprawy ma rodzaj pożywienia. Na zasadzie badań, przeprowadzonych przez szkołę Pawłowa, przez Bollmana, Hoopera, Brugscha i Hostersa, Cytronberga i innych, należy przyjąć za pewnik, że przy poży-

wieniu węglowodanowym ilość żółci, wydzielanej przez wątrobę znacznie się wzmacnia, w porównaniu z pożywieniem mlecznym, lub tłuszczami, które działają hamująco na wydzielanie żółci z wątroby. Z drugiej zaś strony spożycie dużej ilości tłuszczów przed przyjęciem tetrajodphenolphtaleiny,



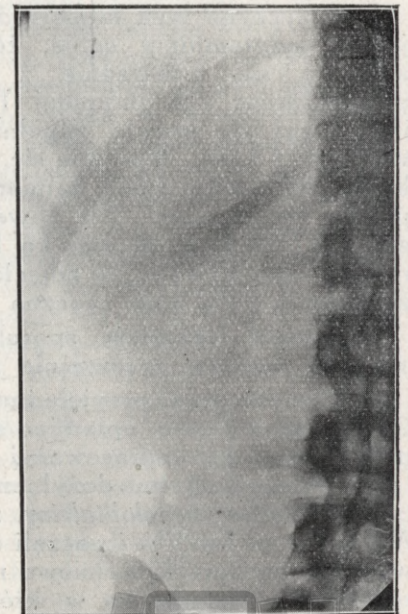
Rys. Nr. 4.

Wydłużony i znacznie opadnięty pęcherzyk z kamieniami w uchyłku.



Rys. Nr. 5.

Wydłużony pęcherzyk żółciowy z dużym kamieniem na dnie.



Rys. Nr. 6.

Takież pęcherzyk jak 5 z dwoma kamieniami.

Jak to zaleca Sandstroen, powoduje szybkie opróżnianie się pęcherzyka. Mamy więc z jednej strony osłabione działanie cholaretyczne, z drugiej — wzmożone działanie cholagogiczne, czyli, innymi słowy, zmniejszamy i osłabiamy sprawność wydzielniczą wątroby i szybko opróżniamy pęcherzyk żółciowy. Rozumie się, że w tych warunkach zrozumiałem się staję częste nieotrzymywanie pęcherzyka żółciowego na obrazach rentgenowskich. Jeśli przejdziemy teraz do zależności cech fizyczno-chemicznych żółci od rodzaju pożywienia, to i tu daje się stwierdzić, że poza napięciem powierzchniowym, które jest zjawiskiem prawie stałym, waha się między 0.60 i 0.62 i nie jest zależne od pożywienia, inne cechy, jak lepkość, Ph, wskaźnik refraktometryczny zależne są wyłącznie od rodzaju pożywienia. We wszystkich tych badaniach dowiedziono, że podawanie węglowodanów jest niezbędnym warunkiem prawidłowego wydziałania żółci z wątroby (Cytronberg).

Otrzymanie pęcherzyka żółciowego na obrazie roentgenowskim, zależne jest od przejścia zabarwionej żółci z wątroby do pęcherzyka żółciowego, który przy metodach dotychczasowych uprzednio powinien zostać opróżniony albo za pomocą zastrzyknięcia hipofizyny, albo za pomocą spożycia dużej ilości tłuszczów (Sandstroen).

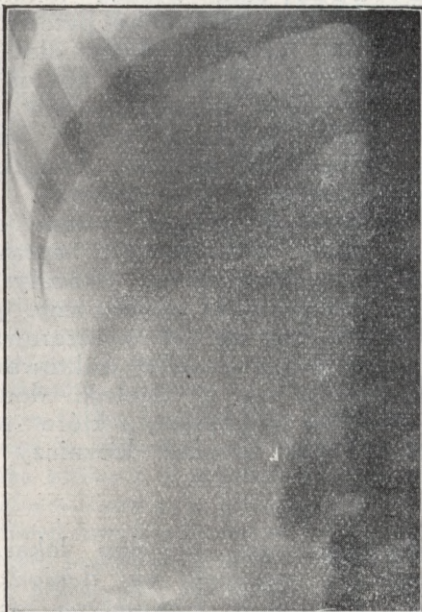
Jeżeli uprzytomnimy sobie, że dobową ilość żółci, wydzielaną przez wątrobę wynosi średnio 900 cm<sup>3</sup>. i że ilość barwnika, który przedostaje się do wątroby (przy metodzie doustnej), jest niezawsze jednakowa i zwykle bardzo nieznaczna, rozumiemy, że przy tak wielkich rozcieńczeniach barwnika otrzymanie cienia pęcherzyka na roentgenogramie niezawsze jest możliwe. Należało poszukać innej drogi.

Otóż wiadomo z chemji koloidalnej, że proces barwienia płynu polega na zjawisku adsorbcji; stopień zaś adsorbcji zależy od koncentracji płynu, który ma ulec zabarwieniu, a więc od ilości, zawartych w nim koloidów. Żółć pęcherzykowa, w porównaniu z żółcią wątrobową zawiera znacznie więcej cholesteryny, barwników żółciowych i innych ciał wielkocząsteczkowych; jej stężenie, ciężar gatunkowy, wskaźnik refraktometryczny i t. d. są zawsze większe od żółci wątrobowej, zawiera ona więc znacznie więcej koloidów, niż żółć wątrobowa. Przez dwudniowe podawanie pokarmów o mniejszej właściwości cholagogicznej i 15-godzinny post od chwili przyjęcia rozczyynu tetrajodphenolphtaleiny do pierwszego zdjęcia, żółć w pęcherzyku staje się jeszcze więcej skoncentrowaną. Jeżeli teraz wyobrazimy sobie, że do tak stężonej żółci znajdującej się w pęcherzyku przyplwać będzie stale żółć zabarwiona z wątroby, to dzięki prawom adsorbcji część barwnika będzie zatrzymywała się w pęcherzyku i zabarwi go.

Biorąc pod uwagę prawa chemji koloidalnej, możemy stwierdzić, że im więcej stężona (bogata w koloidy) będzie żółć w pęcherzyku, tem więcej barwnika zatrzyma z przepływającej żółci wątrobowej i tem szybciej i intensywniej zabarwi pęcherzyk żółciowy.

Jeżeli zreasumujemy wywody powyższe, to, dojdziemy do następujących wniosków:

- I. należy przez dwa dni przed podaniem tetrajodphenolphtaleiny jeść takie pokarmy, które najlepiej i najwięcej pobudzają czynność wydzielniczą wątroby, t. j. węglowodany;
- II. celem otrzymania najbardziej stężonej żółci w pęcherzyku, należy przez 15—18 godzin po przyjęciu tetrajodphenolphtaleiny nie przyjmować żadnych pokarmów.



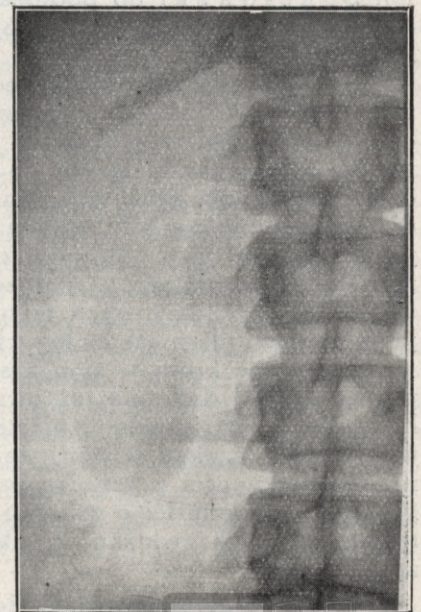
Rys. Nr. 7.

Mały opadnięty pęcherzyk wypełniony drobnymi kamieniami.



Rys. Nr. 8.

Wielki pęcherzyk wypełniony ogromną liczbą kamieni.



Rys. Nr. 9.

Ogromny, opadnięty, atoniczny pęcherzyk.

Opierając się na powyższych wnioskach, zacząłem stosować początkowo metodę węglowodanową w tych przypadkach, w których po zastosowaniu sposobu Sandstroena albo wcale nie otrzymywałem pęcherzyka, albo otrzymywałem tylko bardzo słaby cień. Z 10 przeprowadzonych tym sposobem badań porównawczych otrzymałem w 7 przypadkach silnie nasycony cień pęcherzyka, w 3-ch zaś przypadkach otrzymałem na obrazie rentgenowskim złogi w pęcherzyku. Jeszcze dziwniejszy był ten fakt, że dwukrotnie (na 6 przypadków) otrzymałem lepszy cień pęcherzyka za pomocą metody doustnej węglowodanowej, niż przy oryginalnej metodzie dożylniej. Dlatego też wszystkie dalsze cholecystografie wykonywałem metodą własną.

Wyniki, jakie otrzymałem przy zastosowaniu powyższej metody, są następujące: na 187 przypadków miałem ujemnych wyników 17, czyli około 9%. Z tych 17 przypadków w dwóch otrzymałem cienie kamieni bez pęcherzyka, w dwóch zaś innych badanie kliniczne podejrzewało zamknięcie światła przewodu pęcherzykowego przez kamyk. Cienie pęcherzyków są przeważnie silnie nasycone i bardzo ostre. Kamienie żółciowe uwidocznia-

ją się bardzo dobrze, najczęściej przy badaniu drukiem t. j. po 18 godzinach.

Wszystkie badania przeprowadziłem ambulatoryjnie i nigdy nie zauważyłem żadnych większych dolegliwości, oprócz przemijających szybko mdłości, rzadko wymiotów i nieraz biegunki.

Reasumując wszystkie wywyody powyższe, znacząc, że w porównaniu z wszystkimi dotychczas używanymi metodami cholecystograficznymi, po raz pierwszy zwrócono uwagę przy badaniu rentgenologicznym na warunki fizjologiczne wydzielania żółci z wątroby i pęcherzyka; zastosowano djetę, która z jednej strony pobudza (wątroba) i z drugiej hamuje (pęcherzyk żółciowy) wydzielanie żółci.

Wreszcie podaje się oparty na prawach chemii koloidalnej sposób najłatwiejszego i najintensywniejszego zabarwienia pęcherzyka żółciowego. Otrzymane wyniki zdają się potwierdzać wywyody powyższe.

Piśmiennictwo polskie.

Kryński B. Trzy lata cholecystografji. Gastrologja Polska T. I. Nr. 3. Cytronberg S. Fizjologja, patologja i klinika przewodu pokarmowego w świetle poglądów chemji fizycznej. Warszawa 1929 r.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

### Streszczenia zbiorowe i poglądy.

#### O djetetycznym leczeniu gruźlicy.

(Referat krytyczny)

Podał

Zdzisław ŚWIDER (Warszawa.)

Usposobienie do gruźlicy dawno już porównał Sokółowski do podłoża hodowli, tworzącego grunt odpowiedni do rozwoju laseczników gruźliczych.

To też gdy stosowanie lecznicze preparatów złota miało na celu zwalczanie czynnika chorobotwórczego na drodze wyjałowienia chemicznego, gdy terapia chirurgiczna dążyła do mechanicznego raczej opanowania głównych ognisk choroby, terapia djetetyczna ma na celu ogólne wzmocnienie ustroju, wzmożenie jego oporności, oddziaływanie na ogólną przemianę materji — jednym słowem: zmianę własności biochemicznych tego żywego podłoża, jakie stanowi dla prątków Kocha organizm ludzki.

Pierwsze kroki w tym kierunku już zrobiono, pewne wyniki dodatnie już otrzymano. Że od celu ostatecznego jesteśmy, niestety, jeszcze dalecy, winy należy szukać w tem, że skąpe są jeszcze nasze wiadomości z zakresu przemiany materji w gruźlicy, wiadomości o roli hormonów w przebiegu tej choroby, ich związku z układem wegetatywnym i t. p.

Okazało się wprawdzie, że założenia, na których oparto pierwsze próby racjonalnego leczenia gruźlicy, są chwiejne, że w pewnych postaciach gruźlicy wyniki leczenia są bardziej skromne, niż w innych. I ten brak właśnie ścisłego uzasadnie-

nia teoretycznego proponowanych metod leczenia djetetycznego, a także niezbyt zadawalające wyniki, osiągnięte przez niektórych badaczy, skłoniły ich do zajęcia zasadniczo negatywnego stanowiska względem tego rodzaju terapii wogóle.

Stanowisko to jednak jest niesłuszne. Jak podkreśla ostatnio Strauss, cała wiedza lekarska jest nauką empiryczną, i nie wolno nam przejść do porządku dziennego nad faktami realnymi dlatego, że nie możemy podać dla nich narazie dokładnego wytłumaczenia. Co więcej, wyniki ujemne nie powinny zrażać do prób dalszych, raczej przeciwnie: osiągnięte już rezultaty dodatnie winny być bodźcem do dalszych badań w tym kierunku.

W referacie niniejszym pragnę zatem dać przegląd krytyczny prac, poświęconych sprawie djetetycznego leczenia gruźlicy, które ukazały się w latach ostatnich. Ten przegląd obiektywny pozwoli nam zarówno uchronić się od rozczarowań, a więc zbyt optymistycznego narazie traktowania tej terapii, jak i zapoznać się z istotnie dodatnimi wynikami, jakie już osiągnięto, a które niewątpliwie wzbogaciły nasz arsenał leczniczy w walce z gruźlicą.

—o—

Doświadczenie codzienne, nietylko lekarzy, ale i laików, dawno już wskazało na doniosłość obfitego odżywiania osobników, dotkniętych gruźlicą. Smutne spostrzeżenia, poczynione podczas wojny światowej w okresie głodowym, stwierdziły zaskakujący wzrost liczby zgonów z powodu gruźlicy w porównaniu z latami przedwojennymi.



Wiadomo, że przemiana materji w gruźlicy (gr. płuc zwłaszcza) odbywa się w sposób nieprawidłowy, wyrażający się, między innymi, dodatnim odczynem dwuazowym, odczynem urochromogenowym w moczu. Otóż, wzmożone wydalanie z ustroju gruźlika urochromogenu, t. j. zawierającego N i S produktu nieprawidłowej przemiany białkowej (rozpad tkanek ustrojowych) może być zmniejszone przez obfite odżywianie chorego. Doświadczenie kliniczne poucza też, że gdy ustrój gruźlika (z ciężkimi zmianami płucnymi), wydalaającego z moczem duże ilości urochromogenu, utrzymuje się przy życiu przeciętnie jakie 6 miesięcy jeszcze, to odżywianie dobre może nawet w sprawie już daleko posuniętej przedłużyć życie chorego o rok i więcej.

Ta zasada obfitego odżywiania gruźlików została przecież spaczona zarówno przez lekarzy, jak i chorych. Zamiast odżywiania obfitego, ale zarazem indywidualnego i racjonalnego, zaczęto stosować bezwzględne, powiedziałbym nielitościwe, przekarmianie chorych, co mogło tylko w sposób ujemny odbić się na stanie ich zdrowia.

To też nieraz już rozlegały się głosy, domagające się stosowania nie ilościowego leczenia djetetycznego gruźlicy, a leczenia głównie jakościowego, gdzie nie tyle ilość pożywienia, ile rodzaj jego ma odgrywać decydującą rolę.

Początków tej jakościowej metody djetetycznej należy szukać już przed laty przeszło dwudziestu w badaniach znanego fizjologa francuskiego Ch. Richeta. W doświadczeniach, przeprowadzonych na psach, zakażonych gruźlicą, Richet wykazał, że psy te pozostają zdrowe, jeśli otrzymują, jako pożywienie, surowe mięso; giną natomiast z powodu gruźlicy przy djecie, ubogiej w mięso. Doświadczenia te, przeniesione na grunt patologji ludzkiej, dały doskonałe wyniki lecznicze w gruźlicy. Ponieważ jednak człowiek nie może strawić tak dużych ilości surowego mięsa, jakie są konieczne dla osiągnięcia pożądanego skutku leczniczego, przygotował Richet z soku mięsnego, wyciśniętego z surowego mięsa, preparat suchy — zominę — który umożliwiał dowóz na dobę ilości soku mięsnego, odpowiadającej od 0,5 do 1,0 kg. surowego mięsa. Zastosowaniu tej terapii na rozległą skalę stoi na przeszkodzie, zdaniem M. Weissa, jedynie wysoka cena preparatu.

Badania Richeta zostały podjęte ponownie — po jakich ośmiu latach, niezależnie zresztą od niego i w sposób nieco odmienny, — przez autorów niemieckich Hornemanna i Thomasa, którzy przeprowadzili 2 serie doświadczeń ze zwierzętami, żywionymi białkiem, oraz zwierzętami, które otrzymywały tę samą liczbę kaloryj w postaci węglowodanów. U zwierząt „białkowych” stwierdzili autorowie tylko nieznaczne ogniska gruźlicze, natomiast u zwierząt, żywionych węglowodanami — duże zmiany w płucach oraz gruczołach chłonnych. Doświadczenia te stwierdzają niezbicie, że obfite odżywianie białkowe wywiera działanie ochronne przed prątkami gruźlicy. Weigert zaś dawno to już udowodnił dla pokarmów tłuszczowych, które również wzmagają oporność żywionych niemi zwierząt w porównaniu ze zwierzętami „węglowodanowymi”.

Z badań powyższych wynikało, że w racjo-

nalnem odżywianiu djetetycznym gruźlików należało zwrócić głównie uwagę na białka i tłuszcze, a ograniczyć znacznie spożycie węglowodanów. Jednak postulaty te, oparte na danych doświadczalnych, nie mogły przez czas dłuższy zdobyć sobie prawa obywatelstwa w świecie lekarskim.

Jest zasługą Gersona wysunięcie zasad racjonalnej djetetyki i ich energiczne propagowanie w dziedzinie fizjologii.

Gerson był zdania, że oporność organizmu względem laseczników gruźliczych wzmagają się, gdy ustrój ulega pewnemu zakwaszeniu. W tym celu właśnie zalecał Gerson djetę bezsolną, obfitującą w białka i tłuszcze, jako powodującą zakwaszenie ustroju, oraz przyjmowanie miast niedozwolonej przezeń soli kuchennej, mieszanki różnych substancji mineralnych (wapnia, magnezu i t. p.) w postaci t. zw. mineralogenu.

Badania Gersona nie znalazły przecież uznania w świecie lekarskim. Popularność pewną zaczęła jego metoda zdobywać dopiero z chwilą, gdy badania analogiczne, ale na większą skalę i w sposób bardziej systematyczny, podjęli Sauerbruch i Herrmannsdorfer.

Herrmannsdorfer przeprowadzał w klinice chirurgicznej Sauerbrucha (nie znając zupełnie prac Gersona) początkowo wyłącznie badania nad wpływem różnych sposobów odżywiania chorych na sprawy zapalne, na szybkość gojenia się ran, i stwierdził wówczas nader korzystne działanie lecznicze djetetyki zakwaszającej. Jak opisuje H., sami chorzy zwracali uwagę na fakt, że djeta alkalinizująca wzmagala wysięk surowiczny z ran, a djeta zakwaszająca działała osuszająco, przyspieszając wybitnie gojenie się ran. Badania H. nie dotyczyły zatem początkowo gruźlicy. Przypadkowo zupełnie dowiedział się Sauerbruch o badaniach Gersona i polecił H. przeprowadzenie badań kontrolnych nad metodą G. Z kombinacji dopiero tych dwóch metod leczniczego odżywiania chorych (djetetyki ran i djetetyki gruźlicy) powstała djeta Sauerbrucha—Herrmannsdorfera—Gersona (djeta S. H. G.).

To nam też tłumaczy, dlaczego klinika chirurgiczna S. zajęła się badaniami nad djetetycznym leczeniem gruźlicy, należącemi właściwie do zakresu medycyny wewnętrznej.

Metoda S. H. G. polega na podawaniu chorym dużych ilości białka i tłuszczów działających zakwaszająco, oraz względnie niewielkich ilości węglowodanów. Dobowa liczba kaloryj wynosi przeciętnie 3.000. Składa się na to 90 gr. białka, 160 gr. tłuszczów oraz 220 gr. węglowodanów. Specjalną uwagę zwraca się na to, by chorzy spożywali duże ilości jarzyn i owoców, o ile możności w stanie surowym. Należy również baczyć, aby przyrządzanie potraw zabierało jaknajmniej czasu w sensie działania na nie ciepła (krótkotrwałe gotowanie czy smażenie). Chodzi tu naturalnie o witaminy, o podawanie pokarmów możliwie nie zdenaturowanych. Wszystkie potrawy przyrządza się bez soli kuchennej; zamiast niej chorzy otrzymują mineralogen Gersona.

Do pokarmów, których choremu wcale spożywać nie wolno, należą, prócz soli kuchennej, konserwy wszelkiego rodzaju, mięso z przyprawami ostremi, wędliny, ryby wędzone i solone, dalej bul-

jon i różne wyciągi. Umiarkowanie jedynie wolno chorym spożywać: pieczywo mało solone, makaron, cukier i miód; z napojów: herbatę, mleko, kawę i kakao, piwo oraz wina w niewielkich ilościach, jako dodatek do potraw. Mięso świeże dozwolone jest w stosunkowo niewielkiej ilości, bo wynoszącej 600 gr. tygodniowo. „Bez ograniczenia“ natomiast: ryby świeże, mleko, kefir, śmietana; tłuszcze, jak masło niesłone, smalec i oliwa. Rubrykę specjalną stanowią, jak już wiemy, możliwie surowe jarzyny i owoce.

Z leków otrzymują chorzy 3 łyżki dziennie tranu z fosforem oraz 3 pełne łyżeczki mineralogenu. Pożywienie całodzienne jest rozłożone na 7 posiłków (o godz. 7-ej rano, 9-ej, 10-ej, 12-ej i pół, 4-ej, 6-ej i pół i 8-ej). Po szczegóły bliższe odsyłam do odnośnych prac oryginalnych.

Herrmannsdorfer przyznaje, że zupełnie dokładne wyjaśnienie sposobu korzystnego oddziaływania tej djety w gruźlicy jest przy współczesnym stanie wiedzy niemożliwe, ważniejszym jest jednak, jego zdaniem, fakt, że istnieje niewątpliwie pewien rodzaj djety, który może być z korzyścią stosowany, jako metoda lecznicza.

Strauss, zastanawiając się nad istotą działania leczniczego djety S. H. G., zwraca uwagę na podobieństwo, jakie zachodzi między tą dietą, a podaną przez Straussa jeszcze przed laty dietą bezsolną, poleconą przezeń wówczas po raz pierwszy dla leczenia chorób nerkowych. Ta dieta bezsolna znalazła wkrótce potem zastosowanie, jako doniosły czynnik leczniczy, również w dziedzinie pedjatrii, neurologii i dermatologii. Według Straussa zatem działanie lecznicze djety S. H. G. polega głównie na ograniczeniu dowozu soli kuchennej.

I rzeczywiście, szereg badań, przeprowadzonych nad dietą S. H. G., potwierdził to zapatrywanie. A więc Jesionek udowodnił, że przy stosowaniu w leczeniu wilka djety bezsolnej można się obejść bez mineralogenu; że zatem i bez niego otrzymuje się dobre wyniki, bacząc jedynie na ograniczenie spożywania przez chorych soli. Również Liesenfeld odmawia mineralogenu jakiegokolwiek specjalnego działania leczniczego w dietetyce gruźlicy płuc.

Prócz tych badań następujące jeszcze spo-

strzeżenia kliniczne przemawiają za doniosłym znaczeniem djety bezsolnej. Zatem Czerny i Finkelstein zastosowali dietę małosolną z dobrym wynikiem u dzieci limfatycznych. Tą drogą udało się autorom osuszyć i wyleczyć wyprysk oraz sprawy ropne skóry i śluzówek u osesków. Bommer i Bernhardt, stosując dietę bezsolną w leczeniu wilka skóry, stwierdzili, jako pierwszy objaw pomysłnego zadziałania tej djety, ustępowanie obrzęku zapalnego w otoczeniu guzków gruczolnych.

Zresztą i Herrmannsdorfer uznaje doniosłe pod względem leczniczym zmniejszenie w jego dziecie, w porównaniu z normą, ilości soli kuchennej, co prowadzi do zmniejszenia się w organizmie ilości wody, a to względne osuszenie tkanek ustrojowych wzmacnia ich oporność na zakażenie. Ponieważ, z drugiej strony, dieta białkowo-tłuszczowa działa zakwaszająco, a przesunięcie równowagi zasadowo-kwasowej w kierunku kwasicy również powoduje zubożenie organizmu w wodę, — wolno przeto wnioskować, że dieta S. H. G. prowadzi do względnego osuszenia tkanek ustrojowych, co ma być równoznaczne ze wzrostem oporności organizmu, zarówno bezpośrednio (dzięki ograniczeniu dowozu soli kuchennej), jak i pośrednio (dzięki działaniu zakwaszającemu).

Z tych dwóch czynników większą rolę zdaje się odgrywać ograniczenie spożycia soli, niż zakwaszające działanie tej djety, które zresztą nie jest stałe. Na tę niestałość oddziaływania djety S. H. G. w kierunku kwasicy zwrócił specjalną uwagę Straub: „Sposoby odżywiania, mające na celu oddziaływanie na równowagę zasadowo-kwasową ustroju, jak np. dieta, podana przez Sauerbrucha — Herrmannsdorfera — Gersona, wpływają na organizm niezawsze w kierunku pożądanym“. Jak wynika bowiem z badań Strauba, mineralogen oddziałuje na przemianę materji raz w kierunku zakwaszającym, innym razem znowuż — w alkalizującym. Dalej, z badań Hasselbacha oraz Kroetz'a wynika, że osiągnięcie pewnych zmian w odczynie chemicznym krwi i tkanek ustrojowych, w sensie przesunięcia tego odczynu w kierunku kwasicy lub alkalozji, nie jest rzeczą łatwą ze względu na istnienie w organizmie licznych mechanizmów wyrównawczych.

(D. c. n)

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek

### Anatomja normalna i patologiczna.

K. SPONHEIMER. W sprawie [anatomicznych podstaw zgorzeli samoistnej. (Zieglers Beiträge T. 82, z. 1. r. 1929. s. 122 — 141).

Cały artykuł wymierzony jest przeciw zbyt szerokiemu stosowaniu w rozpoznaniach tła czynnościowego dla wytłumaczenia spostrzeganych klinicznie zaburzeń naczyniowych. Zaburzenia naczyniowe o pierwotnym podkładzie czynnościowym są niezmiernie rzadkie, w większości przypadków kliniczne objawy czynnościowe są wtórne i zależne od wyraźnych zmian anatomicznych w naczyniach lub w otaczającej je tkance. Przykładem mogą służyć oba przypadki autora, w których klinicznie rozpoznawano pierwotne zaburzenia naczyniowo-czynnościowe; to anatomiczne zaś stwierdzono w przypadku

pierwszym za życia chorego na zasadzie zarośnięcia licznych tętnic i żył w odciętej operacyjnie kończynie; w przypadku drugim — zmiany anatomiczne tego charakteru ustalono na stole sekcyjnym.

Autor krytycznie ocenia pogląd Winiwartera na przyczynę powstawania zgorzeli samoistnej (*endarteriitis obliterans*) i szeroko omawia pracę badacza amerykańskiego H. Buergera, dotyczącą tego zagadnienia, a opartą na 500 przypadkach. Podane zostały objawy kliniczne i różniczkowo-rozpoznawcze oraz obrazy makro- i mikroskopowe spostrzegane w naczyniach żylnych i tętnicznych w zgorzeli samoistnej. H. Buerger wprowadza termin *thromboangiitis obliterans*, ponieważ, wbrew pogładowi Winiwartera, naczynia (tętnice i żyły) ulegają zamknięciu przez skrzeplinę, która następnie ulega zorganizowaniu.

W. Czarnocki.

Hans SCHLEUSING. Studja nad serowaceniem gruźliczem. (Zieglers Beiträge T. 81, r. 1928/29. s. 473 — 507).

Między poglądem Weigerta na serowacenię gruźlicze i poglądami dzisiejszemi (Herxheimera, Dietricha-Rösslego, Gierkego, Lubarscha) istnieje zasadnicza różnica. Ta rozbieżność zapatrywań była pobudką dla autora do zanalizowania całości zagadnienia. W pracy swej S. oparł się 1. na własnych badaniach morfologicznych typowych ognisk serowatych z najrozmaitszych narządów, 2. na zdobyczych lat ostatnich z zakresu chemji zwłaszcza koloidów (badanie Lepeschkina), 3. na obszernem piśmiennictwie.

Tkanki ze zmianami serowatemi barwił w sposób zwykły, sposobem v. Giesona lub też srebrzył. We wszystkich preparatach barwionych jednym ze wspomnianych sposobów mógł stwierdzić, że zarówno zarysy tkanki, jak też komórek, a nawet jąder, są zachowane względnie dobrze. Odczyn oksydazowy pozwalał mu na wykazanie charakterystycznych ziarenek w zarodki leukocytów.

Barwienie na tłuszcz wykazywało bądź minimalne stłuszczenie, bądź wogóle wypadło ujemnie.

Wynik badań morfologicznych pozwala mu stwierdzić, że w typowych ogniskach serowacenia gruźliczego mikroskopowo nie widać ani stłuszczenia ani rozpadu bryłkowatego komórek (lub tylko ślady tych zmian). Przeciwnie budowa tkanki i zarysy komórek są zachowane. W ogniskach tych widać również: 1. ścięte masy białkowe t. zw. fibrinoid (pochodne cieczy tkankowej), 2. obrzmiałe komórki i włókna klejodajne.

Dane morfologiczne zmuszają autora do potwierdzenia poglądów Weigerta na serowacenię gruźlicze i do odrzucenie dzisiejszych zapatrywań upatrujących w serowacenię martwienie (*necrosis*) tkanki. Odchylenie od typowych obrazów morfologicznych jest następstwem rozmaitych spraw, nie mających związku z serowaceniem, które występuje zwykle szybko, jest martwicą skrzepową, powstającą w „hyperergicznej zapalnej” i dzięki temu znacznie obrzękłej tkance.

W. Czarnocki.

Helena HERZENBERG. Studja nad działaniem naświetlanej ergosteryny (vigantolu) oraz stosunek zmian, wywołanych przez ergosterynę, do miażdżycy. (Zieglers Beiträge T. 82, z. 1. r. 1929, s. 27 — 57).

Autorka przeprowadzała swe badania na szczurach, chcąc rozstrzygnąć szereg kwestyj, łączących się z działaniem naświetlonej promieniami ultrafioletowemi ergosteryny na ustrój zwierzęcy, gdyż dotychczasowe dane kliniczne i doświadczalne pod wielu względami są nie ustalone, a często sprzeczne. Wykonano sześć rodzajów doświadczeń; w pięciu starano się stwierdzić sposób działania: 1) średnich dawek vigantolu, podawanego przez czas dłuższy, 2) dawek dużych — dla stwierdzenia jakie zmiany i w którym narządzie powstają najwcześniej, 3 i 4) vigantolu z jednoczesnym podawaniem w nadmiarze  $\text{CaCO}_3$  lub przeciwnie szczurom podawano pokarm prawie nie zawierający soli Ca, 5) na ustrój rosnący (o odmiennej przemianie wapniowej); w grupie szóstej — starano się ustalić, które z powstałych zmian mogą się cofnąć po zaprzestaniu podawania vigantolu, które zaś należy uznać za nieoderwalne.

Do badań użyła autorka 55 szczurów, z nich 45 dorosłych i 10 młodych. Wszystkie zwierzęta (z wyjątkiem 2, które mimo podawania im vigantolu w ciągu 64 wzgl. 66 dni, były zdrowe, co potwierdziły również badania mikroskopowe narządów) przechodziły t. zw. „chorobę vigantolową” charakteryzującą się następującymi objawami klinicznymi: po krótkotrwałym wzroście waga ulegała mniej lub więcej wybitnemu obniżeniu, zwierzęta stawały się mniej żywe, traciły apetyt,

sierść stawała się szorstka, pojawiały się biegunki, pyszczki i powieki były brudno-czerwone, u badanych zwierząt stwierdzano mniej lub więcej wybitną niedokrewność.

Zmiany anatomiczno-mikroskopowe niezawsze były jednakowe i, pomijając indywidualne właściwości zwierzęcia, zależały od sposobu podawania vigantolu. Mianowicie:

I. Duże dawki naświetlanej ergosteryny działają toksycznie; wyrazem tego są ogniska martwicze w mięśniu sercowym, błonie środkowej tętnicy głównej, w żołądku i przeponie, Mięśniówka jelit ulega martwicy rzadko; pęcherz moczowy i macica — nigdy. Zwapnienie w tym okresie prawie nie widzujemy, O ile one powstają, to są wyrazem wydalania Ca z ustroju i dlatego spostrzega się odkładanie się wapnia w zdrowym mięśniu sercowym, niezmiennych nabłonkach kanalików nerkowych i w nieuszkodzonej błonie sprężystej naczyń.

Działanie ergosteryny bardzo szybko uwidacznia się również w zachowaniu się śledziony, krwi i gruczołów limfatycznych. Śledziona zmniejsza się nieraz do  $\frac{1}{2}$  wielkości poprzedniej, a mikroskopowo stwierdza się erytrofagję i wybitną hemosyderozę (również i w gr. chłonnych). Nigdy hemosyderozy nie stwierdzono w szpiku.

II. Przewlekłe stosowanie małych dawek daje zmienne obrazy anatomiczne; zależnie od właściwości indywidualnych zwierzęcia i od długości stosowania spostrzega się szereg obrazów przejściowych. Powstające jako zmiana najwcześniejsza nacieki z białych ciałek krwi z jądrami wielopłatkowemi są stopniowo zastępowane przez okrągłokomórkowe. Ogniska martwicze utrzymują się czas dłuższy (usuwanie martwej tkanki zapomocą komórek olbrzymich ciał obcych, lub przez bliznowacenie — widuje się bardzo rzadko) impregnują się solami Ca, zwłaszcza w układzie naczyniowym. Wymienionym zmianom ulegają obok tętnicy głównej i jej dużych rozgałęzień, również żyły i najdrobniejsze tętniczki narządów wewnętrznych. Ogniska martwicze w mięśniówce naczyniowej mogą się wytworzyć, mimo że *m. elastica interna* jest jeszcze niezmieniona. Tętnice skóry — nigdy zmianom nie ulegają. Dzięki wzmagającemu się wydalaniu się soli Ca powstają zwapnienia nie tylko w nabłonkach (oskrzeli, żołądka i nerek) i w świetle kanalików nerkowych (wałeczki wapniowe), lecz również w chrząstkach i *m. limitans* tchawicy, we włóknach przegrod między pęcherzykowymi płuc, w błonie sprężystej niezmiennych naczyń, w bł. właściwej kanalików i kłębków nerkowych. Niedostawność utrzymuje się i może dosięgać wysokiego stopnia.

III. Podawanie  $\text{CaCO}_3$  razem z ergosteryną nie wywołało wzmoczonego odkładania się soli Ca, raczej przeciwnie zmiany wapniowe były minimalne. Podając karm prawie bezwapniową, otrzymywano późny rozwój choroby i często brak zmian typowych w narządach; podanie zaś dawek dużych ergosteryny, mimo że zwierzęta te żyły nieco dłużej, wywoływało typowe i niezmiernie rozległe zmiany w ośrodkowych narządach.

IV. U zwierząt rosnących objawy chorobowe powstawały również późno, zmiany morfologiczne były nieznaczne.

V. Po zaprzestaniu podawania vigantolu, ogniska martwicze mogą zbliznowacieć; ustać może wydalanie soli Ca w oskrzelach, śluzowce żołądka i w nerkach (trwa w tym narządzie najdłużej). Niezmienione, lecz impregnowane solami Ca włókna sprężyste mogą wrócić do stanu pierwotnego. Nigdy natomiast nie ustępują zmiany wapniowe w układzie naczyniowym.

Autorka przeprowadziła dodatkowe badania i stwierdziła, że wstrzykiwanie adrenaliny nie wywołuje zmian ani w tętnicy głównej ani w krwionośnych.

Wyniki swej pracy streszcza autorka w sposób następujący:

1. Naświetlana ergosteryna — stosowana w dawkach dużych — wywołuje u szczurów ogniska martwicze w mięśniach gładkich i prążkowych, głównie w mięśniach, zależnych od autonomicznego układu nerwowego.

2. Pod wpływem vigantolu, zmienia się przemiana wapniowa w tym znaczeniu, że sole Ca ulegają uruchomieniu i wydalaniu. W czasie tego procesu sole wapniowe odkładają się w ogniskach martwiczych, w mięśniach, w zdrowym mięśniu sercowym i w niezmiennych włóknach sprężystych. Nadmiar soli Ca zostaje wydany przez nabłonki nerek, żółądka i oskrzeli.

3. Ogniska martwicze i zwapnienie, powstające w układzie naczyniowym pod wpływem ergosteryny, są tylko „zwapnieniami błony środkowej” i należy je wyraźnie odróżniać od arteriosklerozy.

W. Czarnocki.

### Chor. jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

E. ROSE i K. HOUSER. O t. zw. angina agranulocytotica. (Arch. Int. Med. tom 43. Nr. 4 1929).

Autorzy twierdzą, że dotychczas niema podstaw do przypuszczania, iż istnieje jakaś odrębna postać chorobowa pod nazwą *angina agranulocytotica*.

Według ich zdania, jest to tylko stopień odczynu bezwzględny czy względny na zakażenie, niezwiązane z jakimkolwiek swoistym zarazkiem.

Nazwa wydaje się autorom niewłaściwą i proponują zastąpić ją inną: *sepsis cum granulocytopenia*.

B. G.

N. KARPOW. W sprawie związku nosa ze sferą płciową. (Mon. f. Ohr. u. Rhin. Lar., Nr. 7/1929).

Dzięki przeprowadzonym doświadczeniom na zwierzętach udało się autorowi ustalić współzależność pomiędzy nosem a narządami rozrodczemi. Słuszność tego poglądu potwierdza szereg spostrzeżeń. Wycięcie przednich muszeli nosowych u królików we wczesnym wieku powoduje niedorozwój narządów rozrodczych. Wyciąg wodny przednich muszeli świnki morskiej w słabym stężeniu działa pobudzająco na macicę odosobnioną tego samego zwierzęcia; silne stężenia wyciągu powodują tężec mięśniowy. Działanie wyciągu przednich muszeli królika na odosobnioną macicę przejawia się w zwiększeniu częstości poszczególnych skurczów oraz w większym napięciu mięśniowym. Podobne działanie wykazuje wyciąg z muszeli środkowych.

J. T e n c e r.

B. DE ALMEIDA. Podśluzowe wycięcie środkowej muszli nosowej. (Mon. f. Ohr. u. Rhin. Lar., Nr. 7/1929).

Wycięcie środkowej muszli sposobem dotychczas stosowanym bywa niekiedy związane z niepożądanymi następstwami (uczucie suchości w nosie, tworzenie się strupów, zmiana wewnętrznej konfiguracji jamy nosowej). Można zaradzić złemu, usuwając część kostną muszli środkowej podśluzowo. Technika zabiegu jest prosta, wyniki zaś zadawała ją; świadczą o tem przypadki, przytaczane przez autora.

J. T e n c e r.

E. ERDÉLYI. Jeszcze w sprawie wczesnego leczenia oparzeń przelyku ługiem. (M. f. Ohr. u. Rhin. Lar., z 6/1929).

Wczesne zgłębnikowanie w przypadkach oparzeń przelyku ługiem prowadzi naogół do dobrych wyników. Można stosować to leczenie zarówno u osób dorosłych, jak i dzieci,

jednakże należy postępować bardzo ostrożnie. W przypadkach ciężkich, w których dochodzi do ropnego zapalenia tkanki okołoprzelykowej, nie wolno wprowadzać zgłębnika w ciąg kilku dni po oparzeniu.

Pierwszy raz należy wprowadzić zgłębnik wielce ostrożnie i, w razie większych bólów, pozostawić go w przelyku tylko w ciągu 1 — 2 minut. Okres wczesnego leczenia, które jest dość uciążliwe, trwa zazwyczaj 6 tygodni; leczenie następcze jest znacznie łatwiejsze. Dzięki temu postępowaniu udaje się powstrzymać rozległe tworzenie się tkanki bliznowatej i powstawanie zwięź przelyku. Zgłębnik, codziennie wprowadzany do przelyku kształtuje tworzącą się bliznę, która się staje bardziej rozciągliwą i miękką. Nawet w razie tworzenia się dużych blizn udaje się zachować światło przelyku przynajmniej w części. Do stron dodatnich omawianej metody postępowania w oparzeniach przelyku zaliczyć należy również krótki okres leczenia. Zwolennicy leczenia późnego wprowadzają zgłębnik po upływie 4 tygodni od oparzenia, kiedy zdążyły się już wytworzyć blizny. Rozciąganie takich blizn nie jest łatwe i grozi możliwością przedziurawienia przelyku.

Wczesne leczenie oparzeń przelyku ługiem jest całkowicie bezpieczne, o ile się postępuje oględnie i dokładnie indywidualizuje w poszczególnym przypadku. Na 246 przypadków oparzeń przelyku ługiem u dorosłych autor nie miał ani lednego niepomyślnego zejścia, któreby stało w związku z leczeniem.

J. T e n c e r.

E. WODAK. Czteroletnie doświadczenie w leczeniu arsenem przytępienia słuchu. (Mon. f. Ohr. u. Rhin. Lar., Nr. 4/1929).

Autor stosuje arsen w przytępieniach słuchu, powstałych na tle cierpienia ucha środkowego i wewnętrznego, nie wyłączając otosklerozy. Zaleca on *natrium arsenicosum* w pigułkach po 5 mg. Chory stosuje codziennie 1—4 pigułki, ogółem 40—60 pigulek w ciągu leczenia. Po 4 miesiącach można leczenie powtórzyć. W przypadkach, w których arsen, podawany doustnie, bywa źle znoszony, stosuje się go w zastrzykiwaniach podskórnych. Leczenie to nie daje wyniku dodatniego, o ile chory nie słyszy mowy potocznej z odległości 25 cm.

Poprawa słuchu po arsenie nie jest długotrwała, gdyż po pewnym czasie słuch znów się pogarsza. Dlatego też należy kurację arsenową powtarzać kilkakrotnie.

J. T e n c e r.

M. SZIMURSKI. Uruchomienie kosteczek słuchowych w celu poprawienia słuchu. (Z. f. Hals., Nas. u. Ohr. t. 23, z. 2)

W następstwie zapalenia ropnego ucha środkowego mogą powstawać zrosty pomiędzy kosteczkami słuchowymi a ścianami jamy bębenkowej. Zrosty takie, a zwłaszcza unieruchomienie młoteczka i kowadełka przez tkankę zbliznowaciałą w zachyłku lub też strzemiączka w okienku owalnym wpływają w znacznym stopniu na osłabienie słuchu. Leczenie zachowawcze w podobnych przypadkach zazwyczaj nie daje wyniku dodatniego. Poprawienie słuchu można osiągnąć często przez uruchomienie kosteczek słuchowych. Nie nadają się do tej operacji przypadki, w których zrosty powstały po niezbytowem zapaleniu ucha środkowego.

J. T e n c e r.

### Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

∞ S. ISAAC. Krankheiten des Stoffwechsels (Diagnostische und therapeutische Irrtümer). Lipsk, G. Thieme 1929.

Dziełko wielce zasłużonego współpracownika prof. N o r d e n a zawiera wiele cennych wskazówek z dziedziny roz-

poznawania i leczenia chorób przemiany materji. Szczególnie dokładnie jest opracowany dział *cukrzyca*. Autor, stojąc na życiowym, a nie książkowym stanowisku odrzuca gwałtowne zwalczanie hiperglikemji jako cel, do którego należy dążyć. Należy się starać o zwalczanie cukromoczu; o ile mimo diety — nie głodowej — cukromocz utrzymuje się na wysokim poziomie (więcej niż 20—30 g. *pro die*) i, o ile pacjent traci na wadze, należy stosować insulinę. Bojaźń insulinizmu jest nieuzasadniona; należy zachować ostrożność w dawkowaniu insuliny u chorych na serce.

W rozdziale, poświęconym otyłości i charakteru autor omawiając szczegółowo patogenezę otyłości zaznacza iż badanie przemiany zasadowej oddaje w przypadkach otyłości bardzo nieznaczne usługi. Nie można na zasadzie tego badania wyodrębnić poszczególnych postaci otyłości, za wyjątkiem hipotyreozy,

Co się tyczy dny to wg. autora, rozpoznanie jej jest tylko możliwe jeżeli się przyjmie pod uwagę całokształt cierpienia, t.j. obraz kliniczny i wywiady, badanie krwi (uricemia) niezawsze jest dokładnym wykładnikiem stanu chorobowego, badanie zaś moczu, o ile nie jest ono badaniem bilansowym, jest wogóle bez znaczenia.

Poza temi najważniejszymi punktami, na które należy zwrócić uwagę, znajdziemy w tym nadzwyczaj pożytecznym podręczniku wiele praktycznych wskazówek. Dziełko to powinno być uważnie przeczytane przez lekarza praktyka.

M. L.

H. BLOTNER i W. P. MURPHY. O wpływie wątroby na glikemję cukrzyca. (*J. Am. Med. Ass.* tom. 92, Nr. 16, 1929 r.)

Dawniej uważano podawanie wątroby za przeciwwskazane w przypadkach cukrzyca, ze względu na zawartość glikogenu. Obecnie, przeciwnie, uważa się, że wątroba ma działanie dodatnie na przebieg cukrzyca.

Badania, przeprowadzone na 6 chorych wykazały, że chorzy na cukrzyca wrazie otrzymywania wątroby, przy pozostałym leczeniu i diecie tej samej, mają niższy poziom cukru we krwi aniżeli przed stosowaniem wątroby. Pacjenci ci otrzymywali wątrobę 3—5—7 razy w tygodniu.

Z powyższego należy wnioskować, że wątroba posiada własność obniżania ilości cukru we krwi podobnie do insuliny, ma jednak tę wyższość nad insuliną i tego rodzaju substancjami, że jest zupełnie nieszkodliwa i że działa przy podawaniu doustnym.

Nie można na razie mówić o dokładnym dawkowaniu wątroby jako ośrodka leczniczego u cukrzyca chorych, jednakże przypuszczalnie 180 gr. wątroby posiada działanie odpowiadające 10—15 jednostkom insuliny.

B. Goldstein.

HANG i WOHRMANN. Cukrzyca w i po zapaleniu pęcherzyka żółciowego. (*D. M. W.* Nr. 29, 1929).

Autorzy obserwowali cukrzyca o ostrym przebiegu w 3 przypadkach choroby wątroby (napady kolki wątrobowej) i 2 przypadkach cierpienia trzustki. To zjawisko nasunęło im myśl o współzależności między cukrzyca a wymienionymi cierpieniami. Na dużym materiale w zdrojowisku przypuszczenie to zostało potwierdzone. Oczywiście, że w tym zespole odgrywają również rolę zdarzenia wydzielania wewnętrznego jak i inne czynniki szkodliwe. O powstaniu cukrzyca decyduje uszkodzenie wątroby lub trzustki, a punktem wyjścia są najczęściej cierpienia pęcherzyka żółciowego.

Wanda Franzówna.

J. FERBER i S. RABINOWICZ. Wzrost ilości cukru we krwi po spożyciu gliceryny. (*Am. J. Med. Sc.* Tom 177, Nr. 6, 1929)

Autorzy określili wpływ spożywania gliceryny na ilość cukru we krwi u 60 pacjentów. Z tych 60 — czterdziestu cierpiało na cukrzyca niewątpliwie, u siedmiu było podejrzenie na cukrzyca, u czterech — cierpienie stawów, wreszcie u 1-go zapalenie nerek o łagodnym przebiegu, u 1-go — B a s e d o w, u 2-ch — neuralgja, u 1-go kamica żółciowa.

Pacjenci otrzymywali 100 gr. gliceryny w 250—300 cm<sup>3</sup> wody, na czczo (w 10 godzin po ostatnim jedzeniu.)

Z początku cała ilość była podzielona na 2 porcjebrane w odstępie 15 minut czasu. Potem całą ilość podawano odrazu.

Krew brano do badania tuż po użyciu gliceryny, oraz w 2 i 3 godziny. We wszystkich przypadkach badano na cukier mocz oddany bezpośrednio przed każdym pobraniem krwi

Gliceryna podawana na czczy żołądek, powoduje zwiększenie się cukru we krwi.

Wysokość tego zwiększenia stoi w prostym stosunku do stopnia zaburzenia przemiany węglowodanowej.

W daleko zaawansowanych przypadkach cukrzyca podawanie gliceryny powoduje zarówno hiperglikemję jak również cukromocz.

Okoliczność ta zdaje się przemawiać za tem, że w ustroju ludzkim gliceryna przechodzi w węglowodany, prawdopodobnie w glukozę.

B. Goldstein

F. FORSECA i C. TRINCAO. O wpływie naświetlań trzustki na glikemję i cukromocz djabetyków. (*Compt. rend. de la soc. de Biol.* Nr. 18 — 1928).

Badania autorów nad wpływem naświetlań promieniami Roentgena trzustki na glikemję u osobników cukrzyca, wykazały, że naświetlania te, podobnie jak u osobników normalnych, powodują obniżenie poziomu cukru we krwi i w związku z tem spadek lub nawet zniknięcie cukromoczu. Dowodzi to, że promienie Roentgena pobudzają wewnątrzwydzielniczą czynność trzustki. Co do możliwości zastosowania tych spostrzeżeń w praktyce, to autorom wydaje się, że stałe naświetlanie trzustki do usunięcia cukromoczu nie da się, prawdopodobnie, zastosować; jeśli natomiast przypuścić, że naświetlania te mogą się przyczynić do odrodzenia się wysiępek Langerhansa, wówczas może wpływ podrażnienia trzustki naświetlaniami, szczególnie u osobników młodych, okazałby się korzystny.

J. Typograf.

M. DAWID i C. TRINCAO. O wpływie glukhormentu na glikemję i glikozurję. (*Compt. rend. de la Soc. de Biol.* Nr. 12 — 1928).

Autor badał zachowanie się poziomu cukru we krwi i cukromoczu u djabetyków pod wpływem podawania glukhormentu. Otóż glukhorment jest w stanie doprowadzić do obniżenia glikemji i zmniejszenia, lub nawet usunięcia cukromoczu. Pozwala on na zwiększanie ilości podawanych węglowodanów, nie zwiększając przy tem cukromoczu i może, choć coprawda tylko częściowo, zastąpić leczenie insuliną. Wpływ glukhormentu na glikemję jest jednak mniejszy, niż syntaliny lub insuliny. Mniejsza szybkość i intensywność jego działania nie pozwalają, oczywiście, na stosowanie go w cięższych postaciach cukrzyca, ani tembardziej dla zwalczania objawów kwasicy. Autorzy ani razu nie spostrzegali podczas podawania glukhormentu, żadnych objawów nietolerancji zależnych od ubocznego działania leku.

J. Typograf.

A. GOTTSCHALK i A. SPRINCBORN. Śpiączka hipoglikemiczna z ketonurją. (*Kl. Woch.* Nr. 36, rok 1929).

Autorzy opisują przypadek śpiączki, która zdarzyła się u djabetyka, chorującego od 5 lat na cukrzyca. Wbrew temu,

że oddech chorego wykazywał wybitny zapach acetonu i że obfitą ilość ciał acetonowych znaleziono w moczu, śpiączka ta okazała się nie śpiączką djabetyczną, lecz hipoglikemiczną, czego dowodem była natychmiastowa poprawa po wstrzyknięciu cukru oraz badanie krwi, które wykazało 25 mgr.  $\frac{0}{100}$  cukru. Należy zaznaczyć, że chory miał od początku choroby skłonność do wydalania acetonu nawet przy braku w moczu cukru.

Autorzy wyciągają stąd wniosek teoretyczny, że mało prawdopodobne jest przyjmowane przez wielu autorów podwójne działanie insuliny mianowicie: na przemianę materii węglowodanową i tłuszczową, gdyż w tym wypadku było silne „przeinsullnowanie” ustroju, a mimo to ciała acetonowe wytwarzały się w wielkich ilościach. Wniosek praktyczny jest ten, że gdy u djabetyków, leczonych insuliną występuje śpiączka i nie mamy pewnego dowodu na zasadzie stanu cukru we krwi, że jest to śpiączka djabetyczna, winniśmy leczenie rozpocząć od wstrzyknięcia cukru nawet wtedy, gdy oddech lub mocz wykazują nam wydzielanie acetonu.

J. K.

E. WIECHMANN. O trudnościach rozpoznawczych w „coma insulinicum”. (J. Am. Med. Ass. Tom 92, Nr. 18 r. 1929).

Zastanawiając się nad różniczkową djabetyczną śpiączką poinsulinowej, autor zatrzymuje się nad objawem „*ypotonia bulbi*” wskazując na to, że, aczkolwiek zmniejszone napięcie gałek ocznych jest cechą śpiączki raczej cukrzyczej, to jednakże może się zdarzyć także po t. zw. śpiączce poinsulinowej, a zresztą niekiedy i w innych stanach zamroczeniowych.

M. in. przytacza autor przypadek ostrego zapalenia nerka z zamroczeniem świadomości (śpiączka) i zmniejszonym napięciem gałek.

Objaw ten chciano uważać za wynik ruchu płynów mię, dzytkankowych, lecz w pewnych stanach, cechujących się gwałtownym wysuszeniem tkanek, jak np. w choleryze nie zdołano stwierdzić zwióczenia gałek.

Inną cechą swoistą śpiączki poinsulinowej byłaby nie normalnie niska ciepłota — poniżej  $36^{\circ}$ , dochodząca w pojedynczych przypadkach nawet do  $32,4^{\circ}$ . Jednakże ta cecha, aczkolwiek dość swoista dla zatrucia insuliną, może się zdarzyć także w śpiączce cukrzyczej.

Ze współistnienia obydwu objawów, względnie tylko jednego, można wnioskować poniekąd o pochodzeniu śpiączki jeżeli występuje ona u cukrzycowego chorego lub po zastosowaniu insuliny. Innych punktów różniczkowych narazie nie mamy.

B. Goldstein.

## Choroby nerwowe i psychiczne.

∞ H. A. ADAM. Geisteskrankheit in alter und neuer Zeit. (Wyd. L. Ratha. R. gensburg, str. 158. 1929).

Istotnie, jak autor w przedmowie zapowiada, fragment „historji kultury” w słowie i obrazie. A d a m, lekarz naczelny zakładu dla umysłowo chorych, pisząc dla lekarzy, miał jednak głównie na względzie nie lekarzy.

Książka napisana barwnie, z przysmakami dydaktyczno-pedagogicznym, bardzo popularnie, na wyborowym papierze ilustr owana nader obficie (około 100 rycin).

Ledwie musnąwszy psychjatrię i lecnicstwo starożytne (Hippokrates, Aretacus, Galenus, Coelius Aurelianus), poświęca autor główną część książki straszny warunkom, jakie panowały w przytułkach i zakładach dla obłąkanych w całym średniowieczu, właściwie do połowy ubiegłego stulecia. A panowało to niezmiennie dziesiątki stuleci w psychjatrii całej Europy pod względem urządzeń i administracji,

djabnetyki i terapii aż do chwili wprowadzenia Nove strain systemu.

Przewija się przed czytelnikiem ponury skarbiec leczenia czysto farmaceutycznego: wywołanie stałych nudności (*tartarus stibiatus*) i rozwolnień (*aloes, kalomel*), przekarmianie wroniem okiem i belladonną, okładanie karku wezykatorjami a czaszki maściami, drażniąciami i drażąciami aż do opony twardej, stosowanie pokrzywy, gniazda mrówek lub świerzbowców, ropnych zawłok i częstych przypalań żelazem, puszczanie miesiącami krwi, trzymanie godzinami w gorącej kąpeli i polewanie głowy wodą lodową, kuracja napotna, głodowa, pozbawianie systematyczne napojów i t. p. końskie metody

Zmartwychwstaje jak w kalejdoskopie cały arsenał piekielnych metod karno wychowawczych, stosowanych *bona fide* przez humanitarnych skądinąd lekarzy u podnieconych lub przygnębionych w postaci różek i pałek, batów i kijów, kajdanów i kłódek, kaftanów i kamizelek bezpieczeństwa, mufek i rzemieni, masek twarzowych i kasków czaszkowych, koszów drucianych i łózek na klucz zamykanych, worków i trumien koła rowkowego i krzesła z niezwykłą szybkością obracalnego, zawieszania na sznurach i przymocowania do ściany, izolowania w szafie drewnianej lub klatce metalowej.

Krew w żyłach ścinają konsultacje lekarzy, kierujących opętaną przez diabła histeryczką lub przez wiedźmę paranoika do dyspozycji srogich i bezwzględnych władz sądowych ub duchownych, gdzie anamnezę zbierano przy pomocy kłata na torturach inkwizycji, a demonów przepędzano modlitwą i egzorcyzmami, a nieraz na stosie.

Z pewną ulgą przenosi się czytelnik do nowszych czasów i do opisu dwu wzorowych zakładów, urządzonych, jak liczne ilustracje dowodzą, racjonalnie i z przepychem, a rządzonych jak małe zamknięte państwka autonomiczne.

H. Higier.

M. M. PEET. Neuralgia trigemini postherpetica, (J. Am. Med. Ass. tom 92, Nr. 18, r. 1929).

Jest to schorzenie dość rzadkie. Występuje w następstwie *herpes facialis* czy *ophthalmicus*. Patologia sprowadza się do wylewów w zwoju G a s s e r a ze zniszczeniem substancji nerwowej.

Jest to cierpienie bardzo uporczywe, trwające całymi latami, szczególnie u osobników starszych. Klinicznie przebiega pod 2 postaciami: 1) ciągłych bólów o charakterze tępym, pieczenia i 2) bólów napadowych o nasileniu zmiennym

Leczenie jest mało skuteczne. Przecięcie bowiem gałązek czuciowych nerwu trójdzielnego było mało skuteczne. Natomiast niekiedy zastrzykiwania wysokoku do pni nerwowych zdają się przynosić ulgę.

B. G.

G. GUILLAIN i I. BERTRAND. O osobliwym zaniku mózgowo—móźdzkowym. (Rev. Neur. 1929 № 4).

U 44-letniego pacjenta rozpoznano bezwład postępujący. Z wywiadów ustalono, iż w 1926 r. zaczęły występować zaburzenia mowy oraz napady utraty przytomności. W 1927 r. psychika chorego uległa upośledzeniu, pozostał jednak wyraźnie zachowany stosunek krytyczny względem samego siebie.

Ruchy stały się powolne, posuwanie—małymi kroczkami. Siła mięśniowa była zachowana, napięcie mięśniowe — wzmożone. W kończynach górnych—drżenie, przypominające drżenie intencyjne. Wzmożenie odruchów ustawienia oraz ścięgowych. Słabo zaznaczony objaw adiadochokinezy. Podniebienie miękkie niekiedy przepuszcza płyny.

Nakłucie łądźwiowe poza wzmożeniem białka ( $0,32^{\frac{0}{100}}$ ) zmian nie wykazało. Chory po napadach drgawkowych wykazywał coraz to bardziej pogłębiające się upośledzenie stanu psychiczno-somatycznego. Po szeregu napadów Jackso-

nowskich prawostronnych wystąpił obustronnie objaw Babinskiego. Przy ciepocie 38,7 chory zmarł. Rozpoznanie różniczkowe musiało odrzucić przypuszczenie porażenia postępującego wobec wzmożenia napięcia mięśniowego i chodu małymi krokami.

Na sekcji wykryto zgrubienie opon miękkich, zaniki mózgu rozsiane w płatach czołowych, w zawojach Roland'a oraz w robaku mózdkowym. Komory były rozszerzone. We wzgórku wzrokowym prawym widoczne były ogniska martwicy wielkości  $\frac{1}{2}$  mm. przekroju. Niektóre ogniska martwicy były wewnątrz zwapniałe.

Obok ognisk chorobowych istniał zanik mózdzka, obrzęk III warstwy komórek korowych oraz stwardnienie oliwek opuszkowych.

Histologicznie ogniska martwicy nie przypominały żadnych znanych dotychczas: składały się z gruzelków, chłonnych eozynę, bez wyraźnej budowy. Brak było tkanki reakcyjnej wokoło nich, aby móc zaliczyć je do rzędu kiłowych lub gruźliczych. W wyniku końcowym cierpienie ogniskowe symulowało cierpienie układowe: zanik robaka, stwardnienie oliwek i zwyrodnienie piramid.

N. Z. Z.

LERICHE i FONTAINE. Gra naczyń krwionośnych po przecięciu poprzecznym rdzenia. (Rev. Neur. 1929)

Naczynia kwionośne w części porażonej ciała zachowują się prawie normalnie. W przypadku całkowitego przerwania

rdzenia naczynia kurczyły się po wprowadzeniu adrenaliny do krwiobiegu. Powstaje pytanie. jaką drogą odbywa się odruch naczyńoruchowy?

Można przypuścić, że przecięty rdzeń stanowi ośrodek, regulujący odruch, albo też, że odbywa się on po za obrębem rdzenia za sprawą ośrodków współczulnych obwodowych. Autorzy skłaniają się ku drugiemu przypuszczeniu.

N. Z. Z.

J. WILDER. Metoda rozpoznawcza krwotoków mózgowych. (Rev. Neur. 1929).

W przypadkach zatorów lub skurczu naczyń mózgowych autor stosuje środki, rozszerzające naczynia. Ponieważ jednak metoda ta może dać złe wyniki w przypadku krwotoków mózgowych, autor starał się znaleźć sposób ścisłego rozpoznania różniczkowego obu tych cierpień.

Ognisko krwotoczne w organizmie daje znać o sobie przez dostarczanie dużej ilości bilirubiny do krwi. Autor posługiwał się metodą van den Bergha i przyszedł do wniosku, iż normalnie ciało to znajduje się w ilościach 1.200.000 do 1.400.000, w przypadkach zaś krwotoków mózgowych wznosi się do ilości 1.700.000 i to już po 24 godz. od początku choroby, a niekiedy nawet po 6 godz.

Obraz chorobowy bywa zaciemniony w przypadkach, powikłanych cierpieniem nerek, powodującym hidremję, oraz w przypadkach pobocznych ognisk krwotocznych w organizmie.

N. Z. Z.

## Wskazówki praktyczne.

Gsel stosował chlorofil w celach leczniczych. Używany był chlorofil Bürgiego w dawkach od 0,025. Pod wpływem tego leczenia stan ogólny, łaknienie, krążenie krwi i zawartość w niej hemoglobiny poprawiły się wybitnie. Wskazany jest za tem chlorofil w rozmaitych stanach osłabienia, wywołanych przez krwotoki, operacje i choroby zakaźne, jakoteż w zaburzeniach krążenia na tle miażdżycy tętnic. (Schweiz. med. Wochsch. 1929. Nr. 25).

—o—

Harnin (fabr. Merck.), mający być identyczny z alkaloidem banisterin, jest zdaniem Pineasa środkiem cennym w leczeniu parkinsonizmu pośpiączkowego i choroby Parkinsona. W licznych tego rodzaju przypadkach notowano wyraźną poprawę sfery motorycznej. (D. m. W. 1929 Nr. 22)

—o—

Przetwór lipidowy Helpina stosowany był przez E. Vogta w stanach wyczerpania, w niedokrewności rozmaitego pochodzenia w lekkich postaciach gruźlicy i w przypadkach zmniejszonego wydzielania mleka. Szczególnie dobrze działa kombinacja Helpiny i insuliny w kuracjach tuczających. Zastrzykuje

się mieszaninę obu środków, przez co zastrzykiwanie jest zupełnie niebolesne, a kuracja tuczająca może być przeprowadzona prędzej, skuteczniej i taniej. Działania szkodliwego u bocznego nie spostrzegano. (D. m. W. 1929 Nr. 30).

—o—

Niederwieser zaleca Spirocid u niesyfilityków, mianowicie u chłapaczy i niedokrewnych dzieci jakoteż do kuracji tuczających. Wyniki mają być doskonałe bez jakiegokolwiek szkodliwego działania ubocznego. (W. Kl. W. 1929 Nr. 22).

—o—

Cibalginę „Ciba“ zaleca M. Schmidt, jako środek przeciwbólowy, zwłaszcza w przypadkach bólu podczas lękania. 2 cm.<sup>3</sup> podskórnie lub 30 — 40 kropeł dziennie mają działać niezawodnie. (Schweiz. med. Wochsch. 1929 Nr. 25).

—o—

Jitretta analgica o składzie: Kodeina, narkotyna i dimetylaminofoenildimetylpirazon—jest zdaniem Aulera, dobrym środkiem przeciwbólowym, który często pozwala wyrugować narkotyki szkodliwe. (fabr. chem. Landshof i Meyer, Berlin—Grünau). (D. m. W. 1929 Nr. 22).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Z posiedzenia lekarzy szkolnych

w wydziale wychowania fizycznego i higieny szkolnej przy Ministerstwie W. R. i Oświecenia Publ. w dniu 17 października 1929 r.

Przewodniczący dr. St. Kopczyński.

Sekretarz dr. Wł. Niewiński.

Obecnych 61 osób.

1. Przewodniczący podaje w sprawie kursu dokształcającego dla lekarzy szkolnych, że w porozumieniu z Dyrekcją Państwowej Szkoły Higieny, program kursu, stosownie do ży-

czeń kolegów lekarzy szkół warszawskich, został ułożony w ten sposób, aby umożliwić tym kolegom skorzystanie z tego kursu Program będzie obejmował 4 działy:

- organizacja i wykonawstwo opieki higieniczno-lekarskiej nad młodzieżą szkolną (9 godzin);
- patologia schorzeń wieku szkolnego (28 godzin);
- podstawy higieny społecznej w zastosowaniu do wieku szkolnego (24 godziny);
- wytyczne kontroli lekarskiej nad wychowaniem fizycznym młodzieży (15 godzin).

Kurs trwać będzie od 8 do 22 grudnia; wykłady będą

się odbywały od godziny 9 do 13 i od 15 do 18. Szczegółowe programy będą wydrukowane w najbliższym czasie. Liczba uczestników nie jest ograniczona. Zgłoszenia na kurs winni kandydaci przesłać przed 20 listopada bezpośrednio do Wydziału wychowania fizycznego i higieny szkolnej Ministerstwa WR. i OP. Wykłady na kursie są bezpłatne, poza wpisowem, które wynosi 10 złotych i jest płatne przed rozpoczęciem kursu.

2. W grudniu Departament Służby Zdrowia organizuje Kurs Alkoholologii (od 18 do 24 grudnia). Zgłoszenia na kurs do 20 listopada. Kurs również bezpłatny, prócz wpisowego wynoszącego 10 złotych, płatnego przed rozpoczęciem kursu.

3. Jak wynika ze sprawozdań pp. wizytatorów higieny szkolnej, nie wszyscy lekarze przesylają „zawiadomienia do opieki domowej” uczniów, co powinno być uskutecznione po każdorazowym badaniu „indywidualnym” ucznia.

W szkołach, w których prowadzi się wykłady higieny za mało się egzekwuje wymagania, aby uczniowie mieli podręcznik. Ponadto zwraca się uwagę na obowiązkowy udział lekarzy szkolnych w komisjach wychowania fizycznego.

4. Obecnie zostały wprowadzone w szkołach książki o stanie wychowania fizycznego według wzoru zatwierdzonego przez Ministerstwo (nabywać je można w Polskiej składnicy pomocy szkolnych, Nowy-Świat 33) — lekarz szkolny powinien czuwać, aby książka ta była w powierzonej mu szkole prowadzona, a prowadzić ją winien nauczyciel gimnastyki.

Dr. Władysław Sterling wygłosił odczyt p. t. „Uczeń psychopatyczny”.

Mówca streszcza na wstępie wyniki badań współczesnej charakterologii w zastosowaniu do badań nad psychopatią ustrojową, ujmując wielką tę dziedzinę, jako zaburzenie równowagi ortotelicznej w myśl teorii W. Sterna oraz E. Kahna. Psychopatią ustrojową rozpatrywana tu jest, jako stan pogranicza pomiędzy psychiczną normą a psychiczną chorobą, przy czem nauka współczesna odróżnia w wieku dziecięcym i młodzieńczym stany psychopatyczne trwałe, postępujące oraz dobrotniwe z tendencją do poprawy. Tak zwanym stygmatom degeneracyjnym przypisuje mówca znaczenie względne, raczej jako sygnału wskazującego wszechstronne zbadanie psychiki dziecka, podnosząc natomiast doniosłą rolę zaburzeń cielesnych natury czynnościowej (mańkuctwo, ambidekstrja, pismo zwierciadłowe) oraz różnorodne hiperkinety, a zwłaszcza tiki. Analizując psychikę dziecka psychopatycznego, podnosi mówca względną czystość kojarzenia się stanów psychopatycznych oligofrenją, jednostronność uzdolnień brak pewności oraz liczne złudzenia pamięci (złudzenie ujemne, konfabulacja, objawy pseudologii fantastycznej itp.). Przy analizie woli oraz sfery kojarzeniowej zwraca mówca uwagę na brak możliwości większych całości psychicznych, na ociężałość myślenia, (której nie należy utożsamiać z niedoładem myślowem), na bluszczowość natury młodocianych psychopatów, na dysharmonję pomiędzy dziedziną afektu i intelektu, na stany dysforji czyli przynębnienia, oraz na tak zwane przełomy psychopatyczne, na biegunowo odwrotne stany podniecenia z ich reakcją w postaci włóczęgostwa i prostytucji. Szerzej zastanawia się mówca nad tak zwanym afektem patologicznym, oraz nad objawami natręctw myśli i czynów które tak często kojarzą się ze stanami lękowemi. Na zakończenie podnosi mówca olbrzymie znaczenie popędów w życiu młodocianych psychopatów, a zwłaszcza popędu płciowego oraz jego zбочeń (typy urniczne, symboliczne i algologiczne) oraz omawia metody walki z psychopatią ustrojową wśród młodzieży (metody profilaktyczne, — metody leczenia pracą w odpowiednich zakładach).

Przewodniczący dziękuje prelegentowi za gruntownie opracowany wykład, poruszający wszechstronnie

ważne zagadnienia, w których podkreśla sprawę ochrony odczucia od wpływu jednostek psychopatycznych oraz samą sprawę wychowania uczniów psychopatycznych, której rozwiązanie jest sprawą bardzo doniosłą, jak również wartość wskazań pedagogicznych i wychowawczych zawartych w referacie.

Pan wizytator Ł a z o w s k i zapytuje prelegenta, czy nie możnaby uzupełnić poruszonego w referacie materiału omówieniem zaburzeń psychopatycznych na tle religijnem.

Dr. K o s s a k ó w n a zapytuje, jak praktycznie rozwiązać sprawę uczniów psychopatycznych, obecnie bowiem losem ich jest wędrowanie ze szkoły do szkoły, ponieważ każda szkoła dąży do tego, aby się takich jednostek pozbywać.

Dr. T r e n k n e r zapytuje, jak stoi sprawa uświadczenia ciała nauczycielskiego codo psychopatologii uczniów, a to dlatego, że nauczyciel częściej się styka z uczniem, niż lekarz szkolny i podkreśla walory książki profesora W a c h h o l z a.

Dr. C l i ĩ n s k i zapytuje czy uczniowie psychopatyczni nie będą przyjmowani do „szkoły specjalnej”.

Przewodniczący przypomina, że akcja wśród nauczycielstwa, naogół mało uświadomionego w sprawach psychopatologii, została zapoczątkowana na terenie Krakowa, gdzie w ubiegłym roku szkolnym profesor Piltz miał specjalne na ten temat wykłady dla nauczycieli.

Prelegent odpowiada, że do szkoły specjalnej są przyjmowani tylko wtedy uczniowie psychopatyczni, jeżeli stan psychopatyczny kojarzy się z niedołęstwem umysłowem, zresztą zaś uczniowie są skazani siłą rzeczy na wędrowanie ze szkoły do szkoły, a to dlatego, że niestety dotąd nie zorganizowano szkół dla tego rodzaju uczniów. Co do psychopatji na tle religijnem, to należy zwrócić uwagę, że nadmierna np. żarliwość religijna nierazko bywa maską erotyzmu.

Co się tyczy zależności psychopatji od czynników rasowych, narodowych, społecznych i religijnych, to jest obecnie kwestjonowana, istotnie zresztą niema dostatecznego materiału zebranego pod tym kątem widzenia, natomiast jest faktem występowanie takich objawów psychopatologicznych wśród młodzieży, jak samobójstwa, po przewrotach społecznych.

Na tem posiedzenie zamknięto.

## Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Grégoire podkreśla trudność rozpoznawania w sprawach trzustkowych przewlekłych (tow. lekarzy paryskich listop. 1929-Pr. méd. № 87), skoro na przykład w jego przypadku upłynęło 2 $\frac{1}{4}$  lat od pierwszego objawu — żółtaczkę, aż do ostatnich wyraźnych objawów, wskazujących na nowotworową naturę cierpienia. Wszelkie metody rozpoznawcze były stosowane bez skutku.

Gouverneur na tem samym posiedzeniu referuje przypadek Daviond posocznico-roponicy wywołanej gronkowcem złocistym i mającej swój punkt wyjścia w ropniu piersi. Hemo-kultura dała wynik dodatni. Szczepionki stosowane zwykłym sposobem nie dawały rezultatu, wówczas zastrzyknięto dożylnie autobakterjofag, specjalnie przygotowany przez d'Herellea. Po tem jednym zastrzyknięciu nie stwierdzono więcej wcale ognisk przerzutowych i chory szybko wyzdrowiał.

May i Kapłan zwracają na posiedz. tow. lek. szpital paryskich (listop. 1929-Pr. méd. № 87) uwagę na hipertonię typu parkinsonicznego, spostrzeżoną w przebiegu duru i którą można wykazać, zginając przedramię na ramię. Hipertonja ta jest zawsze objawem złym pod względem rokowania. Zawsze towarzyszy ona objawom zachorzenia jąder nerwów czaszkowych (szczękościsk, skurcz gardzieli, pora-



żenia nerwu zwrotnego) i zaburzeniom odżywczym (charłactwo nagłe, zakażenia wtórne). Są to cechy postaci duru encefalitycznej.

Plaxy i Marçon omawiają na tem samym posiedzeniu przypadek ostrej śmiertelnej niedostatecznej czynności nadnerczy w przebiegu grypy łagodnej. Przypadek dotyczył chorego 22-letniego, syfilityka, który zmarł skutkiem niedostateczności nadnerczy, stwierdzonej autopsyjnie. Widocznie kiła spowodowała zmiany w gruczołach,

zaś grypa przyczyniła się do ostatecznego uszkodzenia czynności Hudson z Detroit zdawał na tem samem posiedzeniu prawę ze swych doświadczeń, wykazujących drogą szybkich zdjęć rentgenologicznych ruchy robaczkowe oskrzeli wypełnionych lipjodolem. Co więcej, udało mu się w ten sposób ujawnić skurcz oskrzeli u astmatyków i zniesienie ruchów na wysokości rozszerzeń. Że ruchy te są autonomiczne dowodzi fakt, że udało się stwierdzić je u osoby z odmą sztuczną i freniektomją.

## Z j a z d y

### Przeciwreumatyczny zjazd w Budapeszcie (13—18 paźdz.)

(Dokończenie p. Nr. 46.)

Podział przypadków reumatyzmu według płci nie nastęca szczególnych trudności, bowiem w tej dziedzinie rozporządzamy dość okazałą statystyką, z której wynika, że 1) ostry gościec stawowy występuje jednakowo często u obojga płci, 2) w ogólnej jednak liczbie chorych reumatyków przeważają mężczyźni, co znajduje prawdopodobnie wytłumaczenie w stosunkowo częstszej sposobności zaciągania się mężczyźni jak również podlegania wszelkim szkodliwościom, sprzyjającym powstawaniu reumatyzmu.

Takie jednostki kliniczne, jak reumatyzm mięśniowy, neuralgia (*ischias*) itp., dotyczą znacznie częściej mężczyzn, niż kobiet, a mianowicie stosunek ten wyraża się jak 3 : 2.

Żgoła inaczej się rzecz przedstawia z pierwotnymi przewlekłymi formami reumatyzmu, który jakby szczególnie sobie upodobał płeć piękną, gdyż dotyka kobiety 2—4 razy częściej niż mężczyzn, czem się też tłumaczy niezrozumiałe zrazu zjawisko cyfr oznaczających stosunek inwalidztwa kobiet i mężczyzn z powodu reumatyzmu wogóle, a mianowicie 120 : 100.

Charakterystyczny wiek dla przypadłości reumatycznych daje się ująć w pewne dość ostro zakreślone granice, a więc np. *rheuma musculorum*, neuralgie występują naogół bardzo rzadko w wieku dziecięcym, natomiast poczynając od okresu dojrzałości rozkładają się dość równomiernie na okres do lat 60, poczem znów ulegają regresji.

Ostre i podostre postacie reumatyzmu mięśniowego spotykamy niezmiernie często u kobiet w okresie menopauzy.

*Lumbago*, *ischias* i inne nerwobóle wypełniają naogół czasokres pomiędzy 30 a 60 rokiem życia, a więc tak zwany wiek produkcyjny.

Powszechnie znany ostry gościec wielostawowy spotykamy jednakowo często u obojga płci w wieku dojrzenia płciowego aż do mniej więcej 40 roku życia. Dwie trzecie przypadków śmiertelnych wydarza się z powodu tej formy reumatyzmu w wieku od 5 do 25 lat życia.

Wady zastawek sercowych, jako następstwo zakażenia reumatycznego, powstają najczęściej naskutek ostrego lub chronicznego zapalenia wielostawowego. Pribram znalazł na stole sekcyjnym zmiany zapalne na zastawkach sercowych aż w 75% gościa wielostawowego chronicznego powstałego z formy ostrej. Wrota wejścia dla zarazka reumatycznego upatruje się jak wiadomo poza przewodem jelitowym oraz genitaljami również w dziąsłach i zębach, tudzież w migdałkach (dental, alveolar, tonsillar sepsis).

Zapatrywania autorów amerykańskich jakoby ogniska okołozębowe powodowały aż w 76% infekcyjne sprawy stawowe (Iron) niewątpliwie odbiegają od rzeczywistości, tem więcej

jeśli przyjąć pod uwagę, że prawie 70% naogół zdrowych ludzi posiada ogniska ropne okołozębowe.

Hematologia i serologia reumatyzmu była naogół przedmiotem dość ożywionych dyskusyj, jakkolwiek i w tej dziedzinie w zasadzie nic nowego nie zgłoszono. W tak zwanych skazach reumatycznych (artretyzm francuzów) mamy do czynienia z mniej wartościowym osobnikiem w znaczeniu konstytucjonalnem, okazującym mniej odporności na najrozmaitsze czynniki szkodliwe, nie znajdujemy jednak we krwi tych osobników jakichś szczególnych zmian. Opisana przez niektórych autorów eozynofilia we krwi przy myalgji i innych obrazach artretycznych w nowszych badaniach nie znalazła potwierdzenia.

Natomiast dość często znajdująca we krwi reumatyków limfocytoza być może wskazuje w pewnym stopniu na zaburzenia wewnątrzwydzielnicze.

W przypadkach reumatyzmu o charakterze degeneracyjnym badanie krwi wypadła przeważnie ujemnie, natomiast sprawy zapalne a więc artretyczne w ścisłem znaczeniu tego słowa, znamionują się w zasadzie całkiem charakterystycznymi zmianami w obrazie krwi.

Liczba erytrocytów w bardziej długotrwałych stanach reumatyzmu wielostawowego ulega redukcji. W wielu wypadkach daje się stwierdzić dość okazała leukocytoza, nigdy jednakże nie przekracza wartości 20.000, co jużby raczej przemawiało za sprawą septyczną.

O wiele więcej uwagi zwróciły na siebie ostatniemi czasy badania, mające na celu analizę chemiczną krwi reumatyków.

Wchodzą tu w grę nadewszystko kreatyna, cholesteryna wapń, kwas mleczny, cukier.

Nader ciekawą metodykę podał również Zimmer z kliniki Biera w Berlinie, posługując się sposobem interferometrycznym w reakcji Abderhaldena, otrzymał on wielce cenne wskaźniki dla rozpoznawania poszczególnych postaci reumatyzmu.

Odczyt Daniszewskiego z Moskwy zawierał szereg cennych danych statystycznych, dotyczących zapadalności na reumatyzm z podziałem według płci, wieku, miejsca zamieszkania, stanu mieszkań, odżywiania i wreszcie zawodu. Również i ten autor podkreśla doniosły wpływ czynnika wilgoci wzgl. przeziębienia na rozwój reumatyzmu, przyczem za nader jaskrawy przyczynek do tego tematu posłużyły takie spostrzeżenia, jak np. bardzo stosunkowo wysoki % chorych reumatyków w gubernji włodzimierskiej, gdzie ludność jest przeważnie zatrudniona przy pracy w torfowiskach, narażając z natury rzeczy na przeziębienie.

Niezależnie on wykładów teoretycznych poświęcono stosunkowo dużo czasu pokazom klinicznym, które odbywały się przeważnie w III klinice wewn. Uniwersytetu.

W czasie demonstracji odbywała się również dyskusja nie tylko dotycząca poszczególnych objawów klinicznych, lecz

również stosowanych u pacjentów metod leczniczych. Zgromadzeni wypowiadali się obszernie o tych i innych zachwalanych ostatnimi czasy środkach przeciwrheumatycznych, przy czem szczególne zaciekawienie budziło ustosunkowanie się obecnych względem również i u nas w Polsce znanej Cutivacciny. Szczepionka ta była stosowana *larga manu* i dała zadowalające rezultaty. Obecni na Zjeździe anglicy referowali o nieco odmiennym sposobie dokonywania szczepień, mianowicie drogą śródskórną, co jednak nie znalazło wśród reszty zgromadzonych w klinice uznania.

Zjazd udał się znakomicie zarówno pod względem organizacyjnym jak i doboru referatów. Również i frekwencja go-

ści całkowicie dopisała. Wszelkie uroczystości tudzież imprezy o charakterze reprezentacyjnym resp. towarzysko-rozrywkowym stały na wysokości zadania, zawdzięczając to w wysokiej mierze żywemu współdziałaniu Prezesa T-wa Hydrologicznego prof. Koranyi'ego, prof. Vamosy'ego oraz Dziekana Wyd. Lekarskiego d-ra Varkasa.

Poza stroną naukową uczestnicy mieli znakomitą sposobność zapoznania się również z rzeczywistością godnymi uwagi urządzeniami balneologicznymi tudzież zabytkami historycznymi przepięknej stolicy Węgier.

Gustaw R a c i ą ż e k (Warszawa).

## K r y t y k a l e k a r s k a

### Jak być nie powinno.

Kącik ten ma spełniać rolę lufcika, przez który wchodzi prąd świeżego powietrza do atmosfery załóżki. Pragnęłabym dziś lufcik otworzyć naościę.

Czytaliśmy na tem miejscu słuszną krytykę stanu lekarskiego, staczającego się powoli po pochylej, która wiedzie do „tandety” lekarskiej.

Czy nie jesteśmy wszyscy temu winni? Czy nie nużymy się nazbyt szybko, kiedy należy zło piętnować? Czy nie odnosimy się zbyt obojętnie i niedbale do drobnych występów kolegów, bagatelizując je lub przeocząc poprostu?

A tymczasem pewna kategoria lekarzy rozruca bezkarnie na wszystkie strony produkty swych małych duszyczek, „zaśmieca” życie i pograża wraz z sobą cały stan lekarski.

Jednym ze sposobów „zaśmiecania” życia jest obniżanie wartości kolegów. Wynurzenia lekarza o lekarzu, czynione w czterech ścianach gabinetu bez świadków uchodzą zazwyczaj bezkarnie w myśl utartej, choć głęboko niesłusznej zasady, że „chory nie jest wiarogodnym świadkiem”. Z bezkarności tej skwapliwie korzystają lekarze, którzy w pogoni za fortuną pragnęliby usunąć z drogi współzawodników.

Na poparcie słów przytaczam garść zebranych faktów. Nie wątpię, że każdy z czytelników rozporządza zapasem podobnych przeżytych lub zasłyszanych.

Mówi się do rodziny pacjenta: „Dziwi mnie, że macie odwagę powierzyć życie człowieka temu lekarzowi. Obawiam się o wynik leczenia”. Albo: „Jeśli pani chce zgubić swe dziecko, to niech je pani leczy u tej lekarki. Ona zna się na teorji, o praktyce nie ma pojęcia”.

W tych dniach pacjentka oznajmiła mi, że straciła do mnie zaufanie, bo dr. X. wydał nieprzychylną opinję: „Ona nic nie umie, mimo że przez wiele lat uczyła się w szpitalu”.

Opinia taka mogła pozbawić mnie na zawsze zaufania pacjentki i nie dojsz zgoła do uszu moich, gdyby nie to, że nieuleczalne cierpienie mózgu kazało pacjentce szukać nowego wybawiciela po za osobą dr. X., a uczciwsza od kolegi pielęgniarka

szpitalna wyjaśniła nieszczęśliwej, że nie powinna słów dr. X. brać zbyt dosłownie. Skruszona chora powróciła do mnie po dłuższej nieobecności.

Tym razem kolega X. chciał mnie pozbawić jedynie walorów duchowych, oboje bowiem leczyliśmy pacjentkę na terenie Kasy Chorych. Co czynić musi, kiedy materialne względy w grę wchodzi — można się jedynie domyślać!

Postępowanie takie odbija się bardzo ujemnie na opinji społeczeństwa o lekarzach, dezorientuje je w dużej mierze: lekarz, pomniejszający wartość kolegi, maleje w oczach chorego (o d-rze X. pacjentka wyraziła się, że jest lepszym plotkarzem, niż lekarzem), maleje przytem jednak i lekarz zdyskwalifikowany; ten wpływ sugestywny złej opinji o kimś istnieje zawsze, mimo rozumu słuchacza.

Lekarz A. zabronił choremu zażywać lekarstwa, przepisanego przez lekarza B. i zakaz zaopatrzył w słowa: „Choćby dziesięciu lekarzy, takich jak B. i jemu podobnych zapisało panu j o d, niech go pan nie bierze, a lekarzowi za to po gębie daje”. Pacjent odniósł się nader krytycznie do słów lekarza A. i bardzo trafnie określił jego postępowanie, a mimo wszystko żdźbło niewiary do „jodu” zrodziło się w jego duszy i przetrwało dotychczas.

Powstaje pytanie jak zło plenić? Czy każdy fakt podobny stawiać przed oblicze Sędziów Izby Lekarskiej? Zginęliby pod nawałem spraw i papieru. Szkoda ich trudu. Przytem echo spraw przenikałoby zbyt słabo do ogółu lekarzy.

Sądzę, że niema innej drogi, jak tylko piętnować w prasie lekarskiej tych pomniejszycieli godności naszej. Być może, iż nieustanne pouczanie o tem, czego czynić nie należy, przywoła do zwykłej uczciwości wszystkich, którzy o niej zapominają.

A jeśli oporni nie rozumieją lub zrozumieć nie zechcą aluzyj narazie bezosobowych, wtedy trzeba będzie pociągnąć ich do odpowiedzialności bezpośredniej i żądać zdania sprawy ze słów i czynów.

Sądzę, że groźba i „memento”, wykazujące, że jeszcze nie wszystkich uspiła apatja moralna, dadzą bodziec pewnym indywidualom do „niezaśmiecania” życia.

Z a n d o w a (Warszawa)

# Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

## Rok skoordynowanej walki z gruźlicą w Łodzi.

Podał

Aleksander MARGOLIS (Łódź).

Niewątpliwie, w żadnej dziedzinie medycyny społecznej nie rozwinęła się tak ekstensywnie działalność ze strony państwa, samorządów i instytucyj społecznych, jak to się dzieje na polu walki z gruźlicą. Przez szereg dziesięcioleci uwaga społeczeństwa w dziedzinie medycyny zapobiegawczej była prawie wyłącznie skupiona koło gruźlicy i tu też zapoczątkowane zostały metody działania, które dopiero później zaczęto przeszczepiać i na inne tory. Akcją tą początkowo prowadziły zrzeszenia i ligi przeciwgruźlicze, następnie zainteresowały się nią samorzady, państwo, wreszcie instytucje ubezpieczeń społecznych.

Z rozrostem akcji przeciwgruźliczej, który doprowadził do powstania szeregu różnorodnych instytucyj do walki z gruźlicą zaczął się dawać we znaki brak jednolitości, skutkiem czego różne organizacje, prowadzące tę samą akcję, działają, aczkolwiek obok siebie, jednak niezależnie od siebie. Jest to poniekąd partyzantka, prowadzona przez poszczególne oddziały, stawiające sobie ten sam cel, mające te same taktyczne zadania. Brak jednak wspólnego strategicznego zespolenia musi doprowadzać do nieekonomicznej straty sił z jednej strony, do nierównomiernego podziału tych sił na poszczególnych polach walki — z drugiej.

Dlatego też na Zachodzie od szeregu lat stało się zagadnienie skoordynowania walki z gruźlicą (mówimy w tej chwili wyłącznie o tej specjalnej dziedzinie, aczkolwiek samo zagadnienie jest znacznie szersze; dotyczy bowiem zespolenia całokształtu organizacji medycyny zapobiegawczej).

Wagi szczególnej nabiera sprawa ta od czasu kiedy Kasy Chorych, które próbowały początkowo ograniczyć swą działalność ściśle i wyłącznie do leczenia chorób, zaczęły się interesować stroną zapobiegania chorobom, co jest zupełnie naturalne i zrozumiałe. A że Kasy Chorych — przynajmniej na Zachodzie — traktują już obecnie udział swój w akcji zapobiegawczej bardzo poważnie, świadczą uchwałą międzynarodowej konferencji pracy z r. 1927, która w punkcie, dotyczącym ubezpieczeń na wypadek choroby, poświęca specjalny ustęp zapobieganiu chorobom. Uchwała ta stwierdza, iż większości chorób zapobiec można, co przyczyni się do zmniejszenia utraty zdolności do pracy, zaoszczędzi środki, wydawane z powodu już powstałej choroby i „podniesie poziom gospodarczy, duchowy i etyczny ogółu ludności”. Uchwała domaga się dalej współpracy instytucyj ubezpieczeń społecznych w dziedzinie walki z chorobami społecznymi według jednolitego planu, obejmującego wszystkie zmierzające ku temu samemu celowi organizacje.

Uchwała powyższa nie wskazuje ani konkretnych form współpracy, ani też nie nakreśla jednolitego planu. Warunki, w których pracują różne organizacje przeciwgruźlicze, są tak odmienne nie tylko w różnych krajach, lecz i w poszczególnych

miastach, że samo życie powinno podyktować, jak w danej miejscowości należy zorganizować współpracę.

W Polsce zagadnienie skoordynowania walki z gruźlicą stało się od lat kilku na porządku dziennym. Sprawa ta była tematem obrad zjazdów przeciwgruźliczych, toczyły się pertraktacje pomiędzy Polskim Związkiem Przeciwgruźliczym a Państwowym Związkiem Kas Chorych, lecz — o ile jest mi wiadome — realnych form współpracy nigdzie jeszcze nie przybrała z wyjątkiem Łodzi.

Wobec tego, że obecnie minął rok istnienia skoordynowanej walki z gruźlicą w Łodzi, że roczny okres możemy traktować jako okres próbny i że okres ten wykazał żywotność tej formy, którą przyjęliśmy w Łodzi, uważam za swój obowiązek podzielić się naszym doświadczeniem z ogółem działaczy na polu walki z gruźlicą.

Sytuacja w Łodzi w chwili podjęcia przez Wydział Zdrowotności Publicznej Magistratu inicjatywy skoordynowania walki z gruźlicą przedstawiała się w sposób następujący. Na terenie miasta bezpośrednia walka z gruźlicą prowadzona była przez dwie instytucje: Magistrat przez jego Sekcję do walki z gruźlicą i Robotnicze Towarzystwo Przyjaciół Dzieci. Obie te instytucje posiadają poradnie przeciwgruźlicze, uposażone w ogólnie przyjęty aparat rozpoznawczy i personel wywiadowczy. Już samo niezależne od siebie współistnienie tych dwu organizacji powodowało widoczną nieprodukcyjną stratę sił i środków. Poradnie znajdowały się terytorjalnie blisko od siebie w tych samych dzielnicach miasta, wówczas gdy całe inne dzielnice były poradni pozbawione. Ci sami chorzy, względnie obawiający się choroby, wędrowali od jednej poradni do drugiej, co powodowało stratę czasu, sił i środków materialnych na zbędne ponowne badania i wywiad. Te ujemne strony tak rażąco rzucały się w oczy, że zasadnicza konieczność skoordynowania akcji Miejskiej Sekcji do walki z gruźlicą z wymienionym Towarzystwem dla obu siron nie ulegała wątpliwości.

Ale jednocześnie jasne było, że prowadzenie planowej systematycznej akcji przeciwgruźliczej w Łodzi — mieście par excellence robotniczym, gdzie do  $\frac{2}{3}$  ludności korzysta z pomocy lekarskiej Kasy Chorych, a wśród tych sfer, na które rozciąga się działalność poradni przeciwgruźliczych odsetek ten wzrasta jeszcze znacznie — jest bez udziału Kasy Chorych niemożliwe.

Aczkolwiek Kasa Chorych w zasadzie ograniczała się wówczas wyłącznie do leczenia swych członków chorych na gruźlicę, tu jednak spotkaliśmy dobrą wolę i zrozumienie potrzeby zwrócenia uwagi również na dział zapobiegawczy. Mniej jasna była sprawa ewentualnej samodzielnej własnej organizacji zapobiegawczej, prowadzonej przez samą Kasę Chorych. Po kilku konferencjach ustaliliśmy jednak zasadnicze wytyczne planu, którego podstawy można ująć w tezach następujących:

1) Akcja zapobiegawcza nie może obejmować oddzielnie ludność ubezpieczoną, oddzielnie zaś nie-

ubezpieczoną. Różnica występuje tylko w dziedzinie leczenia, które ściśle związane jest z obowiązkiem ponoszenia kosztów leczenia przez Kasę Chorych.

2) Poradnie przeciwgruźlicze opiekują się nie tylko poszczególnymi osobnikami, lecz objektem ich działania jest ognisko gruźlicze, t. zn. całe otoczenie chorego w znaczeniu współmieszkańców jego. Do takiego otoczenia należeć mogą jednocześnie ubezpieczeni jak i nieubezpieczeni. Rozbicie zaś otoczenia na różne poradnie jest niecelowe, a więc niewskazane.

3) Opieka nad osobnikiem, pochodzącym z ogniska gruźliczego, powinna być stała, a więc niezależna od ustawowych terminów świadczeń dla niego ze strony Kasy Chorych. Stosunek zaś danego osobnika do Kasy Chorych nie jest stały zarówno przez wzgląd na ustawowe terminy, jak i przez wzgląd na możliwe zmiany w rodzaju zajęcia jego.

4) Wobec powyższego akcją zapobiegawczą Kasa Chorych przekazuje poradniom przeciwgruźliczym, wspomagając je materialnie, sama zaś zachowuje wspólny z istniejącymi na terenie miasta organizacjami t. j. Magistratem i Rob. Tow. Przyjaciół Dzieci nadzór nad całą akcją. Nadzór ten przejawia się w utworzeniu razem z wymienionymi instytucjami Rady Naczelnej walki z gruźlicą w Łodzi, i w jej rękach spoczywać ma ogólne kierownictwo całą walką z gruźlicą na terenie Łodzi.

W wyniku wstępnych konferencji, rozpoczętych na wiosnę w r. 1928, odbyło się 15.X.1928 r. pierwsze posiedzenie Rady Naczelnej walki z gruźlicą w Łodzi. Na posiedzeniu tem uchwalony został statut Rady, który *in extenso* na tem miejscu przytaczamy.

#### Statut organizacyjny Rady Naczelnej walki z gruźlicą w Łodzi.

- § 1. Rada naczelna walki z gruźlicą w Łodzi obejmuje ogólne kierownictwo nad całokształtem walki z gruźlicą na terenie miasta zarówno w zakresie zapobiegania jak i leczenia.
- § 2. W skład Rady wchodzi po dwu przedstawicieli: Wydziału Zdrowotności Publicznej Magistratu m. Łodzi, Kasy Chorych i Robotniczego Towarzystwa Przyjaciół Dzieci pod przewodnictwem przewodniczącego Wydz. Zdrow. Publ. Magistratu. Rada posiada stałego sekretarza w osobie kierownika Sekcji do walki z gruźlicą Magistratu.
- § 3. Rada prowadzi na podstawie kart statystycznych ułożonych przez siebie kartotekę ognisk gruźliczych i sprawuje kontrolę nad działalnością poszczególnych poradni, prowadzących akcję zapobiegawczą przeciwgruźliczą. Akcję zapobiegawczą prowadzą poradnie Sekcji do walki z gruźlicą Magistratu i Rob. Tow. Przyjaciół Dzieci. Akcję tę rozwijają te poradnie również i w stosunku do środowisk gruźliczych, stwierdzonych przez przychodnie i lekarzy Kasy Chorych, wzmianki czego Kasa Chorych okazuje tym poradniom pomoc materialną na podstawie wzajemnych umów. Adresy środowisk gru-

źliczych zgłaszają poradnie przeciwgruźlicze i przychodnie Kasy Chorych bezpośrednio do centralnej kartoteki Rady.

- § 4. Rada prowadzi statystykę gruźlicy na terenie m. Łodzi.
- § 5. Poradnie przeciwgruźlicze Magistratu i Rob. Tow. Przyjaciół Dzieci składają Radzie trzymiesięczne sprawozdania ze swej działalności.
- § 6. Rada decyduje o jednolitym sposobie postępowania przez wszystkie poszczególne poradnie w zakresie zapobiegawczym.
- § 7. Rada reguluje wzajemne stosunki między poszczególnymi poradniami.
- § 8. Rada wskazuje lub zatwierdza punkty powstania nowych poradni.
- § 9. Rada prowadzi ewidencję szpitalnych i sanatoryjnych łóżek dla chorych gruźliczych na terenie m. Łodzi.
- § 10. Rada opinuje, projektuje i występuje z wnioskami o tworzeniu nowych oddziałów szpitalnych, sanatorjów i poradni gruźliczych.
- § 11. Posiedzenie Rady zwołuje przewodniczący conajmniej raz na trzy miesiące. Posiedzenia są prawomocne bez względu na liczbę obecnych.
- § 12. Siedzibą Rady jest Sekcja do walki z gruźlicą Magistratu m. Łodzi.

Pracę poradni Rada uregulowała w ten sposób, że miasto podzielone zostało na 6 rejonów. Każdy rejon przydzielono do jednej z istniejących poradni. Każdy przypadek gruźlicy, wykryty bądź przez jedną z poradni przeciwgruźliczych, bądź przez lekarzy Kasy Chorych, bądź w inny sposób poznany, jest na specjalnym druku zgłaszany bezpośrednio do centralnej kartoteki Rady. Ztąd zawiadamia się odnośną — według miejsca zamieszkania chorego — poradnię, która podejmuje opiekę nad ogniskiem gruźliczym. Przedewszystkiem zostaje wysłana przez poradnię wywiadowczyni, która dokonywa dokładnego opisu warunków danego ogniska; opis zostaje przesłany również do centralnej kartoteki. Wywiadowczyni uświadamia otoczenie i namawia je do zgłoszenia się do poradni. Centralna kartoteka posiada zarówno wykaz ognisk gruźliczych jakoteż i wynik badań indywidualnych. W ten sposób umożliwione jest ujednostajnienie stosowania środków zaradczych w każdym poszczególnym przypadku, regulowanie ruchu chorych do sanatorjów i prewentyj, unika się rozpraszania energii i pracy.

Wyniki liczbowe działalności Rady przedstawiają się jak następuje.

Ogółem kartoteka centralna otrzymała w ciągu roku 5955 meldunków o przypadkach gruźlicy. Z tego 393 przypadki dotyczyły gruźlicy zamkniętej dorosłych, wobec czego nie zostały uznane za ogniska gruźlicze. Natomiast włączono do kartoteki ognisk gruźliczych 5495 meldunków, dotyczących przypadków gruźlicy otwartej i względnie otwartej jakoteż gruźlicy zamkniętej dzieci, którą pod względem epidemiologicznym traktujemy narówni z gruźlicą otwartą dorosłych. Do gruźlicy względnie otwartej zaliczamy przypadki gruźlicy wysiękowej czynnej bez stwierdzonych narazie laseczników w płwocinie.

We wszystkich tych ogniskach dokonano wy-

wiadów. Prócz tego dokonano 1008 wywiadów powtórnych, mających na celu sprawdzenie wykonania zaleconych środków. Czyli razem wywiadowczyń poradni dokonały 6503 odwiedzin. Na skutek propagandy odwiedzających wywiadowczyń, zgłosiło się do poradni 2709 osób z otoczenia chorych. Wartość sprowadzania do poradni osób, z otoczenia chorego, uważających się za zdrowych, ilustruje fakt, że z liczby tych 2709 osób, stwierdzono obecność gruźlicy u 1455 czyli w 53,7%. A jeszcze efektywniejsze jest to, że w tej liczbie u 720 osób stwierdzono gruźlicę czynną. Sprowadzenie osób tych do poradni spowodowało dopiero rozpoczęcie leczenia ich.

Stwierdzenie obecności gruźlicy w otoczeniu chorego, zupełnie nieświadomem choroby daje tak namacalne, nawet dla zupełnie nieświadomych korzyści, że przyczynia się w wielkim stopniu do popularyzacji idei poradni. Dowodem tego jest wzrost życzliwości do wywiadowczyń i poradni ze strony ludności. Szczególnie spostrzegliśmy ostatnio chętnie zgłaszanie się do poradni otoczenia zmarłych na gruźlicę. Te ogniska zostają wszystkie przez wywiadowczyń poradni odwiedzane w miarę otrzymania przez biuro Rady zawiadomień o zgonach gruźliczych.

Jak powiększyła się działalność poradni po wprowadzeniu koordynacji, świadczą liczby porów-

nawcze roku poprzedniego i ostatniego. W roku przed powstaniem Rady, wszystkie poradnie — zarówno miejskie jak i Rob. Tow. — udzieliły 37887 porad, w roku po powstaniu Rady 55579.

Prócz roboty czysto koordynacyjnej, Rada zorganizowała 4-tygodniowy kurs dokształcający dla wywiadowczyń przeciwgruźliczych, który przeszło 50 słuchaczek. Ostatnio Rada przystąpiła do organizacji na szerszą skalę ochronnych szczepień przeciwgruźliczych metodą Calmette - Guerin, wydała w tym celu odezwę do lekarzy, wszczęła akcję propagandową wśród akuszerki i ludności. Prowadzenie podobnych akcji bez skoordynowania byłoby w naszych warunkach jeśli nie wogóle niemożliwe, to w każdym razie wysoce utrudnione.

Sposób koordynacji walki z gruźlicą, wprowadzony w Łodzi, nie jest naturalnie jedynie możliwy. Ale w warunkach naszych — a przypuszczalnie i w warunkach większej części miast polskich — jest on najbardziej praktyczny, najbardziej elastyczny, pozostawiając zupełną samodzielność w sprawach organizacji wewnętrznej, należących do Rady instytucyj, jednocześnie ujmując ich działalność w formy jednolite. Nie ulega wątpliwości, że dalszy rozwój wprowadzi pewne modyfikacje, a przede wszystkim będzie miał na celu większą stabilizację samej organizacji porozumienia.

## O d c i n e k

L. ZAMENHOF.

### DZIEJE MEDYCYNY

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45.)

#### Okres empiryczno-metodyczny.

Genjusz Hippokratesa na długie lata wyczerpał wszelką twórczość w medycynie. Ci, co po nim przyszli, zajęli się głównie komentowaniem i modyfikowaniem olbrzymiej spuścizny po mistrzu.

W pierwszym rzędzie należy wymienić tu empiryków, którzy indukcję Hippokratesa doprowadzili do ultracyzmu. Odrzucali oni zgóry wszelką apriorystyczną spekulację, do której zaliczali nawet anatomję i fizjologję i całe postępowanie swoje opierali wyłącznie na spostrzeżeniach klinicznych. Byli to przedstawiciele krańcowego kierunku empiryczno-indukcyjnego, który jednak odegrał dużą rolę jako przeciwwaga wciąż jeszcze potężnych w owym czasie prądów spekulacyjno-dedukcyjnych.

Drugą szkołę stanowili metodycy, którzy usiłowali wprowadzić do ideologii medycyny nowy kierunek. Na miejsce witalistyczno-fizjatrycznej teorii Hippokratesa wprowadzili teorię mechaniczno-fizykalną. Ciało, według nich, miało składać się z oddzielnych cząsteczek (*Onkoi*). Choroba zaś była następstwem bądź ich rozluźnienia (*status laxus*), bądź zbyt wielkiego napięcia (*status strictus*). Oni też zainicjowali stosownie do tego poglądu system terapeutyczny, polegający na zabiegach mechanicznych, jak masaż, gimnastyka, hydroterapia i t. p. Pomimo zupełnie apriorystycznej podstawy tej teorii znalazła ona wielu zwolenników

w różnych okresach dziejów medycyny, będąc odpowiednio modyfikowana stosownie do zdobytych pozytywnej wiedzy lekarskiej.

*Status laxus* i *strictus* w nowoczesnych czasach odrodziły się, jak feniks z popiołów, w nowej postaci *sympathico* — i *vagotonji*.

Okres po-hippokratesowski liczył wielu głośnych lekarzy, lecz o nich przeważnie pozostały tylko anegdoty, które świadczą, że nie dorosli oni ani duchem, ani myślą Hippokratesowi, a odznaczyli się głównie dużą butą i zarozumiałością. Takim był

#### Menekrates

z Syrakuz, który nadał sobie przydomek Jowisza, a wyleczonym przez siebie pacjentom porozdawał tytuły Apollina, Eskulapa i t. p. Sam on nosił na głowie złotą koronę. Był to klasyczny szarlatan owego czasu. Filip Macedoński, pragnąc upokorzyć jego pychę, zaprosił go pewnego razu do siebie wraz z jego orszakiem uczniowskim. Służba w niezliczonych naczyniach roznosiła potrawy gościom, Menekratesowi zaś podawała wyłącznie wino i kwiaty. Kiedy Menekrates próbował zaprotestować przeciwko takiemu wyróżnieniu, król oświadczył mu, że bogom należą się przecież potrawy boskie..

#### Erazistratos z Kos.

Była to wybitniejsza jednostka owego okresu. Założyciel wielkiej szkoły medycznej. Studjował on nawet anatomję mózgu i pierwszy ogłosił pracę o nim, jako o ośrodku duszy. Zdobył sobie rozgłos przez rozpoznanie „choroby miłości” Antiocha, syna króla Seleukosa. Dokonał tego z pomocą bardzo po-

mysłowego manewru. Przeczując, że przyczyną choroby była sprawa miłosa, zaprosił wszystkie damy z orszaku królewskiego do namiotu królewicza. Trzymając rękę na sercu Antiocha, pilnie śledził bicie jego przy ukazaniu się każdej z pań dworu, aż wreszcie wyczuł szybsze tętno przy zjawieniu się pięknej Stratonike, ulubienicy króla. Rozpoznanie było już nietrudne.

Stwierdziwszy w ten sposób przyczynę choroby, Erazistratos zdecydował się na śmiałą terapię. Oświadczył, mianowicie, królowi z udanym smutkiem, że przyczyną choroby królewicza była miłość do jego żony. Król zaczął go namawiać, aby poświęcił ją dla uratowania królewicza, dodając, że na jego miejscu uczyniłby to samo. Wówczas Erazistratos wyjawiał istotny stan rzeczy. Król musiał dotrzymać swego słowa i poświęcić Stratonike na rzecz swego syna. Piękna ta anegdota, czy też zdarzenie prawdziwe, uwieczniona została przez artystę malarza Pietro de Costona w precudnym obrazie pod tytułem „Antiochus i Stratonike” przedstawiającym scenę badania Antiocha przez Erazistratosa w obecności przedmiotu jego miłości.

### Okres Rzymski.

U Rzymian medycyna przez długie lata była w dużym zaniedbaniu. Pomimo bliskiego sąsiedztwa Grecji i wysokiego w niej rozwoju medycyny, lecznictwo w Rzymie znajdowało się niemal wyłącznie w rękach szarlatanów. Pierwsze zaczątki rzymskiej literatury medycznej spotykamy u Porcjusza Katona, który w swej książce o gospodarstwie wiejskiem poświęca nieco miejsca receptom i poradom lekarskim w różnych uszkodzeniach ciała.

Z okresu tego przechowało się dużo satyr pod adresem ówczesnych lekarzy. W Rzymie był zwyczaj, że lekarze odwiedzali pacjentów przy asyście swych uczniów, którym demonstrowali chorych, odbywając w ten sposób swe wykłady. Martial w dowcipny sposób opisuje jedną z takich wizyt lekarza Symmachusa przez usta badanego w ten sposób chorego. „*Centum me tetigere manus aquilone gelata, febrim non habui, nunc habeo*”. „Sto zimnych rąk dotknęło mego ciała, dotąd nie miałem gorączki, teraz ją mam.”

Pierwszym lekarzem, który cieszył się większym poważaniem w Rzymie był

### Asklepiades

grek z pochodzenia. Wsławił się, jako jeden z twórców szkoły metodycznej. Jemu przypisują również wprowadzenie nowej zasady w lecznictwie: „*cito, tuto et jucunde*”. Nie uznawał on lekarstw i posługiwał się wyłącznie djetetyką oraz mechano- i psychoterapią. Stosował u chorych głównie muzykę, śpiew i deklamację. System ten pod względem naukowym mało budujący. Warto jednak o nim przypomnieć tym wszystkim, którzy dziś napróżno wysilają swój umysł w kierunku nowych dróg psychoterapii. W każdym razie przydałoby się bardzo wprowadzić nieco pogody i radości do ponurego systemu powagi dzisiejszych augurów medycyny.

Prawdziwy rozkwit sztuki lekarskiej zawdzięcza Rzym dopiero genialnemu Galenowi.

### Claudius Galenus.

Urodził się w Pergamonie w Azji Mniejszej w r. 131 po Chr., zmarł w r. 201 w Rzymie.

Jak Hippokrates zaczął swe studia od filozofii. W licznych swych pracach bronił zasady, że dobrym lekarzem może być tylko człowiek filozoficznie wykształcony. Pozostawił olbrzymią spuściznę duchową, obejmującą przeszło 250 prac, z których sto z górą przechowały się do dnia dzisiejszego. Był to jedyny umysł, który mógł dorównać swym niezwykle rozmachem genjuszowi Hippokratesa.

Główna zasługa Galena polega na znacznym pogłębieniu anatomji, fizjologii, semiotyki i terapii. Cn uporządkował chaotyczne poglądy empiryków i metodologję, wprowadził eksperymentalną fizjologję i zapoczątkował neurologję. Wydał 9 książek, poświęconych wyłącznie lecznictwu, wprowadził recepturę (*Galenica*), sklasyfikował chaotyczną przed nim farmakologję, którą ogłosił w 28 tomach. On rozszerzył hippokratesowskie pojęcie o indywidualności i wprowadził nowe pojęcie o konstytucji. Wreszcie pozostawił olbrzymią spuściznę w dziełach, poświęconych sprawom społecznym i filozoficznym.

Jeżeli co do Hippokratesa i jego wiekopomnych zasług dla medycyny mogą w szczegółach zachodzić spory o autentyczność przypisywanych mu prac naukowych, to, co dotyczy Galena, który żył znacznie później od niego, wątpliwości te są o wiele mniejsze. Dlatego też jest wprost niepojęte, jak tego wszystkiego mógł dokonać jeden człowiek, który przecież poza nauką cieszył się olbrzymią praktyką lekarską? Na to możliwa jest tylko jedna odpowiedź — że genjuszom nie zakreślone są granice możliwości.

Jakkolwiek Galen był zwolennikiem Hippokratesa, między tymi dwoma genjuszami zachodziła zasadnicza różnica w metodyce. Hippokrates był zwolennikiem wyłącznie indukcji, Galen zaś, opierając się na olbrzymim materiale naukowym, zdobytym przed nim i przez niego samego, skłaniał się ku systemowi mieszanemu — indukcyjnno-dedukcyjnemu. Jego dewizą była zasada Arystotelesa: „*nihil est in sensu, quod non antea fuerit in intellectu*”.

To holdowanie teorii apriorystyczno-aksjomatycznej musiało wpłynąć na obniżenie wartości nauki Galenowskiej, która przez swoją subiektywność okazała się mniej trwałą niż czysto obiektywny światopogląd Hippokratesa. Tem też tłumaczy się, dlaczego podstawy Hippokratesowskiej teorii przetrwały tysiąclecia, nie straciwszy do dnia dzisiejszego swej wartości klinicznej, kiedy Galen musiał ustąpić w ogniu krytyki późniejszej.

Galen na wzór Hippokratesa wysoko dźwignął sztandar medycyny nie tylko pod względem naukowym, lecz i etycznym. Występował ostro przeciw upodleniu współczesnych mu lekarzy, nazywając ich złoczyńcami bezkarnie grasującymi na ulicach Rzymu. Niezbyt wysoką kulturą musieli odznaczać się współcześni Galenowi lekarze rzymscy, jeżeli w uwagach im poświęconych daje on wskazówki, jak mają ubierać się, zachowywać wobec chorych, nie jadać czosnku, cebuli i innych cuchnących potraw, nie „śmierdzić, jak koźły”, i nie być pijanym!

O wszystkich wielkich ludziach pozostawały zawsze anegdoty które usiłowały zmniejszyć ich zasługi. O Galenie jego krytycy opowiadają, że był pyszałkowany i niezwykle zarozumiały, że uznawał jedynie autorytet Hippokratesa, że, będąc twórcą realistycznego kierunku w medycynie, sam w stosunku do siebie pozostał zabobonnym. Kiedy w młodości zachorował na zapalenie płuc, zjawiał mu się we

śnie Asklepios i polecił upust krwi. Galen zastosował się do tej rady i wyzdrowiał. Ten sam bóg jakoby ukazał się Galenowi, kiedy zamierzał towarzyszyć Markowi Aureluszowi w wojnie przeciw Germanom i ostrzegł go, aby nie brał w niej udziału. To miało uratować go od śmierci.

Z okresu tego, jako westchnienie do idealniejszych stosunków, pozostała opowieść o dwóch braciach

### Cosmas i Damian

którzy ze skrupulatnością bez zastrzeżeń służyli sztuce lekarskiej. Według nakazu boskiego: „otrzymaliście darmo, zwróćcie również darmo”, czynności swe pełnili zupełnie bezinteresownie. Pewnego razu Cosmas zdradził ten piękny nakaz. Jego brat Damian, zrozpaczony z tego powodu, zastrzegł sobie, aby po śmierci nie pochowano ich obok siebie. Na czym polegało przestępstwo Cosmаса? Odważył się on, jako dowód wdzięczności, przyjąć od pewnej wieśniaczki, którą uratował od śmierci, aż dwa jajka! Przypuszczalnie przestępstwa takiego nie wybaczonoby mu i w naszych czasach, ale już z zupełnie innych motywów.

### Aulus Cornelius Celsus.

Drugą wybitną jednostką w dziejach medycyny za czasów rzymskich był Cornelius Celsus z wykształcenia właściwie literat. Żył on za panowania Tyberjusza i Nerona. Był twórcą encyklopedji, w której opracował filozofję, retorykę, rolnictwo i medycynę, a nawet sztukę wojenną. Pozostały po nim dziwnym zbiegiem okoliczności dzieła poświęcone tylko medycynie: „*De medicina*”. Niezmiernie ciekawe są poglądy tego autora, który uprawiał medycynę, jako zajęcie dodatkowe. W szczególności i systematycznie opracowanych działach o ówczesnej sztuce lekarskiej spotykamy z encyklopedyczną drobiazgowością opisy wszystkich dziedzin. Zwłaszcza starannie opracowany jest dział chirurgiczny, z którego widzimy, że już wówczas stosowano szereg operacji subtelnych, jak herniotomia, usuwanie kamieni z pęcherza, zszywanie wargi zajęczej oraz niektóre zabiegi położnicze, jak obrót na główkę i t. p.

Celsus pozostawił po sobie wiele przepisów deontologicznych i głębokich aforyzmów. Oto niektóre najcharakterystyczniejsze.

„Medycyna jest sztuką opartą na domyśle — *ars conjecturalis*, gdzie wnioski często sprawają się, choć nierzadko zawodzą. Skoro przeto ktoś na wiele przypadków raz jeden zawodzi, nie traci on na wartości”,

„Należy przekładać w leczeniu nadzieję wątpliwą nad zwątpienie”.

„Wytrwałość lekarza często zwycięża chorobę”.

„Prawdziwie wielki lekarz przyznaje się do swoich błędów, tylko umysły płytkie, nic nie posiadające, niczego sobie nie ujmują” (*Levia ingenia quia nihil habent, nihil sibi detrahunt*).

„Człowiekowi wielkiego ducha, któremu i tak jeszcze wiele pozostanie, przystoi otwarcie przyznać się do swej pomyłki, zwłaszcza w sprawie która przekazuje się potomności dla pożytku innych”.

„Nie można sztuce lekarskiej przypisać winy, jaka spada na jej wykonawców”.

### Okres wczesnego średniowiecza.

Genjusz Hippokratesa i Galena obficie użył głębi medycyny przez rzucenie posiewu twórczych myśli tych dwóch olbrzymów ducha. Okres wczesnego średniowiecza nie był podatnym podłożem do nowych tryumfów sztuki lekarskiej. Przeszedł on całkowicie na opracowaniu tego, co pozostało po dwóch nieśmiertelnych mistrzach.

Doktrynerski duch orientalistycznej nauki, wprowadzony na widownię świata przez Arabów, skłaniał się raczej w kierunku arystotelesowsko-galenowskim, niż racjonalizmu Hippokratesa — „*experimentum ac ratio*”. Jeszcze więcej niż okres arabski rozwinął światopogląd galenowski okres scholastyki, który ujął medycynę w sztywną formę dogmatyki, opartej na syllogizmach. Był to okres kompletne go zeszytynienia nauki lekarskiej. Medycyna, która niedawno zdołała wyzwolić się z opieki świątyni, została ponownie do nich wtrącona i przywdziała szaty medycyny klasztornej, poświęconej nie tyle nauce, ile celom religijnym. Zaczęło się wyrazić w najwybitniej w stosunku do chirurgji, której uprawianie było nawet oficjalnie wzbronione (*Ecclesia abhorret a sanguine*). Było niedopuszczalne, aby uczony lekarz zajmował się tą dziedziną (*inhonestum magistrum in medicina manu operari*).

(D. c. n.)

## Wiadomości bieżące.

— W Krynicy odbędzie się dnia 4—6 Stycznia r. 1930

III Zjazd Lekarski.

Program Zjazdu:

4-go stycznia 1930 r.

Godzina 10. Otwarcie Zjazdu przez prezesa Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy D-ra Stanisława Lewickiego. Wybór Prezydium Zjazdu. Przemówienie oficjalne.

Godzina 11. Posiedzenie naukowe:

1. Prof. Dr. Wincenty Jezierski (Poznań): Wpływ hormonów na akcję serca.

2. Doc. Dr. Antoni Sabatowski (Lwów): Zimowe leczenie uzdrowiskowe w stosunku do zjawisk okresowych w biologji człowieka.

Godzina 12—14. Imprezy sportowe (Międzynarodowe zawody hokeyowe Węgry-Polska).

Godzina 14. Śniadanie, wydane przez Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy.

Godzina 16.30. Posiedzenie naukowe:

3. Dr. Jakób Węgierko (Warszawa): Istota i leczenie nerwic wegetatywnych.

4. Dr. Teofil Kucharski (Poznań): O stosowaniu i skuteczności hormonów w praktyce lekarskiej.

5. Prof. Dr. Marjan Franke (Lwów): Ważność badania przemiany spoczynkowej (podstawowej) w schorzeniach gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu.

6. Doc. Dr. Aleksander Oszaeki (Kraków): Znaczenie badania gazów dla rozpoznawania i leczenia chorób wewnętrznych.

7. Prof. Dr. Rafał adziwiłowicz (Wilno): Układ autonomiczny a wydzielanie wewnętrzne.

Dyskusja.

5-go stycznia 1930 r.

Godzina 8—10. Zwiedzanie zdrojowiska.

Godzina 10. Posiedzenie naukowe:

8. Dr. Maksymilian Blassberg (Kraków): Nowoczesne leczenie cukrzycy w zdrojowiskach.
9. Doc. Dr. Filiński (Warszawa): Rola przemiany materji w zaburzeniach krążenia i wytyczne w ich leczeniu.
10. Dr. Anastazy Landau (Warszawa): Współczesne poglądy na istotę i leczenie moczówki cukrowej.
11. Dr. Artur Chwalibogowski (Lwów): Cukrzyca u dzieci
12. Dr. Jakób Węgierko (Warszawa): Leczenie cukrzycy w świetle dawnych i nowych poglądów.
13. Doc. Dr. Franciszek Łabendziński (Poznań): Insulina a narząd krążenia.

## D y s k u s j a.

Godzina 16.30. Posiedzenie naukowe:

14. Prof. Dr. Franciszek Groer (Lwów): Rola skóry w chemizmie wewnętrznym ustroju.
15. Doc. Dr. Stanisław Klejn (Warszawa): Rola wątroby w gospodarce wodnej ustroju.
16. Doc. Dr. Mieczysław Wierzuchowski (Warszawa): Cukrowa przemiana materji z punktu widzenia klinicznego.
17. Dr. Witold Skórczewski (Krynica): Wpływ leczenia kąpielowego w Krynicy na obraz ortodiagnostyczny serca.
18. Doc. Dr. Adam Elektorowicz (Warszawa): Znaczenie kliniczne badania rentgenologicznego w schorzeniach kiszki grubych.

Godzina 21. Bankiet dla uczestników Zjazdu wydany przez Zarząd Zdrojowy, Zwierzchność Gminną i Komisję Zdrojową.

6-go stycznia 1930 r.

Godzina 10. Posiedzenie naukowe:

19. Dr. Samuel Liniecki (Łódź): Gościec przewlekły a zaburzenia hormonalne.
20. Doc. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski (Warszawa): temat zastrzeżony.
21. Prof. Dr. Ludomił Korczyński (Kraków): temat zastrzeżony.

## D y s k u s j a.

Godzina 12—14. Imprezy sportowe (zawody narciarskie skoki).

Godzina 16.30. Posiedzenie naukowe:

22. Dr. Franciszek Kmietowicz junior (Lwów): Wchłanianie bezwodnika przez skórę w czasie kąpeli kwasowęgłowej.
23. Prof. Dr. Tadeusz Tempka i Dr. Kubiczek (Kraków, doniesienie tymczasowe): Wpływ Zuberu na cholesterynę w ustroju zdrowym i chorym, w porównaniu z działaniem analogicznym innych wód.
24. Dr. Bronisław Braun (Kraków): Wpływ Zuberu na przemianę spoczynową oraz równowagę kwasowozasadową w przebiegu schorzeń gruczołów dokrewnych, zwłaszcza hipertyreoz.
25. Doc. Dr. Włodzimierz Filiński i Dr. Zofja Franio

(Warszawa): Badania nad wpływem zdroju Zuberu na wydzielanie żołądkowe.

26. Badania kliniczne nad wpływem wody ze źródła Karola w Iwoniczu:

Dr. Jerzy Rejchan (Kraków): a) Wydzielanie treści żołądkowej.

Dr. Leon Tochowicz (Kraków): b) Wydzielanie treści dwunastnicowej, c) Przemiana spoczynkowa.

## D y s k u s j a.

Z a m k n i ę c i e Z j a z d u.

Godzina 22. Raut i Bal lekarski w wielkiej sali balowej Domu Zdrojowego.

Podczas Zjazdu czynną będzie Wystawa środków leczniczych.

Warunki uczestnictwa: Wkładka członkowska 40 zł. wkładka osoby towarzyszącej 30 Zł.

Karta uczestnictwa upoważnia do udziału w posiedzeniach i zwiedzaniu zdrojowiska, bezpłatnej kwatery, udziału w dwóch przyjęciach Zjazdu przez Stowarzyszenie Lekarzy i Władze miejscowe, udziału w raucie i balu lekarskim, bezpłatnych zabiegów leczniczych i zniżki kolejowej w drodze powrotnej.

Członkowie Zjazdu otrzymają bezpłatnie po wydrukowaniu Pamiętnik III. Zjazdu ze wszystkimi przemówieniami i dyskusją *in extenso*.

Zgłoszenia uczestnictwa przyjmuje sekretarz generalny Zjazdu: Dr. Witold Skórczewski, Krynica.

Krynica, w październiku 1929 r.

Dr. Witold Skórczewski

Dr. Stanisław Lewicki

Sekretarz generalny III. Zjazdu Lek. Prezes Stow. Lekarzy.

Imprezy sportowe będą obejmowały: Zawody hokeyowe, zawody narciarskie, skoki narciarskie z wielkiej skoczni, zawody saneczkowe, popisy w sztucznej jeździe na lodzie.

Komitet organizacyjny Zjazdu nie jest w stanie wysłać do wszystkich lekarzy polskich, których liczba sięga już 10.000 szczegółowe programy obrad, natomiast prosi kolegów, którzy zjazdemby się chcieli zainteresować, o zwrócenie się do sekretarza generalnego Zjazdu, który odwrotnie prześle wszystkie informacje dotyczące Zjazdu.

— W związku z zakończeniem Powszechnej Wystawy Krajowej w Poznaniu dowiadujemy się, że Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn, Sp. Akc. w Warszawie wystawiały preparaty swe po za konkursem.

— Zarząd Rodziny Lekarskiej podaje do wiadomości, że Pan Doktor Adam Przyborski przeznaczył połowę sumy ubezpieczeniowej, jaka się będzie należała po jego śmierci, na cele Stowarzyszenia „Rodzina Lekarska”. (Protokół posiedzenia Zarządu Rodziny Lekarskiej z dnia 10/IX-1929 r. p. 5a)

Notując ten wzniosły fakt ofiarności, w miarę możliwości godny naśladowania, życzymy z głębi serca Wielce Szanownemu Ofiarodawcy, by hojny jego dar znalazł jak najpóźniejsze zrealizowanie.

TRĘŚĆ: L. ANIGSTEIN. Rickettsje jako pasorzyty i symbionty stawonogów. — H. ADELFIANG. O nowej modyfikacji cholecystografji doustnej. — Z. ŚWIDER. O dietetycznym leczeniu gruźlicy (Str. zbior.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy (Dok.) — ZANDOWA. Jak być nie powinno. — L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny (c. d.) — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. ANIGSTEIN. Rickettsia comme parasite et symbiontes des arthropodes. — H. ADELFIANG. Une nouvelle modification de la cholecystographie orale. — Z. ŚWIDER. Traitement diététique de la tuberculose. — ZANDOWA. Ce qui ne doit pas être. — L. ZAMENHOF. L'histoire de la médecine (suite).

## WARUNKI PRENUMERATY:

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

Administracja Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego przeniesiona została do drukarni „SIŁA”, Marszałkowska 71, tel. 334-48.

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96.

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

Drukarnia „SIŁA” Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 334-48.