

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRŃY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VII

WARSZAWA, 10 kwietnia 1930 R.

Nr. 15

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).

(Dokończenie p. № 14)

Przypadek III

Kobieta I. 59 (Szpital Jana Bożego).

Rozpoznanie kliniczne: *Schizophrenia paranoidalis*. Sekcję wykonał D-r Siedlecki 10/I—1928.

Rozpoznanie anatomopatologiczne: *Hae. myocardium. Ruptura parietis posterioris ventriculi sinistri cordis. Atrophia organorum universalis. Arteriosclerosis levis gradus. The fibrosa et caseosa partium superiorum loborum superiorum pulmonum. Gastroenteritis mucosa chr. Adhaesiones pleurae dextrae, concretio sinistrae. Adenoma thyreoideae.*

Klatka piersiowa. Śródpiersie przednie szerokości 3 palców, trójkąt sercowy ogromny. W worku osierdziowym przeszło 400 cm³ krwi płynnej ciemnej z czerwonymi wiotkimi skrzepami. Serce bardzo małe, prawie dwukrotnie mniejsze od pięści zmarłej. Pod nasierdziem szczególnie w obrębie prawego przedsionka i uszka dość dużo tkanki tłuszczowej, odgraniczającej się na przekroju niezbyt wyraźnie od mięśnia. Wszystkie naczynia wieńcowe wybitnie pokręcone, zwłaszcza gałązka zstępująca tętnicy wieńcowej lewej, która to gałązka pozatem jest twarda. Na przekroju wspomnianej tętnicy na przestrzeni od jej ujścia prawie do połowy serca znajduje się wąskie światło, otoczone grubą ścianą; w pozostałym odcinku tętnicy znajdują się ciemnowiśniowe masy krwawe.

Na tylnej ścianie lewej komory, przy wierzchołku blisko przegrody komorowej, biegnie szczelina dł. 1 cm. z nieco zabłonionymi brzegami, drażąca do jamy komory lewej. W szczelinie oraz wśród mięśni beleczkowych w otoczeniu otworu znajdują się skrzepy. Na przekroju w miejscu szczeliny mięśnie są przepojone krwią.

Komory są puste. Aparat zastawkowy bez zmian. Mięś-

nie beleczkowe i brodawkowe obu komór są drobne. W błonie wewnętrznej tętnicy głównej znajdują się niezbyt liczne żółtawe plamki i wysepki.

Do badania mikroskopowego wzięto wycinki prostopadle do powierzchni serca: 1) z miejsca pęknięcia, 2) z odcinków przylegających do komory lewej oraz 3) z komory prawej.

Wynik badania. Szczelinę wypełniają krwinki czerwone oraz włóknik. Krew częściowo przenika do sąsiednich odcinków mięśnia. Włókna mięsne w otoczeniu są naogół ścięte, często faliste. Prążkowanie poprzeczne zaznaczone bardzo słabo, często jest zupełnie niewidoczne, podłużne naogół zachowane. Barwliwość jest przeważnie dobra, dookoła jąder gromadzi się dużo lipofuscyny. Między włóknami oraz pośród nich, szczególnie w obrębie szczeliny, znajduje się dużo wiotkiej tkanki łącznej z niezbyt licznymi limfocytami oraz tkanką tłuszczową, zwłaszcza dookoła naczyń. Ściana naczyń tętniczych tych miejsc jest znacznie zgrubiała, gruba jest zwłaszcza błona wewnętrzna. W miejscach, bardziej oddalonych od szczeliny, widzimy również wiotką tkankę łączną między włóknami oraz bliższe w mięśniu, ale w znacznie mniejszej ilości. Zmiany w samych włóknach mięsnych są mniej zaznaczone. Naczyńka nawet drobne mają zgrubiałe ściany. Ten sam obraz w innych skrawkach z komory lewej.

W preparatach z gałązki zstępującej tętnicy wieńcowej lewej widzimy zgrubienie błony wewnętrznej. Barwienie włókien sprężystych ujawniło bardzo dużą ich liczbę; tworzą one blaszki lub siatki. Również i w małych tętniczkach znajduje się większa liczba włókien sprężystych.

Zarówno w tym przypadku, jak i w poprzednim tem samorodnego pęknięcia serca jest miażdżycza naczyń wieńcowych, jednak nasilenie jej jest tu znacznie słabsze. Z powodu miażdżycy stopniowo wędły ogniskowo włókna mięsne, i na ich miejscu bujała tkanka łączna. Najsilniej dotknięta jest tutaj, jak zwykle, przednia gałązka lewej tętnicy wieńcowej, i dlatego w obrębie jej zaopatrywania zmiany są największe. W pewnej chwili, prawdopodobnie na skutek dołączenia się do miażdżycy świeżej sprawy zakrzepowej (wiśniowe masy, które jednak wykruszały się, i dlatego nie widzimy ich w preparatach mikroskopowych), do starych zmian w mięśniu przyłączyły się i świeże, widocznie w obrębie pęknięcia; aczkolwiek zawał nie powstał

*) Stypendystka Zrzeszenia Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

jednak serce zanikowe, a zatem naogół o małej wydolności, w tem miejscu pękło.

Przypadek IV.

J. H. lat. 56, zgłosił się do szpitala Starozakonnych na Czystem na oddział chorób wewnętrznych Dra Lewina dn. 15/1 1928 r. Chory skarżył się na duszność, obrzęki kończyn dolnych oraz bezsenność. Kaszle od lat 15-u. Przed 2 laty chory był w szpitalu, poprawił się. Obecnie stan jego znów się pogorszył. Chory nie pije, nie pali.

Rozpoznanie kliniczne. *Emphysema pulmonum. Lues III. Cirrhosis hepatis. Bronchiolitis.* Sekcję wykonałam w dniu 23/4 1928.

Rozpoznanie anatomicopatologiczne. *Sectio partialis.* (Bez jamy czaszkowej). *Ruptura spontanea parietis anterioris ventriculi dextri cordis. Haemopericardium. Hypertrophia excentrica cordis dextri. Emphysema essent. pulmonum. Tumor llenis venostaticus. Induratio venostatica hepatis. Arteriosclerosis aortae. Cholecystitis calculosa.*

Klatka piersiowa beczkowata; kąt międzyżebrowy duży. Śródpiersie szerokości 2 palców. Trójkąt sercowy duży. Worek osierdziowy zawiera około 100 cm³ płynnej krwi. Osierdzie i nasierdzie cienkie, prześwieca. Pod nasierdziem komory prawej gromadzi się dużo tkanki tłuszczowej.

Serce. Serce nieznacznie większe od pięści zmarłego. Wymiary 12: 12: 5%. Przegroda przesunięta na lewo, wierzchołek jest utworzony przeważnie przez komorę prawą. Naczynia wieńcowe o przebiegu naogół prostym. Serce prawe. Na przedniej powierzchni komory prawej, w odległości 4,5 cm od wierzchołka i 3 cm. od przegrody, biegnie szczelina podłużna długości 1,8 cm., o brzegach szarpanych, drążąca do jamy komory prawej. Pojemność jam duża, w jamach skrzepy wiśniowe oraz krw. płynna. Aparat zastawkowy bez zmian. Mięśnie beczkowe i brodawkowe grube, ale przyplaszczone. Na przekroju rysunek mięśni naogół wyraźny. Grubość mięśnia 0,4 — 0,6 cm. Serce lewe. Pojemność jam mała, w jamach nieco krwi płynnej. Aparat zastawkowy bez zmian. W błonie wewnętrznej tętnicy głównej dość liczne blaszki żółtawe i białawe. Mięśnie beczkowe i brodawkowe komory lewej drobne, o wierzchołkach miejscami bliznowatych. Mięsień na przekroju jest barwy brunatnawej. Grubość jego 1,0 cm. Tętnica brzuszna, jak główna.

Badanie mikroskopowe wycinków z miejsca pęknięcia, prostopadłych do powierzchni, wykazało: w obrębie szczeliny włókna naogół cienkie, porozsuwane, przeważnie faliste; prążkowanie poprzeczne słabo albo wcale niewidoczne—podłużne zachowane. Segmentacja i fragmentacja słabo zaznaczone. Barwliwość zachowana. Między włóknami mięsnymi oraz pośród nich znajduje się dość dużo wiotkiej tkanki łącznej z licznymi elementami komórkowymi; poszczególne komórki naladowane są hemosyderyną. Naczynia krwionośne w otoczeniu szczeliny bez zmian.

W wycinkach z miejsc, bardziej oddalonych od szczeliny, zmiany tego samego typu, przyczem nasilają się one w kierunku ku przegrodzie, słabną w kierunku ku obwodowi komory prawej. Takież zmiany w komorze lewej. W preparatach z przegrody i z komory lewej widzimy we włóknach mięsnych skupianie się dookoła jąder większej ilości lipofuscyn.

W większych gałązkach tętnic wieńcowych błona wewnętrzna jest zgrubiała oraz liczba włókien sprężystych zwiększona.

W wycinkach z tętnicy głównej zstępującej widzimy znaczne zgrubienie błony wewnętrznej oraz ogniska rozpadu kaszowatego.

W przypadku IV samorodne pęknięcie prawego serca nastąpiło na tle miażdżycy o słabem nasileniu u osobnika z nieomogą mięśnia prawego

serca naskutek rozedmy samoistnej. Obie te sprawy spowodowały zanik elementów mięsnych i następczy rozplem tkanki łącznej. W obrębie bliznek prawdopodobnie uprzednio były drobniutkie zawały lub wylewy krwi, za czem przemawia obecność hemosyderyny w komórkach tkanki łącznej.

Przypadek V,

Mężczyzna J. B. lat 55 (Klinika Psychjatryczna U. W.)

Rozpoznanie kliniczne. *Myodegeneratio.*

Sekcję wykonała Dr. med. S. Półtorzycka 21-8—29 r.

Rozpoznanie anatomicopatologiczne:

Myomalacia cordis in regione septi interventricularis et parietis anterioris ventriculi sinistri. Aneurysma et ruptura cordis loco myomalaciae. Haemopericardium. Atheromatosis permagna centralis et peripherica. Hypertrophia excentrica cordis totius. Venostasis universalis. Oedema pulmonum, hydrothorax dextr., ascites, anasarca. Catarrhus venostaticus tractus respiratorii et digestivi. Atrophia hepatis et renum. Nephrosclerosis benigna. Obliteratio pleurae sinist., adhaesiones dext. Adhaesiones omenti majoris cum pariete abdominis. Tonsillitis chr. Intumescencia opaca meningum. Hydrocephalus internus levis gradus.

Pozatem na skórze moszny znacznie obrzęklej stwierdzono głębokie owrzodzenie o brzegach szarobrunatnych o dnie pokrytem żółtawymi masami.

Klatka piersiowa krótka, kąt międzyżebrowy rozarty. Śródpiersie szerokości 2 palców. Trójkąt sercowy duży. Worek osierdziowy zawiera skrzepy krwi (przeszło 300 gr.) Osierdzie i nasierdzie naogół gładkie. Pod nasierdziem komory prawej dużo tkanki tłuszczowej.

Serce większe od pięści zmarłego. Wymiary 13: 15: 6 cm. Przegroda przesunięta jest na prawo. Wierzchołek utworzony jest przez lewą komorę. Naczynia wieńcowe sztywne, zgrubiałe, wężykowate. Serce lewe. Na przedniej ścianie komory lewej tuż nad wierzchołkiem, w obrębie przegrody i przylegającego odcinka ściany przedniej, znajduje się ognisko wypukłone, wiśniowe, miękkie, dł. 6 cm., szerokości 4 cm. Prawie w jego środku, wzdłuż przegrody, biegnie szczelina dł. 3 cm., szer. 1 cm. o brzegach szarpanych, drążąca do jamy komory lewej. Kanał szczeliny biegnie skośnie od wewnątrz, z dołu i z lewa — na zewnątrz ku górze i w prawo. Ognisko to na przekroju obejmuje całą grubość przegrody międzykomorowej oraz przylegającej części przedniej ściany komory lewej i ma kształt klina, wierzchołkiem skierowanego ku górze. U wierzchołka tego klina w odległości 5 cm. od ujścia gałązki zstępującej tętnicy wieńcowej lewej znajduje się całkowicie zamknięte naczynie. Pojemność obu komór zwiększona, zwłaszcza lewej; w obu jamach obfite skrzepy. Zastawka dwudzielna cokolwiek zgrubiała, w jej płatku aortalnym widoczne są żółtawe blaszki; zastawki tętnicy głównej również u nasady zgrubiałe. W błonie wewnętrznej tętnicy głównej znajdują się bardzo liczne ogniska żółte kaszowate oraz ubytki, podbarwione krwią. W części zstępującej oraz częściowo w łuku widać wyraźne białawe smugi o charakterze szklistym. Mięśnie beczkowe i brodawkowe komory lewej grube, ale przyplaszczone. W miejscu ogniska jama komory lewej wypukła się szczelinowato; wsierdzie w tem miejscu jest zgrubiałe, pokryte kruchymi szarawymi masami.—Grubość mięśnia komory lewej — 1,8 cm., komory prawej—0,5 cm. Mięsień na przekroju, poza wyżej opisanem ogniskiem — jędrny. Gałązka zstępująca tętnicy wieńcowej lewej, począwszy od miejsca w odległości 5 cm. od ujścia, całkowicie zamknięta. W błonie wewnętrznej pozostałych gałązek tętnic wieńcowych bardzo liczne blaszki żółte. W tętnicy brzusznej zmiany, jak w głównej, tylko dalej posunięte.

Badanie mikroskopowe wycinków z miejsca szczeliny i powyżej, prostopadłych do powierzchni serca, wykazało, co następuje: szczelina znajduje się w obrębie obumarłej tkanki mięsnej, przepojonej barwnikiem krwi. W otoczeniu tkanki obumarłej pomiędzy włóknami mięsnymi porożowanymi oraz w tkance tłuszczowej podnasierdziowej widzimy bardzo obfite nacieki z leukocytów obojętnochłonnych. Prawie wszystkie małe i średniej wielkości naczynia w obrębie nacieków, zarówno żyły, jak i tętnice, zawierają w świetle leukocyty oraz delikatną siateczkę włóknika. W obrębie martwicy znajdujemy również leukocyty, ale w znacznie mniejszej liczbie. Włókna mięsne w otoczeniu tkanki obumarłej są ścięte i porożowane; pomiędzy niemi znajdują się rozległe ogniska tkanki łącznej z licznymi fibroblastami (blizny), oraz ze skupieniami leukocytów obojętnochłonnych.

Badanie mikroskopowe skrawków z gałązki zstępującej tętnicy wieńcowej lewej ujawniło wybitne zgrubienie błony wewnętrznej, w której widoczne są duże jasne ogniska stłuszczenia oraz gdzieś tam zwapnienia. Mięśniówka jest tak cienka, że miejscami tworzy jakby dodatek do błony wewnętrznej. W wąskim świetle tętnicy znajdują się resztki siateczki włóknika oraz leukocyty. Badanie włókien sprężystych wykazuje większą ich liczbę tylko w głębszych warstwach błony wewnętrznej. W tętnicach średniego kalibru widoczne są blaszki sprężyste. W zgrubiałej błonie wewnętrznej tętnicy głównej są wyraźne ogniska kaszowate.

Badanie mikroskopowe wycinków z miejsc komory lewej, bardziej odległych od szczeliny, oraz z komory prawej, nie wykazało większych odchyłań od normy.

W przypadku tym mamy do czynienia z samorodnym pęknięciem ostrego tętniaka przegrody oraz przylegającego odcinka przedniej ściany komory lewej w obrębie bardzo rozległego świeżego rozmiękającego zawału, wytworzonego naskutek zamknięcia świeżą skrzepliną przedniej gałązki zstępującej tętnicy wieńcowej lewej, w której uprzednio toczyła się długotrwała rozległa sprawa miażdżycowa. Zmiany miażdżycowe, chociaż znacznie słabsze, widzimy również w tętnicy głównej oraz w innych gałązkach tętnic wieńcowych.

Wtórnie ognisko zawałowe uległo zakażeniu, którego punktem wyjścia były najprawdopodobniej owróżdzenia na skórze moszny.

Zestawienie. Z pośród 5 powyżej opisanych przypadków, pierwszy należy do rzadkich ze względu na swą etiologię. Samoistne pęknięcie serca powstaje w pierwszym rzędzie na tle przewlekłych zmian w naczyniach, a więc przedewszystkiem na tle miażdżycy, do której często dołącza się sprawa zakrzepowa; samoistne pęknięcie serca naskutek zatoru tętnicy wieńcowej należy do rzadkości.

Pozostałe przypadki powiększają najliczniejszą grupę samoistnych pęknięć na tle miażdżycy.

W czterech z pośród naszych przypadków nie spostrzegamy tworzenia się najpierw tętniaka serca: w 1-m tłumaczy się to ostrym przebiegiem sprawy chorobowej, w 2-m równomiernością zmian w całym sercu, w 3-im i 4-ym stosunkowo małą rozległością i względną świeżością zmian bliznowatych (wiotka tkanka łączna z małą liczbą włókienek); w przypadku 3-m, zanim mógł wytworzyć się tętniak, serce zwiędłe pękło naskutek dołączenia się świeżej sprawy zakrzepowej do zmian miażdżycowych. W przypadku 5-m w obrębie zawału wytworzył się ostry tętniak, z czym spotykamy się stosunkowo rzadko.

Umiejscowienie pęknięcia w przypadku 2-m i 5-m jest najbardziej typowe dla samoistnego pęknięcia serca, a mianowicie: w dolnej 1/3 przedniej ściany komory lewej (w przyp. 5-m w obrębie przegrody); z pośród 3 pozostałych — w 3-m znajduje się ono na tylnej ścianie lewej komory, w pobliżu przegrody, tuż przy wierzchołku, w 4-em na przedniej ścianie komory prawej, w 1-m natomiast umiejscowienie pęknięcia należy do rzadkich: prawie na granicy tylnej i bocznej ścian lewej komory, w jej środkowej 1/3 części, co zapewne pozostaje w związku z nietypowym tłem pęknięcia w tym przypadku. We wszystkich przypadkach wiek przypada na 6-y dziesiątek. Dwa z pośród naszych przypadków dotyczą osób chorych psychicznie.

Na zakończenie pragnę podziękować D-rom M. Płońskiemu, S. Półtorzyckiej i E. Siedleckiemu za użyczenie mi przypadków do badania.

PIŚMIENICTWO.

Engelhardt. Zeitsch. f. ges. Neurol. u. Psych. T. XV, 1913.
 Engelhardt. Deutsch. med. Woch. N. 231 1909. Goodall Weir. Brit. med. Journ. N. 3461, 1927 str. 834. Hart Carl Virch. Arch. Bd. 180. 1905. str. 273. Henke — Lubarsch. Handbuch spez. pathol. Anatomie T. II, 1924, Herz und Gefäße. Hueter. Münch. med. Woch. 1506 str. 1549. Krumhaar, Cromwell. Amer. Journ. of the med. sciences T. 170 N. 6 1925, str. 828. Meyer, Charkowskij medic. žurnal T. XI, N. 5 1911. Meyer, G. Deutsch. Arch. f. kl. Med. Bd. 43. 1888 str. 379. Nu zum, Hagen. Amer. Journ. of the med. sciences. T. 171 N. 2, 1926 str. 185. Paszkiewicz, Gaz. Lek. N. 7 1921. Płoński, Kwart. Klin. Szpit. Staroz. T. IV, z. 1 1925. Schap's. Arch. f. Kinderheilk. Bd 40 1905 str. 126, Thorel. Ergebn. d. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Lub. u. Ost. T. IX 1903; T. XIV, 1911, T. XVII, 1915. Walz. Deutsch. Med. Woch. 1910. Winkler. Deutsch. Med. Woch. 1905 str. 524.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału chirurgicznego Szpitala Starozakonnych na Czystem.

(Ordynator: Dr. Solowiejczyk).

Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc na podstawie ostatnich prac i własnego doświadczenia.

Podał

Paweł GOLDSTEIN (Warszawa)

(Dokończenie p. Nr. 14)

Jeżeli wyżej wspomniane zabiegi operacyjne nie dają się dla tych czy innych powodów wykonać lub też dają wyniki niedostateczne, uciekamy

się do operacji rozleglejszej, do torakoplastyki.

Rozróżniamy tu torakoplastykę 1) wewnątrzopłucnową — (Estländer, Schede, Delorme i inni), stosowaną tylko w przypadkach istniejącej przetoki opłucnowej nazewnątrz, o czym będzie mowa później, i

2) torakoplastykę zewnątrzopłucnową, która w zależności od sposobów operacyjnych i rozległości zabiegu nosi nazwy swoich wynalazców, a więc: Friedich, Brauer, Sauer.

bruch, Spengler, Turban, Eden, Wilms i inni.

W jakich przypadkach gruźlicy stosujemy torakoplastykę?

- 1) kiedy leczenie odma sztuczną nie dało wyniku, lub odma nie daje się technicznie wykonać z powodu istniejących rozległych zrostów,
- 2) jeżeli po zastosowaniu plomby lub frenikotomji wynik był ujemny.

Innymi słowy, kiedy wskazane jest leczenie uciskowe, a inne zabiegi pożądanego wyniku nie dały.

Jakie warunki wymagane są dla torakoplastyki?

- a) ogólny stan chorego musi być tego rodzaju, że daje szansę zniesienia dość poważnej operacji,
- b) wydolność, względnie zdrowie płuca drugiego, skazanego na znacznie większą pracę,
- c) dobry stan prawego serca.

Jakie postaci gruźlicy dają najlepsze rokowanie?

- a) zajęcie tylko jednego płuca, chociażby w niem znajdowała się duża jama ropkowa,
- b) włóknista (proliferacyjna) postać gruźlicy z tendencją samoistną płuc i opłucny do kurczenia się i wciągnięciem przestrzeni międzyżebrowych,
- c) w razie potrzeby stosujemy torakoplastykę również w postaciach postępującej, rozpadającej się gruźlicy, nie poddającej się żadnemu innemu leczeniu.

Jakie są przeciwwskazania do zabiegu?

- 1) zajęcie rozleglejsze obydwu płuc,
- 2) ciężki, ogólny stan, połączony ze znacznym zatruciem,
- 3) zajęcie gruźlicze innych organów: krtani, nerek, jelit i t. p.

Nie będę tu szczegółowo opisywał techniki operacyjnej, interesuje ona prawie wyłącznie chirurgów. Każdy, zresztą, chirurg wyrabia sobie po pewnym czasie swoją odrębną technikę. W zasadniczych rysach jest ona jednakże wspólna wszystkim. Z małymi wyjątkami wszyscy się obecnie już zgadzają na to, że operację należy wykonywać w znieczuleniu miejscowym, większość operuje dwuczaseowo: wycinając na pierwszym posiedzeniu żebra dolne, a po 2—3 tygodniach górne. Brauer zaleca, o ile możności, zabieg jednoczasowy.

Ciężki zabieg Friedricha, polegający na całkowitem usunięciu wszystkich żeber po jednej stronie, został zaniechany ze względu na wysoką śmiertelność i występujące nieraz tak zwane drganie śródpiersia (Mediastinalflattern), związane z ciężkimi zaburzeniami w krążeniu.

Długość wycinków żeber waha się u rozmaitych chorych w zależności od sposobu operowania od 70 cm.—150 cm. Brauer robi rozległe operacje, Sauerbruch mniej rozległe. Pokazało się jednakże, że ostateczny wynik bynajmniej niezawisze jest zależny od długości wyciętych żeber, chociaż teoretycznie lepsze spadnięcie się płuca winno dać lepszy rezultat. W przypadkach zastarzałych jam gruźliczych o twardych, niepodatnych ścianach

nawet najrozleglejsza plastyka nie doprowadzi do całkowitego zapadnięcia się, w innych przypadkach znacznie mniejsza operacja da wynik idealny. Zależy to również w znacznym stopniu od elastyczności chorego płuca i zdolności jego do kurczenia się.

Podczas operacji należy na kilka szczegółów zwrócić uwagę. A więc cięcie winno, o ile możności, oszczędzać mięśnie długie kręgosłupa i mięsień czworoboczny (*M. trapezius*). Ma to znaczenie zasadnicze dla późniejszej statyki pacjenta. Następnie, kawałki żeber należy usuwać jaknajbliżej wyrostków poprzecznych kręgów i podokostnowo, tak, aby nie uszkodzić naczyń i nerwów międzyżebrowych, czyli pracować, jak my to nazywamy, „na sucho”. Zwłaszcza celem uniknięcia utworzenia się przepukliny brzusznej należy bezwzględnie oszczędzić dolne nerwy międzyżebrowe.

Tak wykonaną operację pacjenci znoszą na ogół dobrze. Opatrunek winien, o ile możności, unieruchomić chorą stronę klatki piersiowej, nie przeszkadzając w oddychaniu drugiemu płuc. Osiągamy to przez uciskający opatrunek plastrowy, obejmujący połowę klatki piersiowej. W pierwszych dniach po operacji jest wskazane poza środkami nasercowymi, podawanie regularne w zastrzykiwaniach morfiny, dwa razy dziennie.

Postępując w ten sposób, nie straciłem w związku z operacją ani jednego chorego.

Nie będę mówił o rozmaitych sposobach plastyk częściowych, o których wyżej już wspomniałem (Spengler, Turban, Eden, Wilms i in.), gdyż są obecnie mało stosowane i tylko w wyjątkowych przypadkach mają swoje uzasadnienie.

Zanim przejdę do rozejrzenia się w swoim i obcym materiale chorych, nie mogę pominąć całej nowej dziedziny gruźlicy płucnej, w której obecnie torakoplastyka znajduje zastosowanie.

Mówię tu o gruźlicy, powikłanej wysiękiem opłucnowym.

Rozróżniamy trzy rodzaje wysięków:

- 1) Wysięk surowiczoropiasty, rozwijający się powoli, bez burzliwszych objawów klinicznych, prawie że nie zauważony przez chorego. Zjawia się on w związku ze stosowaniem odmy sztucznej, ma charakter surowiczy, lub zimnego ropnia gruźliczego, znajdujemy w nim niejednokrotnie laseczniki Kocha, ale bez domieszki bakterij ropotwórczych.

Ropień taki może po dłuższym czasie sam zniknąć, względnie po stosowaniu nakłuć mniej lub więcej częstych.

- 2) Wysięk ropny lub zakazony, przebiegający z gorączką, nieraz dreszczami i bólami w boku. Często po dłuższym trwaniu rozwija się charłactwo lub zwyrodnienie skrobiowate nerek.

Tworzy się on z wysięku ropiastego zwykłego przez zakażenie drogą naczyń limfatycznych lub podczas nakłuć leczniczych.

Rokowanie tych wysięków jest naogół złe, i zwykle wypuszczanie ropy, nawet w połączeniu z przepłukiwaniem płynami odkażającymi — rzadko prowadzi do celu.

Leczenie djetetyczne musi trwać przynajmniej 3 miesiące, aby wyniki korzystne uwidoczniły się. Kuracja Gersonowska najłatwiej daje się przeprowadzić w sanatorjach i zamkniętych zakładach leczniczych, bowiem w domu chorzy szybko wyłamują się z zaleconego trybu odżywiania.

Metodę Gersona stosował na szeroką skalę Bommer. Leczył on około 200 przypadków wyłącznie djetą bezsolną i tranem; obok diety chorzy byli poddawani ogólnym naświetlaniom kwarcowym i b. powierzchownemu leczeniu miejscowemu. Wyniki były prawie we wszystkich przypadkach dobre; szybciej następowała poprawa w toczeniach owrzodziałych lub obrzękłych, wolniej — w toczeniach guzkowatych lub na błonach śluzowych. Nawet w przypadkach szczególnie uporczywych, a mianowicie, w toczeniach przerosłych, osiąga się stosunkowo szybką poprawę. Według Bernharta pierwsze widoczne zmiany ujawniają się w znikaniu obrzęku okołoguzkowego i zmianie zabarwienia wykwitów, które z sinawej barwy zastoju żylnego przechodzi w czerwień przekrwienia czyn-

nego. Już po krótkim czasie owrzodzenia guzlicze zaczynają przysychać i pokrywają się grubym strupem. W ciągu następnych 3—6 tygodni strupy odpadają, owrzodzenie oczyszcza się, ziarninuje i powoli bliznowacieje. Jednocześnie rozpoczyna się proces wysysania guzków toczniowych. Czas leczenia zależy od indywidualnych cech każdego poszczególnego przypadku: u osobników z usposobieniem limfatycznym, z dużą sinicą zmian toczniowych bliznowacenie trwa dłużej, lecz w rezultacie wyniki są b. dobre, zbliżone pod wieloma względami do działania światła Finsena. Rozmiary blizn są nieduże, powierzchnia gładka, elastyczna; blizny są cienkie, w rzadkich tylko przypadkach przerosłe. Równocześnie ze zmianami miejscowymi wzrasta waga, i stan ogólny chorego poprawia się.

Nie przytaczając ściślej statystyki, Bommer jest zdania, że wyniki metody Gersona są niezawodne. Jego zdaniem, metody tej należy zawsze próbować w tych przypadkach, w których wszystkie inne próby nie prowadzą do celu.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Fizjologia normalna i patologiczna.

E. SCHLIEPHAKE. Śledziona i układ roślinny. (Kl. Woch. Nr. 45, rok 1929).

Poprzednie doświadczenia autora wykazały, że zwierzęta, pozbawiane gruczołów tarczowych, wykazują wzmoczoną pobudliwość układu parasympatycznego na cholinę i osłabioną pobudliwość układu sympatycznego na adrenalinę. Obecnie autor stwierdził, że, gdy wyciąć tarczycę zwierzęciu pozbawionemu uprzednio śledziony, wówczas powyższy zespół objawów nie występuje. Wynika stąd możliwość antagonicznego działania śledziony w stosunku do tarczycy.

Dalsze badania wykazały, że wstrzyknięcie wyciągów śledziony zarówno zwierzętom normalnym, jak i pozbawionym śledziony powoduje wzmocnienie reakcji układu parasympatycznego na cholinę i osłabienie działania adrenaliny. Stwierdzono, że wyciąg, posiadający powyższe własności, zawiera minimalną ilość białka. Autor przypuszcza, że śledziona wywiera działanie uczulające na nerw błędny, tak samo, jak tarczyca na n. sympatyczne.

Co się tyczy obrazu krwi, to wyciągi śledziony wywoływały powiększenie się liczby czerwonych ciałek krwi w anemji, zaś zmniejszenie w policytemji.

J. K.

I. R. F. RASSERS. Zagadnienie wydzielania kwasu solnego przez żołądek. (Archives Néerlandaises de physiol. tom XIII r. 1928.)

Idąc za pracami doświadczalnemi, wykonanemi w swoim czasie przez Liebermanna, autor wyodrębnił z błony śluzowej żołądka ciało, nazwane przez Liebermanna „lecycytalbuminą”. Ciało to posiada własność rozkładania chlorku sodu na kwas solny i ług sodowy, przyczem ług sodowy zostaje przez nie zaadsorbowany. Reakcja ta zachodzi najlepiej w temperaturze 37°. Autor przypuszcza, że powyższa własność błony śluzowej żołądka tłumaczy wydzielanie kwasu solnego przez żołądek.

J. K.

R. PEMBERTON i in. Skład ludzkiego potu. (Ann. Int. Med. Tom 2, Nr. 6, r. 1929.)

Autorzy określili całkowity CO₂ w pocie ludzkim. Kwaśny pot zawiera bardzo małe ilości CO₂, jego odczyn nie zmieniał się pod wpływem gotowania. Kwaśność takiego potu zależy od czynników innych aniżeli CO₂. Pot zasadowy natomiast zawiera więcej CO₂.

Próby oparcia odczynu potu na zawartości w nim kwasu fosforowego lub kwasu tłuszczowego nie okazały się realnymi. Przyczyna kwaśności potu pozostaje nieznaną.

Zmiany odczynu potu w czasie długotrwałego pocenia się lub leczniczych przegrzewań zależą prawdopodobnie od wydalania substancji zasadowych. Zawartość azotowa i chlorkowa w pocie artretyków nie różniła się od przypadków normalnych. U chorych na nerki natomiast znaleziono bardzo wysokie zawartości azotowe.

Wbrew zdaniu licznych patologów, skóra zdaje się odgrywać rolę organu zastępczego w wydalaniu substancji azotowych.

W łuszczycy skóra zupełnie się nie pocila na miejscach schorzałych, miejsca zaleczone zaś wykazywały słabsze pocenie się.

Odczyn oraz zawartość substancji azotowych w pocie łuszczycowych nie różnią się od normy. Jednakże pot z miejsc schorzałych był bardziej kwaśny, aniżeli pot z miejsc zupełnie zdrowych.

B. G.

M. CHIRAVY i A. LOMON. Skurcz pęcherzyka żółciowego, schwytyany „na gorącym uczynku”. (Pr. Méd. 99 r. 1929.)

Opisane są trzy przypadki, w których serja zdjęć pęcherzyka żółciowego, robionych w bardzo krótkich odstępach czasu, pozwoliła uchwycić skurcz ściany pęcherzyka żółciowego. Są to pierwsze dowody bezpośrednie, że pęcherzyk żółciowy jest zbiornikiem czynnym, t. j. kurczliwym. Obserwacje skurczu pęcherzyka żółciowego w przebiegu cholecystografji staną się niewątpliwie częstsze, kiedy znajdzie się odpowiedni środek, dostatecznie silnie pobudzający do skurczu pęcherzyk żółciowy.

Henryk Landau.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

S. I. PRIKLADOWICKIJ. Materjały w sprawie przyczyn śmierci zwierząt z przewlekłymi przetokami trzustkowymi. (Russk. Fizjol. Żurnal T. XII № 1, 1929).

U psów, po nałożeniu przewlekłej przetoki trzustkowej, po okresie zupełnego zdrowia, występują nagle objawy chorobowe w postaci utraty łaknienia, osłabienia, ogólnego wyniszczenia i drgawek. Sprawa kończy się śmiercią zwierzęcia. Zjawisko to nie jest uzależnione od braku soku trzustkowego w przewodzie pokarmowym, gdyż po podwiązaniu przewodów trzustkowych, nawet przekarmianie mięsem nie wywołuje objawów chorobowych u zwierzęcia.

Pozostają 2 przypuszczenia: 1. wzmożone wydzielanie soku trzustkowego, jakie występuje u psów trzustkowych, powoduje nadmierne zubożenie ustroju w alkalja (przypuszczenie podane przez Pawłowa); 2. wzmożone wydzielanie zewnętrzne trzustki jest związane ze wzmożeniem wydzielania wewnętrznego — stąd *hypoglicæmia* i wstrząs.

Badania, polegające na badaniu alkalirezerwy i poziomu cukru we krwi tętniczej u psów trzustkowych przed i po nałożeniu przetoki, dowodzą słuszności pierwszego przypuszczenia.

Poziom cukru po operacji nie ulegał zmianie, natomiast alkalirezerwa opadała po nałożeniu przetoki poniżej 50 proc. poziomu normalnego. Jednocześnie dał się zauważyć wybitny spadek erytrocytów we krwi tętniczej.

S. M.

S. O. BADYLKES. Cholecystopatie doświadczalne a czynność wydzielnicza żołądka. (Arch. f. Verd. Tom 45 № 34).

Jak wykazały dane kliniczne ostatnich lat, zaburzenia wydzielania żółci wpływają w znacznym stopniu na czynność wydzielniczą żołądka. Mianowicie stwierdza się w większości przypadków przewlekłych cierpień pęcherzyka żółciowego stopniowo zmniejszanie się kwasoty soku żołądkowego.

Chcąc wyświetlić tę sprawę, autor zajął się badaniem doświadczalnie wywołanych zaburzeń w drogach żółciowych stwierdził, że ciała obce, jakoteż sprawy zapalne w obrębie dróg żółciowych powodują wtórnie znaczne zmniejszenie się wydzielania soku żołądkowego oraz jego kwasoty; nieznaczne skrócenie czasu wydzielania; krzywa wydzielania oraz siła trawienna nie ulegają zmianom, ta ostatnia niekiedy nawet zwiększa się.

Zmniejszenie wydzielania i kwasoty ma stać w związku przyczynowym z odruchowymi zaburzeniami układu autonomicznego.

Natomiast należy podkreślić, że krótkotrwale podrażnienia dróg żółciowych wywołują raczej zwiększenie wydzielania i kwasoty.

B. Goldstein.

R. STRISOWER. Przyczynki doświadczalne do sprawy stałego nadciśnienia. (Wien. Arch. f. inn. Med. t. XVIII)

Karmienie królików cholesteryną i ewent. jednoczesne podawanie im soli ołowiu, adrenaliny, efetoniny nie doprowadza do trwałego nadciśnienia.

Podawanie wiganolu w małych dawkach doprowadza do powstawania pojedynczych ognisk zwapnienia w tętnicach, w dużych zaś do rozlanych olbrzymich zmian całej tętnicy głównej, tętnic udowych, kręzkowych i t. d., ale i w tych razach nie stwierdza się trwałego nadciśnienia.

Widocznie samo obwodowe uszkodzenie naczyń (w doświadczeniach na zwierzętach wiganolem, cholesteryną, ołowiem, adrenaliną, efetoniną) nie wystarcza do wywołania nadciśnienia; muszą przytem współdziałać inne czynniki

szkodliwe, prowadzące (możliwe, że ośrodkowo) do zaburzenia gry naczynioruchowej.

Henryk Landau.

Gruźlica

J. CAUSSIMON. Kryterjum czynności płucnych zmian gruźliczych — gorączka w czasie menstruacji. (Pr. Med. 96/1929).

Reakcje gorączkowe u kobiet ze zmianami gruźliczymi nieczynnymi w płucach są typu normalnego, t. j. bywa lekkie podniesienie temperatury przedmenstruacyjne i spadek jej podczas menstruacji. W czynnych sprawach reakcja występuje w trzech nienormalnych typach: 1) wysoka gorączka przedmenstruacyjna, 2) wyraźnie zaznaczone wzniesienie temperatury w czasie perjodu, 3) wzniesienie temperatury pomenstruacyjne. W razie poprawy pod wpływem leczenia sanatoryjnego, odmy sztucznej i t. p. typ reakcji zbliża się do normalnego. Najgorsze rokowania dają reakcje pomenstruacyjne mówiące nie tylko o czynności zmian płucnych, lecz i o ich charakterze ewolucyjnym. Brak menstruacji bywa stały lub długotrwały. Brak miesiączki może być czynny lub milczący. W razie braku miesiączki czynnego w okresie, kiedy powinien być perjod, występują wszystkie zwykle zaburzenia (temperatury, nerwowe, psychiczne, lokalne), niema tylko odpływu krwi menstrualnej i w milczącym braku miesiączki w czasie, gdy powinien wystąpić perjod, niema żadnych objawów ogólnych, ani miejscowych, ani nawet tych, które występują po przekwitaniu. W braku miesiączki czynnym temperatura się podnosi w czasie, gdy powinna wystąpić menstruacja i wykazuje zaburzenia, opisane powyżej, zależnie od zmian płucnych, w milczącym braku miesiączki temperatura nie ulega wahaniom w tym okresie.

Henryk Landau.

L. BERNARD. Gruźlica i cukrzyca. (Pr. Méd. 98-1929)

Autor uważa, że wobec ostatnich zdobyczy wiedzy lekarskiej poglądy nasze na gruźlicę, jako najczęstszą i najcięższą komplikację moczołki cukrowej, winny ulec rewizji. Według najnowszych statystyk częstość gruźlicy wśród chorych na cukrzycę spadła bardzo znacznie. Mechanizm patogenetyczny powstawania zmian gruźliczych nie jest dotąd poznany. W pewnym odsetku przypadków sprzyjającą rolę odgrywa wyniszczenie ustroju. Podłoże, bogate w cukier, sprzyja rozwojowi prątków Kocha. U chorych z cukrzycą istnieje stan anergji gruźliczej. Gruźlica, powikłana cukrzycą, wykazuje skłonność do ewolucji serowatej, która cechuje się szybkim postępowaniem zmian, prowadzącym w kilka miesięcy do zejścia śmiertelnego. Ogólne objawy gruźlicy bywają przytem słabo zaznaczone: temperatura często jest przez długi czas normalna, kaszel i wykrztuszanie dyskretne, w płwocinie nie znajduje się prątków. Natomiast przy badaniu fizykalnym i radiologicznym miejscowe zmiany okazują się bardzo znaczne i ujawniają tendencję postępującą. Wbrew utartym poglądom krwioplucie zdarza się i u chorych cukrzyczych. Czasem w okresie postępowania gruźlicy objawy cukrzycy zacierają się: cukromocz zmniejsza się, a nawet znika. W pewnych przypadkach jednak w miarę ewolucji gruźlicy i cukrzyca zaczyna postępować. Dawny postulat przekarmiania takich chorych uległ rewizji na korzyść niezbędności stosowania diety, właściwej dla cukrzyicy, która zmniejsza hiperglikemję, sprzyjającą rozwojowi prątków. Niestusne okazało się twierdzenie, że insulina może spowodować nowy wysiew gruźlicy; jeśli w czasie stosowania insuliny, gruźlica postępuje, dowodzi to jedynie, że insulina nie działa. Przeciwno gruźlicy posiadamy potężny oręż w postaci odmy, którą należy stosować przedewszystkiem w sprawach jednostronnych, w

niki obustronnej odmy są niepewne. W przypadkach obustronnych zmian postępujących, zwłaszcza w postaciach serowato-wrżdziejących, oddają cenne usługi preparaty złota. Możemy więc dzisiaj stawiać rokowanie o wiele pomyślniej pod warunkiem, że właściwe leczenie rozpocznie się jak najwcześniej, a to zależy znów od wczesnego rozpoznania.

Henryk Landau.

W. FALTA. Czy należy zalecać djtę Gersona w gruźlicy? (Wien. Kl. Woch. № 5/1930)

Djeta Gersona jest bardzo uboga w sól kuchenna wydajna kalorycznie, bogata w witaminy i sole mineralne (prócz chloru i sodu). Za wskazania do niej są uważane: 1) gruźlica skóry łącznie z wilkiem, 2) gruźlica chirurgiczna (kości, części miękkich, gruczołów, narządów moczopłciowych), 3) gruźlica płuc.

Djeta Gersona łącznie z mineralogenem działa odciążająco, co zależy nie tylko od małej zawartości soli sodu, lecz, głównie od dużej zawartości soli potasu i wapnia. Na tem, prawdopodobnie, polega jej dodatni wpływ na gruźlicze procesy skórne, gdyż skóra jest głównym magazynem soli kuchennej w ustroju. Dobre wyniki, osiągnięte w 2 grupie, polegają na zmniejszeniu się wydzieliny ropnej, wysychaniu i zamknięciu się przetok, bliznowaceniu. Wyniki otrzymywane w trzeciej grupie, należy traktować bardzo ostrożnie, gdyż sanatoryjne leczenie ze spokojem i zwykłą mieszaną, lekkostrawną i kalorycznie bogatą djtę daje takie same wyniki. Czy przez odciążającą djtę Gersona da się osiągnąć taki sam wpływ na wysiękowe procesy gruźlicze w płucach, jak na gruźlicze zmiany skóry, jest mało prawdopodobne wobec małej zawartości chlorku sodu w tkance płucnej już w zwykłych warunkach.

Henryk Landau.

F. HUTTER. Leczenie za pomocą podawania śledziony w gruźlicy krtani. (Wien. kl. Woch. 48/1929).

Podawanie śledziony wywiera wybitnie dodatni wpływ na przebieg gruźlicy krtani, a w jednym przypadku doprowadziło do wyleczenia klinicznego. Poprawa wyraża się w przyroście wagi, zmniejszeniu się szybkości opadania krwinek, znikaniu prątków, wessaniu się nacieków. Podawać należy dziennie 80—100 gr. skrobanej surowej śledziony cielęcej, jako dodatek do zupy, gdyż w tej formie bywa najlepiej znoszona. Ujemne strony tej djtę polegają na tem, że jest ona niesmaczna, oraz na trudności otrzymywania codziennie świeżej śledziony cielęcej, zwłaszcza latem. Djtę śledzionową czyni czasem znośniejszą jednoczesne podawanie acidol-pepsyny.

Henryk Landau.

Choroby narządów trawienia.

K. HANG. Wpływ szpinaku na wydzielanie żołądkowe. (Arch. f. Verd. Krankh. Tom 45, N. 1/2.)

Do szeregu prac o działaniu rozmaitych potraw i wyciągów na czynność wydzielniczą żołądka przybyła jeszcze jedna. Autor stosuje zupełną przyrządzoną ze 100 gr. szpinaku i stwierdza, że jest ona silnym bodźcem dla wydzielania żołądkowego. Jest ono naogół większe, aniżeli w przypadku kofeiny, lecz mniejsze, niż w przyp. histaminy. U nadkwaśnych zwiększenie wydzielania jest stosunkowo mniej jaskrawe niż u podkwaśnych.

Słabiej nieco działa wyciąg wodny z 100 gr. szpinaku; stoi on pomiędzy zupą szpinakową a kofeiną.

Atropina (0,5 mg.) w odróżnieniu od histaminy powoduje wstrzymanie wydzielania szpinakowego w odróżnieniu od histaminy, która wpływowi atropiny nie podlega.

Wyciąg z 50 gr. szpinaku nie posiada wcale własności pobudzających wydzielanie.

Zośród 4 przyp. bezkwaśnych po kofeinie, wydzielano jeszcze trzech kwas po histaminie, zaś dwóch po zupie szpinakowej.

Działanie, pobudzające czynność wydzielniczą żołądka, autor skłonny jest przypisać t. zw. saponinom kwaśnym i obojętnym, zawartym w szpinaku, które to substancje *per se* działają wybitnie pobudzająco na wydzielanie.

W porównaniu działania zupy szpinakowej ze śniadaniem B. Ewald a rzuca się w oczy przewaga pierwszej, która daje większe wydzielanie.

Nie można stosować szpinaku jako śniadania próbnego z rozmaitych względów, nadaje się natomiast znakomicie, jako środek pobudzający w upośledzonym wydzielaniu żołądkowym.

B. Goldstein.

G. L. LEWIN. O działaniu borowiny na czynność wydzielniczą żołądka. (Arch. f. Verd. Kr. Tom 45 N 1/2.)

Autor określał stosunek okładów borowinowych do czynności wydzielniczej żołądka.

Jak wiadomo, borowina często jest używana jako środek leczniczy w przewlekłych sprawach przewodu pokarmowego.

Z badań autora wynika, że naogół okłady borowinowe obniżają kwasowość żołądka i to w dość znacznym stopniu. Obniżenie to nie zależy od działania samej temperatury okładów, gdyż z jednej strony występowało ono również po zastosowaniu okładów z borowiny o temperaturze obojętnej, z drugiej zaś strony t. zw. poduszka rozgrzewająca wywoływała dość często nawet zwiększenie kwasowości.

Podobnie stosowanie djatermji daje wyniki zmienne.

Co się tyczy działania okładów borowinowych, to autor jest skłonny przypisać je zawartości soli mineralnych, które, oddziałując na skórę, wywołują odruchowe zmiany w napięciu układu autonomicznego.

Podobne wyniki można otrzymać przez stosowanie na skórę rozczynów soli, gdzie nie może być już mowy o wpływie jakichkolwiek innych czynników.

Poza czynnością żołądka oddziałują powyższe czynniki na inne układy, jak oddechowy, naczynioruchowy i t. p.

B. Goldstein.

M. E. REHFUSS i G. H. MARCH. O trawieniu żołądkowym mięsa u zdrowych i chorych. (Journ. Am. Med. Ass. tom 92, Nr. 10, r. 1929.)

Autorzy przeprowadzili badania nad czynnością trawieniową żołądka wobec mięsa. Próby były robione za pomocą porcji mięsa wagi 60 gramów (większe porcje dawały wyniki nieco inne, tak samo mniejsze). Mięso było podawane chorym w stanie czystym, skrobane.

U pacjentów chorych na rozmaite cierpienia nieżołądkowe, trawienie wobec mięsa po większej części okazuje się nieco osłabione.

U osób natomiast z cierpieniem czynnościowym, względnie nawet z wrzodem żołądka trawienie mięsa wcale nie jest upośledzone.

Według autorów należałoby w każdym przypadku przeprowadzić badanie za pomocą próbnego śniadania Ewald a oraz mięsnego. Nierzadkie są bowiem przypadki wydzielania kwasu po mięsie mimo braku kwasu po śniadaniu Ewald a.

Brak wydzielania zarówno po śniadaniu Ewald a, jak i po mięsnym, należy uważać za sprawę prognostycznie po-

ważną (nowotwory, niedokrewności złośliwe), jednakże stwierdzano go także np. w zapaleniu płuc, sprawach żółciowych.

ogół, niedokwaśność jest częstszą po śniadaniu E w a l d a, także cyfrowo ilości kwasu są po śniadaniu większe, przeciętnie o 30 proc. i więcej. Osobniki, które jednakowo silnie reagują na obydwa rodzaje śniadań, są już nienormalne.

B. Goldstein.

Rudolf SIEGEL. Przyczynek do leczenia nadkwaśności. (D. m. W. № 28. 1929)

Ciepła oliwa w ilości 30—60 gr. naczczo usuwa ból zależny od skurczu odźwiernika. Alkalja bezpośrednio zobojętniają kwas solny, przyczem lepsze działanie mają alkalja ziem niż sodowe. Bismut, obok ochrony mechanicznej błony śluzowej żołądka, zobojętnia działanie nadmiernej ilości pepsyny, istniejącej w nadkwaśności przy wrzodzie żołądka. W celu ograniczenia wydzielania soku żołądkowego podają atropinę. *Extractum Belladonnae* dzięki działaniu ośrodkowemu jest środkiem znacznie lepszym od atropiny. Najlepiej jest stosować połączenie wymienionych środków, a więc: alkalja z bismutem i z *extr. belladonnae*. Jako odpowiednie połączenie tych środków autor zaleca „*galonida stomachica*” w postaci tabletek stosowanych 4 razy dziennie. Nadają się one do stosowania również w *dyspepsia nervosa* bez zaburzeń w kwasowości.

Wanda Franzówna.

N. S. ABRASZEJWA. O podawaniu środków żółciopędnych per os i per duodenum. (Arch. f. Verd. Tom. 44 Nr. 3/4).

Autorka przeprowadziła badania nad działaniem żółciopędnych rozmaitych środków.

Podczas badania zgłębnik był wprowadzony do dwunastnicy, zaś środki działające były doprowadzane drogą ustną poza zgłębnikiem. Przez cały czas trwania badania zgłębnik pozostaje w dwunastnicy.

Oliwa okazała się skutecznym środkiem żółciopędnym; przy podawaniu per os działanie to występowało później. Żółć B. występowała wtedy, kiedy przewód pęcherzykowy był wolny. Podobnie jak oliwa, działa masło śmietankowe. Mleko także działa żółciopędnie. Przy podawaniu przez zgłębnik otrzymuje się żółć B., przy doustnym tylko wzmógłony odpływ żółci A. Podobnie zachowują się żółtka jaj. Mamy w tym przypadku do czynienia z podwójnym działaniem tłuszczu i białka w emulsji.

Poza tłuszczami, jak wiadomo, działają silnie żółciopędnie produkty rozpadu białka, szczególnie pepton w roztworze 5—10 proc. Przy stosowaniu zgłębnikowym występuje żółć B. aczkolwiek niezawsze; przy podawaniu doustnym działanie to jest słabe.

Siarczan magnezu w roztworze 25 proc. działa żółciopędnie, lecz słabiej od tłuszczów. Wywołuje on wprawdzie wzmoczenie odpływu żółci, lecz żółci B. przy doustnym stosowaniu nie otrzymano ani razu.

Z wód mineralnych wypróbowano: Iżewsk, Borżom i Essentuki Nr. 17. Wszystkie te źródła powodują wzmoczenie odpływu żółci; żółci B. zarówno przy doustnym, jak i zgłębnikowym stosowaniu nie otrzymuje się.

Kombinacja siarczanu magnezji z peptonem (*Magn. sulf. 5,0 i Pepton 2,0. Aq. dest. ad 40,0*) okazała się silniejsza od działania obu jej składników i to nawet przy podaniu per os. Jest to jeden z najsilniejszych środków obok oliwy i masła.

Z badań Wiechowskiego i Strossa wiadomo, że mieszanina kamfory z mentolem działa przeciwskurczowo. Podawanie mieszaniny: *campb. tritae 2, 0 ol. men-*

thae 8,0 per os wzmacnia odpływ, lecz żółć B. nie zjawia się.

Podofilina, aspiryna, urotropina nie mają żadnego wpływu na odpływ żółci.

Atofan wzmacnia wydzielanie żółci, nie wywołując atoli skurczu pęcherzyka, ten pogląd B r u g s c h a został przez autora potwierdzony.

Razem mamy więc 3 grupy środków: te, które działają jednakowo doustnie podane czy przez zgłębnik — oliwa, masło i mieszanina peptonu z siarczanem magnezu, te które działają tylko podane przez zgłębnik, jak pepton lub siarczan magnezu, wreszcie środki, które wzmacniają wydzielanie żółci bez skurczu pęcherzyka, jak atofan.

B. Goldstein

Choroby serca i naczyń.

L. LANGERON i R. DESPLATS. W sprawie naświetlania promieniami X okolicy nadnerczy w nadciśnieniu i arteriitis obliterans. (Presse Médicale N. 19/1929).

Autorzy przeprowadzili szereg obserwacji, które dzieli według postaci klinicznych i wyników na trzy grupy: 1) *hypertensio continua*: naświetlanie okolicy nadnerczy nie obniża ciśnienia tętniczego, czasami nawet je potęguje. Natomiast objawy podmiotowe, jak zawroty głowy, bóle głowy i t. p. stają się znacznie mniej dokuczliwe. Żadnych przykrych skutków leczenia nie stwierdzono; 2) *hypertensio paroxysmalis*. W jednym takim zespole ustąpiły zupełnie napady nadciśnienia napadowego wraz z towarzyszącymi mu objawami. Zasadnicza wysokość ciśnienia zmianie nie uległa; 3) *arteriitis obliterans*. W 3-ch naświetlanych przypadkach zauważyli wybitny wpływ leczenia na bóle samoistne, bóle ze zmęczenia, zaburzenia troficzne. Objawy te ustąpiły szybko i trwale. Jednocześnie podkreślają brak jakichkolwiek zmian przedmiotowych.

Autorzy tłumaczą dodatnie wyniki wpływem promieni X na nadnercza i obfite w ich sąsiedztwie elementy nerwowe. Naświetlanie nie zmienia warunków krążenia, znosi tylko czynniki patologiczne dodatkowe wymienionych dolegliwości, a mianowicie, odruchy naczynioskurczowe.

Naświetla się okolice przykręgosłupowe, między D11 i L3, pęczkiem promieni o powierzchni 12 cm. x 12 cm.

F. Turyn

L. LANGERON i R. DESPLATS. Radjoterapia okolicy nadnerczy. (Presse médicale 4/1930).

Po pierwszych naświetlaniach chorzy odczuwają ciepło w kończynach dolnych, dobre samopoczucie. Kończyny przy dotyku wydają się cieplejsze. Autorzy sądzą, że objawy te są wynikiem lepszego krążenia w naczyniach i kapilarach i uważają za wskazane naświetlanie nadnerczy u osób ze stale zimnymi kończynami. Kilkakrotnie już stwierdzili, że po naświetlaniu okolicy nadnerczy nogi prędzej rozgrzewały się w łóżku, niż dawniej. Naświetlania okolicy nadnerczy łagodzą bóle nawet bardzo silne, napadowe, łatwo powracające o charakterze kaulgicznym w kończynach dolnych. Wpływ naświetlań na chromanie przestankowe jest mniej wybitny gdyż leczenie nie wpływa na zmiany anatomiczne naczyń, usuwa zaś czynniki spastyczne. Poprawa zaznacza się jednak w większych wysiłkach, jakie znosi kończyna bez wystąpienia napadu bólowego. W jednym przypadku erytromelalgii u osobnika z nadciśnieniem naświetlanie okolicy nadnerczy spowodowało ustąpienie objawów skóronaczyniowych. Wreszcie autorzy zaobserwowali gojenie się owrzodzeń palców i pięt pod wpływem omawianej metody. Działanie jej polegać ma na przywróceniu normalnych funkcji obfitujących w spłoty nerwowe naczynioruchowe okolic nadnerczy. Pod wpływem

Wobec tego energiczniejsze postępowanie jest w tych przypadkach wskazane.

- 3) Wreszcie wysięki złośliwe, ropno-posocznicze, w których znajdujemy najrozmaitsze drobnoustroje w wielkiej liczbie (gronkowce, paciorkowce, pneumokoki, *pyocyaneus* i anaeroby).

Przebieg kliniczny tej grupy jest burzliwy: dreszcze, wysoka, skacząca ciepłota, objawy zakażenia, zapadła blada twarz, szybkie wyniszczenie, doprowadzające w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego.

Bardzo często w tych przypadkach ropień toruje sobie ujście nazewnątrz, przebijając mięśnie i skórę klatki piersiowej między żebrami, zwykle wzdłuż kanału poprzednich nakłuć.

Otóż jeszcze do niedawna panowała ogólna zasada, że wysięk opłucny, o ile należy do pierwszej grupy, to potęguje działanie odmy, a więc jest korzystny. Gdy zaś przechodzi w wysięk ropny, lub ropno-septyczny, to sprawa jest przegrana, i niewiele da się zdziałać.

Jedynym możliwym sposobem interwencji byłoby nakłucie systematyczne w połączeniu z przepłukiwaniem jamy opłucny rozmaitemi środkami odkażającymi (woda utleniona, Rivanol, Trypaflawina, roztwór jodu, płyn Dakina, olejek gomenolowy i t. d.). Obecnie poglądy na tę sprawę uległy poważnym zmianom.

Co się tyczy grupy I-ej wysięków surowicznych lub surowiczopropiastych, to naogół pozostawia się je własnemu losowi, o ile nie wchodzi w rachubę konieczność opróżnienia jamy ze względów mechanicznych (ucisk i przesunięcie serca). Archibald jednakże i u podobnych chorych wykonał kilkakrotnie torakoplastykę z doskonałym wynikiem.

Co do drugiej grupy chorych, to chociaż i teraz jeszcze powszechnie panuje zasada wyczekiwania, względnie opróżniania jamy, to już coraz częściej podnoszą się głosy przeciwko takiemu postępowaniu. Archibald, Brunner, Sauerbruch i inni dowodzą, że płuco, które się w ciągu dłuższego czasu styka z ropą, nigdy już nie będzie zdolne do rozwinięcia się całkowitego, wobec tego radzą wyczekać najdalej do roku i w braku wybitnej poprawy przystąpić do plastyki zewnątrzopłucnowej.

Chirurdzy ci wykazują się już pewną liczbą doskonałych wyników. Do poglądu tego przyłącza się również Bérard.

Natomiast próby, czynione przez niektórych chirurgów, stosowania w tych przypadkach rezekcji żebra, jak w zwykłych popneumonicznych zapaleniach opłucny, są bezwzględnie potępiane przez wszystkich*).

Do trzeciej grupy należą przypadki najcięższe uważane dawniej za bezwzględnie stracone, a więc do których stosowano zasadę „*noli me tangere*”.

Są to gruźlicy, obarczeni wysiękiem posoczniczym, połączonym z ciężkimi objawami ogólnymi: dreszczami, wysoką ciepłotą, suchym językiem, drobnem, b. przyspieszonym tętnem. Zakażenie

płynu może być wywołane najrozmaitszymi drobnoustrojami włącznie z anaerobami.

Rozróżniamy tu jeszcze dwa rodzaje wysięków posoczniczych: zamknięte i powikłane przetoką zewnętrzną lub wewnętrzną.

Wobec prawie beznadziejnego stanu tych chorych należy stosować środki heroiczne, pomimo niewielkiej szansy powodzenia.

A więc najpierw, celem odciążenia płuca i usunięcia materiału septycznego, opróżnia się jamę albo przez usunięcie niewielkiego kawałka żebra, lub też przy pomocy stałego drenażu (Büllau) i w najkrótszym czasie, o ile tylko warunki na to pozwalają, należy przystąpić do plastyki. Kilkakrotnie udało się dzięki takiemu postępowaniu uratować nawet chorych z ropniakiem opłucny z odmą (*Pyopneumo—Thorax*), uważanych dotychczas za bezwzględnie straconych.

Osobiście miałem ostatnio okazję przeprowadzenia plastyki u jednej chorej w podobnym przypadku. O wyniku jeszcze mówić nie można ze względu na krótki okres czasu po operacji.

W każdym razie, dzięki obecnie stosowanej, b. energicznej interwencji, udaje się z posród chorych ostatnich dwóch kategorii dawniej bezwzględnie skazanych na zagładę, uratować pewien odsetek.

Jeżeli obecnie przytoczę większe statystyki wykonanych torakoplastyk, to muszę zaznaczyć, że nie były one robione podług pewnego, zgóry umówionego schematu i dlatego nie mają jednolitego charakteru.

Same pojęcia, przytoczone w nagłówku: „wyleczenie”, „poprawa” i t. d., są b. rozmaicie przez rozmaitych chirurgów komentowane.

Jedni nazywają wyleczeniem stan, kiedy chory nie gorączkuje, nie wyrzuca płwociny, zawierającej laseczniki, i jest zdolny do swojej zwykłej pracy codziennej.

Inni natomiast skłonni są tylko takich chorych nazywać uleczonymi, którzy pod względem rentgenologicznym żadnych zmian w płucach nie wykazują, jak również przy pomocy opukiwania i osłuchiwania nie wykrywa się u nich żadnych odchyleń od normy.

Takie same wątpliwości nastęrczają się przy ocenie pojęcia „znacznej poprawy”, „poprawy”, „pogorszenia” i „śmiertelności”. Zwłaszcza ocena tej ostatniej rubryki, bodaj że najważniejszej, przedstawia nieprzewyciężone trudności.

Jeśli chodzi o śmierć, następującą natychmiast lub w ciągu pierwszych dni po operacji — to jest rzeczą jasną, że nastąpiła ona w związku z zabiegiem i położona być musi na karb tegoż. Natomiast ocena przypadków śmiertelnych późniejszych jest b. trudna. Czy zabieg chirurgiczny, w danym przypadku torakoplastyka, przyczynił się i w jakim stopniu do zejścia śmiertelnego — zostanie zawsze zadaniem nierozwiązalnym.

Jednakże przy bliższym rozpatrzeniu wszystkich tych danych statystycznych, ułożonych w mojej tabeli, jak również opierając się na swoim własnym doświadczeniu, dochodzę do wniosku, że około $\frac{1}{3}$ operowanych chorych, a może i 40% możemy uważać za uleczonych, w $\frac{1}{3}$ części przypadków nastąpiła większa lub mniejsza poprawa, i oko-

*) Wspomnę tu jeszcze o stosowaniu t. zw. oleotoraksu to znaczy wypełnienia jamy opłucny opróżnionej z ropy, olejkiem gomenolowym.

	Wyleczenie całkowite.	Wyleczenie kliniczne.	Znaczna poprawa.	Poprawa	Bez wyniku.	Pogorszenie	Śmiertelność pooperacyjna.	Śmiertelność późniejsza
Alexander 1925 NEW YORK 1024	243 (23,8%).	85 (8,3%).	95 (9,3%)	173 (16,8%).	13 (1,2%).	36	126 (12,2%)	198 (19,3%)
Archibald 1928 MONTREAL 90		33 (36,6%).	15 (16,6%).	14 (15,5%).		2 (2,2%)	12 (13,3%)	14 (15,5%).
Bérard 1928 LYON 98	22 (22,3%).		18 (18,3%).	7 (7,1%).	2 (2,0%).		18 (18,3%).	25 (25,5%).
Bull OSLO 397		140 (35,2%).	66 (16,8%), ¹		23 (5,7%)		23 (5,7%).	127 (31,9%).
Roux 1927 LAUSANNE 31	2 (6,4%).	11 (35,5%).		4 (12,9%).			2 (6,9%).	
Sauerbruch 1927 ZURYCH I MONACHJUM 646	274 (42,4%).			113 (17,5%).	27 (4,2%).		86 (13,3%).	108 (16,7%).
Saugman 69			31 (44,9%).					29 (42,1%).
Rutkowski 35		14	?	?	?			?
Goldstein 14		5	1	3	3			2

o $\frac{1}{3}$ chorych ginie. Z tych mniejsza liczba umiera w związku z operacją, większa po krótszym lub dłuższym czasie.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że prawie wszyscy chorzy ci, wobec niemożności stosowania u nich odmy, prędzej czy później prawdopodobnieby zginęli; że stanowią oni, według specjalistów, około 10% wszystkich chorych gruźlików, a więc wielką armję ludzi, skazanych na zagładę, to potrafiemy ocenić olbrzymie znaczenie lecznicze, a nawet i społeczne tych zabiegów.

Bo, jeśli nie wszyscy pacjenci operowani osiągną wynik idealny pod względem anatomo-patologicznym (*restitutio ad integrum*), to pod względem klinicznym około 33%—40% chorych należy uważać za zdrowych, a 30% za prawie uleczonych, to

znaczy, że w skąpej ich płwocinie niema laseczników, a więc cała ta duża falanga ludzi, którzy do końca życia wegetowała na koszt gminy lub rodziny, może wrócić do społeczeństwa i mniej lub więcej produktywnie pracować.

Jest to olbrzymia wygrana społeczna i ekonomiczna i, jak dotychczas, niedoceniana przez nasze władze sanitarne i naszych lekarzy.

Każdy gruźlik, wyrwany z murów sanatoryjnych, gdzie musiałby pozostać do końca życia, stanowi nie tylko zwycięstwo współczesnej medycyny, ale i materialną wygraną społeczną.

Wielkie sumy pieniężne, wydawane na utrzymanie tych chorych, mogłyby być z większym pożytkiem wydane na cele zapobiegawcze i ochronę zdrowia ludności.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Współczesne poglądy na leczenie tocznia zwykłego (*lupus vulgaris*).

Podał

Stefan HIRSZBERG (Warszawa).

(Dokończenie p. Nr. 14)

Operujemy kauterami o rozmaitych kształtach, przystosowanych do niszczenia większego lub mniejszego odcinka chorej tkanki. Najczęściej używane są kautery w formie igły, którą kolejno wbijamy w poszczególne guzki. W ten sposób najlepiej oszczędza się skórę zdrową. Strupki i blizny, powstałe po kauteryzacji, przy umiarkowanym operowaniu są bardzo małe i kosmetyczne. Na tem właśnie polega przewaga kaustyki termoelektrycznej. Igła kauteru powinna rozżarzać się tylko do czerwoności, bowiem białe żarzenie łatwo wywołuje obfite krwawienie. Jeżeli guzki zlewają się ze sobą, przestrzeń między dwoma kauteryzowanymi punktami nie może być większa od pół milimetra. Drobne mostki naskórkowe, pozostające w tych przestrzeniach, są później bodźcem do bliznowacenia. Jeśli natomiast toczeń jest na szerszej przestrzeni owrzodziały, należy operować b. bliskimi, niemal stykającymi się ze sobą nakłuciami, względnie zastosować kauter, uzbrojony grzebieniem gęsto obsadzonych igiełek. Głębokość nakłucia musi być normowana charakterystycznym uczuciem oporu, jaki stawia skóra normalna, gdyż przedostanie się igły do tkanki podskórnej sprowadza tworzenie się blizn głębokich, upośledzających ruchomość skóry. Kauteryzacja wywołuje jeszcze żywszy ból, aniżeli skaryfikacja; zostaje po niej uczucie przykrego palenia, które trwa kilka minut po zabiegu. Znieczulenie jest niemożliwe z tych samych względów, co przy skaryfikacji. Powierzchnie kauteryzowane pokrywamy kompresami z soli fizjologicznej na

przeciąg kilku pierwszych godzin. Po tym czasie strupki zazwyczaj odklejają się naskutek wysięku surowiczego, wydzielającego się z miejsc kauteryzowanych. Całkowite bliznowacenie guzków pojedynczych następuje po 5—6 dniach, nieco później, jeżeli guzki zlewają się na szerszej przestrzeni. Powtarzając kauteryzację w odstępach tygodniowych, ostatecznie uzyskujemy bliznę gładką, jednolitą, bez śladu guzków toczniowych. Niezbędna jest jednakże dłuższa obserwacja przez wzgląd na możliwość tworzenia się nowych guzków, które winny być jaknajwcześniej niszczone. Uwzględniając powyższe szczegóły, musimy zgodzić się, że metoda kauteryzacji jest niewątpliwie prostsza, czystsza i szybsza, aniżeli skaryfikacja.

Metoda Du Castela niszczenia toczni rozległych za pomocą prądu powietrza o b. wysokiej tmp., sięgającej 700 stopni, daje możliwość niezmiernie szybkiego operowania w ciągu jednego seansu. Tkanka niemal momentalnie zwęгла się; natomiast gojenie się i bliznowacenie postępuje niezmiernie powolnie, co gorsza, blizny są przeważnie wybujałe i nierówne. Stosowanie tej metody ma jeszcze tę słabą stronę, że, jak i natryski nitkowate, wymaga złożonej i kosztownej aparatury.

Niektórzy autorzy zachwalają działanie prądów o wysokiej częstotliwości; doświadczenie jednak wykazuje, że ich wpływ na zmiany toczniowe jest zbyt powierzchowny i nietrwały.

Stosowano również i negatywną elektrolizę; wyniki są zachęcające, skutek zbliżony do kaustyki termicznej. Ponieważ zabiegi są b. bolesne, metoda ta nie zdobyła sobie wielu zwolenników.

Śnieg kwasowęglowy może być użyty do niszczenia toczni ograniczonych i powierzchownych, pod warunkiem, że kontakt jego ze skórą będzie trwał przynajmniej 1— $\frac{1}{2}$ minuty. Wgląb

działa słabo, zatem na guzki niema wielkiego wpływu.

Do metod leczenia, działających w sposób łagodny, zaliczymy przede wszystkim takie czynniki, jak światło Finsena i promienie X.

Fototerapia Finsena polega na dłuższym działaniu potężnego ogniska światła elektrycznego na tkankę toczniową; aby promienie mogły lepiej przenikać przez pokrywę skórną i głębiej sięgać swym działaniem, niezbędne jest wyparcie krwi z tkanki chorej, co osiąga się metodycznym i nieprzerwanym uciskiem tkanki podczas naświetlania. Światło łukowe w rurze Finsenowskiej kondensuje się zapomocą szeregu soczewek, chronionych od nadmiernego ciepła krążącą wodą, ucisk zaś na tkankę reguluje aparat śrubowy, pozwalający przesuwać rurę w kierunku jej osi.

Metoda Finsena, umiejętnie zastosowana, daje z punktu widzenia estetyczno-kosmetycznego doskonałe rezultaty. Nie powstają po niej ani owrzodzenia, ani blizny, i, jeśli nie stosowano przedtem środków kaustycznych, tkanka powraca do swego pierwotnego wyglądu. Metoda ta przewyższa zatem wszystkie inne. Co równie ważne, nie wywołuje żadnego bólu, odczyny zaś podrażnieniowe są minimalne i przejściowe. Jednak i tu nie mamy rękojmi ewentualnych nawrotów, ponadto nie daje się metoda ta stosować w miejscach, gdzie niepodobna wyrzucić długotrwałego i metodycznego ucisku. Niestety, stosowanie tej metody w toczniach o większej rozległości jest beznadziejnie trudne i długie. Dość powiedzieć, że toczeń policzka, średnicy 1,5 cm., wymaga przynajmniej 25 seansów, z których każdy trwa godzinę. Ustawiczna, a niezbędna kontrola anemizującego ucisku wymaga wyspecjalizowanego personelu pomocniczego, który winien mieć oczy niemal utkwione w chorego. Wystarczy bowiem minimalny ruch z jego strony, aby warunki kompresji się zmieniły. Wreszcie armatura Finsenowska jest b. kosztowna i zużywa ogromną ilość prądu, co sprawia, że urządzenia Finsenowskie posiadają tylko większe zakłady lekarskie.

Światło Finsena może być zastąpione części przez słońce, zwłaszcza u dzieci. Insolacja powinna odbywać się 2 razy dziennie, przynajmniej przez godzinę. Wyniki są naogół dobre, lecz metoda ta jest b. powolna, trwa miesiącami, co gorsza, ściśle zależna od szerokości geograficznej, w której chory zamieszkuje.

Rentgenoterapia daje rezultaty b. nierówne. Obok przypadków bez żadnego wyniku widzimy takie, gdzie promienie X działają niezwykle szybko i korzystnie. Przy dzisiejszej wysokiej technice rentgenowskiej oparzenia lub przekształcenia nabłonakowe należą do wielkich rzadkości i mogą zależeć jedynie od specjalnie silnej, a nieprzewidzianej wrażliwości osobnika naświetlanego. W formie wyjaśnienia dodamy tu, że promienie X nie mają żadnego wpływu na lasecznik Kocha; ich działanie sprowadza się do pewnych, bliżej nam nieznanych przemian biologicznych w tkance. W radjoterapii skórnej mamy do czynienia z promieniami miękkimi, mało przenikającymi w głąb tkanki. Ognisko toczniowe winno być przygotowane do naświetlania uprzedniemu zastosowaniem maści żrącej. Dawkowanie energii promieniotwórczej za-

leżne jest w pierwszym rzędzie od charakteru sprawy chorobowej i od indywidualnych wskazań. Według Brunnera (Polska Gaz. Lek. 1927 Nr. 25) do leczenia gruczycy skóry najbardziej nadają się promienie o twardości 9—11 Wehnelców, przepuszczone przez filtr glinowy grubości 1 mm. Tylko w sprawach głębszych można stosować filtry o większej grubości. Jednorazową dawkę w większości przypadków Brunner określa na 8—10 X, zatem mniej, niż dawka epilacyjna. Przerwa pomiędzy poszczególnymi seansami winna wynosić co najmniej miesiąc, trzecie naświetlenie — nie wcześniej, aniżeli po upływie 2 miesięcy od ostatniego razu. W tych warunkach obawa jakiegokolwiek uszkodzenia skóry odpada niemal całkowicie.

Jeśli chodzi o bliższe wskazania, to do radjoterapii najlepiej nadają się tocznie o podstawie silnie nacieczonej i przekrwionej, t. zn. przypadki, w których inne metody rokują mało widoków powodzenia lub działają b. powoli. Dobrze jest łączyć radjoterapię ze skaryfikacją lub kauteryzacją termoelektryczną. Dodamy tu jeszcze, że radjoterapia winna się znajdować w rękach doświadczonych specjalistów, jeśli ma być stosowana *lege artis*.

Rad daje znacznie słabsze wyniki od promieni X. Dobrze nadaje się natomiast do leczenia zmian toczniowych na błonach śluzowych.

Wszystkie wyżej przytoczone metody nie wyczerpują jeszcze całokształtu zagadnienia terapii gruczycy skóry. Należy tu wspomnieć o metodzie leczenia toczni djetą Gersona. Korzystny wpływ bezsolnej djety Gersonowskiej sprawdzany był przede wszystkim na toczniach. Dopiero potem próbowano leczyć tą drogą grzlicę kostną, płucną i t. d. Większość autorów zgadza się, że stosowanie bezsolnej djety z jednoczesnym podawaniem dużych ilości tranu wpływa bardzo korzystnie na bliznowacenie zmian toczniowych.

Powstanie swe metoda Gersona zawdzięcza przesłankom czysto empirycznym. Opierając się na spostrzeżeniach szkoły wiedeńskiej, stwierdzających, że tkanka grzlicza i nowotworowa nasycona jest obficie solą kuchenną, Gerson próbował leczyć całkowicie wyłączeniem z pożywienia tego składnika. Sauerbruch i Hermannsdorfer zmodyfikowali nieco djetę Gersona, przyjmując jednak za podstawę jego metodę oryginalną: t. zn. zupełne wyłączenie soli kuchennej i zastąpienie jej przez „mineralogeny”, w skład których wchodzi rozmaite związki jak *calcium lacticum*, *calcium sulfuricum*, *natrium silicicum*, *natrium bromatum*, *magnesium sulfuricum* i inne. Umiarkowana ilość białka, przewaga tłuszczów i witamin cechują djetę Gersonowską, która z uwagi na zupełny brak w niej soli kuchennej, musi być jaknajbardziej urozmaicona. Pokarmy dopuszczalne składają się z mleka (1—1 i pół litra na dobę), śmietanki, kefiru, niesolonych masła i serów, świeżych owoców, jarzyn, pieczywa bez soli, słodkich ciast, jaj, ryżu, cukru, miodu, oliwy oraz całego szeregu przypraw korzennych, które proponuje Hermannsdorfer celem pobudzenia apetytu chorego i zamaskowania wielce dokuczliwego braku soli. Ogółem chory, ważący 60 kg., winien otrzymać w ciągu dnia 90 gr. białka, 160 gr. tłuszczu, 220 gr. węglowodanów. Wartość energetyczna tych składników równa się 2700—3000 kaloryj.

lej przepukliny udowej prawostronnej. Od tego czasu zawsze zdrowa, parokrotnie rodziła, ogółem 8 razy. Nie roniła, perjody regularne, ostatni na tydzień przed chorobą.

St. pr. *Facies hypocratica*, skóra ziemista. Śluzówki blado-sine, język suchy. Kończyny zimne, sine; tony serca b. ciche, tętno niemacalne; ciepłota 36,3⁹ *Status grovis*. Płuca bez zmian. Jama brzuszna: powłoki symetr., miernie wzdęte. Blizna pooperacyjna w okol. pachwinowej prawej. Wypuk po prawej str. bębenk., po lewej przytłumiony. Obrona mięśnicwa nieznaczna. Żywa bolesność uciskowa na całym brzuchu. Blumberg wszędzie dodatni. Odruchy brzuszne prawie zniesione, bolesne. Ginekolog. bez zmian. W moczu wybitnie zwiększony indykan.

Rozpoznano *peritonitis diffusa*, najprawdopodobniej na tle niedrożności mechanicznej jelita.

Po 22 godz. od chwili przybycia na oddział chora zmarła.

Płoński er dodaje, że na sekcji stwierdzono przebiecie ściany jelita cienkiego 35 cm. powyżej kieszki ślepej oraz ropne zapalenie otrzewny; w miejscu przebicia jelito było znaczne rozszerzone; poniżej rozszerzenia okrężne zgrubienie (mikroskopowo — blizna) i zwężenie. W rozszerzonej części znaleziono dość dużą kostkę kury o ostrych końcach oraz liczne ości od ryb. Ponad prawą pachwiną szeroki worek przepuklinowy o zbliżnowaćiałem dnie. Okrężna blizna w ścianie jelita cienkiego powstała najprawdopodobniej naskutek uwięźnięcia w worku przepuklinowym i spowodowała zwężenie światła jelita, ponad którym mogły się zatrzymać części pokarmowe.

Sekretarz: M. Szou r.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych

Pasteur Vallery — Radot zwraca uwagę na marcowem posiedz. tow. lek. szpit. w Paryżu (Pr. méd. Nr. 23) na *niebezpieczeństwo*, związane z *zastrzyknięciem dużej dawki adrenaliny*. Chorej 45-letniej o świetnym stanie ogólnym i normalnym stanie serca i nerek strzyknięto pod skórę 1/2 miligr. adrenaliny. Chora dostała napadu, po którym wystąpiło prawostronne porażenie połowicze z niemotą. Zaburze-

nia mowy ustąpiły, lecz porażenie pozostało. Należy więc zawsze przednio wypróbować wrażliwość na adrenalinę, nie wstrzykując początkowo powyżej 1/4 miligr.

Napad *nadciśnienia po doustnem wprowadzeniu adrenaliny* spostrzegali Troisier i pani Weiss — Rondinesco (tow. lek. szpit. parysk. — Pr. méd. Nr. 23). Po przypadkowym zażyciu 4 cm. sz. adrenaliny (1:1000) ciśnienie w kilka minut z 10, 5—8 wzrosło do 18 — 13, a nawet 23 — 13, czemu towarzyszyły objawy obrzęku płuc. Po upływie czterech godzin ciśnienie opadło do 18 — 12, jeszcze po trzech godzinach do 15 — 10, zaś dnia następnego wróciło do poprzedniej normy.

Siedm przypadków *ostrego zapalenia opon mózgowych z limfocytozą, łagodnie przebiegającego i symulującego gruźlicę opim*, spostrzegali Roch, Martin i Monedjiko v a. Autorzy, wobec przebiegu łagodnego, nie mogą myśleć o gruźlicy, nie mogli jednak ani wykryć innego zarazka, ani określić istoty cierpienia. Sądzą tedy, że albo mieli do czynienia z zarazkiem przesączalnym gruźlicy, albo z odmianą śpiączki (*encephalitis epidemica*), która może, jak wiadomo, występować pod najrozmaitszymi postaciami, dając w tym razie coś nowego (tow. lek. szpit. — Pr. méd. Nr. 23).

Posocznicę paciorkowcową z umiejscowieniem w mięśniach spostrzegali Abram i Worms (tow. lek. szpit. parysk. — Pr. méd. Nr. 23). Chory 30-letni nagle dostał bólu w ramieniu i objawów ogólnych z ciepłotą do 40⁰. Wkrótce utworzyło się obrzmienie w przedniej ścianie dołu pachowego. Posiew krwi wykrył obecność paciorkowca. Chory zmarł po upływie 48 godzin, zaś badanie pośmiertne stwierdziło obecność zapalenia *m. pectoralis* pochodzenia paciorkowcowego.

Ci sami autorzy na tem samem posiedzeniu omawiali *przypadek posocznicy, wywołanej przez pneumobacillus Friedländeri z umiejscowieniem w płucach*. Na ósmy dopiero dzień choroby wystąpiły objawy ogniskowe w płucu. Posiew krwi i badanie płwociny dały w wyniku obecność wspomnianego drobnoustroju. Zastrzyknięcie do żyły 40 cm. sz. trypaflawiny na 11-sy dzień choroby spowodowało spadek ciepłoty w ciągu kilku godzin z 40° do 37°; ku końcowi tygodnia rozpoczął się okres rekonwalescencji.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z zagadnień sanitarnych Holandji.

Podał

Dr. M. KACPRZAK (Warszawa).

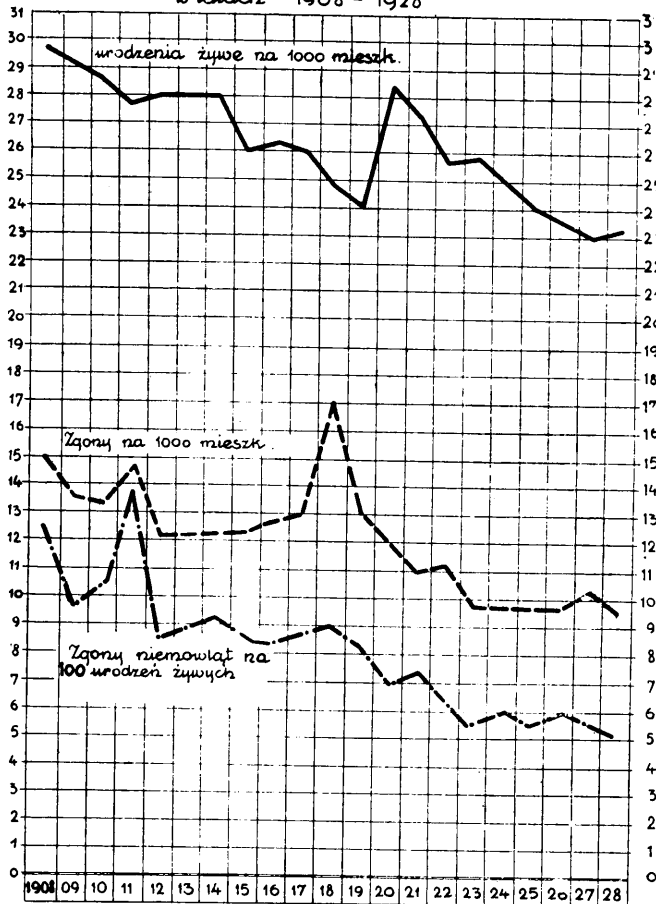
W Holandji byłem już kilkakrotnie w charakterze higienisty, badając stan sanitarny kraju, urzędzenia i administrację Służby Zdrowia. W roku 1925 w N. 9 Warsz. Czasop. Lek. umieściłem w tej sprawie artykuł w postaci korespondencji pod nazwą „Wrażenia z Hagi“. Obecnie, po dłuższych studjach w Kraju Nizin, chcę szczegółowiej rozpatrzyć najciekawsze strony akcji higienicznej, tam prowadzonej, i jej skutków, widocznych w poziomie sanitarnym kraju.

Holandja budzi ciekawość higienisty ze względu na wyjątkowo niską umieralność przy wysokim współczynniku urodzeń, niską zapadalność na choroby zakaźne i szereg innych danych, wskazujących na pomyślne warunki sanitarne kraju. Fakt, że Holandja może się poszczycić najniższym współczynnikiem zgonów w Europie, a jeżeli uwzględnić inne części świata ustępuje tylko Nowej Zelandji, fakt, że miasta holenderskie mają umieralność niemowląt poniżej 5 proc., a cały kraj poniżej 6 proc., nie powinien ująć uwagi już nietylko lekarza higienisty, ale każdego, kto interesuje się zagadnieniami życia społecznego.

Warunki naturalne Holandji napozór nie wydają się być wyjątkowo pomyślne dla zdrowia. Holandja, jak wiadomo, jest krajem nizinnym, wydartym w znacznej części morzu, które nie zalewa brzegów tylko dzięki niezwykle sztucznym urządzeniom technicznym: czwarta część kraju znajduje na wysokości 1—10 metrów nad poziomem morza, a 38 proc. poniżej metra. Znane na całym świecie poldery są wykorzystane do celów rolniczych jako łąki lub pola tylko dzięki stałemu wypompowywaniu wody za pomocą pomp parowych lub też zwykłych wiatraków (kiedyś to był jedyny sposób w użyciu) z niższych poziomów na wyższe. Olbrzymią, a z punktu widzenia estetycznego uroczą nizinę holenderską, zaledwie w 45 proc. tworzy gleba piaszczysta, reszta to glina, albo też torfowiska Torfowiska porznięte są kanałami we wszystkich kierunkach. Do kanałów ściekają różne nieczystości, między innymi niekiedy i ludzkie, tam są odrzucane wszelkie odpadki; po bokach porznięte są kanały bujną roślinnością; różne wodorosty pokrywają niekiedy całą powierzchnię, a wszystko to gnije i osadza się na dnie. Bliżej ludzkich woda w kanałach jest często brudna i cuchnąca. W jakiej mierze głębsze pokłady gleby są przepełnione materją organiczną, potwierdza fakt, że w niektórych okolicach w Holandji Północnej na pewnej głębokości istnieje metan. Gaz ten używany jest do oświetlania, i niektórzy

fermerzy sami go sobie z ziemi otrzymują, używając dla swoich potrzeb.

HOLANDJA: URODZENIA,
UMIERALNOŚĆ NIEMOWLĄT; UMIERALNOŚĆ OGÓLNA
w latach 1908 - 1928



Przytoczone fakty, w najmniejszej mierze nieprzesadzone, zdawałyby się wytwarzać warunki wyjątkowo niepomyślne pod względem higienicznym: znaczną część kraju możnaby śmiało nazwać „malaryczną” w dawnym znaczeniu tego wyrazu, pełną „wyziewów szkodliwych dla zdrowia”, a powstających z gnicia materii organicznej w miejscowości nizinnej. Ze ten pogląd tkwi w umysłach ludzi nawet wykształconych, dowodzi następująca cytata, zaczerpnięta z popularnej broszury o Holandji p. F. Morzyckiej. Autorka mówi: „Wilgotne, nisko położone miejscowości zwykle bywają niezdrowe, wszelkie choroby i epidemie rozwijają się tu daleko szybciej i silniej, niż w miejscowościach wysokich i suchych. Holandia należy do bardzo niezdrowych krajów, i człowiek tu żyje krócej, a nawet sprząty rdzewieją i psują się prędzej, niż gdzieindziej”. Podobnych poglądów niesłusznych co do stanu sanitarnego Holandji w roku 1907, kiedy pisała F. Morzycka, przeczących rzeczywistości dziś, przytrzymują się niekiedy jeszcze i lekarze, nie biorąc pod uwagę faktu, że umieralność w wilgotnej, niezdrowej Holandji jest dwukrotnie niższa, niż na naszych piaskach mazowieckich lub nawet na Côte d'Azur we Francji. W tym „malarycznym” kraju niema nawet malarii, lub przynajmniej jest jej bardzo niewiele, co zaś do ogólnej zdrowotności, to trudno naprawdę wymyślić lepszy przykład, najdobitniej wykazujący, że

głęboko zakorzeniona obawa przed tajemniczymi wyziewami, powstającymi z nizin błotnistych, to przesąd, który już czas naprawdę złożyć do lamusa pamiątek historycznych. Jak wyglądają warunki zdrowotne w Holandji w rozpatrzeniu bardziej szczegółowym, jakimi drogami zdąży holenderska służba? do ochrony i podniesienia zdrowia mieszkańców — jest dalszym ciągiem pracy niniejszej. Najpierw jednak trochę pobieżnych wiadomości co do samego kraju

Powierzchnia Holandji wynosi w okrągłych liczbach 40.800 klm.², a po wyłączeniu wód wewnętrznych 32.600 klm.² Ludności według ksiąg stanu cywilnego było na 1 lipca 1927 r. 7.563.871. Gęstość zaludnienia — 220 osób na klm.² Holandia posiada poza tem kolonie, mające przeszło 2 miliony klm.² powierzchni i powyżej 50 milionów ludności (Jawa 35 milionów). Przeciętna roczna temperatury 10,1° C. (przeciętne max. 13,4°, przeciętne min. 5,3°). Wilgotność względna 80,7. Dni deszczowych w ciągu roku 206, ze śniegiem 18, z burzą 23; niebo jest najczęściej zachmurzone, powietrze wilgotne i mgliste. Państwo całe podzielone jest na 11 prowincyj. Od nazwy dwu największych prowincyj Holandji Północnej i Holandji Południowej, cały kraj nosi miano Holandji, choć w większości języków, między innymi i holenderskim, używa się nazwy Kraj Nizin (Niderlandy-Nederland). Pod względem administracyjnym Holandia posiada cechy państwa, sięgającego korzeniami głęboko w średniowiecze. Na czele każdej prowincji stoi komisarz królowej, urzędnik państwowy, mający przy sobie Radę Prowincji (Provinciale Staaten). Prowincje dzielą się na gminy, których liczba wynosi około 1.100. Gmina jest najniższą jednostką administracyjną, do której należą wszystkie obowiązki gospodarki miejscowej, a więc i zagadnienia zdrowotne. Całość pracy opiera się na samorządach, które rozwijając się stopniowo w ciągu setek lat, zawsze korzystały z wielkich swobód i do ostatnich czasów niezależności tej chciwie bronią, choćby ta obrona nosiła nawet cechy mniej lub więcej ciasnego partykularyzmu.

Administracja Służby Zdrowia do niedawna podporządkowana była Ministerstwu Spraw Wewnętrznych, od roku zaś 1918 należy do Ministerstwa Pracy, Handlu i Przemysłu, w którym stopniowo odbywa się koncentracja wszystkich agend sanitarnych. Na czele Służby Zdrowia stoi Generalny Dyrektor (nie lekarz), który ma do pomocy Radę Zdrowia (Gezondheidsraad), organ doradczy, składający się z 80 honorowych członków, specjalistów z różnych dziedzin, mianowanych przez koronę. Przewodniczącą Rady i sekretarz są płatnymi urzędnikami. Generalny Dyrektor i główni inspektorzy są członkami Rady *ex officio*. Rada dzieli się na komisje, składające się mniej więcej z 10 członków każda. Należy dodać, że rada nie jest organem wyłącznie doradczym w znaczeniu wydawania opinii w razie potrzeby, ale jednocześnie ma obowiązek czuwania nad stanem sanitarnym kraju i informowania centralnych władz sanitarnych o sytuacji i konieczności wydania odpowiednich zarządzeń.

Dalszy organ państwowy wykonawczy (w rzeczywistości raczej nadzorczy) tworzą główni in-

spektorzy według specjalności w liczbie pięciu: 1) główny inspektor chorób zakaźnych (lekarz), do którego także należy personel lekarski wszystkich stopni i lecznictwo, 2) główny inspektor farmacji (farmaceuta), mający pod swoją opieką sprawy aptekarskie, handel narkotykami i produktami spożywczymi, wreszcie (dziwnie archaiczne połączenie!) higienę gleby, wód i powietrza, 3) główny inspektor spraw mieszkaniowych i planowania osiedli (inżynier), 4) główny inspektor mięsa, 5) główny (tytularny) inspektor higieny społecznej (lekarz), do którego należy walka z gruźlicą, z chorobami wenerycznymi, opieka nad dzieckiem, i wreszcie jest szósty inspektor, do którego należy zwalczanie alkoholizmu. Przed paru laty było próba wprowadzenie podziału kraju na 24 okręgi z lekarzem na czele, ale reforma ta nie znalazła uznania i nie przyjęła się.

Higjena pracy należy do tegoż ministerstwa, ale jest wyodrębniona od właściwej Służby Zdrowia; na czele jej stoi własny generalny Dyrektor, mający do pomocy inspektorów i lekarzy higienistów. Istnieje także samodzielna centrala do spraw wodnych.

W Służbie Zdrowia każdy z inspektorów głównych, odpowiadających mniej więcej naszym naczelnikom wydziałów, ma do pomocy inspektorów, działających już tylko na ograniczonym terytorjum, ale niezawsze jednakowem tak, że inspektorat z jednej dziedziny niekoniecznie pokrywa się z terenem inspektora, prowadzącego akcję w innym dziale. W dziale inspekcji mieszkaniowej jest 9 inspektorów inżynierów (prócz pomocników), w dziale farmaceutycznym, mającym pod swoją opieką również higienę otoczenia, jest 6 inspektorów farmaceutów, w nadzorze nad mięsem 10 weterynarzy, w dziale walki z chorobami zakaźnymi — 4 inspektorów lekarzy, w higienie społecznej (z wyłączeniem alkoholizmu) 3 inspektorów, w tem jedna kobieta, w walce z alkoholizmem 6 inspektorów - pomocników, obarczonych jednocześnie kontrolą nad zastosowaniem obowiązującego w tej dziedzinie prawodawstwa.

Współpracują z administracją sanitarną 3 zakłady państwowe: Instytut Serologiczny w Utrechcie, Instytut Higieny także w Utrechcie, składający się z trzech sekcji: bakterjologicznej, serologicznej i weterynaryjnej, wreszcie Instytut Farmaceutyczny. Wszystkie trzy znajdują się na wysokim poziomie i są dobrze urządzone. Dla celów sanitarnych największe ma znaczenie Instytut Higieny, dokąd każdy lekarz może posłać do analizy bezpłatnie próbkę podejrzanego materiału zakaźnego. Prócz wspomnianych instytucji centralnych istnieją tak zwane komisje lokalne, które, aczkolwiek nie przejawiają działalności bardzo energicznej, odgrywają pewną rolę. Komisje takie istnieją obowiązkowo we wszystkich osiedlach, mających powyżej 18.000 mieszkańców. Komisja składa się przynajmniej z 5 miejscowych obywateli, przeważnie mianowanych przez królewskiego komisarza danej prowincji. Sekretarz komisji, nie będąc jej członkiem, jest funkcjonariuszem płatnym w połowie przez gminę, w połowie przez państwo. Wszystkie decyzje rady miejskiej, dotyczące higieny, muszą być poddane pod rozpatrzenie komisji, choć rada miejska nie jest prawnie zmuszona zastosować się do uchwał

komisji. Komisje ostatnio odgrywały pewną rolę w sprawach mieszkaniowych.

Wykonawstwo opieki nad zdrowiem ludności w Holandji należy zasadniczo do samorządów. Jeszcze w wiekach średnich organizujące się władze miejskie, brały na siebie pewne obowiązki, dotyczące zdrowia obywateli, początkowo sporadycznie w razie niebezpieczeństwa, następnie, wydając pewne trwałe przepisy, i strzegąc ich zastosowania, przepisy różniące się niekiedy znacznie w miastach sąsiednich. Stopniowo z rozwojem państwowości wzrastała centralizacja całego życia społecznego, a więc i służby zdrowia, i dziś interwencja państwowa jest znacznie większa, aniżeli była nawet stosunkowo niedawno, bo przed wojną. Interwencja państwa okazała się konieczna, bo 1) gmina, tak samo wiejska, jak i miejska, przestała być jednostką samowystarczalną i nie mogła pozostać zupełnie izolowana od innych, tak sąsiednich, jak i bardziej odległych, 2) działalność gmin niezawsze była racjonalna i wystarczająca, 3) państwo tylko mogło poprowadzić należytą akcję w sprawach bardzo ważnych, dotyczących całego kraju, między innymi w sprawach międzynarodowych. W zasadzie jednak i obecnie państwo ma nadzorować, udzielać rad, dawać dyrektywy, w potrzebie interwenjować, ale głównie drogą autorytetu, nie rozkazem, tak, że współczesna inspekcja państwowa sprowadza się również głównie do badania istniejącego stanu rzeczy i udzielania instrukcji.

W gminie, tak samo wiejskiej, jak i miejskiej, całkowitym gospodarzem i zwierzchnikiem również i w sprawach zdrowotnych jest burmistrz, którego lekarz może być tylko fachowym doradcą. Niema instytucji lekarzy ani wojewódzkich, ani powiatowych (przez analogię z naszymi warunkami), lekarze zaś miejscy mają za zadanie przede wszystkim niesienie pomocy lekarskiej, a do zagadnień sanitarnych w naszym rozumieniu aparatu lekarskiego prawie że nie posiadają. Jedyne miasto, które rozporządza szeroko rozwiniętym aparatem, choć mniej w dziedzinie higieny, więcej w dziedzinie medycyny zapobiegawczej, jest Amsterdam (patrz „Wrażenia z Hagi” *loc. cit.*).

Wydatki Państwa na Służbę Zdrowia wynosiły w 1926 roku 17.988.368 guldenów,* co tworzy 2,6% całego budżetu państwowego. Ale w sumie wydatków na zdrowie najpoważniejszą część, bo $\frac{3}{4}$ wynosi subwencja na budowę domów mieszkalnych, a to nie należy do bezpośrednich zadań Służby Zdrowia. Po odliczeniu więc 13.451.000 guldenów przeznaczonych na rozbudowę, na sprawy wyłącznie zdrowotne poszło zaledwie 4.537.368 guld; w tem zaś dwie najważniejsze pozycje — nadzór nad produktami spożywczymi (1.567.524 guld.) i walka z gruźlicą (1.203.000 guld.) — pochłonęły razem połowę budżetu zdrowotnego. W porównaniu z naszym budżetem uderza stosunkowo skromna suma na walkę z ostrymi chorobami zakaźnymi (254.730 guld.), na choroby weneryczne (10.000 guld.), na administrację sanitarną, a jak dopiero co wspomniano, bardzo wysoka na nadzór nad produktami spożywczymi i na walkę z gruźlicą.

*) Gulden = 3.58 zł.

T A B L I C A I.

Lekarze, lekarze dentyści i akuszerki w Holandji na 1-go stycznia 1928 r.

G M I N Y	O g ó l n a l i c z b a			Przypada mieszkańców		
	Lekarzy	Akusze- rek	Lekarzy dentyстів	na 1-go lekarza	na 1-ę akuszerkę	Na 1-go lek. den- tystę
Amsterdam	623	122	121	1179	6024	6073
Rotterdam	280	90	48	2042	6354	11913
H a g a	456	46	84	913	9047	4955
U t r e c h t	197	11	36	770	13787	4214
W osiedlach z ludnością pow. 100.000 mieszkańców	1556	269	289	1205	7080	6486
W osiedlach z ludnością od 50.001 — 100.000 mieszkańców	469	71	95	1334	8811	6585
W osiedlach z ludnością od 20.001 — 50.000 mieszkańców	569	126	120	1908	8615	9046
W osiedlach z ludnością od 5.001 — 20.000 mieszkańców	966	274	133	2232	7869	16211
W osiedlach z ludnością od 4.001 — 5.000 mieszkańców	212	79	9	—	—	—
W osiedlach z ludnością od 3.001 — 4.000 mieszkańców	179	68	5	—	—	—
W osiedlach z ludnością od 2.001 — 3.000 mieszkańców	172	48	4	2578	8264	104681
W osiedlach z ludnością od 1.001 — 2.000 mieszkańców	139	33	—	—	—	—
Poniżej 1000 mieszkańców	29	—	—	—	—	—
W całym państwie	4291	978	655	1777	7878	11643

Pod względem personelu lekarskiego i pomocniczego sytuacja Holandji jest bardzo pomyślna. Lekarzy praktykujących w całym kraju na 1 stycznia 1928 roku było 4291, co wynosi 1:1177 mieszkańców. Przez porównanie z naszymi warunkami pomyślnie jest rozsiedlenie lekarzy, choć Holendrzy z obecnego stanu też nie są zadowoleni. W Utrechcie, najbardziej skarżącym się na nadmiar lekarzy, na jednego lekarza przypada 770 mieszkańców, a więc przynajmniej dwa razy więcej, niż w niektórych z naszych miast uniwersyteckich. Jak widać z tablicy I, różnica między większymi i mniejszymi osiedlami z punktu widzenia pomocy lekarskiej nie jest zbyt duża. W czterech największych miastach (powyżej 100.000 mieszkańców) stosunkowa liczba lekarzy jest dwukrotnie wyższa, niż w miejscowościach wiejskich (po-

nizej 1.000 mieszkańców), a jeżeli przytem uwzględnić niezwykle łatwość komunikacji i niewielkie przestrzenie, musimy przyznać, że mało jest zakątków, gdzie trudno byłoby o pomoc lekarską. Dowodem udostępnienia pomocy lekarskiej jest choćby to, iż w ostatnich latach zaledwie 3% zmarłych nie było w ostatniej chorobie u lekarza.

Przyrost lekarzy w ostatnich czasach jest szybki i wynosi w ciągu 5 lat od 1/1 1923 do 1/1 1928 r. 594, a więc przeszło stu rocznie; w małych miastach ten przyrost jest najszybszy. Przyrost lekarzy dentyстів jest jeszcze szybszy, niż lekarzy w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, ale rozsiedlenie dentyстів jest znacznie mniej równomierne, dentyści rzadko bowiem osiedlają się w miejscowościach wiejskich.

Kwestja akuszerki zasługuje na specjalne

promieni X rozszerzają się naczynia tam, gdzie uprzednio pod wpływem czynników patologicznych ulegały zężeniu i odwrótnie.

F. Turyn

Chroby dzieci.

DEGKWITZ. Zapobieganie krzywicy. (D. m. W. Nr. 38. 1929).

Tran oraz preparaty witasterynowe w zapobieganiu krzywicy mają wiele cech ujemnych: tran z powodu złego smaku oraz zmiennego działania, preparaty witasterynowe z powodu łatwości przedawkowania. Mleko naświetlane wprawdzie szkodliwego działania nie wywiera, wymaga jednak dokładnych badań. Dla zapobiegania krzywicy na szerszą skalę wśród ludności miasteczek i wsi, gdzie występują bardzo ciężkie postaci krzywicy, stosował autor witasterynę, przekształconą w tłuszcz stały i zmieszany z mąką karmelową. 5 gr. tej mąki zawiera dostateczną ilość witasteryny dla celów zapobiegawczych. W handlu znajduje się w postaci kostek, które podaje się niemowlętom od 4 miesiąca życia raz dziennie w zupach jarzynowych. Dodatnią stroną tego preparatu jest brak obawy przedawkowania, a jednocześnie sprzyja to wczesnemu podawaniu jarzyn niemowlętom. Badania na szczurach wykazały, że witasteryna, przygotowana w postaci tłuszczu stałego, bynajmniej nie traci swoich własności przygotowanie z jarzynami.

Wanda Franzówna

BAMBERGER. O działaniu naświetlanego świeżego mleka. (D. m. W. Nr. 37 1929).

Preparaty ergosteryny, znajdujące się obecnie w handlu, jako środki, zapobiegające rozwojowi krzywicy, z powodu łatwości przedawkowania, uniemożliwiają stosowanie ich na szerszą skalę. Lepszym środkiem w tym celu okazało się mleko naświetlane, przyczem autor, mając do dyspozycji 3 lampy, przeprowadził jednocześnie badanie porównawcze która z lamp dawała najlepsze wyniki. 1200 dzieciom z cierpieniami ostreimi lub przewlekłymi podawano przez 4 miesiące zapobiegawczo naświetlane mleko, przyczem ujemnego działania nie spostrzegano. Między temi dziećmi 51 było gruźliczych. Podawanie niemowlętom mleka naświetlanego w przypadkach już istniejącej krzywicy dawało najlepsze wyniki przy stosowaniu mleka naświetlanego lampą Hananera i Scheidta. Wyniki kontrolowano przy pomocy promieni Roentgena. Niemowlęta, karmione tem mlekiem przez 3—12 miesięcy przybierały na wadze, rosły, objawów krzywicy nie stwierdzano. Stosowanie mleka, naświetlanego w celach zapobiegawczych i leczniczych w sposób, wyżej wspomniany ma tę wyższość nad preparatami ergosteryny, że niema obawy przedawkowania, gdyż 100 cm. sz. mleka naświetlanego odpowiada 5 gr. tranu.

Wanda Franzówna

PRIESEL i WAGNER. Zasady leczenia moczówki cukrowej u dzieci. (Ther. d. Gegenw. H. 2/1930).

Przy leczeniu moczówki cukrowej u dzieci nie możemy określić ustalonej liczby potrzebnych kaloryj, ponieważ w miarę wzrostu organizmu liczba ta stale ulega zmianie. Należy zwrócić uwagę, by liczba kaloryj białka nie była zbyt niska i zmieniała się w zależności od ogólnego zapotrzebowania kaloryj rosnącego organizmu i wynosiła 10 proc. ogólnej liczby kaloryj; natomiast ilość węglowodanów podawanych jest dość równomierna i stała i wynosi 60 gr.=100 gr. bulki dziennie. Silna acetonuria daje się już usunąć przez podanie tej ilości węglowodanów, ślady acetonu nie mają

większego znaczenia. Rokowanie jest lepsze, o ile objawy moczówki cukrowej wystąpią po okresie pokwitania, kiedy rozwój organizmu jest już po części zakończony. Wszelkie infekcje wywierają bardzo niekorzystny wpływ na przebieg moczówki cukrowej u dzieci; o ile zaraz po stwierdzeniu nie zastosujemy środków dietetycznych: należy znacznie ograniczyć całkowitą dzienną liczbę kaloryj i na kilka dni zupełnie wyłączyć białko zwierzęce; jednodniowa dieta owocowa w postaci 500 gr. surowych owoców (ilość węglowodanów odpowiada 125 gr. bulki); o ile wysoka temperatura utrzymuje się — tę samą dietę powtarzamy w ciągu 2-3 dni. W ciągu następnych dni — dieta węglowodanowa Falty — dopóki ciepota się utrzymuje. Wartość kaloryjna tej diety nie przekracza 60 gr. węglowod. (=100 gr. bulki). Ilość insuliny zostawiamy niezmienną. W razie rozwolnienia — w ciągu dnia wyłącznie mleko z czekoladą (600 gr. mleka + 40 czekolady) =100 gr. bulki.

O ile dziecko nie jest w zapaści, rozpoczynamy leczenie jednodniową głodówką przy dostatecznej ilości płynów, później dieta owocowa, w następnych dniach węglowodanowa. O ile w ten sposób nie zdołamy odeukrzyć — zaczynamy podawać insulinę stopniowo od małych dawek 2 razy dziennie na ½ godziny przed śniadaniem i kolacją, zazwyczaj nie więcej ponad 50 jedn. dziennie.

M. Segal.

Choroby nerwowe i psychiczne

∞ A. BUSCHKE, A. JOSEPH, B. PEISER, F. JACOB-SOHN. Syfilis. Odbitka z. XV tomu Handbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten. Wyd. T. Springer. Berlin 1929.

W pięknym dziele zbiorowym prof. J. J a d a s s o h n a o chorobach wenerycznych omawiane są niektóre sprawy kiły, nteresujące lekarzy, mających do czynienia z syfilisem wszelkiego wieku i narządu. A lekarzy tych jest legion.

Rozdział ogólny o generalizacji kiły i wydzielaniu spirochety opracował po mistrzowsku B u s c h k e z asyntenem swym J a c o b s o h n e m (str. 1 — 45). Rozbierają bardzo szczegółowo 1-y i 2-gi okres inkubacyjny, owrodzenia pierwotne, rozsiewanie się jadu, odporność, okres utajony, kiłę wtórną, okres trzeciorzędny wewnątrznarządowy, s y p h i l i s d ' e m b l e e, postać wrdzoną i postać złośliwą; zaraźliwość poszczególnych tkanek, narządów, cieczy, wydzielein i soków i t. p.

Jako wstęp do dalszych studjów opracował J o s e p h przejawy immunizacyjne z pogranicza syfilisu (zakażenie trypanozomą i spirochetami), tłumacząc tworzenie się przeciwciał, biologię nawrotów, doświadczenia z dziedziny odporności, istotę odporności, jej dziedziczenie i ustosunkowanie do ciał chemicznych. Tenże autor wspólnie z B u s c h k e m następne 40 stronic poświęca wyłącznie kwestji odporności w kile i odporności gatunkowej, rasowej, indywidualnej, nabytej (*anergia specifica*), miejscowej, znaczeniu skóry i narządów wewnętrznych jako ośrodków odporności, alergii. Ulegają jednocześnie interpretacji przeciwciała komórkowe i humoralne (agglutyniny, precypityny, spirochetobójcze i uzupełniające wiążące oraz metodyka doświadczeń z immunizacją czynną i bierną. Rozdział ten (63—101) kończy się na ściślejszej charakterystyce dziedziczenia odporności, zmienności biologji drobnoustroju, zewnątrz pochodzących wpływów na warunki odpornościowe oraz stosunku kiły do innych chorób zakaźnych o typie granulomatozy przewlekłej.

W ostatniej części „reinfekcji, superinfekcji i pseudoreinfekcji”, opracowanej wspólnie przez B u s c h k e g o i P e i s e r a (102—166) przedyskutowane zostały sprawy powyższe ze stanowiska historycznego, klinicznego i eksperymentalnego (na małpach i królikach). Najbardziej ten własni

rozdział obfituje w ogrom literatury wszechświatowej, a nie brak tam i kazuistyki starych twórców kliniki syfilisu [Baerensprung, Ziemssena, Baeymlera, by tylko wspomnieć piśmiennictwo niemieckie, a pominąć obce we wszystkich językach europejskich. Dość powiedzieć, że sama bibliografia super — i reinfekcji zajmuje 10 stron drobnego druku.

Jak całe przedsięwzięcie prof. Jadaasohna, tak i ta, przytoczona w tem miejscu drobna część XV tomu jego, świadczą o świetnym doborze współpracowników przez doświadczony wielce redaktora.

Higier.

N. I. KRASNOGORSKI. O leczeniu ropnego zapalenia opon mózgowych za pomocą założenia czasowej przetoki rdzeniowej. (Jahrb. für Kinderh., 74 tom. 5/6 zeszyt)

Autor pojął nową metodę leczenia zapalenia ropnego opon mózgowych i wodogłowia, polegającą na założeniu przetoki rdzeniowej, dzięki której osiąga się stałe wypływanie płynu mózgowo — rdzeniowego. W tym celu autor posługiwał się cienką srebrną rurką, którą wprowadzał do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia za pomocą tkwiącego w niej trójgrańca. Na zewnętrznym końcu rurki znajdował się krążek z 5-oma otworami, który przy pomocy 4-ech nici jedwabnych przeciągniętych przez otwory przytwierdzano plastrem do skóry. Rurka srebrna połączona była z gumową, którą z kolei łącznie z aparatem, regulującym ciśnienie wypływającego płynu. Już pierwsza obserwacja wykazała, że, im mniejsze było ciśnienie, tem więcej wypływało płynu mózgowo — rdzeniowego.

Zdaniem autora obniżenie ciśnienia w układzie komorowym jest naturalnym bodźcem dla tworzenia się płynu mózgowo — rdzeniowego. Przy założeniu przetoki w ostrym okresie nagminnego zapalenia opon mózgowo — rdzeniowych wypływały duże ilości płynu, zawierającego ropę, bakterje i toksyny. Przez kilka dni wypuszczano 150 cm³ — 200 cm³ ropnego płynu dziennie. Obniżenie ciśnienia powodowało wzmoczone wydzielanie płynu mózgowo — rdzeniowego, który splukiwał produkty zapalne. Z każdym dniem płyn stawał się bardziej przezroczysty. Wydzielanie płynu było najniższe podczas snu: przez 5 minut — 0,3 cm³, na jawie 1,2 cm³, podczas krzyku 4 cm³. Cały ten proces jest według autora fizjologicznym przepłukiwaniem przestrzeni podpajęczynówkowej. Nigdy nie spostrzegł żadnych ubocznych przykrych objawów. Jako środki pomocnicze zaleca podawanie dużej ilości płynu downątrz, potem kofeinę, mocznik, *Liq. kali acetici* w celu pobudzenia produkcji płynu mózgowo — rdzeniowego. W przypadkach b. ciężkich należy stosować surowicę domięśniowo lub dożylnie.

Autor osiągnął za pomocą tej metody w 9-ciu przypadkach wyleczenie bez stosowania surowicy. Drenowanie musi trwać aż do czasu otrzymania zupełnie przezroczystego płynu. Również bardzo dobre wyniki autor otrzymywał przy systematycznym drenowaniu w wodogłowiu.

M. Stopnicka

G. STIEFLER. O złośliwym ogólnym wyłysieniu ośrodkowo-vegetatywnego pochodzenia w encephalitis lethargica. (Deutsche Zeitschrift f. Nerven. T. 107. Z. 3 1929).

Obok niepewnej *alopecia areatas. area Celsi* pasywniejszej istnieje bardzo rozległa dziedzina natury trofoneurotycznej: po urazach czaszki, po wstrząsach psychicznych, w przebiegu endokrynopatii zwykłych i mieszanych (insuffisance pluriglandulaire), jako zespół i jako jednostka chorobowa. Przytacza Stiefler 4 przypadki pośpiączkowego wyłysienia złośliwego, o tyle złośliwego, że obejmowało całą pokrywą

skórą, trwale bardzo długo, raz nawet blisko trzy lata. W epikryzie autor pozostawia bez odpowiedzi stronę patogenetyczną sprawy, czy jad encefalityczny działał bezpośrednio na konstytucjonalnie mało wartościowy włos, względnie jego neuron obwodowy, czy też drogą hormonalną poprzez gruczoły dokrewne, czy wreszcie przez *hypothalamus*, w którym zaczynają się tory troficzo-vegetatywne, prowadzące do rdzenia i pośrednio do dermatomów peryferycznych (u nas zabierali głos w tej sprawie ostatnio Sterling, Herman, Higier).

Higier

E. RAKONITZ. Terapia wątrobo-wa w cierpieniach natury schizofrenicznej. (Monatsschrift für Psychiatrie. T. 73 Z. 1. 1929).

Metoda leczenia wątrobo-wa (Prozythol—Chimoin), która w anemji złośliwej daje nieraz bardzo dobre wyniki, zawiodła zupełnie zarówno przy zwykłej schizofrenji jak w schizofrenjiaci, z bezkrwistością połączonych.

Higier

Medycyna sądowa.

C. SIMONIN. Wskazówki praktyczne co do stwierdzenia opalenizny i rozpoznania samobójstwa za pomocą odczynu z difenylaminą. (Annales de méd. lég. 1929 VIII.)

Dla ustalenia śladów prochu w okolicy rany postrzałowej autor stosuje następującą technikę: kawałkiem gazy, zwilżonej 50% kw. siarkowym, wyciera okolicę rany, następnie rozszczepia tę gazę na szkiełku zegarkowym w kilku kropkach rozcieńczonego kw. siarkowego, wreszcie dodaje kroplami odczynnika (0,2 gr. difenylaminy na 100 gr. kw. siarkowego o koncentracji 96 na 100); w razie obecności czarnego prochu tworzą się błękitne obłoczki. Przy obecności bezdymnego prochu, który wolno się rozpuszcza w kw. siarkowym, powstają niebieskawe nici.

Autor dokonał szeregu doświadczeń, strzelając z rewolweru bull-dog 8 mm. i z browningu kal. 6, 35 mm. Przy strzale z przystawieniem lufy do skóry w obrębie czarnego pasma sadzy szer. ok. 3—4 cm. nie stwierdzono obecności związków nitrowych (odczyn z difenylaminą wypadł ujemnie), co dowodzi, że proch tu uległ zupełnemu spaleni, natomiast odczyn ten był dodatni przy próbach z tkanek brzegu wlotu i kanału postrzałowego. Przy strzałach z nieznacznej odległości odczyn był zawsze dodatni i występował bardzo wyraźnie. Najdalsza odległość dodatniego odczynu wynosiła dla bull-doga 60 cm. dla browninga wspomnianego kalibru — 30 cm.

Badając za pomocą lupy materiał ubraniowy, widzimy, że cząsteczki kurzu bardzo utrudniają rozpoznanie ziarenek prochu gołem okiem w tych warunkach badanie chemiczne jest bardzo pomocne: wycina się kawałek materiału naokoło otworu w ubraniu i przeprowadza się badanie na szkiełku zegarkowym w sposób poprzednio podany. O ile tkanina była koloru błękitnego, należy posługiwać się jako odczynnikiem brucyną.

Badanie prawej ręki trupa celem wykrycia na niej ciał nitrowych może mieć znaczenie co do odróżnienia samobójstwa od zabójstwa tylko wtedy, gdy badanie będzie dokonane porównawczo na obu rękach. Ślady prochu, znalezione na ręce strzelającego (szczeg. na 1 i 2-m palcu) mogą tam się dostać albo bezpośrednio z broni przy strzale, lub — pewna liczba ziarenek prochu po odbiciu się od skóry (tylko oczywiście przy strzałach zbliżonych) padnie na skórę palców. Tego rodzaju warunki mogą mieć miejsce przy strzale z rewolweru i to w przypadkach strzału nie dalej, niż z odległości 5—10 cm. od powierzchni skóry. Przy strzałach natomiast z magazynowego pistoletu pewna liczba drobin prochu przy każdym strza-

le bywa wyrzucana i bez względu na odległość strzału od powierzchni skóry może się dostać na ręce strzelającego.

Reasumując swe badania, autor ustala, że można, posługując się jego techniką, stwierdzić, czy badany otwór jest miejscem wlotu kuli (na ubraniu lub skórze), następnie — czy stosowano proch czarny czy bezdymny i czy strzelano z przystawieniem broni, czy też z pewnej odległości. Kategorie odróżnienie, czy strzelał sam denat, czy też kto inny, niezawszę będzie możliwe.

W. Grzywo-Dąbrowski.

A. SIMON. Samobójstwo osobnika, pozbawionego nogi (amputacja) i stosunek życia płciowego do samobójstwa. (Aerztliche Sach.-Zeit.:g. 1929/20.)

Od czasu, jak istnieje obowiązkowe odszkodowanie z powodu choroby, nabiera dużego znaczenia ustalenie przyczynowego związku pomiędzy samobójstwem a wypadkiem przy pracy, uszkodzeniem ciała i t. p. Naprzykład — po samobójstwie osobnika, u którego kiedyś dokonano amputacji kończyny, rodzina przyczynę samobójstwa skłonna widzieć właśnie w tym braku kończyny i żąda zasądzenia jej renty. Nacógół trzeba przyznać, że nieraz osobników, pozbawionych kończyny lub uległych jakiemuś wypadkowi, uważa się za mniej

wartościowych, ponieważ cierpienia fizyczne obniżają ich sprawność psychiczną. W praktyce jednak zachodzą nieraz duże trudności w stwierdzeniu związku pomiędzy wypadkiem przy pracy a samobójstwem, dokładne tylko ustalenie wszelkich okoliczności przypdku umożliwi znalezienia tego związku. Podobny przypadek opisuje autor: pewien rolnik, ranny w wojnie, był zmuszony poddać się operacji odjęcia prawego podudzia w r. 1918; w r. 1927, w dzień swego ślubu, pozbawia się on życia wystrzałem z pistoletu zupełnie niespodziewanie dla otoczenia. Na pewien czas przed tem dawał on do zrozumienia rodzinie, że długo nie pożyje, zwierzał się, że nie jest zdolny do wypełniania obowiązków małżeńskich, że jest impotentem. Po dokładnej analizie psychologicznej tego wypadku autor przychodzi do wniosku, że samobójstwo nie stoi tu w związku z utratą kończyny (co imputowała władzom rodzina zmarłego), lecz przyczyną samobójstwa były zaburzenia w sferze płciowej; denat, uświadomiwszy sobie, że właśnie wkrótce to jego kalectwo będzie ujawnione wobec przyszłej żony, pozbawił się życia. Należy zaznaczyć, że samobójstwa, popełniane w noc poślubną, nieraz mają właśnie tego rodzaju podkład psychologiczny. Autor podkreśla, że samobójstwa w związku z zaburzeniami sfery płciowej (kastacja, niezdolność płciowa, homoseksualizm) należą do bardzo typowych.

W. Grzywo-Dąbrowski

Wskazówki praktyczne.

B. Zondek stwierdził, że w ostatnim okresie przekwitania, t. j. w czasie, kiedy ustaje czynność jajników, przedni płat przysadki produkuje intensywniej hormon Prolan A, tak, że w moczu można go wykryć. Tak samo daje się wykryć Prolan A w moczu w ciągu całego roku po trzebieniu. W ten sposób więc badanie moczu daje możliwość rozpoznania wypadnięcia czynności jajników. (Klin. Woch. 1930 N. 9).

—o—

Dell'Acqua i Aschner zauważyli wpływ ułożenia ciała na kołatanie serca zależne od stanu nerwowego i od nadczynności tarczycy. W kołatanach serca nerwowych różnica pomiędzy częstością tętna w położeniu stojącym i leżącym była przeciętnie 5 razy większa, niż w kołatanach pochodzenia tarczycowego. (Kl. Woch. 1930 N. 9).

—o—

Rittmann i Schneider sporządzili z korzenia *sarsaparilli* przetwór, zwany *Renopurin*, który ma własność obniżania zawartości azotu we krwi bez jednoczesnego wzmagania diurezy oraz bez przykrego działania ubocznego. Jeżeli tylko nerki jeszcze jako tako działają, to przy pomocy tego przetworu można usunąć objawy mocznicy. (Kl. Woch. 1930 N. 9).

O czerwieni Kongo, jako środka, tamującym krew, pisze J. Baker. U chorych ze świeżymi krwawieniami rozmaitego pochodzenia stosowano zastrzykiwania 10% chemicznie nieczynnej czerwieni Kongo, przyczem stwierdzono skrócenie czasu krzepnięcia krwi obok jednoczesnego zwiększenia liczby trombocytów. Szkodliwego działania ubocznego nie zauważono. (M. m. W. N. 10).

—o—

Według A. Troella przyspieszenie opadania krwinek jest pewnym objawem rozpoznawczym w ostrym zapaleniu pęcherzyka żółciowego, zwłaszcza przy braku wybitnej gorączki, przyspieszenia częstości tętna i leukocytozy. Ważny jest przytem fakt, że zapalenie ostre wyrostka robaczkowego nie daje przyspieszenia opadania krwinek. (Ztbl. f. Chir. 1930 N. 9).

—o—

Ichtoxyl, kombinację ichtioli z tlenem, stosują Ritter i Karrenberg z powodzeniem w *eczema intertrigo chron.*, *eczema seborrhoicum chron.* i w *dermatozach pasorazytnicznych*. *Ichtoxyl* ma potęgować własności przeciwzapalne, a szczególnie kapillarotoniczne ichtioli. (M. m. W. 1930 N. 6).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Zrzeszenie Lekarzy Rzplitej Polskiej.

113 posiedzenie kliniczne z dnia 19. XI. 1929 r.

Przewodniczący: A. Fryszman.

1). N. Mayzner i M. Płoński. *Przyp. ropowicy po uszkodzeniu cewki moczowej z ropniami w mięśniu sercowym.*

Chory mężczyzna, lat 49, przywieziony na odd. wewn. Szpitala na Czystem w stanie prawie nieprzytomnym, z silnymi bólami w okolicy pęcherza moczowego. Z zeznań rodziny wynikało, że od szeregu lat chory ma trudności w oddawaniu

moczu; mocz oddaje z wysiłkiem i kroplami. Badanie wykazało; to 390, t. 102, skóra blada, język suchy, oddech głęboki. Płuca, serce bez większych zmian. Okolica nerek przy opukiwaniu nieco bolesna. Pęcherz moczowy wypukuje się na 1 palec poprzeczny powyżej spojenia łonowego. Badanie cewki: otwór zewnętrzny wielkości lepka szpilki, wzdłuż cewki na przestrzeni 5—6 ctm. stwierdza się wyraźne zgrubienie o nieregularnych kształtach, skóra nad cewką niezmienną. Badanie gruczołu krokowego wykazuje ropień wielkości orzeszka laskowego. Próba cewnikowania nawet nitkowatymi instrumentami nie dała wyniku. Mocznik we krwi — 1.5 gr. na litr. Na natychmiastową operację rodzina nie wyraziła zgody, wobec

czego chory był operowany dopiero po 7 dniach na oddz. Dra Sołowiejczyka. M. dokonał otwarcia pęcherza w znieszczeniu miejscowym. W pęcherzu wykryto około 200 gr. cuchnącego, ropiastego moczu. Pomimo odpowiedniego energicznego leczenia pooperacyjnego to stale około 40%, zawartość mocznika we krwi wysoka, przytomność nie wracała. Na 5 y dzień po operacji wystąpiły wybroczyny drobne na skórze przedramienia lewego, potem na całym ciele. Ilość moczu, wydalana przez cewnik, nieduża. Na 6 dzień po operacji *exitus letalis*. Bliższe badanie rodziny następnie wyjaśniło sprawę: chory, chcąc się zwolnić z wojska przed 25 laty, poddał się wpuszczeniu do cewki moczowej jakiegoś płynu mydlanego. Zabieg ten wywołał ból i obrzęk członka. Po pewnym czasie sprawa przycichła, jednak wystąpiły zaburzenia ze strony oddawania moczu. Leczył się stale, stan choroby jednak stale się pogarszał.

Płoński podaje wyniki sekcji: zwężenie cewki moczowej, ropień okołocewkowy, ropień w lewym płacie gruczołu krokowego, ropień w nerkach, śledzione oraz w mięśni sercowym; na zastawce dwudzielnej i zastawkach tętnicy głównej zakrzepowe zapalenie wsierdzia. Przyp. jest ciekawy ze względu na niezwykle pochodzenie całej sprawy oraz na umiejscowienie ropni w mięśni sercowym.

W rozprawie Dworecki przypuszcza, że zarazkiem, który wywołał ropowicę w tym przyp., był gronkowiec złocisty, przemawia za tem obraz kliniczny; żałuje, że refer. nie podali wyników badania bakteriologicznego. Szenkier podkreśla rzadkość zwężeń cewki w jej niespecyficznych zapaleniach. P. Goldstein prosi o wyjaśnienie, dlaczego w tym przyp. niektóre narządy, jak np. płuca, były wolne od ropni. A. Fryszman nie zgadza się z poglądem Dworeckiego, jakoby tylko gronkowiec złocisty wywoływał podobne obrazy kliniczne; w analogicznych przyp. stwierdzał F. zakażenie mieszane. Uważa również, że przyp. demonstrowany nie jest jasny z punktu widzenia etiologii. Płoński udziela odpowiedzi na pytanie P. Goldsteina, przytaczając odpowiednie teorie naukowe, (np. teoria końcowych naczyń krwionośnych w sensie anatomicznym i czynnościowym), które zresztą sprawy tej definitywnie nie rozstrzygają.

II). B. Endelman. *Trzy pr.yp. kamicy nerkowej o niezwyklej przebiegu klinicznym.*

Pierwszy przypadek dotyczył pacjentki, która w ciągu ostatnich 3 miesięcy miała napadowe bóle o typie prawostronnej kolki nerkowej. Podczas ostatniego napadu zaczęła wysoko gorączkować i skrzyć się na bóle w prawej nodze. Wkrótce wytworzyło się przykurczenie nogi w stawie biodrowym. Jednocześnie w moczu stwierdzało się bardzo dużo ropy. W przypadku tym niewielki kamień miedniczki nerkowej był przyczyną roponercza i wtórnego ropnia w mięśni łądżwiowoudowym. Prelegent usunął pacjentce nerkę i otworzył ropień. Rana zagoiła się po 4 tygodniach. Pacjentka zdrowa.

Przypadek drugi dotyczył młodej 20-letniej panny, u której prelegent usunął przed dwoma laty lewą nerkę z powodu gruźlicy. Przed kilkoma miesiącami pacjentka doświadczyła silnych bólów w prawej okolicy nerkowej i w ciągu 6 ciu dni nie oddawała ani jednej kropli moczu. Cierpiała na silne bóle głowy i miała częste wymioty. W tym stanie była przywieziona do Warszawy. We krwi stwierdzono 2,7⁰⁰ mocznika. Prelegent cewnikował prawy moczowód, i po paru godzinach chora zaczęła oddawać mocz. Nazajutrz oddała drogą naturalną około 30 drobnych kamieni. Stan pacjentki poprawiał się szybko i po tygodniu wskaźnik mocznika we krwi wrócił do normy. Prelegent podkreśla niezwyklej przebieg kliniczny przypadku — a mianowicie, czas trwania bezmoczności i szybki powrót równowagi moczowej.

Przypadek trzeci dotyczył pacjentki, która przed rokiem miała napad bólów o typie prawostronnej kolki nerkowej. Od tego czasu nie odczuwała żadnych dolegliwości. Jedynym objawem chorobowym był ropomocz. Zdjęcie rentgenologiczne wykazuje w prawej nerce szereg jam, dających nierównomierne cienie na kliszy. Badanie w kierunku gruźlicy negatywne. Prelegent usunął nerkę. Nerka była jamista. W jamach żwir szczawianowapniowy. Badanie drobnowidzowe wykazuje w miąższu nerkowym wybitne zmiany zapalne i zrogowacenie nabłonka miedniczki nerkowej na dużej przestrzeni. Prelegent wysuwa przypuszczenie, że te zmiany były pierwotne. Odpadające cząsteczki zrogowaciałego nabłonka mogły spowodować zatkanie moczowodu i doprowadzić do wytworzenia się w nerce jam. Pod wpływem zakażenia i zastój mocz w jamach tych zaczęły odkładać się sole szczawianu wapnia i tym sposobem mógł powstać opisany obraz chorobowy.

Szenkier w związku z demonstracją 2-go przyp. mówi o pseudokamiczej postaci gruźlicy nerek. Majzner

uzupełnia przebieg kliniczny 1-go przyp. Lubelski omawia metodę operacyjną w 1-ym przyp. Sprawa azotemii i funkcjonalnej sprawności nerek w 2 im przyp. wywołuje dyskusję, w której biorą udział Knaster, Szour i Fryszman. Fr. przypomina, że wprowadził do piśmiennictwa pojęcie „azotocy przemijającej w kamicy nerkowej. Grynkrout zaleca nasświetlanie Roentgenem w bezmoczności i mocznicy, które, zgodnie z szeregiem autorów obcych, daje dobre wyniki. Nie może tego potwierdzić Szour, który w kilku przyp. stosowania nasświetlań prom Roentg. w mocznicy nie otrzymał żadnych wyników dodatnich.

III). J. Luxenburg (*senior*) i A. Dawidson. *Przyp. białaczki monocytarnej.*

10-letnia pacjentka gorączkowała przez 3 tygodnie, miała bóle gardła i obrzęk w okolicy podszczękowej prawej. W chwili przybycia do szpitala na Czystem na oddział D-ra Luxenburga w dniu 1.XI.29. samopoczucie dobre, bladeść, gruczoły obwodowe od wielkości groszka do wielkości orzecha laskowego. Prawy migdał powiększony, wypukający górnym biegunem przedni łuk; na powierzchni przyśrodkowej ubytek nakryty nalotem szarozółtym. *Foetor ex ora*. Śledziona na 3 palce poniżej łuku, wątroba — do linii pępkowej. Kości niebolesne. Dno oka bez zmian. TO 36⁰—39⁰. WaR i Widal — ujemne. Posiew krwi i moczu ujemny. W nalocie z gardła paciorkowce W moczu — ślad białka. Krew: er. 3,2 mil. Hb 30, leuk. 84000 — n. 8, l. 11,5, mono 76,5, myelo 4. Trombocytów 120000. Odczyn na oksydazę ujemny.

W dalszym przebiegu gruczoły zmniejszyły się nieco, sprawa rozpadowa w gardzieli przeszła na podniebienie miękkie oraz na stronę lewą. Krwawienie z dziąseł. Przy leukocytozie 56000 monocytów 29, natomiast postaci szpikowych 40. Niedokrewność rozwija się. Senność. Oslabienie działalności serca. Zajęcie dolnego płata praw. płuca. Śmierć w 5 tygodni od początku choroby. Bad. pośmiert. (Dr. Płoński): rozległa martwica gardzieli i podstawy języka. Drobne wyznaczniki podopłowe i podosierdziowe. Zap. odoskrzelowe dolnego płata prawego płuca. Powiększenie grucz. krezkowych obwód. chłonnych, śledziony. Glisty w żołądku i kiszkiach. Ropniasty wygląd szpiku kostnego.

Obraz kliniczny i hematologiczny odpowiada nielicznym dotychczas przypadkom białaczki o przeważających monocytach. Krótkość obserwacji nie pozwoliła ustalić, o ile postać ta była samoistna. Obraz krwi ku końcowi mógłby przemawiać za tem, że okres monocytowy górował czasowo w przebiegu białaczki szpikowej, jak to spostrzegali niektórzy autorzy.

Luxenburg przytacza pokrótce poglądy na historię genę monocytów, monocytosis objawowe, mononukleozę infekcyjną i t. zw. febrę gruczołową.

Dokładne badanie preparatów sekcyjnych przypadku będzie prowadzone; przypadek będzie ogłoszony w *Warsz. Czas. Lek.*

W rozprawie B. Karbowski omawia objawy chorobowe w migdałkach w przebiegu ostrych białaczek. Weintal szczegółowo podaje dane z nowszego piśmiennictwa, dotyczące odczynu monocytowego we krwi w różnych schorzeniach. H. Landau uważa, że demonstrowany przyp. odpowiadałby najbardziej białaczce myeloblastycznej. Dziwnem wydaje się, aby w dalsz. przebiegu białaczki monocytarnej liczba monocytów miała spaść z siedemdziesięciu kilku na dwadzieścia kilka procent, a liczba myeloblastów wzrosnąć. L. zastanawia się szczegółowo nad reakcją oksydazową i dochodzi do wniosku, że w przyp. demonstrowanym, niedostatecznie zostało przeprowadzone różniczkowanie pomiędzy myeloblastami a limfoblastami. Szour dodaje, jak trudne jest niekiedy różniczkowanie patologicznych dużych limfocytów, monocytów i myeloblastów pomimo różnych metod badania i barwienia. Płoński bada obecnie histologicznie skrawki szpiku kostnego, gruczołów chłonnych i t. p. w przytoczonym przyp. Narazie nie mógłby się jeszcze przyłączyć do rozpoznania prelegenta.

IV). Ed. Luxenburg (*junior*) i M. Płoński. *Przyp. przebiecia ściany jelita przez ciało obca.*

Chera S. T., l. 43, przybyła na oddz. chirurg. Dra Lubelskiego dn. 1.XI.29.

Choroba rozpoczęła się bez uchwytnej przyczyny przed 12 dniami bólami brzucha. Po 2 dniach *laxans*. Na 7-ny dzień choroby bóle typu perystaltycznego i wymioty, co trwało 3 dni. W tym czasie 2 b. skąpe stolce. W 10-ym dniu choroby bóle ciągłe, wzdęcie brzucha, brak stolca i wiatrów. Stan ogólny szybko zaczął się pogarszać. Najwyższa ciepota w ciągu choroby 37,50.

Przed 11-tu laty operowana w Lublinie z powodu uwięz-

omówienie, Holandja bowiem szczyci się, iż posiada jedną z najlepiej zorganizowanych pomocy położniczych w Europie, a to dzięki licznemu i wysoko wykwalifikowanemu personelowi. Wszystkiego akuszek na początku 1928 roku było 968, co wynosi 1:7878 mieszkańców, ale jak widać z Tablicy I rozszalenie akuszek jest dość pomyślne, gdyż wieś posiada pomoc akuszeryjną prawie tak liczną jak największe miasta. Dla kształcenia akuszek istnieją trzy szkoły — dwie państwowe i jedna prywatna. Kandydatki muszą posiadać szkołę powszechną i zdać egzamin wstępny. Szkolenie trwa trzy lata, znaczna część trzeciego roku poświęcona jest pielęgnowaniu dziecka. Na podstawie kart rejestracyjnych, wypełnianych tak przez akuszki, jak i przez lekarzy, można orzec, że w 40 proc. przypadków urodzeń obecny jest lekarz, w 60 proc. — akuszka, choć ostatnio, podobno wskutek zubożenia stanu lekarskiego praktyka położnicza wśród lekarzy wzrasta, co odbija się ujemnie na praktyce akuszek. Należy dodać, że prócz zawodowych akuszek istnieją jeszcze ich pomocnice, działające szczególnie w okręgach wiejskich, rzadko zaludnionych, że znaczny odsetek pielęgniarek — higienistek przechodzi staż akuszeryjny. Wszystko to razem tworzy wyjątkowo pomyślne warunki pod względem opieki nad położnicami. W wyniku liczba porodów bez pomocy fachowej jest bardzo niska, bo wynosi około 19 na 1.000 i wykazuje stałą tendencję zniżkową, jeszcze bowiem w roku 1909, kiedy zaczęto prowadzić tę statystykę, dochodziła do 45 na 1.000 urodzeń. Na wysokie kwalifikacje akuszek wskazuje między innymi, że obecność przy porodzie akuszki lub lekarza nie tworzy różnicy ani w częstości zakażenia połogowego, ani w wysokości odsetka martwo — urodzonych. W okręgach, gdzie cała prawie praktyka akuszeryjna znajduje się w rękach lekarzy, jest 39, 8 proc. martwourodzonych, w okręgach, gdzie dominują akuszki — 39, 5 proc. Noworodków martwych więcej jest na wsi, gdzie akuszki mają większą praktykę, niż w mieście, jednak może tu odgrywać główną rolę różnica w szybkości zgłaszania, nie zaś obecność lekarza lub akuszki, gdyż według obowiązującego prawodawstwa w Holandji za płód martwy uważany jest każdy noworodek, który umarł przed zarejestrowaniem, a rejestracja obowiązuje w ciągu trzech dni, w okresie zaś świątecznym ten okres może się przeciągnąć wyjątkowo do 6 dni.

Pielęgniarstwo zawodowe, rozpoczęte stosunkowo dość dawno, bo na niewielką skalę już w roku 1879, w ostatnich czasach rozwija się coraz pomyślniej, znajdując duże uznanie w społeczeństwie. Pielęgniarek szpitalnych jest około 8.000, z czego połowa wyszkolonych, które stopniowo wyrugowują służbę dawnego typu, rekrutującą się doniedawna tu, jak i gdzieindziej, z różnego rodzaju życiowych niedołów i kalek, pozostawionych w szpitalu w charakterze służby po odbytem leczeniu. Pozatem dużą rolę odgrywały w pielęgnowaniu chorych w Holandji siostry miłosierdzia, zakonnice, sprawie bardzo oddane, ale także bez fachowego wykształcenia. Dopiero, głównie dzięki inicjatywie Białego Krzyża, zaczęto kształcić specjalny personel we wszystkich niemal większych szpitalach (w roku 1922 w 180 szpitalach), ale według ustalonego programu. Kształcenie to objęło i siostry zakonne, i obecnie w szpitalach dość często spotykane. W roku 1924 państwo unormowało sprawę pielęgniarek przez nadzór nad wyszkoleniem (udział w egzaminach), i przez uznanie i obronę dyplomu, sankcjonując w ten sposób inicjatywę organizacji społecznych i uwieńczone pomyślnym skutkiem wysiłki samych pielęgniarek. W rozwoju pielęgniarstwa uważane to jest za wielki krok naprzód.

Obecnie istnieją dwa dyplomy pielęgniarek: jeden ogólny, drugi specjalnie dla pielęgnowania umysłowo chorych. Studja trwają trzy lata. Kształcenie może odbywać się w każdym szpitalu, mającym przynajmniej 40 łóżek. Tak więc nawet w porównaniu z akuszkami szkolenie pielęgniarek ma raczej charakter praktyczny, i pomimo uprawnień przez państwo odbywa się ono niejako sposobem domowym, co szkolenie wprawdzie ułatwia, ale ma również swoje strony ujemne.

Pielęgniarek — higienistek obecnie pracuje około 1.200. Kandydatka na to stanowisko musi posiadać pełne studja pielęgniarskie ogólne i, jeżeli ma zamiar pracować w dziale opieki nad matką i dzieckiem — roczną praktykę w specjalnym zakładzie dla położnic. Jeżeli ma się poświęcić higienie społecznej i pielęgnowaniu chorych w domu (pielęgnowanie stale przeważa) — półroczną praktykę na terenie i kurs sztuki kulinarnej, szeroko uwzględnianej w szkoleniu pielęgniarek wogóle. Ogólną tendencją jest, by higienistki wiejskie na pewnym terenie obejmowały całą akcję, higienistki miejskie według specjalności.

(C. d. n.)

O d c i n e k

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCyny

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13)

Karol August Wunderlich

Urodził się w r. 1815, zmarł w r. 1877. Współczesnik Rokitańskiego, Skody, Johanna Müllera, był on jednym z promotorów

kierunku fizjologiczno — patologicznego w medycynie, usiłującego oprzeć patologię na doświadczeniach fizjologicznych. Jeszcze jako młody docent w Tubindze Wunderlich postanawia zapoznać się bliżej z kliniką francuską, która wówczas właśnie rozwijała się w tym kierunku dzięki Flourensowi i Magendiemu.

W swej głęboko ujętej paraleli „Paryż i Wiedeń” Wunderlich szczegółowo i krytycznie poddaje ocenie stan ówczesnej wiedzy lekarskiej w obu tych krajach. Dzięki tej pracy po raz pierwszy świat lekarski zaczął interesować się bliżej kliniką

wiedeńską. Od roku 1846 Wunderlich otrzymuje stałe stanowisko profesora i dyrektora kliniki w Tubindze. Wspólnie z Roserem zakłada „Archiv für physiologische Heilkunde” oraz wydaje „Handbuch der Pathologie und Therapie”. W roku 1850 przenosi się do Lipska, gdzie rozpoczyna swoje słynne studia nad stanami gorączkowymi i zapoczątkowuje badanie ciepłomierzem, ogłaszając na ten temat swą klasyczną pracę, która została przełożona na wiele języków, pod tytułem: „Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten” (Lipsk 1868).

W swoich wspomnieniach studenckich z Lipska Strümpell poświęca życiu i działalności Wunderlicha, jako profesora, kilka bliższych szczegółów.

Wunderlich był tak pochłonięty swemi studjami nad ciepłotą, że mówiono o nim, iż więcej uwagi zwracał na wykresy temperatury niż na samych chorych. W związku ze swemi badaniami stanów gorączkowych Wunderlich zapoczątkował terapię obniżania temperatury ciała za pomocą zimnych kąpieli. Na mechanizm działania tej terapii zapatrywania były różne.

Szkola w Tubindze, reprezentowana wówczas przez następcę Wunderlicha na tem stanowisku Liebermeistra, twierdziła, że spadek ciepłoty był wyłącznie skutkiem działania mechanicznego niskiej temperatury kąpieli. Wunderlich twierdził atoli, że jest to rezultat działania pośredniego całego organizmu, i dlatego też we wskazaniach do kąpieli radził być więcej krytycznym i badać dokładnie stan nerek, serca, płuc, krwiobiegu, które w obniżeniu ciepłoty odgrywają rolę ośrodków pośredniczących. Pogląd Wunderlicha zwyciężył.

Strümpell zalicza Wunderlicha do najwybitniejszych klinicyстів niemieckich pierwszej połowy wieku 19-go. Wykłady jego nie były suchymi schematami, czyniły przeważnie wrażenie impowizacji, znakomicie ilustrowanych licznymi przykładami z niewyczerpalnej skarbnicy doświadczeń osobistych. Wunderlich, jako klinicysta, dzięki swym wyczerpującym studjom nad terapią, zakończył okres nihilizmu terapeutycznego w medycynie niemieckiej i otworzył szerokie podwoje dla dalszych studjów w tym kierunku przez zapoczątkowanie lecznictwa naukowo — doświadczalnego.

Joseph Hyrtl.

Urodził się w r. 1811 w Eisenstadt, na Węgrzech, zmarł w r. 1894. Pierwszą katedrę anatomji otrzymał w Pradze, stąd w r. 1845 przeniósł się do Wiednia. Jako postać naukowa, znany jest nie tylko wśród pokolenia starszych lekarzy, lecz i najmłodszych, którzy dotychczas korzystają ze wspianego podręcznika tego niezastąpionego uczonego, pedagoga i preparatora. Był to pierwszy anatom, który w wykładach swych i podręcznikach umiał ten suchy przedmiot ożywić nie tylko barwnością stylu, lecz również humorem, niezwykle piękną formą opisową, licznymi ciekawymi i pouczającymi cytatami, a nawet czarem poezji. Anatomja Hyrtla pozostanie na długo niedoścignionym wzorem podręcznika.

Opowiedzieć coś oryginalnego o Hyrtlu nie należy do rzeczy łatwych. Jest to jeden z tych uczonych, o których tradycyjnie opowiada się we wszys-

tkich niemal wszędzie. Z obowiązku przytoczę choć kilka najwięcej charakterystycznych i nieco mniej znanych epizodów z jego życia. Hyrtl sam opowiada z okresu swych studjów studenckich o następującej swej przygodzie.

Pewnego razu nabył w kostnicy od służącego Kaspra zwłoki dziecka w celu dokonania na nich pierwszych iniekcji do naczyń. Ponieważ w pokoju temperatura była nieco za niska, umieścił słój ze zwłokami w piecyku kuchennym. Kiedy, nieuprzedzona o tem matka Hyrtla, zajrzawszy do pieca, wydobyla ten niezwykły ładunek, z przerażenia zemdlała, słój wypadł jej z rąk, a zwłoki potoczyły się na ziemię... Hyrtl wobec takiej sceny chwycił je czemprędzej pod pachę i pobiegł do prosektorjum. Po drodze potknął się tak niefortunnie, że musiał mu przyjść z pomocą posterunkowy, który przy tej okazji zauważył osobliwy „pakunek”. Rezultatem tego odkrycia była zmiana kierunku: zamiast do kostnicy Hyrtl zmuszony był powędrować do komisariatu, stąd dopiero na konfrontację do prosektorjum. Lecz nieszczęście chciało, że służący Kasper dnia tego był pod wyjątkową datą i nie nadawał się do żadnej audjencji. Położenie Hyrtla stawało się coraz przykrzejsze i groziło mu poważnie przesiedzeniem w policji aż do wytrzeźwienia służącego. Na szczęście jednak znalazł się w prosektorjum profesor anatomji Meyer, człowiek wprawdzie niezawsze przytomny, w tym jednak wypadku dzięki obecności czerwonej wstążki na szyjce zwłok rozpoznał ich pochodzenie prosektoryjne i w ten sposób wyratował Hyrtla z przykłej sytuacji. Niezwykła ta przygoda zakończona została przyjacielską wieczerzą u prof. Meyera, na której Hyrtl miał okazję opowiedzenia niejednej historyjki na temat o dziejach medycyny, które znał doskonale.

Jednocześnie z Hyrtlem katedrę anatomji w Wiedniu zajmował K. von Langner. Byli oni w stosunku do siebie antypodami pod każdym względem. Langner suchy, drobnostkowy formalista, Hyrtl umysł jasny, o szerokim liberalnym widnokręgu. Pewnego razu obydwa słuchali jednego kandydata. Langner egzaminował pierwszy. Jak wielu współczesnych mu anatomów-pedagogów, przy egzaminie posługiwał się „kawałami”. Schowawszy jedną z kości przedramienia do swego rękawa, pokazał studentowi tylko jej główkę i zapytał, jaka to kość i z której ręki? Kiedy student skończył przed nim egzamin i przeszedł do Hyrtla, ten wziął tę samą kość i, pokazując ją w całości studentowi, zwrócił się do niego: „Przed chwilą, widząc tylko część kości, dał pan dokładną odpowiedź na zadane pytanie, teraz, kiedy pan ją widzi w całości, zechce mi pan powiedzieć, na jaką chorobę zmarł jej właściciel, jak się nazywał i gdzie mieszkał?”

Liczne anegdoty i opowiadania o Hyrtlu zebrał starannie Dr. J. Lövy. Ze zbiorka tego wyróżnia się dowcipem następująca anegdota.

Pewien student-żyd nazwiskiem Jerusalem składał swoje *rigorosum*. Kilku jego kolegów-współwyznawców czekało w przedpokoju na wynik egzaminu. Kiedy Hyrtl na chwilę opuścił salę egzaminacyjną, przystąpili do niego z zapytaniem, jak zdaje ich kolega. Hyrtl odrzekł smutnym tonem: „Weine, Juda, Jerusalem ist gefallen”.

On wreszcie był autorem słynnego dowcipnego oświadczenia na egzaminie, kiedy pewien student, zapytany, co wie o czynności śledziona, odrzekł: „Panie profesorze, ja dobrze o tem wiedziałem, lecz chwilo-

wo zapomniałem”. — „Jakie nieszczęście dla medycyny — Pan jeden o tem wiedział i też zapomniał!”

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

— Ukazał się w sprzedaży „Warszawski Kalendarz Lekarski na r. 1930. Część naukowa”, wydawany pod redakcją kol. Juliana Birencwajga. Jest to już 6 rok tego pożytecznego wydawnictwa. Wydanie tegoroczne odznacza się szczególnie starannym doбором artykułów, które wyszły z pod pióra wybitnych specjalistów i wyczerpująco traktują działą piśmienniczą i rozpoznawania, a niektóre i leczenia różnorodnych stanów patologicznych. Tak doskonale wzory badania, jakich dostarcza nam kalendarz tegoroczny, rzadko w którym z podręczników znaleźć można. A oto spis rozdziałów: Dr. Z. Gorecki: Zarys badania fizykalnego w chor. wewnętrznych. Dr. St. Rudzki: Metody badania dróg oddechowych. Dr. Wł. Sterling. Metodyka badania układu nerwowego. Dr. J. Nelken: Plan badania zaburzeń psychicznych. Doc. Dr. J. Rutkowski: Rozpoznanie chirurgiczne. Doc. Dr. Z. Monsiorski: Metody badania i rozpoznawania chorób kobiecych. Doc. Dr. H. Beck: Badanie położnicze. Doc. Dr. Wł. Melanowski: Zarys badania nerządu wzroku. Dr. St. Kapuściński: Metodyka badania dermatologicznego. Dr. M. Grzybowski: Podstawowe metody badania laboratoryjnego w chorobach skóry i wenerycznych. Doc. Dr. A. Sabatowski: Leczenie uzdrowiskowe w Polsce. Dr. Br. Sabat: O promieniach Roentgena w lecznictwie. Dr. M. Trawiński. Technika drobnych zabiegów lekarskich. Dr. W. Knappe. Spis środków lekarskich według ich działania.

Pczą temi wiadomościami z zakresu djaгностиyki i terapii znajdzie czytelnik rozdziały: Mianownictwo chorób i Klasyfikacja gruźlicy.

Tak bogato i gruntownie a zarazem zwięźle opracowaną treść kalendarza niewątpliwie spotka się z dużym uznaniem ze strony czytelników, którzy znajdą w niem sumiennego i kompetentnego doradcę.

— Program IV Zjazdu Balneologicznego w Krakowie, dnia 12 i 13 kwietnia 1930.

Dnia 12 kwietnia:

Msza św. w kościele św. Anny — ul. św. Anny — o godzinie 9.30.

Posiedzenie Inauguracyjne o godz. 10.30 w Auli Uniw. Jag. Collegium novum, ul. Jagiellońska — wejście od strony plant. Powitanie Zjazdu przez prezesa Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, profesora dr. L. Korczyńskiego. Wybór Prezydium Zjazdu. Przemówienia oficjalne. Odczytanie depezy i pism.

Wykłady:

Prof. dr. Paweł Gantkowski (Poznań): „Działalność Polskiego Towarzystwa Balneologicznego w świetle rozwoju polskiego zdrojownictwa i wytyczne na przyszłość”. Dr. Zygmunt Wąsowicz (Kraków-Krynica): „Z historii założenia i działalności Polskiego Towarzystwa Balneologicznego”. Dr. Edward Żuliński (Kraków-Szczawnica): „Rzut oka na dawniczą działalność Polskiego Tow. Balneologicznego”.

Otwarcie Wystawy Balneologicznej w Muzeum Przemysłowym, ul. Smoleńska 9.

II posiedzenie o godzinie 4-tej w Sali Towarzystwa Technicznego, ul. Straszewskiego 28.

Prof. Dr. Franciszek Walter (Kraków): „Czynnik konstytucyjny w dermatologii”. Docent dr. W. H. Melanowski (Warszawa): „Choroby oczu a układ wegetatywny”. Docent dr.

Józef Szymanowicz (Kraków): „Schorzenia płciowe kobiet na podłożu niezborności wegetatywnego układu nerwowego”. Dr. Anna Stachórska (Kraków-Rabka): „Leczenie niepłodności kobiet z szczególnem uwzględnieniem fizjoterapii elementarnej”.

Wieczór o godzinie 9-ej bankiet urządzony dla uczestników Zjazdu i zaproszonych gości przez Polskie Towarzystwo Balneologiczne.

Dnia 13 kwietnia:

III posiedzenie o godzinie 10-tej w sali Muzeum Przemysłowego, ul. Smoleńska 9.

Pułkownik-lekary dr. Adam Maciąg (Kraków): „Schorzenia narządu krążenia na tle niezborności wegetatywnego układu nerwowego”. Dr. Adolf Schwarzbart (Kraków): „Rola wegetatywnego układu nerwowego przy powstawaniu niektórych schorzeń górnych dróg oddechowych”. Dr. K. Sawicz (Inowrocław): „Leczenie za pomocą wzięwań”. Dr. Adolf Mester (Kraków): „Schorzenia reumatyczne na tle zbroczeń wegetatywnych i konstytucjonalnych”. Dr. Teodor Cybulski (Rabka): „O konstytucji i o leczeniu konstytucjonalnem”.

IV. Posiedzenie o godzinie 4-ej popołudniu w sali Muzeum Przemysłowego, ul. Smoleńska 9.

Docent Dr. Antoni Sabałowski (Lwów): „Postulaty naukowej organizacji zdrojownictwa w Polsce”. Inż. Eugeniusz Zaczynski (Katowice): „Gospodarcze znaczenie i gospodarcze postulaty polskich uzdrowisk”. Dr. Stanisław Lewicki (Krynica): „Charakterystyka polskiego piśmiennictwa balneologicznego”. Dr. Henryk Rubenbauer (Lwów): „O badaniu borowin”.

Rezolucje Zjazdowe. Zamknięcie Zjazdu.

Szczególne sprawozdanie z posiedzeń zjazdowych, oraz wszystkie wykłady zostaną ogłoszone drukiem i pomieszczone w Pamiętniku P. T. B. z r. 1930. tom IX. Tom ten zostanie rozesłany bezpłatnie uczestnikom IV. Zjazdu Balneologicznego.

— Wycieczka do Stockholmu dla Lekarzy i Ich Rodzin na Międzynarodowy Zjazd Pedjatrów i na Wystawę Narodową Sztuki dekoracyjnej i ludowej od 14 do 24 sierpnia 1930 roku. Wycieczka odbędzie się tatkim „Gdynia” P. P. „Żegluga Polska”.

Program wycieczki.

Dn 14.VIII o godz. 15-ej wyjazd z Gdyni do Visby. Dn. 15.VIII o godz. 12-ej przyjazd do Visby, o godz. 20-ej odjazd do Stockholmu. Dn. 16.VIII o godz. 10-ej przyjazd do Stockholmu. Od 16 do 22-go pobyt w Stockholmie. Dn. 22.VIII o godz. 21-ej odjazd do Gdyni. Dn. 23.VIII w morzu. Dn. 24.VIII o godz. 9-ej przyjazd do Gdyni, godz. 11-a ew. odjazd do Warszawy.

Ceny przejazdu tam i z powrotem, miejsca sypialne podczas trwania wycieczki a więc i podczas postoju w Stockholmie wraz z całkowitem przez cały czas utrzymaniem, koszta zbiorowego paszportu i wiz, wszystko razem:

Pokład A — kabiny po 2 osoby	Zł. 1.000.—	od osoby
„ B — „ „ „ „ „ „	950.—	„ „
„ B — „ „ „ „ „ „	860.—	„ „
„ C — „ „ „ „ „ „	720.—	„ „

Pokład C — „mniejsze „2 „ „	675.—	„
„ B — w razie zajęcia większej kabiny przez 3 osoby	700.—	„
„ B — w razie zajęcia większej kabiny przez 4 osoby	600.—	„
„ C — w razie zajęcia większej kabiny przez 3 osoby	550.—	„

Udział w wycieczce uprawnia do zniżki kolejowej 50% o drodze powrotnej od Gdyni do miejsca zamieszkania.

Blizszych szczegółów udziela Kancelarja Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego — Warszawa, ul. Litewska 16. Wobec ograniczonej liczby uczestników, — wskazane możliwie szybkie zgłoszenia.

M. Michałowicz.

— Wycieczka lekarzy europejskich do Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej organizowana przez redakcję „Wiener Medizinische Wochenschrift” przy współudziale linii okrętowej Hamburg—Ameryka oraz agencji podróźniczej Compass Tours przy wiedeńskim stowarzyszeniu lekarzy amerykańskich w czasie od d. 23 lipca do d. 29 sierpnia 1930 r.

Marszruta: 23 i 24.VII — Zwiedzanie Hamburga; 25.VII — ołjazd na okręcie „Deutschland”; 27.VII do 1.VIII na morzu 2.VIII — wylądowanie w New-Yorku; 6.VIII — Buffalo i Wodospad Niagary; 7 i 8.VIII — Cleveland; 9.VIII — Detroit; od 10; do 13.VIII — Chicago; 14.VIII — Pittsburg; 15.VIII — Waszyn-
gton; 16.VIII — Baltimore; 17.VIII — Atlantic City; 18 i 19.VIII — kiladelfja; 20 i 21.VIII — New-York; 21.VIII — wejście na pokład okrętu „Albert Ballin”; 29.VIII — przybycie do Hamburga. Cena 500 dolarów od osoby. W cenie tej zawarte są wszystkie bez wyjątku wydatki: podróż okrętem tam i z powrotem utrzymanie, hotel, wycieczki, kolej w Stanach Zjednoczonych miejsca sypialne w podróży nocą), napiwki i t. d. Przy zapisywaniu się 10 proc. á conto. Zapisy przyjmuje redakcja „Warsz. Czasop. Lek.”

— Nr. 3 Miesięcznika „Wiedza i Życie” zawiera: Dr. Stanisław Lenkowski — Ruiny klasycznego Delos. Dina Sztajnberg — Zagadnienie kłamstwa w pedagogice. Inż. Witold Miśkiewicz — Oświata rolnicza w Polsce. M. Vertmont — Co to jest normalizacja? Przegląd ekonomiczno-społeczny. Poradnia bibliograficzna. Kronika.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

8. IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Z. Radliński. Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc. 2. K. Dąbrowski. Pleurosokopia i jej zastosowanie w klinice. 3. A. Wojciechowski. Kilka uwag o leczeniu gruźlicy chirurgicznej na wsi.

8. IV. Zrzeszenie Lekarzy Rzpłitej Polskiej.

Pokazy. 1. F. Turyn i A. Fryszman. Niezwykłe ślady kostne po przebytej krzywicy. 2. J. Fliederbaum i M. Spiro. Przyp. puchliny brzusznej olbrzymich rozmiarów. 3. Sz. Lewinson. Przyp. wodonercza u 11-letniej dziewczynki. Odczyt. E. Birzowski. Uwagi ogólne o djagnostyce i terapii.

9. IV. Polskie Towarzystwo Pedjatryczne.

1. Pokazy. 2. H. Brokman i A. Festenstadt. Cechy różniczkowo-rozpoznawcze stanów zapalnych płuc u dzieci: a) sprawy gruźlicze; b) sprawy zapalne nieswoiste.

10. IV. Warszawskie Towarzystwo Ginekologiczne.

1. Komunikat Zarządu o rozbudowie oddziałów ginekologiczno-położniczych. 2. H. Altkaufer. a) Niezwykła komplikacja ze strony jelit cienkich podczas dokonywania cięcia brzuszego. b) Pokaz chorej z wadą rozwojową narządów rodnych.

Odczyt. J. Węgierko. Zachowanie się przemiany materji w niektórych okresach życia kobiety (pokwitanie, ciąża, przekwitanie.)

11. IV. Koło Warszawskie Tow. Wiedzy Wjorskowej. Sekcja Sanitarna.

(Szpit. Okręg. Nowowiejska 33).

1. Odczyt protok. poprz. pos. 2 Mjr. Dr. Rosnowski Patogeneza rytmu cwałowego serca w przebiegu niedokrewności krwotocznej. 3. Pokazy chorych: ppor. Dr. Mikulewicz a) nierozpoznana gruźlica kręgosłupa; b) nierozpoznane złamanie kręgosłupa. 4. Pokaz chorego: Kpt. Dr. Mazanek. Złamanie kości łódkowatej. 5. Pokaz chorego: Dr. Brinckenhoff. Choroba Heine-Medina, leczona metodą Bordieja 6. Mjr. Dr. Wowkonowicz. Pokaz przypadków: a) Sclerodermia, b) Tbc. cutis verrueosa.

TREŚĆ: N. AMBASZÓWNA. Pięć przypadków samorodnego pęknięcia serca (Dok.). — P. GOLDSTEIN. Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc na podstawie ostatnich prac i własnego doświadczenia (Dok.). — St. HIRSZBERG. Współczesne poglądy na leczenie toczenia zwykłego (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. KACPRZAK. Z zagadnień sanitarnych Holandji. — 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 (fin.). — P. GOLDSTEIN. Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire basé sur la litterature et l'expérience personnelle (fin.). — St. HIRSZBERG. Les opinions contemporaines sur le traitement du lupus vulgaire (Rev. gén. fin.). — M. KACPRZAK. Problèmes sanitaires des Pays-Bas. — L. ZAMENHOF. L'histoire de médecine (suite).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

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

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

Redaktor przyjmuje codziennie od 3ej do 4ej pp.

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

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