

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 VII

WARSZAWA, 23 STYCZNIA 1930 R.

Nr. 4

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O tak zwanych nacieczeniach wczesnych i ich znaczeniu w rozwoju suchot płucnych u dorosłych.

Podał

Henryk ADELFRANG (Warszawa).

Nasze dotychczasowe pojęcia i ustalone dogmaty o rozwoju i przebiegu suchot płucnych u dorosłych opierały się przeważnie na badaniach anatomo-patologicznych. Wychodzono z założenia, że gruźlica rozpoczyna się od mikroskopijnego gruzełka, który przez stopniowe nawarstwianie stale się zwiększa i łączy z innymi gruzełkami w jedno większe ognisko. Stwierdzanie prawie w 90% wszystkich sekowanych przypadków zwapniałych ognisk lub starych blizn w szczytach płucnych doprowadziło do poglądu, że suchoty rozpoczynają się przeważnie w szczytach. Dalsze badania sekcyjne już daleko posuniętych spraw chorobowych stwierdzały przeważnie najstarsze zmiany w szczytach, ew. w płatach górnych, zmiany zaś świeższe, późniejsze — w płatach dolnych płuc.

Wszystkie te badania doprowadziły do tego, że cały punkt ciężkości przeniesiono na szczyty i w nich znajdowano początek zwykłej, łagodnie przebiegającej i uleczalnej gruźlicy przeważnie tylko szczytów, jak i ciężkich form suchot płucnych. Klinika uzupełniła te badania t. zw. „katarrem szczytów” i nauką o stopniowym rozwoju gruźlicy płuc.

Powstała klasyfikacja, oparta raczej na spostrzeżeniach i badaniach klinicznych, niż anatomo-patologicznych, (Bleuler, Turban, u nas Sterling).

Ale nawet najnowsze teorie o przebiegu gruźlicy, jak Rankego, Aschoffa, i nowa dualistyczna nie wniosły zasadniczych zmian do sprawy rozwoju suchot płucnych u dorosłych.

Ranke rozróżnia trzy okresy rozwoju gruźlicy i w sposób wprost genialny stara się połączyć odczyn biologiczny ustroju ze zmianami anatomo-patologicznymi w różnych organach. Okres pierwszy charakteryzuje się t. zw. kompleksem pie-

rwotnym czyli pierwotnym ogniskiem, umiejscowionym w jakiegokolwiek części płuc, wtórnie zainfekowanymi gruczołami chłonnymi okołoskrzelowymi i przytchawicznymi, połączonymi wąskim pasmem naczyń chłonnych z ogniskiem. Ognisko pierwotne szybko się goi, wapnieje i imponuje na zdjęciu, jako plamka Ghona. Lecz sprawa w gruczołach węzkowych pozostaje długo czynna i prowadzić może następnie, przy sprzyjających okolicznościach, do zainfekowania dalszych gruczołów i naczyń chłonnych. Przy postępującym schorzeniu pałeczki przedostają się do obiegu krwi. Następuje drugi okres Rankego, okres generalizacji i t. zw. przerzutów (haematogene Metastasierung). Przed tym okresem i podczas niego następują w ustroju znaczne zmiany biologiczne w sensie nadwrażliwości, alergii. Okres ten trwa przez dłuższy lub krótszy czas, zależnie od sił obronnych ustroju, które przy dostatecznej ilości tworzą okres stosunkowej odporności humoralnej (Humoralimmunitaet). Lecz t. zw. predyspozycja poszczególnych części organizmu, zwłaszcza płuc, trwa nadal. I dlatego też dzięki sprawie postępującej, ewentualnie przerzutowej, sprawa chorobowa rozwijać się może dalej. Przechodzimy tedy do trzeciego okresu Rankego, okresu suchot (isolierte Phthise). Między okresem pierwszym i drugim, a zwłaszcza drugim i trzecim istnieje zawsze pewien okres spokoju, okres alergii albo odporności. Te okresy spokoju były Rankemu konieczne do wyłomaczenia wszystkich przejawów biologicznych. Musi bowiem przejść pewien okres czasu, aby tego rodzaju zmiany biologiczne zaszły w organizmie.

Teoria Rankego, w zasadzie genialnie pomyślana, starająca się połączyć zmiany patomorfologiczne z alergią i odpornością, nie miała jednak większego wpływu na nowszy pogląd o rozwoju suchot płucnych. Suchoty już z góry zaliczone zostały do trzeciego okresu Rankego. Powinien był istnieć dłuższy lub krótszy czas między okresem drugim i trzecim, i musiał on rozpocząć się od świeżego trzeciorzędowego ogniska. Klinika i anatomja patologiczna znajdowała je w szczycie płucnym.

Tak samo ogłoszona w roku 1921 nauka Aschoffa, również większego wpływu na stare dogmaty nie wywiera. Dzieli ona przebieg gruźlicy na dwa okresy: zakażenie pierwotne i wtórne (Primaerinfekt und Reinfekt), zważa nieco szczytowy początek suchot płucnych, zaznaczając, iż umiejscowienie zakażenia wtórnego nie musi koniecznie znajdować się w szczytce płucnym, lecz wogóle w górnych płatach. Ale już Aschoff i jego szkoła zaznaczają możliwość zaniku, ewentualnie induracji ogniska wtórnego i temsamem tworzą podłoże późniejszego pojęcia nacieczenia płucnego.

Nowoczesna teoria dualistyczna najwięcej może przyczyniła się do obecnego poglądu na gruźlicę płucną. Trudno bowiem było wtłoczyć w ramki dawnych dogmatów nowsze obserwacje o wysiękowych formach gruźlicy i jej przebiegu. Zaczęto badać rozwój tych form, stwierdzono rzeczy zupełnie nowe, daleko odbiegające od wszystkich starych zapatrywań i teoryj.

Z rozwojem techniki rentgenologicznej i udoskonalonej metodyki badania, a zwłaszcza w przeciągu ostatnich lat 10, coraz częściej zaczynały zjawiać się pojedyncze głosy, pochodzące przeważnie od rentgenologów i twierdzące, że dotychczasowe dogmaty, dotyczące rozwoju suchot płucnych, niezawsze odpowiadają rzeczywistości. Że istnieje cały szereg przypadków, w których sprawa chorobowa rozpoczyna się nie w szczytach, lecz w innych miejscach tkanki płucnej, ewentualnie we wnękach. Fr. v. Mueller, Otten i Rieder zauważyli i opisali cały szereg przypadków rozwoju suchot płucnych od wnęki, t. j. od zserowaciałych gruczołów chłonnych okołooskrzelowych. W przypadkach tych stwierdzono daleko posunięte zmiany rozpadowe w środkowych i dolnych płatach płucnych, przy braku wszelkich zmian w szczytach.

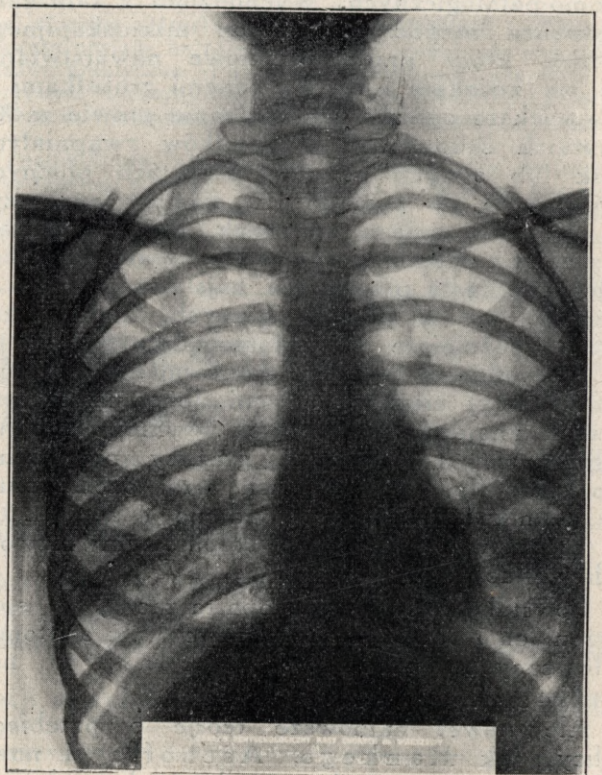
Szkoła francuska w osobach Barda i Piery, nieco później Neumann z Wiednia, odróżniają już dwa rodzaje gruźlicy szczytów: jedną — bardzo łagodnie przebiegającą i nigdy nie prowadzącą do suchot, i drugą — złośliwą, szybko prowadzącą do generalizacji w płucach. Głosy te jednak pozostały odosobnione. Tak samo nie zwrócono większej uwagi na prace Braeuninga z roku 1924, który zupełnie przypadkowo, chcąc zbadać stan kilkuset gruźlików, u których przed szeregiem lat i klinicznie i rentgenologicznie stwierdzono tylko sprawy chorobowe w szczytach, znalazł po 3 latach tylko u 2,3%, a po 7 latach tylko u 7% otwartą gruźlicę; wszyscy inni chorzy byli klinicznie zupełnie zdrowi. Do identycznych wniosków doszedł ostatnio Lydtin z kliniki Romberga, który skontrolował 450 chorych, badanych od 1918 do 1924 roku, i u których w 60–70% stwierdzono prawie identyczne zmiany szczytowe. Z tych chorych tylko 7% wykazało daleko posunięte zmiany w sensie suchot płucnych, ewentualnie zmarło na suchoty. Taksamo i Kayser-Petersen, opierając się na 420 przypadkach, leczonych w sanatoriach państwowych od roku 1913, i na dalszych 247 przypadkach z Jeneńskich przeciwegruźliczych dochodzi do wniosku, że najwyżej 7% ma suchoty płucne, lub zmarło na nie.

Ze wszystkich tych danych wynika, że około 93% wszystkich przypadków gruźlicy szczytów przebiega łagodnie, uleczalnie i nie prowadzi do suchot płucnych.

Skąd więc pochodzi ta najcięższa forma gruźlicy płuc — suchoty płucne — przebiegająca przeważnie szybko, tworząca zawsze wielkie jamy rozpadowe i prowadząca w stosunkowo krótkim czasie do śmierci?

Na to pytanie odpowiada nie anatomja patologiczna, co się dziwnym wydać może, lecz seryjne badanie rentgenologiczne — odpowiadają na to Assman, Simon, Lydtin, Ikiert, a zwłaszcza Redeker. Odpowiedź ta brzmi: suchoty płucne rozpoczynają się w większości przypadków od wczesnego nacieku podobojczykowego, który, zresztą, może być zlokalizowany w każdej innej części płuca. Tego rodzaju nacieki rozpoczynają się zawsze ostro i charakteryzują się jako zapalenie wysiękowe, szybko rosną, często serowacieją i tworzą t. zw. jamy wczesne. Dalszy rozwój polega na stopniowym rozsiewaniu zserowaciałych mas wokół pierwotnego nacieczenia, przeważnie jednak ku dołowi.

Wczesne nacieczenia podobojczykowe — nazywa ta pochodzi od Simona — zostały opisane poraz pierwszy przez Assmanna w r. 1915 pod tytułem: „Eine typische Form isolierter Lungenherde bei beginnender Tuberculose der Erwachsener”. Szczegółowy jednak rozwój sprawy chorobowej, potwierdzony całym szeregiem zdjęć seryjnych, zbadany i opisany został przez Redekera. Rentgenologicznie sprawa przedstawia się począt-



Rys. 1.

kowo w postaci nieostro ograniczonego zacielenia tkanki płucnej pod obojczykiem, wielkości od wiśni do dużej śliwki.

Badania anatomo - patologiczne stwierdziły w tych przypadkach wysięk płynu i komórek do pęcherzyków płucnych, a więc sprawę ostrozapalną, t. zw. okołogniskowe zapalenie w sensie Rankego.

Dalsza obserwacja podobnych nacieków wczesnych wykazała trojaki rodzaj ich dalszego rozwoju:

- 1) w nieznacznej liczbie przypadków naciekinie zupełnie i pozostawia drobne ślady w postaci stwardniałych smug cieniowych;
- 2) w innych przypadkach następuje zserowacenie centralne. Masy zserowaciałe jednak nie rozpadają się, lecz wapnieją i pozostawiają następnie ślady w postaci szeregu zwapniałych ognisk, znajdujących się przeważnie pod obojczykiem;
- 3) w większości przypadków następuje zserowacenie i rozpad, tworzy się duża jama wczesna, która po zginięciu nacieku imponuje jako *cavum solitare*, lub też, co zdarza się najczęściej, następuje rozsianie sprawy chorobowej do dalszych, niżej położonych odcinków i tworzą się świeże nacieczenia wysiękowe w tem samym, lub w drugim płucu (t. zw. nacieczenia potomne ew. pochodne) i cała sprawa przeistacza się w jamisto rozpadową postać suchot płucnych.

Co się tyczy częstości tego rodzaju nacieczeń, to zdania pod tym względem są podzielone. Schreder stwierdził je tylko w 32 przypadkach na 1400 badanych chorych gruźliczych. Bohum u chorych szpitalnych 60 razy na 76 badanych, klinika Romberga na 225 przypadków — 47 razy. Nasze własne obserwacje z zakładu rentg. K. Ch. i z praktyki prywatnej nie były zbyt liczne, w ostatnich czasach jednak znacznie się powiększyły.

Przyczyna leży w tem, że zbyt późno przyśłani są tego rodzaju chorzy do badań rentgenolog. t. j. wtedy gdy sprawa chorobowa już znacznie się rozprzestrzeniła. Szczegółowa jednak analiza starszych zdjęć z archiwum wykazała, że w dużym odsetku przypadków należało uważać nacieczenie podobojczykowe za punkt wyjścia stwierdzonych suchot płucnych

Z punktu ftizeogenezy mamy do czynienia z reinfekcją zzewnątrz lub zzewnątrzpochodną w sensie Aschoffa. Redeker uważa, że reinfekcja zzewnątrzpochodna jest główną przyczyną nacieków wczesnych. I rzeczywiście, w większości opisanych przez niego przypadków spotykamy się z t. zw. „płynącą infekcją”, czyli z masami pałeczek, wydzielanych przez ciężko chorych i zarażających najbliższe otoczenie, jak to zresztą mogłem sprawdzić i w niektórych własnych przypadkach. Inni uważają, że rozchodzi się o infekcję endogenną pochodzącą ze starych ognisk, od których, czy to drogą naczyń chłonnych, czy też krwionośnych, czy też, jak ostatnio chce Loeschke, drogą kanalików oskrzelowych i pęcherzyków płucnych powstaje przy sprzyjających okolicznościach, nacieczenie wczesne.

Uważam, że rację mają jedni i drudzy. Stałe zakażenie ustroju przez istniejące gdziekolwiek bądź stare ognisko płucne stwarza stan alergii, i na tem podłożu wszelka stała infekcja zzewnątrzpochodna może w krótkim czasie doprowadzić do powstania nacieczenia wczesnego.

We wszystkich tych przypadkach mamy więc do czynienia z nadmiernie uczulonym, alergicznym organizmem, który na stałą infekcję reaguje mniejszym lub większym wysiękowym ogniskiem w płucach — nacieczeniem wczesnym.

Jeżeli przejdziemy teraz do kliniki nacieków wczesnych, to, niestety, objawy przedmiotowe ze strony płuc są albo bardzo nieznaczne i to w szczytach płucnych, albo żadne.

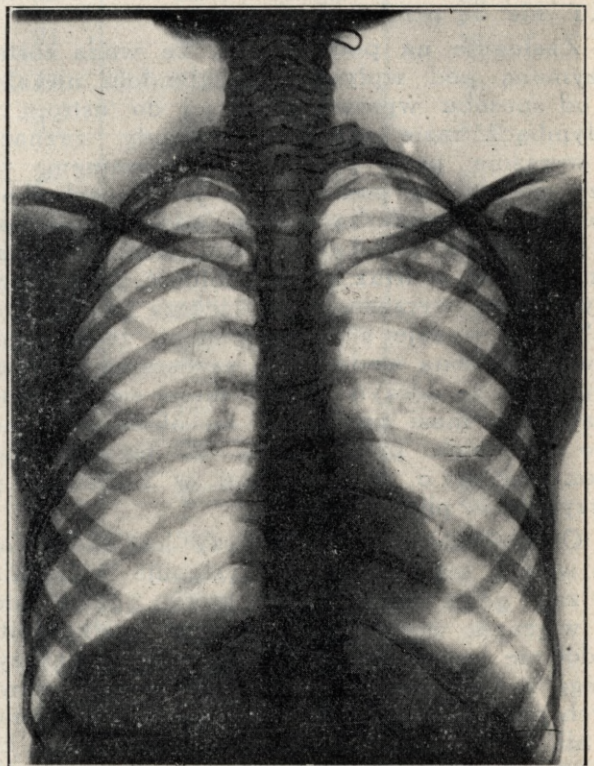
Sprawa rozpoczyna się zawsze ostro i albo przebiega, jak dłużej trwająca choroba zakaźna — tyfus — co się zdarza rzadko, albo też jak zwykła grypa, co się zdarza najczęściej.

Przypadek z grupy pierwszej miałem możliwość ostatnio obserwować rentgenologicznie przez czas dłuższy.

Zgłosiła się do mnie 19-letnia, kwitnąco wyglądająca panna i opowiedziała, że przed 3-ma miesiącami dostała nagle wysokiej gorączki, która dochodziła do 40 st. Stan ten trwał około 8 tygodni. Leczone ją na tyfus, pomimo, że analiza krwi była ujemna. Ciepłota jednak dotychczas nie spadła zupełnie i stale utrzymuje się na wysokości 37.3—37.5.

Badanie rentgenologiczne stwierdziło duże nacieczenie wczesne, zajmujące podobojczykową część lewego płata górnego. Chora wyjeżdża do Otwocka i po 3-ch miesiącach wraca z dużą jamą rozpadową pod obojczykiem i sprawą rozsianą w dolnym płacie lewym. Złożona odma, wobec istniejących już zrostów, nie daje żadnego wyniku. Po następnych 3 miesiącach rozsianie sprawy w płucu prawym.

Lecz tego rodzaju początek choroby jest rzadki. Częściej spotyka się chorych, u których sprawa chorobowa rozpoczyna się od t. zw. grypy, nie gorączkujących lub ze stanami podgorączkowymi, przeważnie kaszlących. Są to chorzy, lecze-



Rzs. 2.

ni na t. zw. katar szczytów lub szczytu, przewlekłą grypę, gruźlę lub nawet neurastenję.

Badanie rentgenologiczne wykrywa często nacieki podobojczykowy z wielką jamą pośrodku, jamą niemą.

II

Następujące przypadki ilustrują wywody powyższe.

Przypadek I. dotyczy 18-letniej służącej, M. W. Chora zaziębiła się przed 4 miesiącami i leżała kilka dni. Ciepłoty nie mierzyła. Obecnie czuje się osłabiona, gorączkuje do 37.4 i nie może pracować.

Badanie rentgenologiczne wykrywa niewielkie nacieczenie pod obojczykiem lewym, w którym już powstała jama i rozpoczęła się dysseminacja w dół. Szczyty są zupełnie wolne. Szczegółowe wywiady wykazały, że pracodawca chorej zmarł przed 2 miesiącami na gruźlicę płuc, i że chora przez szereg miesięcy go pielęgnowała,

Mamy typowy obraz wczesnego nacieku podobojczykowego, który, niestety, już dał jamę i dalsze rozsianie sprawy.

(Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z kliniki chorób dziecięcych Un. Warsz.

(Dyr.: Prof. M. Michałowicz)

Przyczynek do analizy odczynu wodnego skórniego.

Podali

R. BARAŃSKI (Warszawa) i M. BUSSEL (Warszawa)

(Dokończenie—p. Nr. 3.)

Wpływ pituglandolu na przebieg odczynu wodnego.

Pituglandol powoduje retencję wody w ustroju. Najprawdopodobniej dochodzi to do skutku dzięki wzmożonej zdolności tkanek do pęcznienia, to znaczy dzięki wzmożonemu ciśnieniu onkotycznemu. Twierdzenie, że zatrzymana woda gromadzi się przeważnie we krwi, nie jest słuszne. Dotychczasowe argumenty przedstawicieli tego kierunku nie są przekonujące.

Zasługuje na podkreślenie, że woda zostaje zatrzymana pod wpływem pituglandolu niezależnie od sposobu wprowadzenia jej do ustroju. W każdym bądź razie zatrzymanie wody zaznacza się wyraźnie przy podaniu jej doustnym, jak i przy podawaniu podskórnym. Jeżeli osobnikowi z normalną gospodarką wodną podamy pituglandol podskórnym, zwiększymy mu ciśnienie onkotyczne tkanek, a wraz z tem zdolność do wiązania wody, czego wyrazem jest większa „wodochłonność”. Stąd wydaje się zrozumiałym, że śródskórnym wprowadzona woda ulega szybszemu przyswajaniu, czyli, że odczyn wodny skróci się wyraźnie. Odczyn ten musi przypadać na okres najsilniejszego działania pituglandolu. Z tego powodu wykonywaliśmy o. w. zazwyczaj w 2 godziny po zastrzyknięciu pituglandolu.

Okazuje się, że, im dłuższy jest skórny odczyn wodny, tem skrócenie występuje wyraźniej, tam zaś, gdzie odczyn trwa krótko, gdzie zdolność wiązania wody i bez tego jest wielka, pituglandol nie jest w stanie wyraźniej jej zwiększyć. Dlatego należy oceniać wynik jako dodatni nawet w tych przypadkach, gdzie skrócenie było mniejsze, niż o 10 minut jeśli tylko odczyn wodny był krótkotrwały. Na 20 doświadczeń w trzech tylko przypadkach wynik był ujemny. W pozostałych 17, — gdzieśmy mogli porównywać odczyn wodny zwykły z odczynem wodnym po pituglandolu, skrócenie wystąpiło we wszystkich przypadkach.

Wyniki ujęliśmy w następującej tablicy.

L. p.	Odczyn wodny zwykły		O. w. w 2 godz po pituglandolu.		To samo + równocześnie próba wodna	
	prawo	lewo	prawo	lewo	prawo	lewo
1	55'	60'	39'	39'	37'	37'
2	27'	32'	41'	49'	45'	45'
3	60'	60'	32'	35'	33'	33'
4	52'	52'	38'	30'	30'	30'
5	30'	30'	22'	18'	20'	20'
6	34'	27'	35'	11'	45'	23'
7	37'	37'	30'	30'	28'	26'
8	42'	48'	54'	49'	60'	60'
9	53'	53'	43'	28'	60'	60'
10	47'	45'	36'	36'	37'	28'
11	39'	39'	27'	27'		
12	38'	40'	26'	26'	22'	35'
13	27'	43'	25'	22'		
14	52'	52'	26'	36'	36'	29'
15	40'	40'	16'	22'	34'	34'
16	90'	135'	73'	76'	74'	74'
17	50'	60'	30'	40'		
18	66'	55'				
19	29', 34'	54', 48'	21'	25'		
20	61'	53'	37'	37'		
21	55'	55'	28'	28'		

W tem miejscu trzeba dodać, że czasem odczyny wodne po pituglandolu wykazywały różną długotrwałość na obu rękach. Tak w przypadku 13-ym o. w. wynosił na prawym przedramieniu 27 minut, na lewym 43 minuty. Po pituglandolu skrócenie zauważono jedynie na lewym przedramieniu, t. zn. odczynu dłużej trwającego: na pra-

wem — 25 minut, na lewem — 22 minuty. Analogiczne zjawisko widzieliśmy w przypadku 19-ym Zwykły odczyn na prawem przedramieniu wynosił 29 minut i 34 minuty, na lewem 54—48, po pituglandolu zaś 21 i 25, czyli znów wyraźniejsze skrócenie dało się zauważyć tam, gdzie odczyn trwał dłużej. Jak wytłomaczyć różnicę w czasie trwania odczynu na obu przedramionach, trudno jest powiedzieć napewno.

W tych przypadkach, gdzie o. w. był przerażany w przebiegu próby wodnej, po podaniu pituglandolu pod skórę, odczyn ten nie różnił się od odczynów, otrzymywanych li tylko pod wpływem pituglandolu. Innymi słowy, nasycanie ustroju wodą nie zmieniało zasadniczo wpływu pituglandolu na czas trwania s. o. w.

Trzech przypadków, gdzie pituglandol nie wpłynął na skrócenie o. w., nie umiemy wytłomaczyć tem więcej, iż w tych samych przypadkach pituglandol nie pozostał bez wpływu na przebieg próby wodnej, wywołując retencję wody. Należy jednak podkreślić, że wspomniane trzy ujemne przypadki na 17 dodatnich są raczej potwierdzeniem reguły, że pituglandol skraca odczyn wodny.

Odczyn wodny a próba wodna.

Analizując odczyn wodny, chcieliśmy doszukiwać się równoległości między zachowaniem się o. w. a przebiegiem próby wodnej. Stąd powstał plan zmieniania zwykłego odczynu wodnego i zwykłej próby wodnej w pewnych odstępach czasu za pomocą pituglandolu. W 17 na 20 przypadkach analogja ta była wyraźna, t. zn.: retencji wody pod wpływem pituglandolu podczas próby wodnej odpowiadało skrócenie odczynu wodnego na skutek wzmoczonego wiązania wody pod wpływem pituglandolu, jak to już, zresztą, wyżej wspominaliśmy. Równoległość ta jednak nie jest zupełna. Dla wykazania jej trzeba byłoby s. o. w. wykonywać co pewien czas, np. co godzinę, w przebiegu próby wodnej zwykłej i próby wodnej, znajdującej się pod wpływem pituglandolu. Tego rodzaju doświadczenie na materiale dziecięcym, oczywiście, nie jest możliwe, a raczej jest trudne do wykonania. Dlatego przeprowadziliśmy powyższe doświadczenie na dorosłych (2-ch lekarzach). Wynik doświadczeń jednak był ujemny. Spowodował to cały szereg momentów. Między innymi długotrwałość odczynu wodnego (powyżej 108 minut), znaczna wrażliwość tych osobników na pituglandol, nieprzestrzeganie leżenia podczas doświadczenia i t. d.

W ten sposób uwidoczniliśmy zależność s. o. w. od jednego z wyżej wymienionych czynników — ciśnienia onkotycznego, zależność ta jest zupełnie wyraźna.

Zależność s. o. w. od stanu naczyń włosowatych i ciśnienia w nich.

Wpływ zmniejszonego ciśnienia na przebieg s. o. w.

Obecnie z kolei wypadnie się zatrzymać nad wpływem stanu kapilarów na przebieg s. o. w. Z kliniki wiemy, że pod wpływem ciepła może się cofać wysięk lub przesiek, zaś sztucznie wprowadzony do tkanek płyn może zniknąć. Te spostrzeżenia nasunęły myśl, że i guzek w skórnym odczynie wodnym może w tych warunkach zniknąć szybciej, niż normalnie. Rozważania teoretyczne tłumaczą w zupełności wspomniane spostrzeżenia praktyczne. Schade, autorytet w sprawach gospodarki wodnej, sądzi, że zmniejszenie ciśnienia w naczyniach włosowatych *ceteris paribus* zwiększa przepływ płynu, z tkanek do krwi, i, naodwrot, zwiększenie ciśnienia krwi kieruje wymianę wodną na drogę przesiekania. Barbour stwierdził pod wpływem ciepła prawie zawsze rozwodnienie krwi; zjawisko to wskazywałoby na wzmożony przepływ płynu tkankowego do światła naczyń, przy rozszerzaniu się kapilarów.

dzony do tkanek płyn może zniknąć. Te spostrzeżenia nasunęły myśl, że i guzek w skórnym odczynie wodnym może w tych warunkach zniknąć szybciej, niż normalnie. Rozważania teoretyczne tłumaczą w zupełności wspomniane spostrzeżenia praktyczne. Schade, autorytet w sprawach gospodarki wodnej, sądzi, że zmniejszenie ciśnienia w naczyniach włosowatych *ceteris paribus* zwiększa przepływ płynu, z tkanek do krwi, i, naodwrot, zwiększenie ciśnienia krwi kieruje wymianę wodną na drogę przesiekania. Barbour stwierdził pod wpływem ciepła prawie zawsze rozwodnienie krwi; zjawisko to wskazywałoby na wzmożony przepływ płynu tkankowego do światła naczyń, przy rozszerzaniu się kapilarów.

L. p.	Odczyn wodny zwykły		Odczyn wodny przy ogrzaniu jednej ręki	
	prawe	lewe	prawe	lewe
13	38'	40'	15'	15'
14	52'	52'	15'	15'
15	40'	40'	45'	21'
16	90'	135'	90'	45'
17	50'	60'	47'	44'
18	66'	56'	45'	90'
19	29'	54'	30'	40'
20	61'	53'	33'	30'
21	55'	55'	17'	17'
22	67'	67'	70'	35'
23	50'	50'	55'	20'
24	55'	38'	60'	25'
25	59'	59'	20'	44'
26	58'	65'	18'	45'
27	65'	47'	12'	30'
28	32'	60'	55'	30'
29	40'	30'	25'	25'
30	65'	74'		
31	40'	40'	29'	17'
32	56'	50'	28'	44'
33	66'	66'	76'	25'
34	51'	51'	24'	50'
35	50'	42'	29'	50'
36	66'	66'	40'	30'
37	45'	33'	30'	30'

Dla uwidocznienia wpływu stanu kapilarów na znikanie guzka wybraliśmy następującą tech-

nikę. Określaliśmy u danego osobnika zwykły odczyn wodny, poczem drugiego dnia przerabialiśmy go po raz drugi. Tu jednak zaraz po dokonaniu odczynu zanurzyliśmy jedną rękę do gorącej wody o ciepłocie 50° C. Występowało wybitne zaczerwienienie skóry, naskutek czynnego rozszerzenia kapilarów. Ten stan skóry podtrzymywaliśmy przez cały czas trwania o. w. (ciepłota wody była stale na poziomie 50° C).

Nie od rzeczy będzie tu przypomnieć, że ciepło, prócz rozszerzenia naczyń włosowatych, prócz obniżenia ciśnienia w kapilarach, najprawdopodobniej wywołuje pewne zmiany w stanie koloidów, zmiany te, według Schadego idą w kierunku utrzymywania koloidów w stanie rozpuszczalnym, co również prawdopodobnie znajduje swój odzwiek w zmianie ciśnienia onkotycznego. Opierając się na tych przesłankach, należało oczekiwać pod wpływem ogrzania skrócenia odczynu wodnego.

Wyniki badań są zestawione poniżej (ogrzanie oznaczono w tablicy za pomocą kółka).

Z powyższej tablicy widzimy, że na skutek przekrwienia ręki występuje skrócenie odczynu tejże ręki. Skrócenie to zaznacza się przeważnie w sposób wyraźny. Wynik ujemny otrzymano jedynie w dwóch przypadkach. (17, 19). Ciekawą jest rzeczą że skrócenie odczynu w całym szeregu przypadków występowało również i na nieogrzanej kończynie. Miało to miejsce w tych przypadkach, gdzie zaczerwienienie skóry rozszerzało się niemal na całe ciało, nie ograniczając się do ogrzewanej kończyny. W tych przypadkach najprawdopodobniej występowały pod wpływem ciepła zupełnie jednakowe warunki na obu kończynach.

Wpływ zwiększonego ciśnienia na przebieg o. w.

Jak już wyżej wspominaliśmy, wzmożenie ciśnienia powoduje odpływ płynu ze krwi do tkanek. W związku z tem powinno występować nasycenie się tkanek wodą, a wraz z niem w pewnym momencie należałoby oczekiwać wydłużenia się odczynu wodnego. Dla skontrolowania tego przypuszczenia postanowiliśmy sprawdzić, jak zachowuje się o. w. pod wpływem efetoniny (ma działanie podobne do adrenaliny, bez trujących własności tej ostatniej). Technika doświadczenia była następująca: Określano ciśnienie *mx* i *mn* oraz tętno badanego osobnika (dzieci w wieku szkolnym); potem wstrzykiwano 0,05 efetoniny pod skórę, poczem wykonywano odczyn wodny. Co 10–15 minut określano ciśnienie i tętno po efetoninie.

Na podstawie rozważań teoretycznych byliśmy przekonani, że w całym szeregu przypadków efetonina nie będzie w stanie wyrzucić jakiegokolwiek wpływu na przebieg odczynu wodnego. Wiadomo bowiem, że w warunkach fizjologicznych niezależnie wystarcza mechaniczne zwiększenie ciśnienia krwi, aby zmienić jej koncentrację i wpłynąć na wymianę płynów między krwią a tkankami. Dlatego wynik doświadczeń należałoby uważać za dodatni nawet w tym razie, gdyby wydatne wydłużenie odczynu udało się stwierdzić chociażby w pojedynczych przypadkach. Z zestawienia widzimy, że odczyn wodny wydłużył się w kilku przypadkach. (23, 33, 34 i 35). Wydłużenie

się odczynów szło przeważnie z wyraźnym wzmożeniem się ciśnienia krwi

L. p.	Odczyn wodny zwykły		O. w. po efetoninie		Działanie efetoniny
	prawe	lewe	prawe	lewe	
22	17'	67'	39'	71'	—
23	50'	50'	80'	81'	+
25	59'	59'	55'	57'	—
32	56'	50'	58'	65'	—
33	54'	58'	109'	109'	+
34	51'	51'	101'	77'	+
35	50'	42'	77'	77'	+
36	66'	66'	47'	60'	—
37	45'	33'	40'	40'	—

Wnioski ostateczne.

Odwadnianie tkanek, wywołane przez zmniejszenie ich pęcznienia według Guggenheimera i Hirscha sprowadza wydłużenie odczynu wodnego. Skrócenie o. w. widzieli na zwierzętach Bernardsberg i Sendrail, w doświadczeniach ze stopniowym wycinaniem tarczycy. Dane te uzupełniają nasze badania nad skracaniem się odczynu pod wpływem pituglandolu, jako środka, zwiększającego siłę pęcznienia, a więc wiązania wody w tkankach. Dalej należy podnieść wpływ czynnika mechanicznego na przebieg o. w.: zmiana ciśnienia hydrostatycznego w związku z tą czy inną pozycją ciała ludzkiego, szczególnie u chorego osobnika; masaż guzka, zmiana w ciśnieniu krwi mogą zmienić bezwzględnie czas trwania o. w. Błędne jednak jest uzależnianie całej sprawy znikania odczynu wyłącznie od czynnika mechanicznego, jest on tylko jednym z wielu.

W wyniku tych rozważań należy dojść do przekonania, że o. w., jak każdy odczyn biologiczny, jest zjawiskiem nader złożonym. O przebiegu zjawiska decyduje zazwyczaj skomplikowany łańcuch najprzeróżniejszych momentów, niekiedy ze sobą współdziałających, częstokroć o działaniu antagonistycznym.

Nic tedy dziwnego, że analiza odczynu wodnego jest trudna, gdyż w żywym ustroju nie udaje się z całą precyzją izolować jakiś poszczególny bodziec i prześledzić jego działanie. Dlatego też, mówiąc w naszej pracy o wpływie ciśnienia onkotycznego, o roli naczyń włosowatych i ciśnienia w nich, zdajemy sobie sprawę, że prócz momentów, podnoszonych przez nas, wchodzi w grę szereg innych, których nie uwzględniliśmy. Naprzykład: przy pituglandolu trzeba pamiętać o możliwym wpływie tego środka na stan naczyń i ciśnienie, przy rozszerzaniu zaś naczyń włosowatych trzeba

mują anjony. Z katjonów krwi sód i potas są jednowartościowe. Pomiędzy katjonami temi istnieją antagonizmy i synergje. Potas i wapń w większym, sód i wapń w mniejszym stopniu działają antagonisticznie, potas i sód — synergetycznie. Powyższe tyczy się jedynie działania na komórkę, gdyż np. w gospodarce wodnej sód działa obrzękowo, a potas i wapń moczopędnie. Magn działa antagonisticznie w stosunku do wapnia.

Istnienie antagonizmu między potasem a wapniem potwierdza szereg doświadczeń. Herbst wykazał, że prawidłowy rozwój blastuli *sphaerechinus* zależy od określonego stosunku potasu do wapnia. Doświadczenia S. G. Zondeka na izolowanym sercu żaby potwierdzają konieczność utrzymania określonego stosunku $\frac{K}{Ca}$ dla prawidłowej czynności serca. Dodanie do płynu Ringera, przepuszczanego przez serce, nadmiaru potasu prowadzi do zmniejszenia siły skurczu. Jeśli dodatek potasu wyniesie 0,06% — serce zatrzyma się w rozkurczu. Zwiększenie wapnia prowadzi do wzmoczenia siły skurczu, nawet do zatrzymania serca w systole. Przy braku w płynie odżywczym wapnia występują wzmoczenie i śmierć w diastole — wskutek względnej przewagi potasu. Zwiększenie zawartości sodu działa, jak wzmoczenie zawartości potasu, zmniejszenie zawartości sodu — jak zwiększenie poziomu wapnia.

W płynie Ringera chlorek sodu jest składnikiem, wywierającym największe ciśnienie osmotyczne (Hofmann, Sakai, S. G. Zondek). Usunięcie chlorku sodu znacznie obniża ciśnienie osmotyczne. Wyrównanie jego przez cukier, mocznik i t. d. nie znosi jednak wpływu przeważających jonów Ca^{+2} . Zatem działanie swoiste jonów posiada znaczenie bezwzględnie większe od działania ich jako czynnika siły osmotycznej.

Jak wykazały powyższe doświadczenia, praca serca jest zależna od stosunku $\frac{Na+K}{Ca}$; zwiększenie ilorazu prowadzi do przewagi diastole, zmniejszenie ilorazu — do przewagi systole.

Działanie anjonów na serce jest mało wydane. Zamiana w płynie Ringera soli chlorowych solami bromowymi lub jodowymi nie wpływa wyraźnie na czynność serca — jedynie wcześniej występuje jego obumarcie — podczas gdy zaburzenia zawartości katjonów prowadzą do natychmiastowych zaburzeń czynności serca. Zwiększenie koncentracji OH^{-} działa, jak zwiększenie ilości wapnia, odwrotnie — zwiększenie koncentracji H^{+} — działa, jak zwiększenie ilości sodu i potasu. Przy P_H płynu odżywczego = 6 serce zatrzymuje się w rozkurczu, przy $P_H = 8$ w skurczu.

Zachowanie się serca ciepłokrwistych jest podobne do zachowania się serca zimnokrwistych z tą różnicą, że jest jeszcze bardziej czułe na wahania elektrolitów. Wapń działa systolicznie (Gross), potas — diastolicznie (Hering). Przy odżywianiu serca płynem Ringera bez wapnia zwiększa się przerwa między skurczem przedsionka a komory. Wapń w małych dawkach przyspiesza akcję serca, w dużych działa zwalniająco. Zwoje automatyczne serca są pobudzane przez wapń (Kolm i Pick). Według Hofmanna przedsionek serca żaby jest mniej

czuły na zmianę ilości sodu, niż komora. Według Jacobsa minimalna ilość potasu i wapnia, potrzebna do otrzymania efektu, jest mniejsza dla komory, niż dla przedsionka, i mniejsza dla przedsionka, niż dla węzła zatokowego: każda część serca z osobna podlega działaniu elektrolitów.

Przez zmianę stosunku $\frac{K}{Ca}$ udało się otrzymać wszystkie zaburzenia czynności serca, jako to: skurcze dodatkowe, blok częściowy i całkowity, tętno naprzemienne — z wyjątkiem niemiarowości zupełnej.

Również i na innych narządach, posiadających mięśnie gładkie, wykazać można działanie elektrolitów i antagonistyczne działanie potasu i wapnia. Jak wykazał S. G. Zondek, przewaga potasu daje zwiększenie napięcia, wzmoczenie perystaltyki żołądka, jelita, pęcherza moczowego, macicy; wapń działa osłabiająco w sensie zmniejszenia napięcia i perystaltyki. Hamburger i Brinkman wykazali, że przepuszczalność izolowanej nerki dla glukozy zależna jest od stosunku K/Ca w płynie odżywczym: przy pewnej wielkości K/Ca nerka nie przepuszcza glukozy nawet przy znacznej jej koncentracji w płynie odżywczym, natomiast minimalne odchylenie od tej wartości K/Ca powoduje ukazanie się glukozy w przesączu. Iljicz wykazał, że rozpad i synteza skrobi u roślin również zależy od stosunku K/Ca .

Na podstawie powyższych doświadczeń można wysnuć wniosek, że niema czynności w organizmie zwierzęcym — bez różnicy, na jakimby stał szczeblu rozwoju filo- i ontogenetycznego, któraby się nie znajdowała w pewnej zależności od elektrolitów.

5. Układ elektrolitów a układ nerwowy i jady.

Każdy narząd, każda komórka w stanie spoczynku posiada pewne napięcie, pewien tonus. Nawet w spoczynku komórka wykonywa pewną pracę — bowiem oddycha, a pod mikroskopem widać stałe ruchy protoplazmy. Wykonanie jakiegokolwiek czynności prowadzi w pierwszej chwili do zaburzenia istniejącej równowagi — po pracy ustala się nowa równowaga i nowe napięcie.

Elektrolity warunkują zmianę stanu narządów o mięśniach gładkich, one też warunkują każdorazowe napięcie tych narządów.

Napięcie, które utrzymujemy za pomocą płynu Ringera lub Thyrody, jest tem średnim napięciem, jakby złotym środkiem. Każde najmniejsze wahanie poziomu potasu lub wapnia da odchylenie stanu narządu w jedną lub drugą stronę. Pewna określona przewaga potasu lub wapnia da maksymalne odchylenie w jedną lub drugą stronę. Takie zmiany stanu o charakterze wahadłowym są charakterystyczne dla czynności narządów, niezależnych od naszej woli (jelita, serce i t. d.) (S. G. Zondek).

Możliwość działania w dwóch przeciwnych kierunkach — do *maximum* i *minimum* — napięcia nie jest właściwością wszystkich komórek. Komórki mięśni prążkowanego szkieletu posiadają jedynie zdolność kurczenia się, a zatem działania tylko w jednym kierunku. Mięśnie te zależą od naszej woli. Inaczej zachowują się mięśnie gładkie, niezależne od naszej woli. Przesunię-

cie równowagi K/Ca wystarcza do wywołania działania mięśni gładkich w jednym lub drugim kierunku, nie wystarcza jednak do otrzymania skurczu mięśni prądkowanych szkieletu. Mięśnie prądkowane zaopatrywane są tylko przez jeden nerw (ruchowy), przewodzący podniety, natomiast mięśnie gładkie posiadają dwa nerwy — błędny i współczulny, działające antagonistycznie.

Systematyczne badania S. G. Zondeka wykazały równoległość działania układu roślinnego i elektrolitów. Nerw błędny działa jak przewaga potasu, nerw współczulny jak przewaga wapnia, a zatem drażnienie nerwu błędnego lub współczulnego ma dawać ten sam efekt, jak stworzenie przewagi potasu lub wapnia. Działanie nerwów okazuje się identyczne z działaniem elektrolitów. Zatem stan czynnościowy narządów wegetatywnych zależy z jednej strony od napięcia układu nerwów błędnego i współczulnego, z drugiej — od równowagi układu elektrolitów. Z podobieństwa działania nerwów i elektrolitów wysnuwa S. G. Zondek hipotezę, że między działaniem nerwów i elektrolitów istnieje ścisła łączność.

Wobec tego, że doświadczenia nad rozwojem jaj ustrojów niższych wykazały znaczenie elektrolitów, przy braku na tym szczeblu istnienia układu nerwowego, przypuszcza S. G. Zondek, że zależność czynności komórki od elektrolitów jest pierwotna i wspólna dla wszystkich organizmów. Gdy na wyższym szczeblu rozwoju filo- i ontogenetycznego zjawia się układ nerwowy dla skoordynowania funkcji bardziej skomplikowanego organizmu, nerwy otrzymują rolę regulatorów, działających na komórce za pośrednictwem jonów. Nerwy przewodzą podniety z ośrodka na obwód — tutaj, jak przyjmuje S. G. Zondek, powodują przemieszczenia elektrolitów, a co zatem idzie, zmianę stanu czynnościowego komórki.

Pogląd, że układ roślinny nerwowy jest podporządkowany układowi elektrolitów, prowadzi do następujących wniosków: 1-o działanie elektrolitów na komórkę jest niezależne od układu nerwowego, a zatem może mieć miejsce po wyłączeniu układu nerwowego. Rzeczywiście, jeśli wyłączyć nerw błędny przez zadziałanie atropiną, nadmiar potasu w roztworze odżywcym prowadzi do wzmocnienia napięcia mięśniówki jelita (S. G. Zondek). 2-o Działanie układu nerwowego roślinnego jest zależne od elektrolitów. Zmiana ilości elektrolitów w płynie odżywcym i następcze drażnienie nerwów daje wyniki, potwierdzające powyższy pogląd. Przy braku wapnia w płynie odżywcym drażnienie nerwu współczulnego w sercu żaby lub jelicie królika nie daje zwykłego efektu (S. G. Zondek, Tezner i Turolt). Przy braku w płynie Ringera jonów sodowych i potasowych nie występuje działanie na jelito nerwu błędnego przy jego drażnieniu. Natomiast przy przewodzie w płynie odżywcym jonów wapniowych drażnienie nerwu błędnego prowadzi nie do zahamowania czynności serca, lecz do jej wzmocnienia (Kraus i S. G. Zondek). Takie same działanie paradoksalne otrzymali K olm i Pick przy drażnieniu nerwu współczulnego przy przewodzie potasu.

Działanie nerwów i elektrolitów nie jest rów-

noległe, ale jednolite. Dowodem tego jest, że działanie nerwów może być zniesione przez działanie elektrolitów i odwrotnie. Działanie potasu może być zniesione zarówno przez zwiększenie koncentracji jonów wapniowych, jak i przez drażnienie nerwu współczulnego, działanie nerwu błędnego może być zniesione tak samo przez drażnienie nerwu współczulnego, jak i przez stworzenie przewagi wapnia. W wahaniach rozmieszczenia elektrolitów biorą, oczywiście, udział, poza potasem i wapniem, inne kationy i aniony — amplituda ich wahań jest jednak bardzo mała. Należy też pamiętać, że, mówiąc o przewodzie potasu lub wapnia, ma się na myśli przewagę względną. Jest obojętne, czy drażnienie nerwu błędnego da zwiększenie ilości potasu, czy też zmniejszenie wapnia — ważnym jest, że prowadzi do względnej przewagi potasu.

Zatem przyjąć można, że drażnienie nerwów układu roślinnego prowadzi do zmiany w rozmieszczeniu elektrolitów, i że działanie antagonistyczne nerwów polega na różnym rozmieszczeniu antagonistycznie działających elektrolitów (S. G. Zondek).

Poza układem elektrolitów i układem nerwowym roślinnym jest jeszcze jedna grupa substancji, wywierających wpływ na czynność komórki. Są to t. zw. jady (Z o n d e k), do których zaliczyć można wszelkie hormony ustrojowe. Mowa będzie o tych jadach, których miejscem zadziałania jest sama komórka, a nie o takich jadach, które działają za pośrednictwem nerwów (muskaryna, atropina, adrenalina etc.). Doświadczenia wykazały, że działanie jądów pokrywa się całkowicie z działaniem elektrolitów. Grupa napastrnicy działa na serce podobnie, jak jon wapniowy (K o n s c h e g i L o e w i), chinina i arsen działają, jak jon potasowy (S. G. Z o n d e k), działanie chininy i arsenu znieść można przez zwiększenie koncentracji jonów wapniowych. Również działanie guanidyny na mięśnie znosi jon wapniowy (F ü h n e r). Histamina powoduje wzmoczenie perystaltyki jelit — jon wapniowy może je znieść. Odwrotnie, porażenie jelita, wywołane przez jon wapniowy, usunąć może histamina.

Hołobut wykazał równoległość działania strychniny i jonów potasowych i antagonizm między strychniną a jonami wapnia, magnu i baru. Okamoto, Zondek i Bennett wykazali, iż, po zadziałaniu jadami na komórkę, zachodzą zmiany w rozmieszczeniu elektrolitów. Szereg doświadczeń, wykonanych przez S. G. Zondeka, wykazał, że działanie elektrolitów, układu nerwowego roślinnego i jądów nawzajem się znosi i daje się wymieniać. A więc przypuszcza Z o n d e k, że zarówno jady, jak i układ nerwowy roślinny, działają za pośrednictwem elektrolitów. Kraus i Z o n d e k proponują wprowadzenie pojęcia układ roślinny w najszerszym tego słowa znaczeniu. Układ ten obejmowałby: układ granicznych powierzchni koloidalnych komórki, układ elektrolitów, układ nerwowy roślinny i jady zewnątrz i zewnątrzpo pochodne.

Wynikiem spóldziałania tych układów jest stworzenie równowagi pomiędzy elektrolitami a cząsteczkami koloidalnymi, od niego zależy napięcie komórki. Napięcie komórki jest bezpośredniem odzwierciedleniem przemian, dokonywających się w układzie roślinnym (S. G. Z o n d e k). (D. c. n.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Biologja

FLASZEN i H. WACHTEL O wpływie reakcji alkalicznej na rozwój raka. (Kl. Woch. Nr. 41 rok 1929).

Doświadczenia dokonano na myszach.

Zgodnie z wynikami innych autorów stwierdzono dodatni wpływ reakcji zasadowej na rozwój raka.

Zarówno zalkalizowanie płynu, w którym komórki raka są zawieszane przed zaszczepieniem, jak i zastrzyk podskórny zwierzęciu płynów alkalicznych bądź przed zaszczepieniem raka, bądź już podczas jego rozwoju przyspieszają wzrost raka i powodują szybszą śmierć zwierzęcia. Ciała, które normalnie wzrost raka hamują (np. kwas bursztynowy), tracą swe hamujące własności w roztworze zasadowym.

Jeżeli chodzi o kwasy, to nie udało się stwierdzić, żeby miały one w ogólności hamujący wpływ na rozwój raka, z wyjątkiem tych kwasów, które posiadają tę zdolność, jako własność dla nich specyficzną.

J. K.

Lois DROUET. Hiperbilirubinemia wywołana zmniejszeniem się śledziony po adrenalinie. (Compt. rend. d. Soc. d. Biol. Nr. 26 rok 1929).

Prace ostatnie wykazały, że śledziona pod wpływem wysiłku, wzruszenia i t. p., a również po podskórnym zastrzyknięciu adrenaliny kurczy się, zaś podczas następnej godziny można zaobserwować powiększenie liczby białych ciałek we krwi. Można więc przypuszczać, że śledziona zostaje pod wpływem tych czynników „wyciśnięta”, jak gąbka.

Wychodząc z założenia, że bilirubina wytwarza się nie w wątrobie, lecz w śledzionie, autor badał jej zawartość we krwi po wstrzyknięciu podskórnym 1 mgr. adrenaliny. Okazało się, że pod wpływem adrenaliny ilość bilirubiny we krwi powiększa się, przyczem *maximum* przypada na 45 minutę, zaś po 1 godz. 30 min. poziom jej powraca do normy.

Ten wynik przemawia, według autora, za tem, że bilirubina wytwarza się poza wątrobą i zostaje pod wpływem adrenaliny „wyciśnięta” ze śledziony.

J. K.

Z. M. BACQ. Zmiany metabolizmu po zastrzykaniach dootrzewnowych. (Annales physiol. N. 2 r. 1929).

Doświadczenia wykonano na zającach.

Autor wstrzykiwał dootrzewnowo jałowy roztwór soli fizjologicznej oraz wodę destylowaną. Badanie wykazało zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku zwiększenie metabolizmu, którego *maximum* przypadło na 5—6 godz. po zastrzykaniu. Doświadczenie to ma znaczenie dla wszystkich tych badań, które zajmują się wpływem roztworów różnych ciał, wprowadzanych dootrzewnowo na metabolizm, gdyż wykazuje, że sam rozpuszczalnik już powoduje zmiany metabolizmu. Wynika stąd, że w badaniach tego rodzaju raczej należy posługiwać się drogą podskórną lub dożylną.

J. K.

LICKINT i TRÖLISCH. Czy można wykorzystać określanie grup krwi dla celów dajagnostycznych. (D. m. W. Nr. 32. 1929).

Badania przynależności grupowej krwinek w poszczególnych chorobach: gruźlicy, cukrzycy, nowotworach złośliwych nie wykazały bliższego związku pomiędzy temi cierpieniami a grupą krwi. Narazie więc określanie grup krwi ma nadal wartość praktyczną przy przetaczaniu krwi, przy szczepieniu malarji i przy przeszczepianiu tkanek.

Wanda Franzówna

Gruźlica.

∞ Prof. S. ENGEL und Prof. Cl. PIRQUET. *Handbuch der Kindertuberkulose*. I Band 1930 r. Georg Thieme. Lipsk. tr. 886, cena 125 mk. (sklepowa 142 mk.)

Pierwszy tom wydawnictwa, imponującego swemi rozmiarami, którego ma wyjść wkrótce tom drugi. Tom zawiera 481 ilustracji, częściowo barwnych. Jeden z współredaktorów Pirquet, któremu pedjatrja, zwłaszcza zaś nauka o gruźlicy tak dużo zawdzięcza, zeszedł ze świata przed ukończeniem dzieła. Engel w przedmowie uważa za „słabą pociechę, że dzieło to jest pomnikiem dla Pirqueta”. Jakżeż słusnie podkreśla Engel, zasłużony badacz zwłaszcza w dziale gruźlicy utajonej, „że zwalczanie gruźlicy dziecięcej bez zwalczania suchot jest niemożliwe. Dopóki nieuda się zatkać źródła zakażeń, dopóty ciągle będą powstawały nowe zachorowania dzieci”.

Tom pierwszy składa się z czterech części głównych: 1) patologji ogólnej i anatomji patologicznej, 2) kliniki, 3) zachorzeń organów i 4) zachorzeń pozagruźliczych, względnie nieswoistych, lecz ważnych pod względem różniczkowo-rozpoznawczym.

Śród autorów wymienić należy Lidję Rabinowicz-Kempner, która treściwie omawia sprawę rozmaitych szeregów prątka gruźliczego, rozpatrując właściwie znaczenie prątka ludzkiego i bydłowego i reasumując swe wywody w postaci wniosku, że walka przeciw gruźlicy dziecięcej musi być skierowana zarówno przeciw prątkowi ludzkemu, jak i bydłowemu. Stanley Griffith z Cambridge mówi o typach prątka gruźliczego w gruźlicy ludzkiej w Anglii i podkreśla znaczenie perlicy dla powstawania gruźlicy śród mieszkańców Anglii.

Ghon i Kudlich oświetlają sprawę wrót zakażenia z punktu widzenia anatomji patologicznej i podkreślają zasługę Parrota i Küssa, jako tych, którzy najwcześniej (pierwszy w r. 1876) opisali zmiany w tkance płucnej i gruczołach, co później Ranke nazwał zespołem pierwotnym. Dokładne rozpatrzenie wszelkich możliwych wrót wejścia do ustroju w stosunku do prątka gruźliczego w oświetleniu przedewszystkiem własnego materiału daje możność zorientowania się w stanie obecnym tego działu naszej wiedzy o gruźlicy, zaś dołączona literatura pozwala na naukowe wyzyskanie tego tematu.

Bruno Lange omawia źródła, drogi i wrota zakażenia gruźliczego u dzieci, oświetlając niektóre momenta z punktu widzenia higieny.

Wobec większej uwagi, jaką ostatnio udziela się stosunkowi łożyska do zarazka gruźliczego, podkreślić należy krótki rozdział o gruźlicy łożyska napisany przez Schmorla.

Wilhelm Weinberg porusza sprawę epidemjologiczną, dotyczącą gruźlicy i rodziny, i akcentuje wyłącznie niemal czynnik stykania się z otwartem zakażeniem, jako sposób powstawania gruźlicy. Tej sprawie epidemjologii — zapewne celowo poświęcono najmniej miejsca w podręczniku.

Beitzke pisze o anatomji patologicznej oświetlając niektóre sprawy wciąż jeszcze sporne ze swego punktu widzenia. Pagel rozstrząsa bardzo interesujący temat podstaw anatomicznych zjawisk odpornościowych.

Artykuły Bauera o immunobiologii, Redekera o problemacie reinfekcji z punktu widzenia klinicznego, Hamburgera

o podziale na okresy i Engla i Segalla o usposobieniu wieku — obejmującą dział patologii ogólnej. Nazwiska autorów są wystarczającym dowodem, że w rozdziałach tych można znaleźć myśli oryginalne, zasługujące na zapoznanie się z nimi.

W części klinicznej na szczególną uwagę zasługuje rozdział, napisany przez Engla, a dotyczący tak świetnie przez niego już niejednokrotnie zobrazowanej sprawy kliniki gruźlicy gruczołów okołoskrzelowych pod tytułem klinika zespołu pierwotnego. Zespół ten jest pozatem potraktowany przez Priessela z punktu widzenia zmian, wykrywanych na Roentgenie, zachodzących w miarę gojenia się sprawy chorobowej.

Zarfl opracował sprawę gruźlicy, pochodzenia łozyskowego, Engel kiszkiowego, Hajek i Wessely oświetlają kwestję zmian pierwotnych w górnych drogach oddechowych, wreszcie Fischl swym artykułem o gruźlicy zzwannątrzpochodnej skóry u dzieci kończy rozdział poświęcony okresowi pierwotnemu.

Bakterjemja, rozsiewanie się sprawy chorobowej, zapalenia okołogniskowe, zapalenia opon mózgowych i prosówka obejmują okres drugi i znajdują interpretatorów w osobach Liebermeistera, Simona, Kleinschmidta i Engla, z których każdy ujmuje poszczególny dział w nieco swoisty, a na własnych doświadczeniach oparty, sposób.

Okres trzeci gruźlicy omówiony zostaje według organów, w których zwykł się usadawiać, a więc np. w płucach (Wiese), w skórze (Leiner i Basch), w błonach surowiczych (Mayerhofer) i t. d.

Kończą tom cierpienia paragruźlicze, jak rumień guzowaty, gościec gruźliczy i t. p. w opracowaniu Wallgrena, żoły, omówione przez Moro i Kellera, ziarnica przez Wagnera i przewlekłe cierpienia płuc nieswoiste przez Vogta.

Oto pokrótce treść olbrzymiego tomu pierwszego.

Można się sprzeczać, czy mają rację bytu tego rodzaju olbrzymie podręczniki, które wymagają wkrótce po ukazaniu się dodatkowych uzupełnień i wydań i z racji swych rozmiarów muszą być kosztowne. Przyznać jednak należy, że redaktorzy, zamierzając przedstawić sprawę nie tylko możliwie wyczerpująco, lecz i w oświetleniu ludzi, którzy sami torowali drogę do poznania poszczególnych działów nauki o gruźlicy, osiągnęli swój cel w zupełności. Że niektóre działy noszą wyraźne piętno pewnej może stronniczości w przedstawieniu tego czy innego zagadnienia, o to nie można winić danego autora, skoro przedstawia wynik swych własnych badań. Sprawiedliwość każe przyznać, że najczęściej znaleźć można wzmianki i o poglądach przeciwnych. Od czytelnika już tylko zależy, czy zainteresuje się bliżej całokształtem danego zagadnienia.

Strona zewnętrzna książki, jak zwykle w Thiemego, bez zarzutu. Niektóre np. obrazy drobnowidowe zasługują na szczególne podkreślenie.

Mieczysław Gantz.

E. MAYER i H. LEETCH. Frenikotomja lecznicza w gruźlicy rozpadowej. (J. Am. Med. Ass. Tom 93, Nr. 4|1929).

Autorzy stwierdzili, że nawet duże jamy płucne zanikają w stosunkowo krótkim czasie po frenikotomji homolateralnej.

Jako wskazania do zabiegu uważają:

1) Jednostronną gruźlicę płuc rozpadową oraz włóknisto-serowaciejącą, niezbyt szybko postępującą, z dążnością do bliznowacenia, w której odma nie daje się przeprowadzić.

2) Dwustronna gruźlica płuc, o ile po jednej stronie zmiany nie są zbyt posunięte, zaś odma, ani plastyka nie są

możliwe, szczególnie, o ile zmiany po stronie zdrowszej zależą głównie od jamy wierzchołkowej.

3) Jako próbę wydolności życiowej płuca przed torakoplastyką.

4) W powtarzających się krwotokach, kiedy ani odma, ani plastyka nie są wskazane.

5) Jako środek pomocniczy — a) pod koniec leczenia odmowego — o ile odma była niezupełna, lub płuco nie wypełnia całej jamy opłucny; b) przed wykonaniem torakoplastyki; c) pomocniczo w częściowej górnej plastyce; d) pomocniczo w gruźliczych jamach na tle ropniaków z torakoplastyką lub bez niej; c) w rozstrzeni oskrzelowej lub zgorzeli płuc.

Istnieją dwa typy zabiegów: zupełne wycięcie lub zgniczenie nerwu. Po pierwszym przepona jest unieruchomiona na zawsze. Po drugim ruchy wracają po 3—8 miesiącach. Jako skutki zabiegu powstaje — unieruchomienie i częściowe uciśnienie płuca, zmniejszenie dopływu krwi i limfy. Zmiany w unerwieniu połączone są niekiedy z biciem serca.

B. G.

F. SCHENK. O zapobieganiu gruźlicy w szkole za pomocą Dermotubiny Löwensteina. (Med. Kl. 48|1929).

Badanie zakażenia gruźliczego za pomocą wcierania w skórę Dermotubiny Löwensteina u 60,000 uczniów szkół gminy wiedeńskiej wykazało zupełną nieszkodliwość próby, nie napotykało zupełnie na opór ze strony rodziców (jak np. wykonanie odczynu Pirquet'a), pozwoliło oddać pod nadzór przychodni wiele zakażonych dzieci i wykryć źródło zakażenia. Niestety, to zapobieganie zaczyna się dopiero w wieku szkolnym, t. j. w 6 roku życia. Pożądane byłoby robienie próby u małych dzieci, a więc przede wszystkim w ochronkach, ogródkach dla dzieci, poradniach dla matek, szpitalach i przez wolnopraktykujących lekarzy, co pozwoliłoby wcześniej wykryć zakażenie i usunąć jego źródło.

Henryk Landau.

M. ASCOLI. Odma płucna o niskim ciśnieniu po stronie przeciwnej. (D. m. W. Nr. 33, 1929 r.).

Autor proponuje zakładanie odmy płucnej w gruźlicy płuc po stronie przeciwnej do strony chorobowej w przypadkach, w których z jakichkolwiek przyczyn po stronie ogniska odmy założyć nie można. Koncepcję swą opiera na względnie dużej ruchomości śródpiersia, dzięki której w pierwszym okresie wpuszczania gazu następuje przystosowanie się narządów klatki piersiowej do odmiennych warunków. Niezależnie więc od strony, po której zakładamy odmę, otrzymujemy jednakoowy efekt. Zmniejszenie sprężystości tkanki płucnej nie tylko wpływa na sprawę chorobową. Ten sposób leczenia nie wywołuje skutków szkodliwych, wynik jedynie otrzymuje się nieco później, niż w innych rodzajach odmy. Według autora, należy ją wykonywać zwłaszcza u mężczyzn łącznie z przecięciem nerwu przeponowego po stronie chorej. Przypadki ostre lepiej się nadają do przewlekłych.

Wanda Franzówna.

Choroby serca i naczyń.

Z. N. SIGLER. O wahanich ciśnienia tętniczego. (Am J. Med. Sc. Tom 177. Nr. 4, 1929).

U pewnej kategorii osób dają się stwierdzić wahania w ciśnieniu tętniczym, zupełnie niezależne od wysiłków, a nawet w warunkach zupełnego spoczynku.

Wahania te zdarzają się często u hipertoniów zmiennych, mniej często u innych hipertoniów, zaś niekiedy także u osobników o ciśnieniu normalnym.

Na zasadzie niezmiernej częstości tego objawu u osób o dużym ciśnieniu autor wnioskuje, że każdy osobnik, u któ-

rego stwierdza się znaczne ciśnienie, o ile nie ma jeszcze hipertencji rzeczywistej, to posiada ją przynajmniej potencjalnie t. j. że z czasem rozwinię się u niego to cierpienie.

Przyczynę tego zjawiska autor tłumaczy w sposób następujący: normalnie powstają w ośrodku naczynioruchowym rytmiczne bodźce, regulujące stan napięcia ściany tętniczej. W niektórych warunkach patologicznych stan ten ulega zakłóceniu i powstaje coś w rodzaju arytmii naczynioruchowej.

Znajomość tych t. zw. fizjologicznych wahań ciśnienia przyczynić się może w znacznym stopniu do zaniechania rozmaitych prób opartych na zmianach ciśnienia, czy też do przypisywania mniejszej wagi pozornym wynikom leczniczym.

B. G.

MÜLLER i BOCK. O konstytucjonalnem nadciśnieniu i t. zw. odczynie paradoksalnym. (D. m. W. Nr. 31 1929).

Jednoczesne występowanie objawów nadciśnienia konstytucjonalnego z odczynem paradoksalnym naczyń włosowatych uzależniano już przed kilku laty od zaburzeń w gruczołach wydzielania wewnętrznego. Odczyn paradoksalny — to wpływ na naczynia włosowate przy stosowaniu dawek wyciągu z gruczołów, które u zdrowego człowieka nie wywołują jeszcze żadnego odczynu.

Potwierdzenie tego zjawiska znaleźli autorzy u młodego osobnika z nadciśnieniem.

Na zasadzie przeprowadzonych badań oraz znacznej poprawy przy leczeniu wyciągiem z przedniego płata przysadki, doszli do wniosku, że niedoczynność przedniego płata przysadki ma znaczny wpływ na powstawanie nadciśnienia konstytucjonalnego.

Podawanie preparatu „präphysonu“ w ilości 0,5 cm.³ podskórnie lub 2 tabletek dziennie wywiera dobry wpływ w początkowych okresach nadciśnienia, zanim nie ustalą się zmiany w koloidach krwi. Zaburzenie w wydzielaniu poszczególnych gruczołów odbija się również na śródbłonku naczyń włosowatych, doprowadzając przy podawaniu brakującego hormonu do odczynu paradoksalnego, polegającego na nagłym skurczu naczyń włosowatych. Odczyn ten proponuje autor wykorzystać dla celów dajagnostyki różniczkowej.

Wanda Franzówna

G. A. BENNET i S. A. LEWINE. Periarteriitis nodosa. (Am. Med. Sciences, t. 177, Nr. 6, 1929).

Pierwszy przypadek, opisany przez Benneta i Lewina, dotyczy młodzieńca lat 22, i był typowym przypadkiem *periarteriitis nodosa*.

Należał do sercowo-nerkowego typu choroby, gdyż wykazywał objawy nadciśnienia, niewydolności serca i szczególnie nerek.

Przy autopsji — gołym okiem można było rozróżnić guzki na średnich tętnicach.

W II przypadku — były silne dreszcze i gorączka z przerwami jednotygodniowymi, podczas których chory czuł się zupełnie dobrze.

Początek choroby był połączony z wystąpieniem bólów w kończynach, który to objaw trwał aż do końca. Po 3 mie-

siącach choroby wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych i śpiączki.

Badanie płynu mózgowordzeniowego — dało pleocytozę, a więc sprawę zapalną — jednakże żadnych drobnoustrojów nie udało się wyhodować z tego płynu, ani też stwierdzić w rozmazach.

Ze względu na podobieństwo przebiegu klinicznego do meningokokkowego zapalenia, chory otrzymał odnośną surowicę — jednakże bez wyniku.

W badaniu pośmiertnym znaleziono typowe zgrubienia na wszystkich niemal tętnicach ustroju. Niektóre były w stanie świeżym, inne w rozmaitych stadiach rozwoju odpowiednio do długości przebiegu.

Zpośród tętnic jedynie tętnice wieńcowe były najmniej zajęte, natomiast naczynia nerwów dość znacznie.

B. G.

S. WASSERMANN. O powstawaniu psychoz na tle zaburzeń w krążeniu. (W-r Arch. f. inn. Med. T. XVIII).

Autor zauważył, że objawom psychicznym na tle niedomogi krążenia towarzyszy b. często oddech Cheyne-Stokesa. Nasuwało się pytanie, czy między temi dwoma zjawiskami nie istnieje jakiś głębszy związek patogenetyczny. Oddech Cheyne-Stokesa należy do grupy sercowych zaburzeń w oddechu, której przyczyna tkwi w niedostatecznym ukrwieniu tętniczym ośrodka oddechowego, za czem przemawia fakt, że wymieniony oddech znika pod wpływem podanego tlenu.

Podobnie znikają i wszelkie objawy psychiczne, i na tej podstawie opiera autor swoje twierdzenie, że psychozy krążeniowe powstają wskutek niedostatecznego dopływu tlenu do centralnego układu nerwowego.

Tak więc psychozy sercowe jak i oddech Cheyne-Stokesa powstawać mogą w związku z niedomogą lewokomorową.

Ciekawe, że początki zaburzeń psychicznych pod postacią wzmożonej pobudliwości, bezsenności, uczucia lęku, braku orientacji mogą miesiącami wyprzedzać pierwsze wyraźne objawy niedomogi sercowej, i jedynie towarzyszący, choć lekko jeszcze zaznaczony oddech Cheyne-Stokesa wskazuje, że właśnie krążenie jest tu naruszone.

Tym psychozom „wielkiego krążenia“ przeciwstawić należy przypadki niedomogi prawokomorowej, gdzie wśród objawów ciężkiej dekomensacji występują zaburzenia psychiczne (*delirium*).

Przypadki te były tłumaczone zastoiną krwi i obrzękiem mózgu. Fakt jednak, że występują one w okresie końcowym cierpienia, nasuwa autorowi myśl, że ich powstawanie wiąże się również z niedomogą lewej komory, rozwijającą się po dłuższym schorzeniu i wyczerpaniu komory prawej.

Dlaczego nie we wszystkich przypadkach niedomogi występują objawy psychiczne — trudno odpowiedzieć, może odgrywa tu pewną rolę konstytucyjne podłoże psychopatyczne.

Kile i utwardnieniu naczyń nie przypisuje autor wielkiego znaczenia w powstawaniu zaburzeń psychicznych na tle sercowym.

H. Rasolt

Wskazówki praktyczne.

Herlitz, Jundell i Malmgren ostrzegają przed bezkrytycznym stosowaniem leczenia witaminowego, albowiem doświadczenia na myszach przekonały, że dodatek tranu i naswietlanej ergosteryny (w dawkach odpowiadających stosowanemu w praktyce dziecięcej) do pożywienia zwykłego wywołuje zmiany w sercu oraz odkładanie się soli wapniowych w mięśniach i ścianach naczyń. (Acta paediatr. 1929 Z. 4.)

A. E. Fischer zwraca uwagę na zanik podskórnej tkanki tłuszczowej po zastrzykiwaniu insuliny w miejscu zastrzyknięcia i w jego sąsiedztwie. Zanik ten jest może następstwem sprawy zapalnej, wywołanej przez niezupełnie wolną od białka insulinę (Amer. J. Dis. Childr. 1929 Nr. 4)

Gernsheim stosuje w *krztuścu efetoninę* w postaci upleku (fabr. Merck). Dziennie otrzymują dzieci 3 łyżeczki od kawy. Liczba napadów maleje, jako szczególnie dodatnie działanie występuje spokojny sen w 10 minut po zażyciu leku. (M. m. W. 1929. Nr. 51).

- 0 -

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej

112 posiedzenie kliniczne z dnia 5.XI 1929 r.

Przewodniczący: J. Błaży.

I) Pokazy.

1. Wł. Dworecki. Polip nosa u 2-miesięcznego dziecka.

J. R., osesek 2-mies., płci męskiej, budowy prawidłowej, wagi 4000 gr. Matka twierdzi, że akuszer zaraz po urodzeniu stwierdził u dziecka obecność polipa w nosie. U oseska z nozdrza lewego sterczy widoczny gołym okiem (bez wziernikowania) słuzakowaty okrągławy twór o gładkiej powierzchni, barwy perłowo-różowej, dający się dookoła obejść wprowadzonym na 1 cm. zgłębnikiem. Uszypułowany twór ten, mający wszelkie cechy zwykłego polipa, zwiesza się prawdopodobnie z górnej części nosa. Wass. we krwi matki — ujemny. Przyp. zasługuje na uwagę ze względu na wiek dziecka (najwcześniej stwierdza się polipy nosa w wieku lat 5—6) oraz na wątpliwość, jakie w tym przyp. nasuwa przytaczany zazwyczaj czynnik, wywołujący bujanie polipa, — podrażnienie słuzówki tą czy inną wydzieliną. Badanie histologiczne rozstrzygnie, do jakich nowotworów demonstrowany zaliczyć należy. —

2. M. Płoński. Aneurysma dissecans aortae abdominalis bez widocznego rozdarcia ściany.

U 42-letniej kobiety stwierdzono na sekcji *aneurysma dissecans* w tętnicy głównej. Tętniak rozpoczął się tuż powyżej miejsca wyjścia tętnic nerkowych z tętnicy głównej i ciągnął się aż do jej rozgałęzienia na tętnice biodrowe, rozwarstwiając przednią ścianę naczyń; następnie przechodził na prawą tętnicę biodrową i tutaj łączył się z jej światłem. W tętnicy głównej, a szczególnie w jej części brzuszej stwierdzono b. znaczną miażdżycę. Jednakże nie udało się wykazać makroskopowo miejsca przerwania w błonie wewnętrznej. W tętniaku tkwiły zbite suche masy zakrzepowe, a na jego ścianach powstała nowowytworzona błona wewnętrzna. Przyp. należy zaliczyć do b. rzadkich, w których występuje całkowite zbliznowacenie otworu w błonie wewnętrznej.

Gleichgewicht podaje przebieg kliniczny powyższego przyp., w którym za życia stwierdzono na odd. Dra Lewina mocznicę oraz włóknikowe zapalenie osierdzia, nic natomiast nie wskazywało na obecność tętniaka w jamie brzusznej.

M. Żarnower. Przypadek wady serca z obrzymią śledzioną.

U demonstrowanego chorego Sz L., lat 23 z oddziału Dra. Lewina, poza skombinowaną wadą serca, zagęszczeniem szczytów występuje na plan pierwszy obrzymia śledziona sięgająca 3 palce poniżej pępka, i stosunkowo mało powiększona wątroba.

Przed kilku laty krwioplucie. Przyp. zasługuje na uwagę ze względu na trudne różniczkowanie danej jednostki chorobowej. — Badania dodatkowe wykazały: białkomocz ($3^{0/100}$ do $10^{0/100}$), niedokrewność wtórną, Pirquet+, Wass. we krwi —, próba z czerwienią Kongo, kwas moczowy w krwi i t. p. — w granicach normy. Po zastrzyknięciu $1\frac{1}{2}$ cm³ 10.00 adrenaliny podskórnie — śledziona skurczyła się o 4 palce poprzeczne w wymiarze podłużnym. Ze względu na brak cech zmiennych, Z. wyłącza w tym przyp. grupę schorzeń układu krwiotwórczego, nowotwory, kiłę, gruźlicę śledziony, chorobę Bantiego, Gauchera. Nie wyłącza Z. bezwzględnie skrobiawicy, lecz ze względu na ujemny wynik próby z czerwienią Kongo, łatwe powstrzymanie biegunek, zbyt dużą śledzionę i wynik dodatni próby adrenaliny skłania się raczej do rozpoznania w danym przyp. zastoiny śledziony na

W leczeniu *przewlekłego zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych* otrzymywali dobre wyniki Seyderhelm i Klauze za pomocą przeplukiwań *Subkutiną Ritserta* (Anestezyna sulfo-fenolowa), dzięki którym nie tylko ustępują dolegliwości podmiotowe, ale szybko poprawiają się objawy zapalne błony śluzowej pęcherza, i mocz staje się jałowy. (D. m. W. 1929 Nr. 40)

tle zakrzepu żył śledzionowych. Z. dodaje, że przed kilku tygodniami obserwował na odd. Dra Lewina analogiczny przyp., w którym rozpoznanie było potwierdzone sekcyjnie.

Turyn skłania się również do tego rozpoznania i omawia przyp., obserwowany na oddz. prof. Semerau — Siemianowskiego, analogiczny do przedstawionego. Szour podziela wywody prelegenta; przyczynę zakrzepu upatruje między innymi w wadzie serca chorego; przypomina, że w pracy swej, ogłoszonej w r. 1929 w „Warsz. Czas. Lek.“, wysunął tezę, że w części przyp. wada serca jest dowodem specjalnej predyspozycji do samoistnych zakrzepów. Sz. omawia szereg przyp., w których znaczne a postępujące powiększenie śledziony z niedokrewnością i następczem charakterem nie może być rozpoznane, jako jednostka chorobowa, ani klinicznie, ani sekcyjnie. Sz. wyraża przypuszczenie, że należałoby wprowadzić do kliniki pojęcie marskości śledziony pochodzenia toksycznego, analogicznie do wątroby. Płoński stwierdza, że w anatomii patologicznej marskość śledziony jest określeniem rozrostu rozsianego tkanki łącznej w śledzionie w t. zw. „Bantföhnliche Erkrankungen“, wprowadzenie więc jednostki klinicznej: „marskość śledziony“ w innych przyp. napotkałoby na trudności.

4. Ludwik Abramowicz: Przyp. kiły tchawicy i oskrzeli głównych (streszczenie własne).

U chorej z objawami znacznego zwężenia dolnych dróg oddechowych tracheoskopia wykryła rozlane nacieczenie błony śluzowej tchawicy, poczynając od jej połowy ku dołowi obejmujące klin podziałowy oraz oskrzela główne i powodujące znaczne zwężenia ich światła. Badanie histo-patologiczne wycinka błony śluzowej pobranego z klina podziałowego tchawicy, wykazało zmiany charakterystyczne dla kiły. Odczyn Was. wybitnie dodatni (++++). Zastosowane leczenie swoiste dało szybką poprawę; objawy zwężenia dolnych dróg oddechowych stopniowo ustępowały; poprawa ta była dwukrotnie skontrolowana przez tracheoskopię, która wykazała stopniowe ustępowanie nacieków i rozszerzenie światła oskrzeli.

Omawiając anatomję patologiczną, obraz kliniczny oraz powikłania kiły dolnych dróg oddechowych, prelegent podkreśla rzadkie występowanie tej sprawy chorobowej w tym odcinku dróg oddechowych w przeciwieństwie do częstych zmian kiłowych w krtań, gardzieli i nosie; wśród metod rozpoznawczych najważniejszą jest tracheo-bronchoskopia, umożliwiająca wykrycie zmian, określenie ich rozległości i charakteru nawet we wczesnych okresach, co ma decydujące znaczenie dla rokowania.

5. L. Endelman: Pokaz wziernika ocznego Thornera dla lekarzy-praktyków (streszcz. wł.)

Oftalmoskopia powinna należeć do klinicznych metod badania chorego, dostępnych dla każdego lekarza-internisty. Każdy przypadek bólu głowy, nadciśnienia ogólnego krwi, każdy chory ze schorzeniem nerek, wyliczając tylko sprawy najpospolitsze, musi mieć zbadane dno oczne, gdyż niezrządno na tem badaniu opiera się rozpoznanie, rokowanie i leczenie chorego. Nie każdy taki chory, z tych lub innych względów, może być skierowany do okulisty, każdy przeto internista musi choćby o tyle umieć orientować się w obrazie dna ocznego, by móc orzec, czy dno jest prawidłowe, czy też przedstawia zmiany, co do których zasięgnąć należy opinii okulisty.

Jeśli dotąd oftalmoskopia pozostaje w rękach okulisty, a ostatnio i neurologów, dla których stała się już wprost niezbędna, przypisać to jedynie należy okoliczności, że opanowanie zwykłego wziernika ocznego wymaga, bądźco bądź, długiego czasu i nabrania pewnej, dość dużej wprawy.

Starano się temu zaradzić przez t. z. wzierniki elek-

tryczne, których mamy cały szereg (Simona, Wolffa), lecz i one wymagają pewnego obycia się z niemi.

Dopiero wziernik Thorna, który niedawno ukazał się w sprzedaży wypuszczony przez znaną firmę optyczną Buscha, zdaniem mojem, odpowiada wymaganiom, jakie takiemu wziernikowi, który ma się znaleźć w ręku lekarza-praktyka, stawiać należy: wystarczy dla zapoznania się z tym przyrządem 5 minut, by każdy lekarz umiał nim się posługiwać, w każdym przypadku mógł dokładnie widzieć tarczę nerwu wzrokowego i jej najbliższą okolicę, co jak nam wszystkim wiadomo, już pozwala na postawienie rozpoznania w najczęściej spotykanych schorzeniach dna ocznego. Thorne już dość dawno podał zasady, na których opiera się powinna budowa wzierników bezblaskowych, t. j. takich, które nie dają odbłasku od rogówki, co najbardziej przeszkadza przy oftalmoskopowaniu, i skonstruował swój wziernik. Lecz szerokiemu jego rozpowszechnieniu stała na przeszkodzie zbyt skomplikowana budowa, nieporęczność i wysoka cena. Obecnie zbudowany przez Buscha wziernik usunął powyższe wady, prócz jednej jeszcze: względnie wysokiej ceny (195 marek niemieckich).

Nie chcąc się wdawać w szczegóły jego budowy, wspomnę tylko, że główną zasadą, na której się opiera, jest ta, że przez część źrenicy osoby badanej oświetlamy dno oka, a przez drugą nieoświetloną, widzimy dno oczne.

Następuje pokaz samego wziernika.

II) Odczyt,

H. Adelfang: *O chorobie Marie-Strümpella.*

A. w odczycie swym rozwija myśl o mechanicznym pochodzeniu tej choroby (ukazuje się w druku).

W rozprawie biorą udział G. Bychow ski, który zastanawia się nad pierwotną infekcyjną przyczyną schorzenia, oraz S. Zour, który uważa, że mechaniczną teorię powstania choroby M.—Str. można połączyć z teorią zaburzeń przemiany wapnia poprzez gruczoły przytarczycowe, wysuniętą ostatnio.—

Sekretarz: M. S. Zour.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedzeniu lipskiego tow. lekarskiego w maju r. 1929 demonstrował Kommerell przypadek *agranulocytozy*, przebiegającej skrycie i wykryty przypadkowo u 42-letniej pan-

ny. Stwierdzono 40-80-200 komórek ziarnistych w 1 milim.³ przy normalnej liczbie limfocytów, 85 proc. hemoglobiny, 5,6 milionach czerwonych krążków. Nie było żadnych zmian zgorzelinowych na śluzówkach, nie było żółtaczki, gorączki, jedynym objawem było ogólne osłabienie. Po 14-dniowej obserwacji naświetlano czterokrotnie szpik kostny, poczem liczba komórek ziarnistych wzrosła do normy, i chora wyzdrowiała. Przypadek powyższy jest jak to zaznaczył w dyskusji Leuchtenberger dziesiąty z obserwowanych w ciągu 2½ roku w klinice lipskiej. W dwóch nie występował brak komórek ziarnistych. Zdaniem L. należałoby wobec tego rozróżnić: 1) zwykłą agranulocytozę, 2) powiklaną agranulocytozę i 3) przypadki zbliżone do agranulocytozy. (D. m. W. № 37)

Na tem samym posiedzeniu Seyfarth demonstrował dwa przypadki *prawdziwej krwawiczkki*, w których podawanie przetworu *nateina-llopis*, składającego się z mieszaniny witamin A, B, C i D z fosforanem wapnia i cukrem mlecznym, doprowadziło do poprawy w sensie przyspieszenia krzepowości i mniejszych skłonności do krwawień.

Na posiedzeniu paryskiej Akademii Nauk w listop. r. b. (Pr. méd. № 97) Loeper, Lèri i Patel demonstrowali swą metodę *graficznego zapisywania ciśnienia płynu mózgowo-rzędnowego*, bardzo prostą w założeniu i opartą na użyciu bębena Mareya. Bardzo interesujące wykresy, wykazujące wpływ zastrzykiwania winianu ergotaminy, acetylcholiny czy adrenaliny u zwierząt, dowodzą pożyteczności tej nowej metody.

Aubertin w tow. lek. szpitali paryskich (listop. 1929 Pr. méd. Nr. 97) podkreśla *brak przerostu serca w pewnych przypadkach nadciśnienia stałego*. Niemiecy u chorych z ciśnieniem, przekraczającym dla *minimum* 11 i dla *maximum* 22, nie stwierdza się przerostu serca ani drogą kliniczną, ani na rentgenie. Jedynie wskaźnik głębokości lewej komory jest nieco zwiększony. Na sekcji u takich chorych znajduje się serce, ważące około 225-300 gr. Na uwagę zasługuje, że są to zazwyczaj przypadki z ciśnieniem wysokim stałym, nie zmiennym, a co więcej trwającym nieraz szereg lat. Dodać należy, że u chorych tego rodzaju nie stwierdzano zmian w nerkach, ani szczególnych objawów ze strony działalności serca.

Interesujący przypadek *encephalitis lethargica z bezgłosem* demonstrowali Targowla i Ombrédanne na posiedzeniu tow. psychiatrów paryskich w listopadzie r. b. (Pr. méd. Nr. 97). Prawie całkowicie bezgłos nie ustępował rozmaitym środkom stosowanym, jak skopolamina, atropina etc. znikł zaś zupełnie po zastrzyknięciu insuliny.

Zjazdy

LIGA NARODÓW.

Organizacja Higjeny.

Szczepienia ochronne przeciw dyfterytowi i szkarlatynie.

Narada Rzeczoznawców

odbyta w Paryżu od 4 do 6 lipca 1929

Metody szczepień ochronnych czynnych przeciw szkarlatynie i dyfterytowi, które to szczepienia według otrzymanych przez nas sprawozdań dały w Stanach Zjednoczonych wyniki zachęcające, nie zostały jeszcze uogólnione wszędzie w Europie; z drugiej strony, wyniki, otrzymane tą drogą w różnych krajach europejskich, które je stosowały, są często sprzeczne. Ankiety przygotowawcze, urządzone w różnych krajach Europy wskutek decyzji Komitetu Higjeny wykazały, że, według opinii ogólnej, pożyteczne będzie zwołać naradę rzeczoznawców w tej sprawie i niezbędne jest zorganizowanie wymiany zdobytych wyników. Rzeczoznawcy, których nazwiska podane są poniżej, zwołani zostali do Paryża, na d. 4 do 6 lipca 1929, aby podzielić się swymi spostrzeżeniami:

Prof. Th. Madsen, Kopenhaga (prezes),
Dr. Bie, Kopenhaga,
Dr. Borcic, Zagrzeb,
Prof. Cantacuzene, Bukareszt,
Prof. Dr. R. Debré, Paryż,
Prof. Friedmann, Berlin,
Prof. E. Gorter, Leyde,

Dr. E. H. R. Harries, Birmingham,
Dr. Hirszfild, Warszawa,
Dr. O'Brien, Beckenham, Kent,
Dr. Ramon, Garches, Francja,
Dr. O. Schubert, Praga,
Dr. Tomesik, Budapeszt.

Rzeczoznawcy, nie wdając się w dyskusję teoretyczną rozpatrywanych spraw, postanowili ustalić program doświadczalnych porównawczych, które należy przeprowadzić w jednakowych warunkach i w okręgach wybranych, za pomocą tego samego materiału i według tych samych metod.

A. Błonica.

Należy przeprowadzić doświadczenia porównawcze:

- a) na odczyn Schicka,
- b) na uodpornienie czynne.

Do odczynu Schicka użyta będzie toksyna jednolita. Metoda musi być stosowana według jednolitych dyrektyw, ściśle ustalonych.

Szczepienia ochronne muszą być dokonane porównawczo:

- 1) anatoksyną,
- 2) toksoidem,
- 3) toksyną- β anatoksyną.

Następujące kwestje stanowią będą przedmiot badań specjalnych:

a) Porównanie z anatoksyną różnych antygenów, używanych do szczepień ochronnych przeciw błonicy (Ramon).
b) Badanie porównawcze szczepień w tych przypadkach, gdzie zastrzykiwania dokonane zostały w różnych odstępach czasu.

c) Badanie porównawcze wyników zastrzykiwań podskórnych i zastrzykiwań domięśniowych (oznaczenie odczynu szczepiennego, jak również wyniku uodparniającego).

d) Wpływ wieku osób szczepionych.

e) Wpływ środowiska, w którym żyją osoby szczepione.

W celu zanotowania doświadczeń ustalono dyrektywy do przygotowania ogólnego protokołu dla każdej sprawy i zrobiono formularze, na których gromadzone będą dane, dotyczące każdego poszczególnego przypadku.

Doświadczenia dokonane będą na około 20000 osób w Niemczech, Anglii, Danji, Francji, Węgrzech, Holandji, Polsce, Rumunji, Czechosłowacji i Jugosławii.

B. Płonica,

Doświadczenia porównawcze mają być dokonane w podobny sposób, jak w błonicy:

- a) na odczyn Dicka,
- b) na uodpornienie czynne.

Do odczynu Dicka użyta będzie we wszystkich krajach ta sama toksyna. Odczyn dokonany być musi według jednolitych dyrektyw, ustalonych przez rzeczoznawców. W niektórych krajach do dodatkowych badań porównawczych użyta będzie toksyna, przygotowana z hodowli streptokoków miescowych.

Do doświadczeń nad szczepieniami ochronnymi Instytut Serologiczny państwa duńskiego postawi do dyspozycji każdego kraju, biorącego udział w doświadczeniach, dwie hodowle Dicka i jedną hodowlę Dochęza. Z tych hodowli przygotowana będzie anatoksyna według jednolitej metody,

ustalonej przez Ramona. Anatoksyna ta ma być porównana z anatoksyną, przygotowaną z hodowli streptokoków miescowych.

Do doświadczeń tych przygotowano również jednolity formularz protokołu ogólnego, jak również formularz dla każdego poszczególnego przypadku. Doświadczenia muszą być dokonane w sposób wyżej podany w Niemczech, Francji, Węgrzech, Japonii, Holandji, Polsce, Rumunji, Czechosłowacji i Jugosławii — na ogólnej liczbie około 10000 osób.

W doświadczeniach, dotyczących błonicy i płonicy, wynik szczepienia powinien być, w miarę możliwości, sprawdzony nie tylko za pomocą odczynu skórniego, lecz również przez obliczenie zawartości przeciwciał w surowicy osób szczepionych. Ustalono program badań dla każdego kraju, biorącego udział w doświadczeniach, a w niektórych, poza tym programem, zależnie od okoliczności, dokonane będą również badania niektórych kwestyj specjalnych. Wyniki doświadczeń porównawczych, otrzymanych w ten jednolity sposób, stanowiąc będą pewny fundament, umożliwiającą głębsze zbadanie tych kwestyj, które ze względu na ich niezwykle złożony charakter, a zwłaszcza różnorodne warunki, w jakich doświadczenia były dokonane w różnych krajach, nie mogły być dotychczas ostatecznie wyjaśnione. Rozwiązanie tych kwestyj jest konieczne w celu zwalczania niektórych najważniejszych przyczyn śmiertelności dzieci.

Korespondencja

Życie naukowo-lekarskie w Wiedniu, aczkolwiek nie odznacza się obecnie takim mocnym tętnem, jak przed wojną światową, zwi. na początku obecnego stulecia, tem niemniej płynie strumieniem wartkim. Blisko 4000 lekarzy znajdują tu zastosowanie. A wśród nich wielu, wielu ludzi utytułowanych, nie tylko przez stopień akademicki, lecz przez sprawiedliwie zdobyty rozgłos w nauce. Rzecz naturalna, iż ra skutek zmiany warunków gospodarczych pauperyzacja lekarzy jest bardzo znaczna, jednakże dzięki szybkim postępom medycyny społecznej wielu wybitnych lekarzy znajduje odpowiednie placówki pracy właśnie w tej dziedzinie. Prym tutaj dźwierz wybitny anatom prof. Tandler, który odznacza się dużym talentem organizacyjnym i wielkim umiłowaniem społecznym. Stojąc na czele wydziału zdrowia publicznego Magistratu, rozbudował znacznie instytucje higieniczno-społeczne i walczy skutecznie z chorobami społecznymi, przede wszystkim z gruźlicą. Stara się on zarazem, by kierownictwo tych zakładów spoczywało w rękach wybitnych sił naukowych. Dość powiedzieć, iż słynny Noorden wraca do Wiednia, by objąć specjalnie dla niego nowowyzbudowany jedyny w swoim rodzaju oddział dla chorób przemiany materji; z wzorową kuchnią dietetyczną dla lekarzy i pielęgniarek. Tak samo Kosa Chorych poszczycić się może pierwszorzędami osobistościami lekarskimi.

Ośrodkami życia lekarskiego są, oczywiście, rozmaite szpitale w liczbie, zdaje się, przeszło 35, z wielkim liczącym 2 tysiące łóżek „Allgemeines Krankenhaus“ na czele.

Stanowi on osobne niejako miasteczko, w którym każdy lekarz znajdzie doskonałe warsztaty pracy we wszystkich specjalnościach.

Obok starych oddziałów, które, jak np. klinika neurologiczno—psychjatryczna, noszą piętno muzealne (ta ostatnia roi się od nieistniejących już u nas łóżek siatkowych), podziwiać można cudowną, wprost luksusowo urządzonej klinikę dziecięcą Pirqueta, wewnętrzną Wenckebacha, laryngologiczną Hajeka i inne. Ale owe posępne, grube mury starych klinik nie są w stanie stłumić, ani uwięzić „iskry Bożej“, jeśli ma ona zajaśnieć — nie dziw więc, iż z nich wyszedł ostatnio jeden z najnowszych laureatów nagrody Nobla w medycynie — opanowany, cichy, pozornie ponury, o ładnych, dziecięcych niebieskich oczach — Wagner-Jauregg.

Wzruszenie ogarnia, gdy się widzi tego czarującego człowieka, skromnie w kącie stołu, wśród gwaru młodych, czyniącego wyciągi z kart szpitalnych — w tej klinice, w której obecnie rej wodzi jego następcą Pötzl, neurolog psychjatra, a może i poeta-artysta, umiejący w ciągu 2 godzin swego pięknego wykładu klinicznego przykuć całkowitą uwagę 600 słuchaczy. Lecz nie tylko ta gałąź, której osobiście najbliżej stoje, i dlatego, zapewne, szczegółowiej ją opisuję, ma tam godnych swych reprezentantów; wszelkie inne obfitują w mnóstwo rozgłośnych nazwisk, że wymienię pobieżnie:

Ortner, Chwostek, Wenckebach, Schlesinger, Porges, Pal, Falta, Pick, Pineles, Czyhlarz, Bauer, W. Neumann, Hess, Marburg, Redlich, Schüller, Economo, Lorenz, Spitz, Peham, Halban, Meller, Arzt, Karl, Oppenheim, Mucha, H. Neumann, Alexander, Hajek, Hirsch, Holzknecht, Kienböck, Pordes, a z teoretyków — Neuburger, Hochstetter, Tandler, Schaffer, Durig, Fürth, Maresch, Erdheim, Sternberg, Löwenstein, Silberstein, E. Pick, Haberd, Grossberger i inni, nie mówiąc o całej plejadzie młodych.

Trudno byłoby wliczyć wszystkie zagadnienia, które stanowią przedmiot aktualny prac poszczególnych warsztatów. Wymienię zaledwie niektóre. Więc np.:

1) gruźlica kurza, przebiegająca u ludzi pod postacią zmian skórnych. — badana przez Löwensteina,

2) *agranulocytosis*, cechująca się brakiem leukocytów ziarnistych we krwi, a powstająca na podłożu ciężkiej anginy — (Jagić),

3) otluszczenie, jako wynik zwiększonej czynności aparatu insulinowego, według badań Falty,

4) stany hipertoniczne, analizowane przez Pala

5) wpływ diety Gersonowskiej na gruźlicę płuc rozpatrywany przez Pala i Picka (dotychczasowe wyniki: nastrój, wygląd, waga chorych poprawiają się widocznie, natomiast zmiany przedmiotowe płucne pozostają te same);

6) gastrofotografia, przeprowadzona przez Porgesa,

7) badanie przez szkołę farmakologiczną Picka środ

ków nasennych w zależności od punktu zaczepienia ich działania w korze lub jądrach podkorowych,

8) dalsze badania nad zimnicą w paraliżu postępującym, dokonywane osobiście przez Wagnera-Jauregga, Economo — nad cytoarchitektoniką mózgu i zapaleniem śpiączkowym mózgowia, Poetzla nad lokalizacją mózgu na podstawie objawów klinicznych, zwł. anozognozji, Redlicha nad padaczką narkolepsją, Marburga nad guzami mózgu, Spiegla nad ośrodkami ukł. roślinnego i nad tonusem i wiele, wiele innych.

3 najważniejsze kliniki nie są narazie obsadzone: klinika dziecięca Pirqueta, klinika wewnętrzna Wenckebacha, którą ma objąć pono Eppinger, oraz klinika Ortnera, który od dłuższego czasu jest dotknięty ciężką chorobą. Sprawą obsadzenia katedr klinicznych przez odpowiednie siły naukowe interesuje się nie tylko oficjalny świat akademicki, lecz i lekarze, którzy zdają sobie sprawę, iż od odpowiedniego kierunku naukowego, jaki nadany będzie przez nowego profesora, zależne jest dalsze kształcenie lekarzy oraz postęp nauki. To też na łamach pism lekarskich zabierają głos w tej sprawie grupy lekarzy i wyrażają swój pogląd, jakiego działu przedstawicielem ma być następca, nie poruszając, naturalnie, wyraźnie spraw personalnych. Bowiem, jeśli klinika Wenckebacha miała przedewszystkiem układ naczyniowy w orbicie szych zainteresowań i czynności, klinika Chwostka — kierunek praktyczny, to obecnie chodziłoby o kierunek przedewszystkiem laboratoryjno-djagnostyczny.

Wobec ciężkich warunków ekonomicznych, a również i z innych względów — starały się sfery naukowe dostosować niejako do nowej konjunktury i stworzyły warsztat międzynarodowego nauczania lekarskiego. Wyrazem tego są stale kursy dokształcające, które odbywają się w języku angielskim i niemieckim. Są to wykłady i zajęcia praktyczne, naogół dość kosztowne, ale prelegenci sumiennie wywiązują się ze swego zadania i przynoszą dużo korzyści. Najlepiej pod tym względem stoi t. zw. centralny instytut rentgenologiczny pod kierunkiem prof. Holzknechta. Tutaj lekarz chcący poświęcić się rentgenologii, otrzymuje wszechstronne wykształcenie fachowe, tembardziej, iż materiał odnośny jest niezmiernie bogaty. Dzięki tym kursom utrzymuje Wiedeń bliski kontakt z zagranicą, a zwł. z Ameryką, nic więc dziwnego, iż w wyniku tego wiele sił lekarskich wędruje na odpowiednie placówki na drugą półkulę bądź na stałe, bądź też celem wygłoszenia wykładów specjalnych. W klinikach wszyscy lekarze zagraniczni są przyjmowani b. gościnnie w charakterze hospitantów, i rzecz dziwna — to samo, co z miejscowościami kuracyjnymi zagranicznymi w przeciwstawieniu do naszych — zawsze jest miejsce dla każdego. Wyznanie, narodowość, konstytucja, nie decydują. Niema tego ciągłego balotowania, ważenia, analizowania. Może dlatego tylu młodych ludzi może poszczycić się tutaj zarówno tytułem akademickim, jak i zdobytym rozgłosem naukowym.

Poza stałymi kursami urzęda wydział lekarski t. zw. kursy międzynarodowe na pewien określony temat.

Od 25.XI do 8.XII r. ub. odbył się właśnie podobny kurs p. t. „Wydzielanie wewnętrzne i konstytucja”. Poruszono więc najrozmaitsze tematy, z których wymienię tylko niektóre: patologoanatomiczne podstawy zaburzeń wewnątrzwydzielniczych (Sternberg), indywidualne oddziaływanie na leki (Januschke), przemiana podstawowa (Liebesny), konstytucja i ukł. naczyniowy (Braun), krążenie i tarczyca (Jagić), gospodarka wodna i hormony (Molitor), patogenesa ogólna zaburzeń wewnątrzwydzielniczych (J. Bauer), problem konstytucji w patologii krwi (Schwarz), konstytucja i przewód pokarmowy (Schur), — i przemiana materji (Saxl), — i Base-

dow (Pineles), — i przytarczyca (Elias), — i nadnercza (Luger), — i trzustka (Polak), — i gruźlica (Neumann), naświetlanie gruczołów dokrewnych (Holzknecht i Borak), przeszczepianie gruczołów (Eiselsberg), chirurgia przysadki (Hirsch), konstytucja i rak (Fraenkel), konstytucja i ginekologia (Halban), o konstytucji w ogólności (Tandler), skóra i wewnętrzne wydzielanie (Koenigstein), patologia przysadki (Maresch), klinika przysadki (Marburg), rentgen czaszki w zaburzeniach konstytucji i wewnątrzwydzielniczych (Schüller), konstytucja i schorzenia nerwowe (Pöttl), obrzęk śluzakowaty (Wagner-Jauregg) i inne. Wszystkie wykłady bogato ilustrowane pokazami chorych.

Niepodobna wymienić treści wszystkich. Wspomnę tylko, iż Bauer odrzuca istnienie dyshormonizmu, przyznaje jedynie hiper i hipohormonizm, Eiselsberg zaleca jaknajwięcej sceptycyzmu w ocenie wyników przeszczepień gruczołów — więc i w eksperymentach Woronowa, Pineles nie radzi operować przypadku choroby Basedowa, jeśli nie można obniżyć nadwyżki metabolizmu poniżej 30%, Elias miał dobre wyniki w schorzeniach przytarczyc (tężyczka) po zastrzykiwaniach wyciągu z tych gruczołów (para-thor-mone), oraz wyciągów ze śledziony w schorzeniach alergicznych („Nodunon“), przebiegających z eozynofilią; Luger zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zastrzykiwań adrenaliny i insuliny w przyp. choroby Addisona, gdyż względem pierwszej jest przeczulica ($1/4$ amp. wywołuje nieraz ciężkie objawy), zaś względem drugiej brak jest przeciwdziałanie odrenaliny, Borak — zaznacza, iż zwykle wole, tak, jak normalna tarczyca, na prom. X nie oddziaływa, tak, iż można skórę oparzyć, a tarczycy nic nie zrobić, oraz że po naświetlaniu może pozostać habitus Basedowicus sine morbo Based., t. zn. bez objawów toksycznych, Liebesny podnosi, iż najważniejszą rzeczą jest kontrola leczenia za pomocą badań przemiany podstawowej, przyczem badać należy metabolizm dopiero po upływie 4 tyg. od naświetlania, gdy w ciągu pierwszych 14 dni otrzymać można zawsze pogorszenie, — dalej, iż na podstawie badania przemianej podst. nie można dać odpowiedzi, kiedy należy operować, odpowiedź może być tylko negatywna — jeśli +80%—100%, to nie należy operować, — wreszcie, iż u ludzi starszych arteriosklerotyków, bez Basedowa, metabolizm może być zwiększony 0+30+40%, oraz iż w obrzęku śluzakowatym—30% metabolizmu daje bezwzględne wskazanie do stosowania tarczycy; Hirsch zachwala swoją metodę operowania przysadki, opierając się na 165 własnych przypadkach.

Podobne kursy dokształcające są stale organizowane 4 razy do roku; n. p. w r. 1930 od 17.II do 1.III przedmiotem kursu będzie nowoczesna terapia, a od 29.V do 17.VI — gruźlica ze specjalnem uwzględnieniem leczenia.

Posiedzenia naukowe lekarzy odbywają się, tak jak u nas, w rozmaitych towarzystwach wszystkich specjalności. Ośrodkiem zebrani lekarskich jest Towarzystwo Lekarskie, liczące 1200 członków. Sala posiedzeń może jednak pomieścić jedynie 400 osób. Członkiem Towarzystwa może zostać każdy lekarz, wykazujący się pewną działalnością naukową. W każdym razie nie odgrywa tu żadnej roli, czy jest kto „leptosomicznym“, „piknicznym“ czy też „atletycznym“ typem, czy tej, czy innej konstytucji, zarówno somatycznej jak i politycznej. Ale za to Wiedeń nie może się poszczycić aż 3 Towarzystwami Lekarskimi ogólnemi, jak Warszawa.

Jeden z lekarzy wiedeńskich, otrzymawszy spadek amerykański, ofiarował anonimowo większą sumę na rozszerzenie gmachu Tow. Lekarskiego.

Bardzo rzutką działalność rozwija stowarzyszenie studentów pod nazwą „Verein für Medizinische Psychologie”, które zaprasza na odczyty gości z zagranicy. Tak np. przed kilkoma miesiącami przyjechał Kretschmer. W sali Tow. Lek. był jednak taki ścisk, iż policja musiała wkroczyć na salę, a wykład odbył się następnego dnia w wielkiej sali Konzerthaus'u. Ostatnio Katsch z Greifswaldu mówił o odruchach warunkowych Pawłowa, a dawniej Meyer Gross — o upojeniu meskalinowem, Schultze — o ćwiczeniach narządów i inni.

Co poniedziałek odbywa się wykład w t. zw. Doktoren-collegium dla lekarzy praktyków. Każde posiedzenie jest poświęcone zagadnieniu przedstawiającemu wartość prak-

tyczną, przyczem z góry wyznaczeni referenci odpowiadają na zapytania, podawane na kartkach.

Ogólnie uczęszczane są posiedzenia Tow. Biologicznego. W tym roku przemawiał Calmette, który znalazł jednak w Wiedniu wielu oponentów.

Na tem kończę mój list z gorącym życzeniem, by i u nas nadszedł czas, gdy dla dobra nauki lekarskiej polskiej, zamiast kilku do b r z e funkcjonujących towarzystw lekarskich było jedno wspólne — j a k n a j l e p s z ą działalność rozwijające. Pobożne życzenie!

Należę jednak do „wierzących”.

E. H.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Przerywanie ciąży w prawodawstwie

Podał

Stanisława ADAMOWICZOWA (Warszawa)

(Dokończenie—p. № 3).

Całkiem odrębne stanowisko zajmuje ustawodawstwo Rosji Sowieckiej. Dekret 1920 roku stanowi:

„Rząd robotniczo-włościański bierze pod uwagę całe zło, jakie wypływa z tego zjawiska (sztucznego poronienia) dla ogółu. Droga wzmocnienia ustroju socjalistycznego i agitacji przeciwko przerywaniu ciąży wśród kobiecych mas pracujących, rząd walczy z tem złem, i przewiduje, iż będzie ono zanikać w miarę rozwoju opieki nad matką i dzieckiem.

W obecnej chwili jednak dawna spuścizna moralna oraz ciężkie warunki ekonomiczne sprawiają, iż część kobiet decyduje się na tę operację. Ludowy Komisarjat Zdrowia i Ludowy Komisarjat Sprawiedliwości, dążąc do ochrony zdrowia kobiety w interesach rasy, i uważając, że droga represji nie osiąga celu, postanawiają:

- 1) pozwolić na bezpłatne wykonywanie operacji sztucznego przerywania ciąży w szpitalach sowieckich, zapewniających maksimum nieszkodliwości;
- 2) kategorycznie zabrania wykonywania operacji komukolwiek bądź poza lekarzem;
- 3) położne, lub babki winne dokonania operacji zostają pozbawione praktyki i przekazane ludowemu sądowi;
- 4) lekarz, dokonywający zabiegu przerywania ciąży w praktyce prywatnej w celach zarobku, zostaje również oddany pod sąd.

Kodeks Karny R. S. F. S. R. (oraz innych republik związkowych) w rozdziale, traktującym o przestępstwach przeciwko życiu i zdrowiu (artykuł 140), przewiduje karę za dokonanie sztucznego przerywania ciąży w następujących przypadkach: 1) o ile sztuczne przerywanie ciąży zostało dokonane przez osobę, nie posiadającą odpowiedniego przygotowania medycznego; 2) o ile przerywanie ciąży zostało dokonane w niehigienicznych warunkach, nawet, o ile zostało wykonane przez osobę, posiadającą odpowiednie kwalifikacje. W tych wypadkach kodeks przewiduje pozbawienie wolności

na okres czasu do roku, lub grzywnę do 500 rubli. Karze podlegają osoby trzecie — współdziałające, kobieta ciężarna nie ponosi żadnej odpowiedzialności. Okres czasu pozbawienia wolności może być przez sąd zwiększony do 5 lat, o ile wskutek poronienia, dokonanego przez osobę, nie posiadającą odpowiednich kwalifikacji, lub w warunkach niehigienicznych, nastąpił zgon kobiety ciężarnej, lub też przerywanie ciąży było uprawiane jako zabieg, wreszcie dokonane bez zgody kobiety ciężarnej.

W praktyce artykuł 140 Kodeksu nasuwa szereg wątpliwości; przede wszystkim dotyczy to określenia „osoby, nie posiadającej odpowiedniego przygotowania medycznego”. Dekret 1920 roku, jak widzieliśmy, kategorycznie zabraniał dokonywania operacji komukolwiek poza lekarzem. Na tem samym stanowisku stał Komisarjat Zdrowia i podczas omawiania Kodeksu Karnego. Jednakże władze ustawodawcze nie zgodziły się z tem stanowiskiem, uważając, iż w warunkach wiejskich, dominujących w Związku Sowieckim, gdzie wielkie połacie kraju są obsługiwane przez felczerów, nie można pociągnąć do odpowiedzialności karnej felczera lub akuszerki za dokonanie poronienia, o ile posiadają oni odpowiednie przygotowanie, i o ile poronienie zostało dokonane w odpowiednich warunkach higienicznych.

Drugą kwestją, wymagającą wyjaśnienia, jest określenie „w nieodpowiednich warunkach higienicznych”. Ludowy Komisarjat Zdrowia przy układaniu Kodeksu żądał, aby w Kodeksie wskazane było, iż wolno dokonywać poronienia tylko w szpitalu. Prawdopodobnie jednak brak odpowiedniej liczby szpitali sprawił, iż w Kodeksie znalazło się zamiast tego określenie „w niehigienicznych warunkach”. Jednakże dążąc do uwzględnienia stanowiska Komisarjatu Zdrowia, plenum najwyższego sądu R. S. F. S. R. (20 czerwca 1927 r.) wyjaśniło, iż słowa „w niehigienicznych warunkach” należy rozumieć, jako „brak warunków, pozwalających na wykonanie operacji, poprzedzone odpowiednim przygotowaniem pacjentki do zabiegu, oraz odpowiednią pielęgnacją po operacji. O ile istnieją te i inne konieczne warunki techniczne, dokonanie poronienia przez osoby, posiadające odpowiednie

Z. S. R. R. — PODZIAŁ 228.861 PORONIEŃ WEDŁUG
PRZYCZYNY PRZERWANIA CIĄŻY.

Autor, jedn. ad- ministr., rok, liczba poro- nień.	G e n s		B a j e w s k i		A. Florynska			G e n s	Szyflinger	Przy- chodźko	Rubina	Jackow	Siniebrin- chow.
	R. S. F. S. R.	Moskwa	Leninград	Miasta gub.	Inne miasta	Wiejskie okreęgi	Koleje żel. Pers- Urz. i rob.	Saratow	Sudzewski rej	Woroneż	Rostow n/D	Włady- kaukaz	
Przy- czynny przerwa- nia ciąży.	1924	1 9 2 5	1 9 2 5	1 9 2 5	1 9 2 5	1925	1927	1927	1927	1925-26	1925-27		
	131.572	15.675	16.598	17.067	31.453	200 ank.	3.578	10.936	1.782				
Brak środków . . .	44,3	53,7	62,6	66,4	59,1	58,2	47,4	35,0	70,0	84,5	57,8	30,0	
Stany chorobowe . .	40,8	12,7	12,3	19,3	32,8	29,7	18,9	10,0	27,0	4,6	4,9	12,7	
Karmienie niemow- lęcia	5,8	11,9	8,8	12,7	5,2	4,8	3,4	11,0	—	—	8,0	30,7	
Niechęć posiad. dziecka	2,1	21,1	15,9	—	—	—	—	5,5	1,0	5,0	—	3,4	
Dążenie do ukrycia ciąży	2,0	0,6	0,4	1,6	2,9	7,3	0,6	—	—	—	0,4	—	
Warunki rodzinne . .	—	—	—	—	—	—	—	27,5	—	—	—	—	
Wielodzietność . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10,7	
I n n e	5,0	—	—	—	—	—	29,7	11,0	12,0	5,9	28,9	12,5	

Z r ó d ł o: Dr. W. Siniebrichow, Wiadomości Medycyny Współczesnej Nr. 17, 1929 r.

przygotowanie medyczne, nie podlega artykułowi 140 Kodeksu Karnego”.

Kodeks nie określa czasu, w którym wolno dokonywać poronienia. Zgodnie z cyrkularzem Ludowego Komisarjatu Zdrowia z 1926 roku poronienie sztuczne w przypadkach, kiedy nie grozi niebezpieczeństwo życia (ostre zapalenie nerek, wada serca, ostry krwotok ciężarnej, ostry zanik wątroby) jest dozwolone tylko w okresie pierwszych trzech miesięcy ciąży.

Od czasu ogłoszenia pierwszego dekretu upłynęło 10 lat; 24 listopada 1929 r. ukazał się cyrkularz Ludowego Komisarjatu Zdrowia „w sprawie organizacji pomocy ludności przy dokonywaniu poronień i w sprawie wzmocnienia walki ze sztucznym przerywaniem ciąży”. Cyrkularz podaje istniejący stan rzeczy oraz obrazuje obecną politykę Komisarjatu zdrowia w tej sprawie. Cyrkularz stwierdza na wstępie, iż zgodnie z otrzymanymi przez Komisarjat wiadomościami liczba łóżek szpitalnych dla poronień jest niewystarczająca. To też liczba poronień nielegalnych, to jest dokonywanych poza szpitalami w nieodpowiednich warunkach, jest jeszcze bardzo znaczna. Wobec tego Komisarjat poleca wszystkim wydziałom zdrowia: 1) Poczynić kroki, celem zwiększenia w miastach liczby łóżek szpitalnych dla kobiet, przerywających ciążę. 2) Otwierać oddziały w szpitalach, w których mieściłyby się łóżka płatne. Opłatę za przerywanie ciąży pobierać należy od osób niepracujących, zamożnych włościan, chałupników (kustar), osób uprawiających wolne zawody, oraz od grup robotników i urzędników, pobierających wysokie uposażenie, w razie braku łóżek bezpłatnych. Opłata za łóżka zostaje przekazywana na rachunek oddziału opieki nad matką i dzieckiem, a sumy te zostają użyte na utrzymanie łóżek dla przerywania ciąży oraz na walkę ze sztucznym przerywaniem ciąży. W większych szpitalach rejonowych pobieranie opłaty jest wzbronione. 3) Komisarjat poleca Wydziałom zdrowia wykonywanie ścisłego nadzoru nad przestrzeganiem wydanych zarządzeń przez prywatne lecznice, w których wykonywane są poronienia. 4) Kobiety, które z tych lub innych powodów mają zamiar przerwać ciążę, winne są zwrócić się do stacji opieki nad matką i dzieckiem, gdzie przedewszystkiem należy wyjaśnić, czy w danym przypadku niema przeciwwskazań lekarskich do dokonania poronienia. Jako przeciwwskazania lekarskie do dokonania poronienia, cyrkularz uważa: zakaźne zapalenie organów płciowych (ostre i pod ostre), podejrzenie ciąży pozamacicznej, guzy macicy.

Za czasowe przeciwwskazania cyrkularz uznaje: ostre zakażenia, ropnie nie zależne od lokalizacji, podejrzenie świeżych urazów organów płciowych, lub dawne przebicie macicy. Cyrkularz ustala również, że we wszystkich przypadkach poronienie sztuczne winno być wzbronione przed wpływem 6 miesięcy od daty poprzedniego poronienia.

Następnie Komisarjat stwierdza, iż sztuczne przerywanie ciąży, wykonane nawet w szpitalu wpływa bardzo ujemnie na zdrowie kobiety. To też Komisarjat poleca Wydziałom Zdrowia wzmocnienie walki ze sztucznym przerywaniem ciąży za pomocą propagandy, udzielania pomocy społecznej i prawnej oraz przez rozpowszechnianie za po-

średnictwem stacji opieki nad matką środków, zapobiegających zajściu w ciążę. Stacje winny polecać tylko środki uznane przez Centralną Komisję do badań środków, zapobiegających ciąży, przy Instytucie opieki nad matką i dzieckiem Komisarjatu Zdrowia.

Zgodnie z cyrkularzem środki, zapobiegające ciąży, winny być rozpowszechniane przez instytucje lecznicze, jak stacje opieki nad matką, przychodnie i rejony lekarskie, a również przez apteki, utrzymywane przez Wydziały Zdrowia. Cyrkularz zaznacza, iż wobec konieczności indywidualnego naznaczania środków, zapobiegających ciąży, oraz regularnego nadzoru i kontroli otrzymanych wyników przez lekarza, należy uważać za zarządzenie czasowe pozwolenie sprzedaży środków zapobiegających ciąży, przez kooperatywy („Kąty“ i sklepy „Matka i dziecko“). W miarę rozwoju sieci stacji opieki nad matką sprzedaż środków, zapobiegających ciąży winna być wyłącznie skoncentrowana w tych stacjach. Środki, zapobiegające ciąży, są wydawane przez stacje opieki, przychodnie i rejony lekarskie według ceny, ustalonej przez Komisarjat Zdrowia. Kobiety bardzo niezamożne mogą otrzymywać te środki bezpłatnie w drodze pomocy społecznej.

Kobiety chcące przerwać ciążę winny zwracać się, celem otrzymania nakazu na łóżko, do Komisji przerywania ciąży. Cyrkularz stanowi, iż komisje winny wykorzystać ten moment celem dokonania rozpoznania społecznego przypadku, odradzenia przerwania ciąży oraz okazania w razie potrzeby pomocy materialnej i prawnej. Komisje przerywania ciąży winny funkcjonować jako sekcje „Komisji uzdrowotnienia warunków pracy i bytu“ przy stacji opieki nad matką i dzieckiem. W skład Komisji przerywania ciąży wchodzi lekarz stacji opieki oraz dwu przedstawicieli Komisji Uzdrowotnienia Warunków pracy i bytu. Jednym z nich jest zwykle przedstawicielka organizacji kobiecych.

Jak widać, cyrkularz nie nadaje Komisjom prawa odmowy przerywania ciąży, a tylko prawo rozdziału łóżek oraz głosu doradczego.

Kwestja rozdziału łóżek jest bardzo paląca, ponieważ liczba łóżek w stosunku do zapotrzebowania jest zgoła niewystarczająca. To też podział łóżek został ujęty w pewne normy: przedewszystkiem otrzymują łóżka kobiety samotne, pozostające bez pracy lub posiadające liczne rodziny. Kobieta, zwracająca się do Komisji przerywania ciąży, winna posiadać świadectwo lekarskie, stwierdzające istnienie ciąży, dokumenty, ustalające wysokość zarobku lub o ile jest bez pracy, odpowiednie zaświadczenie giełdy pracy, wreszcie zaświadczenie Komitetu domowego o warunkach rodzinnych.

Załączona tablica podaje podział 228.861 przypadków poronienia według przyczyny przerwania ciąży.

Komisje przerywania ciąży w R. S. F. S. R., jak i rady opieki społecznej na Ukrainie, decydujące te same sprawy, w praktyce przeszły od wydawania nakazów na łóżka, do odmowy przerywania ciąży w przypadkach, gdy wskazania społeczne niewydają się im wystarczające. Odsetek odmów, bardzo różny, wynosi zdaniem szeregu autorów, którzy opracowali to zagadnienie około 10%.

O d c i n e k,

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCYNY

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2)

Fortunius Licetus.

Urodził się w Rapallo w r. 1577, zmarł w r. 1657. Fizyk i lekarz. Jeden z najbardziej nieprzejednanych przeciwników teorii Harveya. Pozostawił 80 prac naukowych, poświęconych głównie patologii potworowej.

Los chciał, że sam Licetus był okazem fizycznie nienormalnym. Przyszedł na świat, jako karzełek wysokości 5 $\frac{1}{2}$ cala, którego łatwo można było umieścić na jednej dłoni. Ojciec jego, również lekarz, miał dużo kłopotu z wychowaniem swego syna. Z początku musiał go nawet hodować w tak zwanym w owym czasie piecu egipskim, odpowiednikiem dzisiejszego termostatu. Wątki chłopczyzna nie rokował długiego żywota. A jednak doczekał się w dobrym zdrowiu 80 lat życia! Jego pierwsze dzieło: „*Gonopsychantropologia*” otrzymało ten długi tytuł jakoby dla uwydatnienia przeciwieństwa do małego wzrostu autora. W dziele „*De monstris*” Licetus podaje dużo ciekawych ilustracji z dziedziny patologii rozwojowej.

René Descartes (Cartesius).

Urodził się w r. 1596 w Touraine we Francji zmarł w r. 1650 w Sztokholmie. W rok po śmierci ciało jego zostało przewiezione do Paryża i pochowane z wielką czcią w kościele S-te Geneviève du Mont.

Zasłynął, jako twórca nowego kierunku w filozofii. Medycynę studiował jako jeden z działów nauk przyrodniczych, nieodłącznych wówczas od ogólnej filozofii. Aby zapoznać się możliwie bliżej z życiem, starał się brać udział we wszystkich jego przejawach. Podróżował, uczestniczył w wojnach, pracował w różnych zawodach. Rezultatem tej pracy analitycznej był nowy kierunek filozofii — dogmatyczny — racyonalistyczny, oparty na dualizmie, czyli niezależności ciała od duszy. Według tego światopoglądu ciało to zespół jednostek (*corpuscula*) — automatyczna maszyna, uduchowiona przez Boga. Psychikę ludzką D. uniezależniał zupełnie od ciała i widział w niej natchnienie wyższej siły. W dziedzinie filozofii był on autorem tak zwanych „Wątpliwości Kartezjusza”. „Można o wszystkim wątpić, ale tylko nie o tem, że my wątpimy”. Istota bytu naszego polega na tem, że myślimy: „*Cogito, ergo sum*”. Jego głośna praca „*Principia philosophiae*” wydana została w Amsterdamie w r. 1644.

Descartes swym systemem filozoficznym zaważył bardzo na dalszym rozwoju medycyny, która, krocząc wytrwale w kierunku naturalistyczno-materiaлистycznym, musiała stale staczać walkę z witalizmem. Descartes był jednym z niewielu, który zrozumiał doniosłość odkrycia Harveya i dzięki jego gorącej obronie Harvey uniknął losu Serweta, który nie znalazł za życia ani jednego zwolennika swej teorii.

OKRES

witalistyczno — pozytywistyczny

Wiek siedemnasty, który w medycynie był poświęcony niemal wyłącznie kierunkowi naturalistycznemu, nie analizował bliżej zagadnienia witalizmu. Dla niego sprawa istnienia wyższej siły, która kieruje wszystkimi czynnościami naszego ustroju, przeważnie nie ulegała wątpliwości. Pochłonięty olbrzymiami zdobyczami naturalistycznymi, zastanawiał się mało nad podstawową kauzalnością patologii naszego ustroju. To też w wieku 17ym wśród świata lekarskiego widzieliśmy mniej filozofów, niż w okresach poprzednich. Światopogląd Kartezjusza, polegający na dualizmie, czyli niezależności ciała od duszy, ułatwił w dużym stopniu materialistyczne pojmowanie czynności ustrojowych. Wiek osiemnasty obudził nowe zainteresowanie w kierunku dociekań filozoficznych. Dualizm Kartezjusza znalazł przedewszystkiem przeciwnika w monizmie Spinozy, który, skrytykawszy słabe strony dualizmu, wprowadził nowy światopogląd, według którego dwie substancje ciało i dusza — nie są bynajmniej samodzielnymi jednostkami, lecz atrybutami jednej wiecznej siły — Boga. Wszystko ma swoje przeznaczenie, i ani duchowe, ani fizyczne zjawiska nie mogą mieć miejsca bez przyczyn (Determinizm Spinozy). Walka dualizmu z monizmem, a następnie z pluralizmem Leibniza odbiła się zasadniczo na umysłach ówczesnej ideologii lekarskiej. Szereg lekarzy znowu zaczął poświęcać się studjom filozoficznym i, odwrotnie, filozofowie naukom lekarskim. W tych warunkach wiek 18ty częściowo 19ty były niemal wyłącznie poświęcone badaniom witalizmu i przejściem do pozytywizmu. Kierunek sentymentalno — romantyczny w dużym stopniu przyczynił się do odnowienia dawno zapomnianych przesądów, odżyła wiara w dobre i złe duchy. To też okres ten zaznaczył się na początku powstaniem fantastycznych teorii witalistycznych. Pod koniec jednak zwyciężył kierunek materialistyczno — pozytywistyczny.

Na okres ten przypadają przedewszystkiem pierwsze poważne kroki w kierunku uzależnienia kliniki od anatomii patologicznej (Giambista Morgagni) oraz dalszy rozkwit specjalności, jak ginekologii (Kleszcze Palfyna), otjatrii (Valsalva) i okulistyki. Wśród licznych przedstawicieli świata lekarskiego widzimy najprzeróżniejsze kierunki myśli.

Czołowym przedstawicielem tego okresu był

Hermann Boerhaave.

Urodził się w r. 1668 w Leiden, zmarł w r. 1738. Jako syn pastora, poświęcił się z początku teologii. Straciwszy wcześniej ojca, od najmłodszych lat ciężko pracował na utrzymanie swej rodziny. Medycynę zaczął studiować jako przedmiot dodatkowy, przyczem specjalnie umiłował Hippokratesa i Sydenhama. Z biegiem czasu, pod wpływem filozofii Spinozy, porzucił teologię i poświęcił się całkowicie medycynie. Boerhaave był klinicystą w wielkim stylu. Na wzór Sydenhama interesował się więcej kliniczną stroną medycyny niż filozoficzną. Należał do tych nielicznych przedstawicieli 18 wieku, którzy zrezygnowali z poszukiwań „przyczyny wszystkich zjawisk” i zadowolili się określeniem choroby, jako zaburzenia

czynnościowego. Punkt ciężkości oparł na zdobyczach fizyki, chemji, mikroskopji, anatomji patologicznej i kliniki. Ogłosił dwa dzieła z dziedziny medycyny: „*Institutiones*” i „*Aphorizmae*”, które zdobyły mu sławę. Stworzył szkołę, z której wyszli tak wybitni uczniowie, jak Haller, Hoffmann, Stahl i inni. Najgłośniejszy z nich Haller nazwał go: „*Magnus ille medicorum universae Europae praeceptor*”. Jakiem niezwykle powodzeniem cieszył się Boerhaave, świadczy olbrzymi majątek, zdobyty na praktyce, który wynosił przeszło 2 miliony guilderów!

O wybitnym tym klinicyście jeszcze za życia jego kursowały liczne anegdoty, świadczące o jego bystrości orientacyjnej jako lekarza.

Pewnego razu sprowadzono doń chorego umysłowego, który niechciał oddać moczu z obawy, że mógłby nim zalać całe miasto. „Świetnie”, zauważył B. „akurat wybuchł pożar w mieście — ten zalew przyda się bardzo”.

Opowieść ta przypomina zdarzenie z drugim wybitnym klinicystą berlińskim Markiem Hertzem, który żył nieco później. Ten również miał w swojej kuracji chorego hipochondryka, który obawiał się aktu defekacji. Hertz poradził mu przed każdym jedzeniem wypić szklankę wody. Pewnego razu chory wpadł do

niego, oświadczając z przerażeniem, że zapomniał wypić przed śniadaniem wodę. „Leć natychmiast do domu”, rzucił szybko H. „zrób sobie ławatywę — w ten sposób zdążymy jeszcze wyprzeździć wodą śniadanie”. Czy trzeba dodać, że efekt był wspaniały?

Boerhaave lubił w swych wykładach przytaczać następującą opowieść, która miała świadczyć o jego ultranaturalistycznym kierunku myślenia.

„Kiedy król Dawid zestarzał się, dworzanie, aby obudzić w nim energję życiową, postanowili ożywić go przez zbliżenie do młodych i ładnych dziewcząt”. Ten prostaczy sposób rozumowania B. bynajmniej nie uważał za zupełnie pozbawiony racji, przeciwnie, zachwalał go nawet, utrzymując, że ciało nasze jest „porowate”, a tysiące naczyń na jego powierzchni chciwie wchłaniają z otoczenia zdrowie i chorobę. Dlatego też nie jest obojętne, czy obok nas leży chora, czy zdrowa niewiasta, stara czy młoda!

W pozostałych po B. papierach znaleziono zapieczętowany grubszy rękopis z napisem, że zawiera on tajemnicę sztuki leczniczej. Jakiś anglik nabył go za dużą sumę, a gdy rozpieczętował go, znalazł następujący dwuwiersz:

„Nogi trzymaj w ciepłe, a zaś w chłodzie głowę.
Zołądka nie przeciążaj — wszystko będzie zdrowe,

Wiadomości bieżące.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów w sprawie kursu dokształcającego sanitarnego dla inżynierów.

Z dniem 15 lutego 1930 roku rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie wzorem lat ubiegłych czwarty kurs dokształcania sanitarnego dla inżynierów. Kurs będzie trwał cztery tygodnie, a program jego przedstawia załącznik.

Na kurs będą przyjmowani zasadniczo kandydaci, którzy wykażą się posiadaniem dyplomu inżyniera z wyższej szkoły technicznej krajowej lub zagranicznej. Kandydaci, niemający tego dyplomu, mogą przesłuchać kurs, jednak bez prawa przystąpienia do egzaminu.

Opłata za kurs wynosi 60 złotych od osoby. Słuchacze będą mogli w miarę możliwości korzystać z mieszkania w bur-się przy ul. Puławskiej Nr. 91, należącej do Państwowej Szkoły Higjeny.

Zgłoszenia na kurs przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny (ul. Chocimska 24) do dnia 1 lutego 1930 roku.

Wszelkich informacji o kursie udziela Kierownik kursów Inż. Z. Rudolf, tel. 45-56.

Powyższe dane zechce Pan Wojewoda podać w czasie możliwym najkrótszym do wiadomości wszystkim podległym urzędom państwowym i samorządowym oraz zainteresowanym instytucjom celem terminowego zgłoszenia nazwisk inżynierów, którzy zamierzają przyjechać na wymieniony kurs.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Dr. Piestrzyński.

— Okólnik Ministerstwa spraw wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie repatriacji chorych obywateli polskich z zagranicy oraz wysiedlenia chorych cudzoziemców z Polski.

W związku z okólnikiem Nr. 93 z dn. 14. IX. 1925 Nr. Z. U. 6385 25. ogłoszonym w Dz. Urz. Min. Spraw Wewn. Nr. 5 25 poz. 400, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia iż w myśl nowej procedury repatriacyjnej polsko-niemieckiej

obowiązującej od dnia 1 września 1929 r., stosuje się przy repatriacji umysłowo chorych z Niemiec postępowanie zgodne z ustępem I powyżej wspomnianego okólnika, natomiast wnioski władz polskich o wysiedlenie obywateli niemieckich kierują władze administracyjne II instancji do Konsulatów niemieckich w Polsce.

Wobec powyższego ustęp II okólnika Nr. 93 Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 14. IX. 1925 Nr. Z. U. 6385 25 ulega zmianie w tym kierunku, iż sprawy wysiedlenia umysłowo chorych obywateli niemieckich załatwiają władze administracyjne we własnym zakresie działania i porozumiewają się w tym celu z konsulatami niemieckimi w Polsce.

Odpada zatem w zasadzie korespondencja dyplomatyczna w tych sprawach za pośrednictwem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Ministerstwa Spraw Zagranicznych.

Władze administracyjne II instancji mogą przysyłać dotyczące akta Ministerstwu Spraw Wewnętrznych z prośbą o wyjaśnienia względnie decyzję przed wystąpieniem z wnioskiem o wysiedlenie do władz niemieckich tylko w tych przypadkach, gdy mają uzasadnione wątpliwości co do sposobu załatwienia danych spraw. —

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia
A d a m s k i

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy, w sprawie wyrównania należności za leczenie chorych na jaglicę.

Ze strony Zarządów Zakładów dla dzieci, chorych na jaglicę, wpływają ustawiczne zażalenia na pewne związki komunalne, które bądź nie wpłacają zupełnie, bądź też zalegają przez szereg miesięcy z uregulowaniem przypadających za leczenie i utrzymanie dzieci, chorych na jaglicę. Niewpłacanie przez samorządy tych należności pozbawia zakłady jaglicze naturalnych podstaw finansowych, co uniemożliwia im należyte funkcjonowanie i dezorganizuje ich gospodarkę. Ten stan rzeczy nie może być tolerowany przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, które w myśl rozporządzenia Prezydenta

Rzeczypospolitej z 22. III. 1929 r. o zwalczaniu jaglicy (Dz. U. R. P. Nr. 36 poz. 333) ma obowiązek czuwania i dozoru nad należytem funkcjonowaniem tych zakładów i spełnianiem obowiązków zwalczania jaglicy przez samorządy.

Ponieważ w myśl cytowanego rozporządzenia (art. 6) utrzymanie zakładów dla chorych na jaglicę należy do obowiązków związków komunalnych, przeto Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zwraca się do Panów Wojewodów (Pana Komisarza Rządu) z przedstawieniem, aby wezwali wszystkie związki komunalne do regularnego wyrównania przypadających zakładom jagliczym należności bezpośrednio po przedstawieniu przez odnośne zakłady miesięcznych rachunków. W razie, jeśli związki komunalne zalegają z wpłaceniem należności za leczenie dzieci, chorych na jaglicę, więcej niż za 3 miesiące, Urząd Wojewódzki, jako władza nadzorcza nad związkami komunalnymi, winien zastosować wobec opornych związków komunalnych środki przymusowe na podstawie obowiązujących ustaw samorządowych.

Wreszcie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zwraca uwagę, że związki komunalne mają możliwość uzyskania zapomóg na pokrycie kosztów leczenia chorych na jaglicę z kredytów Ministerstwa Spraw Wewnętrznych na walkę z jaglicą w myśl okólnika Nr. Z. Z. 6207/29 z 28 października 1929 r. Nr. 239 oraz na pokrycie kosztów utrzymania w myśl okólnika Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej Nr. 3561/II.O z 20 lipca 1929 r. z kredytów na opiekę społeczną.

Panowie Wojewodowie zechcą przeto czuwać, aby sprawa należności, przypadających zakładom jagliczym za dzieci, chore na jaglicę, była zawsze należycie wyświetlona, płatnicy ustaleni, a opłaty we właściwym czasie uregulowane w myśl powyższych wskazówek.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.
A d a m s k i.

— Państwowa Szkoła Higijeny. Rok szkolny 1929/30.

Program czwartego kursu dokształcenia sanitarnego dla inżynierów. (Od 15 lutego do 15 marca 1930 r.).

Kierownik kursu: Inż. Mag. Zygmunt Rudolf. Tel. 45—56.

I. Dział ogólny:	Godz.
Zagadnienia inżynierji sanitarnej	1 Inż. Mag. Z. Rudolf.
Zagadnienia higieny publicznej.	2 Dr. M. Kacprzak.
Planowanie osiedli	4 Inż. Mag. Z. Rudolf
Higijena wsi, jako zagadnienie państwowe.	1 Dr. W. Chodźko.
Walka z chorobami zakaźnymi	5 Dr. M. Kacprzak.
Badanie wody i urządzeń wodnych	4 Inż. A. Szniolis.
Mleko	2 Inż. S. Żmigrod.
Higijena pracy	5 Dr. B. Nowakowski.
Bezpieczeństwo pracy	4 Inż. St. Rodowicz.
	28 godz.

II. Przedmioty techniczno-sanitarne:

Hydrologja	4 Pr. M. Rybczyński.
Osuszanie terenów	4 Pr. Cz. Skotnicki.
Wodociągi i kanalizacja	6 Pr. J. Radziszewski.
Oczyszczanie wody i ścieków	10 Inż. A. Szniolis.
Organizacja budowy wodociągów i kanalizacji	2 Inż. Wł. Skoraszewski.
Głębokie studnie i ich wiercenie.	3 Inż. W. Krzyżkiewicz.

Usuwanie śmieci i oczyszczanie ulic	4 Inż. Mag. Z. Rudolf.
Sanacja osiedli, nieposiadających wodociągu i kanalizacji	2 " "
Wentylacja i ogrzewanie	7 Doc. Inż. F. Bąkowski.
Dezynfekcja i dezynsekcja	3 Płk. inż. St. Dobrowolski.
Deratyzacja	2 Doc. płk. Dr. G. Szulc.
Chłodnictwo	3 Pr. B. Stefanowski.
Gazownictwo	1 Inż. Konopka.
Walka z gazami	1 Mjr. B. Sypniewski.
R a z e m	50 godz.

III. Zakłady użyteczności publicznej:

a) Szkoły	3 Inż. Fr. Ejchhorn.
b) Ośrodki zdrowia	1 Dr. S. Tubiasz.
c) Szpitale	2 Arch. W. Borawski.
d) Kąpieliska	2 Płk. Inż. St. Dobrowolski.
e) Rzeźnie	2 Dr. Jan Kiszkiel.

R a z e m 10 godz.

Wszystkich godzin wykładowych 88 (22 dni wykładowe)

W y c i e c z k i:

- 1) Biuro regulacji m. Warszawy.
- 2) Ośrodek Zdrowia w Mokotowie.
- 3) Stacja przepompowywania ścieków.
- 4) Stacja pomp rzecznych, ujęcie wody z Wisły i nowe osadniki.
- 5) Filtry miejskie oraz laboratorium.
- 6) Zakład spalania śmieci i zakład dezynfekcyjny.
- 7) Zakład oczyszczania ścieków przy szkole powszechnej
- 8) Rzeźnia miejska na Pradze.
- 9) Stacja doświadczalna do badania ścieków na Kaszkadzie.
- 10) Zakład utylizacyjny.
- 11) Szpitale: Karola i Marji, Dzieciątka Jezus, Przemienienia Pańskiego i św. Stanisława.
- 12) Większe urządzenia ogrzewniczo-wentylacyjne.
- 13) Gimnazjum Stefana Batorego.
- 14) Kąpielisko miejskie.
- 15) Garaż taboru miejskiego do oczyszczania m. Warszawy.

Wykłady odbywać się będą w gmachu Państwowej Szkoły Higijeny ul. Chocimska 24, II piętro, od godz. 9 do 13-ej.

Wycieczki odbywać się będą w godzinach popołudniowych, każdorazowo za specjalnem zawiadomieniem Sekretarjatu Szkoły.

— Program Kursu Ogólnodokształcającego dla Lekarzy przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Kurs będzie trwał od dnia 27 marca do 9 kwietnia 1930 r. włącznie. Na kurs złożą się wykłady i zajęcia praktyczne, żywo obchodzące lekarzy-praktyków pod względem rozpoznawczym i leczniczym.

Szczegółowy program będzie doręczony poszczególnym uczestnikom kursu, jak również osobom zainteresowanym bądźto pocztą, bądźto osobiście. Posiadający karty uczestnictwa, otrzymane po uregulowaniu należności, mają prawo osobiście zgłosić swój udział w internacie w Klinice Położniczo-Ginekologicznej. Zwyczajem lat ubiegłych uczestnicy kursu mają prawo korzystania ze zniżek kolejowych w drodze powrotnej, będą mieli zapewnione mieszkania w Warszawie po cenach umiarkowanych oraz otrzymają zaświadczenia z odbycia kursu.

Wykaz wykładów: A. Z medycyny wewnętrznej: 1) Doc. dr. W. Filiński—Rozpoznawanie i leczenie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy-2 godz. 2) Doc. dr. W. Filiński—Kiła układu krążenia-2 godz. 3) Doc. dr. L. Karwacki — Bakterjoterapia w leczeniu gruźlicy-1 godz. 4) Dr. J. Misiewicz — Odma sztuczna-2 godz. 5) Dr. J. Misiewicz — Leczenie gruźlicy w warunkach domowych-2godz. 6) Prof. Dr. W. Orłowski — Niewydolność krążenia i jej leczenie-3 godz. 7) Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski — Rokowanie w różnych zaburzeniach krążenia-2 godz. 8) Prof. Dr. E. Żebrowski — Znaczenie rozpoznawanych objawów osłuchowych ze strony serca (z pokazami chorych)-2 godz. B. Z chorób dziecięcych: 1) Doc. dr. M. Erlich — Dżagnostyka i terapia ważniejszych spraw chorobowych noworodka-2godz. 2) Doc. dr. M. Erlich — Djetetyka i terapia cierpień jelitowych wczesnego dzieciństwa-2godz. 3) Prof. Dr. M. Michałowicz — Odżywianie niemowląt-4godz. 4) Doc. dr. H. Sparow — O szczepieniach przeciwbłonniczych i przeciwploniczych-1 godz. 5) Prof. dr. W. Szenajch—Klinika i leczenie chorób zakaźnych-2g. 6) Prof. dr. W. Szenajch—Walka z zakażeniami wewnątrzszpitalnymi wraz z pokazem szpitala Karola i Marji-1 godz. C. Z ginekologii i położnictwa: 1) Doc. dr. H. Beck—Krwiotoki maciczne-4 godz. 2) Prof. Dr. A. Czyżewicz—Wskazania do przerwania ciąży-1 godz. 3) Prof. dr. A. Czyżewicz — Niepłodność: Przyczyny i leczenie-1 godz. 4) Doc. dr. H. Gromadzki — Leczenie nieoperacyjne spraw zapalnych w ginekologii-4 godz. 5) Doc. dr. L. Lorentowicz — Uplawy i ich leczenie-2 godz. 6) Doc. dr. Z. Monsiorski — Skrzywienie i przemieszczenie macicy (przyczyny i leczenie)-4 godz. D. Z chirurgji: 1) Prof. dr. A. Leśniowski — Postępowanie lecznicze w kamicy nerkowej i moczowodowej-1 godz. 2) Prof. dr. A. Leśniowski — Przewlekłe przewężenie jelit-1 godz. 3) Doc. dr. J. Mossakowski — Stanowisko chirurgji współczesnej w sprawie zapobiegania i leczenia tęzca-1 godz. 4) Prof. dr. Z. Radliński — Rak sutka-1 godz. 5) Prof. dr. Z. Radliński — Wczesne rozpoznawanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego-1 godz. 6) Prof. dr. Z. Radliński — Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc (z demonstracjami phrenicoexhaeresis przez dr. Piaseckiego)-1 godz. 7) Dr. J. Rutkowski — Przetaczanie krwi-2 godz. 8) Doc. dr. B. Szerszyński — Zasady dżagnostyki urologicznej-2 godz. 9) Doc. dr. A. Wojciechowski — O leczeniu guzów krwawniczych zastrzykiwaniami 1 godz. 10) Dr. J. Zaorski — Leczenie żyłaków i owrzodzeń goleni z demonstracjami-1 godz. E. Z neurologji: 1) Dr. A. Leśniowski — Nowoczesne sposoby leczenia chorób kiłowych układu nerwowego ze szczególnym uwzględnieniem leczenia malarją — 1½ godz. 2) Dr. J. Morawiecka — Klinika wczesnych okresów chorób kiłowych układu nerwowego — 1½ godz. F. Z rentgenologii: 1) Doc. dr. A. Elektorowicz — Rentgenodżagnostyka kliniczna narządów klatki piersiowej —2 godz. 2) Doc. dr. A. Elektorowicz — Rentgenodżagnostyka przewodu pokarmowego — 2 godz. G. Ogólne: Dr. M. Stawiński — Lecznictwo kasowe oraz stosunek lekarza kasy do administracji i do ubezpieczonego — 1 godz.

Kurs odbędzie się, o ile się nań zgłosi do 15 marca b. r. przynajmniej 30 osób. Opłata ryczałtowa za całkowity kurs wynosi 75 złotych; dla asystentów i hospitantów klinik i oddziałów szpitalnych m. st. Warszawy — 30 złotych. Zgłoszenia, wszelkie zapytania informacyjne i wpłaty pieniężne należy kierować do sekretarza kursu pod adresem: Dr. Stanisław Hrom, asystent II Kliniki Chorób Wewn. U. W. — Warszawa, Szpital Dzieciątka Jezus, Nowogrodzka 59.

— Polski Związek Przeciwgruźliczy. Okólnik. — V Kurs Uzupełniający dla lekarzy p. t. „Gruźlica i walka społeczna z gruźlicą”.

Przy poparciu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (De-

partamentu Służby Zdrowia) Polski Związek Przeciwgruźliczy przystępuje do organizacji V Kursu Uzupełniającego dla lekarzy — mającego za zadanie przygotowanie lekarzy dla akcji przeciwgruźliczej, zwłaszcza lekarzy, mających pracować w poradniach przeciwgruźliczych. —

Obecny Kurs 3-ch miesięczny uwzględniać będzie w pierwszym rzędzie studia praktyczne, obejmie również cały szereg wykładów teoretycznych. — Na zasadzie nabytego doświadczenia, w obecnym Kursie zwiększona będzie liczba godzin wykładów teoretycznych, z dziedziny leczenia odmą sztuczną, leczenia sanatoryjnego, oraz z metod walki z gruźlicą na wsi i t. p. — Każdy ze słuchaczy Kursu będzie miał możliwość praktycznego zapoznania się z kliniką gruźlicy przez odbycie praktyki (Stage'u), w zakresie gruźlicy wewnętrznej, chirurgicznej i dziecięcej, w Klinikach Uniwersytetu Warszawskiego i na oddziałach szpitalnych. — Nadto każdy słuchacz zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w Warszawskich poradniach przeciwgruźliczych. —

Dla ułatwienia odbycia Kursu zostaną przyznane dla dziesięciu lekarzy stypendja zwrotne w terminie 5 lat, w wysokości 750 zł. dla każdego uczestnika, nadto 14 lekarzy będzie mogło odbyć Kurs bez żadnej opłaty za udział w Kursie. — Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum będą mieli lekarze wydelegowani przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Dep. Służby Zdrowia), przez Towarzystwa Przeciwgruźlicze i Kasy Chorych.

Wykłady teoretyczne będą dostępne dla wszystkich lekarzy, bez żadnego ograniczenia i bez opłat.

Kurs rozpocznie się dnia 17-go lutego b. r.

Podania należy składać pisemnie pocztą lub osobiście: w biurze Związku Przeciwgruźliczego ul. Chocimska 24 (Państwowa Szkoła Higjeny) od godz. 10-3-iej do dnia 10 lutego b. r.

Do podania należy dołączyć:

1) krótkie curriculum vitae, z podaniem dotychczasowej działalności,

2) zaświadczenie instytucji, która lekarza delegowała,

3) zobowiązanie do czynnego udziału w akcji zwalczania gruźlicy przynajmniej przez 2 lata.

O przyjęciu na Kurs decydować będzie Komisja Organizacyjna, poczem natychmiast wszystkim kandydatom wysłane będzie zawiadomienie.

Z ukończenia Kursu wydane będzie zaświadczenie po uprzednim złożeniu końcowego egzaminu.

— Komunikat.

VII Zjazd Polsk. Towarz. Dermatol.

Dnia 8 i 9 czerwca r. b. (Zielone Świątki) odbędzie się w Łodzi VII Zjazd P. T. D., na który niniejszem uprzejmie zapraszamy Szanownych Kolegów. Jednocześnie prosimy o łaskawe zgłoszenie uczestnictwa oraz tematów odczytowych najpóźniej do dnia 15 kwietnia pod adresem kolegi J. Leyberga, Trauguta 5.

Wobec tego, że w tym samym czasie odbędzie się w Łodzi X Zjazd Psychjatrów Polskich, sekcja kwaterunkowa Komitetu Organizacyjnego, pragnąc zapewnić uczestnikom Zjazdu pokoje w hotelach, uprzejmie prosi Szanownych Kolegów o możliwie wczesne zgłoszenie dnia przybycia, podania ilości towarzyszących osób oraz o zaznaczenie, czy Kolega, uczestniczący w Zjeździe, życzy sobie zamówienia pokoju w hotelu, czy też reflektuje na bezpłatną kwaterę.

Ponieważ wysłane w swoim czasie listy z zaproszeniami na Zjazd nie wszystkim Kolegom zostały doręczone wskutek — jak się okazało — niedokładnych adresów, a do niektórych Kolegów nie mogły być wysłane, ponieważ nie wszyscy członkowie P. T. D. są odnotowani w ogólnym spisie z r. 1928, najuprzejmiej więc prosimy Kolegów, którzy dotychczas zaproszeń nie otrzymali, o łaskawe nadesłanie swych adresów.

Za Komitet Organizacyjny:

E. Sonnenberg — przewodniczący
J. Leyberg — zast. przewodn.

-- Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego w dniu 8.I.1930 r. zostali wybrani do Zarządu:

Prezes: Dr. Sew. Sterling

Wiceprezesa: Dr. B. Frenkiel i Dr. H. Ruegier.

Sekretarze: Dr. B. Czaplicki i Dr. A. Tenenbaum

Skarbnik: Dr. T. Mogilnicki.

Bibliotekarze: Dr. Z. Prechner i Dr. M. Kocen.

— Organizacja Higjeny Ligi Narodów wydała Międzynarodowy Rocznik Sanitarny za rok 1928. Rocznik ten zawiera informacje o 29 krajach, a celem jego jest przedstawienie postępów, uczynionych przez rozmaite państwa świata w dziedzinie higjeny publicznej. Podaje on zmiany w funkcjonowaniu różnych administracji sanitarnych, najnowsze dane demograficzne i sanitarne, oraz przegląd działalności głównych międzynarodowych organizacji, które zajmują się kwestją higjeny publicznej, jako to: Tow. Czerwonego Krzyża, fundacja Rockefellera, Organizacja Higjeny Ligi Narodów.

Na treść rocznika składają się artykuły, napisane przez szefów administracji sanitarnych w poszczególnych krajach lub przez autorów, przez nich upoważnionych.

Statystyki i dane, dotyczące każdego z państw, podane są według wzorów, przyjętych przez Organizację Higjeny, i zawierają 28 tablic.

Tablice te podzielone są na 7 grup, a mianowicie:

1. Demografia ogólna (4 tablice: obszar i zaludnienie; gęstość zaludnienia i przewaga jednej płci nad drugą; podział ludności według wieku i płci; uwagi o ruchu ludności w latach 1922—1927).

2. Urodzenia (5 tablic: podział geograficzny urodzeń w latach 1926 i 1927; podział według płci i długowieczności noworodków w latach 1922—1927; urodzenia w terminie i przedwczesne w pewnych terytorjach; urodzenia legalne i nielegalne podczas lat 1922—1927; miesięczna statystyka urodzeń dzieci żywych, legalnych i nielegalnych w latach 1925, 1926 i 1927).

3. Zgony (4 tablice: podział ogólny zgonów w latach 1926 i 1927; zgony według płci w latach 1922—1926; zgony według wieku i płci w latach 1925 i 1926; podział zgonów według pór roku w latach 1926 i 1927).

4. Przyczyny zgonu (5 tablic: śmiertelność i zachorowalność wskutek pewnych chorób zakaźnych w latach 1926 i 1927; śmiertelność wskutek gruźlicy według wieku i płci w roku 1926; śmiertelność wskutek nowotworów w latach 1925—1927; śmiertelność wskutek chorób organicznych w latach 1925—1927; śmiertelność wskutek chorób poporodowych w latach 1925—1927; śmiertelność, spowodowana przyczynami zewnętrznymi, i śmiertelność ogólna w latach 1925—1927).

5. Śmiertelność wśród dzieci (3 tablice:

śmiertelność wśród dzieci według wieku i płci w latach 1925—1927; śmiertelność wśród dzieci legalnych i nielegalnych poniżej 1 roku życia według pór roku w latach 1925 i 1926. śmiertelność według przyczyn zgonu w latach 1925 i 1926).

6. Statystyka higjeny i medycyna zapobiegawcza (3 tablice: memoriał za rok 1927; instytucje, mające na celu walkę z chorobami społecznymi; instytucje, mające na celu opiekę nad matką i dzieckiem w latach 1925; 1926 i 1927).

7. Statystyka medycyny leczniczej (3 tablice: statystyka szpitalna za lata 1925—1927; statystyka personelu szpitalnego w latach 1925—1927; statystyka kas chorych za lata 1925—1927).

Rocznik zawiera również pracę o higjenie przemysłowej w Niemczech, Belgji i Anglii.

— Nr. 1-szy „Dziecka i Matki“ zawiera: „Godzina myśli,“ M. Benisławskiej, „Nauczyć czy zabronić“ J. Prażmowskiej, „Wartość użytkowa śniegu“ J. Pisarczykówny, „Jadłospis dziecka od dwóch do sześciu lat“, „Pokój niemowlęcia“ Dr. J. Michejdziny, „Kiedy należy operować ślepa kiszka“ Dr. A. Kłęska, „Katar żołądka i kiszek“ Dr. F. Luniewskiej.

Pozatem numer przynosi modele zatawek, mody dziecięce, tablice wzorów i kroju oraz odpowiedzi redakcji na wszelkie zapytania rodziców.

ZMARLI.

Kazimierz Zieliński, lekarz naczelny Szpitala Przemienienia Pańskiego, b. prezes Tow. Lek. Warsz., prezes Koła Lekarzy im. Marcinkowskiego — w Warszawie.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

21. I. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Zagajenie. 2. Wręczenie dyplomów nowoprzyjętym członkom. 3. D. Krzyżanowski Pokaz wyników naczucia ludzi ślepych anatomji prawidłowej. 4. Semerau-Siemianowski. Klinika układu siateczkowo-śródbłonkowego.

22. I. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

1. Pokazy. 2. J. Śląski. Wrażenia z wycieczki szpitalnej do Ameryki i sprawa oddzielania noworodków. 3. M. Konkowski. Co zrobiła Warszawa dla swoich dzieci w lecie ub. roku?

23. I. Polskie Towarzystwo Med. Społ. Posiedzenie plenarne.

M. Kacprzak. Rozpowszechnienie gruźlicy w Polsce

25 I. Polskie Towarzystwo Med. Społ. Sekcja kliniczna.

F. Krzyształowicz. O istocie wyprysku (eczema.)

TRĘŚĆ: H. ADELFFANG. O tak zwanych nacieczeniach wczesnych i ich znaczeniu w rozwoju suchot płucnych. — R. BARAŃSKI i M. BUSSEL. Przyczynki do analizy odczynu wodnego skórno-go. (Dok.) — B. GLASS. Nowsze poglądy na rolę i znaczenie niektórych elektrolitów ustroju. (Str. zbior. C. d.) — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich — Zjazdy. — Korespondencja. — St. ADAMOWICZOWA. Przerwanie ciąży w prawodawstwie (Dok.) — L. ZAMENHOF, Dzieje medycyny (C. d.) — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: H. ADELFFANG. A'propos d'infiltration ainsi nommée „précoce“ et son signification, pour la phthisie pulmonaire. R. BARAŃSKI et M. BUSSEL. Contribution à l'analyse de la réaction cutanée contre l'eau B. GLASS. Les opinions modernes concernant le rôle et la signification de certains électrolytes de l'organisme. (rev-gen suite.) St. ADAMOWICZ. L'avortement artificiel dans les codes pénaux des pays divers (fin.) L. ZAMENHOF. L'histoire de 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.

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.