

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VII

WARSZAWA, 27 marca 1930 R.

Nr. 13

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu
Warszawskiego.
(Kierownik Prof. Dr. med. L. Paszkiewicz)

Pięć przypadków samorodnego pęknięcia serca.

Podał

D-r. N. AMBASZÓWNA, asyst. wolontariuszka* (Warszawa).

Nagła śmierć z powodu samorodnego pęknięcia serca należy naogół do rzadkości, tem niemniej jednak sprawa ta nie jest bardzo rzadka. Już Meyer w 1911 r. zebrał z piśmiennictwa 500 przypadków; w nowem piśmiennictwie amerykańskiem z 1925 r. Krumbhaar i Crowell podają 632 przypadków, dołączając równocześnie 22 przypadki własne, Nuzum i Hagen w roku 1926 podają 325 spostrzeżeń angielskich oraz 5 swoich.

Starsze statystyki zakładów anatomopatologicznych wykazują na 12—13 tysięcy sekcji — 7 przypadków samorodnego pęknięcia serca (Instytut Patol. w Monachjum 1854-1888) lub na 8-9 tysięcy — 9 przypadków (Instytut Patol. w Lipsku 1901 — 7), nowe statystyki z 1926 r. podają na 15 tysięcy sekcji w New-Yorku z ostatnich kilku lat — 20 przypadków s. p. s.

Ciekawsze i zapewne bardziej miarodajne byłyby spostrzeżenia Zakładów Medycyny Sądowej, gdyż samorodne pęknięcia serca najczęściej jako przypadki śmierci nagłej tam są badane sekcyjnie. Ale i tu istniejące dane są bardzo różne: Devergie np. podaje na 40 przypadków nagłej śmierci — 1 z powodu s. p. s. Niebolubow na 1000 przypadków — 2. Z całego szeregu danych Meyer oblicza, że przeciętnie na 280 przypadków nagłej śmierci przypada 1 na s. p. s., t. j. około 1/2%. Te duże różnice co do częstości s. p. s. wynikają przedewszystkiem z różnej liczby przypadków, sekcjonowanych w różnych zakładach; z tego też powodu w dużej mierze statystyki zakładów niemieckich, angielskich lub amerykańskich

wykazują wyższe liczby, niż np. rosyjskich, gdzie w jednym ze szpitali w Petersburgu w ciągu 25-30 lat na 15 tysięcy sekcji były zaledwie 2 przypadki s. p. s., w szpitalu w Odesie na tyleż sekcji — 1, w Zakładzie zaś Charkowskim od 1872 do 1902, t. j. w ciągu 30 lat, ani jednego — przy przeciętnej liczbie 200 sekcji rocznie.

Co do wieku osobników, zmarłych z powodu s. p. s., naogół zgodni są różni autorzy, że sprawę tę spotykamy w późniejszym wieku.

— Ilustruje nam to najlepiej następująca tablica.

Tablica I (wg Meyera).

Wiek	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
Do 1 roku	1	—	1
od 1—10	2	—	2
" 10—20	1	1	2
" 20—30	8	5	13
" 30—40	10	5	15
" 40—50	18	8	26
" 50—60	25	22	47
" 60—70	49	38	87
" 70—80	40	42	82
" 80—90	11	12	23

Jak widzimy, najczęstsze są przypadki między 60 a 80 rokiem życia, chociaż już od 50-go roku są dość częste. Zdaniem Meyera, u Rosjan np. *maximum* przypada na wiek między 50 a 60 rokiem życia, zdaniem Buckleya, 72 proc. przypadków s. p. s. przypada na wiek powyżej 50 l. Według statystyk amerykańskich *maximum* przypada między 60 a 70 rokiem: tak z pośród 602 przyp., zebranych przez Krumbhaara i Crowella, najwięcej, a mianowicie 188 dotyczy 6-go dziesiątka, co stanowi 31,3 proc.

Jednak, jak wynika już z powyższej tablicy, s. p. s. spotyka się w każdym wieku, chociaż w młodym należy do rzadkości i wtedy powstaje z przyczyn, naogół bardzo rzadko spotykanych, jak np.: ropnie przerzutowe (Schaps — 4-o miesięczne dziecko), wrzodziejące zapalenie wsierdza, szerzące się na ścianę (Hart — 36 l.), kiła (Basset-Smith — 31 l.) i inne.

Również i co do udziału poszczególnych płci naogół panuje zgodność, że s. p. s. spotyka się u mężczyzn częściej, niż u kobiet, ale co do stopnia tej przewagi istnieją dość duże różnice.

*) Stypendystka Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

Stosunki liczbowe w tej sprawie ilustruje nam tablica II-a.

Tablica II-ga (wg Meyera).

Autor	Mężczyzn	Kobiet
Quain	22	6
Barth *)	7	17
Abbt	40	28
Meyer G.	23	15
Odriozola	66	43
Robini Nicole	93	80
Meyer W. R.	222	157

Autorzy z ostatnich lat (1925 i 1926) skłaniają się ku temu, że schorzenie to u obu płci jest prawie równie częste, z nieznaczną tylko przewagą u mężczyzn. Na 521 przypadków s. p. s. (Krumhaar i Crowell) 58,3% dotyczyło mężczyzn, 41,7% — kobiet; na 218 (Nuzum i Hagen) 122 mężczyzn, 96 — kobiet.

Ogólnie znaną jest rzeczą, że s. p. s. nie jednakowo często spotyka się we wszystkich odcinkach serca. (patrz tablicę III).

Tablica III (wg Meyera)

Autor	Liczba przyp.	Lewa komora	Prawa komora	Prawy przeds.	Lewy przeds.	Obie komory
Olivier 1834 r.	47	34	8	3	2	—
Elléaume 1858 r.	55	43	7	3	2	—
Odriozola 1888 r.	130	96	22	10	2	—
Robini Nicole 1895 r.	173	139	20	8	2	4
Meyer W. R. 1911 r.	377	300	50	18	5	4

Z przytoczonego zestawienia wynika, że znacznie częściej pęka komora lewa, niż prawa (w przeciwieństwie do urazowego pęknięcia); stosunek ten na podstawie powyższych danych wynosi 6:1 na korzyść komory lewej. Według statystyk nowszych jest on jeszcze wyższy: spośród 618 przypadków (Krumhaar i Crowell) 79,7% przypada na lewą komorę, 10,2% na prawą; na 253 pęknięcia lewej komory — 35 prawej (Nuzum i Hagen). Przedsionki samoistnie pękają znacznie rzadziej, przyczem częściej prawy, niż lewy. Dane są tu naogół zgodne: tak np. na 35 pęknięć przedsionki prawego przypada 12 lewego (Krumhaar i Crowell), lub na 16 prawego — 4 lewego (Nuzum i Hagen); dane starsze podane są w tabl. III.

Jeśli chodzi o ściślejsze umiejscowienie, to w komorze lewej najczęściej pęka ściana przednia

w okolicy wierzchołka w pobliżu przegrody, dwukrotnie rzadziej (Meyer, Nuzum, Hagen) ściana tylna, jeszcze rzadziej boczna. Na 161 przyp. pęknięcia komory lewej przypada na ścianę przednią — 97, tylną — 48, boczną — 16 (Meyer). W prawej komorze także najczęściej pęka przednia ściana, a już bardzo rzadko inne. Jak już wspomniałam, na przedniej ścianie pęknięcie najczęściej umiejscawia się w okolicy wierzchołka, właściwie w dolnej 1/3 części, najrzadziej u podstawy. Częstsze umiejscowienie w komorze lewej, pomimo większej grubości mięśnia, pozostaje w pierwszym rzędzie w związku z większą częstością zmian w naczyniach lewej komory, pozatem i z większym ciśnieniem w niej. Ulubione miejsce pęknięcia, a mianowicie w pobliżu wierzchołka, zależne jest od tego, że w długiej gałązce (gałązka zstępująca tętnicy wieńcowej lewej), dochodzącej do tego miejsca, szczególnie często rozwija się miażdżycę. Według Böttgera odgrywa tu też rolę i parcie krwi na ścianę, które jest w tym miejscu największe, a wg Meyera jeszcze i to, że fizjologicznie w tym odcinku lewej komory mięsień jest najcięższy.

Kierunek szczeliny jest zwykle równoległy do przegrody. Biegnie ona wzdłuż włókien z góry na dół, rzadziej poprzecznie. Długość szczeliny waha się od minimalnych otworów, ledwie przepuszczających zgłębnik (rzadko), do również bardzo rzadko spotykanych szczelin, zajmujących prawie całą długość ściany (Pils — 8 cm); te ostatnie widzimy w przypadkach bardzo dużych ognisk rozmięczyńnowych, powstających ostro (zawały). Zwykle otwór bywa pojedynczy, rzadko spotykają się i mnogie. Kanał często jest skośny, czasem przechodzi pod kątem, rzadko jest rozgałęziony. Otwór zewnętrzny niezawsze odpowiada wewnętrznemu: z 36 przypadków w 25-iu stwierdzono wewnętrzny mniejszy od zewnętrznego, w 9-iu większy, w 2 — równy (Krumhaar).

W samorodnym pęknięciu serca worek osierdziowy jest nienaruszony. Ilość krwi, wylanej przez otwór do worka, bywa różna: od kilku łyżek stołowych do 500-600 cm³. (wyjątkowo do 2 litrów). Krew pozostaje bądź płynna, bądź krzepnie i tworzy czasem odlew worka.

Ilość krwi wylanej zależy od wielkości szpary i od siły skurczu serca w danym momencie. Serce pęka zawsze w chwili największego napięcia ściany komory serca, t. j. na początku skurczu. Wylew krwi do worka sercowego nie zawsze natychmiastową powoduje śmierć. Skutki wylewu zależą od kilku czynników: 1. od ilości krwi, 2. od ciśnienia, pod którym krew wypływa, 3. od pojemności i rozciągliwości worka osierdziowego.

Krew początkowo zbiera się w wysokim ułożeniu górnej części ciała ponad przeponą, gdzie jest najwięcej miejsca, potem po bokach serca w zatoce poprzecznej, wreszcie w przestrzeni poza mostkowej po odsunięciu tętnicy głównej. W razie szybkiego napełniania worka już wcześniej występuje groźna niedomoga serca: krew pod dużym ciśnieniem uciska na podatne przedsionki, co powoduje utrudniony odpływ krwi z dużych żył, wzmacnia ciśnienie żyłne i obniża tętnicę, zmniejsza dopływ do tętnic wieńcowych wywołując zastój w żyłach wieńcowych i zatrzymuje czyn-

*) Odmiennie od wszystkich innych liczby Bartha tłumaczą się tem, że rozporządzał on przedewszystkiem materiałem kobiecym.

ność serca. Jest to obraz t. zw. „z a t a m p o n o w a n i a s e r c a” (Herztamponade). Taki jest mechanizm śmierci w przypadkach pęknięcia serca z następczym znaczniejszym wylewem krwi do osierdzia. Pierwsze doświadczenie w tym kierunku wykonane zostało przez C o h n h e i m a (cytowane w/g Paszkiewicza). Właczał on pod ciśnieniem zakuraryzowanemu psu, po zaprowadzeniu sztucznego oddychania, oliwę do worka osierdziowego, rejestrując równocześnie za pomocą przyrządów zapisujących ciśnienie w tętnicy udowej, tętnicy płucnej i żyły szyjnej. W miarę napełniania worka oliwą, po przekroczeniu pewnej granicy, ciśnienie krwi w tętnicach, przedewszystkiem w udowej, zaczęło spadać, natomiast w żyły stale rosło. Przy dalszym napełnianiu worka ciśnienie w tętnicach spada do 0, w żyłach osiąga *maximum*. Serce otrzymuje coraz mniej krwi, wreszcie następuje chwila, kiedy pracuje ono, jak pusta pompa tłocząca i po kilku bezowocnych skurczach, nie mogąc nawet wyżywić siebie, zatrzymuje się. Meyer i Barth uzależniali śmierć nagłą od ostrej niedokrewności mózgu, inni sądzili, że śmierć zależy od mechanicznej przeszkody w akcji serca—serce nie może się rozkurczać.

Jaką rolę odgrywa stan worka osierdziowego, jego pojemność i rozciągliwość w przebiegu i skutkach samorodnego pęknięcia serca, ilustruje nam bardzo ciekawy przypadek H u e t e r a. Mężczyzna 42 l., chory od kilku lat, z objawami subiektywnymi i obiektywnymi ze strony serca przebywał dwukrotnie w szpitalu: pierwszym razem z powodu dolegliwości sercowych, drugim razem na oddziale umysłowo chorych z powodu podniecenia. Rozpoznano: *paralysis*. Zmarł w napadzie paralitycznym. Na sekcji znaleziono: na przedniej powierzchni serca zarośnięcie worka osierdziowego, który zdawał się być uniesiony ku górze przez drugi worek wielkości 2-ch pięści, znajdujący się między sercem i przeponą, zrośnięty z nią oraz z przednimi brzegami dolnych płatów płucnych. Ściany tego worka były sztywne, twarde, w jamie znajdowała się niezbyt obficie krew. Ściany jego bezpośrednio przechodziły w ściany zarośniętego osierdzia. Na wierzchołku komory lewej, lejkowato w tem miejscu zważającej się, znajdował się otwór w ścianie, swobodnie przepuszczający mały palec i prowadzący bezpośrednio do wyżej opisanego worka, którego powierzchnia wewnętrzna była nierówna, pokryta złogami włóknika, miejscami zaś była bliznowata. Mamy tu zatem do czynienia z pęknięciem tętniaka lewej komory serca. Krew wylana zebrała się w worku, ale wskutek zrostów z przednią powierzchnią serca nie doszło do „z a t a m p o n o w a n i a”, i śmierć nastąpiła nie odrazu. Za tem, że łączność z workiem musiała trwać dość długo, przemawiają zmiany w jego ścianie. Chory żył z temi zmianami w sercu bez poważniejszych zaburzeń w krążeniu. Śmierć nastąpiła nie z tego powodu, lecz w napadzie paralitycznym.

Najciekawszą jednak stroną naszego zagadnienia jest przyczyna samorodnych pęknięć serca. Zapatrywania na nią ulegały znacznym zmianom. Możemy odróżnić jakby 3 okresy w rozwoju poglądów. W pierwszym okresie panowało przekonanie, że pęknąć może zdrowe serce wskutek zmian w ciśnieniu krwi pod wpływem różnych czynników, jak np. wysiłek fizyczny (u atletów), bieg szybki, napad epileptyczny, bóle porodowe, różne momenty psychiczne i t. p. Pogląd ten istniał do początku XIX w. Pierwszy B l a u d (1820) zakwestjonował go, a w miarę rozwoju techniki badań mikroskopowych coraz bardziej tracił on

na uzasadnieniu. Wprawdzie jeszcze w 1905 r. ogłoszono kilka przypadków (Winkler, Buchwald) samorodnego pęknięcia jakoby bez zmian w mięśniu sercowym, ale przypadki te przez innych autorów (Thorel) uznane są za wątpliwe.

W drugim okresie za przyczynę samorodnego pęknięcia serca uważano wyłącznie zmiany w samym mięśniu sercowym. W tym okresie panowała duża różnorodność pojęć. — W swoim czasie M o r g a g n i uważał, że przyczyną są „owrzodzenia” i ropnie. K r e y s i n g—przewlekłe sprawy zapalne, B l a u d—t. zw. „ramolissement gélatineux” — rozmiękanie włókien mięsnych, przepajanie ich galaretowatą substancją, która czyni je bardziej podatnymi na rozerwanie. Według B l a u d a „ramolissement gélatineux” jest charakterystyczne dla starszego wieku, może jednak spotykać się i w związku z innymi sprawami. Inni autorzy mówią o kruchości, łamliwości mięśnia sercowego; E l l é a u m e między innymi podaje jako częstą przyczynę wylewy krwi do mięśnia sercowego („apoplexie du coeur”); R o k i t a n s k y (1856) wysuwa na plan pierwszy ogniskowe stłuszczenie. Pogląd ten dzięki autorytetowi autora utrzymywał się do końca 70-tych lat XIX w. Wprawdzie już wcześniej niektórzy autorzy wspominali o miażdżycy w tętnicach wieńcowych i jej roli w zaburzeniach odżywiania mięśnia serca (Tiedemann 1843, Cruveilhier), ale dopiero ujął to wyraźniej Q u a i n w r. 1846, wykazując, że ogniskowe stłuszczenie, uważane za przyczynę pęknięć, powstaje w związku z miażdżycą tętnic wieńcowych i jest wyrazem zaburzenia w odżywianiu. I tu rozpoczyna się III-ci okres w rozwoju pojęć o przyczynach samorodnych pęknięć, trwający do chwili obecnej. Już pod koniec XIX wieku szereg autorów (Barth, Lanceraux, Ziegler 1871-4 i inni) rozwija poglądy Q u a i n a, rewiduje poprzednie przypadki. W chwili obecnej panuje ogólnie pogląd, że najważniejszą i najczęstszą przyczyną samorodnego pęknięcia serca są zmiany w naczyniach i to o typie przewlekłym, przedewszystkiem miażdżycy. Świadczą o tem wszystkie najnowsze prace i statystyki (amerykańskie i angielskie 1926-7). Z pośród 230 przypadków s. p. s. w 225 — przyczyną pęknięcia była miażdżycy (Nuzum i Hagen). Zmiany w naczyniach polegają na zwężeniu światła tętnicy wieńcowej lub jej gałązki, albo też na zamknięciu światła najczęściej przez skrzeplinę, bardzo rzadko przez czop zatorowy. Zamknięcie może być poprzedzone zwężeniem światła lub nie (te ostatnie przypadki spotyka się rzadziej). Przebieg wspomnianych zmian bywa ostry lub przewlekły. W pierwszym przypadku następuje nagle ostre zamknięcie światła naczynia, powstaje zawał, obumarły odcinek ściany serca może pęknąć; jeżeli zmiany w naczyniach powstają powoli, powoli również występują zaburzenia w odżywianiu mięśnia sercowego, polegające na władzie jego elementów czynnych i zastąpieniu ich blizną. Dopiero tak zmieniony mięsień po pewnym czasie pęka, przyczem najczęściej w powolnym przebiegu całej sprawy uprzednio w miejscu blizny tworzy się tętniak serca i ten dopiero pod wpływem większego lub nawet zwykłego ciśnienia pęka. Jest to t. zw. typ pęknięcia pośredniego w przeciwieństwie do bezpośredniego —

bez uprzedniego wytworzenia tętniaka. Poza zawałami i ich następstwem (ogniska rozmięknienia oraz blizny) spotykamy jeszcze inne zmiany w mięśniu sercowym w miejscu pęknięcia, chociaż znacznie rzadziej. Do nich należą: ogniskowe stłuszczenie, ogniskowy lub ogniskowo-większy wiąd brunatny, a co częściej, obie sprawy razem; rzadko otłuszczenie serca i wtedy najczęściej prawego, szczególnie w tych przypadkach, w których tkanka łączna międzywłókienna w ścianie serca przestacza się w tłuszczową, uciska włókna mięsne, powoduje w nich zwyrodnienie lub wiąd (Kaufmann). Ale zarówno ogniskowe stłuszczenie, jak i ogniskowy wiąd brunatny są także wyrazem zaburzeń odżywiania mięśnia na tle powolnych zmian w naczyniach wieńcowych. Do znacznie rzadziej spotykanych zmian należą: ropnie przerzutowe (Schaps, Romeick, Elléaume), owrzodzenia, przechodzące z wsierdzia lub nasierdzia na ścianę i przebijające ją (Böttger, Hart, Claytor), zmiany kiłowe (Basset-Smith, Thomas i Tattersall, Pilz). Również do bardzo rzadkich należą wylewy krwi do mięśnia sercowego w przypadku pęknięcia tętniaka tętnicy wieńcowej w ścianie z przebicciem się krwi na zewnątrz i wewnątrz, t. zw. „*apoplexia cordis*” (Elléaume, Bartel) oraz bąblowiec (Deceimeris, Kaufmann), który najczęściej przedostaje się do jamy serca i wywołuje mechaniczne przeszkody w krążeniu, może jednak i ściana ścieńczała pęknąć. Co do nowotworów, jako przyczyny pęknięcia ser-

ca, to jest to raczej możliwe teoretycznie, gdyż właściwie ani jednego pewnego przypadku nie znamy; wcześniej, niż przebicie, następuje śmierć z powodu porażenia ściany w miejscu nowotworu.

Biorąc pod uwagę wyżej przytoczone, można ustalić następujące warunki samoistnego pęknięcia serca: 1. zmniejszenie oporności ściany i 2. niestosunek między opornością a ciśnieniem krwi. W zależności od stopnia zmniejszenia oporności ściany z jakiegokolwiek z powyższych przyczyn, dopiero zwiększone ciśnienie, bądź nawet już zwykłe, może wywołać pęknięcie. Odgrywa tu rolę nietyle rozległość zmian, ile ogniskowe zmniejszenie oporności, a właściwie stosunek oporności zmienionego odcinka do oporności pozostałego mięśnia. Przyczyny takie, jak stłuszczenie zwyrodniające i wiąd brunatny (*atrophia fusca*) należą dlatego do rzadkich w etiologii s. p. s., że najczęściej występują prawie równomiernie w całym sercu lub całej komorze, a wtedy obniża się sprawność serca, ciśnienie przystosowuje się do stanu mięśnia, a więc brak warunku niestosunku oporności do ciśnienia. Im różnica między opornością miejscową a ogólną mięśnia sercowego jest większa, tem mniejszy powinien być wzrost ciśnienia, aby wywołać pęknięcie; wystarczy czasem kaszel, użycie naparstnicy lub alkohol w ilości nadmiernej, podniecenie i t. p. A zatem nie z powodu rozległości zmian serce pęka, ale mimo rozległości.

(C. d. n.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z pracowni radiologicznej Szpitala Ujazdowskiego.

(Kierownik: Witold Zawadowski).

W sprawie niebezpieczeństwa pożaru i wybuchu błon radiograficznych.

Kilka uwag na marginesie katastrofy w „Cleveland Hospital Clinic”.

Podał

Witold ZAWADOWSKI (Warszawa).

W połowie maja roku ubiegłego gazety codzienne całego świata rozniosły wiadomość o tragicznej katastrofie, której widownią było miasto Cleveland w Ohio, w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej. Był to pożar i wybuch archiwum błon radiograficznych (negatywów) w dużym szpitalu D-ra Crile, znanego specjalisty z działu chorób tarczycy i światowej sławy chirurga (Cleveland Hospital Clinic).

Spaliło się w czasie katastrofy około 4.000 kg. błon negatywowych z celulozy nitrowanej, przyczem miały miejsce wielokrotne eksplozje. Zniszczenie od ognia właściwie było minimalne. Jedyne eksplozje poczyniły duże szkody. Natomiast cały budynek napełnił się chmurami trujących gazów, co pociągnęło za sobą śmierć 126 osób z personelu lekarzy, pielęgniarek i chorych szpitala. Ośmiu lekarzy straciło życie.

Pożar w szpitalu w Cleveland wybuchł w archiwum błon dnia 15 maja r. 1929, o godzinie 11³⁶.

Przy zyną jego było ogrzanie się błon od rury centralnego ogrzewania, która przechodziła opodal szaf z negatywami. Z powodu jakiegoś defektu izolacji, ciepłota tej rury podniosła się na poziom wyższy, niż zwyczajnie, zaś naprawa uszkodzenia nie mogła być natychmiastowo przeprowadzona. Pod wpływem nagrzania błon gęste brunatne dymy zaczęły się wydobywać z sali archiwum, znajdującej się w piwnicy. Po 10 minutach zjawiły się płomienie, i nastąpił szereg wybuchów, które wysadziły szyby, oddzielające korytarze od klatek schodowych i wyciągów, tak, iż chmury gazowe wypełniły prawie wszystkie pokoje budynku, szerząc śmierć dokoła.

Narodowe Towarzystwo Stanów Zjednoczonych dla ochrony przed pożarami wykazuje w swej statystyce z ostatnich lat 184 pożary w szpitalach, z czego 6 powstało z zapalenia się błon radiograficznych. Największy z nich zdarzył się przed katastrofą w Cleveland w Nowym Yorku, w szpitalu, zwanym Memorial Hospital, w r. 1928. Wybuchł on dn. 17. III o godz. 16³⁰ z niewiadomej przyczyny (samozapalenie się błon), i nie można go było opanować gaśnicami. Wkrótce chmury dymów azotowych zmusiły do ucieczki tych, którzy starali się go ugasić, i przez otwarte drzwi wtargnęły do klatki schodowej i korytarzy olbrzymiego budynku szpitalnego. Na szczęście udało się opróżnić pośpiesznie zagrożone sale, przyczem niektórzy chorzy musieli skakać z 4 i 5 piętra na siatki ratunkowe. Zatruc śmiertelnych było tylko 6.

W ostatnich czasach (listopad 1929) prasa codzienna doniosła w krótkiej wzmiance o podobnym zdarzeniu w jednym ze szpitali w San Francisco, które pociągnęło za sobą 19 ofiar.

Skutki zatruc w wszystkich tych pożarach były podobne do znanych z literatury zatruc parą kwasu azotowego, których opisano dotychczas kilkakrotnie przypadków.

Sprawę tę badano również za pomocą doświadczeń na zwierzętach. Niektóre badania przeprowadzono na zlecenie kierownictwa marynarki wojennej różnych państw, ponieważ podobne zatrucia miały miejsce na okrętach wojennych na skutek wybuchów amunicji. U zwierząt wykazywano po zatruciu ich tlenkami azotowymi tylko nieznaczne zmiany na śluzówce nosa, gardła, krtani i oskrzeli. Przyczyną śmierci był obrzęk płuc. W tkance płucnej stwierdzono też wybroczyny.

Pod działaniem słabych koncentracji może następować rozkład barwnika krwi z powstawaniem methemoglobiny.

Granica tolerancji dla zwierząt, wynosi około 0,1 — 0,2 miligrama na litr powietrza. 0,6 — 1 miligrama na litr wywołuje śmiertelne zatrucie w krótkim czasie. Tlenek węgla (czad), zawarty w gazach, powstających z rozkładu błon radiograficznych, rozwija swe działanie w znany sposób, stosownie do koncentracji.

Wstrząsająca katastrofa w Cleveland zwróciła na siebie uwagę władz państwowych Stanów Zjednoczonych i zainteresowała szczególnie służbę wojny chemicznej armii amerykańskiej. Stojący na czele służby tej generał Dr. Gilchrist, znany w naszym kraju ze swego udziału w akcji ratunkowej Amerykańskiego Czerwonego Krzyża, a szczególnie zasłużony w zakresie walki z epidemiami na naszych kresach wschodnich, wyznaczył specjalną komisję, złożoną z 5 wybitnych specjalistów toksykologów i chemików, której zadaniem było wyjaśnić warunki, w jakich pożar powstał, zbadać rodzaj i skład chemiczny gazów trujących, a także przeprowadzić wyczerpujące badania toksykologiczne. Rezultatem prac komisji, w której skład weszli lekarze Walton i Linthicum, oraz toksykologowie i chemicy Prentiss, Mills i Knight, jest dziełko o 102 stronicach ^{*}), przedstawiające wyczerpująco całe zdarzenie i zawierające sprawozdanie z licznych doświadczeń, dotyczących warunków rozkładu błon radiograficznych i toksykologii gazów, przytem się wywiązujących.

Badanie składu chemicznego błon radiograficznych, których pożar wywołał katastrofę w Cleveland, wykazało, że podkład ich jest ciałem, bardzo zbliżonym do bezdymnego prochu strzelniczego, jak to widać z tabeli:

Po dłuższym przechowywaniu zawartość kamfory w błonach się zmniejsza, i skład chemiczny zbliża się jeszcze bardziej do prochu strzelniczego. Jednakże warstewka żelatyny, powlekająca błonę po obu stronach, i koperta papierowa, w której przechowuje się zdjęcie, chronią ją i zmniejszają niebezpieczeństwo rozkładu.

	Błony radiograf.	Proch bezdym.
Nitrocelluloza	86.8%	93.6%
Kamfora	9.2%	—
Kolloid ustalający	—	0.4%
Woda i ciała lotne	3.9%	6.0%
Zawartość azotu w cel- lulozie	11.7%	12.6%

Wielki wpływ na reakcję rozkładową filmów ma temperatura. Przy 100° C. rozkład postępuje szybko i doprowadza do powstawania chmur gazowych. W praktyce jednak wystarcza początkowe znacznie mniejsze podniesienie temperatury, jeśli błony są złożone w większe stosy, gdyż sama reakcja chemiczna podnosi ciepłotę tak długo, aż nastąpi rozkład szybki i niepoohamowany. Przy dużych masach błon, złożonych w ten sposób, że stykają się bezpośrednio i nie są poprzedzielane papierem, temperatura może podnieść się stopniowo od poziomu otoczenia aż do punktu, gdzie rozkład zaczyna postępować bardzo szybko z wydzielaniem się brunatnych chmur gazowych. Gazy te są zapalne i mogą też powodować wybuchy, a to z tego powodu, że rozkład błon, złożonych w stosy, następuje przy słabym dostępie powietrza. W tych warunkach węgiel i wodór błonnika nie mogą spalić się na dwutlenek węgla i wodę; natomiast powstają związki takie, jak tlenek węgla, wolny wodór, metan i inne gazy. Ulatniająca się szybko kamfora daje także z powietrzem mieszaninę, mogącą wybuchnąć. Wybuchy te w zależności od warunków ilościowych, mogą być tak silne, że ściany budynków mogą popękać, zaś okna i drzwi mogą być wysadzone.

Zabarwienie brunatne gazów pochodzi od mieszaniny tlenków azotowych, o wzorze N_2O , NO , NO_2 , N_2O_4 , powstających w rozmaitym stosunku w zależności od warunków rozkładu i mniejszego lub większego dostępu tlenu.

Działanie trujące występuje głównie dzięki tym ostatnim gazom, a śmierć następuje w zależności od koncentracji albo momentalnie, albo po upływie pewnego czasu — np. kilku godzin, czasami nawet po dłuższym okresie (np. kilkunastu godzin) pozornego zdrowia na skutek nagle zjawiającego się obrzęku płuc.

Jak już powyżej wspomniałem, zatrucia takie opisywane są w literaturze toksykologicznej głównie jako zatrucia, zdarzające się w przemyśle, tam, gdzie naskutek nieszczęśliwego wypadku pracownicy zaczynają wdychać opary kwasu azotowego lub azotowego. Wood w ten sposób opisuje przebieg takich zatruc: Najślabszy stopień działania objawia się pobudzeniem kaszlu i kwaśnym smakiem w ustach. Gdy osobnik zatruty wyjdzie na świeże powietrze, objawy ustępują chwilowo, a potem, po upływie kilku godzin, wracają z większym nasileniem, lecz ostatecznie mijają bez następstw.

Przy większym stężeniu występuje odrazu znaczna duszność, sinica, uczucie ucisku w piersiach,

^{*}) Proceedings of a Board of the Chemical Warfare Service appointed for the purpose of investigating conditions incident to the disaster at the Cleveland Hospital Clinic. Government Printing Office, 1929.

gwałtowny kaszel i osłabienie ogólne. Nieco później zjawiają się wymioty, poczem zatruty odczuwa ulgę. Dopiero po upływie kilku godzin występuje nagle bardzo gwałtowna duszność, sinica, kaszel i wymioty przy niezamąconej świadomości, i następuje śmierć wśród objawów obrzęku płuc i osłabienia mięśnia sercowego.

Rzadziej zjawiają się biegunki i zapasć. Jeśli zatruty przetrwał początkowy okres z obrzękiem płuc, występują później objawy ostrego zapalenia oskrzeli i zrazikowego lub płatowego zapalenia płuc, które mogą powodować zejście śmiertelne. Niekiedy można obserwować ostre zapalenie nerek i obecność białka i barwnika krwi w moczu (hematyna).

Leczenie ma na celu przeciwdziałanie obrzękowi płuc i polega głównie na upuszczeniu krwi, zastrzykiwaniach śródżylnych roztworu chlorku wapnia lub roztworu fizjologicznego, oraz podawaniu środków nasercowych i tlenu do wdychania. Niektórzy autorowie zalecają wlewanie dożylnie roztworów gumy arabskiej samej lub z cukrem gronowym.

W katastrofie w Cleveland w ciągu pierwszych dwu godzin zginęło 85 osób, do wieczora liczba ta zwiększyła się do 100, zaś po upływie dwu dni do 126. Liczba zatruczeń lżejszych wynosiła około 80. Działanie trujące pochodziło jednak częściowo też i od tlenku węglowego. Przypadki śmierci natychmiastowej wywołane były zarówno czadem, jak i tlenkami azotowymi, a także brakiem tlenu. W licznych przypadkach początkowe działanie czadu niewielkiego stopnia mijało po upływie pewnego czasu, poczem występował śmiertelny obrzęk płuc, jako następstwo działania tlenków azotowych.

Część doświadczalna prac komisji ekspertów obejmuje cały szereg działań, jako to:

- 1) Próby odporności na rozkład błon radjograficznych na podkładzie celulozynowym i błon t. zw. niezapalnych w rozmaitych temperaturach.
- 2) Próby zapalania błon od zwykłych lamp żarówkowych i przewodów ogrzewania centralnego.
- 3) Warunki rozkładu błon w zamkniętych naczyniach w rozmaitych stopniach ciepłoty.
- 4) Badanie składu chemicznego produktów spalania błon w rozmaitych warunkach dostępu powietrza i działanie ich toksykologiczne na zwierzęta.
- 5) Wpływ kopert papierowych na przebieg rozkładu błon.
- 6) Udział domieszki kamfory w działaniu toksycznym.
- 7) Próby gaszenia wodą i gaśnicami płonących składów błon.
- 8) Wartość masek gazowych w walce z gazami, powstającymi z rozkładu błon.

Wszystkie wymienione kwestje opracowane zostały w licznych, bardzo starannie wykonanych doświadczeniach. Z doświadczeń tych komisja ekspertów wyciąga następujące wnioski:

a) Błony radjograficzne na podkładzie nitrocelulozy czyli celulozoidu, będące w powszechnym użyciu, są materiałem łatwopalnym, rozkładającym się nawet przy niezbyt wysokich temperaturach, zwłaszcza po dłuższym przechowywaniu.

b) Przechowywanie błon w kopertach z gru-

bego papieru zmniejsza niebezpieczeństwo rozkładu.

c) Skoro rozkład raz się rozpoczął, postępuje on niepohamowanie naprzód, dając najpierw chmury gazów trujących, które później mogą się zapalić i eksplodować.

d) Rozkład i spalanie się błon może odbywać się też bez dostępu powietrza, ponieważ celulozoid posiada w swym składzie dość tlenu do podtrzymania spalania się, gdy to ostatnie raz się rozpoczęło.

e) Samoczynnie pod wpływem ciepła przy temperaturze 80° C otwierające się kurki wodociągowe, rozpryskujące wodę po pomieszczeniu archiwum, mogą skutecznie ugasić pożar błon.

f) Maski gazowe nie zabezpieczają dostatecznie przed gazami, wywiązującymi się w czasie rozkładu błon. Niezbędne są przyrządy izolujące tlenowe.

g) Błony radjograficzne na podkładzie z octanu błonnikowego czyli t. zw. „niezapalne” mają znacznie mniejszą skłonność do rozkładu, nie powodują wybuchów i przy spalaniu się mogą dawać tylko te trujące gazy, które powstają przy każdym spalaniu się z niedostatecznym dopływem powietrza (czad). Nigdy natomiast błony niezapalne nie dają przy rozkładzie trujących tlenków azotowych.

Pożar archiwum w Cleveland jest doświadczeniem, okupionem ceną życia 126 osób. Cena ta jest tak wielką, iż nauki, jakie z doświadczenia tego wysnuć należy, powinny być znane wszędzie i powinny zwrócić uwagę ogółu i sfer kierowniczych na niebezpieczeństwa, grożące również i naszym szpitalom.

Jeżeli chodzi o nasze stosunki, to niebezpieczeństwo nie jest na razie jeszcze bardzo groźne, a to z tego powodu, że szpitale nasze posiadają archiwa stosunkowo niewielkie, albo nawet w zawiązkach się znajdujące, z powodu małych środków, przeznaczonych u nas na zdjęcia. Z biegiem czasu jednak archiwa te zaczną się powiększać, a wtedy kwestja właściwego przechowywania negatywów czyli błon radjograficznych wejdzie na porządek dzienny. Konieczności tworzenia archiwów nie da się w żaden sposób uniknąć, gdyż w nich zbiera się materiał naukowy niezbędny dla rozwoju radiologii lekarskiej. Bez tego materiału radiologia byłaby działem martwym, niezdolnym do udoskonalenia się i postępu.

Pozatem archiwum radjograficzne zawiera dokumenty obiektywne, ilustrujące stany chorobowe, które mogą mieć znacznie sądowo-lekarskie i z tego też powodu muszą być starannie pielęgnowane.

Sposób przechowywania taśm filmowych kinematograficznych, wytwarzanych z tego samego materiału, co błony do zdjęć radjograficznych, został już unormowany rozporządzeniem Ministerstwa Robót Publicznych, Spraw Wewnętrznych, Przemysłu i Handlu oraz Pracy i Opieki Społecznej z dnia 7 maja 1929. (Dziennik Ustaw Nr 36 z dnia 29. V. 1929).

Tembardziej wymaga unormowania sprawa archiwów błon radjograficznych. Z doświadczeń, wykonanych przez Komisję ekspertów, badających katastrofę Clevelandzką, wynika, że, jeśli chodzi o błony na podkładzie celulozynowym, niebezpieczeństwa rozkładu nie da się po dłuższym czasie

przechowywania nigdy napewno uniknąć. Właściwe urządzenie samego archiwum, analogicznie do wskazówek, zawartych w rozporządzeniu o przechowywaniu taśmy kinematograficznej, pozwoli conajwyżej uniknąć zatruć otoczenia, nie zapobiegnie natomiast zniszczeniu, conajmniej częściowemu, nagromadzonych błon.

Wobec tego rozwiązaniem praktycznym poruszonego zagadnienia wydaje się wprowadzenie przymusowe w naszych pracowniach radjologicznych błon na podkładzie z octanu błonnikowego, będącego ciałem znacznie stalszem, czyli t. zw. błon niezapalnych. Właściwie nazwaćby je należało błonami trudno zapalnymi i nierozkładającymi się, gdyż, jak osobiste moje próby wykazały, zapalają się one trudniej, niż zwykły papier, a czasami nawet po zapaleniu same gasną. W każdym razie są one trwalsze, niż błony celulozynowe, które jak to widać z tablicy na str. 293, mało co różnią się składem od bezdymnego prochu strzelniczego. Archiwum błon niezapalnych nie przedstawiałoby większego niebezpieczeństwa dla otoczenia, niż np. biblioteka albo archiwum historii chorób.

Aby przymus posługiwania się błonami na podkładzie z octanu błonnika wprowadzić w czyn, należałoby:

(1) Nie udzielać koncesyj na fabrykację błon celulozynowych.

(2) Zwolnić od cła błony niezapalne, zaś nałożyć tak duże cło na błony celulozynowe, aby wóz ich nie opłacał się.

Zarządzenie takie zabezpieczyłoby przyszłość naszych archiwów błon i umożliwiłoby swobodny rozwój naukowy radjologii lekarskiej, która coraz to większe zakresy działania zdobywa sobie w medycynie współczesnej. Nie potrzebowalibyśmy się również obawiać, że przyszłość przyniesie nam takie bolesne doświadczenia, jakie, ku ubolewaniu całego świata cywilizowanego, stały się udziałem szpitalnictwa amerykańskiego.

PIŚMIENNICTWO:

1. Russ i Melville: The Cleveland disaster. The Lancet, 8. VI. 1929 2.) Lessons of the Cleveland disaster, The Lancet, 25. V. 1929 4.) The disaster at the Cleveland Clinic The Lancet 1. VI. 1929 5.) Straub: Massenvergiftung durch brennende Röntgenfilme. Münch. Med. Woch. N. 25. 1929 6.) Klassen: Der Röntgenfilmbrand im Krankenhaus in Cleveland, Feuerschutz, zeszyt 7 1929. 8) Proceedings of a board of the Chemical Warfare Service appointed for the purpose of investigating conditions incident to the disaster at the Cleveland hospital Clinic. United states Government Printing Office. Washington 1929.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

W sprawie stosowania naświetlanej ergosteryny*)

Podał

H. FRENKLOWA (Łódź)

Po zastosowaniu po raz pierwszy przez Hessa (wiosną r. 1927) czystej witaminy D w postaci naświetlanej ergosteryny u dzieci krzywiczych preparat ten stał się punktem wyjścia bardzo licznych prób klinicznych i doświadczeń laboratoryjnych zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Europie. Prace te dotyczyły głównie zagadnień następujących:

- 1) skuteczności naświetlanej ergosteryny w krzywicy, wzgl. w innych chorobach,
- 2) ujemnego jej działania w doświadczeniu na zwierzętach i — w klinice — u dzieci,
- 3) działania naświetlanej ergosteryny na skład chemiczny krwi oraz na przemianę materji,
- 4) racjonalnego dawkowania.

Skuteczność naświetlanej ergosteryny w krzywicy nie może dziś już ulegać wątpliwości. Wszyscy autorzy, którzy stosowali bądź czystą naświetlaną ergosterynę, bądź jakiś gotowy preparat, znajdujący się w sprzedaży, zgodnie twierdzą, że

*) Odczyt, wygłoszony w Łódzkim Tow. Pedjatrzy-nem.

za pomocą tego „pośredniego naświetlania” można w krzywicy czynnej i w profilaktyce osiągnąć równie doskonałe wyniki, jak i za pomocą bezpośredniego naświetlania lampą kwarcową.

Nasze własne wyniki na oddziale niemowlęcym szpitala Anny Marji, gdzie preparaty naświetlanej ergosteryny stosujemy od jesieni 1927 r., sprawdzając przebieg kliniczny leczenia za pomocą rentgenografji, są również bardzo pomyślne. W 2-ch przypadkach złamań kości u dzieci krzywiczych (*osteopsathyrosis rachitica*), leczonych naświetlaną ergosteryną, osiągnięto w ciągu kilku tygodni zupełne wyleczenie kliniczne, potwierdzone również na obrazie rentgenologicznym.

W tężycze (spazmofilji) preparaty naświetlanej ergosteryny działają równie skutecznie, jak i w krzywicy, a pomyślne wyniki stosowania tych preparatów w osteomalacji również zdają się nie ulegać wątpliwości (Hottinger, Starlinger).

Działanie lecznicze naświetlanej ergosteryny w przytoczonych stanach chorobowych jest więc sprawą przesądzoną i nie nadającą się do dyskusji, natomiast ważna i aktualna stała się sprawa ujemnych skutków stosowania witaminy D.

Już Pfannenstiel pierwszy w r. 1927 stwierdził u zwierząt śmiertelne zatrucie po dużych dawkach vigantolu, przyczem na uwagę zasługuje spostrzeżenie autora, iż zatrucie to udało

mu się wywołać tylko u zwierząt zdrowych, t. j. niekrzywiczych. U szczurów z krzywicą doświadczalną, wywołaną przez pokarm, pozbawiony witaminy D, zatrucie vigantolem nie występowało.

Spostrzeżenia Pfannenstiela zostały potwierdzone w następnym roku przez Kreitmaira i Molla: w doświadczeniach tych autorów duże dawki dzienne naświetlanej ergosteryny wywoływały zgon białych myszy, wzgl. szczurów, a przy badaniu pośmiertnym znajdowano złogi wapnia w ścianach naczyń krwionośnych i w narządach wewnętrznych.

Cały szereg innych autorów potwierdził te spostrzeżenia: Hermann u kotów, zatrutych vigantolem, stwierdzał na sekcji zwapnienie aorty i naczyń krwionośnych nerek oraz atrofję wątroby. Schmidtmann, Wenzel, Hückel i inni znajdowali również zwapnienia naczyń krwionośnych i narządów wewnętrznych u królików, szczurów i kotów. Herzenberg w pracy, wykonanej u Aschoffa podawał szczurom bardzo duże dawki vigantolu (5—100 mg. dziennie) i stwierdził oprócz takich samych zwapnień, jakie opisywali poprzednio wymienieni autorzy, jeszcze martwicę wielu mięśni, między innymi — mięśnia sercowego.

Na szczególną uwagę zasługują doświadczenia Jundella, który u zwierząt, karmionych witaminą D (Vigantol, tran, żółtko), w normalnych dawkach, stwierdzał duże uszkodzenia w sercu (przerost łącznotkankowy i złogi wapnia dookoła naczyń).

Niemniej liczne są spostrzeżenia, dotyczące ujemnych wyników stosowania naświetlanej ergosteryny u dzieci.

Pierwsze z tych spostrzeżeń dotyczyły dzieci gruźliczych: Degkwitz z kliniki w Gryfji stwierdził, że na 11 dzieci gruźliczych, które otrzymywały 5—30 mg. vigantolu dziennie, u 8 wystąpiły objawy zatrucia w postaci utraty łaknienia, złego samopoczucia oraz wałeczków, leukocytów i krwinek w moczu.

Również Bamberger i Spranger opisali zaburzenia czynności nerek u dzieci gruźliczych pod wpływem podawania vigantolu, a cały szereg innych autorów spostrzegał różne objawy zatrucia również u dzieci niegruźliczych.

Wiener z kliniki pediatrycznej w Wrocławiu stwierdził u 3-ga dzieci niegruźliczych, które w ciągu dłuższego czasu (3—4 miesięcy) otrzymywały 5 mg. dziennie vigantolu, toksyczne uszkodzenia nerek oraz nadmierne zwapnienie kości. Objawy nerkowe ustąpiły, gdy przzerwano podawanie vigantolu. W jednym przypadku zmiany w moczu wystąpiły już po upływie jednego tygodnia. Zaznaczyć należy, iż jeden z przypadków Wienera dotyczył dziecka z wybitną krzywicą.

Hess i Lewis spostrzegali u 2-ga dzieci, które w ciągu 3-ch tygodni otrzymywały około 5 mg. dziennie naświetlanej ergosteryny, podniesioną ciepłotę, duży spadek wagi, wymioty i senność. Jednocześnie ilość wapnia we krwi wybitnie się zwiększyła (16,2 mg. proc.). W jednym z tych przypadków po miesięcznej przerwie, podczas której dziecko było zupełnie zdrowe, zaczęto powtórnie dawać naświetlaną ergosterynę i wywołano

nawrót poprzednich objawów, przyczem poziom wapnia we krwi podniósł się do 17,6 mg. proc. Jednocześnie skrócił się wybitnie czas krzepnięcia krwi, i wystąpiły zmiany w moczu.

György dawał preparaty naświetlanej ergosteryny zarówno dzieciom gruźliczym, jak i niegruźliczym i stwierdził, że dzieci gruźlicze były o wiele wrażliwsze na witaminę D. Objawy zatrucia występowały przy dawkach powyżej 4 mg. dziennie w postaci utraty łaknienia, bladeści, spadku wagi, zmian w moczu i hiperkalcemji (w jednym przypadku 17,8 mg. proc. wapnia we krwi).

W spostrzeżeniach klinicznych, o których dotychczas była mowa, zmiany, wywołane naświetlaną ergosteryną, były przejściowe, t. j. ustępowały z przerwaniem podawania odpowiedniego preparatu. Natomiast w przypadku, opisanym przez Putschara nastąpiło zejście śmiertelne: dziecko 10-tygodniowe dostawało przez 96 dni po 2,2 mg. vigantolu dziennie (9 kropeł 1%-owego roztworu), zmarło w wieku 5½ miesiąca, i na sekcji stwierdzono zwapnienie kanalików nerkowych w warstwie korowej i rdzeniowej.

Również Nikolaeff i Zimbleer przytaczają spostrzeżenie, dotyczące dziecka 1-rocznego, pozbawionego tarczycy, które otrzymywało w przeciągu 1 miesiąca vigantol w dawkach od 1—4 mg. dz. W 3-im tygodniu przy dawce dziennej 4 mg. nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego, utrata łaknienia, spadek wagi i wreszcie zejście śmiertelne. Na sekcji stwierdzono zwapnienie drobnych tętnic w mięszu nerek, w tkance łącznej szyi oraz ogniska martwicze na śluzówce jelita cienkiego. Autorzy przypuszczają, że w powyższym przypadku hiperkalcemja, którą stwierdzono u dziecka tego przed podawaniem vigantolu, była prawdopodobnie przeciwwskazaniem do podawania tego preparatu.

Przypuszczenie to jest tembardziej uzasadnione, iż, jak widzieliśmy w przypadkach Hessa i Lewisa oraz Györgyego, objawom zatrucia naświetlaną ergosteryną towarzyszy zwiększenie się wapnia we krwi. Hess przypisuje bardzo duże znaczenie hiperkalcemji, jako objawowi, stale występującemu w przypadkach zatrucia naświetlaną ergosteryną. U szczurów doświadczalnych, którym dawano toksyczne dawki witaminy D (1—5 mg. naświetlanej ergosteryny lub 300 mg. tranu), ilość wapnia we krwi dochodziła do 15—20 mg. proc. (zamiast 10—11).

Jednocześnie ze zwiększaniem się wapnia we krwi zmniejsza się ilość soli nieorganicznych (wapnia i fosforu) w kośćcu danego zwierzęcia. Z kości szczurów, zatrutowanych naświetlaną ergosteryną, wzgl. dużymi dawkami tranu w doświadczeniach Hessa, otrzymywano po spaleniu o kilka proc. mniej popiołu, niż z kości zwierząt kontrolnych.

Jest to potwierdzeniem badań Krötza i Hotttingera nad przemianą materji u zdrowych osobników podczas podawania dużych dawek naświetlanej ergosteryny; z badań tych wynika, iż nadmiar tego preparatu wywołuje ujemny bilans wapnia. Należy przypuszczać, iż następuje wtedy uruchomienie wapnia z kości do obiegu krwi, a następnie — odkładanie się tego wapnia w ścianach naczyń i narządów.

Jednym z pierwszych objawów klinicznych hiperkalcemji jest, podług H e s s a, utrata łaknienia, i ten pierwszy zwiastun zatrucia ergosteryną jest niezmiernie doniosłym objawem przedawkowania. Objaw ten występuje przeważnie u dzieci niekrzywicznych, gdyż kościec ustroju krzywiczego podczas leczenia ergosteryną posiada tak silne powinowactwo do wapnia, iż hiperkalcemja występuje bardzo rzadko.

Co do mechanizmu powstawania hiperkalcemji pod wpływem naświetlanej ergosteryny, H e s s przypuszcza, iż dużą rolę odgrywają przy tem gruczoły przytarczyczne. W doświadczeniu na małpie poziom wapnia we krwi przy podawaniu naświetlanej ergosteryny wybitnie się podniósł, po usunięciu zaś gruczołów przytarczycznych obniżał się, i nie udawało się już go podwyższyć za pomocą ergosteryny.

W niektórych przypadkach przedawkowanie naświetlanej ergosteryny prowadzi do nadmiaru nie wapnia, lecz fosforu we krwi: 8—10 mg. proc. zamiast 6 mg. proc., wzgl. do hiperkalcemji i hiperfosfatemji jednocześnie. Podług H e s s a zwiększona odsetka fosforu we krwi jest bez znaczenia klinicznego, gdyż spostrzegał on przypadki, w których fosfor we krwi podnosił się prawie do podwójnej normy, nie wywołując żadnych objawów chorobowych.

Odmiennego zdania jest W a r k a n y (praca z zakładu M o l l a w Wiedniu), który uważa, że przemiana fosforu jest jądrem całego zagadnienia ergosterynowego, oraz że hiperwitaminoza D jest tylko hiperfosfatemją.

W obecnym stanie badań nad zatruciem naświetlaną ergosteryną trudno orzec, jaką rolę odgrywa w tej sprawie nadmiar wapnia i fosforu we krwi, gdyż istota tej hiperwitaminozy D jest jeszcze zupełnie ciemna. Niewiadomo nawet, czy jest to istotnie swoista hiperwitaminoza (P f a n n e n s t i e l, H e u b n e r), czy też nieswoiste zatrucie produktami, powstającymi podczas naświetlania ergosteryną (R e y h e r, D e g k w i t z). Niektórzy autorzy przypuszczają nawet, że własności trujące naświetlanej ergosteryny zależne są nie od samej ergosteryny, lecz od oleju, w którym jest rozpuszczona. B i l l s, C o x i inni stwierdzili, że naświetlana ergosteryna, rozpuszczona w oleju arachitowym, jest znacznie mniej toksyczna od ergosteryny w oleju sezamowym. Mimo to nie może ulegać wątpliwości, że witamina D jest głównym czynnikiem, od którego zależą toksyczne własności naświetlanej ergosteryny, gdyż wiadomo, że również i tran w nadmiarze wywołuje objawy zatrucia, a nawet — jak wynika z doświadczeń J u n d e l l a — i żółtko.

Sama istota zatrucia ergosteryną naświetlaną jest jednak narazie niewyjaśniona, znane są tylko objawy i okoliczności, wśród których występuje. Wiadomo również, że ustrój krzywiczny o wiele mniej jest wrażliwy na to zatrucie, niż ustrój niekrzywiczny. K o s t y a l (klinika pedjatryczna w Debreczeń) nie miał ani jednego przypadku zatrucia, stosując u 17 dzieci krzywicznych po 6 mg. dziennie naświetlanej ergosteryny w przeciągu kilku tygodni. Po 3-ch tygodniach autor otrzymywał wyleczenie kliniczne i normę fosforu we krwi. S o b e l i C l a m a n dawali dzieciom krzywicz-

czym po 12 mg. dziennie naświetlanej ergosteryny w ciągu 20 dni bez ujemnego działania, a W i e l a n d, rozporządzający bardzo dużem doświadczeniem co do leczenia krzywicy produktami naświetlanymi, zaznacza z naciskiem, iż ustrój krzywiczny z jego dużem zapotrzebowaniem witaminy D znosi bezkarnie znacznie wyższe dawki, niż ustrój niekrzywiczny.

Większość spostrzeżeń klinicznych zatrucia naświetlaną ergosteryną dotyczy dzieci niekrzywicznych, a również nadmierne uwapnienie kości i hiperkalcemja dotyczyły dzieci bez krzywicy lub tylko z lekką krzywicą (W i s k o t t, W i e n e r).

Zmniejszoną wrażliwość ustroju krzywiczego na ergosterynę uzależnia T h o e n e s od odmiennego zachowania się przemiany azotowej oraz bilansu mineralnego przy podawaniu naświetlanej ergosteryny u dziecka krzywiczego i zdrowego. Autor ten stwierdził, że u dziecka krzywiczego przy polepszaniu się bilansu mineralnego (dodatni bilans wapnia) zwiększa się wydzielanie azotu w moczu i kale, podczas gdy u dziecka niekrzywiczego przy tych samych dawkach naświetlanej ergosteryny wydzielanie się azotu z ustroju jest zwiększone i przy dodatnim i przy ujemnym bilansie wapnia. Słowem, u dzieci niekrzywicznych mamy do czynienia z patologiczną przemianą materji pod wpływem naświetlanej ergosteryny.

Znajomość odmiennego oddziaływania ustroju krzywiczego na naświetlaną ergosterynę ważna jest dla sprawy dawkowania, należy bowiem ściśle odróżniać wskazania lecznicze od wskazań profilaktycznych i uzależniać dawkowanie od tego, czy mamy przed sobą dziecko krzywiczne, czy też tylko zagrożone krzywicą, lecz zdrowe.

Mówiąc o stosowaniu preparatów naświetlanej ergosteryny mamy na myśli wyłącznie podawanie ich *per os*. Jak wynika z doświadczeń V o l l m e r a, u zwierząt, a mianowicie, w krzywicy doświadczalnej szczurów, ergosteryna naświetlana działa również przy stosowaniu podskórnem, domięśniowem i dootrzewnowem, natomiast u dzieci krzywicznych autorowi temu nie udało się osiągnąć wyleczenia przy stosowaniu nawet bardzo dużych dawek parenteralnie. Z podziwu godną odwagą V o l l m e r zastrzykiwał dzieciom krzywicznym dawki po 10—14 mg. viganolu jednorazowo, a ogółem 70—80 mg. w ciągu 8—10 dni, nie otrzymując żadnego efektu leczniczego. Ten sam autor stosował w celu wypróbowania dużych jednorazowych dawek *per os* 120—140 mg. viganolu w ciągu 5—6 dni, przyczem efekt leczniczy był znacznie słabszy, niż przy podawaniu małych dawek w ciągu dłuższego czasu.

Przechodząc do kwestji dawkowania naświetlanej ergosteryny, musimy zaznaczyć, iż wszystkie kliniki pedjatryczne ostrzegają obecnie przed przedawkowaniem i polecają stosowanie małych, ostrożnych dawek. Charakterystyczne pod tym względem jest zestawienie dawek, które były przez tych samych autorów stosowane przed rokiem i obecnie w przypadkach krzywicy czynnej:

	Dawniej	Obecnie
Györgi	2 — 4 mg. dz.	1 mg. dz.
Vollmer-Langstein	— 10 mg. dz.	1 mg. dz.
Hess	2,5— 5 mg. dz.	1 mg. dz.

Dawki profilaktyczne wynoszą połowę powyższych ilości.

Dawki te są małe w porównaniu z dawniejszymi, jeśli jednak uprzytomnimy sobie, że 1 mg. naświetlanej ergosteryny odpowiada mniej więcej 14 łyżeczkom tranu, wydadzą się nam one mniej małe.

Przy dawkowaniu naświetlanej ergosteryny możemy kierować się nie tylko jednostką wagową, miligramem, lecz — dla preparatów zagranicznych — i jednostkami biologicznymi. Zarówno amerykański viosterol, jak angielski radiostol oraz niemieckie: präformin i vigantol są obecnie standaryzowane na zwierzętach bądź za pomocą próby leczniczej, bądź — zapobiegawczej. Próba lecznicza, stosowana w Anglii i St. Zjednoczonych, polega na określeniu tej najmniejszej ilości czynnika przeciwkrzywicznego, która w przeciągu 21 dni wyleczy krzywicę doświadczalną u szczurów (wąska linja kostnienia w rentenogramie). Za pomocą próby zapobiegawczej określa się najmniejszą dawkę, która w doświadczeniu 14-dniowym chroni od krzywicy 80% szczurów, trzymanych na djecie krzywicotwórczej. Dawka ta nosi nazwę jednostki biologicznej, a 100 jednostek biologicznych równa się jednostce klinicznej.

Znajdujący się obecnie w sprzedaży vigantol zawiera 50 jednostek klinicznych w 1 cm. sz.; dawka lecznicza, wynosząca 1 mg. naświetlanej ergosteryny, zawarta jest w 25 jednostkach klinicznych, czyli w ½ cm. sz. (12 kropeł). Radiostol jest 9,5% — owym roztworem naświetlanej ergosteryny, jest o połowę słabszy od vigantolu i musi być stosowany w podwójnej dawce (25—30 kropeł dziennie w krzywicy czynnej). Viosterol zawiera tyleż jednostek, co i radiostol.

Preparaty krajowe: vitasteryna i witawit nie są jeszcze standaryzowane i dawkowanie ich musi opierać się na jednostkach wagowych. Wobec tego, że są to roztwory 1%-owe, 1 miligram zawarty jest w 2—3 kroplach.

Jak długo należy stosować te preparaty? Odpowiedź na to pytanie dają ci autorzy, którzy, stosując naświetlaną ergosterynę, określali zawartość fosforu we krwi. Kostyał osiągał przy 6 mg. dziennie normę fosforu we krwi u dzieci krzywicznych po 3 tygodniach. W 34 przypadkach Edelsteina leczenie przy dawkach 0,4—0,5 mg. dziennie wynosiło 4 tygodnie. Schadow podaje, iż osiągał przy stosowaniu 1 mg. dz. wyleczenie bardzo ciężkich przypadków w 3 miesiące, lżejszych — po 6—8 tygodniach. Nasze przypadki w szp. Anny Marji, gdzie wyleczenie oceniamy na podstawie obrazu klinicznego i zdjęć rentgenowskich, przy stosowanej obecnie małej dawce (1 mg. dziennie) po 2-ch miesiącach nie są jeszcze zupełnie wyleczone, natomiast lekkie przypadki zaczynającej się krzywicy (*craniotabes*) są zwykle wyleczone po upływie 4 tygodni.

Leczenie zapobiegawcze powinno trwać 2—3 miesiące.

Zupełnie ściśle ustalenie czasu trwania leczenia ergosteryną naświetlaną nie jest możliwe ze względu na to, iż witamina D jest zwykle tylko jednym z czynników leczniczych obok całego

szeregu innych: djety, światła, powietrza etc. Nawet i dawka 1 mg. dziennie może się w poszczególnych przypadkach okazać niewystarczająca, i może okazać się konieczne zastosowanie wyższej dawki.

Wnioski praktyczne:

1) Preparaty naświetlanej ergosteryny są środkiem swoistym, którego działanie lecznicze jest pewne i wypróbowane tylko w krzywicy, tężycze i osteomalacji. Zapobiegawczo należy je stosować tylko u dzieci, zagrożonych krzywicą (u przedwzrostnie urodzonych, bliźniąt, sztucznie karmionych i t. d.)

2) W innych stanach chorobowych, jak: niedokrewność, brak łaknienia, sprawy zakaźne i t. p. leczenie ergosteryną naświetlaną jest — wbrew zdaniu niektórych autorów — bezcelowe i przeciwwskazane.

3) Dawkowanie u dziecka krzywiczego z gruźlicą musi być szczególnie ostrożne.

4) Preparaty naświetlanej ergosteryny powinny być sprzedawane tylko za receptą; dziecko, leczone niemi, musi być pod obserwacją lekarską.

5) Pora roku jest obojętna: można stosować naświetlaną ergosterynę i latem bez obawy, że działanie promieni słonecznych zanadto spotęguje działanie witaminy D.

P I Ś M I E N N I C T W O :

- 1) Aurnhammer i Kollmann, Arch. f. Kinderh. 1929 Zesz. 2-3; 2) Bamberger i Spranger, Deutsche med. Woch. 1928 Nr. 27; 3) Bamberger, Ph. Deutsche med. 1929 Nr. 37; 4) Blunt K. i Cowar R., Journ. of Am. med. Ass. 1929, Tom 93; 5) Bernheim-Karrer, J. i G. Zaruski, Mon. f. Kinderh. 42—1929; 6) Edelstein, E. Zeitschr. f. Kinderh. T. 48; 7) Frenklowa, H. Pedj. Polska. T. 8 1928; 8) György, Klin. Woch. 1929 Nr. 15; 9) György, Jahrb. f. Kinderh. T. 120—1928; 10) Herzenberg H., podł. ref. w CBL. f. Kinderh. T. 23 Zesz. 19; 11) Hess J. A. F. i Lewis J. M., Journ. of Am. med. Ass. 1928. T. 91; 12) Hess, Lewis, Rivkin, Journ. of Am. med. Ass. T. 93 1929; 13) Hermann S., Klin. Woch. 1929, Nr. 38; 14) Hottinger, Zeitschr. f. Kinderh. T. 47; 15) Husler, podł. ref. w Klin. Woch. 1929 Nr. 24; 16) Jundell, Acta Paediatr. T. VIII 1928; 17) Klein I. J., Journ. Am. Med. Ass. 1929, T. 92; 18) Kleinschmidt, Med. Klin. 1930, Nr. 6; 19) Kostyał, Jahrb. f. Kinderh. 126, 1930; 20) Kreitmair i Moll, Münch. med. Woch. 1929, Nr. 15; 21) Mansbacher, Zeitschr. f. Kinderh. T. 46; 22) Nikolaeff M. i Zimmler J. W., Jahrb. T. 126. 1930; 23) Pfannenstiel, Münch. med. Woch. 1928. Nr. 26; 24) Putschar W., Zeitschr. f. Kinderh. T. 48; 25) Schadow, Med. Klinik. 1930, Nr. 6; 26) Selye H., Klin. Woch. 1928, N. 39; 27) Scheunert i Schiebllich, Klin. Woch. 1929 N. 15 i 29; 28) Thoenes, Jahrb. f. Kinderh. 126, 1930; 29) Warkany J., Klin. Woch. 1930 Nr. 2; 30) Wendt G. Klin. Woch. 1930, Nr. 4; 31) Wieland, Deutsche med. Woch. 1929; 32) Wieland, Zeitschr. f. Kinderh. T. 47, 1929; 33) Wiener, Monatschr. f. Kinderh. T. 45; 34) Vollmer H., Zeitschr. f. Kinderh. T. 45—1928; 35) Zelewska M. Nowiny Lek. 1930, Nr. 1.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Zagadnienia ogólne.

∞ H. BIERNACKI, H. CZAPNICKI, S. LIWSZYC, J. SPIRA, J. SZANCENBACH i W. ZAPAŁOWICZ. Stany podgorączkowe w związku z niezdolnością do pracy. Biblioteka Okręg. Związku Kas Chorych w Krakowie tom XX. 1929.

Zadanie trudne do rozwiązania, kiedy chory ze stanem podgorączkowym jest niezdolny do pracy i na jak długo, starają się ułatwić autorzy tej zbiorowej broszury. Piszę „ułatwić” gdyż rozwiązanie mniej lub więcej ściśle w każdym poszczególnym przypadku natrafia niestety wprost na niepokonane trudności (przynajmniej przy pomocy dotychczasowych metod badania). W każdym razie za zasługę redakcji biblioteki poczytać należy, że wogóle poruszyła sprawę tak ważną, jak stany podgorączkowe, obejmującą nieomal całą patologię ludzką. Jedna rzecz nie ulega wątpliwości, że bez możliwości umieszczenia chorego kasy chorych na czas pewien na oddziale obserwacyjnym nieraz nie da się wyjaśnić przyczyna stanu podgorączkowego. Słusznie też np. Biernacki podkreśla potrzebę tworzenia takich oddziałów (str. 26) i zaopatrzenia ambulatorjów w środki, ułatwiające rozpoznawanie chorób.

Broszura składa się z sześciu prac, a mianowicie: 1. o stanach podgorączkowych, 2. stany podgorączkowe na tle nerwowym i wewnątrzno-wydziałniczym, 3. gruźlica, 4. stany podgorączkowe w otorynolaryngologii, 5. stany podgor. w związku z cierpieniami kobiecymi, 6. st. podgor. w związku ze sprawami chorobowymi jamy ustnej.

Wkońcu znajdujemy tezy, opracowane na podstawie wniosków, przyjętych przez Zjazd lekarzy Kasy Chorych w sprawie stanów podgorączkowych d. 8 i 9.VI r. 1929 w Krakowie.

M. Gantz.

∞ La pratique médicale, illustrée. Wyd. Gaston Doin et Co. Paryż 1930.

Nakładem zaszczytnie znanej firmy paryskiej G. Doin zaczęła wychodzić w tych dniach kolekcja odczytów klinicznych w pięknej formie książkowej, obficie ilustrowanych, około 50 stron mających, w cenie od 8 do 15 franków. Odczyty, które mają się ukazywać, bez zobowiązania terminowego pod dyktando prof. Serjenta, Mignota i Turpina, omawiają najbardziej aktualne i praktyczne zagadnienia z medycyny i, sądząc z pierwszych 4-ch odczytów, jakie wyszły w styczniu prezentują się bardzo okazale, a są to:

A. Marfan. Le rachitisme. Etiologia, patogeneza i leczenie.

L. Bard. L'emphysème. Diagnostyka i terapia.

N. Fiessinger. Anémies. Leczenie niedokrewności metodą Whipplea.

P. Ravaut i Baalin. Le rhumatisme blennorrhagique.

Wprawdzie piśmiennictwo nigdzie nie jest dokładnie podane, ale z treści widać, że autorzy są mistrzami w swojej dziedzinie i operują danymi z literatury, zwłaszcza francuskiej i angielskiej, bardzo biegle.

H. Higier.

Higiena.

∞ Opera collecta Congressus V internationalis medicorum pro artificibus calamitate afflictis aegrotisque.

Prezydium Komitetu wykonawczego V-go Międzynarodowego Kongresu lekarzy,

przemysłowej i zwalczania chorób zawodowych oraz zapobiegania nieszczęśliwym wypadkom przy pracy, który odbył się w Budapeszcie w czasie od 2-go do 8-go września 1928 r., przesłał uczestnikom Kongresu sprawozdanie, zawierające zgłoszone nań prace naukowe.

Prace te ujęte są w 3 tomach. Jeden z nich, który otrzymałem i przekazałem bibliotece Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, zawiera 174 referaty w różnych językach, w tym dwie prace lekarzy polskich, a mianowicie: D-ra Józefa Luxenburga „Die Berufskrankheiten als Gegenstand der Social-Versicherung” i D-ra Brunona Nowakowskiego „The Polish legislation concerning the control of occupational diseases”.

Referaty lekarzy włoskich zostały przez nich samych wydane odrębnie w dwóch tomach, których nie otrzymałem.

Cały materiał wydania budapeszteńskiego jest podzielony na trzy części według trzech sekcji, ustanowionych na Kongresie, mianowicie: I Sekcja wypadków nieszczęśliwych w przemyśle, II Sekcja higieny przemysłowej i III Sekcja ochrony pracy.

Pozatem jest wymienionych odrębnie w porządku alfabetycznym 21 referatów, które dotyczą dwóch lub wszystkich wspomnianych grup, albo które przez wzgląd na swoją treść do żadnej z grup nie mogły być włączone.

Z pośród zgłoszonych prac zasługuje na szczególną uwagę referat S. Jellinka z Wiednia „O znaczeniu klinicznym i sądowym uszkodzeń, wywołanych elektrycznością”. Wynika zeń, że porażenie prądem elektrycznym nie powoduje u człowieka ustania czynności serca, o ile byłoby zastosowane odpowiednie środki ratownicze.

Wydanie budapeszteńskie stanowi wogóle bardzo cenne źródło wiedzy dla lekarzy, zajmujących się higieną zawodową i ochroną zdrowotną pracy przemysłowej.

Uporządkowanie tak licznych, a przytem różnorodnych materiałów wypadło bez zarzutu, zaś wyposażenie zewnętrzne dzieła jest wręcz wspaniałe, tak, że dzieło to stanowić może ozdobę każdej, choćby najwytworniej urządzonej biblioteki.

Redakcja dzieła jest niepoślednią zasługą Prezesa Komitetu p. Profesora D-ra de Verbely oraz pp. D-rów Pfeiffera i Antala.

Dr. Sęcycz.

Farmakologia kliniczna i doświadczalna, oraz toksykologia.

∞ PROF. DR. FR. MUNK. Die Rezeptierkunst des praktischen Arztes. (Berliner Klinik. Berlin, 1930 r.)

Praca Munka nasuwa wiele aktualnych refleksyj. Sztuka przepisywania recept — taka zresztą nieskomplikowana i niezbędna — coraz bardziej idzie w zapomnienie. Przemysł chemiczno-farmaceutyczny z jednej strony ze swoim niemal monstrualnym rozwojem, z drugiej zaś wpływ nowych metod leczniczych fizykalnych sprawiły, że lekarz nowoczesny zapomina o zasadach receptury. Kto zada sobie trud krytycznego rozpatrzenia recept współczesnych ze stanowiska chemii, farmakologii i terapii, nie powstrzyma się z pewnością od nagany, często nawet od wyrazów oburzenia. Dziwne doprawdy zjawisko: z jednej strony uczą nas indywidualizować, ba-

u rozmaitych osobników, a z drugiej fabryki narzucają gotowe specyfiki, leki patentowane, w których części składowe są zawarte w stałym, niezmiennym stosunku ilościowym, od którego odstąpić nie wolno.

Prospekty i ogłoszenia, dostępne nie tylko dla lekarzy, lecz i dla chorych, wymieniają wskazania dla środków leczniczych, podają ich skład chemiczny, sposób stosowania, jednym słowem, wszystko, co dla człowieka przeciętnego wydaje się dostateczne dla wyboru leków.

Lekarze zapominają o najkardynalniejszych zasadach armakoterapii. A farmakoterapia bynajmniej się nie przeżyła. Zdarza się widzieć recepty, według których aptekarz nie jest w stanie przyrządzić lekarstwa. W butelce czy opłatku lub słoiku powstają mieszaniny, których żaden chemik nie rozpozna, których działania na organizm żaden farmakolog nie zdoła przewidzieć, których żaden terapeuta wytłumaczyć nie zdoła. Panowie aptekarze są uprzejmi i nie zawstydzają nas, radząc sobie jakoś. Ten zaręć, który się coraz bardziej powiększa w miarę wprowadzania na rynek farmaceutyczny coraz to nowych związków chemicznych, ten chaos, który w ostatnich dwu—trzech dziesiątkach lat coraz bardziej daje się nam we znaki, doprowadzi — oby jaknajprędzej — do wmieszania się w tę sprawę władz, czuwających nad działaniem przemysłu farmaceutycznego. Dla lekarzy powinien stan obecny farmakoterapii życia codziennego być ostrzeżeniem, aby przypomnieli sobie zawczasu, co medycyna praktyczna zawdzięcza umiejętnej recepturze. Przemysł chemiczno-farmaceutyczny nie obejdzie się bez współpracy lekarza-umiejącego indywidualizować przypadki chorobowe.

Książeczka Munka nasuwa mnóstwo innych jeszcze rozmyślań z dziedziny praktyki lekarskiej, nad którym, wszakże rozwodzić się w tej chwili nie mamy zamiaru. Warto ją przeczytać i zastanowić się poważnie.

M. F.

Lecznictwo.

∞ BOAS Therapie und Therapeutik. (Karger, Berlin 1930).

Autor nazywa swą pracę wezwaniem do lekarzy, klinicystów i farmakologów, uważając, iż czas najwyższy wprowadzić sanację w lecznictwie i oczyścić je od nalotu średniowiecza, wciąż jeszcze panującego w tej dziedzinie; czas najwyższy zejść z drogi czystej tylko empirji, i należy stworzyć ścisłą naukę o lecznictwie. W swych szczegółowych rozważaniach stara się autor dać wskazówki, jak usunąć braki w obecnym stanie lecznictwa. Należy dać młodemu pokoleniu lekarzy możliwość poznania lecznictwa, a nie tylko leczenia, nie zapominając przytem o tak ważnych czynnikach, jakimi są w lecznictwie cierpliwość, czas, krytyka oraz poczucie odpowiedzialności. Nie należy uważać leczenia i lecznictwa za synonimy: tak jak dżagnostyka — jest nauką rozpoznawania chorób, lecznictwo — jest nauką czyli sztuką leczenia. Niestety, medycyna wewnętrzna, w przeciwieństwie do ginekologii, chirurgji i t. p. za mało działała w tej nauce.

Jeden cel przyszłości lekarzowi praktykowi, jak i klinicyście — ulżyć cierpieniu chorego. Sposób zaś myślenia będzie zgoła inny u każdego z nich: lekarz, naukowo przestudjowawszy lecznictwo, inaczej rysuje sobie w umyśle plan leczenia — widzi on przed sobą zmiany, jakie wywoła w ustroju ten lub ów środek leczniczy, nie zapominając o naturalnych środkach obronnych w ustroju. Autor podziwia odwagę niektórych lekarzy, którzy zdają sprawę z wartości środków leczniczych, wypróbowały li tylko na materiale ambulatoryjnym. Krytyczne, głębokie opracowanie da możliwość stwierdzenia szczegółów czynnościowych oraz morfologicznych zmian i określenia skuteczności środka, wskazań i przeciw-

wskazań — słowem, naukowego opracowania każdego pojedynczego środka leczniczego. Praktycznie, zdaniem autora da się to przeprowadzić w następujący sposób: Szpitale, naukowo prowadzone, oraz kliniki, składające się z 50 łóżek, powinny wprowadzić oddziały t. zw. lecznicze pod kierunkiem klinicysty doświadczonego w farmakologii lub nawet specjalisty farmakologa — którzyby doświadczalnie na zwierzętach i w pracowniach chemicznych przeprowadzali szczegółowe badania. Powinien, rzecz jasna, istnieć ścisły kontakt między oddziałem klinicznym rozpoznawczym szpitala a oddziałem leczniczym — coraz to nowy materiał powinien napływać do oddziału, aby dać możliwość przeprowadzania prób z wszelkimi środkami leczniczymi oraz fizykalnymi metodami leczenia na chorych uleczalnych.

Pewne środki lecznicze powinny być przestudjowane przez jeden tylko oddział; bardzo często różne kliniki wychwalają wciąż jeden i ten sam środek, co pozostawia po sobie niesmak. Dotychczas farmakologia mało stykała się z chorym — tu zaś, na oddziale leczniczym, miałaby sposobność ku temu. Dużo może przyczynić się do racjonalnego leczenia schorzeń — dżeta, która stoi, niestety, dotychczas, zdaniem autora, na niskim poziomie — tu dużo może uczynić dobrego naukowo prowadzona kuchnia dżetetyczna.

Instytut leczniczy mógłby mieć kolosalne znaczenie na polu badań nad leczeniem raka i gruźlicy: często w prasie codziennej napotyka się wzmianki o nowych środkach leczniczych; publiczność patrzy na tych „wynałazców“ jako na męczenników, nie uznanych przez naukę! Przy istnieniu specjalnych oddziałów leczniczych dałoby się każdy nowy środek zbadać krytycznie i naukowo — mniejsze pola działania miałyby może wówczas szarlataneria.

Autor szczegółowo opisuje, w jaki sposób, zdaniem jego, może być wypróbowany na chorym osobniku, na przykład, środek nasenny — tylko taki *modus procedendi* może decydować o skuteczności środka. Jak mało wiadomo dotychczas o działaniu środków, stosowanych w schorzeniach wątroby! Tym lub owym sposobem należy dążyć do wyników wolnych od zarzutów oraz do wniosków pewnych.

Bardzo ważna będzie możliwość przekonywania się o bezskuteczności wielu środków patentowanych, a tak głośno reklamowanych.

Na oddziale leczniczym powinny odbywać się wykłady dla młodych lekarzy, przyczem nie należy wyłączać schorzeń przewlekłych mniej ciekawych z punktu widzenia naukowego, natomiast uciążliwych dla chorego. Do takich należą gościec, żyłaki, migrena, zaparcie, pokrzywka, schorzenia migdałków i t. p. Lekarz musi zachować swą godność, musi naukowo prowadzić leczenie, nie pozwalając, aby chory sam proponował sposób leczenia.

Sędziwy autor w swej pracy daje przyszłemu pokoleniu lekarzy wskazówki, jak usunąć wadliwości, które widzi w obecnym stanie lecznictwa w medycynie wewnętrznej. Widzi on jedyną możliwość naprawy tylko w powstaniu wyżej opisanych oddziałów klinicznych leczniczych. Nie zamyka oczu na to, iż jest to zagadnienie, które wymaga dużo czasu i pracy, ale dzięki temu, iż da się prześledzić postępek leczenia planowego — powstanie w przyszłości nauka leczenia wzajemian dzisiejszego okresu próbowania i błędzenia.

S. Frank,

R. FLECKSEDER. Wzmoczenie odwadniającego działania salirganu do rekordu. (Wien. kl. Woch. Nr. 5/1930).

Chorym z niedomogą serca, manifestującą się obrzękami, i wodobrzuszem na tle alkoholowej marskości wątroby, podaje autor doustnie przez parę dni, poprzedzających zastrzyknięcie, w dniu zastrzyknięcia i w dniu po niem salmiak

Ammon. Chlor. 5,0 Aq. fontis 120,0 Syr. cort. Aurant. ad 150,0 Mds. Wypić łykami w ciągu dnia) i zastrzykuje dożylnie 1—3 cm.³ salirganu z 10 cm.³ 20% roztworu dehidrochololanu sodowego (1 ampulka decholinu „Riedel“) i 20 cm.³ 33% roztworu cukru gronowego i w ten sposób otrzymuje największą dotąd obserwowaną diurezę. W 17 (na 23) przypadkach dobowo ilość moczu wynosiła 5—6 litrów, a nawet znacznie więcej. W jednym przypadku stanu obrzękowego na tle sercowym z trójdzielnym typem zastoinowym, diureza po jednym takim zastrzyknięciu, zawierającym tylko 1 cm.³ Salirganu, wyniosła 13,5 litra. Często udaje się w ten sposób usunąć całkowicie wodobrzusze trójdzielnego typu zastoinowego, rzadziej wodobrzusze na tle marskości zanikowej wątroby. Dobre wyniki tej metody osiągał też autor w nefrozie, zwłaszcza kiłowej, lecz liczba tych przypadków jest jeszcze zbyt szczupła, by wyciągać już obecnie pewne wnioski.

Henryk Landau

P. SAXL i D. ERLSBACHER. Ulepszony sposób doustnego podawania salmiaku (Gelamon). (Wien. kl. Woch. Nr. 4 1930).

Podawanie salmiaku, jako środka wzmagającego diurezę salirganową, napotyka trudności ze względu na okropny smak środka i dolegliwości żołądkowe, przezeń wywoływane. Nowy preparat „Gelamon“ przedstawia zasadniczo produkt adsorpcji chlorku amonowego przez żelatynę i jest sporządzany w pastylkach, zawierających po 0,4 salmiaku. Podaje się w ilości 2 pastylek 5—10 razy dziennie. Gelamon wzmagą, względnie reaktywuje diurezę salirganową w tym samym stopniu, co czysty salmiak, a budzając wstręt u chorych i nie powodując zaburzeń żołądkowych; wyjątkowo tylko po kilkodniowym podawaniu spostrzegano u osób wrażliwych upośledzenie łaknienia, odbijanie i nieprzyjemne uczucie w żołądku.

Henryk Landau

G. MILIAN. Nie mieszać 606 i 914. (Par. Méd. Nr. 48 1929).

Przytaczając przypadek, w którym zastrzyknięcie 0,3 arsenobenzolu Billona (zamiast nowarsenobenzolu) wywołało zakrzepowe zapalenie żyły przypromieniowej na całej jej długości, obrzęk i bolesność kończyny górnej, gorączkę 40^o stopniową oraz cały szereg ogólnych zaburzeń, zwraca autor uwagę na różnicę w technice zastrzykiwań arsenobenzolu (606) i nowarsenobenzolu (914). Arsenobenzol jest związkiem silnie kwaśnym, niszczącym śródbłonki naczyń i strącającym ciała białkowe. a więc i włóknik krwi. Dlatego można go zastrzykiwać tylko w stanie bardzo rozcieńczonym (0,01 gr w 5 cm.³ wody lub sztucznej surowicy) oraz po całkowitem zubożeniu sodem. Natomiast nowarsenobenzol, związek obojętny, nie wywołuje zakrzepowych zapaleń żył i może być zastrzykiwany w silniejszym stężeniu.

Henryk Landau.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

J. DUERTO — Przejściowe porażenie nerwu twarowego w przebiegu operacji, dokonywanych na wyrostku sutkowym w znieczuleniu miejscowym. (Rev. de laryng. d'otol. et de rhin. Nr. 19, 1929).

Porażenie to występuje wskutek przedostania się płynu znieczulającego do kanału n. twarowego. Uderzenia dłutem po powierzchni wyrostka sutkowego ułatwiają przenikanie płynu. Również odpowiednia budowa kanału Fallopiusza a zwłaszcza zmiany chorobowe ścian jego stanowią czynnik, sprzyjający powstawaniu porażenia n. twarowego.

Nie jest zatem słuszny pogląd, że porażenie to występuje wskutek nastrzyknięcia n. twarowego w okolicy otworu rylcowo-sutkowego.

J. Tencer.

P. PANNETON i D. LONGPRÉ — O doniosłości próbnego nakłucia jamy bębenkowej u osesków. (Ann. d. mal de l'oreille etc. Nr. 9, 1929).

Autorzy są gorącymi zwolennikami nakłuwania jamy bębenkowej u osesków we wszystkich przypadkach, w których brak jest wyjaśnienia dla istniejącej podniesionej ciepłoty ciała. Wykonali to nakłucie w dużej liczbie przypadków, przy czym w dwustu z nich zmuszeni byli dokonać wydłutowania wyrostka sutkowego, opierając się jedynie na wyniku tego badania. Prawie we wszystkich zoperowanych przypadkach autorzy stwierdzili wolną ropę w wyrostku sutkowym.

Technika przekłucia błony bębenkowej i dostania się do ucha środkowego jest prosta.

J. Tencer.

M. SCHROOK. — Leczenie otwarte ran po wydłutowaniu wyrostka sutkowego. (Z f. Hals., Nas. u. Ohr. t. 23, z. 4).

Zachęcony dobrymi wynikami, otrzymanymi przez Mucka w leczeniu ropni mózgowych bez tamponowania rany, autor wypróbował tę samą metodę w przypadkach zwykłego wydłutowania wyrostka sutkowego. Dzięki temu postępowaniu leczenie pooperacyjne wybitnie się upraszcza. Podczas operacji zostaje dokonane dodatkowe cięcie skórne prostopadle do przeprowadzonego celem uniknięcia zawiązania się brzegów rany. Po operacji zostaje nałożony zwykły opatrunek na przeciąg tygodnia. Po upływie tego czasu rany się nie tamponuje, lecz nakłada się na okolicę wyrostka sutkowego specjalną blachę, zaopatrzoną w liczne otwory. Blacha ta zostaje przymocowana bandażem na przeciąg 5-8 dni, poczem następuje zmiana opatrunku.

Leczenie otwarte ran po wydłutowaniu wyrostka sutkowego wykazuje szereg stron dodatnich. Rana mało wydziela, opatrunki zmienia się rzadko, a w związku z tem chory ma dobre samopoczucie, i w krótkim czasie, pomimo niezagojonej rany, staje się zdolny do pracy.

J. Tencer.

S. UNTERBERGER — Przeszczepianie istoty gąbczastej kości biodrowej w leczeniu ozenu i zwykłych nieżytów zanikowych nosa. (Z. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 23, z. 4).

Leczenie chirurgiczne wymienionych schorzeń nosa prowadzi do lepszych wyników, niż postępowanie zachowawcze. Istnieją, jak wiadomo, liczne metody zwężania zbyt obszernych jam nosowych. Operacje, osiągające ten cel przez przesunięcie bocznych ścian nosa, nie należą do zabiegów prostych. Łatwiejszą metodą jest wszczepianie materiału pod śluzówkę przegrody nosowej. O ile operacja ta zawodzi, to można wtedy dokonać przesunięcia bocznych ścian nosa.

A. stosował wszczepianie materiału pod śluzówkę nosa w 70 przypadkach ozenu i nieżyty zanikowego nosa. Wyniki otrzymane są tak zachęcające, że pozwalają uważać tę operację za najlepszą metodę leczenia chirurgicznego omawianych spraw chorobowych.

A. używa do operacji jedynie autotransplantatów ze względu na szybkie gojenie oraz łatwość uzyskania materiału. Najlepiej jest przeszczepiać tkankę kostną, przy czem bardziej się nadaje istota gąbczasta kości biodrowej, niż stosowana przez niektórych rynologów istota zbita piszczeli.

Technika zabiegu nie jest trudna.

J. Tencer.

D. N. MATWEJEW — Związek pomiędzy zawartością wapnia we krwi a rodzajem oddychania. (Mon. f. Ohr u. Rhin-Lar., Nr. 11, 1929).

Zmiany w sposobie oddychania osobnika wywierają wpływ na zawartość wapnia we krwi. W przypadkach utrudnionego oddychania nosem (wyrośle, polipy, skrzywienie przegrody, przerosty muszeli) wzrasta zawartość wapnia we krwi, natomiast krew chorych, dotkniętych zwykłym nieżytem zanikowym nosa lub też ozeną, wykazuje zmniejszoną ilość wapnia.

Zwiększanie się ilości wapnia we krwi oznacza uruchomienie sił obronnych ustroju i daje dobre rokowanie; odwrotne znaczenie posiada spadek zawartości wapnia we krwi.

J. Tencer.

Choroby serca i naczyń.

N. MOND i E. T. OPPENHEIMER. O rytmie cwałowym w nadciśnieniu. (Arch. Int. Med. Tom 43, Nr. 2, 1929).

Według zdania autorów, rytm cwałowy powstaje u hipertoniców w ten sposób, że jednocześnie ze skurczem przedsionkowym występuje szmer oddzielny, nie będący w związku z tonami serca.

Z pośród domniemanych przyczyn powstawania rzeczowego szmeru należy wymienić: wzmocnienie ciśnienia w komorze podczas rozkurczu oraz wzmoczone ciśnienie przedsionkowe.

Istnieją 2 typy rytmu cwałowego u hipertoniców: presystoliczny i protodiastoliczny, obydwa zawdzięczają swe powstanie temu samemu mechanizmowi.

Od wspomnianego szmeru dodatkowego, charakterystycznego dla rytmu cwałowego, należy odróżnić fizjologiczny III-ci ton oraz rozdwojenie drugiego tonu.

B. G.

S. LEVINE i M. N. FULTON. O działaniu chinidyny na częstoskurcz komorowy. (J. Am. Med. As. tom 92, Nr. 14, 1929).

Autor podaje wyniki swoich spostrzeżeń nad działaniem chinidyny w dziesięciu przypadkach częstoskurczu komorowego. Lek ten okazał się bardzo skutecznym w leczeniu spraw wymienionych.

Częstoskurcz komorowy występuje niekiedy u osób, nie mających wady organicznej serca, lecz częściej u osób z cierpieniem naczyń wieńcowych. Chinidyna nie działa na inne następstwa zamknięcia naczyń wieńcowych, jak zatory lub pęknięcia, lecz tylko na częstoskurcz komorowy, i w tych razach może działać zbawiennie. Jest rzeczą możliwą, że i tutaj cierpienie jest natury tej samej, co i migotanie przedsionków, zaś leczenie opiera się na takich samych zasadach.

B. G.

E. EDENS. O wpływie naporstnicy i chinidyny na migotanie przedsionków. (Ther. der. Gegenw. gruzdień, 1929).

Autor opisuje przypadek niedomogi serca z napadami migotania przedsionków. W razie niedomogi serca stosowana była strofantyna, która jednak niezawsze usuwała migotanie. W tych razach podawano 0,8–1,0 *Chinidini sulf.* dziennie (0,2 na dawkę). W razie braku objawów niedomogi serca napadom migotania usuwała czasem strofantyna, czasem chinidyna. W każdym poszczególnym przypadku doświadczenie winno rozstrzygnąć, co usuwa migotanie: preparaty naporstnicy czy chinidyna; przed rozpoczęciem leczenia chinidynowego należy jednak zawsze skompensować serce zapomocą naporstnicy.

Henryk Landau.

W. D. REID. Naporstnica a blok sercowy. (J. Am. Med. Ass. Tom 92, Nr. 25, 1929).

Blok sercowy, czyli przerwa ciągłości skurczów pomiędzy przedsionkami a komorami, może powstać czasem, jako objaw dodatni — chroni bowiem komory od nadmiernej liczby skurczów. Jest to poniekąd zdaniem leczenia naporstnicowego. Toteż w przypadkach istniejącego już bloku podawanie naporstnicy może być tylko pożyteczne jako dodatkowa pomoc przy regulowaniu skurczów. Skurcze komór stają się wtedy pełniejsze.

W piśmiennictwie, jak autor twierdzi, niema dotychczas wzmianki o tem, by naporstnica pogarszała stan w bloku serca.

Zupełny blok serca może istnieć latami u chorych, którzy mogą wykonywać ciężką pracę zawodową, a nawet nie wiedzieć o swojej chorobie. Chodzi tylko o to, że sprawa ta jest zazwyczaj połączona z poważnymi zmianami w mięśniu sercowym.

W przypadkach t. zw. migotania przedsionków naporstnica jest wskazana celem wywołania sztucznego bloku, który w tych razach może nawet uratować życie.

Naporstnicę w tych razach należy podawać aż do osiągnięcia efektu leczniczego lub też do wystąpienia pierwszych objawów zatrucia.

B. G.

B. M. RANDOLPH. Zaburzenia krążenia w zapaleniu płuc. (Arch. Int. Med. tom 43, Nr. 2, 1929).

Zwykle podaje się w osłabieniu serca podczas zapalenia płuc — naporstnicę. Autor przeciwstawia się temu, uważając schematyczne leczenie naporstnicą za niesłuszne, a czasem nawet szkodliwe. Natomiast zaleca autor leczenie, zmierzające do podtrzymywania napięcia układu naczyniowego. Odrzucając adrenalinę ze względu na przemijające działanie, autor zatrzymuje się na pituitrynie, która ma działać znakomicie w rzeczonym sensie. Działania na toksyny oczywiście nie posiada.

B. G.

Choroby skórny, weneryczne i płciowe.

J. GRÜNBERG. 5-letnie doświadczenie w leczeniu ambulatoryjnym Bismogenolem. (Dermat. Wochenschr. 1928 N. 43.)

W przeciągu ostatnich 5 lat leczył autor Bismogenolem przeszło 600 chorych na kilę wszystkich okresów. Około 400 chorych zrezygnowało z wystarczającego leczenia i przestało się leczyć, gdy widoczne objawy zostały usunięte. O tych chorych, którzy prócz salwarsanu otrzymali ogółem 1,500 Injekcyj Bismogenolu, można tylko powiedzieć, że znosili. Bismogenol dobrze i nie narzekali na działanie uboczne. Dla szczegółowego omówienia i wyciągnięcia wniosków autor bierze pod uwagę tylko 180 chorych, którzy odbyli przynajmniej jedną pełną kurację, w większości jednak przypadków po kilka kuracji, i byli w obserwacji od 3 miesięcy do 5 lat. Przypadki te obejmują wszystkie okresy od serologicznie ujemnej kily pierwszorzędnej do trzeciorzędnej, także kile nerwową i *metalues*. Z dodatnim OW przed rozpoczęciem kuracji było 151 przypadków; odczyn pozostał dodatni w 29 przypadkach po 2—3, rzadziej po 4 kuracjach Ujemny OW stwierdzono w 122 przypadkach, również w czasie obserwacji od 3 miesięcy do 5 lat. U 32 chorych jednak w tym czasie zauważono nawrót serologiczny, w 12 przypadkach z objawami klinicznymi.

Większa część pacjentów przeszła 2 i 3 kuracje, 38—4 kuracje, 10—5 kuracji. Wyłącznie Bismogenolem leczono 11 chorych z serologicznie dodatnią kilą pierwszorzędową, 6 chorych z *Luas II recens*, 12 z *Luas II recidivns*, z 10

serologicznie ujemną kiłą bezobjawową, 6 z kiłą trzeciorzędową, 10 z kiłą nerwową i wiądem rdzenia, ogółem 55 chorych. Wszyscy pozostali chorzy w liczbie 135 otrzymali kuracje kombinowane.

Ostre objawy zostają przez salwarsan, jak i Bismogenol prawie równie szybko, usuwane. Dodatni OW szybciej staje się ujemny przy stosowaniu salwarsanu, niż przy stosowaniu Bismogenolu, zato ujemny OW, otrzymany od Bismogenolu, jest bardziej długotrwały. Szybki i trwały rezultat otrzymuje się zwykle przy kuracjach kombinowanych.

Przewaga Bismogenolu nad wieloma innymi preparatami bizmutu, a głównie rtęci polega na braku bolesności i nacieków przy iniekcjach domięśniowych i rzadko zjawiających się nieznacznych objawów ubocznych, jak zapalenia dziąseł i podrażnienia nerek.

H.

CRIGGE i RUTKOWSKI. Odporność kiłowa i superinfekcja kiłowa u ludzi przebiegająca bez objawów zewnętrznych. (D. m. W. Nr. 36. 1929).

Niejednokrotnie udawało się na królikach doświadczalnie dowieść możności ponownego zakażenia kiłą przed upływem 90 dni od chwili pierwszego zakażenia. To samo udało się przeprowadzić u człowieka, dotkniętego porażeniem postępującym, z tą różnicą, że nie występował naciek skórny, ani inne wykwity skórne. Odporność na ponowne zakażenie kiłą jest więc tylko pozorna.

Wanda Franżowna

W. FREI. *Lymphogranulomatosis inguinalis* — mało znana choroba płciowa, występująca także w Berlinie; jej następstwa i zwalczanie. (Med. Kl. Nr. 9/1930).

Duża liczba przypadków tej choroby rozpoznawana była dotychczas jako gruźlica gruczołów pachwinowych, ze względu na znaczne podobieństwo. Nazwa L. i. nadana tej chorobie przez autorów francuskich, jest nieuzasadniona, gdyż chodzi o zupełnie odrębne schorzenie infekcyjne gruczołów chłonnych, wywołane przez mało zbadany zarazek. Przeważnie zajęte są gruczoły chłonne pachwinowe; ulegają one obrzmieniu, zespoleniu ze skórą, rozmiękają i przebijają na zewnątrz, tworząc przetoki. Często zajęte są także gruczoły biodrowe. Za pochodzeniem płciowym tego schorzenia przemawia stwierdzenie na narządach płciowych t. zw. chancre lymphogranulomatique — w postaci nadżerek, powierzchownych owrzodzeń, małych grudek; występuje wyłącznie

u osobników dojrzałych płciowo, u których w wywiadach zazwyczaj stwierdzono stosunek płciowy przed 10—20—30 dniami. W znacznej liczbie przypadków stwierdzono współistnienie innych chorób wenerycznych.

Badanie mikroskopowe, doświadczenia na zwierzętach, hodowle — nie określiły jednak dotychczas rodzaju zarazka tej choroby. W każdym razie badania biologiczne wyłączają rozpoznanie nietypowego *bubo inguinalis* po wrzodzie miękkim. Sprawę gruźliczą, pomimo podobieństwa w obrazie klinicznym i histologicznym, wyłączają doświadczenia, przeprowadzone na kilkuset świnkach morskich.

W większości przypadków następuje wyleczenie samoistne po kilku miesiącach, czasami nawet bez stosowania leczenia; częściowo sprawa przechodzi w okres przewlekły przy czym tworzą się przetoki, trwające całe lata.

Rozpoznanie w przypadkach wątpliwych opiera się na odczynie skórny z pomocą antygeny z ropy, wydobytej za pomocą nakłucia ze zropniałych ale nie przebijających na zewnątrz gruczołów. Po zastrzyknięciu doskórnym tego antygeny występuje odczyn w postaci znacznej grudki. U chorych z *bubo inguinalis* po wrzodzie miękkim odczyn skórny z tym antygenem nie występuje. Autor podkreśla ten fakt, szczególnie ważny pod względem różniczkowym.

Również nie występuje ten odczyn w przypadkach banalnego ropienia gruczołów chłonnych, *lymphomata tbc*, dżumie, białaczce, pseudo-leukemji, a także u osobników zdrowych.

Odczyn skórny z antygenem L. i. wypada także dodatnio w przypadkach Esthioméne, t. j. *ulcus chronicum vulvae et ani*, stwierdzonych w następstwie zropienia gruczołów chłonnych pachwinowych i uważanych dotychczas jako zejście *bubo inguinalis* po wrzodzie miękkim. Odczyn z antygenem *bubo inguinalis* w tych przypadkach na ogólną liczbę 11 — wypadł ujemnie w 10-ciu.

Leczenie operacyjne polega na usunięciu gruczołów pachwinowych; leczenie zachowawcze — na stosowaniu środków chemoterapeutycznych, w pierwszym rzędzie — antymonu; potem naświetlanie Röntgenem (zresztą bez większego efektu), zastrzykiwanie antygeny, soli miedzi, roztworów jodu, środków, wywołujących gorączkę.

Zapobieganie odpowiada w ogólnych zarysach metodom stosowanym w zwalczaniu chorób wenerycznych.

M. Segal.

Wskazówki praktyczne.

Elmer i Schepps na zasadzie swoich badań nad działaniem *pituitryny* i *wazopressyny* (hormon tylnego płata przysadki) w *moczowce prostej* dochodzą do następujących wniosków: pituitryna wywiera działanie korzystne na moczówkę prostą i powinna stanowić metodę wyboru, wazopressyna działa również dobrze; stosowanie [w postaci proszku do nosa wymaga większych dawek, niż zastrzykiwanie podskórne, ale działa silniej z powodu powolnego wchłaniania się, a zarazem pozbawione jest działania ubocznego; wciąganie proszku do nosa jest dogodniejsze, niż wprowadzanie tamponów, które wymagają jeszcze większych dawek.

(M. m. W. 1929, Nr. 46).

—o—

Sturgis i Isaaks podnoszą dobre wyniki stosowania *suszonego żółdka świńskiego*, zamiast wyciągu z wątroby, w *niepokrewności złośliwej*. 30 gr. wysuszonej substancji

odpowiadają 190 gr. świeżej tkanki. Dawka dzienna wynosi 15—30 gr. w wodzie.

(J. amer. med. Assoc. 1929, Nr. 6).

—o—

Jako środek *wzmacniający*, działający pomyślnie na przemianę mineralną, zachwała Hühnerfeld *Sensogen* (fabr. Sensit w Berlinie), składający się z następujących substancji: kwasu fosforowego 28 proc., potasu 27 proc., wapnia 6,5 proc., magnezu 5 proc., żelaza 0,7 proc., kwasu krzemowego 1,8 proc. obok drobnych ilości manganu, glinu i litu. *Sensogen* stosowany był w stanach wyczerpania po ciężkich chorobach, w wyczerpaniu nerwowym i w zaparciu stolca przewlekłym. *Sensogen* jest przyjemny w użyciu i tani, dawka dzienna wynosi 2—3 miarki.

(Med. Klin. 1930, Nr. 11).

—o—

Stwardnienie wleogniskowe leczy Steinfeld za pomocą zastrzykiwań *Solganalu* (przetwór złota). W przypadkach przewlekłych postępujących, następowały kurcze. W przypadkach świeżych można było zauważyć zarówno przedmiotowo, jak i podmiotowo remisję.

(Kl. Woch. 1930, Nr. 8).

—o—

Wdychanie czystego tlenu, według metody Krogha, poleca w *moczowce cukrowej* Weinstein, jako środek, zmniejszający hiperglikemję i glikozurję. Systematyczne leczenie tlenem może doprowadzić poziom cukru do normy, cukromocz do zera, a zmrożone oddawanie moczu obniżyć. Również i objawy podmiotowe ulegają poprawie. Objawów ubocznych nie spostrzega się.

(Arch. f. Verdgskrh. 1929, Nr. 46).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

114 posiedzenie kliniczne z dnia 3 XII 29 r.

Przewodniczył H. Higier.

1. B. Grynkrout: *O czynnika świetlnym w powstawaniu, życiu i leczeniu nowotworów.* (Przyczynek do nowej teorii raka).

Wiadomo, że światło działa czynnie na mechanizm dzielenia się komórkowego, które przyspiesza albo też prowokuje, i z tego powodu może się stać czynnikiem rakowacenia. Jednak światło, ażeby mogło być użytym przez tkanki, musi się dostosować do rezonansu własnej liczby drgań na sekundę ze stanem elektronicznym atomu komórki naświetlanej. Tym koniecznym transformatorem jest uczulacz. Liczba takich uczulaczy jest znaczna i różnego pochodzenia, mianowicie: chemicznego, fizycznego, bakteryjnego, pasorzytniczego, dokrewnego i t. d. Uczulacz, jak również i światło, mogą, zależnie od warunków, być przyczyną aktywności, jak również i przyczyną raków i tworzą razem parę sił, z których jedna jest czynnikiem uczulającym, druga zaś wyzwalającym, z czego wynika wstrząs, którego liczba jest rytmowana przez okresy dojrzewania komórkowego. Mechanizm ten przypomina formalnie system anafilaktyczny. Normalna krew zawiera liczne źródła światłotwórcze, które stale wpływają na otaczające ich tkanki. W przypadku specjalnym, gdy uczulacz jest kategorii kancerogenicznej. Energia promieniowania humoralnego stać się może źródłem niewyczerpanem i trwałem energii elektromagnetycznej, ciągle przetwarzanej przez uczulacz jądrotropowy i dzięki rezonansowi wzbogaca energię żywną jądra komórkowego. Przez te podrażnienia ciągłe, chociaż minimalne, rytm dzielenia jądrowego jest przyspieszony, przyspieszenie zaś to, gdy staje się patologiczne, wytwarza ten stan chorobowy, który odpowiada stanowi anarchii komórkowej, czyli raka. W ten sposób działanie podwójne światła i jego uczulacza specjalnego wzmagają dynamizm jądra komórkowego, co objawia się przez rakowacenie komórki. Stan uczulenia komórki rakowatej pozwala na profilakcję przez odczulanie (magnezium), unikanie pochodnych gazowych węgla benzyny, przez oczyszczanie atmosfery miast i przez działanie promieniowania antagonistycznego. Leczenie zaś wymaga nadczulania (metale ciężkie, ułożone głęboko jako ośrodki promieniowania wtórnego, dostrojonego do rezonansu danego gatunku komórki naświetlanej). Tak więc przedstawia się nasz pogląd na teorię powstawania, życia i leczenia raka, teorię, którą możnaby było nazwać teorią aktywności raka.

W rozprawie Adelfang rozpatruje krytycznie fakty, podane przez Grynkrouta, mające świadczyć o znaczeniu czynnika świetlnego w powstawaniu nowotworów i dopatruje się w oznaczonych faktach innych czynników, sprzyjających wytwarzaniu się nowotworów, jako to: smołowania (w nowotworach mieszkańców Kaszmiru, w rakach płuc i t. p.), niedostatecznej zawartości soli magnezu w pokarmach i t. p. Kahana uważa, że naukowe doświadczenia, podane przez Grynkrouta, dowodzą tylko, że czynnik świetlny pobudza karjokinę komórkową, lecz nie rozwój nowotworów. Tursz stwierdza, że prelegent dał nowe teoretyczne uzasadnienia stosowania alkoholu w leczeniu raka. Karbowski przypomina, że były czynione próby leczenia raka chlorofilem. Szor nadmienia, że większa częstota przypadków raka płuc w ostatnich czasach tłumaczy się nie tylko wdychaniem większej ilości produktów niecałkowitego spalania węgla (większe uprzemysłowienie miast, automobile i t. p.), lecz wpływem epidemii grypy w ostatnich latach. Higier pod-

nosi, że referat Grynkrouta przekonać może o znaczeniu czynnika świetlnego wewnętrznego, zawartego w ustroju, lecz nie zewnętrznego; wypowiada się przeciw pomniejszaniu znaczenia czynnika wrodzonego, konstytucjonalnego.

B. Grynkrout w odpowiedzi zaznacza:

Dr owi Adelfangowi:

1) Opisy instrumentu kangri, używanego przez mieszkańców Kaszmiru, podkreślają znaczenie czynnika świetlnego ciepła. Co zaś się tyczy czynnika smołowania (sadza), uważają go za podrzędny.

2) Czy smoła, wprowadzona dootrzewnowo, działa w ciemności, jest nader wątpliwe, gdyż ciemność ta odpowiada li tylko promieniom spektru widocznego. Czynniki świetlne, działające na wewnątrz organizmu, odpowiada promieniom niewidzialnym.

Dr owi Kaganowi:

Czy, aby energia świetlna, którą się leczy obecnie, nie wytwarzała nowotworów, musimy podkreślić, że rozchodzi się tu o działanie światła na komórki prawidłowe?, gdy w przypadkach raka czynnik świetlny działa na komórki, uprzednio uczulone.

Dr owi Higierowi:

Trzeba zaznaczyć, że komórka zarodkowa Cöhnheima może również być uważana za komórkę nadczuloną, jak nią jest jajo niezaplodnione, i niewylączone jest również, żeby te same czynniki miały ten sam skutek, co przy działaniu światła na jajo zapłodnione (dzielenie partenogenetyczne).

2. A. Fryszman: *Przyp. porażenia pęcherza moczowego o niezwyklej etiologii.*

Przypadek dotyczy lekarza lat 37, który lecząc chorą, dotkniętą wścieklizną, z obawy przed możliwym zakażeniem się, zastosował u siebie szczepionkę przeciw wściekliznie. Po 18-tym zastrzyknięciu szczepionki zaczął doznawać uczucia mrowienia w kończynach dolnych i górnych, jednocześnie wystąpiły trudności przy oddawaniu moczu, które w ciągu 4 dni doprowadziły do zupełnego zatrzymywania moczu. Chory zmuszony był raz na dobę zakładać sobie cewnik. W tym stanie zgłosił się do mnie.

Badanie urologiczne dało wynik następujący: ponad spojeniem łonowym wypukła się napełniony pęcherz. Gruzoł krokowy normalnej wielkości i spistości. Drożność cewki prawidłowa, zwężenie nie stwierdzono — cewnik N. 18 z łatwością daje się wprowadzić do pęcherza; tą drogą został wypuszczony mocz w ilości około $\frac{3}{4}$ litra, klarowny, zawierający ślady białka. Cystoskopia zmian w pęcherzu, ani też obecności obcego ciała nie wykazała.

Ponieważ badania powyższe ustaliły brak jakiegokolwiek przyczyny lokalnej, która mogłaby spowodować zatrzymanie moczu, chory poddany został badaniu neurologicznemu, (Dr. Bregman, Bychowski, Flatau), które wykazało objawy sprawy rdzeniowej, wyrażające się w drobnych różnicach odruchów, wzmożeniu odruchów ścięgowych, zniesieniu odruchów brzusznych i podeszwowych, parestezjach kończyn w częściach obwodowych, niewielkiej limfocytozie płynu mózgowo-rdzeniowego, bez powiększenia ilości białka, na pierwszy zaś plan obrazu klinicznego wysuwają się zmiany torów pęcherzowych, których wyrazem jest porażenie pęcherza. Odczyn Wassermana zarówno we krwi, jak i w płynie mózgowo-rdzeniowym wypadł ujemnie.

Zmiany powyższe uważać należy jako skutek zadziałania toksycznego szczepionki przeciw wściekliznie. Leczenie polegało na wstrzykiwaniach strychniny podskórnie, dożylnych wlewaniach urotropiny, kąpielach nasiadowych i systematycznym cewnikowaniu.

Po 10 dniach chory zaczął oddawać mocz kroplami, a na 15-ty dzień już zupełnie swobodnie i całkowicie mógł opróżnić pęcherz. Ze strony układu nerwowego również dała się stwierdzić wybitna poprawa.

Przypadki myelitów, powstających po stosowaniu szczepionki przeciw wścieklicznie są nader rzadkie. W obszernej pracy p. t. „Ueber die acuten paralytischen Syndrome nach Wutschutzimpfungen” zebrał Dr. Władysław Sterling z całej literatury 69 przypadków, w których występował zespół objawów porażeniowych po stosowaniu szczepionki przeciw wścieklicznie. We wszystkich tych przypadkach również są zaznaczone objawy porażenia pęcherza, lecz nie zajmują one w obrazie klinicznym dominującego miejsca, na pierwszy plan wysuwają się objawy porażenia kończyn, zajęcia opon rdzeniowych, porażenia czucia itp. W naszym przypadku objawy odruchowe i inne wystąpiły w stopniu bardzo nikłym, zaś izolowane porażenie pęcherza wystąpiło stosunkowo wcześniej i dominowało w całym obrazie klinicznym.

Co się tyczy patogenyzy tych przypadków, to, pomimo że związek przyczynowy pomiędzy opisanymi zmianami nerwowymi a stosowaniem szczepionki przeciw wścieklicznie nie podlega żadnej wątpliwości, nie jest ona dotychczas wyjaśniona. Wysuwane są trzy hipotezy co do sposobu powstawania opisanego zespołu objawów:

1) cytotoksyczne działanie szczepionki, 2) toksyczne działanie obcego białka, 3) działanie wprowadzonych do ustroju wraz z szczepionką, co prawda osłabionych, zarazków wścieklicznych. To ostatnie przypuszczenie wydaje się być najbardziej prawdopodobne.

Rokowanie w omawianych przypadkach jest zawsze dobre.

Higier omawia szczegółowo patogenezę analogicznych przypadków, dotychczas jeszcze wzbudzającą wątpliwości, i zaznacza, że podany przyp. świadczyłby o szczepionkowym pochodzeniu myelitów w przebiegu leczenia szczepionkami wścieklicznymi. Zabierają głos w dyskusji G. Bychowski, Lifszyc i A. Fryszman, który stwierdza, że przytoczony przyp. przemawia przeciwko koncepcji: „*Lyssa humana abortiva*” w podobnych przypadkach.

3. A. Galewski: *Bio i fizykochemizm nowotworów w światle nowych badań*.

Prelegent omówił na początku szczegółowo stosunki, jakie zachodzą pomiędzy poszczególnymi jonami w tkankach normalnych i nowotworowych. Z kolei rzeczy omawia przemianę białkową, węglowodanową, zatrzymuje się dłużej nad teorią Warburga i przemianą tłuszczową w tkance nowotworowej. Następnie referuje stosunek rozwoju nowotworów do gruczołów dokrewnych, witamin, fermentów, diety, napięcia powierzchniowego. Pozatem mówi o zmianach we krwi, o stosunku nowotworów do jej lepkości, oporności krwinek czerwonych i do zmian w moczu. Również omawia wzajemny stosunek nowotworów i chorób infekcyjnych (kiła, gruźlica i t. p.)

Prelegent skłania się w końcu do poglądu, że nowotwory złośliwe (w szczególności rak) są schorzeniami przemiany materii, ogólnoustrojowymi, polegającymi na zmienionym biochemizmie tkankowym, który w nowotworach wraca do biochemizmu tkanki zarodkowej.

Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: M. Szour.

Wileńskie Towarzystwo Lekarskie

Posiedzenie z dnia 16-X 1929 r.

Przewodniczący prof. J. Szmurło.

Obecnych 31 członków Tow. oraz 35 gości.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu poprzedniego posiedzenia.

II. Dr. T. Wąsowski i Dr. J. Dowgiałło-Moszyńska: Pokaz chłopca lat 9, u którego po zranieniu odłamkiem pocisku w szyję rozwinęła się *odna podskórna, opuszczająca się do wysokości uda*. Wobec poważnego stanu chorego dokonano zabiegu operacyjnego, który polegał na obnażeniu krtni i usunięciu odłamka z krtni; zakończono operację przez wykonanie tracheotomii. Wyzdrowienie.

III. Dr. T. Wąsowski: pokaz chorego lat 46, u którego z powodu *krwiopłucia zastosowano bronchoskopię*. Stwierdzono na błonie śluzowej tchawicy w miejscu jej rozgałęzienia nacieczenie. Po dokonaniu biopsji, tkankę zbadano mikroskopowo. Rozpoznanie anatomiczno-patologiczne: nabłoniak.

Dyskusja: Dr. Szabad zapytuje, czy wykonanie próbnej punkcji nie jest zabiegiem łatwiejszym, niż bronchoskopia.

Dr. Ch. Zarcyn uważa, iż punkcja próbna może dawać nieraz niepożądane powikłania, wobec czego nie stanowi zabiegu dogodniejszego w porównaniu z bronchoskopią.

Dr. F. Świeżyński — czy chory podlega jakiejś kuracji?

Prof. J. Szmurło — narazie usuwa się tylko części tkwiące w oskrzelach.

Prof. A. Januszkiewicz. Ponieważ u chorego stwierdzono na lewej tętnicy sprychowej tętno słabsze w porównaniu z tętnicą prawą, przypuszczać może należy, że nowotwór jest umiejscowiony dalej, niż w rozgałęzieniu tchawicy.

IV. Dr. Ch. Zarcyn pokazuje preparat *dużego wyrostka robaczkowego*, otoczonego tkanką łączną, operowanego w 48 godzin po napadzie u chorej, która rzekomo, zgodnie z orzeczeniem otoczenia i jej samej, nigdy przedtem na objawy zapalenia wyrostka robaczkowego nie chorowała.

Na operacji stwierdzono grubą warstwę łączno-tkankową, która otaczała wyrostek robaczkowy, jako wynik stanu zapalnego przewlekłego, powstałego w okolicy wyrostka po niewątpliwiej poprzedniej jego perforacji, o czym świadczy obecność otworu w wyrostku, przez który udaje się wprowadzić zgłębnik. Moment przedziurawienia uszedł uwagi chorej.

Dyskusja: prof. A. Januszkiewicz uważałby za wskazane zbadanie przypadku pod kątem widzenia gruźlicy kąticy, w tym wypadku bowiem wywiad zgadzałby się z obrazem, obserwowanym na stole chirurgicznym, boć, jak wiadomo, w gruźlicy kąticy może nie być ostrych bólów, właściwych zapaleniu wyrostka robaczkowego z przedziurawieniem.

Dr. M. Obieziński — należy przypuszczać, że chora nie podlegała w międzyczasie badaniu ginekologicznemu; na tej bowiem drodze możnaby było ustalić obecność tak wielkiego otworu.

Dr. Ch. Zarcyn utrzymuje, iż miało się niewątpliwie do czynienia z wyrostkiem robaczkowym, który uległ poprzedniemu przedziurawieniu.

V. Prof. A. Januszkiewicz „*Na czym opieramy rozpoznanie choroby nadciśnienia?*”

Dyskusja: prof. St. Władyczko zapytuje: 1) jakie jest znaczenie naczyń włosowatych w nadciśnieniu, 2) czym tłumaczyć objawy nadciśnienia u chorych psychicznych w stanach maniakalnych i 3) czy słuszną jest nazwa choroby nadciśnienia, czy stanu tego można by było uważać raczej za stan obrony ustroju, wobec czego, czy zbytnia interwencja lekarska nie może, zamiast pomóc, zaszkodzić ustrojowi?

W odpowiedzi prof. A. Januszkiewicz uważa za możliwe, że naczynia włosowe biorą pewien udział w powstawaniu nadciśnienia. Stany nadciśnienia u chorych psychicznych w okresach podniecenia dałoby się, być może, wytłumaczyć na drodze odruchów naczynioruchowych.

Jeżeli chodzi o interwencję lekarską w nadciśnieniu tętniczym, to wymagana ona jest jedynie w nadciśnieniu pierwotnym.

VI. Prof. St. Trzebiński informuje, że Zarząd Towarzystwa Lekarskiego otrzymał powiadomienie o zgodzie odnośnych czynników na przeniesienie biblioteki Towarzystwa do gmachu ministerjalnego bibliotek.

(Wedł. Pamiętn. Wil. Tow. Lek.)

Posiedzenie z dnia 30-X 1929 r.

Na wniosek przewodniczącego zebrani uczcili przez powstanie pamięć ś. p. prof. Rafała Radziwiłłowicza, zmarłego w dn. 28 października b. r., poczem posiedzenie zamknięto.

(—) E. Czarnicki.

(Wedł. Pamiętn. Wil. Tow. Lek.)

Posiedzenie z dnia 13 XI 1929 r.

Przewodniczący prof. Szmurło.

Obecnych członków 22, gości 15.

Po odczytaniu protokołu poprzedniego posiedzenia prof. Trzebiński wygłosił krótkie wspomnienie pośmiertne o ś. p. Rafale Radziwiłłowiczu.

Dr. Łukasiewicz — demonstracja.

Przedstawiony chory lat 22, żołnierz z oddziału wewnętrznego szpitala Wojsk. na Antokolu — rozpoznanie *lymphadenosis aleucaemica*. Cierpienie na ogół przebiega typowo — natomiast niezwykle rzadkim objawem są stwierdzone u chorego naciek w skórze i tkance podskórnej, stanowiące miejscami w szczególności na uwłos cz. głowy i na twarzy wyniosłe guzowatości o brązowo-liljowym zabarwieniu. Wyjaśnienia pochodzenia barwnika na naciekach w odnośnej literaturze prelegent nie znalazł. Badania, przeprowadzone w II ej Klinice

Chorób Wewnętrznych U. S. B., stwierdziły, iż zabarwienia nacieków od istnienia wylewów podskórnych uzależnić nie należy.

W dyskusji prof. Januszkiewicz zwraca uwagę, że białaczka limfatyczna zwykle objawia się jednostajnym powiększeniem gruczołów chłonnych i śledziony. Ponadto — zwiększenie białego obrazu krwi, a zmniejszenie czerwonego wzoru (*Lymphadenosis leucaemica*). Jeżeli obraz kliniczny będzie ten sam, ale obraz krwi będzie inny (liczba b. c. zmniejszy się), będzie to *lymphadenosis aleucaemica*. Odpowiada to obrazowi, który dawniej nazywano pseudoleukemją, chorobą Hodgkina. Podany przypadek różni się ogromnymi naciekami skóry w różnych miejscach ciała.

Prof. Szmurło wygłosił referat p. t. „Z kazuistyki błędów rozpoznawczych w dziedzinie schorzeń mózgu”.

W dyskusji Dr. Wirszubski zaznacza, że pragnąłby poruszyć sprawę błędów, powstałych z winy nie specjalistów, lecz metod badania. Dużo uwagi zwraca się na objawy ogniskowe. Jednak wiele cierpień mózgu przechodzi bez odpowiednich objawów ogniskowych. Poza tem czasem mamy objawy, które nietylko są typowe dla danego cierpienia mózgu, lecz mogą być i w innych. Co do badania roentgenologicznego, to znaczenie tej metody jest duże w wielkich guzach, w pewnych typach guzów, jak *epithelioma*, poza tem w takich, które uciskają na kość. Często zdjęcie R. utrudnia sprawę rozpoznawania cierpienia mózgu. Pewne znaczenie w patologii mózgu przypisują sprawie tak zwanych pseudotumorów. Obraz kliniczny odpowiada guzom mózgu, sekcja guza nie wykazuje. Możliwe staje się przypuszczenie, że obraz chorobowy zależy od zmian ciśnienia wewnątrzczaszkowego lub wewnątrzmoźgowego.

(Wedł. Pamiętn. Wil. Tow. Lek.)

Posiedzenie z dnia 12 grudnia 1928 r.

1. Prezes T-wa, prof. A. Januszkiewicz, po zwołaniu Zebrania i odczytaniu statutu w części, dotyczącej Walnych Zebrań, proponuje na przewodniczącego D-ra Wł. Jabłońskiego, a na sekretarza D-ra E. Czarnieckiego, Wniosek przyjęto.

2. Odczytanie i przyjęcie protokołu poprzedniego Walnego Zebrania.

3. Sprawozdanie ustępującego Zarządu:

a) sprawozdanie ogólne — odczytuje dr. K. Pawłowski
b) sprawozdanie kasowe — odczytuje dr. W. Bądziński
c) sprawozdanie biblioteczne — odczytuje doc. A. Safarewicz, d) sprawozdanie Komitetu Redakc. — odczytuje prof. St. Trzebiński, e) sprawozdanie Komisji Rewiz. — odczytuje dr. Z. Zawadzki.

W związku ze sprawozdaniem Zarządu, Walne Zebranie jednomyślnie przyjęło 2 następujące wnioski:

1) wystosować podziękowanie p. dr. St. Ryglowi za pomoc, świadczoną przez niego przy porządkowaniu biblioteki T-wa. 2) uznano za wskazane ze względu na bezpieczeństwo przeniesienie biblioteki T-wa do gmachu Tyszkiewiczowskiego. Po wysłuchaniu sprawozdań, przewodniczący wyraża w imieniu zebranych podziękowanie Zarządowi za owocną pracę i proponuje udzielenie absolutorjum. Wniosek przyjęto.

4. Wybory Zarządu, Komisji Rewizyjnej oraz Komitetu Redakcyjnego na rok 1929.

W drodze tajnego głosowania (głosy obliczali dr. Załkindson i dr. L. Achmatowicz) władze T-wa ukonstytuowały się w następujący sposób:

Prezes — prof. J. Szmurło (33 głosy). Wice-prezesi: Dr. J. Klott (30 głosów), Dr. Lewandowski (29 głosów). Sekretarze doroczeni: — Dr. E. Czarniecki (31 głosów), Dr. T. Wasowski (32 głosy). Skarbnik — Dr. W. Bądziński (31 głosów). Bibliotekarz — Doc. A. Safarewicz (31 głosów).

Do Komisji Rewizyjnej jednogłośnie powołano: Dr. Z. Zawadzkiego, Dr. A. Wirszubskiego, Dr. Wł. Bujalskiego.

Zarządowi polecono uzupełnić skład Komitetu Redakcyjnego w myśl regulaminu, przyjętego dla prac tegoż komitetu.

(Wedł. Pamiętn. Wil. Tow. Lek.)

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Nowy sposób kliniczny określania krzepliwości krwi zaproponowali Flan d i n i T r a n e k na posiedz. styczni. paryskiego tow. lek. szpitaln. (Pr. méd. № 12). Krew pobiera się strzykawką i wystrzykuje się zawartość do próbówki w celu wykonania innych niezbędnych badań, zostawiając w strzykawce 4—5 kropeł. Następnie wciąga się do strzykawki 1—2 cm.³ powietrza i strzykawkę się odkłada. Krew zbiera się w dolnej części strzykawki, którą obraca się co 30 sekund. Z chwilą skrzepnięcia krew zostaje na miejscu i nie splywa ku dołowi. Normalnie krew krzepnie w ciągu 2 minut. Po upływie 3—4 minut mamy do czynienia ze zwolnieniem krzepliwości, zaś poza 6 minutowem można mówić, że krew nie krzepnie.

Szybkość krążenia krwi u człowieka badali L i a n i B a r r a s z pomocą fluoresceiny, zdając ze swych badań sprawę na powyższym posiedzeniu. Do badań używają 50%-wej fluoresceiny w roztworze fizjologicznym, wstrzykując 2 cm. sz. do żyły łokciowej. Następnie nakłuwają żyłę tę samą na drugiej ręce i zbierają krew w 12 małych próbkach, zawierających 95 procentowy wyskok. Krew pobiera się w ten sposób 10, 20, 30, 35, 40, 50, 60, 75, 90, 120, 150, 180 sekund po dożylnym zastrzyknięciu. Następnie wstrząsa się po kilku minutach zawartość próbek i oglądając tę zawartość na czarnym tle, łatwo daje się stwierdzić fluorescencję. Szybkość krążenia normalnie wynosi 30 sekund między obu górnymi kończynami. U psów szybkość, tak samo mierzona, wynosiła 10 sekund. U 25 chorych sercowych liczba ta dochodziła do 150 sekund. Digitalina i ouabaina mogą tę szybkość przyspieszyć. Autorzy sądzą, że ich metoda pozwala sędzić o niesprawności serca, oceniać działanie środków nasercowych, określać stopień poprawy, rozpoznawać niekiedy zawczasu niesprawność serca lub też ją wyłączać, wreszcie wnioskować o rokowaniu.

Guź śródpiersia przedniego pod postacią kliniczną ostrą białaczkę demonstrowali na tem samem, co wyżej, posiedzeniu L a v e r g n e, A b e l i W e b e n e d e t t i. Przypadek dotyczył 20-letniego chorego, który zmarł przy objawach ostrej białaczki, gdy badanie pośmiertne wykryło poza przerostem całego układu chłonnego obecność dużego guza w śródpiersiu przednim. Klinicznie notowano u chorego zespół krwotoczny (krwotoki z nosa, z ust, gardzieli, wynaczynienia, wylew krwawy do opłucny), anginę nekrotyczną, powiększenie licznych gruczołów, dużą śledzionę i zespół śródpiersiowy. We krwi znajdowano hiperleukocytozę umiarkowaną, przewagę dużych komórek jednojądrzastych o typie limfoblastycznym przy znacznem zmniejszeniu granulocytów.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Samorządy a ustawa szpitalna.

Podał

Dr. Bolesław ZMIGRÓD (Poznań)

Inspektor Lekarski Wojew. Pozn.

Użyłem nieściśle oznaczenia „ustawa szpitalna”, mając na myśli rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o zakładach leczniczych z dnia 22 marca 1928r., posiadające moc ustawy, a użyłem go dla krótkości. Jeśli ustawa ta sprowadza znaczne

zmiany w ustroju szpitalnictwa wszystkich dzielnic Państwa Polskiego, to na ziemiach zachodnich, podległych za czasów zaboru ustawodawstwu niemieckiemu i pruskiemu, ustawa ta czyni niewątpliwie przewrót w istniejących stosunkach.

Sprawy szpitali nie były w Państwie Pruskiem uregulowane żadną ustawą zasadniczą. Całe prawodawstwo szpitalne ograniczało się jedynie do kilku luźnych rozporządzeń ministerjalnych, jak uregulowanie funkcjonowania, kierownictwa i nadzoru nad publicznymi i prywatnymi zakładami

leczniczemi z dnia 8.5. 1901 r., jednolite kierownictwo lekarskie w zakładach leczniczych z dnia 22.11. 1906 i 12. 10. 1908—przepisy o zakładaniu, budowie i urządzaniu zakładów leczniczych, położniczych i dla niemowląt z 11.3. 1913 r., i pomniejszych. Dla załatwienia zasadniczych pytań w tej dziedzinie uciekać się musiano częstokroć do rozstrzygnięć Najwyższego Trybunału Administracyjnego, które, z powodu braku ustawowego uporządkowania sprawy, stawały się podstawą prawną dla załatwienia kwestyj spornych.

Aby sobie jasno uzmysłwić, na czym polega przewrót w stosunkach prawnych, dotyczących szpitalnictwa w b. zaborze pruskim, należy się zaznajomić ze stosunkami jakie panowały aż do ukazania się ustawy szpitalnej.

Dwa były dotychczas znane typy zakładów leczniczych: szpital, zwany także lazaretem i lecznica, nazywana ogólnie kliniką prywatną.

Przez szpitale publiczne w ścisłym słowa znaczeniu rozumiano dotychczas zakłady lecznicze, pozostające w posiadaniu lub zarządzie państwa, prowincji, powiatów, gmin lub innych związków samorządowych, a zajmujące się w pierwszym rzędzie zapewnieniem opieki zakładowej ubogim i niezamożnym chorym, w których przyjęcia mógł domagać się każdy lub przynajmniej posiadał to prawo pod pewnymi warunkami. Za szpitale publiczne w dalszym znaczeniu uważano zakłady, utrzymywane przez instytucje z prawami korporacyjnymi, które służyły celom opieki nad chorymi i które, wypełniając zadania zakładów o charakterze dobroczynnym, miały za zadanie główne przyjmowanie biednych lub niezamożnych chorych itd. całkiem lub w części bezpłatnie. Definicję tę ustalił wyrok prusk. Najw. Tryb. z dnia 15 maja 1903 r., jako też z 7 lutego i 1 lipca 1910 r.

Z powyższego wynika, że szpitale publiczne, czy to utrzymywane przez państwo, związki samorządowe, przez korporacje publiczne, czy przez zakony, kongregacje lub związki dobroczynne, były dostępne dla każdego, a przede wszystkim dla biednych i niezamożnych i służyły do celów ogólnych, a nie do osiągnięcia zysków,

Przeciwnieństwem do tych zakładów publicznych były lecznice prywatne, utrzymywane przez osoby prywatne, które wymagały na mocy § 30 ordynacji przemysłowej koncesji ze strony Wydziału Obwodowego, obecnego Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego. Zakłady te były zwykłymi przedsiębiorstwami, obliczonymi na osiągnięcie zysku, ich właściciele stawali się przedsiębiorcami. Oczywiście zakłady prywatne opłacały podatki i rozmaite opłaty, od których zwolnione były zakłady publiczne.

Ustawa nasza rozróżnia 3 typy zakładów leczniczych: szpitale publiczne, szpitale bez prawa publiczności i lecznice, dwa pierwsze, noszące na sobie piętno wybitnie charytatywne, trzecie jako przedsiębiorstwo, obliczone na zysk.

Szpitalami publicznymi są zakłady lecznicze, utrzymywane przez Państwo i związki komunalne dla ogółu ludności. Ich obowiązkiem jest przyjmowanie na leczenie i pielęgnowanie lub obserwację każdego zgłaszającego się lub skierowanego przez urzędy lub instytucje publiczne, o ile przyjęcie jest usprawiedliwione z punktu widzenia lekarskiego.

Ustawa nakłada na samorządy znaczne obowiązki, przyznając im jednak równocześnie ważne przywileje, a mianowicie: 1) koszty leczenia są należnościami publiczno-prawnymi, czego następstwem jest, że koszty te może samorząd ściągać od zobowiązanych do płacenia w drodze egzekucji administracyjnej, 2) szpitale samorządowe wolne są od podatków i opłat na rzecz Państwa, wzgl. innych związków komunalnych, 3) nieruchomości, z wyjątkiem państwowych, potrzebne pod budowę lub przebudowę szpitala samorządowego, mogą być wywłaszczone za odszkodowaniem na podstawie obowiązujących przepisów o wywłaszczeniu.

Dotychczas nie miały Związki samorządowe obowiązku zakładania i utrzymywania szpitali. Jak to już w swej pracy „Działalność samorządu gminnego, powiatowego i wojewódzkiego w zakresie spraw zdrowotnych na obszarze Województw Zachodnich” zaznaczyłem, mają związki samorządowe, prócz zakresu zadań publicznych, ustawowo ściśle ustalonych, jeszcze inne zadania w dziedzinie dla nich właściwej, a mianowicie, troski o dobro ludności, zamieszkałej na obszarze działania odnośnego związku. A jedną z nich jest podniesienie zdrowotności przez poprawę ogólnych warunków życiowych ludności pod względem higienicznym z pomocą urzędów, będących w stanie utrzymać, wzgl. podnieść stan zdrowia mieszkańców. W tym celu mogły samorządy zakładać i utrzymywać zakłady lecznicze, jednakże nikt ich do tego nie mógł zmusić. Jedynie na Wojewódzkim Związku Komunalnym ciążył obowiązek urządzania i utrzymywania zakładów dla umysłowo chorych, przekazanych ustawą, dotacyjną dla związków prowincjonalnych z dnia 8. 7. 1875 r. (zb. ust. str. 497) na podstawie ustawy o siedzibie, uzasadniającej obowiązek wsparcia z dnia 8 marca 1871 r. (zb. ust. pr. str. 130), z dnia 11 lipca 1891 r. (zb. ust. pr. str. 300) i 30. 5. 1908 r. (zb. ustaw państw. str. 360), ponadto utrzymywania krajowych szkół dla położnych z koniecznym dla tego celu zakładem leczniczym dla kobiet.

Ustawa szpitalna zmienia kategorycznie ten stan rzeczy. Art. 13-ty ustawy nakłada na miasta, wydzielone z powiatów i na powiatowe związki samorządowe obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali ogólnych, otwierania oddziałów dla chorych zakaźnych w szpitalach ogólnych, lub utrzymywania specjalnych szpitali zakaźnych. Na Wojewódzkich związkach samorządowych będzie ciążył zapowiedziany w ustawie obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali specjalnych dla umysłowo chorych oraz dla innych kategorii chorych.

Obowiązek założenia szpitala przez związek samorządowy może być odroczone, o ile ten związek wykaze, że wypełnienie go przekracza zdolność finansową związku. Mogą jednak związki samorządowe, wojewódzkie i powiatowe i miasta wydzielone łączyć się dla wykonania tego obowiązku w związki międzykomunalne. Objęcie zaś zadań wojewódzkich związków komunalnych przez związki międzykomunalne powiatów i miast wydzielonych nie dotyczy województw zachodnich, wobec tego że Wojewódzki Związek już na mocy ustawodawstwa niemieckiego zadość uczynił obo-

wiązkowi dotyczącemu zakładaniu szpitali psychjatricznych.

Dalszą zmianą, którą wprowadza ustawa szpitalna w stosunku do szpitali, będących własnością wzgl. w zarządzie związków samorządowych, to konieczność posiadania statutu. Jedynie zakłady, należące do wojewódzkiego związku komunalnego, posiadały dotychczas statuty. Statut ma określać dla każdego szpitala jego zadania, środki do osiągnięcia celów, ustrój wewnętrzny, skład rady szpitalnej, ustrój zarządu, liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych i pracowni, kategorie pracowników szpitalnych, ich obowiązki i prawa. Ustawa przewiduje dla pracowników szpitalnych odpowiednie instrukcje służbowe, określające ich obowiązki szczegółowe. Wydaje je właściwy organ związku komunalnego na wniosek dyrektora szpitala, uchwalony przez radę szpitalną. W ten sam sposób wydaje właściwy organ Związku Komunalnego regulamin, określający zasady porządku wewnętrznego szpitala samorządowego. Statut szpitala samorządowego zatwierdza Wojewoda, przy współudziale Izby Wojewódzkiej.

Budżet szpitala samorządowego nie może się mieścić w budżecie ogólnym danego związku samorządowego, jak dotychczas, lecz musi być zupełnie wyodrębniony. Jedynie do ogólnego budżetu wchodzi suma, którą związek samorządowy łoży na utrzymanie szpitala. Dla ustanowienia budżetu szpitalnego wydało ostatnio Ministerstwo formularz, jako wzór budżetu zwyczajnego dla szpitali związków komunalnych. Co do postępowania dalszego przy budżetach, to w tym względzie nie nastąpiły żadne zmiany, gdyż dla budżetów i zamknięć rachunkowych szpitali pozostały w mocy przepisy, obowiązujące związki komunalne.

Przewrót czyni ustawa szpitalna w organizacji

władz szpitalnych. Dotychczas tylko w szpitalach, utrzymywanych przez wojewódzki związek samorządowy, a więc w szpitalach dla umysłowo chorych i w wojewódzkim szpitalu dla kobiet wraz z szkołą położnych, spoczywała cała władza w ręku dyrektora lekarza. Dyrektor był przełożonym wszystkich lekarzy, urzędników administracji szpitalnej, personelu pielęgniarskiego, gospodarczego i służby niższej. Natomiast w szpitalach samorządowych, podobnie zresztą jak i kongregacyjnych, istniał rozdział na kierownictwo lekarskie i administracyjne. Sprawę kierownictwa lekarskiego regulowało podane powyżej pruskie rozporządzenie ministerjalne, co się zaś tyczy kierownictwa administracyjnego, to istniały dotychczas dwojakiemu rodzaju typy. W szpitalach powiatowych związków samorządowych i małych miast panowały stosunki naogół dość familijne. Zarząd szpitala dzierżyła w ręku przełożona (przeważnie siostra jednej z kongregacji zakonnej), jej podlegała cała służba, a sprawiała swój urząd w porozumieniu i przy współpracy jednego z urzędników Wydziału Powiatowego, wzgl. Magistratu. W miastach większych, przeważnie wydzielonych z powiatów, stał na czele administracji szpitalnej decernent Magistratu, urzędnik Magistratu rzeczywisty lub honorowy, mający obok siebie jako ciało decydujące t. zw. deputację szpitalną, wzgl. Wydział Szpitala Miejskiego, wyłonioną z członków Rady Miejskiej i Magistratu, w której skład wchodził także przedstawiciel lekarzy naczelnych. Wykonawcą uchwał i zarządzeń deputacji, wzgl. Magistratu i Rady Miejskiej był inspektor szpitala, który był niejako rządcą szpitala. Jemu też podlegała służba męska Szpitala, żeńska zaś przełożonej sióstr zakonnej zatrudnionych w szpitalu.

(Dok. nast.)

O d c i n e k

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCYNY

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12)

Joseph François Malgaigne.

Urodził się w r. 1806 w Paryżu, zmarł w r. 1865. Po Dupuytrenie był to najwybitniejszy chirurg francuski. Dorównywał mu techniką i wiedzą, pod względem etycznym był jego antytezą. Dbał bardzo o szczytność ideałów lekarskich. Na jego propozycję Towarzystwo chirurgów francuskich przyjęło dewizę

„Verité dans la science
Moralité dans l'art.”

Malgaigne obok dużej wiedzy był wspaniałym mówcą i utalentowanym wykładawcą.

W swych wspomnieniach o nim S. Jaccoud podnosi jego uczciwość w dyskusji, brak zarozumiałości, która niestety, nie należy do rzadkich cech przedstawicieli zawodu lekarskiego.

Pewnego razu Malgaigne w dyskusji wypowiedział zdanie, że praca Bacona o postępie nauki była pierwszym krzykiem niezależności wiedzy przeciwko domatowi autorytetu. Kiedy Jaccoud zwrócił uwagę, że przecież jednak miał on poprzednika, w Paracelsie, który zdobył się na odwagę spalenia w Bazylei ksiąg Avicenny i Galena, przyznał mu rację i serdecznie uściśnął mu dłoń za cenną uwagę.

Malgaigne przy całej swej powadze dbał często o dowcip i subtelną satyrę. Przeglądając jakąś pracę dySSERTACYJNĄ, zauważył zjadliwie: „Dużo zawiera ona nowego i cennego, lecz, niestety, to, co jest nowe, nie jest cenne, a co jest cenne, nie jest nowe.” Innym razem, egzaminując studenta, z którego nie mógł wydobyć żadnej odpowiedzi rzeczowej, zapytał go wreszcie: „Powiedz mi pan, co to znaczy tworzyć?” — „Tworzyć, tworzyć”, wybełkotał student, „to z niczego robić coś”. „A więc nareszcie! My z pana także zrobimy coś i wydamy Panu dyplom lekarski”.

W dyskusji akademickiej, broniąc witalizmu przeciw materjalizmowi, pomiędzy innymi argumentami przytoczył następujący: „Dajcie tym wszystkim

producentom materji organicznych wszystkie części składowe pokarmów, niech zrobią w swoich retortach choć jeden atom masy kałowej.“

Sir Astley Cooper.

Urodził się w r. 1768 w Norfolk, zmarł w 1841. Jeden ze znamienitszych chirurgów angielskich pierwszej połowy 19-go stulecia, kierownik Guys Hospital i wykładowca w St. Thomas Hospital.

Historja podaje niezmiernie charakterystyczny i pouczający szczegół z jego życia. Gdy przekroczył szósty krzyżyk, uważając, że obowiązek swój spełnił w życiu godnie, postanowił resztę żywota spędzić w swym majątku. Koledzy zazdrościli mu, że może swoje „otium” spędzić nietylko „cum dignitate”, lecz w pełni jeszcze sił fizycznych i umysłowych. Jakież było ich zdziwienie, kiedy po kilku miesiącach ten „szczęśliwy człowiek” wrócił przygnębiony i zrozpaczony. Na zapytanie zdziwionych kolegów, co było przyczyną tej raptownej jego zmiany, odpowiedział: „czy wiecie, co robiłem przez te kilka miesięcy w moich dobrach? Oglądałem wszystkie drzewa, szukając takiego, na którym mógłbym się powiesić” Biedny Cooper przekonał się, że był niewolnikiem swego zawodu. Wrócił ponownie do pracy, lecz już bez powodzenia. Krótka próba wyzwolenia się wyko-leiła go moralnie i fizycznie!

Fakt ten, do pewnego stopnia, może wytłomaczyć nam tak często w zawodzie lekarskim spotykane zjawisko kurczowego trzymania się praktyki aż do ostatniej chwili życia, pomimo zabezpieczonego bytu.

Ogół usiłuje widzieć w tem zjawisku tę niezaspokojoną „auri sacram famem”. Jest to jednak sąd powierzchowny. Niezawodnie kieruje tem w dużym stopniu instynktowna obawa przed próżnią i bezwzględne przywiązanie do fachu.

Niestety, nie może to być usprawiedliwieniem w przypadkach, które wkroczyły już w wiek drugiego niemowlęctwa. Tu miłość do zawodu przechodzi już w szkodliwy nałóg — w dziecinną rozrywkę! Wśród tego rodzaju „miłośników wiedzy” rzadko spotyka się Peten kofferów, przeważnie widzi się dziecięciniałych Benedyktów.

Jean Civiale.

Urodził się w r. 1792, zmarł w r. 1867.

Civiale w dziejach medycyny francuskiej zdobył sławę pierwszego chirurga-urologa, który postawił sobie za zadanie usuwanie kamieni z pęcherza moczowego nie drogą operacji zewnętrznej, lecz przez wewnętrzne ich zmiażdżenie. W r. 1824 poraz pierwszy dokonał tej operacji przed Komisją Akademii Nauk w obecności licznie zgromadzonych wybitniejszych chirurgów. Operacja powiodła się. Civiale otrzymał wiele nagród. Od tego czasu poświęcił się wyłącznie udoskonaleniu swej metody. Szpital Necera w uznaniu jego zasług wyznaczył mu specjalny oddział dla chorych kamicznych.

Na nagrobku Civiala wyr ty został następujący dowcipny epigramat:

„Dans le coin de ce cimetière
Où la mort vient de l'envoyer
Son tombeau n'aura pas de pierre,
Il sortirait pour la broyer!”

Philipp Ricord.

Urodził się w r. 1800 w Baltimore, zmarł w r. 1889. Studja swe rozpoczął w Filadelfji, skąd w r. 1820 przeniósł się do Paryża, gdzie był uczniem Dupuytrena i Lisfranca. W r. 1831 został mianowany naczelnym chirurgiem w Hôpital du Midi dla syfilityków. Na stanowisku tem zdobył sobie sławę najwybitniejszego syfilidologa wieku XIX we Francji. Ogłosił wiele cennych prac, jak: „Traité des maladies vénériennes”, „Lettres sur la syphilis”, „Pathologie et therapie des maladies vénériennes” i wiele innych. Popularność swą Ricord zawdzięczał w dużym stopniu swemu niezwykłemu humorowi i pełnemu pogody sarkazmowi. O żadnym z lekarzy nie pozostało tyle wspomnień, tyle ciekawych anegdot, ile o Ricordzie.

Jako profesor, cieszył się tak wielkiem powodzeniem, że latem zmuszony był przenieść się z ciasnej sali wykładowej do ogrodu szpitalnego. Studenci, aby lepiej widzieć demonstrowanych chorych, wdrapywali się na drzewa. Pewnego razu, kiedy drzewa zbyt ugiwały się pod ich ciężarem, Ricord odezwał się z uśmiechem: „nie wiedziałem, że na lipach rosną żołędzie.”

We wszystkich okolicznościach życia Ricord orjentował się szybko i zawsze miał gotową odpowiedź. Pewnego razu na bankiecie politycznym zagadnął go jeden z obecnych, czy nie należy on do partji konserwatywnej. „Nie zupełnie”, odrzekł z uśmiechem, „raczej do partji centrum — jestem mężem środka”. Zauważywszy pewnego razu swych asystentów, usiłujących napróżno porozumieć się z chorym Persem, rzekł: „poczekajcie, ja wam pomogę.” „W jaki sposób?” zapytali asystenci? „Je lui pousserai des cris perçants”, odrzekł z uśmiechem.

Jak dalece umiał Ricord wychodzić zwycięsko z każdej nawet najzawilszej sytuacji, stwierdza następujący fakt z jego życia. Jeden z jego przyjaciół zaprosił go do siebie w gości i przedstawił swej młodej małżonce. Pani domu, która była klientką Ricorda, ujrawszy go, pokryła się ponsami. Zauważył to mąż, lecz Ricord szybko uratował sytuację, zwracając się do zażenowanej pani domu: „Niech pani to nie przeraża, że małżonek jej zna mnie tak blisko, ręczę Pani słowem honoru, że nas bynajmniej nie łączy stosunek lekarza do pacjenta”.

W innym wypadku umiał znakomicie wydestać się z trudnej sytuacji, jednocześnie zachowując tajemnicę lekarską i uprzedzając nieszczęście. Jeden z jego pacjentów chciał ożenić się z córką jego najlepszego przyjaciela i pomimo energicznych napomnień nie chciał odstąpić od swego zamiaru. Ricord, chcąc ratować sytuację, zaprosił do siebie na jedną i tę samą godzinę pacjenta i ojca panny, przyczem urządził tak, że obaj spotkali się w jego poczekalni. Zaiste, kunsztowny pomysł wyjawienia prawdy przy zachowaniu tajemnicy zawodowej!

O niezwykłej popularności Ricorda świadczyć może pozostała z jego czasów, jako wspomnienie, książeczka o nim, ilustrowana przez słynnego Daumiera. Poczekalnie Ricorda nieraz robiły wrażenia balów kostjumowych lub maskarad, gdyż pacjenci, pochodzący często z bardzo wysokich sfer, starali się zachować swoje incognito. Sam Ricord, odwiedzając niektórych wpływowszych pacjentów, charakteryzował się niedopoznania. Był to może

jedyny w dziejach syfilidolog, którego publiczność darzyła nie tylko zaufaniem, lecz nawet wielkim przywiązaniem. Zasłużył więc w zupełności, aby dzisiejsi kapłani Wenery wywiesili u siebie jego podobiznę, jako wzór do naśladowictwa!

Kiedy przegląda się humor w medycynie zagranicznej, z pjetyzmem przechowywany przez najważniejsze wydawnictwa, pomimo woli nasuwa się pytanie, czemu nie słyhać u nas tej nuty wesołej? Czy mamy być smutniejsi od kolegów z innych krajów? A może jesteśmy poważniejsi od nich? Tak, czy inaczej — brak tej nuty wesołości — to objaw bezwzględnie patologiczny! A może nie posiadamy odpowiedniego materiału?

Ci wszyscy, którzy pamiętają niedawno zgasłego Stanisława Słonińskiego, mogliby świadczyć o czymś wręcz przeciwnem. Czy jego niezliczone fraszki, aforyzmy, satyry, kalambury nie uchodzą do dnia dzisiejszego za niedoścignione pod względem formy i treści perły humoru? Słoniński — to nie pospolicity dowcipniś — to subtelny satyryk, którego sarkazm pogodny potrafił wycisnąć nieraz nawet łzę bolesną.

Dopóki czas, dopóki żyją jeszcze ci, którzy mają żywo tę niepospolitą postać w pamięci, należy przystąpić do wydania humoru Słonińskiego, tak, jak to uczynili między innymi Francuzi ze swoim Ricordem, wydając wspomnienia o nim w oddzielnym zbiorku pod nazwą „Ricordiana”. Trzeba pamiętać, że nie wystarczy śmiać się z humoru obcego, należy umieć samemu roztaczać tę wesołość dookoła siebie.

Karl Freiherr von Rokitsky.

Urodził się w r. 1804 w Königsgrätz, zmarł w r. 1878 w Wiedniu. Jako profesor anatomii patologicznej Uniwersytetu Wiedeńskiego i jednocześnie prosekretarz największego szpitala, zdobył sobie sławę twórcy nowego kierunku w anatomii patologicznej. W swym słynnym dziele: „Lehrbuch der Pathologie und Anatomie” Rokitsky powraca do starej teorii humoralnej, kładąc główny nacisk na krew, jako źródło patologii i wprowadzając pojęcie o skazach, jako przyczynie wszystkich zaburzeń, nie wyłączając nawet spraw miejscowych jak zapalenie, wysięk, przerzuty i t. d. Teorię swoją Rokitsky usiłował uprawomocnić uzupełniającymi badaniami z chemii patologicznej.

Wspólnie z Józefem Skodą, który pracował z nim jednocześnie w szpitalu Wiedeńskim, stworzył szkołę, która klinikę łączyła w nierozdzielny związek z anatomją patologiczną. Szkoła Rokitskyego w Wiedniu odgrywała wówczas taką samą rolę, jak szkoła jego współczesnika Johanna Müllera w Berlinie. Dzięki Rokitskiemu, który nie był suchym anatomem, lecz klinicystą o szerokim widnokręgu, wyłonił się w Wiedniu szereg wybitnych klinicystów, jak Dietl, Hamernik, Opolzer oraz wydoskonalili się niektórzy specjaliści, jak dermatologia pod kierunkiem Hebra i oftalmologia dzięki Arltowi i Jägerowi.

Rokitsky był ostatnim z mohikanów wie-

ku ubiegłego, który stał jeszcze w obronie humoryzmu. Materializm Virchowa, zwłaszcza odkrycia jego w kierunku stanów zapalnych, wysięków i przerzutów obaliły całkowicie teorię patologiczną Rokitskyego, oraz zadały, zdawałoby się, cios śmiertelny humoryzmowi. Czy istotnie śmiertelny? W medycynie niema nic stałego, nawet śmierć nie jest wieczna. Teoria humoralna pomimo ciosu zadanego przez Virchowa, dziś znowu zmartwychwstaje bądź w postaci niedawno obalonych naukowo skaz Rokitskyego, bądź w odnowionej szańce sekrecji wewnętrznej.

Rokitsky należał nie tylko do wybitnych znawców medycyny, był on jednocześnie znakomitym pedagogiem. W stosunku do słuchaczy był bezwzględny. Jako egzaminator, zazwyczaj udzielał studentowi kwadrans czasu na wypowiedzenie się na pewien temat i dopiero po upływie tego czasu albo nie odpowiadał nic, albo czynił ironiczną uwagę: „W tem, co pan przed chwilą powiedział, niema ani słowa prawdy”, lub: „bardzo ciekawe rzeczy opowiadał pan nam, przyznam otwarcie, że słyszę o nich poraz pierwszy. Gdyby w przyszłości zauważył pan znowu coś podobnego, niech pan nie omieszka zawiadomić mnie o tem”.

Orzeczenia jego nie podlegały apelacji.

Joseph Skoda.

Urodził się w r. 1805, zmarł w r. 1881, współczesnik i współpracownik Rokitskyego w szpitalu Wiedeńskim. Umysł analityczny, niezależny, uchodzi za reformatora diagnostyki fizykałnej. Pod wpływem Rokitskyego rozpoczął w roku 1834 swoje kursy chorób klatki piersiowej, rozwinął znakomicie metodykę perkusji i auskultacji, które we Francji czyniły szybkie postępy dzięki Corvisartowi i Laënnecowi. W swej klasycznej pracy „Abhandlung über Auskultation und Perkussion” wypowiada zasadę, że objawy fizykałne, obserwowane na chorą, są tylko zjawiskami fizykałnymi, że rozpoznanie dokładne choroby wymaga dodatkowo wiadomości anatomopatologicznych.

Pomimo całego pjetyzmu dla wiedzy lekarskiej Skoda, jako lekarz—praktyk, odznaczał się niemal mrozącym nihilizmem w stosunku do terapii farmaceutycznej. Uznawał tylko leczenie mechaniczne w rodzaju zabiegów chirurgicznych, a całą swoją „materiam medicam” opierał na kroplach wiśniowo-laurowych! Ten sceptycyzm tłomaczył się silnym wstrząsem, dokonany w owym czasie przez homeopatję, która obudziła w niezależnych umysłach brak zaufania do starych środków, nie dając wzajemnie nic nowego. Nieufność ta udzieliła się całej szkole wiedeńskiej. Wyrazicielami jej przez długi czas byli Dietl, Hamernik i inni. Stan ten w medycynie niemieckiej trwał aż do wystąpienia na widownię Karola Wunderlicha, założyciela wydawnictwa: „Handbuch der Pathologie und Therapie”.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie stanu sanitarno-porządkowego szkół powszechnych i średnich.

Ze sprawozdań inspekcji szkół niektórych powiatów wynika, iż stan sanitarno-porządkowy szkół jak powszechnych, tak i średnich, nie jest całkowicie zadowalający.

W związku z powyższym Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o zarządzenie, aby lekarze powiatowi przy inspekcjach sanitarno-porządkowych szkół na terenie swego powiatu zwracali szczególną uwagę na następujące punkty:

1) Położenie budynku szkolnego, otoczenie, najbliższe sąsiedztwo (fabryki, warsztaty i zakłady przemysłowe, cmentarze, szpitale, rzeźnie, targi), odsunięcie od drogi i sąsiednich zabudowań.

2) Plac szkolny, jego wymiary, zarządzenie, boiska.

3) Stan sanitarny poszczególnych izb szkolnych, wymiary izb szkolnych w stosunku do liczby uczniów; stan podłóg i ścian; oświetlenie, przewietrzanie, ogrzewanie, rozmieszczenie ławek, konstrukcja ławek, spluwaczki.

4) Sala rekreacyjna, sala gimnastyczna, szatnia, gabinet lekarski i dentystyczny, pokój do śniadań.

5) Usuwanie nieczystości: Czy budynek szkolny jest połączony z siecią kanalizacyjną (o ile w danej miejscowości istnieje). Stan sanitarny ustępów, stosunek liczby przedziałów do liczby uczniów. Typ ustępów.

6) Umywalnie, natryski, kąpiele, i czy w dostatecznej liczbie.

7) Zaopatrzenie w wodę do picia. Wodociągi czy studnie i jakiego typu. Czy woda zdatna do picia w stanie surowym. Czy była robiona analiza wody i co wykazała. Gdzie niema wodociągów czy są zbiorniki z kranami na wodę. Urządzenia do picia wody.

Lekarze powiatowi winni wykorzystywać wszelkie wpływy i czynniki, by stwierdzone braki sanitarne na terenie szkół zostały i uzupełnione i naprawione.

W celu ułatwienia lekarzom powiatowym inspekcji szkół załącza się przy niniejszym wzór instrukcji dla lekarzy powiatowych, którą należy rozesłać lekarzom powiatowym do użytku.

(—) *Dr. Piestrzyński.*

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie środków odurzających w zakładach leczniczych.

Doszło do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, że wiele szpitali, lecznic, a nawet przychodni nie przestrzega przepisów prawnych, dotyczących wydawania i przechowywania środków odurzających.

Wobec tego, że nie może być nadal tolerowany taki stan rzeczy, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę o ostrzeżenie zakładów leczniczych, że w przyszłości w razie ujawnienia wykroczeń przeciw przepisom, normującym sposób przechowywania i wydawania środków odurzających, winni będą pociągani do odpowiedzialności karnej,

przewidzianej w ustawie z dnia 22 czerwca 1923 r. o substancjach i przetworach odurzających (Dz. U. Nr. 72 poz. 559). Jednocześnie należy wydać zarządzenie, aby inspektorowie farmaceutyczni ściśle nadzorowali przestrzeganie tych przepisów przez zakłady lecznicze.

Równocześnie wyjaśnia się, że zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Przemysłu i Handlu z dnia 1 marca 1928 r. (Dz. U. Nr. 52 poz. 499) oraz Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 20 maja 1929 r. (Dz. U. Nr. 48 poz. 402) wydawanie środków odurzających jest dozwolone tylko aptekom. Zakłady lecznicze, nieposiadające aptek, prowadzonych zgodnie z przepisami, którym podlegają apteki publiczne, nie są uprawnione do utrzymywania środków odurzających. Jakkolwiek lekarze są uprawnieni do osobistego stosowania chorym tych środków, ale te muszą być nabywane tylko z aptek i nie przez zakłady lecznicze, a przez lekarzy na ich pisemne zapotrzebowania.

Nabyte na podstawie takich zapotrzebowań narkotyki lekarze winni przechowywać w sposób, uniemożliwiający do nich dostęp innym osobom.

Jakie substancje i przetwory należy uważać za odurzające, określa rozporządzenie z dnia 31 maja 1928 r. (Dz. U. Nr. 72 poz. 650).

(—) *Dr. Piestrzyński.*

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

— Jubileuszowy Zjazd Balneologiczny w Krakowie. Wydział Polskiego Towarzystwa Balneologicznego odbył dnia 16-go b. m. pod przewodnictwem profesora L. Korczyńskiego posiedzenie, na którym ustalono program Zjazdu Balneologicznego. Posiedzenie inauguracyjne odbędzie się w Auli Uniwersytetu Jag. 12 kwietnia o godz. 10.30. Następne posiedzenia będą się odbywały w sali wykładowej kliniki neurologicznej.

Pierwszy dzień wypełnią wykłady, poświęcone ogólnym sprawom zdrojownictwa. Drugi dzień został przeznaczony na wykłady kliniczne z zakresu schorzeń na tle niezborności wegetatywnej i konstytucjonalnej. W pierwszym dniu przemawiać będą: prof. Uniw. poz. Dr. Gantkowski, docent Uniw. Jana Kazimierza Dr. Sabatowski, Dr. Wąsowicz, Dr. Żuliński inż. Zaczynski z Katowic; w drugim dniu: doc. Uniw. warsz. Dr. Melanowski, profesor Uniw. Jag. Dr. Walter, docent Uniw. Jag. Dr. Szymanowicz, Dr. Stachurska, pułkownik-iekarz Dr. Maciąg, Dr. Schwarzbart, Dr. Mester, Dr. Cybulski, Dr. fil. Ruebenbauer.

Na pomieszczenie Wystawy Balneologicznej uzyskano sale w Muzeum Przemysłowem.

— Dziekanat Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie prosi nas o umieszczenie poniżej podanego komunikatu w sprawie przyznania zniżek kolejowych uczestnikom kursu uzupełniającego dla lekarzy we Lwowie.

„Dyrekcja Kolei państwowych przyznaje uczestnikom kursu uzupełniającego dla lekarzy, odbyć się mającego we Lwowie, prawo korzystania z ulgi taryfowej, przewidzianej w taryfie osobowej i bagażowej część II, rozdział 3, punkt 6, w drodze powrotnej w podwójnym wymiarze, tj. za opłatą połowy ceny biletu normalnego tej klasy, w której odbywa się

podróż, na przejazd drogą najkrótszą ze Lwowa do stacji kolejowej miejsca zamieszkania w terminie od 29 marca do 12 kwietnia 1930 r. pod warunkiem, że odległość przejazdu w jedną stronę wynosić będzie conajmniej 30 km.

Za podstawę do otrzymania biletu zniżkowego służyć będzie karta uczestnictwa według wzoru, ustalonego przez Dyрекcję kolejową, a którą otrzymać będzie można w Kancelarii Dziekanatu Wydziału Lekarskiego U. J. K. we Lwowie“.

— Zarząd Poznańsko-Pomorskiego Zrzeszenia Lekarzy niniejszem uprzejmie prosi o zamieszczenie wzmianki o odbytem Walnem Zgromadzeniu Zrzeszenia dnia 16.III.30 r. w Poznaniu (Belweder) z nast. porządkiem dziennym: 1. Zagajenie. 2. Odczytanie protokołu poprzedniego Waln. Zgromadz. 3. Sprawozdanie roczne Zarządu. 4. Dyskusja. 5. Wybory do władz Zrzeszenia. 6. Wolne wnioski.

Do Zarządu wybrano: pp. D-ra Kazimierza Koronkiewicza (prezes), D-ra K. Lewińskiego (wiceprezes), D-ra St. Tomaszewskiego (sekretarz), D-ra Stan. Schild'a (skarbnik) i D-ra Ant. Cholewo (przewodn. biura pośr. pracy lek.). Do Komisji Rewizyjnej zostali wybrani: pp. Dr. Dyduch, Dr. Kerz i Dr. Sujkowski; do Sądu Koleżeńskiego: pp. Dr. Jackowski, Dr. Gintyło i Dr. A. Stejnowa.

— Nr. 5-ty dwutygodnika „Dziecko i Matka“ porusza następujące zagadnienia: „Ojciec i dziecko“ (z cyklu „Ojciec w rodzinie“) J. Prazmowska, „Humor jako środek wychowawczy“ J. Beaupré, „Jak układać jadłospis dziecka“ M. Morzkowska, „Terminy karmienia piersią“ Dr. Z. Mlchejdziua, „Jak uchronić niemowlę od oparzeń? dr. H. Weismann, „Płonica“ dr. M. Biehler. Cały szereg drobnych artykułów

w dziale „Ważne drobiazgi“, „Matki między sobą“, nowela psychologiczna „Dzielnia ze szczęśliwego królestwa“ L. Krzemienieckiej oraz omówienie drugich nagród konkursu fotograficznego uzupełniają numer.

— Nr. 2 miesięcznika „Wiedza i Życie“ zawiera: J. W. Kosmowska. Liga Narodów na tle stosunków politycznych, dążeń i nastrojów powojennych. Prof. Gabriel Korbut. Jan Nicisław Baudouin de Courtenay. Janina Dyżewska. Grecka pieśń wojenna. Oskar Stellman. Atom jako przyszłe źródło energii. Dr. F. Bardecki. Kiedy polecimy na księżyc? Ubezpieczenie pracowników umysłowych. Jerzy Barski. Przegląd Ekonomiczno-Społeczny.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

25. III. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

1. J. Rutkowski. O organizacji oddziału chirurgicznego. 2. Wł. Borawski. Budowa szpitali i sanatoriów gruźliczych w Stanach Zjednocz. Am. Półn. w związku z 1-ym Międzynarodowym Kongresem Szpitalnictwa w Atlantic City.

27. III. Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne.

1. Pokaz chorych. 2. Kmita: pokaz rentgenogramów. 3. Dyskusja nad pokazem Chorążycykiego: operacja kosmetyczna nosa. 4. Tryjarski: pokaz odłamka szrapnela, usuniętego z nosa. 5. Komunikaty Zarządu. 6. Wolne wnioski.

TREŚĆ: N. AMBASZÓWNA. Pięć przypadków samorodnego pęknięcia serca. — W. ZAWADOWSKI. W sprawie niebezpieczeństwa pożaru i wybuchu błon radiograficznych. — H. FRENKŁOWA. W sprawie stosowania naświetlanej ergosteryny (str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — B. ZMIGRÓD. Samorzady a ustawa szpitalna. — L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny (C. d.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: N. AMBASZ. Cinq cas de rupture spontanée du coeur. — W. ZAWADOWSKI. A propos du danger d'incendie et d'explosion des membranes radiographiques. — H. FRENKIEL. A propos d'application d'ergostérine, traitée par les rayons X. (Rev. gen.). — B. ZMIGRÓD. Les communautés et le statut des hôpitaux.

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.