

# WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

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

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

Rok VII

WARSZAWA, 1 MAJA 1930 R.

Nr. 18

## PRACE ORYGINALNE.

### Wykłady kliniczne.

*Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Św. Łazarza  
w Warszawie.*

(Ordynator: Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski)

#### Schorzenia nerwowe w przebiegu niedokrwoności złośliwej a terapia wątrobowa.

Podał

Dr. N. PRYŁUCKI (Warszawa).

(Dokończenie p. Nr. 17)

Specjalną uwagę zwrócono na te przypadki n. z., w których współistniało jednocześnie cierpienie układu nerwowego.

Już z doniesień Murphyeo i Minota wiadano, że te cierpienia najoporniej poddają się leczeniu wątrobą, i że tylko w niektórych lżejszych przypadkach udało im się osiągnąć poprawę, przyczem poprawa ta wyrażała się w ustąpieniu parestezyj i zaburzeń koordynacji.

Spostrzeżenia amerykańskich autorów zostały niebawem uzupełnione obserwacjami szeregu klinicystów europejskich, którzy stosowali wątrobę w przypadkach n. z., powikłanych zaburzeniami nerwowymi, przyczem okazało się, że w kwestji oddziaływania wątroby na schorzenia nerwowe niema wśród autorów jednomyślności. W czasie, gdy jedni autorzy (Pal, Gerhardt, Silbermann, Lottig, Solms i Kanisch, Greinacher, Loewenberg i Gottheil, Kutscheira, Redlich, Schlesinger, Wolff i inni) widzieli jałnajdalej idącą poprawę, graniczącą niekiedy z zupełnym wyzdrowieniem, inna grupa nietylko nie osiągnęła żadnej poprawy, ale mogła na pewnej liczbie chorych obserwować nawet zaostrożenie się sprawy i postępujące pogorszenie, które niejednokrotnie było bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego (Frank, Richter, Schottmüller, Krause, Schilling, Curschmann, Seyderhelm, Harris).

Sprzeczne wyniki tej samej metody leczniczej u tej samej kategorii chorych były przedmiotem bardzo ożywionej dyskusji na łamach prasy lekarskiej, której osiłą stała się doniosłej wagi kwestja, czy procesy zwyrodnieniowe w układzie nerwowym ośrodkowym, ściślej mówiąc, w rdzeniu kręgowym

mogą być wstrzymane w swym rozwoju terapią wątrobową, i czy dotknięte tym procesem włókna nerwowe mogą ulec regeneracji.

Dyskusja ta dowiodła, że ogół badaczy, którzy mieli sposobność stosowania wątroby w przypadkach n. z., powikłanych schorzeniem nerwowym, nie pokłada zbyt wielkich nadziei w tym nowym środku. Gros autorów stoi na stanowisku, że terapią wątrobową udaje się niekiedy w takich przypadkach osiągnąć nawet daleko idącą poprawę, która wszakże zależy przedewszystkiem od tego, jak długo sprawa trwa, i jak rozległe są zmiany patologiczne w układzie nerwowym. Sprawy starsze, daleko zaawansowane, w których już doszło do zupełnego zniszczenia pewnej liczby włókien nerwowych, leczeniu wątrobą nie poddają się wcale, rokowanie winno być niepomysłne, albowiem do regeneracji dojść już nie może, mimo doskonałej poprawy stanu krwi i stanu ogólnego (Pal, Pappenheim, Redlich, Schlesinger, Bürger, Sträussler, Marburg, Schulten, Rosenow, Hegler). Poprawa, granicząca z wyzdrowieniem, może być tłumaczona jedynie tem, że albo zmiany w układzie nerwowym (w rdzeniu) były bardzo jeszcze świeże i nieznaczne, a zatem włókna nerwowe były zdolne do regeneracji (Stransky), albo też ta poprawa jest tylko remisją, która w zakresie układu nerwowego ośrodkowego, zdaniem Silbermanna, Lauterbacha, Schaumana i Salzmana, jest tak samo możliwa, jak i w zakresie krwi.

W powstawaniu tych remisji decydującą rolę ma odgrywać wybitna poprawa stanu ogólnego, poprawa siły mięśniowej i powrót krwi do stanu prawidłowego. Nie znaczy to bynajmniej, że remisja w stanie krwi musi pociągnąć za sobą remisję w zakresie cierpienia nerwowego. Bardzo pouczający pod tym względem jest przypadek Nonnego: u chorego na n. z. z objawami schorzenia rdzeniowego terapią wątrobową początkowo osiągnięto daleko idącą ogólną remisję, nieco później jednakże wystąpił nawrót ze strony rdzenia, który doprowadził do śmierci, ale bez nawrotu niedokrwoności.

Pal wypowiedział pogląd, że skuteczność terapii wątrobowej zależy w znacznej mierze od tego,

kiedy została ona zastosowana, albowiem tam, gdzie wątroba będzie podawana we właściwym czasie, do schorzenia nerwowego wogóle nie dojdzie. Tak bardzo optymistyczne wywody P a l a nie znalazły jednakże potwierdzenia i zdają się być nieco zbyt pochopnie wypowiedziane. Kłam jego twierdzeniu zadają spotykane coraz częściej wzmianki różnych autorów (F r a n k, S t e p p, B ü r g e r, S e y d e r h e l m) o tem, że w przypadkach n. z. bez jakichkolwiek objawów schorzenia nerwowego występowały w trakcie leczenia wątrobą objawy *myel. funic.*, które niepowstrzymanie postępowały i, mimo doprowadzenia stanu krwi do normy, powodowały zejście śmiertelne.

Ostatnio zaś zaczęły się rozlegać z różnych stron głosy, ostrzegające przed zbyt optymistycznym w stosunku do wątroby.

Zwłaszcza nieprzejdrane stanowisko zajął w stosunku do terapii wątrobowej ostatnio S e y d e r h e l m. Autor ten zwraca uwagę, że od czasu wprowadzenia tej metody leczniczej przebieg n. z. stał się zupełnie inny, przedtem nieznaną. Wątroba, którą autor uznaje za środek nie przyczynowy, tylko jednostronnie objawowy, po usunięciu objawów niedokrewności z a t r u w a centr. ukł. nerwowy i przekształca obraz chorobowy w złośliwą *myeloencefalotoksykozę*, prowadzącą do zejścia śmiertelnego.

Tem szkodliwym działaniem wątroby na układ nerwowy należy, zdaniem S e y d e r h e l m a, tłumaczyć to zjawisko, że od czasu „ery wątrobowej“ liczba przypadków n. z., powikłanych schorzeniami rdzeniowymi, procentowo wzrosła. W trzech ze swoich przypadków n. z., leczonych wątrobą, autor widział znaczne pogorszenie, które miało cechy ciężkiego zatrucia c. ukł. nerwowego: początkowo wystąpiły omamy i zaburzenia mowy; wkońcu chorzy ci wpadli w stan komatyczny z wybitnym oddechem K u s s m a u l o w s k i m, trwającym przez szereg dni.

Opierając się na swych spostrzeżeniach, S e y d e r h e l m przestrzega przed zbyt wiarą w tę nową terapię, albowiem kryje ona w sobie niebezpieczeństwo spowodowania ciężkich komplikacji u chorych na n. z.

Spostrzeżenia S e y d e r h e l m a nie są odosobnione. W tym samym, co on, czasie również T a t e r k a i G o l d m a n n donieśli o niezwykłych, dotychczas nie obserwowanych zjawiskach, które wystąpiły u pięciu ich chorych na n. z. leczonych wątrobą. W 4 — 6 dni po zastosowaniu leczenia usposobienie chorych, dotychczas zupełnie spokojnych, gruntownie się zmieniło: stali się oni senni, przejściowo podnieceni i stale w większym lub mniejszym stopniu zamroczeni. Obraz kliniczny robił wrażenie ciężkiego i niebezpiecznego dla życia pogorszenia. Stan ten trwał 2—3 dni, poczem następował zwrot ku poprawie stanu ogólnego i stanu krwi.

Wymienieni autorzy usiłują wytłumaczyć tę nieoczekiwaną komplikację nagłym spadkiem zawartości hemoglobiny we krwi, który mógł tu mieć miejsce wskutek przedawkowania wątrobą (chorzy ci otrzymywali po 1400 gr. wątroby i wyciągów dziennie); powołują się oni przytem na badania S c h u l t e n a, który stwierdzał przez pierwsze kil-

ka dni po zastosowaniu wątroby przejściowy spadek hemoglobiny we krwi.

Opisane przez T a t e r k ę i G o l d m a n n a zaburzenia, będące bezpośrednim skutkiem zastosowania terapii wątrobowej, nasuwają jednakże wątpliwości, czy aby istotnie przyczyną ich był tylko spadek hemoglobiny, zwłaszcza, że badań kontrolnych w opisanych przypadkach nie wykonano. Raczej nasuwa się przypuszczenie, że miało się tu do czynienia z ostrem zatruciem układu nerwowego. Czy spowodowały je ciała purynowe, czy jakieś inne—trudno powiedzieć; że ciała purynowe mogły tu odegrać rolę czynnika szkodliwego świadczą ukazujące się od czasu do czasu wzmianki o tem, że terapia wątrobową u niektórych chorych wywoływała napady d n y, u innych znów białkomocz i cylindrurję.

\* \* \*

Na naszym oddziale mieliśmy dotychczas możność obserwowania wpływu terapii wątrobowej na niedokrewność złośliwą na trzech przypadkach, które się przewinęły przez oddział w latach 1928 — 1929.

Na te przypadki składały się dwie kobiety, dotknięte ciężką niedokrewnością złośliwą bez widocznych powikłań ze strony układu nerwowego, i jeden mężczyzna, u którego niedokrewność złośliwa była powikłana ciężkim cierpieniem układu nerwowego ośrodkowego o charakterze *myelosis funicularis post. et lateralis*.

Pierwszych dwóch przypadków nie będziemy tu szczegółowo omawiali, albowiem jako dotknięte n. z. bez widocznego udziału układu nerwowego nie należą one właściwie do tematu pracy niniejszej.

Uważamy atoli za celowe poświęcić więcej miejsca przypadkowi trzeciemu, który znajdował się pod naszą opieką lekarską około 10 miesięcy i, jako obiekt stałej obserwacji klinicznej, dostarczył nam wiele cennych spostrzeżeń.

Przypadek — *Anaemia perniciosa et myelosis funicularis post. et lateralis*.

Stanisław S. — robotnik malarski, lat 53, przybył do szpitala w lutym 1929 r. w stanie bardzo ciężkim z powodu porażenia obu kończyn dolnych, trwającego już od trzech prawie miesięcy, nietrzymania moczu i stolca oraz b. przykrych parastezyj i bólów opasujących. Wystąpienie tego stanu poprzedziły o kilka miesięcy tępe i niezbyt przykre bóle w kończynach dolnych. Mniej więcej przed rokiem chory zupełnie stracił łaknienie, przyczem największy wstręt odczuwał do mięsa; przed półrokiem zaczął również odczuwać przykre sensacje ze strony języka w postaci pieczenia i palenia, zwłaszcza podczas spożywania pokarmów ciepłych i stałych; język był wtedy bardzo czerwony. Chory przez trzy miesiące żywił się wyłącznie zsiadłem mlekiem, gdyż, jako miękkie i chłodne, nie sprawiło mu przykrości przy spożywaniu. Po trzech miesiącach wspomniane dolegliwości same ustąpiły.

Przed wystąpieniem tego cierpienia był człowiekiem zupełnie zdrowym, żadnych chorób zakaźnych, ani wenerycznych miał nie przechodzić; alkoholu i tytoniu nie nadużywał; żonaty, ma czworo dzieci; żona i dzieci zdrowe.

Status praesens: mężczyzna budowy prawidłowej, odżywiony źle, waga 55 kg.; skóra wiotka, na twarzy żółtawa, robi wrażenie nabrzmiałej; widoczne błony śluzowe i spojówki oczne bardzo blade; język o wyglądzie zwykłym. W zakresie

głowy, szyi, grucz. chl. i płuc — żadnych zmian nie stwierdza się.

Narząd krążenia: serce rozszerzone cokolwiek na prawo i na lewo; tony serca bardzo głuche, czyste; tętno miarowe, drobne, 80 na min.; ciśnienie krwi *max.* 87, *min.* 65.

Kręgosłup równy, na ucisk i opukiwanie niebolesny. W jamie brzusznej — żadnych zmian.

Układ nerwowy: źrenice równe, prawidłowo reagują na światło, zbieżność i nastawienie; dno oka bez zmian. Nerwy czaszkowe — bez zmian. Odruchy okostnowe na kończynach górnych wzmożone, po stronie lewej wybitniej niż po prawej; odruchy kolanowe, zwł. po str. lewej, wybitnie wygórowane. Odruch jądrowy bardzo leniwy. Odruchu analnego brak. Odruchy brzuszne zniesione z wyjątkiem lewego górnego. Babiński, Rossolimo — słabo dodatnie na nodze prawej. Klonus kolanowy i stopowy — żywo dodatnie, zwł. stopowy. Zaburzenia czucia głębokiego; rozszczepienie czucia skórno. Dermografizm — b. żywy.

Kończyny dolne: budowy prawidłowej, ale wychudłe, mięśnie na dotyk b. wiotkie, obrzęk wkoło stawów kolanowych. Ruchomość czynna wybitnie upośledzona: chory nie może poruszać palcami nóg, w pozycji leżącej nie może nóg unosić do góry — musi sobie pomagać rękami.

Nie może również stać, ani chodzić; podtrzymywany pod ramiona, z trudem porusza kończynami, ruchy są przytem bezładne, z wyrzucaniem lewej nogi; siedzieć również nie może.

Przy zginaniu biernem kończyn stwierdza się dość znaczną spastyczność mięśni.

Kończyny na ucisk i opukiwanie niebolesne. Nietrzymanie moczu.

Badanie treści żołądkowej: zupełny brak kwasu solnego i zacynow. Prątki okrężnicy ++; badanie kału na pasorzyty — ujemne.

Bad. rentgen. czaszki i kręgosłupa — żadnych odchyłań od normy. Odczyn Wassermann'a we krwi i w płynie mózgo-rdzeniowym — ujemny.

Bad. płynu mózgo-rdzeniowego — nic patologicznego.

Bad. morf. krwi: Hgb. \*) = 86%; B. c. = 4.200 Cz. c. = 2.800.000; Ind. : 1,5. Wzór: N. = 66%; M. i P. = 3%; Eo. = 0%; L. = 28%; Mlc. ob. = 3%. Wybitna poikilocytoza i anizocytoza; polichromazja; pojedyncze normoblasty. Płytki = 138.000. Urobilinogen we krwi — nieznacznie wzmożony. Indykan — w normie.

W moczu — wybitny urobilinogen.

Pierwsze cztery tygodnie pobytu w szpitalu chory otrzymywał tylko środki nasercowe, kwas solny z pepsyną, zastrzyk strychniny 0,001 dz. i odpowiednią dietę.

Pierwsze objawy poprawy stanu ogólnego chorego spostrzec już można było po upływie dwóch tygodni: zaburzenia ze strony pęcherza mocz. zaczęły powoli ustępować, i chory mógł już prawidłowo oddawać mocz. Stan krwi natomiast wykazywał pogorszenie i<sup>3</sup> w dniu 15.III przedstawiał obraz następujący:

Hgb. = 86%; B. c. = 4.200; Cz. c. = 2.140.000; Ind. = 2,0; Wzór: N = 48%; M. i P. = 2%; L. = 37%; Mlb. = 9%; Mlc. eo. = 2%; kom. Türcka = 2%; Eo. = 0%. Poikilocytoza i anizocytoza, polichromazja jeszcze wybitniejsze.

Ponieważ na wystąpienie samoistnej remisji liczyć już nie można było, zastosowano wątrobę w postaci trzech łyżek

\*) Skróty: Hgb. = hemoglobina; b. c. = białe ciała; cz. c. = czerwone ciała; N. = neutrofil; M. = monocyt; P. = przejściowy; B. = bazofil; Eo. = Eozynofil; L. = limfocyt; Mlb. = myeloblast; Mlc. ob. = myelocyt obojętnochłonny; Mlc. eo. = myelocyt eozynochłonny; Mlc. z. = myelocyt zasadochłonny.

„Hepatratu“ dziennie. Specjalnej diety przytem nie układano, ograniczywszy tylko spożywanie mięsa i zastępując je jarzynami.

Na tę nową terapię chory zareagował bardzo żywo. Samopoczucie z każdym dniem polepszało się, skóra, zwł. na twarzy, zaczęła tracić swoje żółtawe zabarwienie, męczące mrowienia i drętwienie nóg zaczęły tracić na ostrości; jednocześnie zauważyć można było wprost zdumiewająco szybką poprawę w obrazie krwi, który po 10 dniach stosowania wątroby przedstawiał się już następująco:

Hgb. = 85%; B. c. = 7.600; Cz. c. = 4.150.000. Ind. = 1,0; Wzór: N = 67%; M. i P. = 1%; Eo. = 0%; L. = 23%; Mlb. = 5%; Mlc. eo. = 3%; Kom. Türcka = 1%.

Poikilocytoza i anizocytoza znacznie mniejsze.

Po dwóch butelkach „Hepatratu“ (równ. 10 kg. surowej wątroby) stan krwi był już następujący:

Hgb. = 90%; B. c. = 6.400; Cz. c. = 6.300.000; Ind. = 0,7.

Wzór: N. = 57%; M. i P. = 8%; Eo. = 0%; L. = 27%; Mlc. ob. = 5%; Mlc. eo. = 3%; Poikilocytoza i anizocytoza nieznaczne; pojedyncze normoblasty na preparacie.

Samopoczucie b. dobre, chory żywszy, rozmowniejszy, skóra na twarzy zlekka zaróżowiona; przybytek na wadze 6 kg.; może już bez obcej pomocy siadać na łóżku. Akcja serca znacznie lepsza, tony jędrniejsze. Urobilinogen w moczu: —

W połowie kwietnia chory zaczął otrzymywać po 300 — 400 gr. dziennie zlekka przysmażonej wątroby, którą znosił b. dobrze. Obserwując b. bacznie stan chorego, byliśmy świadkami stałej i w nadzwyczaj szybkim tempie postępującej poprawy samopoczucia, siły mięśniowej, obrazu krwi i stanu neurologicznego.

W końcu kwietnia chory już zaczął chodzić, opierając się na dwóch kijach. Chód był jeszcze niepewny, ataktyczny, daleki od chodu normalnego człowieka; po schodach chory jeszcze ani wchodzić, ani schodzić nie mógł, ale siadał, wstał i przechadzał się po równej płaszczyźnie bez obcej pomocy.

Stan krwi w tym okresie:

20.IV. — Hgb. 100%; B. c. = 6.600; Cz. c. = 5.100.000 Ind. = 1,0. N = 55%; M. i P. = 5%; Eo. = 1%; Bas. = 2%; L = 35%; Mlc. ob. = 1%; 30.IV. — Hgb. = 104%; Bc. = 6.800; Cz. c. = 5.610.000; Ind. = 0,9; N = 64%; M. i P. = 3%; Eo. = 4%; L = 29%; Płytek = 390.000.

Poikilocytoza, anizocytoza, polichromazja w stopniu b. nieznacznym.

W maju chory chodził już, opierając się tylko na jednej łasce; mrowienie i zębenie w nogach powtarza się, ale znacznie rzadziej i w stopniu wybitnie słabszym. Skóra na twarzy dobrze zaróżowiona; akcja serca dobra; waga — 64,4 kg.

Stan krwi 14.V — Hgb. — 116%; Bc. = 5.400; Cz. c. = 4.700.000; Ind. = 1,2; N. = 47%; M. i P. = 5%; Eo. = 4%; Bas. = 1%; L. = 43%;

Poikilocytoza i anizocytoza w stopniu minimalnym.

Badanie neurologiczne, dokonane przez specjalistę (Dr. Z. B y c h o w s k i e g o), stwierdziło tylko nieznaczną objętkową poprawę w stanie układu nerwowego: jedynie odruchy kolanowe są mniej wygórowane.

Wobec doskonałego samopoczucia chorego i tak wybitnej poprawy stanu krwi ograniczono spożycie wątroby do 4 — ch razy tygodniowo po 300 gr. dziennie i dodano zastrzykiwania tripleksu.

W czerwcu siła mięśniowa i czucie głębokie chorego tak dalece się poprawiły, że chód stał się bardziej zborny, i chory mógł już nawet chodzić bez obcej pomocy po schodach, pomagając sobie łaską.

Stan krwi: Hgb. = 106<sup>0</sup>/<sub>0</sub> B. c. = 6.600; Cz. c. = 4.825.000  
*Ind.* = 1,1; N. = 53<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; M. i P. = 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; E o. = 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; L. = 37<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Poikilocytoza i anizocytoza w stopniu minimalnym jeszcze się utrzymują.

Z początkiem lipca chory już mógł chodzić do ogrodu szpitalnego i przechadzać się tam godzinami, nie odczuwając zmęczenia. Spędzał tam cały dzień, wracając na oddział tylko na posiłek, przyczem kilkakrotnie i trudną wędrówkę po schodach w dół i w górę odbywał bez specjalnego wysiłku i bez pomocy.

W sierpniu chory ważył już 66,1 klg. przy zdrowej opalonej cerze i doskonałym samopoczuciu. W treści żołądkowej jednakowoż w dalszym ciągu stwierdzono zupełny brak kwasu solnego i zacczynów; prątki okrężnicy ++; wątrobę otrzymywał trzy razy tygodniowo po 300 gr. Stan krwi w tym okresie;

Hgb. = 94<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; B. c. = 4.600; Cz. c. = 5.950.000; *Ind.* = 0,8; N. = 64<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; M. i P. = 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; E o. = 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; L. = 34<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; żadnej poikilocytozy i anizocytozy nie stwierdza się.

W dalszym ciągu pobytu chorego w szpitalu nie spozstrzegaliśmy u niego więcej poprawy w stanie neurologicznym; mimo hiperglobulji, która w tym okresie wystąpiła, stałego przybytku na wadze, który w październiku wynosił już prawie 13 klg., mimo doskonałego wyglądu zewnętrznego i samopoczucia, mimo braku parestezji i innych przykrych sensacji, chód chorego jednakże pozostał taki, jaki był jeszcze w sierpniu, t. j. w pewnym stopniu spastyczno-ataktyczny z wyrzucaniem prawej nogi. Babiński i Rossolimo na jednej nodze +; odruchów brzusznych — brak; klonus stopowy +; odruchy kolanowe nadmiernie żywe; czucie głębokie upośledzone.

W okresie tym chory dostawał w dalszym ciągu po 300 gr. wątroby 3 razy tygodniowo i naświetlania lampą kwarcową długich kości i kręgosłupa.

Stan krwi 13.X: Hgb. = 118, 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; B. c. = 4.400; Cz. c. = 7.390.000; *Ind.* = 0,8; N. = 66<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; M. i P. = 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; E o. = 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; L. = 31<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; żadnych cech patologicznych nie stwierdza się.

Po zredukowaniu diety wątrobowej do dwóch razy tygodniowo po 300 gr. we krwi już po tygodniu stwierdzał się spadek hemoglobiny i czerwonych ciałek:

(25.X) Hgb. = 94<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; B. c. = 7.400<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; Cz. c. = 4.100.000  
*Ind.* = 1,1; N. = 49<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; M. i P. = 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; E o. = 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; L. = 43<sup>0</sup>/<sub>0</sub>

Wystarczyło jednakże zwiększyć porcję wątroby do trzech razy tygodniowo po 300 gr., by już po tygodniu wzór krwi wykazywał znaczny przyrost hemoglobiny, a zwłaszcza czerwonych ciałek:

(5.XI.) Hgb. = 100<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; B. c. = 6.000; Cz. c. = 7.020.000  
*Ind.* = 0,7; N = 51<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; M. i P. = 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; E o. = 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; L. = 39<sup>0</sup>/<sub>0</sub>;

Oceniając wyniki mieszanej terapii wątrobowo-arszenikowej u chorego, dotkniętego ciężką niedokrewnością złośliwą, powikłaną daleko posuniętymi zmianami ogniskowymi w rdzeniu kręgowym o charakterze *myelosis funicularis post. et lat.*, widzimy, że aczkolwiek pacjenta naszego nie można uważać za wyleczonego, jak długo jeszcze się utrzymują znamiona schorzenia rdzenia, podobnie jak *achylia gastrica* i prątki okrężnicy w treści żołądkowej, jednakże efekt terapeutyczny musi być uznany za niezwykły i zasługujący na uwagę.

Jakaż jest epikryza?

Chory, który wskutek ciężkiego niedowładu kurczowo-bezładowego obu kończyn dolnych i ogólnego wyniszczenia leżał, jak bezwładna bryła, zdany na łaskę otoczenia, stopniowo odzyskał władzę w nogach i może dość swobodnie chodzić nawet po schodach; *incontinentia urinae*, męczące parestezje i bóle opasujące znikły i nie powtarzają się; siła mięśniowa i waga ciała znakomicie się

powiększyły. Stan krwi z wybitnie patologicznego stopniowo doszedł do normalnego i mimo pewnych wahań, zależnych od ilości podawanej wątroby, utrzymuje się na właściwym poziomie, a okresowo nawet przekracza normę. Samopoczucie, humor — b. dobre.

Opisany przypadek należy do tych bardzo nielicznych, podanych w piśmiennictwie przypadków, w których leczeniem wątrobowym udało się osiągnąć tak daleko idącą poprawę w zakresie cierpienia nerwowego. Dla wytłomaczenia tego zjawiska musielibyśmy przyjąć, że zmiany ogniskowe w rdzeniu kręgowym w chwili przybycia chorego do szpitala były jeszcze świeże i niezbyt rozległe, i że część patologicznie zmienionych włókien jeszcze zdolna była do regeneracji, wzgl. restytucji. Niezawodnie znaczną rolę w odzyskaniu zdolności ruchu odegrało wybitne polepszenie stanu odżywienia i siły mięśniowej chorego.

\* \* \*

W poprzednich uwagach już zaznaczyłem, że ogół badaczy, zajmujących się kwestją wpływu wątroby na schorzenia nerwowe, występujące łącznie z niedokrewnością złośliwą, skłania się do poglądu, że o bezpośrednim działaniu wątroby na układ nerwowy nie może być mowy, i że poprawę osiągniętą w niektórych rzadkich przypadkach, należy raczej rozpatrywać jako wtórną, po doprowadzeniu stanu krwi do normy i podniesieniu siły mięśniowej.

Nasze spostrzeżenia, poczynione na przytoczonym wyżej, bądź co bądź, niecodziennym przypadku dadzą się streścić w kilku punktach:

1) W przypadkach niedokrewności złośliwej, powikłanych cierpieniem c. układu nerwowego, terapia wątrobowa może doprowadzić do cofnięcia się niektórych objawów patologicznych, nawet niedowładu kończyn, i spowodować stałą poprawę w tym zakresie. Nieodzownym, zdaje się, warunkiem jest, by zmiany zwyrodnieniowe w układzie nerwowym nie były zbyt rozległe i zbyt dawne, co, zresztą, podnosili wielokrotnie różni badacze.

Wątroba (wzgl. jej wyciągi) musi być podawana przez czas dłuższy nawet po doprowadzeniu stanu krwi do normy, albowiem wzór morfologiczny krwi wykazuje znaczne nieraz wahania *in minus* po zmniejszeniu porcji dziennej wątroby lub po całkowitem zaprzestaniu jej stosowania, co jest wyrazem chwiejności osiągniętej poprawy.

2) Dodatek przetworów arsenikowych (czy doustnie, czy to w postaci zastrzykiwań) jest bardzo dobrym środkiem, wspomagającym działanie lecznicze wątroby i utrwalającym poprawę w zakresie nerwowym.

3) Żadnego ubocznego działania wątroby na ustrój, zwł. takich sensacji, o których pisali Seyderhelm i Taterka, nie spozstrzegaliśmy. Jednym może godnym zanotowania zjawiskiem była nadzwyczajna senność, na którą wszyscy nasi chorzy uskarżali się zazwyczaj w pierwszym tygodniu stosowania wątroby.

#### PIŚMIENNICTWO.

1. Aron — D. med. Wochschr. 1927 27, 2. Becher — Münch. med. Wochschr. 1928/11. 3. Beránek — Čas. lék

œsk. 1927/52 4. Biberfeld — D. med. Wochschr. 1927/50 i 51. 5. Borgbjärg — Klin. Wochschr. 1929/49. 6. Brugsch-Pappenheim — Kraus-Brugsch, T. VIII. 7. Bürger — Klin. Wochschr. 1929/11 (529). 8. Curschmann — Med. Klin. 1929/46. 9. Cytronberg — P. Arch. med. wewn. 1928, z. 3-4. 10. Deusch — Klin. Wochschr. 1926/20. 11. Dziekiewicz-Czer-niewska — Nowiny lek. 1928/4. 12. Frank — Klin. Wochschr. 1929/14. 13. Gajkiewicz — Gaz. lek. 1912/str. 129. 14. Gold-flam — Gaz. lek. 1918. 15. Greinacher — Centralbl. f. inn. Med. 1928/50. 16. Grek — P. Gaz. lek. 1928/15. 17. Gross-mann — Wien. Klin. Wochschr. 1927/49. 18. Gutwiński — P. Gaz. lek. 1929/11. 19. Harris — South. med. J. Birmingham 1928, Febr.; 20. Hegler — Münch. med. Wochschr. 1929/31 (1313). 21. Henneberg — Klin. Wochschr. 1924/22. 22. He-rolf i Mühsam — Klin. Wochschr. 1928/4 i 1928/11. 23. Hft — Wien. Klin. Wochschr. 1918/34 i 1927/49. 24. Hollman — D. med. Wochschr. 1929/44. 25. Huth i Kessler — Wien. Klin. Wochschr. 1928/2. 26. Jagić i Spengler — Wien. Klin. Wochschr. 1927/47. 27. Jungmann — Klin. Wochschr. 1928/10. 28. Kanisch — Zbl. f. d. Ges. Neurol. u. Psych. 49, H. 12/13. 29. Klein St. „Medycyna” — 1928/2 i 1928/49-50. 30. Knorr — Wien. Kl. Wochschr. 1928/15. 31. Krause — Klin. Wochschr. 1929/47. 32. Kroll-Zschr. f. d. Ges. Neurol. u. Psych. 106/1926, H. 1/2. 33. Kutschera — Wien. Klin. Wochschr. 1927/42. 34. Landau i Held — Warsz. Czasop. lek. — 1929/36, 37, 38. 35. Lauterbach — Zeitschr. f. d. Ges. Neurol. u. Psych. Bd. 95/1925, H. 2-3. ; 36. Liepelt — Dtsch. Zeitschr. f. Nervheilk. Bd. 90/1926, H. 4-6. 37. Loewenberg i Gottheil — D. m. Wochschr. 1928/15. 38. Lossen — Klin. Wochschr. 1929/49. 39. Lottig-Dtsch. Zeitschr. f. Nervheilk. 105. 205/1928. 40. Mar-burg — Wien. klin. Wochschr. 1928/8. 41. Meyer E. — Die Anaemien — Jahreskurse f. aertzliche Fortbildung, 1914. 42. Minot i Murphy — Journ. of the Americ. med. assoc. 87. 1926 i 1927. 43. Minot i Murphy — Brit. med. Journ. 1927 (XCV Congr. Brit. med. assoc.). 44. Milark — Klin. Wochschr. 1929/46. 45. Naegeli — Blutkrankheiten u. Blutdiagnose, Lei-pzig 1923. 46. Natanson — D. med. Wochschr. 1928/18. 47. Neu-burger — Klin. Wochschr. 1927/20. 48. Tenze — Med. Klin.

1928/2. 49. Tenze — Münch. med. Wochschr. 1927/21. 50. Nonne — Münch. med. Wochschr. 1927/13 (563). 51. Tenze — Klin. Wochschr. 1927/23 (1117). 52. Oestreich — Krankheits-forschung, Bd II, H.—5. 53. Orłowski St. — Cierpienia rdze-nia kręgowego, W-wa, 1922. 54. Pal — Wien. Klin. Wochschr. 1927/24, 42, 43 i 1928/5, 8. 55. Pappenheim — Wien. Klin. Wochschr. 1929/12. 56. Porges — Wien. Klin. Wochschr. 1927/52. 57. Pulfer — D. med. Wochschr. 1929/3. 58. Redlich — Wien. Klin. Wochschr. 1927/42 i 1928/8 (287). 59. Reichert—Nowiny lekarskie 1928/14. 60. Reckzeh — Zeitschr. f. d. Ges. exper. Med. 1925. Bd. 46. H. 1-2. 61. Richter—Münch. med. Wochschr. 1928/7. 62. Rosenow — Blutkrankheiten, 1925. 63. Tenze — Klin. Wochschr. 1927/33. 64. Tenze — Med. Klin. 1928/1. 65. Schauman i Salzman—Schiffenhelm, Handbuch d. Krankheiten d. Blutes u. der Blutbildenden Organen, Bd. II, 1925. 66. Schi lling — Klin. Wochschr. 1928/19. 67. Tenze—D. med. Wochschr. 1929/41, 68. Schlesinger — Wien. Klin. Wochschr. 1928/8, 69. Schottmüller — Münch. med. Wochschr. 1927/38. 70. Tenze—Münch. med. Wochschr. 1929/31. 71. Schulten — Münch. med. Wochschr. 1928/15 i 1929/31. 72. Tenze — Klin. Wochschr. 1929/39. 73. Schwarz — Wien. Klin. Wochschr. 1928/6. 74. Seyderhelm — Klin. Wochschr. 1924/14 i 1928/1. 75. Tenze—D. med. Wochschr. 1924/25 i 1929/41. 76. Seyderhelm i Opitz—Klin. Wochschr. 1928/5. 77. Seyfarth—Münch. med. Wochschr. 1927/27 (1163). 78. S. lbermann—Wien. Klin. Wochschr. 1928/43. 79. Singer — Wien. Klin. Wochschr. 1928/47. 80. Solms i Ka-nisch — Forsch. d. Therapie 1928. H. 13. 81. Sonnenfeld — D. med. Wochschr. 1928/6. 82. Springborn — Münch. med. Wochschr. 1929/13 (563). 83. Stepp — Klin. Wochschr. 1929/14. 84. Stephan — Klin. Wochschr. 1925/48. 85. Stransky — Wien. Klin. Wochschr. 1928/8. 86. Sträussler — Med. Klin. 1929/11. 87. Strümpell — Lehrbuch d. Spez. Pathol. u. Therapie, B. II. 1922. 88. Taterka i Goldman—Klin. Wochschr. 1929/41. 89. Trömner — Dtsch. Arch. f. klin. med. Bd. 145/1924, H. 5-6. 90. Wohlwill — Kraus-Brugsch, Bd. X2. 91. Wolff—Med. Klin. 1928/43. 92. Zadek — Klin. Wochschr. 1929/33. 93. Zylberlast-Zanłowa—Prace z pracowni Neurobiol. Tow. Nauk. Warsz., T. II

## Z klinik, szpitali i pracowni

Z pracowni Rentgenologicznej powiatowej Kasy Chorych w Częstochowie

(Kierownik: Dr. A. Bram)

### Przyczynek do wczesnego rozpoznania złośliwych przerzutów w płucach.

Podał

Dr. A. BRAM (Częstochowa)

Przerzuty guzowate w płucach dają w obrazie radiologicznym tak charakterystyczne rzuty cieniowe, że pod względem rozpoznawczym nie sprawiają wprawemu rentgenologowi żadnych trudności, (Le o\*) np. określił te cienie, „jako koła cyrklelem zakreślone“, w ten sam mniej więcej sposób opisał spostrzeżone przez siebie przypadki: Krause, Arnsperger, Otten, Ki enböck, Schinze i inni.

Rzuty te mają zwykle kształt owalny lub zaokrąglony, rzadko nieprawidłowy, wyraźnie odgraniczony od otaczającej je zdrowej tkanki płucnej lub wętki, bez zawartości wapnia. Wielkość cieni bywa rozmaita: od grochu aż do pięści, często na-

wet są one jednakowej wielkości i rozrzucone symetrycznie w polach płucnych. Podobne rzuty cieniowe o innych jednak właściwościach nie są dla przerzutów guzowatych w płucach charakterystyczne, to też czasami spotykane pojedyncze, dość duże cienie o kształcie, zbliżonych do wyżej opisanych, mylnie są brane za guz pierwotny lub inne postaci guzowate, zbyt zaś małe albo wcale czasami nie są spostrzegane, albo też za gruźlicę prosówkową uznawane.

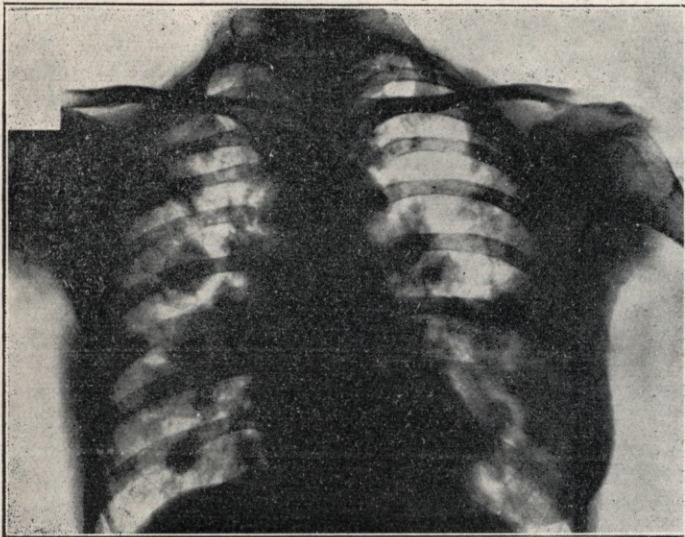
Wartość rozpoznawcza takich obrazów radiologicznych ma tem większe znaczenie, że wczesne rozpoznanie przerzutów płucnych żadną inną metodą kliniczną stwierdzić się nie daje, już choćby ze względu na zespół objawów, łądzący zbliżonych do innych postaci chorobowych płuc.

Momentem, zaciemniającym często różniczkowe rozpoznanie przerzutów w płucach, jest spotykane nierzadko podwyższenie ciepłoty, spowodowane bądź to przez bujanie tkanki rakowej, bądź oto przez zmiany zapalne w najbliższym otoczeniu samego guza.

Przypadek, poniżej opisany, podajemy ze względu na charakterystyczne objawy radiologiczne

\*) H. Le o. Nachweis eines Osteosarcoms der Lungen, durch Röntgenstrahlen, Berliner Klin. Woch. 1898, № 16 str. 349.

ne, które dały możność stwierdzenia tą drogą wczesnego rozpoznania przerzutów guzowatych w płucach:



P. G. I. 52, żona robotnika, skierowana do pracowni rentgenologicznej celem prześwietlenia klatki piersiowej, z przypuszczalnym rozpoznaniem gruźlicy płuc.

Historja choroby: poprzednio zawsze zdrowa, nigdy się nie leczyła. Przed dwoma miesiącami operowana z powodu raka sutka z radykalnym usunięciem gruczołów pachowych. W dwa tygodnie po operacji jako zdrowa wypisana ze szpitala, aczkolwiek już wówczas trochę kaszlała.

Stan obecny: budowy i odżywiania średniego. Blizna pooperacyjna zupełnie prawidłowa. Cera bladawa, z odcieniem żółtawym (podobno zawsze tak wyglądała), skarży się na męczący kaszel i łucie w bokach przy podwyższonej przeważnie popołudniu ciepłocie, dochodzącej do 38°. Gruczoły chłonne nigdzie nie powiększone. W prawym płucu przykręgosłupowo odgłos przytłumiony; wysłuchowo na przestrzeni całego prawego płuca i dolnej części lewego świsły i średniobańkowe rzęzenia. Stłumienie sercowe w granicach normy, tony serca czyste. W narządach jamy brzusznej zmian wyczuwalnych nie stwierdzono.\*)

Badanie rentgenowskie:

Prawa połowa klatki piersiowej w dolnej swej części nieco wciągnięta. Ruchomość przepony obustronnie jednokowa. Cień wnęki prawej rozszerzony. W prawym górnym polu płucnym jednolity intensywny, okrągły cień wielkości 20-to

\*) Historja choroby zaczerpnięta z karty choroby Ambulatorjum Powiatowej Kasy Chorych.

groszówki; w środkowym polu jeden większy cień tych samych właściwości, wielkości 50-cio groszówki; przywznowo kilka podobnych zlewających się sobą cieni, a w dolnym polu płucnym cień identyczny z cieniem w górnym polu.

W środkowym lewym polu płucnym prawie symetrycznie ze stroną prawą jeden większy owalny cień, a w dolnym kilka obok siebie położonych podobnych cieni. Większość cieni wyraźnie odgraniczona od otaczającej tkanki płucnej.

Rozpoznanie radiologiczne: wielorakie przerzuty guzowate w płucach.

Jeżeli opisany wyżej stan chorobowy u kobiety 52 letniej, średnio zbudowanej, bladawej, z żółtym odcieniem, kaszlącej zaraz po operacji, z podwyższoną ciepłotą, przy niewielkich zmianach fizykalnych w płucach, mógł nasuwać podejrzenie gruźlicy płuc, to obraz radioskopowy nie nasuwa żadnych wątpliwości w rozpoznaniu przerzutów guzowatych.

Przebyta choroba raka sutka ułatwia nam, oczywiście, rozpoznanie różniczkowe przerzutów rakowych, gdyż ten sam lub zbliżony obraz radioskopowy płuc dają inne twory patologiczne o charakterze guzowatym lub torbiele.

Do ważnych jeszcze momentów, a nasuwających czasami trudności różniczkowo-rozpoznawcze, należy ustalenie miejsca przerzutów, t. j. w płucach, czy też opłucnie lub nawet na żebrach. W przypadkach przerzutów na opłucnie lub żebrach rzut cieniowy zmienia się przy zmianie pozycji chorego, na żebrach ponadto widzimy ubytki cieniowe żeber, cień zaś ogniskowy zachodzi poza żebro ku górze i dołowi od niego.

Opisane wyżej charakterystyczne cienie przerzutów guzowatych mają jeszcze to doniosłe znaczenie, że są często pierwszym objawem ukrytego gdzieś w narządach wewnętrznych guza pierwotnego, o którego istnieniu dowiadujemy się czasami dopiero na sekcji.

Przypadek powyższy poza znaczeniem rentgenologicznym zasługuje na uwagę ze stanowiska klinicznego, przebieg bowiem choroby świadczy o niezwyklej złośliwości przebytego raka, a ponadto tak szybkie<sup>33</sup> powstanie przerzutów w krótkim czasie po operacji nasuwa podejrzenie, że zarodki rakowe zostały podczas operacji zawleczone do układu krwionośnego i tą drogą przeniesione do płuc. —

P. S. Po napisaniu niniejszej wzmianki dowiedziałem się, że chora zmarła przy objawach ogólnego charakteru.

## Z praktyki prywatnej.

### Przypadek zwężenia okolicy dolnego zgięcia dwunastnicy.

Podali

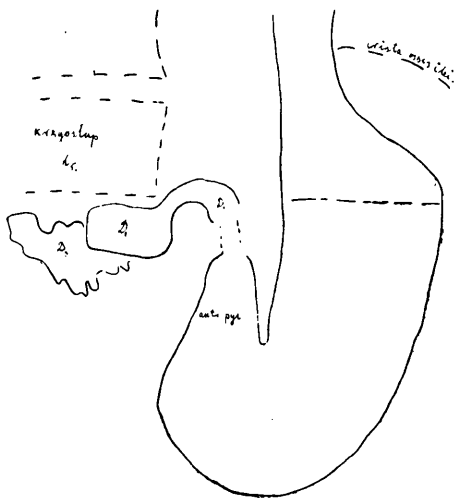
H. LANDAU (Warszawa) i M. ORŁOWSKI (Warszawa).

Chora T. G., lat 58 zgłosiła się ze skargami na niesmak w ustach, brak apetytu, nudności, puste odbijania, bóle całego brzucha, zwłaszcza okolicy dołka podsercowego, zaparcie stolca i bóle głowy; zgagi, ani wymiotów chora nie miała. Bóle

brzucha noszą charakter stały i są niezależne od przyjmowania pokarmów, ani ich rodzaju, ani też od położenia chorej, nie mają zbyt wielkiego natężenia. Cierpienie obecne datuje się od 20 lat, cheć jednak chora czuje się znacznie gorzej, wskutek czego zwraca się do lekarza. Przed kilkunastu laty przechodziła dur brzuszny. Rodziła 8 razy; pozatem w wywiadach niema nic godnego zaznaczenia.

Chora odżywiona miernie, śluzówki widocznie blade, język wilgotny, pokryty szarawym nalotem. Gardziel i płuca bez

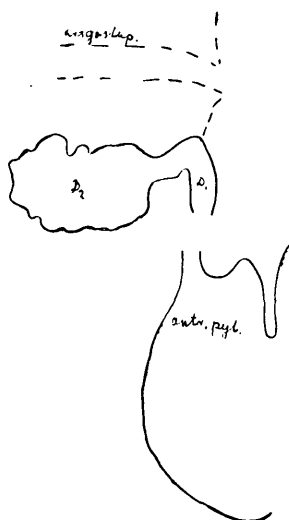
zmian; serce, poza głuchawemi tonami, nie wykazuje odchyień od normy; ciśnienie krwi 145/80. Powłoki brzuszne o licznych rozstępach poporodowych, bardzo wiotkie, miękkie, nigdzie nie napięte; oporów patologicznych nie wyczuwa się, lekka bolesność w nadbrzuchu; żołądek sięga prawie do spojenia łonowego, wątroba i śledziona niepowiększona. Układ nerwowy bez zmian. Odczyn Wassermanna i Kahna we krwi wypadły ujemnie. Badanie moczu wykazało stosunki normalne, zwłaszcza niezwiększoną ilość indykanu. Badanie kału na utajone krwawienie dało wynik ujemny; mikroskopowo znaleziono nieliczne kryształki kwasów tłuszczowych i resztki roślinne. Badanie treści żołądkowej: najczęściej nic nie wydobyto, koniec zgłębnika nie zmieniał barwy papierka kongo, na lakmus reagował kwaśno, w 45' po próbnym śniadaniu Boasa-Ewolda wydobyto około 30 cm.<sup>3</sup> treści dobrze przetrawionej, zawierającej wolnego kwasu solnego 10, ogólna kwasota—22, kwas mleczny—, śluz—, mikroskopowo: dobrze przetrawione ziarna skrobi, drożdże, nabłonki.



Ryc. 1. Żołądek i dwunastnica 1/4 godz. p. c.

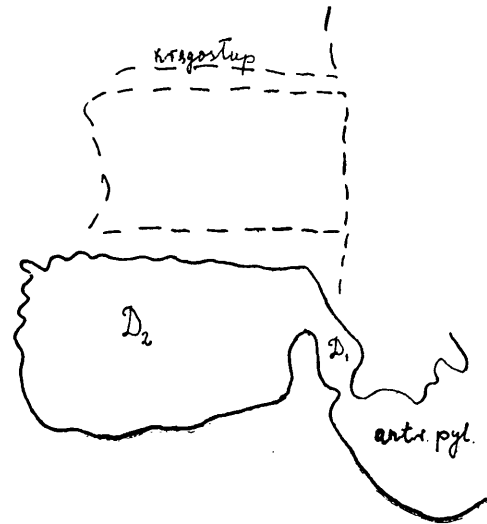
Ponieważ kliniczne rozpoznanie opadnięcia żołądka i jego niedokwaśności oraz zaparcia nawykowego nie tłumaczyło dostatecznie wszystkich dolegliwości chorej (w opadnięciu żołądka chorym przynosi ulgę pozycja leżąca, płyny bywają gorzej znoszone, niż pokarmy stałe, czego tutaj nie było), poddaliśmy chorą badaniu radiologicznemu.

Rentgenologicznie przypadek ten przedstawiał się następująco:



Ryc. 2. Dwunastnica 1/2 godz. p. c.

Żołądek, przemieszczony w całości na lewo, bardzo wydłużony, dolna jego granica dochodzi prawie do spojenia łonowego. Odźwiernik znajduje się na wysokości górnej części kości krzyżowej. Ruchomość i przesuwalność żołądka nieznaczne. Perystaltyka nieco wzmożona.



Ryc. 3. Dwunastnica 6 godz. p. c.

Opuszka dwunastnicy na wysokości 5-go kręgu lędźwiowego (norma L 2-3) — jest mała, o zarysach prawidłowych, opróżnia się dość szybko. Bolesność uciskowa w okolicy dwunastnicy i dolka podsercowego. D<sub>2</sub> (*pars descendens duodeni*), zamiast pionowo, przebiega całkowicie poziomo, masa kontrastowa zatrzymuje się tu i rozszerza dany odcinek dwunastnicy (prawdopodobnie — wskutek dużego wydłużenia żołądka, opuszczenia się odźwiernika i obecności wolnej kręzki — nastąpiło zwężenie światła okolicy zgięcia dolnego dwun., z ewentualnym następstwem powstaniem zrostów). Antyperystaltyka niewidoczna. Masa kontrastowa z odcinka tego wąskim strumieniem przechodzi do innych części dwunastnicy. (Ryc. 1, 2).

6 h. p. c.—w żołądku 1/6 masy kontrastowej, D<sub>2</sub> o 1 1/2 razy bardziej rozszerzone, niż poprzednio. reszta barytu wypełnia *ileum terminale*, *coecum* i *col. ascendens*. (Ryc. 3).

24 h. p. c.—okrężnica do zgięcia śledzionowego zawiera treść kontrastową, poprzecznicą znacznie opuszczoną.

Badanie rentg. przemawia za *gastroptosis gradus maj.*, *stenosis partis infer. D<sub>2</sub>*, *transversoptosis et obstipatio hypokinetic.*

Zwężenia dwunastnicy, na ogół rzadkie, spowodowane są przez sprawy wrodzone (*atresia*), przez zrosty okołodwunastnicze, przez ucisk naczyń kręgowych i, jak w naszym przypadku, głównie przez opadnięty żołądek.

Co do przyczyn zwężenia, musimy różniczkować przedewszystkiem między uciskiem naczyń kręgowych a zrostami. Przy ucisku naczyńowym mielibyśmy odrazu wypełnienie maksymalne rozszerzonego odcinka dwun., czego tu nie widać. Przypuszczać należy, że część objawów klinicznych, jak: nudności, uporczywe bóle głowy — można przypisać dłuższemu zatrzymywaniu się pokarmów w dwunastnicy.

Przypadek ten podkreśla znaczenie badania rentgenologicznego w dagnostyce schorzeń przewodu pokarmowego.

#### PIŚMIENNICTWO.

Banzet P. — Le duodenum mobile. Arch. Mal. App. Digestif. Nr. 4, Kwiecień, 1928. Duval P., J. Ch. Roux, H. Beclere.—Radiologie clinique du duodenum. 1929.

# DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA

## Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

### Z dziedziny ginekologii.

Podał

E. BIRSOWSKI (Warszawa).

Jeszcze przed ukazaniem się znanej pracy P. Mathesa o typach konstytucyjnych kobiety, zagadnienie konstytucji w szerokim i głębokim ujęciu wprowadzone zostało do ginekologii polskiej przez niedawno zgasłego A. Rosnera. Cały szereg nadzwyczaj ciekawych myśli i spostrzeżeń, świadczących o dużym umyśle twórczym i wybitnym darze — powiedziałbym — talencie spostrzegawczym zawiera rozprawa jego p. t.: „Studja nad konstytucją narządów płciowych kobiecych” z r. 1918 oraz inne z zakresu badań konstytucji. Między innymi spotykamy tam słuszną uwagę, iż w zakresie nauki o konstytucji — ginekologja (do r. 1918) odegrała stosunkowo nieznaczoną rolę. Jakkolwiek narządy płciowe są doskonałym terenem tych badań, gdyż najpierw dają się do pewnego stopnia morfologicznie ocenić, powtórę zdradzają swoją czynnościową sprawność tak, jak żaden może inny narząd (miesiączkowanie, płodność, porody), i wreszcie mają wyznaczony tylko pewien okres dla pełnej czynności, t. j. od rozwoju płciowego do przekwitania, — pozwalają więc łatwo śledzić ewent. zboczenia z dziedziny ewolucji.

Łukę tę w zakresie badań konstytucyjno-ginekologicznych niebawem w znacznym stopniu wypełniły 2 ciekawe prace: wyżej wspomniana P. Mathesa oraz „Konstytucja kobiety” B. Aschnera. P. Mathes z dużą siłą przekonywującą, żywo i wnikliwie kreśli typy kobiety astenicznej i interseksualnej, *status asthenicopticus*, ciekawie ujmując „napad chroniczny i ostry wyczerpania astenicznego”. Wiadomo, iż główną wagę kładzie przytem na przeczułenie, przewrażliwienie układu rdzeniowego i roślinnego u takich jednostek. Przy porażeniu ich życia uczuciowego z wyjątkiem uczucia „strachu przed życiem” — takiego rodzaju chore „mniejszowartościowe fizycznie (wątpia budowa tkanek, zwłaszcza elementów elastycznych, wrodzona słabość mięśni, mierne ułożenie trzew, narządów rodnych i t. d.), zbyt szybko się nadwyręzają. Czy to w ciężkiej walce o byt, czy to wskutek konfliktów, wstrząsów duchowych — łatwo wyczerpują się, „wpadają” w nerwice i stają się męczennicami napadów wyczerpania astenicznego (ostrego, przewlekłego). Z powodu „braku apetytu, złego samopoczucia ogólnego, ogólnej słabości, bólów głowy, zemdleń, szumów w głowie, nawykowego zaparcia i znacznego osłabienia siły mięśni” ma wciąż do czynienia z takimi chorem internista. Chirurg zmuszany bywa takiej astenicznej chorej nieraz w pośpiechu wyciąć wyrostek robaczkowy. Najwięcej zaś styka się z podobnego rodzaju pacjentkami ginekolog. Bóle

w krzyżu, upławy, nieregularne, czasami bolesne miesiączkowanie (*dysmenorrhoea* na tle wyczerpania — Schröder), uczucie „pełności brzucha” i częste parcie na mocz — „dowodzą” chyba nieomylnie złego „ułożenia” macicy, tyłozgięcia, albo innego rzekomo — poważnego cierpienia kobiecego. Są one prawdziwe *crux medicorum*; same się męcząc — męczą zarazem i lekarza.

Mathes w dociekaniach swoich ostrożnie posługuje się wyrazem „konstytucja” jako pojęciem pomocniczym — tak samo, jak chemicy i fizycy pojęciem zmyślonem „atom”. Znacznie dalej posuwa się B. Aschner w „konstytucji kobiety” i ostatniej pracy: „Die Krise d. Medizin. Konstitutions-therapie als Ausweg”, gdzie m. in. twierdzi, co następuje: „Kraus, Tandler, J. Bauer, Kretschmer, Brugsch wysunęli w nauce o konstytucji na plan pierwszoplanowy czynnik morfologiczny i w ten sposób nieświadomie usunęli lekarzowi wiele dziedzin do oddziaływania terapeutycznego. Konstytucja w ich ujęciu staje się czemś niezmiennym, niezwalczalnym, jak fatum, i w ten sposób zgóry skazuje lekarza na pesymizm, na nic nierobienie. Wyolbrzymiając znaczenie dziedziczności, twierdzi A., doprowadzili do tego, iż konstytucję poczęto pojmować, jako coś skrzepłego, statycznego, czego konsekwencją stał się nihilizm terapeutyczny. A jednak medycyna klasyczna, w zasadniczych rysach humoralnopatologicznie rozumowana, niezłomie dowiodła, iż możliwe jest oddziaływanie i na cały organizm, oddziaływanie ogólnokonstytucyjne. Nigdy bowiem nie święciłyby takich sukcesów — o ileby takie pojęcia, jak dyskrazja, *plethora*, ostrość krwi, *diathesis inflammatoria* nie miały za sobą realnej podstawy. Niedawno temu i Wagner-Jauregg, mówiąc o możliwości terapeutycznego oddziaływania na szereg chorób psychicznych, które miano dotychczas za nieuleczalne, uwzględniając ich tło dziedziczne — wypowiedział się również o ogromnym znaczeniu czynników zewnętrznych na kształtowanie się konstytucji, na które w nie-małym stopniu udaje się terapeutycznie oddziaływać. W ten sposób na to, co Tandler nazywa „kondycją”, a H. Much konstytucją II i III stopnia, można dowolnie wpłynąć, i to właśnie odbiera czynnikowi dziedzicznemu jego jakoby dominującą rolę. W tym sensie można także mówić i o terapii konstytucyjnej, której narazie jeszcze niema, a którą dopiero powinno się stworzyć. Wtedy, gdy jako najlogiczniejszą konsekwencję z nauki o konstytucji wyciągniemy wniosek, aby próbować wpłynąć na nią, wtedy, gdy skierujemy całą uwagę naszą przeważnie na soki ciała — otworzą się przed nami — wg. Aschnera — oszałamiające wprost możliwości terapeutyczne.

Z ciekawą próbą nowej klasyfikacji typów konstytucji płciowej kobiet wystąpił niedawno K. Stolyhwo. Reasumując swoje rozważania, dochodzi do wniosku, „że każde indywiduum jest



splotem bardziej lub mniej skomplikowanym konstytucyj różnego rodzaju, z których pewne konstytucje uwypuklają się czasem szczególniej silnie: nadają wtedy charakterystyczne piętno całości organizmu“.

W związku zatem z coraz większym znaczeniem, jakiego nabierać poczyna i w ginekologii zagadnienie konstytucji, podkreślić należy 3 nowe momenty, ściśle z tem zagadnieniem związane, a które wysuwać się poczynają obecnie na plan przedni. Mam tu na myśli czynniki: socjalny, psychopochodny i czynnościowy. Podczas wojny i po wojnie coraz szersze rzesze kobiet wciągnięte zostały do życia socjalno-ekonomicznego, do ciężkiej walki o byt. Siłą rzeczy i ginekologja zmuszona została znacznie rozszerzyć zasięg swego dotychczasowego zainteresowania w kierunku socjologii chorób kobiecych, sięgnąć poprzez teren swojej specjalności — genitalia — do całokształtu osobowości kobiety i jej ustroju w nowych jej warunkach ekon.-socjalnych. H i r s z, twórca pojęcia „Frauenkunde“, ujmując to w słowach następujących: kierunek biologiczny wiedzy lekarskiej, przejście do rozumowania konstytucyjnego i osobniczego oznacza duży krok naprzód, jednakże nie zaspakaja jeszcze całkiem wymagań czasów naszych. Tylko jednoczesne głębokie wejrzenie, do kładne przestudjowanie otoczenia, warunków socjalnych, w których kobieta jest czynna, zbadanie zdolności dostosowania się organizmu jej do szkodliwości świata zewnętrznego, wydolności ew. niewydolności w stosunku do ciężkich wymogów życia — będzie w stanie podnieść naukę naszą na wysokość tej nowoczesnego zadania — poznać, zrozumieć i wyleczyć tego nowego człowieka, jakim jest kobieta obecna w nowych warunkach socjalno-ekonomicznych... W stosunku do zmieniających się wciąż warunków życiowych osobnika leczenie powinno się kierować zasadami medycyny hippokratesowskiej, a mianowicie: podążać za zjawiskami przystosowania się ustroju ludzkiego do wewnętrznych warunków, ustalać prawa, rządzące normalnymi i chorobowo zmienionymi czynnościami organizmu, i stąd dopiero wyprowadzić metody leczenia. Na tem polega związek klasycznej medycyny H i p p o k r a t e s a ze współczesną patologją jednostki i patologją społeczną, która każe łączyć jednostkę z warunkami otoczenia tak, jak sztuka H i p p o k r a t e s o w s k a łączy każdy ustrój w jedną całość, a więc bierze pod uwagę całego chorego człowieka, przytem nietylko jednostkę, w oderwaniu od warunków zewnętrznych, lecz osobnika, związanego ze swem otoczeniem i poprzednimi pokoleniami“.

Kroenig, Menge, Jaschke, Opitz, Schröder, Mathes i inni podkreślali psychopochodność niektórych zaburzeń w zakresie narządów płciowych kobiety. Najkonsekwentniej uczynił to Walthard, opierając się w swych badaniach i rozważaniach na dynamice afektów, teorii kompleksów Bleulera i częściowo psychoanalizie Freuda oraz na teorii odruchów warunkowych Pawłowa. Wiadoma zależność wzajemna pomiędzy psychiką, układem somatycznym i wkrwonym wybitniej jeszcze występuje u kobiety. Przyчина leży w większej jej afektywności i emocjonalności, fizjologicznie już znaczniejszej pobudli-

wości, łatwiejszej zatem podatności na szkodliwość życia codziennego. Wynika stąd, że już z natury rzeczy kobieta jest skłonna do zaburzeń na tle psychonerwowem, a skłonność tę wzmacnia życie współczesne z jego niebezpieczeństwami i pokusami. Ostatnio Martin, I. Nowak i Harnik opisują cały szereg przypadków meno — i metrorragji psychogennej, które udało się im wyleczyć przez zmianę tylko miejsca pobytu i otoczenia cierpiących. Nie stosując wcale środków leczniczych, oddziaływując psychoterapeutycznie — wyżej nazwani autorzy otrzymali duży odsetek wyleczenia.

Krańcowy wyraz poglądów o psychogenezie wielu zaburzeń znajdujemy w następujących słowach E. Lieka, słynnego autora „Lekarza i jego posłannictwa“ oraz „Drog błędnych chirurgji“. „Błędne postępowanie daje się spostrzegać w rozmaitych dziedzinach chirurgji, najliczniejsze jednak błędy popełniane bywają w ginekologii operacyjnej. Zrozumiałą jest rzeczą, iż narządy rodne kobiety są najczulszym miejscem, w którym zaburzenia w układzie nerwowym przejawiają się najjaskrawiej. Niezmierna jest zatem liczba bezużytecznie dokonanych przez chirurgów zabiegów na genitaljach kobiety: skrobanek, A l e x a n d e r - A d a m s ó w, przymocowań macicy i t. d. Niesposób, coprawda, zaprzeczyć, iż badaniem faktycznym daje się stwierdzić tu: *metritis*, *retroflexio uteri*, *parametritis*, a jednak prawdziwe rozpoznanie powinno brzmieć: małżeństwo nieszczęśliwe, masturbacja, niezaspokojony pociąg płciowy, bezdzietność i t. d. Przypuszczenie to potwierdzają dość liczne zabiegi, wykonane bez żadnej widocznej poprawy. Zmiana jednak dotychczasowego trybu życia na lepszy, może nie-raz zupełnie usunąć skargi podmiotowe, przynajmniej osłabić lub przytępić ich nasilenie, a w wielu przypadkach nawet wpłynąć dodatnio na zmiany anatomiczne“.

Ostatnio B. Z o n d e k czyni próby ujęcia niektórych zaburzeń ginekologicznych (amenorrei, metromenorragei oraz dolegliwości klimakterycznych) z punktu widzenia czynnościowego, t. j. hormonalnego (chemicznego) — na tle zależności między macicą, jajnikiem, a przednim płatem przysadki mózgowej. Z powodu samej tylko nadprodukcji follikuliny (bodźcem tu — wytwarzany przez przedni płat przysadki — Prolan A) — powstać mogą 3 następujące zaburzenia wielogruczołowe: amenorea wielogruczołowa, meno - metrorragja wielogruczołowa, jak również *climax* wielogruczołowy. Żadnych zmian organicznych w tych cierpieniach można nie stwierdzić... Ujmując dolegliwości okresu przekwitania z punktu widzenia czynnościowego — Z o n d e k dzieli *climax* na 3 okresy: okres wielofollikulinowy, okres oligofollikulinowy i okres poliprolanowy i t. d... Obok więc ścisłych badań anatomomorfologicznych — zaleca je autor i w kierunku funkcjonalnym, biologicznym. Jedyne w ten sposób możliwe są jeszcze duże osiągnięcia, albowiem mimo najdokładniejszych badań anatomo-histopatologicznych, badań związanych z nazwiskami najwybitniejszymi, jak H i t s c h m a n - A d l e r, R. Meyer, Fraenkel, Seitz, Pankow, Schröder i in. wiele zagadnień w ginekologii do dziś dnia zostało jeszcze nierozwiązanych.

Również i sprawa rakowa mimo nadzwyczaj-

nych wysiłków zostaje dla nas i do dziś dnia nie wyjaśniona. Przyznać należy, iż ginekologia położyła ogromne zasługi w zakresie badań rakowych: badań histologicznych, co do przebiegu klinicznego raka (macicy), sposobów leczenia raka — i w ten sposób przyczyniła się do nakreślenia linii wytycznej w leczeniu energją promienistą, jak również do krytycznej oceny wyników tego leczenia. K. Baisch na podstawie materiału z różnych klinik (niemieckich, francuskich i sztokholmskiej) obejmującego blisko 4000 przypadków raka szyi macicy, leczonych radem, mezotorem oraz promieniami Roentgena, przychodzi do następujących wniosków: 1) ogólny odsetek wyleczeń (obserwacja poza szpitalem — 5 lat) sięga mało zadawalającej liczby, bo tylko 20%; 2) leczenie za pomocą energii promienistej nie o wiele lepsze dało wyniki w porównaniu z postępowaniem operacyjnym; 3) nawet w stadium początkowym raka leczenie promieniami zapewnia 50% wyleczenia, droga operacyjna zaś jeszcze mniej, bo zaledwie 37%. Takie niezadawalające naogół wyniki, niebezpieczeństwo częstych nawrotów po zupełnym usunięciu albo zniszczeniu miejscowego ogniska chorobowego, jak również późniejsze nawroty mimowoli nasuwają nam myśl, iż za tem miejscowym zachorowaniem, wzrostem organicznym nabłonka czaić się musi usposobienie, djateza rakowa organizmu, aby zareagował przy zachwianiu się równowagi między nabłonkiem a tkanką podstawową powstaniem ogniska rakowego w *locus minoris resistentiae* (podobna myśl wypowiedziana jest również przez A. Czyżewicza). Różne są powody tego zachwiania: wg. Balla raka trzeba ująć jako objaw nasilenia się odwiecznej „pogranicznej” walki między nabłonkiem a tkanką łączną; wg. Barscha zaś jedynie zmiany głęboko sięgające w przemianie materji w stanie są spowodować bujny nienormalny rozrost nabłonka na niekorzyść mezenchymy. Nie wyłączona jest również możliwość współdziałania czynnika wewnątrzwydzielniczego w powstawaniu Ca. Faktem bowiem jest, iż narządy ciała pobudzane bywają pod wpływem hormonów do nowej wzmożonej czynności (*lactatio*, miesiączkowanie, wytwarzanie cech płciowych wtórnych).

Ażeby osiągnąć lepsze niż dotychczas, wyniki terapeutyczne — walka z rakiem winna się toczyć w 3 kierunkach; 1) bezpośrednia walka z komórką rakową, 2) wzmożenie odporności organizmu — wzmożenie limfocytozy, wzmocnienie tkanki łącznej za pomocą ciepła, diatermji (Opitz, Feilhaber) i 3) dążenie do zasadniczej zmiany diatezy rakowej, usposobienia do zapadnięcia na raka (doświadczenia Freunda — Kamienera). — Próby wywołania zmiany w przemianie materji u rakowych — za pomocą stosowania pewnej djety — są p-g Baischa dosyć obiecujące... Dotychczasowa walka z rakiem za pomocą promieni była niestety jednostronna. Dla osiągnięcia bardziej pomyślnych wyników — wymagane jest szersze i głębsze ujęcie tego zagadnienia, zwalczania raka na wszystkich dostępnych nam odcinkach.. Wiele obiecując

są najnowsze badania Hirszfelda, dotyczące serodjagnostyki i seroterapii raka. (Znany dawniej odczyn Botelho — wg. badań K. Zaleskiego nie okazał się dla raka patognomicznym).

Na zakończenie warto wspomnieć o ciekawych doświadczeniach A. Loesera nad leczeniem rzeżączki przewlekłej u kobiet za pomocą zastrzykiwań podskórnych hodowli żywych gonokoków. Sprawy zapalne rzeżączkowe przewlekłe kobiet obok sprawy poronień i raka zaliczyć należy do najbardziej aktualnych zagadnień ginekologii i soc. ginekologii. Oto, jak Loeser rozumuje: 1) Po 1500 zastrzyknięciach podskórnych hodowli żywych gonokoków można mówić o bezpieczeństwie danej metody. Pierwsze doświadczenia L. zrobił na samym sobie. 2) Zastrzykiwania te w liczbie 13, dokonane w przeciągu czasu od 14—28 dni, mogą w przeważającej liczbie przypadków całkiem wyleczyć przewlekłe stany rzeżączkowe szyi macicznej, przydatków i stawów. Odsetek całkowitego wyleczenia sięga od 60—70%. Jeszcze lepsze wyniki można osiągnąć przy zastosowaniu podczas leczenia zastrzykiwaniami — leczenia również i miejscowego. 3) Przytoczona terapia działa w wiewiórze specyficznie w odróżnieniu od szczepionek z zabitemi gonokokami i skutkuje jakoby we wszystkich tych przypadkach wiewióru, gdy każda inna terapia nie działa. Wyżej wspomniane leczenie może być przeprowadzone ambulatoryjnie i nie wymaga umieszczenia w szpitalu... Duże kliniczne, społeczno-higieniczne i ginekologiczne znaczenie metody Loesera ocenione zostało i we Francji, dokąd L. zaproszony został dla zreferowania swego sposobu leczenia (T-wo ginekologiczne w Paryżu)... Aczkolwiek odnieść można wrażenie, iż dostał się w nasze ręce nowy środek leczniczy energiczny, silna broń przeciwko dotychczas prawie że beznadziejnej co do wyleczenia choroby niepodobna jednak przejść bezkrytycznie obok wszystkich dowodzeń Loesera: zastrzeżenia powinien wywołać nprz. zbyt krótki okres, podany jako miarodajny przy ostatecznym wyleczeniu — niema však pewności, iż po 5—6 miesiączkowaniu nie ukaza się z powrotem dwinki rzeżączkowe, niełatwo jest następnie nieraz ustalić naturę rzeżączkową danej sprawy zapalnej — a może do czynienia mamy ze sprawą gruźliczą, wreszcie L. nie wspomina o sprawdzeniu wyleczenia przez gonoreakcję i t. d. Pomimo to wszystko — metoda L. zasługuje na wypróbowanie ze względu na jej duże znaczenie społeczne.

Wznowione ostatnio z dobrym wynikiem przez T. Zawodzińskiego doświadczenia nad gonoreakcją (Müller, Oppenheim iin.) przy rozpoznawaniu rzeżączki kobiecej — potwierdzają jeszcze raz, iż rzeżączkę należy uważać za schorzenie ogólne ze zmianami w całym ustroju.

Przy umiejętnym korzystaniu z gonoreakcji może się ona okazać dobrym nabytkiem (dla celów rozpoznawczych) z punktu widzenia indywidualno-leczniczego, higienicznego oraz społeczno-higienicznego.

## Streszczenia pojedyncze i oceny książek

### Zagadnienia ogólne.

∞ Dr. Marja GRZEGORZEWSKA. *Psychologja niewidomych.* (Wydawnictwo Naukowego Towarzystwa Pedagogicznego. Tom I. Skład główny w księgarniach S. A. Książnica Atlas Warszawa).

Dzielo niniejsze powstało z żywego zainteresowania się autorki światem niewidomych oraz zagadnieniem kształcenia nauczycieli — wychowawców dla niewidomych, w której to pracy autorka bierze bezpośrednio udział, jako dyrektor Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej — jedynej placówki w Polsce, kształcącej nauczycieli — wychowawców dla rozmaitych kategorii dzieci anormalnych (głuchoniemych, niewidomych, upośledzonych umysłowo i upośledzonych moralnie) — instytucji, która jednocześnie stała się warsztatem prac naukowych w tej dziedzinie. Obecnie ukazał się na półkach księgarskich om I tego dzieła, zakrojonego na szeroką miarę, który jest poświęcony czuciom, postrzeżeniom i wyobrażeniom u niewidomych — a więc działowi o zasadniczym znaczeniu w całości kształcenia życia psychicznego. Następny tom poświęcony będzie pamięci, wyobraźni, asocjacji, inteligencji, myśleniu, pojęciom, uczuciom, woli, charakterowi, osobowości i zachowaniu się niewidomych w życiu. Wbrew utartemu zwyczajowi przyjmuje autorka termin „niewidomy” zamiast „ociemniały”, nadając pierwszemu z nich znaczenie szersze. W rozdziale pierwszym omawia autorka zmysły skórne niewidomych, analizując dotyk i ucisk, ciepło i zimno, próg przestrzenny i próg uciskowy u niewidomych, fizjologiczne i psychiczne warunki progu przestrzennego, wpływ ćwiczenia na próg Webera charakter postaciowy progu przestrzennego, t. zw. zmysł lokalizacji dotykowej, zmysły termiczne oraz sprawę rzekomego odróżniania barw przez niewidomych za pomocą dotyku. W rozdziale drugim znajdujemy omówienie innych zmysłów u niewidomych: zmysłu mięśniowego, zmysłu statycznego, słuchu, węchu, smaku oraz niezmiernie ciekawe uwagi o t. zw. „zmysle przeszkód” niewidomych i jego strukturze psychicznej. Rozdział trzeci rozwija teorię wiksarjatu czyli zastępstwa zmysłów u niewidomych, podnosząc sprawę struktury wiksarjatu oraz przyczyny widności sensorycznej niektórych niewidomych. W rozdziale czwartym znajdujemy analizę percepcji dotykowej u niewidomych i jej rozmaitych teorii, postaciowego ujmowania form przestrzennych za pomocą dotyku, czytania z pomocą alfabetu Braille'a oraz iluzji dotykowo-mięśniowych u niewidomych. Rozdział piąty omawia wyobrażenia u niewidomych — a więc wyobrażenia wzrokowe, surrogaty wyobrażeń u niewidomych, wyobrażenia słuchowe, schematy dotykowe u niewidomych, wyobrażenia przestrzeni u niewidomych, znaczenie wrażeń słuchowych dla wyobrażenia przestrzeni, orjentowanie się niewidomych w przestrzeni oraz wyobrażenia czasu. Rozdział ostatni wreszcie zajmuje się niewidomymi, którzy przewidzieli po operacji, oraz strukturą psychiczną niewidomych od urodzenia.

Dzielo Grzegorzewskiej opiera się nie tylko na głębokim znawstwie źródeł naukowych, zarówno dawniejszych jak i najnowszych, ale przede wszystkim na własnych badaniach, co pozwoliło nie tylko na krytyczne zajęcie stanowiska w kwestiach spornych, ale i na własne interpretacje. Dotyczy to zwłaszcza wywodów, zawartych w rozdziałach drugim i trzecim, które rzucają zupełnie nowe światło na zagadnienie zmysłu przeszkód u niewidomych oraz struktury wiksarjatu czyli zastępstwa zmysłów niewidomych. Praca ta, imponująca wiedzą, opanowaniem materiału, metodą twórczego badania naukowego oraz jasnością wykładu, zainteresować powinna nie-

tylko psychologów i pedagogów, ale i lekarzy zwłaszcza okulistów, neurologów i psychiatrów. Jest to, zresztą, pierwsze w literaturze wszechświatowej opracowanie monograficzne — niewątpliwie wartości pierwszorzędnej — ogarniające całość zagadnienia wraz z motywacją psychologiczną. Byłoby bardzo ważne, ażeby po ukończeniu drugiego tomu całość mogła ukazać się również w jednym z rozpowszechnionych języków europejskich, dając w ten sposób chlubne świadectwo twórczości naukowej polskiej.

Wł. Sterling.

∞ Prof. Th. BRUGSCH. *Lehrbuch der inneren Medizin.* (Tom I-szy. — Berlin i Wiedeń. Urban i Schwarzenberg. 1930.)

Każdy nowy podręcznik nasuwa myśl o warunkach, jakich wymagać należy od dobrego pedagoga. Wobec dzieła tak poważnego, pracy tak olbrzymiej i wysiłku, któremu niemal sprostać dziś nie może jeden autor wobec tego wreszcie, że mamy w dziele Brugscha dowód niezwykłego pogłębienia przedmiotu — bardziej jeszcze wzrosła chęć rozpatrzenia zadań internisty współczesnego, jakie należy spełnić sumienie w stosunku do uczniów. Tom pierwszy podręcznika obejmujący bezmała 1000 stronic, już przy najpowierzchniwszym choćby rzucie oka dowodzi, że autor musi być nauczycielem znakomitym. Nie poprzestaliśmy jednakże na rozważeniu się ogólnym w treści dzieła. Rozdziały, które nas zwłaszcza najbardziej interesowały, przestudjowaliśmy dość dokładnie, aby móc rzetelnie poinformować czytelników o wartości tego nowego podręcznika szczegółowej patologii i terapii chorób wewnętrznych.

Sam układ dzieła różni się dość wyraźnie od innych dzieł tejże treści. Sądzymy, że pomysł autora — rozpoczęcia od wykładu bardzo pouczającego zasad ogólnej terapii — bardzo jest szczęśliwy. Djetoterapia, farmakoterapia, balneoterapia, hidroterapia, elektroterapia, radjoterapia i t. d. stanowią doskonały wstęp i od razu przykuwają uwagę ucznia, który, wprowadzony *in medias res* klinicznego wykładu, z coraz większym zainteresowaniem dąży do szczegółowego poznania przedmiotu. Nauka o konstytucji stanowi dalszy etap wykładu. Obie duże części powyższe noszą na sobie piętno doskonałego przemyslenia przedmiotu i dają dowód dużego doświadczenia pedagogicznego.

Dopiero po takim przygotowaniu rozpoczyna się właściwa część szczegółowa dzieła. W tomie niniejszym opracowane są kolejno: choroby gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, choroby przemiany materji, choroby zakaźne, choroby serca i naczyń, wreszcie choroby krwi. W każdym dziale uwzględniona jest należycie część etjologiczna, symptomatologia i terapia. Wykład wszędzie treściwy, jasny, zajmujący. Nie pominięto niczego, co może i powinno interesować obecnie aż do najnowszych ważnych, zwłaszcza pod względem praktycznym, zdobyczy nauki. Dość powiedzieć, na przykład, że uwzględniona jest już nawet djetoterapia gruźlicy Gersona. Strona teoretyczna bynajmniej jednak nie jest zaniedbana. Wstęp anatomico-fizjologiczny, poprzedzający każdy rozdział, jest niemal wyczerpujący, jeśli mamy na oku potrzeby studjującego. Tak np. anatomja i fizjologia serca, elektrokardjografia pod każdym względem mogą służyć za wzór wykładu przystępnego i znakomicie przystosowanego do potrzeb kliniki: praktyka życia codziennego na każdym kroku przyświeca autorowi, jako zadanie nade wszystko ważne dla ucznia medycyny. Jak słuszną np. jest uwaga, aby lekarz nie informował chorego o ciśnieniu krwi i nie przyczyniał się do szerzenia „infekcji

psychicznej\* którą, niestety, coraz częściej wśród t. zw. inteligentnych chorych obserwujemy.

Największą bodaj zaletą podręcznika jest okoliczność, że wyszedł on z pod pióra jednego autora. Równomierność wykładu, należyta ocena doniosłości każdego rozdziału jest w ten sposób zachowana w stopniu możliwie najpewniejszym. Że zaś gwarancję doskonałej krytyki daje osoba Brugsch'a, który w najrozmaitszych działach medycyny wewnętrznej położył niepomierne zasługi, przeto zbudowany został przezeń gmach naukowy, w którym szukający nauki i informacji niezawodnie znajdzie zawsze wskazówki doskonałe.

Z powyżej przytoczonej treści pierwszego tomu widać, jak wiele pozostało autorowi do opracowania w tomie drugim, bo całość z dwu ma się tomów składać. Nie możemy wątpić, że i ta druga połowa powiedzie się doskonale autorowi. Zyskamy dzieło, oryginalnie pomyślane i znakomicie wykonane, które każdemu studującemu i lekarzowi rzetelnie zalecić będzie można.

Wydanie, wprawdzie nie zbyt dobre, lecz w wysokim stopniu staranne i piękne, ozdobione licznymi rycinami i tablicami barwnymi przynosi zaszczyt zasłużonej firmie wydawniczej, która tak bardzo przyczynia się do postępów naszej nauki.

M. F.

### Fizjologia normalna i patologiczna.

N. GAVRILESCU. Wpływ guanidyny na przepuszczalność mięśni. (Annales de physiol. Nr. 2 r. 1929)

Jako przyczynek do zagadnienia znaczenia guanidyny w powstawaniu tężyczki, zarówno doświadczalnej jak i samoistnej, autor badał wpływ guanidyny na przepuszczalność izolowanego mięśnia brzuszno królika. Autor obserwował opór elektryczny mięśni, wychodząc ze znanego założenia, że obniżenie oporu elektrycznego tkanki idzie w parze ze zwiększeniem jej przepuszczalności.

Normalnie w mięśniu izolowanym, zanurzonym w płynie Ringer'a, opór elektryczny w ciągu pierwszej godziny maleje. Gdy dodano do płynu Ringer'a guanidynę (w ilości 4<sup>gr</sup><sub>100</sub>), spadek oporu był znacznie gwałtowniejszy, stąd wniosek, że guanidyna powoduje zwiększenie przepuszczalności mięśnia.

Autor przypuszcza, że to zwiększenie przepuszczalności ułatwia dostanie się do mięśnia tych substancji, które wpływają na zwiększenie pobudliwości mięśniowej, co ma miejsce w tężyczce.

J. K.

A. A. TITAJEW i W. UNIK. O wpływie potasu i wapnia na pobudliwość nerwów naczynioruchowych. (Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. 223 tom, rok 1929).

W pierwszej serii doświadczeń badano wpływ zawartości jonów wapnia i potasu w płynie, przepływającym przez naczynia, na napięcie naczyń po uszkodzeniu centralnego układu nerwowego. Doświadczenia wykonano na preparacie Trendelenburg'a, przy przepływie płynu Ringer'a.

Przy przepływie normalnego płynu Ringer'a po zniszczeniu rdzenia przedłużonego następuje rozszerzenie naczyń. Gdy przez naczynie przepływa płyn, pozbawiony wapnia, wówczas rozszerzenie ich występuje jeszcze wybitniej, natomiast, gdy płyn krążący jest pozbawiony potasu, rozszerzenie naczyń niemal zupełnie nie występuje.

W następnych serjach doświadczeń badano wpływ wapnia i potasu, na działalność nerwów naczynioruchowych, zwężających i rozszerzających naczynia.

Gdy płyn Ringer'a był pozbawiony Ca, następowało małe rozszerzenie naczyń, i drażnienie nerwów zwężają-

cych prądem elektrycznym, żadnego efektu nie wywoływało. Płyn, pozbawiony potasu, ma właściwości odwrotne; wywołuje samoistnie pewne zwężenie naczyń, powiększające się silnie przy drażnieniu nerwów. Nerwy rozszerzające zachowują się przeciwnie, mianowicie tylko wtedy działają ich wywołuje jakiś efekt, gdy w płynie przepływającym zawarty jest potas.

Doświadczenia powyższe, zgodnie z teorią S. G. Zondeka wskazują na to, że nerwy, zwężające naczynia, należące do układu sympatycznego, działają za pośrednictwem jonów wapnia (brak wapnia hamuje ich działanie), zaś nerwy rozszerzające naczynia, należące prawdopodobnie do układu parasympatycznego, mogą spełniać swe funkcje tylko przy obecności jonów potasu.

J. Konorski

A. PETROWITCH i E. BOKANOWA. Działanie alkoholu na chemizm żołądka. (Compt. rend. d. Soc. d. Biol. Nr. 32 r. 1929)

Alkohol pobudza wydzielanie soku żołądkowego jedynie przy zetknięciu z błoną śluzową żołądka, natomiast przy wstrzyknięciu go do żyły może powodować wydzielanie soku tylko wtedy, gdy przejdzie przez ściany do jamy żołądka.

J. K.

E. BRECKMANN. Przyczynek do studjów nad topografją odcinków żołądka, produkujących kwas solny. (Arch. des. Mal. de l'App. Dig. et des. Mal. de la Nutr. t. XIX. Nr. 9)

Prace Ivy i Inatoka Oyama stwierdziły definitywnie, że wydzielina jamy odźwiernikowej (*antrum*) podczas trawienia jest śluzowa i zasadowa i nie zawiera żadnych zczynów trawiennych, a zwłaszcza pepsyny.

Badania, przeprowadzone przez autora na psach, których śluzówka żołądka jest kompletnie podobna do śluzówki żołądka ludzi dotyczyły histologicznej budowy śluzówki dna żołądka w związku z rozmaitemi strefami fizjologicznymi, które pozwala ujawnić metoda błękitu pruskiego, dalej wpływu histaminy na śluzówkę żołądka oraz histofizjologii zwierzęcia młodego, noworodka i płodu.

Śluzówka dna żołądka dzieli się na trzy odcinki: dno środkowe, pęcherz powietrzny i strefa przejściowa (*antrum-fundus*). Te trzy okolice różnią się między sobą pod względem anatomicznym i fizjologicznym.

Pęcherz powietrzny cechuje się słabym unaczynieniem, cienką śluzówką, bogatą w tkankę łączną, i stosunkowo dużą ilością komórek okładzinowych w śluzówce. Ta strefa zdaje się, nie wydziela kwasu solnego podczas trawienia. Zastrzyknięcie dożylne 1 mlgr. histaminy wywołuje przekrwienie całej śluzówki żołądka i wydzielanie kwasu solnego na poziomie dna środkowego i pęcherza powietrznego. U młodego zwierzęcia znaczna część dna środkowego nie produkuje kwasu solnego ani pepsyny. Strefa czynna ogranicza się do dwóch pól, położonych po obu stronach małej krzywizny w sąsiedztwie jamy odźwiernikowej. Zastrzyknięcie histaminy, podobnie jak u dorosłego wywołuje silne przekrwienie i wydzielanie HCl na całej przestrzeni śluzówki dna.

Podczas trawienia pracują przedewszystkiem części powierzchniowe cewek gruczołowych i to tak długo, póki trwa okres trawienny w żołądku. Część środkowa cewek gruczołowych reaguje późno, a dno ich pozostaje stale w spoczynku.

Między dnem a jamą odźwiernikową jest strefa przejściowa, histologicznie podobna do śluzówki dna, z tą różnicą, że jej komórki główne nie zawierają ziaren wydzielniczych, nie produkują więc pepsyny. Wydzielanie kwasu solnego w tej strefie podczas trawienia zależy tylko od obecności komórek okładzinowych, które są charakterystyczne dla śluzówki dna.

Noworodki (koty), które już spożywały mleko, mają

kwaśną śluzówkę dna. Płody z okresu końca ciąży (świnek morskich) nie wydzielają kwasu solnego, ani podpuszczki po zastrzyknięciu matce histaminy. Przekrwienie śluzówki i niewielka ilość płynu wewnątrz żołądka wskazuje jedynie na to, że histamina przechodzi przez tamę łożyskową.

Henryk L a n d a u

## Djagnostyka

∞ Prof. Dr. M MATTHES, dyrektor wewnętrznej kliniki uniwersyteckiej w Królewcu. Podręcznik djagnostyki różniczkowej chorób wewnętrznych ze 125 rysunkami. Zeszyt pierwszy. Przetłumaczył z szóstego (ostatniego) wydania niemieckiego Dr. Bronisław H a n d e l s m a n, b. lekarz naczelny szpitala Św. Aleksandra w Łodzi (Cena zł. 18).

Dobrze czytelnikom naszym znany z poprzednich swych prac Dr. Bronisław H a n d e l s m a n przyswoił naszemu piśmiennictwu lekarskiemu nowe obce dzieło. Po djagnostyce klinicznej Seiferta i Müllera, po podręczniku chorób wewnętrznych Meringa, przyszła kolej na djagnostykę różniczkową.

Co do potrzeby djagnostyki różniczkowej jako działu nauki lekarskiej, mogą być zdania podzielone. Po opanowaniu metod djagnostycznych, po zapoznaniu się z formami nozologicznymi może lekarz przystąpić do pracy w klinice, i w miarę nabierania doświadczenia fachowego ułożą mu się w umyśle i utkwia w pamięci wszystkie główne cechy chorób, na których podstawie mniej lub więcej zbliży się do istotnego rozpoznania. Zejścia chorób, oględziny pośmiertne, błędy popełnione — nauczą go więcej, niż dziesięć przeczytanych książek. Gorliwa praca, szczere oddanie się choremu, sumiennosc i wreszcie talent, bez którego każde wykonawstwo lekarskie niewiele jest warte, — oto są warunki, zapewniające lekarzowi trafne rozpoznanie choroby i, co za tem idzie, skuteczne leczenie. *Qui bene diagnostit, bene curat.* To też djagnostyk różniczkowych jest niewiele. My posiadamy jedną tylko djagnostykę różniczkową Biegańskiego, wydaną w r. 1896 w wydaniu drugiem; Niemcy posiadają dwie czy trzy djagnostyki różniczkowe; w literaturze rosyjskiej nie znam żadnej; w innych językach, a nawet w języku francuskim po za djagnostyką różniczkową da Costa, z inną się nie spotykamy. Jest więc djagnostyka różniczkowa czemś luksusem, czemś — bez czego w życiu można się obejść. To też nieliczni lekarze u nas posiadają djagnostykę różniczkową w swoich księgozbiorach, a rzadziej jeszcze do niej zaglądną. Chory w klinice — to jest ta wielka księga, w której każdy lekarz codziennie czytać powinien; żadna księga drukowana mu tej księgi życia nie zastąpi.

A jednak wertowanie djagnostyki różniczkowej nawet doświadczonemu klinicyście sprawia dużą satysfakcję i pogłębia jego wiedzę. Pamięć jest pojemna, ale ma swoje granice. Nowe doświadczenia wypierają z pamięci wrażenia dawne — a wszystkich zdobyczy medycyny dziś już umysłem objąć nie sposób. Zebranie wszystkich cech danej choroby, wyliczenie metod, które należy zastosować w celu uniknięcia błędu rozpoznawczego — stanowi wielkie ułatwienie dla lekarza i skracają mu czas, niezbędny do rozwikłania zagadki djagnostycznej. To ma na celu djagnostyka różniczkowa.

Nowe metody fizyczne, chemiczne, biologiczne, radiologiczne, elektrotechniczne i t. p. pogłębiły dział djagnostyczny i uczyniły z djagnostyki różniczkowej poważną dyscyplinę lekarską. Chcąc taką djagnostykę przysporzyć naszemu piśmiennictwu lekarskiemu Dr. H a n d e l s m a n wybrał djagnostykę różniczkową Matthesa. Nie miał wprawdzie wielkiego wyboru, ale uczynił wybór dobry. Jest to dzieło obszerne, gruntowne i ścisłe. Ma wszystkie cechy sumiennej pracy niemieckiej z jej nieuniknioną wadą, mianowicie, wyłącznością; jak we

wszystkich podręcznikach niemieckich, tak i w tej autorem kieruje zasa'a samowystarczalności niemieckiej: autor cytuje niemal wyłącznie autorów niemieckich i powołuje się w odnośnikach na wydawnictwa niemieckie.

Zeszyt pierwszy, liczący 270 stron, obejmuje rozpoznanie różniczkowe ostrych chorób zakaźnych, stanów podgorączkowych, zespołu objawów zapalenia opon, otrzewny i wrzacie rozpoznanie niedrożności i zwężenia jelit.

Opisując np. ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, jako miejscowe zapalenie otrzewny, autor wylicza jego objawy ogólne, następnie miejscowe we wczesnym okresie, uwzględnia nienormalne położenie wyrostka i podaje sposoby odróżnienia tego cierpienia od zapalenia płuc, zapalenia otrzewny miedniczej, zapalenia szpiku kościowego w telerzu biodrowym, ropnia nerkowego albo przynerkowego, kolki nerkowej, kamieni żółciowych i zapalenia pęcherzyka żółciowego, ostrego zapalenia gruczołów zaotrzewnowych. Wywody autor często przeplat krótkimi opisami kazuistycznymi. Ujęcie takie uznać można za dość kompletne, choć właściwie nieraz dur brzuszny maskował zapalenie wyrostka, a także owrzodzenie dwunastnicy, zwłaszcza w okresie przedziurawienia, oraz ostre niezżyty grubej kiszki powodują trudności rozpoznawcze, o czym autor nie wspomina. Dziwnem jest, że autor w tem miejscu ani jednym słowem nie wspomina o wielkich zdobyczach radiologii w rozpoznawaniu zapaleń wyrostka, a wszak w większości przypadków na obrazie rentgenograficznym opieramy dziś rozpoznanie. Podobne uwagi nasuwają się również przy czytaniu innych działów tej książki. Na rysunki składają się: obrazy krwi, (zimnica), krzywe ciepłoty (choroby zakaźne) i radiogramy (płuca, jelita) — wszystkie bardzo dobre. Przy końcu zeszytu dodane są uzupełnienia według VI wydania niemieckiego, które ukazało się w trakcie tłumaczenia wydania piątego.

Z tłumaczeniem kolega H a n d e l s m a n uporał się naogół dobrze. Niektóre miejsca należy w następnych wydaniach wygładzić jak np.: „Obmacywanie w początkowych okresach (zapalenia wyrostka) stwierdza guz tylko w tych wypadkach, kiedy poprzedzały napady, które wytworzyły guz“ (str. 244); lub „Zapalenie żyły wrotnej w związku z zapaleniem wyrostka robaczkowego widywał Schottmüller szczególnie w przemieszczonych ku tyłowi wyrostkach“ (powinno być: „... w razie przemieszczenia wyrostka ku tyłowi.“) (str. 245).

Każdy tłumacz powinien zapewnić sobie redaktora, któryby tłumaczenie skorygował — nawet taki doświadczony literat lekarski i lingwista, jak kolega H a n d e l s m a n; w przeciwnym razie nierówności nie dadzą się uniknąć.

Z zaciekawieniem oczekujemy dalszych zeszytów, których ma być ogółem trzy. Zawierać one będą takie wielkie działy, jak choroby przemiany materji, sekrecji wewnętrznej, narządów trawienia i t. d.

W. K n a p p e.

E. BECHER Jakie wnioski djagnostyczne dają różne wyniki próby na indykan i ksantoproteinowej. (Münch. med. Woch. Nr. 11, 1930).

Obydwa odczyny zachowują się, z małymi wyjątkami, we krwi odbiałzonej równolegle, pozwalają też na orientację co do stopnia zatrzymywania w jelicie aromatycznych produktów gnicia. Zachowanie się tych ciał nie jest jednak równoległe do rozbudowy białka. W przebiegu ostrego zapalenia nerek ulegają o wiele wcześniej retencji pośrednie produkty przemiany białkowej, produkty gnicia jelitowego zatrzymują się w mniejszej ilości i później. W przebiegu nerki marskiej zatrzymują się wybitnie obydwie grupy ciał. Brak równoległości w omawianych zjawiskach pozwala na ważne wnioski kliniczne i djagnostyczne. Czasami spostrzega się nieznaczne wzmożenie odczynu na indykan, gdy próba ksantoproteinowa

wypada normalnie. Bywa odwrotnie: wybitny odczyn ksantoproteinowy wobec normalnych ilości indykanu. Ostatnie spostrzeżenia się w przypadkach nerki marskiej i szybko występującej niedomogi nerkowej w przebiegu oligurji pochodzenia nerkowego. Silny odczyn ksantoproteinowy przy nieznacznej zawartości indykanu w tych przypadkach przebiega klinicznie z objawami uremji. Na pierwszy plan zespołu wysuwa się wielki oddech, zasób zasad jest obniżony. Wysoki odczyn ksantoproteinowy idzie zawsze w parze z niskim zasobem zasad, i B. z tego odczynu sędzi o ilości zasad.

Zdarzają się przypadki uremji, w których na pierwszy plan wysuwa się zatrzymywanie produktów przemiany białkowej. Jest to ostre zapalenie nerek i niedomoga serca we wczesnym okresie nerki marskiej. Objawy kliniczne są nieznaczne, chorzy skarżą się na bóle głowy i ogólne niedomaganie. W tych przypadkach nie wolno mówić o prawdziwej uremji. Obraz kliniczny jest często powikłany objawami pseudouremji w sensie Volharda.

W innej grupie schorzeń występuje retencja równoległa produktów przemiany białkowej i gnicia jelitowego, jednakże mniej wybitna, niż w ostrem zapaleniu nerek. Objawy kliniczne: niestrawność, wymioty, odbijania, brak łaknienia. Zapach moczu z ust i skłonność do nieżyty słuźówki przewodu pokarmowego. Obniżenie ciepłoty i drgania włókienkowe. Objawy te mają zależeć od zatrucia organizmu produktami gnilnymi, które, przy zbliżającej się uremji, dostają się do płynu mózgowego, gdzie ich przedtem nie było, w przeciwstawieniu do produktów przemiany białkowej, które zawsze można wykazać w płynie mózgowym.

Dalsza podgrupa uremji, to przypadki z wzmocnionym odczynem ksantoproteinowym i nieznacznym wzmocnieniem indykanu, objawiające się w pierwszym rzędzie wielkim oddechem. W tych przypadkach tworzą się w większej ilości kwasy i ulegają silnemu zatrzymaniu w organizmie. W nasileniu odczynu ksantoproteinowego biorą udział oksykwasy aromatyczne.

Wymienione podgrupy uremji najczęściej występują razem, przyczem przeważają raz objawy samozatrucia jelitowego, innym razem—kwasica.

Jeszcze inną postać uremji daje silny toksyczny rozpad białka z objawami wybitnego zmęczenia, przytępienia i zaników mięśniowych. Ta postać wikła się również wyżej wymienionymi.

Wzmocnienie odczynu ksantoproteinowego przy normalnych ilościach indykanu spotyka się w niedomodze wątrobowej. Np w przebiegu ostrego żółtego zaniku wątroby stwierdza się wybitny odczyn ksantoproteinowy przy normalnej ilości indykanu. Odczyn ksantoproteinowy zależy tutaj od aminokwasów aromatycznych.

F. Turyn.

I. M. PINKUS, G. S. GAN i J. W. SMYSŁOW. Ciśnienie żyłne jako wskaźnik wydolności narządu krążenia. (Med.-Biol. Żurn. z. 2/1929).

Ciśnienie żyłne może służyć jako wskaźnik czynności układu sercowo-naczyniowego, zwłaszcza prawego serca i stanu małego krążenia. Stan ciśnienia żylnego jest ściśle związany z typem, intensywnością i fazą oddychania. Z metod określania ciśnienia żylnego uważają autorzy krwawe za bardziej dokładne, niż niekrwawe. Autorzy wykonywali pomiary ciśnienia żylnego metodą Payana i metodą Hrokera, która daje nieco mniejsze liczby, niż pierwsza. Przeciętnie ciśnienie żyłne, mierzone metodą Payana, wynosi 14 cm. H<sub>2</sub>O. Ciśnienie żyłne jest regulowane niezależnie od ciśnienia w układzie tętniczym i naczyniach włosowatych. Opuszczenie ręki od poziomu prawego przedsiönka do kolan podnosi ciśnienie żyłne z 14 cm. H<sub>2</sub>O do 18. Praca fizyczna i próba Valsalvy podnoszą ciśnienie żyłne.

Henryk Landau.

KESTERMANN. W sprawie oznaczania cukru we krwi. (D. m. W. Nr. 38 1929).

Dla celów praktycznych metody mikrochemiczne oznaczania cukru we krwi są zbyt skomplikowane. Wystarczająco dokładna i wymagająca mało czasu jest metoda kolorymetryczna w modyfikacji Kaufmanna, polegająca na redukcji kwasu pikrynowego przez dekstrozę. Wyniki, w ten sposób otrzymywane, zgadzały się w zupełności z wynikami otrzymywanymi przy pomocy metod mikrochemicznych. W przypadkach, w których lekarz nie może natychmiast po pobraniu krwi przystąpić do badania, można przez dodanie do krwi 1% fluorku sodu i 0,1% roztworu sublimatu uniemożliwić wystąpienie glikolizy i rozszczepienia przez drobnoustroje. Zawartość cukru w tak pobranej krwi pozostawała niezmienną nawet po 30 dniach.

Wanda Franzówna.

### Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

∞ Prof. Dr. J. LENARTOWICZ, dyrektor klin. chor. skór. i wener. we Lwowie. Z zagadnień nauki o kile (wykład kliniczny dla lekarzy i studentów). Biblioteka Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie „Lekarz praktyk”. (Kraków 1930. Nakładem Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie, ul. Batorego 5).

W poszczególnych rozdziałach broszurki, zawierającej 35 stronik druku, omawia autor bardzo ważne zagadnienia z zakresu patologji i terapij kily. A więc ocenia krytycznie wartość t. zw. poronnego leczenia kily, zagadnienie jej uleczalności wogóle; omawia wpływ kily na późne schorzenie układu nerwowego, w końcu zastanawia się nad skutecznością dotychczasowych sposobów leczenia przeciwkılıowego i rozpatruje rokowanie w kile z punktu widzenia możliwości udzielania osobnikom kilytowym pozwolenia na zawarcie związku małżeńskiego.

Autor zwraca szczególną uwagę na to, że wszystkie te omawiane przez niego zagadnienia nie są tak proste, aby można było je praktycznie rozstrzygać na podstawie wyników badań serologicznych krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego. Wyniki tych badań bierze się, niestety, na ogół niesłusznie za podstawy racjonalnego rozpoznawania i leczenia kily, a nawet rokowania w kile. Przytaczając na dowód tego cały szereg badań i spostrzeżeń własnych i wielu innych wybitnych syfilidologów, zapatruje się autor bardzo krytycznie na wartość t. zw. poronnego leczenia kily, którego zasada musiała zawieść, gdyż była oparta na błędnem rozumowaniu. Wszystkie bowiem rozbija się o brak dokładnych sposobów badań, któreby pozwalały na możliwość zapewnienia chorego, że został doszczętnie z kily wyleczony. Jedynie pewne, jak dotąd uważano, dowody wyleczenia kily w postaci spostrzeganych przypadków powtórnych zakażeń (*reinfectio*), poddaje autor bardzo surowej krytyce.

Autor przytacza cały szereg danych z piśmiennictwa w których wyraźnie zaznacza się zmienność poglądów i przekonań w zasadniczej sprawie, dotyczącej zagadnienia uleczalności kily, które to zagadnienie dotąd jest nierozstrzygnięte. Zwracając uwagę na niejednakowy przebieg kily u rozmaitych osobników w tych samych warunkach, dotyczących płci, wieku, sposobu leczenia i t. d., rozpatruje autor krytycznie zagadnienie skuteczności dotychczasowych sposobów leczenia przeciwkılıowego i zwraca uwagę na to, że w leczeniu kily same środki lecznicze nie stanowią wszystkiego, a główną rolę odgrywają konstytucjonalne właściwości ustroju chorego. Podnosząc z naciskiem, że narazie nie mamy bez względnie pewnych dowodów dla stwierdzenia faktu doszczętniej uleczalności kily, zaleca autor bardzo oględne postępowanie w wydawaniu orzeczeń i zezwalaniu na związki ma

żeńskie osobników kilowych i uważa, że obowiązkiem lekarza nie jest rozstrzygnięcie, czy osobnik kilowy po pewnym okresie leczenia może się żenić, ale to, aby każdemu kilowemu wyjawic istotną prawdę i uświadomić go o możliwości niebezpieczeństwa przeniesienia kily na potomstwo.

Broszurka napisana jest właściwym autorowi jasnym i barwnym stylem, a sam temat tak ważny opracowany szczegółowo z uwzględnieniem własnych doświadczeń autora i zapatrywań wybitnych syfilidologów. Odda ona niewątpliwie duże usługi nie tylko specjalistom dermatologowi, ale każdemu lekarzowi, zwłaszcza, że kila nie szczędzi żadnego narządu i wkracza we wszystkie gałęzie wiedzy lekarskiej.

Adam Straszynski

R. MAYER-LIST. O skórze marmurkowej (*cutis marmorata*). (Dtsch. Arch. klin. Med. 5-6/164 — 1929).

Wg. badań autora wazoneurotycy reagują na zadzia-  
łanie zimna wystąpieniem t. zw. skóry marmurkowej, przy  
czem pewne miejsca skóry zawsze sinieją — inne natomiast  
zawsze bledną. W miejscach sinych znajduje się mniej punktów  
odczuwania zimna, niż w miejscach blednych.

Autor wyobraża sobie powstawanie *cutis marmorata*  
w ten sposób, że w miejscach skóry, szczególnie wrażliwej  
na zimno, drogą krótkiego odruchu powstaje pod wpływem  
oziębienia skurcz drobnych naczyń, powodując białe plamy.

W innych miejscach skóry — gdzie zimno jest słabo  
odczuwane — powstaje zwężenie głębszych naczyń z jedno-  
czesnym rozszerzeniem powierzchownych — słowem, stany  
spastyczne—atoniczne, powodujące plamy (siatkę) siną.

Opisany powyżej mechanizm powstawania *cutis marmo-  
rata* opiera autor na obrazach kapilaroskopowych, i ujmuje  
go jako odczyn szcztątkowy ustroju, rozgrywający się na ob-  
wodzie bez udziału ośrodkowego ukł. nerwowego i dążący do  
ochrony ustroju przed zbytnią utratą ciepła.

W drugiej części swej pracy omawia autor wynik lo-  
kalnego stosowania ciepła pod postacią okładów.

Otóż jeżeli u danego osobnika istnieje skłonność do  
t. zw. *cutis marmorata*, to pod wpływem aplikowanego ciepła  
miejsca sine stają się jaskrawo czerwone (stan spastyczny  
naczyń w tych miejscach ustępuje miejsca przekrwieniu  
czynnemu).

Po dłuższym stosowaniu ciepła występuje siateczka  
pigmentowana wskutek zbierania się barwnika w miejscach  
przekrwionych.

Jaki jest cel tej pigmentacji? Otóż wg. poglądu autora  
(i innych) barwnik skóry nie tylko chroni nas przed światłem,  
ale chroni ustrój przed utratą ciepła w ten sposób, że ciałka  
barwnika potrafią przekształcić promienie świetlne w ciepło  
i magazynować je poto, aby w razie potrzeby (pocenie się)  
oddać swoje ciepło otoczeniu, nie naruszając ciepła właści-  
wego ustrojowego. Otóż można sobie wyobrazić, że po wielo-  
krotnym miejscowym stosowaniu np. okładów ciepłych sku-  
pia się barwnik w tym celu, aby z jednej strony ochronić  
krew przed nadmiernym przegrzaniem, a drugiej zaś strony—  
po odjęciu okładów ciepłych — przed zbyt dużymi stratami  
ciepła w miejscach przekrwionych.

Następnie autor na podstawie swych badań nad naczy-  
niami błony śluzowej żołądka, jamy ustnej, pęcherza mocz-  
owego, mięśni i mózgu, przychodzi do wniosku, że istnieje  
niewątpliwie „*cutis marmorata*” narządów wewnętrznych, mo-  
gąca być powodem wielu dolegliwości.

Wreszcie podkreśla autor, że właśnie w miejscach sil-  
niczych *cutis marmorata* najczęściej występują odczyny pato-  
logiczne w przebiegu różnych chorób, że te miejsca są punk-  
tem uchwytu dla niektórych bodźców chorobowych (*exauthe-  
ma* po salwarsanie, rtęci, antypirynie, najwcześniejsze osied-

lenie się krętków bledych w miejscach sinych, *leucoderma  
syphiliticum* w tych właśnie miejscach).

H. Rasolt

## Choroby nerwowe i psychiczne.

B. SEREBRJANIK. Porażenie z zimna. (Deutsch. Zeit-  
schrift für Nervenheilkunde. Tom. 109. Zeszyt 3/6, 1929).

Znana jest choroba Eulenburga, *Paramyotonia con-  
genita*, cierpienie rodzinno-dziedziczne, w którym ruch mięśni  
dłoni i twarzy słabnie na zimnym powietrzu lub w zimnej  
wodzie. Autor zwraca uwagę, że w razie schorzenia neuronu  
obwodowego lub rdzeniowego w wielu cierpieniach (*syringo-  
myelia, sclerosis lateralis amyotrophica, atrophia musculorum  
progressiva, amyotrophia Charcot-Marie polyneuritica*) obserwu-  
je się czasem takie zachowanie się mięśni. Mięsień, który  
przy zwykłej ciepłocie pokojowej jest normalny lub niedo-  
władny, traci zupełnie władzę, gdy wystawić rękę na zimno  
lub zanurzyć na kwadrans w wodzie 8—12 stopniowej. Zmie-  
nia się też pobudliwość elektryczna, zwłaszcza skurcz prądem  
stałym daje obraz częściowego odczynu zwyrodnienia. Obser-  
wuje się różne typy porażen, to wyłącznie w *Mm. interossei*  
względnie *thenar*, to wyłącznie w *M. adductor pollicis* lub  
*extensor digitorum communis*. Trudno określić czy oziębienie  
samego mięśnia odgrywa rolę, jego nerwu obwodowego, czy  
wreszcie naczyń wewnątrzmięśniowych. Naogół zaburzenia  
naczynioruchowe nie dominują w obrazie klinicznym, a na-  
wet są często nieobecne.

Higier.

VAN DER ERST. Objaw Chwostka. (Jahrbücher  
für Kinderheilk. Tom 73. Zesz. 5/6 1929)

Objaw Chwostka czyli twarzowy, przemawiający za  
nadpobudliwością muskulatury, wywoływać należy jedynie  
i wyłącznie przez uderzenia pnia r. twarzowego obok *lobulus  
auriculae*. Wszystkie inne skurcze zjawiające się przy perkusji  
w obrębie *arcus zygomaticus* dają podobne objawy, jak uno-  
szenie powieki górnej, skrzydła nosa, powiek i międzybrwia,  
a są wynikiem innego odruchu, nie mającego nic wspólnego  
z Chwostkiem, spotykanego u dziatwy neuropatycznej,  
a często i u zdrowych. Ostatni ten objaw, pseudo-Chwostek,  
znika po kokainizacji n. szczękowego.

Higier.

M. L. DOROWSKY. Migawkowy odruch obronny  
(mrużenie). (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 110  
Zeszyt 1/3. 1929.)

Jest to odruch obronny wyższego rzędu. I z lokalizacji  
swej i ze zjawienia się filogenetycznie późnego — wystapie-  
nie dopiero w 2-im roku życia — jest on odruchem korowym.  
Słabnie lub znika w świeżych przypadkach hemiplegji po  
stronie porażonej. Nie stoi on w związku z zachorzeniem  
lub brakiem odruchu rogówkowego.

Higier.

J. A. BAJLIN. O znaczeniu zespołu akroasfiksji  
w patologji. (Med.-Biol. Żurn. z. 2/1930).

Akroasfiksji towarzyszą zaburzenia czynnościowe mózgu  
i narządów wewnętrznych. Zespół akroasfiksji zależy od za-  
burzeń w roślinnym układzie nerwowym, głównie współczul-  
nym i w układzie wewnątrzwydzielniczym. W pewnych okre-  
sach swego rozwoju może doprowadzić akroasfiksja do nie-  
zdolności do pracy.

Akroasfiksja może być wywołana przez rozmaite pro-  
cesy patologiczne, niezawsze o zupełnie jasnym charakterze

w rozmaitych częściach układu nerwowego. Miejscowe wpływy termiczne na kończyny nie odgrywają dużej roli w genezie schorzenia.

Rozpoznanie zespołu akroasfiksji wymaga djabnozy

wszystkich czynników, wywołujących ten zespół w konkretnym przypadku: tylko wtedy możliwe jest racjonalne leczenie.

Henryk L a n d a u.

## Wskazówki praktyczne.

Przeciwno *bólom głowy po znieczuleniu lędźwiowym* poleca Burghelle *zastrzyknięcie dożylna efetoniny* w ilości 1 ctm<sup>8</sup>. Wszystkie dolegliwości znikają po upływie kilku minut. (Ztbl. f. Chir. 1930 Nr. 6).

—o—

Zamiast jodiny *do odkażenia skóry* u ludzi wrażliwych na jod poleca Blos *Dijozodol*, środek, zupełnie nie drażniący skóry. (Ztbl. f. Chir. 1930 Nr. 10).

—o—

*Do znieczulania błony śluzowej cewki i pęcherza moczowego* stosuje O. A. Schwarz 0, 1<sub>0</sub><sup>0</sup> 0, 15<sub>0</sub><sup>0</sup> roztwór *perkainy*. Do 10 ctm<sup>8</sup> roztworu dodajemy 5—8 kropeł suprareniny. 1: 1000. Znieczulenie występuje już po 5 minutach, lepiej jest jednak rozpocząć wprowadzanie narzędzi po upływie 15 minut. W sprzedaży są pastylki po 0, 05 gr. Jedną pastylkę rozpuszcza się w 50 gr. wody destylowanej, roztwór taki (gotowany) wystarcza na 3 znieczulenia i może być przechowy-

wany w ciągu 6 tygodni i w każdym czasie na nowo gotowany. (D. m. W. 1930 Nr. 13).

—o—

Kolle stosuje z powodzeniem *Parokodinę w migrenie*. Na początku napadu daje się 2—4 pastylek, które napad natychmiast przerywają. W przypadkach nie powikłanych leczenia to okazuje się skuteczne nawet wtedy, gdy inne środki nie pomagają. (M. m. W. 1930. Nr. 12).

—o—

Tomor poleca *leczenie dokrewne gruźlicy*. Należy starać się o osiągnięcie równowagi hormonalnej, która w gruźlicy prawie zawsze jest zachwiana. Naczejność tarczycy, najczęściej towarzysząca gruźlicy, powinna być wyrównana za pomocą zastrzykiwań przetworów jądra i jajników, a przede wszystkim za pośrednictwem wyciągów z trzustki. Wystrzegać się jednak należy nadmiernego wyrównania dysfunkcyj np. przy pomocy wielkich dawek insuliny. (Schweiz. Med. Woch. 1930 N. 8).

## Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Posiedzenie z dn. 18 lutego 1930 r.

Początek o godz. 8-mej punktualnie.

Obecnych członków Towarzystwa 57, gości 26.

1. Protokół posiedzenia z dn. 11 lutego r. b. zatwierdzono bez poprawek.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłosił wspomnienie pośmiertne, poświęcone ś. p. W. Kosmowskiemu (streszczenie własne).

Kosmowski Wiktoryn urodził się w 1850 r.; studia lekarskie ukończył w Szkole Głównej w 1870 r., poczem z polecenia Komitetu Towarzystwa opieki nad rannymi udał się do Francji, by brać udział w wojnie francusko-pruskiej. Po powrocie do kraju, poza praktyką prywatną, bierze czynny udział w życiu społecznym i lekarskim. Za swój czynny udział w pracach organizacyjnych Czerwonego Krzyża w Genewie otrzymuje odznaczenie, zajmuje się czynnie w kolonjach letnich dla dzieci, pracuje w Towarzystwie Hygienicznym, za co w latach ostatnich zostaje mianowany jego członkiem honorowym. W r. 1880 świeżo założona Kronika Lekarska powołuje Go na swego redaktora. Ś. p. Kosmowski i tworzy pierwszą w Warszawie Lecznice dla chorych przychodzących.

Członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego ś. p. Kosmowski został w r. 1875. Od r. 1905 do r. 1907 pełnił obowiązki Sekretarza Stałego w zastępstwie chorego profesora Hoyer'a, ówczesnego Sekretarza Stałego. Poza tem w ciągu lat kilku ś. p. Kosmowski brał czynny udział w Zarządzie Towarzystwa i przyczynił się w znacznym stopniu do przebudowy domu tegoż Towarzystwa. Drukiem ogłosił, ś. p. Kosmowski kilka prac, głównie z dziedziny pedjatrji i higieny. Po długiej chorobie sterany pracą zmarł dn. 15.II. 1930 r.

Cześć jego pamięci!

Prace Kosmowskiego:

1. Z wycieczki lekarskiej do Francji podczas ostatniej wojny francusko-pruskiej. Gaz. Lek. 1871.
2. Rys higieniczny dzieci w pierwszych latach życia. Warszawa. 1873.
3. Wada rozwojowa spodzic, nieprzedziurawienie odbytu, i t. d. Medycyna. 1874.
4. O drgawkach przy zębowaniu. Pam. Tow. Lek. 1878.
5. Wiadomości z higieny mieszkań. Przyn. i Przem. 1872

6. Lymphadenitis tuberculosa chronica. Pam. Tow. Lek. 1894.

7. Lecznice Warszawskie dla przychodzących chorych w świetle liczb. Medyc. 1905.

8. Przedstawienie fotometru dla określenia ilości światła w sali szkolnej. Pam. Tow. Lek. 1906.

9. Kwestja utworzenia delegacji do spraw wychowawczo społecznych. Zdrowie. 1910.

3. Kol. Prezes odczytał tytuły prac nadesłanych do Towarzystwa.

Zebranie postanawia wyrazić podziękowanie Wiceprezowi Towarzystwa, kol. L. Paszkiewiczowi za niezwykle cenny dar, jaki od Niego uzyskała Biblioteka Towarzystwa.

4. Kol. Prezes zawiadamia o mającym się odbyć nabożeństwie za poległych członków służby zdrowia.

5. Kol. J. Węgierko wygłosił odczyt p. t. „*Leczenie djetetyczno-insulinowe cukrzycy*” (streszczenie własne).

Prelegent omawiał leczenie cukrzycy djetetyczno-insulinowe, uwzględniając własny podział przypadków cukrzycy. Podział ten ma na celu łatwiejsze zorientowanie się, dotyczące wskazań w postępowaniu leczniczym w poszczególnych przypadkach. Prelegent dzieli chorych cukrzyczych na przypadki z wagą prawidłową wzgl. nadmierną oraz na chorych z niedoborem wagowym. Pierwszym stosuje małokaloryczne pożywienie z pewną ilością węglowodanów, drugim pożywienie pełnokaloryczne zbliżone do odżywiania fizjologicznego oraz insulinę.

Według prelegenta chorym cukrzyczym potrzebne są węglowodany — jako główny składnik, którego im braknie (ogolnienie z zapasów glikogenu) i dlatego trzeba tym chorym stworzyć takie warunki, aby te węglowodany się przyswajały. Drogi do stworzenia tych warunków są: 1) pożywienie małokaloryczne; 2) podawanie insuliny; 3) dostarczanie pożywieniem pewnej ilości węglowodanów.

Djetę Petrena prelegent uważa za nieodpowiednią dla chorych na cukrzycę, albowiem zawiera zbyt mało węglowodanów i nie podnosi tolerancji węglowodanowej. Djeta owsiankowa Noordena jest skuteczna, jako djeta małokaloryczna i pożytek jej nie polega na swoistem działaniu owsianki, lecz na małokaloryczności.

Djeta Adlersberga i Porgesa również daje dobre wyniki lecznicze, ale nie jest to zasługą małej zawartości w niej tłuszczu, lecz małokaloryczności.

Wreszcie autor przytacza wyniki, osiągnięte leczeniem



cukrzycy, opartem, w przypadkach z wagą dostateczną, na podawaniu skąpej ilości kaloryj i węglowodanów, a w przypadkach z niedoborem wagowym na podawaniu insuliny i bogato ciepłostkowego pożywienia z dużą ilością węglowodanów.

6. Kol. Prezes, spełniając uchwałę Posiedzenia, wyraża podziękowanie kol. L. Paszkiewiczowi.

7. Kol. L. Zembrzowski wygłosił odczyt p. t. „*Nauczanie historii medycyny w Polsce. Szkic historyczny*”. (streszczenie własne).

W dawniejszych czasach, zwłaszcza w średniowieczu i następnie do XVII w. nauczanie medycyny miało wogóle charakter historyczny. Systematyczne i metodyczne wykłady z dziejów wiedzy lekarskiej jako z przedmiotu osobnego rozpoczęły się właściwie dopiero w pierwszym dziesiętku lat w. XIX, a Polska pod tym względem nie pozostała w tyle. Ze wszystkich szkół lekarskich polskich utworzono katedrę historii, medycyny najwcześniej na uniwersytecie krakowskim w r. 1810 i pierwszym jej profesorem był dziekan wydziału lek. Fr. Kosteccki, następnie do r. 1833 wykładali ten przedmiot Baduszyński, Woźniakowski, Girtler i Sawiczewski. Wszyscy ci profesorowie obok historii medycyny wykładali, jak to było wówczas w powszechnym zwyczaju, i inne przedmioty, a najczęściej fizjologię i patologię lub medycynę sądową i policję lekarską. Dziejom medycyny poświęcano około 3 godzin tygodniowo, wykłady odbywały się po łacinie, a od r. 1814 słuchacze obowiązani byli zdawać egzamin z historii medycyny przy ubieganiu się o tytuł doktorski. Katedry obsadzano wówczas przez kandydatów, wybieranych przez rady uniwersyteckie lub Izbę Edukacyjną, po roku zaś 1833 naskutek reformy Uniwersytetu Krakowskiego czyniono to na podstawie konkursów. Z konkursu też otrzymał katedrę historii medycyny w r. 1834 jeden z wybitniejszych nauczycieli tego przedmiotu Fryderyk Hechell. Za czasów profesury Hechella słuchanie wykładów z historii wiedzy lekarskiej było dla studentów-medyków obowiązkiem i wymagany był egzamin. Hechell, traktujący swój przedmiot z wielkim zamiłowaniem stworzył szkołę, z której wyszedł jego następca Oettinger. Oettinger nie dorównał jednak swemu nauczycielowi, pomimo, iż był zamiłowanym badaczem przeszłości medycyny i niezłym profesorem. Zresztą ówczesne władze centralne austriackie zlekceważyły historię medycyny i zaczęły ją traktować jako przedmiot dodatkowy, drugorzędny, co nie ułatwiało zadania Oettingerowi. Na Oettingerze urywa się w 80 latach zeszłego stulecia nauczanie historii medycyny w Krakowie aż do r. 1910. W Warszawie wykłady z dziejów wiedzy lekarskiej rozpoczęły się na Wydziale Akademicko-Lekarskim w r. 1813 (prof. Dziarkowski), następnie na Uniwersytecie Królewskim do r. 1825 (adjunkt chirurgji Nowicki), a po utworzeniu odrębnej katedry, objął ją do końca istnienia Uniwersytetu (t. j. do r. 1831) Wincenty Szczucki. Skrypta z wykładów tego ostatniego, napisane przez Le Bruną, znajdują się w Bibliotece Towarzystwa Lek. Warsz. Historji medycyny słuchali uczniowie V roku, a egzamin był obowiązkowy. Pod koniec Akademii Medyko-Chirurgicznej dzieje medycyny wykladał Łuczkiewicz, który objął też katedrę tego przedmiotu w Szkole Głównej; w ostatnim roku istnienia Szkoły zastąpił go Nawrocki, późniejszy profesor fizjologii. Na Uniwersytecie Warszawskim rosyjskim wykładów historii medycyny nie było. W Wilnie nauczanie dziejów medycyny rozpoczęło się najpóźniej, gdyż dopiero około r. 1926. Wykładali kolejno: Porcyanko, Woelek, Ahicht i najwybitniejszy ze wszystkich, ostatni profesor tego przedmiotu w Akademji Med. Chir. Wileńskiej — Adamowicz, człowiek głębokiej wiedzy przyrodniczej i humanistycznej, gorliwy badacz przeszłości medycyny, przyciągający na swe wykłady tłumy młodzieży. Z. dochodzi do wniosku, że najlepszymi profesorami historii medycyny byli ci, którzy prócz nauk lekarskich mieli możliwość studiowania filozofji.

Przy końcu XIX w. nie tylko w Polsce, lecz i na Zachodzie przestano wykladać historję medycyny na Uniwersytetach z powodu szerzących się w nauce prądów materialistycznych i darwinizmu, skutkiem czego wiedza humanistyczna usunięta została na plan dalszy. Przejściowo z własnej inicjatywy wykładali pomiędzy r. 1908 i 1918 historję medycyny w Krakowie—Wrzosek we Lwowie—Szumowski. Ubolewali nad tem najlepsi wychowawcy i nauczycielowie naszej młodzieży akademickiej profesorowie Jaworski i Chałubiński, upatrując braku w jej przygotowaniu do zawodu lekarskiego w zaniedbanju wykładów krytycznych z historii medycyny. Marzenia obu tych wybitnych przedstawicieli nauki lekarskiej polskiej ziszczyli się w całej pełni dopiero w odrodzonej Polsce przez utworzenie katedr historii i filozofji medycyny na naszych Uniwersytetach.

8. W dyskusji kol. Sawicki przypomina Rosego który wykladał historję medycyny w Szkole Głównej; bracia medyczna słuchała go bardzo chętnie. Poza tem prelegent nie wspominał o Łuczkiewiczu, który wykladał w Uniwersytecie Warszawskim; warunki nie pozwoliły wykladać temu ostatniemu historii medycyny w Polsce. Było to w r. 1881-1882.

9. Kol. Zembrzowski stwierdza, iż o wykładach przejściowych nie wspominał, a do takich należał Rose. W dziele Bartkiewicza o Szkole Głównej, na którym prelegent się opierał, Łuczkiewicz jest wymieniony jako wykładowca propedeutyki, nie zaś historii.

Na tem posiedzenie zamknięto o go z. 10.35.

Sekretarz doroczny: Jan Roguski

Prezes: Witold Orłowski.

## Wileńskie Towarzystwo Lekarskie

Posiedzenie z dn. 15.I 1930 r.

Obecnych członków 7, gości 26.

Przewodniczy prof. Szmurło.

Po odczytaniu i przyjęciu do wiadomości protokołu poprzedniego posiedzenia prof. Michajda przedstawia:

1. chorego, któremu na drodze krzyżowej usunął *raka odbytnicy*, usadowionego w części najniższej odbytu.

2. Chorego operowanego przed 2½ laty z powodu *raka krzywizny dużej żołądka* (rezekcja żołądka). Chory przybrał na wadze 9 kg., w chwili obecnej nigdzie żadnych przetrzutow wykazać nie można. Funkcja żołądka ruchowa dobra (badanie rentgenologiczne), treść żołądkowa nie zawiera kwasu wolnego.

3. Trzy preparaty *żołądków rezekowanych z powodu wrzodów*, z których jeden drażył do trzustki i wątroby, powodując stale krwawienia, dwa inne drażyły do trzustki.

4. Trzy serie rentgenogramów chorych leczonych z powodu *złamania szyjki kości ramiennej* (przed leczeniem i po leczeniu). Prelegent podkreśla, że złamanie to winno w każdym wypadku być leczone w zakładzie, w pozycji leżącej, wyściąganiem zastosowanym na maksymalnie odprowadzoną kończynę górną.

Prof. Orłowski i Dr. Krotow. W sprawie *cholecystografji*.

W dyskusji prof. Szmurło pyta, czy przy kilkakrotnych badaniach były różnice w obrazach rentgenologicznych. Dr. Krotow odpowiada, że objawy stale wypadają podobnie.

Dr. Lidzki wypowiada się co do klinicznej wartości obrazów, otrzymywanych przy cholecystografji. Obraz normalny dowodzi tylko dobrej koncentracji płynu, który się dostał do pęcherzyka. Ujemny wynik badania nie mówi nic o zaburzeniach w pęcherzyku. Czasem zdjęcie rentgenologiczne może wprowadzić w błąd lekarza. W przypadku np. podejrzenia kamieni zdjęcie wykazuje dobry stan pęcherzyka, jednak operacja potwierdza pierwotne przypuszczenie, wykazując obecność kamieni. W tym celu, by zmniejszyć szansę pomyłek, radzi dokonywać prócz tego zdjęć zwykłych rentgenologicznych, by móc porównać obrazy.

W odpowiedzi Dr. Krotow zaznacza, że w przypadkach rozpoznania kamieni najpierw robi się próbne zdjęcie rentgenologiczne, a potem cholecystografję z kontrastem. Dodatni wynik cholecystografji przemawia przeciw rozpoznaniu kamieni, ujemny — za tem rozpoznaniem.

Następnie Dr. B. Dylewski demonstrował chorych z Poradni dla chorych z *wadami mowy i głosu* przy klinice Otolaryngologicznej U. S. B.

Pierwszy chory cierpi na rzadką postać chorobową *Rhotacismus nasalis*, przy której wydechane podczas fonacji powietrze w czasie wymawiania dźwięku R wychodzi przez nos. Inne, prócz R dźwięki chorego może wymawiać prawidłowo pomimo to, że pacjent ma duże wyrośnięte adenoidalne i powiększone migdałki. Wszelkie zabiegi w nosie, gardle i nosogardle są przeciwwskazane, gdyż mogą pogorszyć mowę. Naogół przed wszelkimi operacjami w narządach górnych dróg oddechowych należy zawsze sprawdzać czy normalnie funkcjonuje podniebienie miękkie i czy mowa nie jest nosowa.

Druga chora, uczennica 15 lat, przebyła w 5-tym roku życia *zapalenie opon mózgowych, poczem oglucbla i zapomniola mowy*. Lekarze orzekli, że chora pozostanie głuchoniemą. Jednakże chora po roku zaczęła trochę słyszeć, a następnie po usunięciu wyrośniętych adenoidalnych słuch jej jeszcze bardziej się polepszył. Obecnie chora słyszy mowę głośną przy samej małżowinie usznej. Pozostawiona samej sobie chora nauczy-

ła się mówić jak głuchoniema, odczytując mowę z ust i tylko w minimalnym stopniu posługując się słuchem. Mowa chorej jest cicha, matowa, monotonna z odcieniem nosowym. Dźwięki głośnie są zastępowane przez ciche. Leczenie chorej polega na ćwiczeniach słuchowych i na nauczaniu poprawnego wymawiania wszystkich dźwięków. Ten przypadek wskazuje, że u dzieci z przetypijonym słuchem należy wykonywać najmniejsze resztki słuchu, celem ratowania, lub poprawienia mowy.

Trzecia chora, cierpiąca na chrypkę, od trzech lat leczy się u lekarzy specjalistów. Choroba była traktowana jako *laryngitis chronica*, lub nawet *laryngitis chronica tuberculosa*. Stosowano leczenie miejscowe i ogólne, ale bez skutku. W płucach zmian chorobowych nie stwierdzono. Podczas pierwszej wizyty w przychodni dla chorób mowy i głosu stwierdzono prawie całkowity bezgłos. W krtani — zaczerwienienie i obrzmienie strun głosowych i nierówności na tylnej ścianie krtani. Niedomykalność strun w środkowej części. Dalsze badanie stwierdziło cały szereg nieprawidłowości ze strony mowy i głosu. Przeciętny ton mowy chorej odpowiada tonowi f, zamiast h, lub c, jakby się należało dla sopranu. Chora mówi tylko w piersiowym rejestrze, i bardzo często używa twardego sposobu mówienia (*coup de glotte*). Wysokie tony w rejestrze głosowym chora może wymawiać i śpiewać zupełnie czystym głosem. Stwierdzono fonastenię jako pozostałość po mutacji wskutek nieprawidłowego używania głosu, już z wtórnymi objawami w krtani. Cierpienie jeszcze bardziej się pogorszyło po zaleceniu chorej milczenia, gdyż chora oszczędzając krtani, zaczęła mówić zupełnie szeptem w niewłaściwym rejestrze. Po kilkudniowym już leczeniu fonologicznym głos chorej znacznie się poprawił, i objawy miejscowe w krtani ustąpiły.

W dyskusji Dr. Lewandowski o „*Rhinolalia aperta*”. Uważa on, że to jest zjawisko częste, zwłaszcza występujące po adenotomji. W takich przypadkach niekiedy korzyść przynosi masaż, lub wyciąganie podniebienia miękkiego.

Prof. Guttmann radził, by to leczenie przeprowadził inny lekarz, gdyż tego lekarza, co operował wyrosłe, dziecko zwykle długo się boi.

Prof. Szmulło podkreśla duże znaczenie leczenia wad mowy. W odpowiedzi Dr. Dylewskiemu zwraca uwagę, że w leczeniu chorych z osłabionym słuchem po zapaleniu opon mózgowych dużo można zdziałać, stosując ćwiczenia słuchowe. Należy narząd słuchu pobudzić do czynności, nauczyć go posługiwać się słuchem. Co do leczenia „*Rhinolaliae apertae*” to nie tylko stosuje się tu masaż; należy nauczyć chorego wypuszczać powietrze przez usta. Leczenie polega np. na nauczaniu chorego za pomocą kimografjonu. Oczywiście, że lekarz operujący chorego, nie może zwykle leczyć go dalej.

Co do leczenia fonasteni, to w danym przypadku leczenie miejscowe, dało poprawę.

Dr. Rudziński dzieli się wrażeniami z wycieczki naukowej do Jugosławji i Czechosłowacji.

Dyskusję na ten temat wobec spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia naukowego.

Dr. Wąsowski.

## Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Jako dowód *przechodzenia przez łożysko zarazka gruźliczego* przytaczają Brindeau, Cartier, Beaufond i Pougin na posiedz. marcow. Akademji Lekarskiej w Paryżu (Pr. med. Nr. 26) następujący przypadek. Chorej w 5-ym miesiącu ciąży dokonano operacji usunięcia aerki gruźliczej. W nerce stwierdzono obecność prątków gruźliczych. Chora zmarła w 48 godzin po zabiegu. Badanie pośmiertne nie wykryło zmian makroskopowych gruźliczych w narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej. Płyn amniotyczny, zastrzyknięty śwince, wywołał u niej gruźlicę. To samo otrzymano z łożyskiem i z narządami płodu. Zasluguje na uwagę fakt, że niezależnie od cierpienia gruźliczego matki ciężarnej krew jej może zawierać zarazek gruźliczy, który, przechodząc poprzez łożysko, atakuje płód.

Sanctis Monaldi i Valtis wstrzykiwali *do kanału rdzeniowego* młodych i dorosłych *świnak zarazek przesączalny gruźliczy* (franc. tow. biolog. Pr. med. Nr. 26) i przekonali się, że zarazek ten może przekształcić się na miejscu w prątki kwasoodporne. W pewnych przypadkach, może skutkiem szybkiego krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego, zarazek przesączalny szybko dochodzi do węzłów chłonnych, gdzie natrafia na bardziej sprzyjające warunki dla swego rozwoju i przyjęcia własności kwasoodpornych.

Richier (tow. laryng. szpit. paryskich w lutym 1930 roku.—Pr. med. Nr. 28) zaleca leczenie *nieżyty przerosłego natury naczyniowej muszla dolnych nosa zastrzykivaniami chininy z mocznikiem*. Wstrzykuje się pod śluzówkę muszla przerosłych 2 cm. sz. 5% -wego roztworu chlorku chininy z mocznikiem. Po upływie dni piętnastu daje się stwierdzić zmniejszenie muszli o połowę bez jakichkolwiek zmian troficznych na śluzówce i bez wzrostów.

Jako *skutek szczepienia ospy* spostrzegali Czaps (tow. klin. szpitali brukselskich.—Pr. med. Nr. 28) dziesięć przypadków *powikłań skórnych*, a mianowicie, dwa razy zakażenie wykwitów ospowych, trzy razy rumień zakaźny, w jednym przypadku typową ospę, jedno rozstanie szczepienia i wreszcie w jednym przypadku obostrzenie ciężkie kiły leczonej.

Saxl (Wiedeń) demonstrował 27-letniego pacjenta przybyłego na oddział w stanie nieprzytomnym, z *porażeniem połowiczem, znacznym naciśnięciem i tarczą zastoinową*. Po *wstrzyknięciu dożylnem 40 cm. 40% glukozy* stan się poprawił. W ostatnich czasach autorzy amerykańscy zalecają duże ilości glukozy dożylnie—do 500 cm<sup>3</sup> 20% -go roztworu. S. wstrzykiwał 200—300 cm<sup>3</sup> 40% glukozy dożylnie u chorych z mocznicą i nie stwierdził żadnego szkodliwego działania ubocznego. Część pacjentów tylko skarżyła się na nieznaczne dolegliwości w okolicy serca. (Med. Kl. Nr. 5.1930.)

# Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

## Z zagadnień sanitarnych Holandji.

Podał

Dr M. KACPRZAK (Warszawa).

(Ciąg dalszy p. Nr. 17).

O rozpowszechnieniu chorób nagminnych w Holandji za szereg ostatnich lat mówi tablica II. Na podstawie tych liczb można powiedzieć, że Holandja nie wyróżnia się wiele z pośród ogółu krajów zachodnio-europejskich pod względem szerzenia się chorób nagminnych, a jeżeli—to na korzyść. Zimnica, ongi plaga Holandji, dziś spotyka się tylko w prowincji Holandji Północnej w okolicach Amsterdamu. Dur plamisty jest dawno niespotykany, choroby egzotyczne, pomimo wielkiego handlu zamorskiego zdarzają się rzadko. Dur brzuszny, jeden z głównych wskaźników stanu kultu-

ralnego kraju, jest na dość niskim poziomie, choroby wieku dziecięcego, wobec których jesteście dość bezsilni, panują w całym kraju endemicznie, ale nie więcej, niż gdzieindziej. Naogół wielkie miasta mają stosunkowo więcej zgłoszeń chorób zakaźnych, niż mniejsze, a szczególnie wsie. U dużej brzuszny można wypowiedzieć jedną ciekawą uwagę: najwięcej zachorowań podaje największe z miast Amsterdam. Badania co do możliwości pochodzenia ogniska lub ognisk nie dały dotąd pożytecznych wyników; istnieje przypuszczenie, że źródłem zakażenia są okolice podmiejskie, drogą mleka importujące stale świeże zarazki. Można tu przeprowadzić ciekawą analogję z naszymi warunkami, z Warszawą w szczególności.

Zwalczanie chorób nagminnych oparte jest na prawie bardzo już przestarzałym, bo sięgającym 1872 roku, a nad nowym prawodawstwem ciągnie

się dyskusja już od szeregu lat, co grozi uchwaleniem przepisów z góry przestarzałych. Pomimo znacznych modyfikacji, wprowadzonych ostatnio do prawodawstwa przeciwepidemicznego, całość przepisów, obecnie obowiązujących, jest mieszaniną pojęć, z naszego punktu widzenia, naprawdę archaicznych z zupełnie nowoczesnymi.

## TABLICA II.

Choroby zakaźne w Holandji 1924—1928 r.

(Liczby absolutne i na 10.000 mieszkańców).

Nazwa choroby		1924	1925	1926	1927	1928
Dur brzuszny	Zachorowania, l. abs.	1.187	1.160	1.220	776	885
	na 10.000	1,64	1,58	1,64	1,02	1,16
	Zgony, l. abs.	161	137	133	87	105
	na 10.000	0,22	0,19	0,18	0,12	0,14
Płonica	Zachorowania, l. abs.	6.635	11.619	14.659	14.938	15.335
	na 10.000	9,14	15,79	19,77	19,85	20,11
	Zgony, l. abs.	54	115	114	112	156
	na 10.000	0,07	0,16	0,15	0,15	0,20
Błonica	Zachorowania l. abs.	4.451	4.714	3.629	3.620	4.417
	na 10.000	6,13	6,41	4,89	4,81	5,79
	Zgony, l. abs.	237	257	205	250	299
	na 10.000	0,33	0,35	0,28	0,33	0,39
O d r a	Zgony, l. abs.	—	—	889	1019	—
	na 10.000	—	—	1,19	1,35	—
Krzusiec	Zgony, l. abs.	—	—	917	770	—
	na 10.000	—	—	1,23	1,02	—

Wobec nieistnienia lekarzy sanitarnych w naszym rozumieniu to, co my nazywamy badaniem epidemiologicznym, może być przeprowadzone tylko przez kilku inspektorów państwowych, co jest fizycznie wprost niemożliwe i musi się ograniczać tylko do większych epidemii i chorób groźniejszych. Prawo o chorobach zakaźnych wogóle obejmuje tylko dżumę, cholerę, dur plamisty, dur brzuszny, ospę, płonice, błonice, czerwonkę; odrę od roku 1899 z tego spisu wyłączono. Cała władza, dotycząca środków zapobiegawczych przeciwko rozpowszechnieniu się choroby zakaźnej, spoczywa w rękach burmistrza, który może uciec się o poradę tylko do lekarza praktykującego, względnie do inspektora rządowego. W większych miastach jest służba lekarska miejska, choć w zwalczaniu chorób zakaźnych bierze ona niewielki udział. Tak więc poza kierownictwem ogólnym, należącym do inspektoratów lekarskich rządowych, istotna walka z chorobami nagminnymi jest prowadzona częściowo przez lekarzy praktyków (od nich wyłącznie zależy rozpoznanie, zgłoszenie, okres izolacji, który prawnie jest nieuregulowany), częściowo przez władze komunalne, ale nie lekarskie.

Zmiany w poglądach na szerzenie się chorób zakaźnych znalazły dość duży oddźwięk w praktyce przeciwepidemicznej, stosowanej w Holandji.

Przymus izolacji nigdy nie był w Holandji stosowany z całą bezwzględnością, a dotyczył przeważnie mieszkańców hoteli, oberż, bark, statków lub lokali, wyjątkowo zaniedbanych. Obecnie nawet dawniejsza postać przymusu łagodnieje, choć ludność, mając zaufanie do szpitali, sama chętnie tam się udaje. Tak, naprzykład, w roku 1922 umieszczono w szpitalu 40% chorych na dur brzuszny, 36% chorych na płonice, 49% chorych na błonice. Ogółem łóżek zakaźnych w kraju jest 3400, co czyni jedno łóżko na 2.000 mieszkańców. Najczęściej są to aneksy szpitali ogólnych, niekiedy budowane prowizorycznie. Wobec trudności znalezienia w miejscowościach odległych od większych miast w razie wybuchu epidemii odpowiedniej liczby łóżek, administracja Służby Zdrowia rozporządza pewną liczbą szpitali ruchomych (baraki drewniane), przenoszonych bez najmniejszego trudu z miejsca na miejsce. Dostarczenie takiego szpitala nawet do bardzo odosobnionych zakątków wymaga 2—3 dni.

Kiedy po panowaniu izolacji dzięki odkryciom Pasteura, Kocha i wielu innych przyszedł okres odkażania formalinowego, dążono bardzo do rozwoju tego systemu jaknajdalej, szukając na tej drodze rozwiązania wszelkich trudności. Obowiązek odkażania wzięły na siebie miasta i organizacje społeczne, otrzymując znaczne subsydia na ten cel ze skarbu państwa. Powstał nawet projekt utworzenia państwowej sieci zakładów dezynfekcyjnych, pokrywających całe państwo, ale wskutek olbrzymich wydatków, jakie to musiałyby za sobą pociągnąć, projekt szczęśliwie zarzucono. Obecnie wobec nowych prądów w nauce tak izolacja, jak i dezynfekcja są coraz bardziej łagodzone, dezynfekcja zaś końcowa formaliną *de facto* nie ma rzeczywistego zastosowania. Natomiast zwraca się coraz większą uwagę na szczepienia.

Z pośród szczepień na pierwsze miejsce wysuwają się przeciwospowe. Holandja należy do krajów, w których ospy od dłuższego czasu nie było pomimo braku bezpośredniego przymusu szczepienia. Istniał jednak przymus pośredni, a mianowicie, ani nauczyciel ani uczeń nieszczepiony nie mógł uczęszczać do szkoły. Dziecko nieszczepione mogło być przyjęte do szkoły tylko w wypadku, jeżeli dwu lekarzy wydało świadectwo, że zaszczepienie mogłoby zaszkodzić jego zdrowiu. Jak ten przepis wyglądał w życiu, wskazuje fakt, iż na 1-go stycznia 1928 r. zwolnionych od szczepień było 3.000 na zgórą milion dzieci i młodzieży szkolnej. W projekcie prawa z roku 1924 wprowadzono jeszcze uzupełnienie, pozwalające rodzicom nie dopuścić do szczepienia krowianki dziecku w razie, jeżeli ich przekonania religijne sprzeciwiają się temu. Zanim jednak prawo to weszło w życie, zjawilo się coś, co znacznie powikłało zagadnienie, a mianowicie, liczne wypadki poszczepiennego zapalenia mózgu. Zjawisko to wystąpiło w Holandji w rozmiarach niespotykanych nigdzie indziej i pociągnąć może daleko idące następstwa w samym zwalczaniu ospy i w innych krajach, gdyż podobne skutki szczepienia spotykano w szeregu państw europejskich, choć nie tak liczne jak w Holandji.

W ciągu ostatnich kilku lat, t. j. od czasu, kiedy zwrócono uwagę na poszczepienne zapalenie

mózgu, w Holandji zachorowało po krowiance około 200 osób, śmiertelność zaś wyniosła przeszło 30%. Wskutek tego zagadnienie szczepienia stało się przedmiotem dyskusyj, i obecnie nawet bezpośredni przymus został zniesiony, rodzice mają sami decydować, jakie ryzyko uważają za groźniejsze dla dziecka: chorobę, która naogół staje się łagodniejsza, czy szczepienie, które może również pociągnąć za sobą fatalne skutki. Istota tego naprawdę niepokojącego powikłania dotąd jest zagadkowa. Spotyka się najczęściej u szczepionych późno, jak to z reguły działo się w Holandji, gdzie szczepiono zwykle dopiero przed pójściem dziecka do szkoły.

Szczepienia przeciwbłonicze mieszaniną toksyny + antytoksyny rozwijają się bardzo pomyślnie i cieszą się wielkim powodzeniem. Według ogłoszonych liczb między szczepionymi i nieszczepionymi jest znaczna różnica na korzyść szczepionych, a miasta, w których szczepienia wcale nie były przeprowadzone, wykazują znacznie wyższą zapadalność, niż te, w których kampanja szczepień przeciwbłoniczych była przeprowadzona pomyślnie. Ostatnio wielką akcją przeciwbłoniczą rozwija Amsterdam. Szczepienia przeciwbłonicze również znajdują zwolenników, ale co do wyników, zdania tu są bardzo podzielone.

\* \* \*

Higjena społeczna obejmuje opiekę nad niemowlęciami, walkę z chorobami wenerycznymi, walkę z gruźlicą. Cała praca jest prowadzona przez organizacje społeczne, subwencjonowane przez państwo i samorządy. Państwo, jako aparat wykonawczy, w tym celu utrzymuje jednego głównego inspektora i trzech inspektorów, jemu podwładnych. Zadaniem inspekcji państwowej jest: a) opiniować tak samo na żądanie ministra, jak i zwracających się o pomoc organizacyj społecznych, b) nadawać kierunek całej pracy, c) sprawować nadzór nad instytucjami, aby zdać sobie sprawę, czy one wypełniają te warunki, jakie są niezbędne do otrzymania subsydjum.

Opieka nad matką i dzieckiem znajduje się w rękach jednego z Krzyżów (patrz niżej), które w potrzebie, dążąc do tego samego celu, tworzą wspólne komisje. Opieka nad matką ciężarną prawie że nie istnieje, ale, jak to zaznaczyłem, mówiąc o personelu, jest bardzo dobra i dobrze zorganizowana pomoc położnicza, czego wyrazem jest choćby to, że zakażenie połogowe wynosi w Holandji zaledwie 0.69 na 1.000 urodzeń. Prócz akuszerki jest prawie takąż liczba pomocniczek pielęgniarek, czy wyszkolonych babek (bakery i kraamverzorgsters), położnica otrzymuje więc znacznie lepszą i troskliwszą opiekę, niż w większości krajów. Opieka nad niemowlęciami także stoi na dość wysokim poziomie i stale się ulepsza. Poradni dla niemowląt, prowadzonych najczęściej przez specjalistów, jest około 150. Poradnie mleka ani mieszanek nie rozdają, a pielęgniarka uczy matkę w domu, jak ma pokarm przygotować. Propaganda, prowadzona wszechstronnie, rozwija się pomyślnie. Dużem powodzeniem cieszą się kursy dla matek, urządzane od kilku lat. W roku 1927 takich kursów było około 200, liczących razem przeszło 4.500 słuchaczek. Żłobków prawie niema, podob-

no dlatego, że kobieta zamężna pracuje poza domem rzadko.

Opieka nad dzieckiem przedszkolnym od 2 do 6 lat jest dopiero w załazku. Z małymi też wyjątkami higjena szkolna, jako system organizacyjny, jako całość albo nie istnieje wcale, albo dopiero jest w trakcie tworzenia się. Gminy, rozciągające należyta i wszechstronną pomoc lekarską nad dziatwą szkolną, tworzą rzadkie wyjątki. Dobrze natomiast rozwijają się kolonje letnie, utrzymywane często przez kongregacje religijne, odgrywające w pracy społecznej Holandji dużą rolę.

Walka z chorobami wenerycznymi ani nie jest rozwinięta, ani potrzeba jej nie daje się mocno odczuwać. Specjalnego prawodawstwa w sprawie chorób wenerycznych niema, brak jest też danych, dotyczących ich rozpowszechnienia. Kieruje całą akcją Holenderskie Towarzystwo Walki z chorobami wenerycznymi, państwo daje tylko niewielkie subsydjum roczne i nadzoruje. Istnieją dość liczne bezpłatne poradnie przeciwweneryczne, ale poradnie najczęściej nie leczą, lecz tylko stawiają rozpoznanie, udzielają porad, co ma chory z sobą robić. Leczenie chory weneryczny otrzymuje bezpłatnie tylko wówczas, jeżeli bez tej pomocy zmuszony byłby przestać się leczyć. Zdaje się, że głównym powodem tego jest opozycja w świecie lekarskim przeciw bezpłatnym przychodniom.

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa z gruźlicą. Jest to jedyna choroba społeczna, z którą walka naprawdę jest prowadzona na szeroką skalę. Sądząc z budżetu, walka z gruźlicą tworzy także jedno z głównych zadań państwowej Służby Zdrowia, bo wydatki państwa na ten cel wynoszą 6.7 proc. ogólnego budżetu sanitarnego, a po wyłączeniu mieszkań — 26 proc. ale państwo jest tu czynnikiem, wyłącznie akcją kierującym, dzięki autorytetowi i udzielanym subwencjom.

Pod względem rozpowszechnienia gruźlicy Holandja należy do krajów o bardzo niskim współczynniku umieralności (gruźlica płuc: 1924 — 7,91|000, 1925 — 7,01|000, 1926 — 7,22|000, 1927 — 7,07|000, 1928 — 6,16|000). Spadek współczynnika zgonów widoczny jest już od szeregu lat i trwa stale z małą przerwą w latach 1916—1920, kiedy zgony na gruźlicę bardzo się wzmożyły. Ciekawa rzecz, że wbrew temu, co spotykamy w innych krajach, w Holandji umieralność kobiet na gruźlicę jest znacznie wyższa, niż mężczyzn (z wyjątkiem Amsterdamu), i różnica staje się coraz większa. Obecnie stosunek zgonów z gruźlicy płuc mężczyzna do kobiet wynosi 100:120.

Walka z gruźlicą jest ześrodkowana (tylko luźno administracyjnie) w centralnym związku walki z gruźlicą, a prowadzi ją całe społeczeństwo, i można powiedzieć, że to jest zagadnienie, łączące największą liczbę obywateli. Wskaźnikiem tego jest fakt, że w roku 1927 wszystkie organizacje, biorące udział w walce z gruźlicą (choćby ta walka nie była ich głównym zadaniem), w liczbie 668, obejmowały wspólnie 83 proc. ogółu ludności. Tak więc bliska jest Holandja tej chwili, kiedy sieć organizacji i instytucji przeciwgruźliczych będzie tak gęsta, iż każdy chory znajdzie pomoc należyta i w porę. Wspomniane wyżej organizacje przeciwgruźlicze, posiadają 14 poradni okrę-

gowych, 53 mniejszych i 40 miejscowych. O działalności tych poradni mówią następujące liczby: w roku 1927 zarejestrowano w nich 25.572 nowych chorych, wśród których stwierdzono gruźlicę u 45 proc.; gruźlica otwarta wynosiła 23 proc.; z pośród chorych na gruźlicę 2.796 wysłano do sanatorium, 2165 do szpitala i 663 do sanatorium dziennego.

Sanatoria holenderskie rozporządzają 3.004 łózkami, a wobec tego, że zgonów na gruźlicę płuc przeciętnie jest rocznie 5 300 — 5.400, łózek jest mniej, niż połowa zgonów. O wynikach leczenia w sanatoriach można sądzić z następujących danych: na 1.137 chorych, zbadanych po trzech latach po ich wyjściu, 57,6 proc. znajdowało się w dobrym zdrowiu, 51,6 proc. wróciło do dawnej pracy, a 50,9 proc. otrzymywało nadal wynagrodzenie także same, jak i przed chorobą. Analogiczne badania, przeprowadzone w dwa lata i w rok po opuszczeniu sanatorium, wykazują stale, że przeszło w połowie przypadków wyleczenie jest trwałe.

Szpital dla ciężko chorych gruźliczych jest tylko jeden w Amsterdamie na 180 łózek, ale sanatoria mają przynajmniej czwartą część „ciężko chorych”.

Poradnie przeciwgruźlicze są rozsiane po całym kraju, a że trudne byłoby utrzymanie odpowiednio liczebnego i fachowego personelu przy każdej poradni, tworzą się okręgi, posiadające poradnie centralne rejonowe i filje, do nich przywiązane, w liczbie kilku. Lekarz specjalista objeżdża regularnie filje i przyjmuje w centrali, odpowiednio przysposobionej do szczegółowego badania, zaopatrzonej w nowoczesne urządzenia techniczne, niekiedy nawet rozporządzającej łózkami, gdzie można przetrzymać pacjenta przez kilka dni, jeżeli tego wymaga badanie. Poradnie filje, które są pierwszym etapem i filtrem, odsyłają do centrali pacjentów tylko w razie potrzeby, a jeżeli pacjent jest niezamożny, koszty podróży pokrywa organizacja z zapomóg, udzielanych przez państwo. Personel pielęgniarski jest przytem bardzo liczny tak w filjach, jak i w centrali.

Dwie jeszcze rzeczy w walce z gruźlicą zasługują na wzmiankę: kolonie pracy i drewniane, otwarte baraki.

Dążenie do wprowadzenia pracy, jako środka

lecniczego i jako stopniowego przygotowania do zajęć zwykłych po powrocie do zdrowia, bardzo się rozpowszechnia; kilka sanatoriów wprowadziło to już u siebie i stale rozszerza. Istnieje nawet specjalne towarzystwo do organizowania kolonii pracy „Sonnestraal”. Towarzystwo to, dzięki pomocy ze strony wielkich firm djamentowych z Amsterdamu „De koperen stelen” i dzięki subwencji samorządu prowincjonalnego, otworzyło w miejscowości Hilversum w lesie bardzo dużą kolonję suchotników, należących do najróżnorodniejszych zawodów, zatrudniając każdego według jego stanu zdrowia i umiejętności.

Domki drewniane o typie dekeńskich baraków stawiane są tuż obok domu mieszkalnego (wypożyczane przez Zielony Krzyż), w wypadku, jeżeli chory ma gruźlicę otwartą i przez to jest niebezpieczny dla otoczenia. Wobec najróżnorodniejszych trudności, uniemożliwiających lokowanie w sanatoriach lub w szpitalach wszystkich gruźlików, zastosowany system naprawdę wart jest naśladowania, bo jest niedrogi, rodzinę zabezpiecza przed zakażeniem, a dla chorego jest bardzo pożyteczny i nie odrywa go od rodziny. Domek taki posiada tylko trzy ściany i jest ruchomy, tak, że otwartą ścianę można skierować w dowolną stronę, czy to dając choremu słońce, czy zabezpieczając go przed wiatrem lub deszczem. Wewnętrzne urządzenie domków jest niezwykle proste: łóżko, stół, krzesło lub fotel, leżak, trochę kwiatów, jakiś obrazek na ścianie, często elektryczność i radio. Koszty wypożyczenia w potrzebie pokrywa państwo lub gmina.

W pewnym miejscu na wsi widziałem taki domek, przystawiony tuż obok domu mieszkalnego, i w ścianie tego domku prowizorycznego było wyjęte okno, odpowiadające oknu w mieszkaniu. W ten sposób gospodarz nie był izolowany od spraw rodziny, wiedział, co się w mieszkaniu dzieje, jednocześnie był stale pod opieką najbliższych, a korzystał z powietrza i słońca poddostatkiem. Podobno w klimacie holenderskim możliwe jest przebywanie w takim domku dzień i noc nawet w zimie. W niektórych wioskach widziałem po kilka takich domków. I nie jest to właściwe jednej jakiejś prowincji, gdyż znając te domki, spostrzega się je wszędzie, nawet z okien wagonu.

\* \* \* (dok. nast.)

## S p r a w y z a w o d o w e.

### O ideową nadbudowę Związku lekarzy.

Jeżeli zastanowimy się nad przyczynami powstania Związku Lekarzy P. P., to tutaj nie daje się wytłomaczyć powołanie go do życia ani zagrożeniem bytu materialnego lekarzy, czy też zmianą sposobów zarobkowania, czy też koniecznością obrony praw politycznych lub społecznych lekarzy. Uważam, że Związek Lekarzy przede wszystkim powstał przez zrozumienie, czy też może wczucie się w ducha czasu, gdzie pod wpływem socjalizmu na miejsce pojedynczego człowieka w produkcji wysunęła się zbiorowość. I dla tego związek ten osi na sobie piętno materialistycznego pojmowania

niejów, abstrahując się tym samym od tego wszystkiego, co działa na uczucia, na ludzką wyobraźnię, — jednym słowem od nadbudowy ideowej.

Biorąc pod uwagę niejednorodność kondycji społeczno-gospodarczej lekarzy, zajęcie się Związku tylko ich sprawami materialnymi Związek swą bezideowością uniemożliwił sobie wchłonięcie wszystkich lekarzy. Brak tej ideowej nadbudowy uniemożliwił również między lekarzami Związku stworzenie silniejszej spójności, niż ta, która jest oparta na tradycyjnej solidarności koleżeńskiej, dziś mocno już nadszarpniętej przez walkę o byt, a nawet spowodował, szczególnie na prowincji, zakwestjonowanie potrzeby samej egzystencji Związku, gdyż,

„gdyby nie było spraw kasowych, Związek Lekarzy nie miałby właściwie co robić, i byłby niepotrzebny“, a dla samych „spraw kasowych“ potrzebny jest o tyle tylko, o ile przez niego można dostać posadę lekarza kasowego. W interesie więc spistości wewnętrznej, jak i dla solidarnych wystąpień na zewnątrz jest rzeczą konieczną ideowe uduchowanie Związku.

W jakim kierunku ma iść ta ideowa nadbudowa, i gdzie szukać źródła jej życia?

Powojenne zwycięstwo socjalnych teorii produkcji wskazało człowiekowi nowe jego miejsce w społeczeństwie. Odtąd przestaje on należeć już do samego siebie, a staje się własnością zbiorowości, jednym z jej ogniw tylko, i dlatego piecza o zdrowie jego przestaje być troską jego samego, lecz interesem społecznym i państwowym. W związku z tem zmieniło się stanowisko lekarza w społeczeństwie, którego dotychczasowy sposób zarabkowania drogą indywidualnego leczenia opierał się na wzajemnej wolnej umowie między nim i chorym.

Obecnie lekarz, ratując człowieka, w którego zdrowiu jest zainteresowane społeczeństwo, bo praca jego zwiększa ogólny dorobek społeczny — staje się jednocześnie społecznikiem.

Z drugiej zaś strony medycyna w swym rozwoju obok leczenia indywidualnego na miejsce widoczne wysunęła zagadnienia medycyny społecznej. Rola więc lekarza pod wpływem zmian ideologii społecznej w dziedzinie wiedzy lekarskiej mieniła się — powstaje nowy typ lekarza — społecznika.

Przez stworzenie tego ideału nowoczesnego lekarza, typu lekarza-spoecznika, Związek lekarzy zyskuje nie tylko moralną spójnię między swymi członkami, lecz również odnajduje kryterjum społeczne, które mu umożliwi pozytywistyczne ustosunkowanie się do wszelkich przejawów nowoczesnego życia, a więc i do Kas Chorych. W dążeniu swym do tego ideału Związek znajdzie drogę do współpracy z wykładnikami społecznych przeobrażeń i uchroni siebie od tej reakcyjnej i szkodliwej dla dobra społeczeństwa i samych lekarzy walki z kasami, a lekarze, którzyby ucierpieli w ewentualnych walkach o te swe nowe wartości społeczne, nie będą, jak dotychczas, traktowani, jako ofiary walki reakcji z ewolucją, lecz staną się bohaterami obrony nowoczesnych ideałów społeczno-lekarskich.

Dr. Władysław Frankowski (Płock).

## Wiadomości bieżące.

### Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	16/III-22/III	23/III-29/III	30/III-5/IV	6/IV-12/IV
Dżuma . . . . .	0	0	0	0
Ospa . . . . .	0	0	0	0
Cholera . . . . .	0	0	0	0
Dur brzuszny . . . . .	198(14) *)	173 (9)	156 (14)	153 (16)
Dur rzekomy . . . . .	2 (0)	0	0	0
Dur osutkowy . . . . .	54 (2)	43 (2)	61 (4)	49 (4)
Dur powrotny . . . . .	0	0	0	1 (0)
Czerwonka . . . . .	7 (0)	5 (1)	4 (0)	5 (0)
Płonica . . . . .	597 (24)	470 (27)	488 (17)	508 (22)
Błonica . . . . .	312 (26)	330 (23)	286 (20)	305 (18)
Zapal. op. mózgu . . . . .	34 (5)	19 (2)	13 (0)	23 (4)
Odra . . . . .	1591 (10)	1887(16)	2147 (25)	1791 (18)
Róża . . . . .	82 (6)	115 (3)	88 (3)	83 (2)
Krzusiec . . . . .	247 (13)	339 (19)	188 (8)	253 (16)
Malarja . . . . .	3 (0)	2 (0)	1 (0)	3 (0)
Posoczn. połog. . . . .	42 (10)	33 (6)	24 (2)	30 (7)
Trąd . . . . .	0	0	0	0
Jaglica . . . . .	324 (0)	525 (0)	424 (0)	581 (0)
Wąglik . . . . .	0	0	1 (0)	0
Nosacizna . . . . .	0	0	0	0
Włośnica . . . . .	2 (0)	6 (0)	24 (0)	0
Wścieklizna . . . . .	0 (1)	0	0	0
Zatr. jad. kielb. . . . .	3 (1)	0	0	0
Chor. Heine-Medina . . . . .	0	0	0	0
Inne choroby zakaźne	315 (6)	221 (11)	200 (4)	275 (14)

\*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza

Rządu m. st. Warszawy w sprawie opłat na rzecz Skarbu Państwa, związanych z udzieleniem zezwolenia na ekshumację i przewóz zwłok.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) zmienia dotychczas pobierane opłaty na rzecz Skarbu Państwa, związane z udzielaniem zezwoleń na ekshumację i przewóz zwłok, określone okólnikami Nr. Z. H. 953 24 z dnia 1. IV. 24 i Z. H. 1211/27 z dnia 14. III. 27, w ten sposób, że opłaty te łącznie mają wynosić:

przy udzielaniu zezwolenia na przewóz zwłok — zł 40,00  
przy udzielaniu zezwolenia na ekshumację i przewiezienie zwłok — zł. 80,00.

Normy te będą obowiązywały od 1. IV. 1930 roku.—

Dr. Piestrzyński.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów (prócz Krakowskiego i Warszawskiego). W sprawie zwalczania jaglicy w Zakładach opiekuńczych. Przegląd Kontrolny.

W celu przekonania się, jaki jest obecnie stan rozpoznania się jaglicy w zakładach opiekuńczych, oraz czy zarządy zakładów w dostatecznej mierze czuwają nad zabezpieczeniem tych zakładów przed szerzeniem się w nich jaglicy, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) prosi pana Wojewodę o zarządzenie przeprowadzenia kontrolnego przeglądu lekarskiego w zakładach opiekuńczych zamkniętych na terenie Województwa.

Przegląd ten winien być przeprowadzony:  
1. przez odpowiednio wykwalifikowanego lekarza — okulistę (w sprawie wyboru kandydata należy się porozumieć z Departamentem Służby Zdrowia);

2. ściśle według instrukcji L. Z. Z. 1928/29, której odpis załącza się;
3. we wszystkich zakładach opiekuńczych zamkniętych, znajdujących się na terenie Województwa;
4. w czasie jaknajkrótszym, a w każdym razie tak, aby został ukończony przed 1 lipca r. b.

Pan Wojewoda winien dostarczyć lekarzowi, przeprowadzającemu przegląd, wszelkich niezbędnych materiałów (wykaz zakładów, karty zgłoszeń i t. p.) oraz polecić podległym urzędowi, by udzielały wszelkiej potrzebnej pomocy przy spełnianiu tych obowiązków.

Najpóźniej do 10 lipca r. b. należy przedłożyć Ministerstwu Spraw Wewnętrznych (Departamentowi V Służby Zdrowia) sprawozdanie z wyniku przeglądu tak, aby niezwłocznie, a w każdym razie przed rozpoczęciem wakacji, mogły być wydane zarządzenia usunięcia chorych na jaglicę dzieci oraz inne niezbędne zarządzenia.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych udzieli Panu Wojewodzie odpowiedniego kredytu na koszty przeprowadzenia kontrolnego przeglądu, a mianowicie:

- a) na honorarium dla lekarza po 30 gr. od osoby badanej
- b) na zwrot kosztów podróży dla lekarza (przejazdy i diety) według VIII st. sl., po złożeniu zapotrzebowania.

(—) Piestrzyński

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

#### INSTRUKCJA

dla lekarzy w sprawie przeprowadzenia kontrolnych badań okulistycznych w celu wykrycia chorych na jaglicę i podejrzanym w zakładach opiekuńczych zamkniętych.

Lekarz, upoważniony do przeprowadzania badań kontrolnych, obowiązany jest:

1) uprzedzić o przypuszczalnym terminie badania zakładu odnośnego lekarza powiatowego, na którego terenie zakład znajduje się, oraz zarząd interesowanego zakładu;

2) zbadać dokładnie spojówki oczu (za pomocą odpowiedniego odwracadła powiek) u wszystkich wychowanków (nek) zakładu oraz stałego personelu zakładu;

3) postawić rozpoznanie, posilkując się następującą klasyfikacją: a) jaglica, b) podejrzenie jaglicy, c) inne schorzenia, d) zdrowe oczy. Pod rozpoznaniem „jaglica” należy zaliczać tylko przypadki, gdzie stwierdza się objawy niewątpliwie czynnej jaglicy, t. j. ziarna i nacieki; inne przypadki, gdzie tych niewątpliwych objawów nie będzie, należy zaliczyć do kategorii „podejrzenie jaglicy”. Przypadków z bliźniami po jaglicy, jeśli brak jest poza tym jakichkolwiek objawów czynnego procesu chorobowego, nie należy zaliczać do jaglicy i wykazywać jako zdrowe lub jeśli stwierdza się jednocześnie jakieś niewyraźne objawy chorobowe, wzbudzające podejrzenie recydywy, jako „podejrzenie jaglicy”;

4) odnotować postawione rozpoznanie na wykazie wychowanków (nek) i personelu danego zakładu oraz zaznaczyć wydane zalecenie, a mianowicie:

a) co do przypadków z rozpoznaniem „jaglica” — usunięcia z zakładu opiekuńczego i oddania do zakładu leczniczego;

b) co do „podejrzanym o jaglicę” — odosobnienia w zakładzie i poddania leczeniu na miejscu;

c) co do innych schorzeń — leczenia na miejscu lub skierowanie do odpowiedniego szpitala;

5. wypełnić dla osób, u których stwierdzi jaglicę, karty zgłoszenia o zachorowaniu na jaglicę i przesłać je niezwłocznie odpowiedniemu urzędowi sanitarnemu (lekarzowi powiatowemu) — wzór karty Nr. 37993.

6. sporządzić ogólne zestawienie wyników badań z całego województwa według następującego wzoru:

1		2			3		4	
Lp. Nr.		Nazwa zakładu i charakter (zamknięty, otwarty).			Adres (powiat, miejscowość).		Liczba badanych Pens. Razem	
5.					6.			Uwagi o stanie higieny w zakładach i przy czynach jaglicy
Liczba pensjonariuszy:					Liczba osób personelu:			
Z objaw. jagl.		Podejrz. o jagl.			Z objawami jagl.	Podejrz. o jagl.		
Chł.	Dz.	Razem	Chł.	Dz.				

oraz 7. opracować wnioski w sprawie zwalczania i przeciwdziałania szerzeniu się jaglicy w poszczególnych zakładach. Do powyższego sprawozdania należy dołączyć wykazy badanych w poszczególnych zakładach.

Przy rozpoznawaniu jaglicy lekarz winien przestrzegać kryteriów różniczkowych, ustanowionych przez Prof. K. Majewskiego, a zaaprobowanych przez wszystkich profesorów okulistyki na konferencji krakowskiej w r. 1926 (patrz: Jaglica i jej zwalczanie — prof. K. Majewski, Jaglica i jej rozpoznanie —, 1928 r.).

(—) Dr. Piestrzyński

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

— Przemysł chemiczno-farmaceutyczny w Polsce, z powodu zbyt krótkiego niepodległościowego okresu, jak również braku kapitałów, dotychczas nie miał możliwości dorównać tej gałęzi przemysłu w innych krajach. Z jednej więc strony — konieczność podniesienia krajowego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego do poziomu wymagań współczesnej wiedzy i wytwórczości farmaceutycznej, z drugiej — brak należytych podstaw ekonomicznych dla sprostania potrzebom technicznym w tej wytwórczości, wywołały konieczność współpracy z zaprzyjaźnionym francuskim przemysłem chemiczno-farmaceutycznym. Współpraca ta została oparta na idei, która nie tak dawno powstała w pokrewnym przemyśle francuskim i polegała na zjednoczeniu większych jednostek wytwórczych, co zostało zrealizowane przez połączenie dwu światowych firm, jakimi są Usines du Rhône i Poulenc Frères.

Przemysłowo-Handlowe, Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn, Sp. Akc. w Warszawie, pragnąc iść temi samymi drogami, któremi kroczy ogólno-swiatowy przemysł farmaceutyczny, i zachować należyte tempo i postępowanie w kierunku zaopatrywania polskiego lecznictwa w najnowsze preparaty, niezależnie od egzystującej już firmy Ludwik Spiess i Syn, utworzyły nową firmę. Firma ta nosi tytuł: „Spiess-Rhône-Poulenc” S. A. i posiada kapitał akcyjny Zł. 1.000.000.—

Z utworzenia tej nowej placówki wypłyną bezwątpienia korzyści dla przemysłu polskiego i aktywizacji naszego bilansu handlowego. Świeżo utworzona Spółka o zapewnionych dominujących wpływach kapitału polskiego jest instytucją polską z siedzibą w Warszawie. Na zasadzie specjalnego układu weszła ona w posiadanie patentów na artykuły lecznicze z kategorii najpoważniejszych, jakie należą obecnie do francuskiej o światowej sławie firmy chemicznej Rhône-Poulenc, a także i nowych patentów, jakie w przyszłości będą w posiadaniu tej firmy. W ten sposób „Spiess-Rhône-Poulenc” będzie miała możliwość eksploatacji wszystkich doniosłych odkryć z dziedziny leczniczej, korzystając dla opracowania nowych artykułów i wynalazków nie tylko ze swoich laboratorjów ba-

dawczych w Warszawie, ale także z pracowni naukowo-badawczych Zakładów Rhône-Poulenc. Ponieważ wszystkie artykuły nowo utworzonej firmy będą na zasadzie specjalnego układu wyrabiane przez Przemysłowo-Handlowe Zakłady Chemiczne „Ludwik Spiess i Syn”, powstanie jej w rezultacie wzmoczenie produkcji krajową artykułów leczniczych o wysokim poziomie naukowym, a tem samem zmniejszy konieczność importowania ich z zagranicy.

Polski Przemysł Chemiczno-Farmaceutyczny, zyskując nową placówkę, stawia swoją produkcję na wyższym poziomie, racjonalizującym tę gałąź właściwego przemysłu krajowego.

— Międzynarodowa wycieczka naukowa lekarzy do Turcji i Azji Mniejszej.

Dzięki inicjatywie prymarjusza Dra Fryderyka Baracha, Wiedeń, wybierają się lekarze austriacy 20. sierpnia 1930 do Konstantynopola. Uczestnicy zobaczą Bukareszt, Giurgiu, Konstancę, Konstantynopol (z okolicą) i zwiedzą tamtejsze zakłady lecznicze. między innymi także stację termalną Kura, która to miejscowość znana już była w starożytności (Pythia). Z Konstantynopola nastąpi wyjazd do Azji Mniejszej. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do Angory.

Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytanie pod adresem: Aertzliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien, Austria) I. Biberstrasse 11, I. St. albo Medizinisch-Pharmazeutische Rundschau Wien I. Heiligenkreuzerhof.

## KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

### 26. IV. Warszawskie Koło Tow. Internistów Polskich.

1. A. W. Kapłani i F. Rybiczowa. Przypadek posocznicy z nawracającą wysypką. 2. J. Grott i Galinowski. Ciężka anemja pokrwotoczna u ciężarnej. 3. M. Semerau-Siemianowski. Przyp. hyposfiksji paroksyzmalnej. 4. E. Apfelbaum, A. Elektorowicz i W. Markiert. Przypadek nadnerczaka. 5. K. Dąbrowski i S. Wąsowicz. Dwa przyp. promienicy klatki piersiowej. 6. A. Dołatkowski. Spostrzeżenia kliniczne w przypadku miażdży-

cy serca i naczyń. 7. J. Typograf. Zespół dusznicy bolesnej niezwykłego pochodzenia.

### 29. IV. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. L. Paszkiewicz: Wynik konkursu Dobrzyckiego. 2. S. Gurb ski. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej. 3. E. Reicher. Serce a praca fizyczna. 4. W. Mikułowski. Zagadnienie budzenia choroby utajonej w świetle kliniki i biologji.

### 29. IV. Zrzeszenie Lekarzy Rz-plitej Polskiej.

Pokaza: H. Landau. Przyp. niedokrewności złośliwej, leczonej preparatem z żołądka.

Komunikat: D. Thursz. O ogólnej narkozie do otrzewnowej.

Odczyty: 1. H. Rasolt. O rozpoznawczem i rokowniczem znaczeniu elektrokardjografji w schorzeniach serca (z pokazem krzywych elektrokardjograficznych). 2. Br. Fejginówna. Bakterjofagi i ich znaczenie lecznicze w medycynie wewnętrznej i chirurgji.

### 2. V. Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

1. Hermani Rozenblumówna. Przyp. choroby Schildera. 2. Pieńkowski. Zespół fizjopatyczny w następstwie urazu. 3. Stępień. Kręczy i kurecz pisarski pochodz. prawdopodob. syfilitycznego. 4. Krukowski. Cierpienia rodzinno-dziedziczne podobne do stwardn. wieloognisk. 5. Sterling. Niezwykły zespół heredo-degeneracyjny. 6. Orliński. Przyp. nowotw. mózdzku po naświetl. prom. R. i zastosow. operacji dekompres. 7. Sznajderman. Wodogłowie w związku prawdopodob. z wągrowatością opon. Objawy chwytny. 8. Krakowski. Ponowny pokaz syringom. w wieku dziecięcym. Pomyślny przebieg rozległej sprawy ropnej z wypadnięciem całej niemal kości ramieniowej. 9. Higier. O migrenie śpiączkowej.

### 4. V. od godz. 9—14. Warsz. Tow. Neur.

(lokal Warsz. Tow. Nauk.)

1. Tyczka. Odma czaszkowa rozpoznawcza i lecznicza. 2. A. Krakowski. Acidoza i alkaloza w chor. ukl. nerw. 3. H. Higier. O angiospazmach i ich znaczeniu patogenetycznym w sprawach mózgowych.

TREŚĆ: N. PRYŁUCKI. Schorzenia nerwowe w przebiegu niedokrewności złośliwej a terapia wątrobowa (Dok.). — A. BRAM. Przyczynek do wczesnego rozpoznania złośliwych przerzutów w płucach. — H. LANDAU i M. ORŁOWSKI. Przypadek zęzenia okolicy dolnego zgięcia dwunastnicy. — E. BIRSOWSKI. Z dziedziny ginekologii (str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. KACPRZAK. Z zagadnień sanitarnych Holandji (C. d.). — Wł. FRANKOWSKI. O ideową nadbudowę Związku Lekarzy. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: N. PRYŁUCKI. Troubles nerveux accompagnant l'anémie pernicieuse et le traitement hépatique (fin). — A. BRAM. Contribution au diagnostic des métastases malignes dans les poumons. — H. LANDAU et M. ORŁOWSKI. Un cas de retrecissement de la région de la flexion inférieure du duodénum. — E. BIRSOWSKI. Du domaine de la gynécologie (Rev. gén.), — M. KACPRZAK. Problèmes sanitaires des Pays-Bas (suite). — L. FRANKOWSKI. Sur la nécessité d'une base idéologique dans l'Association des Médecins.

## 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-iej do 11-iej r.

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