

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, 7 SIERPANIA 1930 R.

Nr. 32

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z Miejskiego Domu Opieki dla opuszczonych dzieci starozakonnych w Warszawie)

(Starszy lekarz: Dr. J. J u d t)

Erythema infectiosum na tle endemji w zakładzie zamkniętym.

I. Część kliniczna

Podał

Dr. M. MAYZNER (Warszawa).

Historja rumienia zakaźnego pod wieloma względami podobna jest do historii różyczki, która przez dłuższy czas uchodziła za nietypową odrę lub płonicę.

Rumień zakaźny był najczęściej zaliczany do nietypowej różyczki. To też pierwsze spostrzeżenia kliniczne, dotyczące rumienia zakaźnego, są podane przez Tschamera z Grazu pod nazwą „miejskowa różyczka”.

Później Gumpłowicz z kliniki Eschericha opisał szereg przypadków nietypowej różyczki, które również należy zaliczyć do rumienia zakaźnego.

W roku 1896 Tobeitz na Międzynarodowym Kongresie lekarskim w Moskwie doniósł o całym szeregu przypadków nietypowej różyczki. Dopiero wówczas obecny na zjeździe Escherich poraz pierwszy w dyskusji wypowiedział przypuszczenie, iż najprawdopodobniej przypadki nietypowej różyczki stanowią zupełnie samodzielną jednostkę chorobową.

Trzy lata później Schmid z kliniki Eschericha w doniesieniu „o różyczce i epidemjach rumienia” wypowiedział się za usamodzielnieniem się tej choroby nietypowej i przyjął zaproponowaną przez Stickera dla nowej jednostki chorobowej nazwę „*Erythema infectiosum*”.

Od tej chwili zjawiają się coraz częściej opisy mniejszych i większych epidemij rumienia zakaźnego pod różnymi nazwami, jak *Erythema inf. simplex*; *Erythema inf. morbilliforme*; *Erythema contagiosum*; *Exanthema variabile* i t. d.

Epidemjologia.

Endemja nasza obejmuje 66 przypadków, co na ogólną liczbę 179 dzieci, które przebywały wówczas w zakładzie, stanowi 36 proc. Zapadalność na rumień zakaźny wśród dziewcząt i chłopców była u nas prawie jednakowa: (na 120 chłopców zapadło 43, co stanowi 36 proc., na 59 dziewcząt zapadło 23 czyli 39 proc.).

Zapadalność według wieku ilustruje tablica Nr. I. Najmłodsze dziecko, które zachorowało u nas, liczyło 7 miesięcy.

T A B L I C A I.

0 — 1			1 — 3			3 — 5		
Liczba dzieci	Liczba zachorowań	Odsetek	Liczba dzieci	Liczba zachorowań	Odsetek	Liczba dzieci	Liczba zachorowań	Odsetek
40	10	25 ⁰ / ₀	71	34	48 ⁰ / ₀	69	22	32 ⁰ / ₀

Zachorowalność dzieci na rumień zakaźny według wieku.

Według danych innych autorów zdarzają się przypadki rumienia zakaźnego również wśród dorosłych. U nas nikt z dorosłych osób nie chorował. Najczęściej dotknięty bywa wiek dziecięcy i to przeważnie w okresie przedszkolnym i szkolnym.

Niemowlęta zapadają na rumień zakaźny nie często. Ostatnio ukazał się opis epidemji rumienia zakaźnego z Domu dla niemowląt w Kijowie, który obejmuje 12 przypadków w wieku od 9—12 miesięcy.

Wszyscy autorzy zgodnie podają, że rumień zakaźny obejmuje większe lub mniejsze skupienia dzieci. Zwykle zapada 2 lub więcej osób w jednej rodzinie. Fleischer obserwował 9 przypadków rum. zakaźn. w jednej rodzinie—dotyczyły one wyłącznie dzieci.

Epidemie rumienia zakaźnego nie występują w określonych porach roku. Jednakże z większości opisów wynika, że największe nasilenie tej choroby przypada się na zimę i wiosnę.

Nasza endemia trwała od października 1928 roku do lutego 1929 roku.

Okres wylegania w rumieniu zakaźnym nie jest jeszcze dokładnie ustalony, Stoos mówi o 4—10 dniach, Toller, Heimann i inni podają okresy od 4—17 dni. W naszej endemii najkrótszy okres wylegania, jaki spostrzegaliśmy, trwał 10 dni.

Klinika rumienia zakaźnego.

Choroba zazwyczaj zaczyna się nagle, bez wszelkich zwiastunów. Niektórzy autorzy w pojedynczych przypadkach spostrzegali przed wystąpieniem wysypki niektóre objawy, mianowicie: zmęczenie, brak apetytu, bóle głowy, wymioty. Heisler podaje bolesne obrzmienie gruczołów podszczękowych, pod uszami, lub też na karku na 1—2 dni przed wystąpieniem wysypki.

W naszej endemii nie spostrzegaliśmy żadnych objawów poprzedzających wysypkę, wysypka w większości przypadków była jedynym objawem choroby.

Przejdziemy przeto do omówienia wysypki i zaczniemy od ogólnego jej zachowania się w przypadkach typowych, poczem omówimy szczególne właściwości wysypki i zachowanie się wysypki w przypadkach nietypowych.

Przedewszystkiem uderza wielopostaciowość wysypki, która skłoniła Pospischilla do nazwania rumienia zakaźnego „*Exanthema variabile*” i innych autorów do nadawania rozmaitych nazw, o których była mowa wyżej.

Tobler w swojej monografii również podkreśla tę właściwość rumienia zakaźnego, ale uważa ją za pozorną; przy dokładnej i systematycznej obserwacji ma się przed sobą cykl rozwojowy następujących po sobie okresów tej samej sprawy wysypkowej.

Drugą właściwością rumienia zakaźnego jest zmienność w nasileniu wysypki, którą obserwowaliśmy nie tylko z dnia na dzień, ale wprost z godziny na godzinę. Pospischill mówi o „cudownej zmienności tej najpiękniejszej ze wszystkich wysypek”. Wysypka, która zanika, znów się nasila, co nadaje szczególny wygląd obrazów i obok wykwitów białych, zanikających, widzimy wykwity świeże, żywo różowo zabarwione, wskutek czego wytwarzają się postacie girlandowate. Poza tem zdarza się i tak, że na miejscach, na których wysypka już całkowicie znikła, zjawia się świeża wysypka, utrzymująca się przez pewien czas.

Wysypka w rumieniu zakaźnym może występować w każdym miejscu, jednakże zazwyczaj ze znaczną prawidłowością występuje w pewnych okolicach ciała, przeto możemy mówić o miejscach ulubionych, na których w przypadkach typowych rum. zak. należy szukać wysypki. Do takich miejsc należą: twarz, powierzchnie wyprostne kończyn górnych i dolnych, okolica krzyża i pośladki, boczne powierzchnie ud i podudzi.

Na tułowiu wysypka występuje naogół rzadziej, natomiast w naszej endemii na tułowiu, szczególnie od przodu, w górnej połowie klatki

piersiowej i na podbrzuszu, od tyłu zaś w dolnej jego połowie wysypka występowała dość często. Na owłosionej części głowy wysypki nigdy nie spostrzegaliśmy. Stopy i dłonie rzadko wykazywały wysypkę.

Obecnie przejdziemy do omówienia szczególnych właściwości wysypki. W przypadkach typowych wysypka zjawia się przedewszystkiem na twarzy. Ukazują się na policzkach grudki i plamki o czerwonym zabarwieniu, wystające ponad powierzchnię skóry. W ciągu kilku godzin wysypka się nasila, występuje coraz więcej wykwitów, które zlewają się ze sobą, wytwarzając najczęściej jednolity rumień. Skóra wykazuje wzmożone napięcie, wskutek pewnego nacieczenia i nadaje twarzy wygląd obrzmiałej.

Rumień odcina się dość ostrą linią od białosci pozostałych części twarzy: w kierunku nosa — fałdą nosowo-wargową, od czoła — granicą chrzęstnej i kostnej części nosa i przechodzi tuż pod oczami.

Rumień otrzymuje figurę motyla, którego skrzydła mieszczą się na policzkach. Wokoło ust zaś zarysowuje się białosc w postaci trójkąta, którego podstawę tworzy podbródek, a szczyt — podstawa nosa.

W przypadkach niezupełnie typowych nie dochodzi do zlania się poszczególnych wykwitów w jednolity rumień, widoczne są wówczas liczne wykwity czerwone, między którymi pozostają miejscami blade.

W kierunku ucha i ku dołowi rumień jest mniej ograniczony, poprzez zuchwę wysypka przechodzi na podbródek i część przylegającą szyi.

Bardzo często są widoczne liczne wykwity plamiste za uszami.

Wkrótce obraz ten zaczyna się zmieniać, mianowicie, rumień blednie i przyjmuje odcień fioletowo sinawy, następnie szaro-fioletowy, wreszcie żółtawo szary.

Zmiany te najwybitniej występują w przypadkach zupełnie typowych i utrzymują się niekiedy dość długo, gdyż podczas zanikania wysypki następują zaognienia, względnie ponowne zjawiania się świeżych wykwitów. Szczególnie pod wpływem wzruszeń psychicznych, j. np. podczas krzyku lub płaczu dziecka, rumień staje się znów czerwony, wykwity, które już zbladły, nabierają zabarwienia żywo czerwonego.

Prawie jednocześnie z twarzą, ale często nieco później, zjawia się wysypka na kończynach górnych.

Wysypka rozwija się z pojedynczych, bardzo drobnych plamek i grudek, żywo czerwono zabarwionych, na tle zupełnie białym. Wykwity te wyraźnie wystają ponad powierzchnię skóry, wskutek czego przybiera ona wyraźną szorstkość. W większości przypadków wysypka na kończynach podobna jest do odrowej i najwybitniej występuje na powierzchni wyprostnej. W rzadkich przypadkach widzieliśmy wysypkę na powierzchni zginaczy, szczególnie w okolicy przegubu łokciowego. Wysypka na ramieniu i przedramieniu wykazuje wielką skłonność do zlewania się w większe plamki plamiste, które często łączą się w rumień jednolity, obejmujący całą kończynę. Rumień taki przypomina niekiedy różę; kończyna jest wybitnie za-

ogniona i przy dotknięciu wydaje się nadmiernie ciepła, tylko na brzegach rumienia są widoczne pojedyncze wykwity grudkowo plamiste, które stopniowo giną na skórze niezmięnionej. Znikanie wysypki odbywa się w sposób charakterystyczny dla rumienia zakaźnego. Podobnie jak na twarzy, zaczerwienienie błędnie przedewszystkiem w środku, przyjmując odcień sinawy, fioletowo-szarawy i wreszcie szaro-brunatny. Na obwodzie barwa różowa utrzymuje się dłużej. W typowych przypadkach przy znikaniu wysypki wytwarzają się postaci girlandowate. Myśmy spostrzegali girlandy tylko w przypadkach pojedynczych, prawdopodobnie wskutek młodego wieku naszych dzieci.

Postacie girlandowate powstają w rozmaitym czasie: Tobler spostrzegał je już niekiedy w I-ym, II-im lub III-im dniu choroby. W naszych przypadkach girlandy występowały pod koniec choroby, t. zn. na IV — VI dzień.

Gdy na obwodzie zaróżowienie również znika, powstaje wyraźna marmurkowatość sinawa wskutek przeświecania podskórnych spłotów żylnych poprzez powłokę skórą.

Podobny cykl rozwojowy wysypki spostrzegaliśmy na kończynach dolnych. Na powierzchniach wyprostnych ud i podudzi zjawiały się wykwity grudkowo-plamiste, zlewające się często w rumień.

W przypadkach, w których występowały postaci girlandowate, były one wyraźniejsze na kończynach dolnych. Poza to marmurkowatość tutaj prawie zawsze była wyraźnie zaznaczona.

Typowem miejscem, na którym wysypka występowała zawsze i to dość obficie, były pośladki i boczne powierzchnie ud. Tutaj wysypka była plamista i nie wykazywała znacznej skłonności do zlewania się. Na stopy wysypka przechodziła rzadko.

Na tułowiu w naszej endemji wysypka występowała dość często w postaci wykwitów grudkowo-plamistych. Najbardziej obfita wysypka widoczna była od przodu w górnej połowie klatki piersiowej, na brzuchu zazwyczaj wysypka była bardzo skąpa, natomiast intensywniejsza nad spojeniem łonowem. Od tyłu na tułowiu wysypkę obfitą widzieliśmy w górnych częściach i w okolicy krzyża.

Łuszczenie nie należy do zjawisk typowych. Myśmy spostrzegali łuszczenie tylko w 3-ch przypadkach, przyczem w jednym przypadku łuszczenie było bardzo obfite i drobne, dotyczyło ono twarzy, kończyn i tułowia, w 2-ch pozostałych przypadkach łuszczenie było nieznaczne i to przeważnie na twarzy. Na dłoniach i stopach łuszczenia nie spostrzegaliśmy ani w jednym przypadku. Pigmentacji po znikaniu wysypki nie widzieliśmy.

W przeważającej liczbie przypadków wysypka zachowywała się zgodnie z podanym opisem i była zbliżona bardziej do wysypki odrowej.

Tylko u niemowląt spostrzegaliśmy niekiedy postaci poronne, w których rumień na twarzy był słabo zaznaczony, pozatem wysypka na kończynach i tułowiu była drobno plamista i nie wykazywała na ogół dużej skłonności do zlewania się.

Obecnie przejdziemy do omówienia 6 przypadków, które zachowywały się odmiennie, niż poprzednio podane przypadki.

W tych przypadkach twarz i kończyny nóg zachowywały się pod względem wysypki tak, jak w pozostałych przypadkach: na policzkach występował rumień z bladym trójkątem wokoło ust, pozatem na powierzchniach wyprostnych, niekiedy i na powierzchniach zginaczy widzieliśmy wysypkę grudkowo-plamistą ze skłonnością do zlewania się. Natomiast na tułowiu występowała wysypka raczej o charakterze płoniczym, bardzo obfita i drobna, bez skłonności do zlewania się.

Wysypka ta występowała na tle zupełnie bladym. Przypadki te nastęrczały dość znaczne trudności rozpoznawcze ze względu na to, że w 2 ch przypadkach ciepłota była dość znaczna i na migdałkach były wyraźne naloty. Ze względu na praktyczne znaczenie tych przypadków będą one dokładniej omówione przy rozpoznaniu różniczkowem.

W jednym przypadku na 8-my dzień od początku choroby, gdy wysypka zaczęła już znikać, zjawily się na twarzy, tułowiu i kończynach obrzęknięcia w postaci dużych placków czerwonych, wyraźnie wystających ponad powierzchnię skóry, na tle lekko zasinionem. Charakter tych wykwitów był pokrzywkowaty. Przy znikaniu wysypki zarysowały się zupełnie wyraźnie kontury girlandowate. Zaznaczyć musimy, iż w powyższych przypadkach łuszczenia nie spostrzegaliśmy.

Czas trwania choroby określamy według czasu utrzymywania się wysypki. Wobec często zachodzących zaognień i nasileń wysypki trudno jest często ustalić, czy chorobę można uznać za zakończoną. W naszej epidemji czas trwania choroby jest uwidoczniiony na tablicy II-ej.

T A B L I C A II.

Czas trwania wysypki	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	14	15	25
Liczba przypadków	1	6	9	12	6	7	5	7	3	6	1	1	1	1

W górnym rzędzie cyfry oznaczają długotrwałość wysypki; w dolnym rzędzie cyfry oznaczają liczbę przypadków o jednakowym czasie trwania wysypki.

Przeciętnie rumień zakaźny u nas trwał od 2 — 10 dni.

(D c. n.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z pracowni Neurobiol. Warsz. Tow. Nauk.

(Kierownik: Dr. Flatau)

Wpływ roztworów hiper- i hipotonicznych na tkankę nerwową i przestrzenie okołonaczyniowe.

Podał

Natalja ZANDOWA (Warszawa).

(Dokończenie)

Reasumując wyniki nasze, musimy zaznaczyć, że najbardziej charakterystyczne dla roztworów hiper- i hipotonicznych jest zachowanie się szpar międzytkankowych: brak ich w mózgach hipertonicznych oraz wyraźna obecność — w hipotonicznych.

Wyściółka również zachowuje się biegunowo różnie w tkance hiper- i hipotonicznej, podczas gdy w pierwszej widać jakby skupienie szeregów i pofałdowanie nabłonka, co powoduje odrywanie się od podłoża nerwowego, to w drugiej wyściółka jest rozciągnięta, napięta, miejscami całkowicie ścięta i przerwana.

Splot naczyński, podobnie jak wyściółka zachowywał się odmiennie w obu rodzajach mózgow: zwarty w tkance hipertonicznej, staje się obrzękły — w hipotonicznej.

Opona miękką na powierzchni mózgu jest być może, pofałdowana w hipertonicznym, obrzękła — w hipotonicznym.

Zachowanie się naczyń krwionośnych i przestrzeni okołonaczyniowych różni się w naszych spostrzeżeniach od obrazów opisanych przez Schaltenbranda i Bailey'a.

Tablica poniższa streszcza wyniki i różnice obu badań:

Schaltenbrand i Bailey

Spostrzeż. własne

Roztwory hipertoniczne

Naczynia szerokie, ściany napięte. Opona miękka i tkanka łączna zawierają dużo płynu, są naciągnięte, bez fałd.

Naczynia zapadnięte, światła wąskie. W ścianach skupienie komórek łącznotkankowych. Przestrzenie okołonaczyniowe wyraźne, zwłaszcza wokoło mniejszych naczyń.

Roztwory hipotoniczne

Naczynia wąskie; opona miękka i tkanka łączna okołonaczyniowa opadła i ściągnięta. Przestrzenie okołonaczyniowe silnie wypełnione, często włókna glejowe poszarpane.

Naczynia rozwarłe, wypełnione krwinkami (obrzętkami), ściany naczyń bez wyraźnych zmian, opona miękka na powierzchni mózgu — obrzękła. Przestrzenie okołonaczyniowe bardzo duże, ściany ich przymiąższowe poszarpane.

Przy zestawieniu wyników Schaltenbranda i Bailey'a z naszymi należy mieć na uwadze i ten fakt, iż tamci badacze uśmiercali zwierzę natychmiast, my zaś — dopiero po godzinie. Otóż

w pracy Wahlgrena znajdujemy, że „po wprowadzeniu roztworu hipertonicznego soli kuchennej następuje ożywiony prąd wody z tkanek do krwi, co może wywołać wodnistą krew w naczyniach”. Jednocześnie jednak rozpoczyna się wydzielanie energiczne moczu, które, jak wykazał Starling, może doprowadzić do zubożenia krwi pod względem zawartości wody, przewyższającego stan jej normalny.

Być może zatem, że Schaltenbrand i Bailey spostrzegali stan pierwszy (napływu wody do krwi), my zaś stan następny — zubożenia krwi w wodę.

Ze spostrzeżeń naszych wynika, iż przestrzenie okołonaczyniowe zarówno przy użyciu roztworów hipotonicznych, jak i hipertonicznych są wyraźnie rozwarłe, zwłaszcza wokoło drobnych naczyń.

Zjawisko to należy sobie tłumaczyć w ten sposób, iż w obrębie wymienionych przestrzeni zachodzą procesy zmian ciśnienia osmotycznego; tu w pierwszej linii muszą spotykać się dwie ciecz — hipertoniczna (ze krwi) z hipotoniczną (z płynu) przy wprowadzaniu roztworów stężonych do żył oraz odwrotnie: tu spotyka się płyn mózgowodzeniowy hipertoniczny z krwią hipotoniczną, kiedy do krwi wprowadzamy wodę destylowaną.

Różnice w stopniu rozwarcia przestrzeni okołonaczyniowych w mózgu hiper- i hipotonicznych są raczej ilościowe, niż jakościowe; w hipotonicznych są one znacznie większe, przyczem ściany przymiąższowe pękają niekiedy i wykazują strzępy poszarpane.

Najsilniej podkreślić należy zachowanie się komórek nerwowych; przy stosowaniu płynów hipertonicznych pozostały one przeważnie w stanie normalnym, część zaś przybrała postać piknotyczną. W mózgu hipotonicznych spotykało się dużą liczbę komórek błędnych, zaokrąglonych, obrzękłych.

Ponadto podkreśliłoby obecność wodogłowia w mózgu hipotonicznych. Powstanie jego można tłumaczyć dwojako: albo jako wynik nadczynności splotu, Weed bowiem dopatruje się w obrzękłych komórkach nabłonka postaci nadmiernie wydzielających. Można również rozpatrywać płyn komorowy, jako tkankę hipertoniczną w stosunku do krwi wodnistej i przypuszczać, iż następuje przesiąkanie do komór.

Niezależnie od sposobu tłumaczenia należy podkreślać, iż wyściółka, jak w każdym wodogłowiu, ulega rozciąganiu i ścięciu. Różnorodność jej komórek, a mianowicie, obrzęk jednych obok piknozy innych, skłonna byłabym złożyć na karb różnych prądów osmotycznych, w których jedne muszą dążyć od stężonego (w porównaniu z wodą) płynu mózgowodzeniowego ku tkance nerwowej, inne w kierunku przeciwnym.

W jakiej mierze taka rozciągnięta, a miejscami zupełnie złuszczone wyściółka przyczynia się do pogłębienia wodogłowia wewnętrznego — przesądzać niepodobna wobec tego, iż nie ustalona jeszcze jest z całą stanowczością siła chłonna tej tkanki.

W mózgu hipertonicznych wyściółka zachowuje swój wygląd normalny, obok tego zaś fałduje się i odstaje od tkanki nerwowej.

To ostatnie zjawisko wymaga omówienia, bo wszak nie wystarczy nam objaśnienie ściągania się tkanek, w procesie tym winnaby ona, podążając za

tkanką nerwową, ściągnąć się w tej samej mierze, co i ta ostatnia i zachować właściwy kontakt z mózgiem.

Musi tu odgrywać rolę różnica ukrwienia warstw powierzchownych mózgu i warstwy podwyściółkowej: pierwsze, mając znacznie bogatsze ukrwienie, szybciej ulegają różnicom stężeń i w pierwszej linii ulegają ściągnięciu. Wyściółka, pozostając w tyle i zachowując dłużej swą normalną długość, staje się zbyt obszerna dla komory, musi się zatem nadmiar tkanki pofałdować. Procesowi temu towarzyszy odklejenie się jej od ścian komór (Fig. 2).

Co się tyczy krwotoków, występujących bądź to w warstwie podwyściółkowej, bądź w oponach i tkance nerwowej, to wywołane one są najprawdopodobniej warunkami mechanicznymi, a mianowicie, gwałtownym odrywaniem się tkanek spęczniałych, względnie zmarszczonych od tkanki, stosunkowo mniej zmienionej pod względem fizycznym.

Wnioski: Wprowadzając do krwi płyny o rozmaitem stężeniu, wywołujemy w tkance nerwowej zasadnicze zmiany, a mianowicie obrzęk jej przy użyciu płynów hipotonicznych oraz ściągnięcie — przy użyciu płynów hipertonicznych.

Zmiany te odbywają się przede wszystkim kosztem 1) szpar międzykankowych; 2) obrzęku lub ściągnięcia się włókien łącznotkankowych (czy i włókien nerwowych?), 3) rozwierania się lub zamykania światła naczyń krwionośnych. Przestrzenie okołonaczyniowe nie wykazują różnic zasadniczych w obu rodzajach mózgow, jedynie stopień rozwarcia ich w mózgach hipotonicznych jest większy.

Komórki nerwowe w mózgach hipertonicznych nieznacznie tylko odbiegają od normy. Natomiast w mózgach hipotonicznych stwierdza się ich obrzęk.

Naogół jednak komórki nerwowe nie wykazują zmian głębszych i wydają się być zdolne do powrotu do stanów normalnych.

Wbrew spostrzeżeniom Schaltenbranda i Bailey'a nie mogliśmy stwierdzić antagonizmu zasadniczego pomiędzy tkanką nerwową a tkanką łączną, przeciwnie, obie podlegały tym samym prawom fizycznym zarówno w kierunku zciągania się, jak i obrzęku.

Na zakończenie dodać należy, że nie we wszystkich przypadkach stopień obrzęku, względnie ściągnięcia tkanek był jednakowo wyrażony, istniały niekiedy zmiany bardzo dyskretne, które udało się odcyfrować jedynie dzięki znajomości zmian, mocniej zaznaczonych w innych przypadkach.

Z doświadczeń naszych i rozważań łatwo wysunąć konkluzje praktyczne przy łóżku chorego. Wpływ dodatni w przypadkach *meningitis serosa*, w nowotworach mózgu i t. d., osiągany przez zastrzyknięcie glukozy 10—20%-owej do żył, tłumaczy się „osuszeniem” mózgu, uwolnieniem go od nadmiaru płynu.

Odwrotnie, jak wykazała praktyka kliniczna na oddz. D-ra Flatau'a, podawanie roztworu hipotonicznego (0,5% Na Cl₂) w ilości 250 ctm³ pod skórę przed i po nakłuciu lędźwiowym, zapobiega w przypadkach stwierdzenia rozlanego bólu głowy, występującym zazwyczaj po wypuszczaniu płynu mózgowordzeniowego.

Najwidoczniej zabieg wywołuje wzmożony napływ płynu do układu nerwowego i przeciwdziała spadkowi ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

PIŚMIENICTWO:

- 1) Claude, Lamache, Cuel et Dubar. Action des solutions hypertoniques sur la tension normale et path. Pr. Méd. Nr. 20. 1928. 2) Held. Über d. Neurologia marginalis d. menschlichen Grosshirnrinde. Monatsschr. f. Ps. u. Neur. 1909. 3) Schaltenbrand i Bailey, Studien z. Anatomie. Physiologie u. Path. d. perivascular, Pia gliamembr. d. Gehirns. [D. Zft. f. Nerv. 1928. B. 102. 4) Wahlgren. Über die Bedeutung d. Gewebe als chlordepots. Arch. f. exp. Path. u. Phys. 1909 T. 61. 5) Weed i Hughson. Systemic effects of intravenous inject. of salt. of var. concentrations. Am. Jour. of. Physiol. 1921. 6) Weed. Effects of hypotonic solutions. Amer. Jour. of Anat. 1923 Vol. 31.

Z pracowni anatomo-patologicznej Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Kierownik: Dr. med. M. Płoński.)

O nowej metodzie narkozy ogólnej

(Narkoza dootrzewnowa) *)

podał

D. THURSZ (Warszawa)

(Doniesienie tymczasowe)

W Zeitsch. f. Krebsforschung (Bd. 25, 1927 i Bd. 26, 1928) i w Warsz. Czasop. Lek. (1927 r. N. 20) ogłosiłem metodę leczenia nowotworów złośliwych i schorzeń septycznych, polegającą na częstych i obfitych wlewaniach dożylnych 33,3% alkoholu etylowego w roztworze fizjologicznym soli lub w płynie Ringera.

Spostrzegalem wtedy, że po wielokrotnem, rzadziej po jednokrotnem, wlewu alkoholu tworzy się często w żyłach zapalenie jej błony wewnętrznej (*endophlebitis*), wobec czego dalsze wlewanie do teje żyły staje się na dłuższy okres czasu niemożliwe. U wycieńczonych i u otyłych pacjentów rzadko kiedy znajdujemy odpowiednią żyłę, nadającą się do wlewania. Konieczne jest tedy obnażenie żyły. Wobec powyższych powikłań szukałem innego sposobu wielokrotnego stosowania alkoholu etylowego na drodze pozajelitowej.

Zastrzykiwanie podskórne alkoholu wywołuje rozległą martwicę tkanki podskórnej.

Postanowiłem więc robić wlewania te wprost do jamy brzusznej. Jednocześnie wydawało mi się możliwe wykorzystanie owych wlewań w celu wywołania ogólnej narkozy.

Otrzewna, która posiada wyjątkowo liczne naczynia krwionośne, jak i chłonne, ma bardzo obszerną powierzchnię, równającą się, według Wegenera (Arch. f. Klin. Chir. Bd. XX), powierzchni skóry, jest zatem potężnym narządem wchłaniania. To wchłanianie zostaje jeszcze spotęgowane przez rurek robaczkowy jelit i przez miarowe ruchy przepony (Küttner, Beitr. z. Kl. Chir. XI).

Hamburger (Arch. f. Physiol. 1896) i inni dowiedli, że w jamie otrzewnowej wchłanianie substancji, rozpuszczalnych w wodzie odbywa się wyłącznie prawie przez naczynia krwionośne. Okazuje się, że substancje wchłonięte przez otrzewną, wcześniej zjawiają się w moczu, aniżeli w przewodzie piersiowym (*Ductus thoracicus*).

Hamburger (l. c.) dowiódł, że płyny hiper — lub hipotoniczne, wprowadzone do jamy brzusznej, stają się izotonicznymi.

*) Komunikat wygłoszony 29. IV. 30 r. w Zrzeszeniu Lekarzy Rz. P.

Podług Wegenera (l. c.), wchłanianie płynów przez otrzewną przebiega zadziwiająco szybko. Mianowicie, otrzewna u zwierząt jest w stanie wchłaniać w przeciągu jednej godziny ilość płynu, równającą się 8% wagi ciała danego zwierzęcia. Wobec tego u człowieka wchłanianie przez otrzewną powinno wynosić od 3—6 litrów płynu w ciągu godziny.

W warunkach normalnych i przy zamkniętej jamie brzusznej *cavum peritoneae* jest tylko wąską szparą bez światła. Wydawało się prawdopodobnym, że przy wkłuwaniu igły przed wlewaniem jelita będą również narażone. Doświadczenia na zwierzętach przekonały mnie jednak o zupełnej bezwzględności tego przypuszczenia, gdyż przy wielokrotnym nawet przekłuwaniu powłok brzusznych bardzo cienką i ostrą igłą, jelita ani razu nie zostały uszkodzone. Igłę należy bez zbyteńnego wysiłku wkłuć prostopadle przez powłoki brzuszne aż do powięzi, stawiającej pewien opór. Następnie drobnym dość energicznym ruchem przebita zostaje powięź wraz z otrzewną. Po wejściu końca igły do jamy brzusznej można swobodnie poruszać całą igłą we wszystkich kierunkach, co jest poniekąd sprawdzianem dobrze dokonanego wkłucia.

Królikowi, ważącemu około dwóch kg., wstrzyknięto dootrzewnowo 30 cm.³ 33,3% alkoholu etylowego w ciepłym fizjologicznym roztworze soli. Po dwóch minutach królik nie ruszył się z miejsca, pomimo, że go nie trzymano więcej; po dalszych dwóch minutach, już silnie zamroczony, położył się. W 8 minut po wlewaniu nastąpiła narkoza głęboka, połączona z zupełną analgezą, trwająca około 50 minut. Przebudzenie było stopniowe, i w 1½ godziny po wlewaniu nastąpiło zupełne otrzeźwienie.

Ten sam królik był jeszcze trzy razy usypiany tą metodą (w odstępach dwudniowych). Za każdym razem występowało szybkie uspienie bez żadnych powikłań. W czasie ostatniego, t. j. czwartego wlewania ten sam królik otrzymał 60 cm.³ alkoholu dootrzewnowo. Po 8 minutach wystąpiła głęboka narkoza, trwająca około 3 godzin. W tej narkozie dokonano laparatomji, Znieczulenie było zupełne, otrzewna gładka, lśniąca, bez żadnych zmian. Przy otwartej jamie brzusznej przekonano się, że jelita przy wkłuwaniu igły przez powłoki brzuszne za każdym razem usuwały się z pod igły. Laparotomja wykonana została w warunkach nieaseptycznych, pomimo to rana zagoiła się bardzo szybko, *per primam*, najprawdopodobniej dzięki bakterjóbójczemu działaniu alkoholu. Królik ten pomimo czterokrotnej narkozy i dokonanej nań przed miesiącem laparatomji jest jeszcze teraz zupełnie zdrowy.

Wlewanie dootrzewnowe u królików powtarzająno jeszcze kilkakrotnie. Za każdym razem wystę-

powiała szybka i głęboka narkoza. Jeden raz wstrzyknięto tylko 15 cm.³ roztworu — narkoza trwała krócej.

U ludzi należałoby dokonywać wlewania dootrzewnowego po uprzednim opróżnieniu pęcherza i kiszki w pozycji Trendelenburga, wtedy opróżnione jelita przesuwają się w kierunku do przepony. Wkłuwać należy w linii Richtera — Monroego, przebiegającej między pępkiem a *spina ilei anterior superior*, gdzie zazwyczaj robi się nakłucie przy puchlinie brzusznej.

O ile operacja odbywać się ma poza obrębem brzucha, igłę należy zostawić w powłokach brzusznych aż do końca zabiegu, a to w tym celu, aby w razie potrzeby można było znów wlać alkohol bez uciekania się do ponownego nakłucia.

Przy zabiegach zaś brzusznych, w razie potrzeby przedłużenia narkozy, można wlewać odpowiednią ilość ciepłego roztworu alkoholowego wprost do otwartej jeszcze jamy brzusznej.

Jeszcze w roku 1927 wykazałem (l. c.), że można wprowadzić dożylnie alkohol nawet absolutny w dużych ilościach bez działania ubocznego na narządy wewnętrzne. Najodpowiedniejszym jednak okazał się roztwór 33,3% (l. c.).

Nieszkodliwość tych wlewań potwierdza również Marin-Mexiko (Constantin — Lancet 1929), który dokonał tysiąca narkoz za pomocą wlewań dożylnych alkoholu i dowiódł, że alkohol etylowy jest 137 razy mniej toksyczny, niż chloroform.

Wlewanie odbywa się za pomocą cylindra miareczkowanego, połączonego z rurką gumową, zaopatrzoną w kranik lub zaciskacz. Dzięki temu, usypianie może być ściśle dawkowane i w każdej chwili dopływ płynu może być przerwany.

Zrosty otrzewnowe powstają tylko, jak wiadomo, po uprzednim uszkodzeniu nabłonka. Przy wlewaniu 33,3% alkoholu niebezpieczeństwo to odpada, gdyż dopiero 70% alkohol wywołuje zniszczenie nabłonka.

Nakłucie brzucha za pomocą cienkiej igły nie powinno powodować większego bólu. W razie gdyby się okazało, że 33,3% roztwór alkoholu wywołuje niepożądaną sensację w jamie brzusznej, wówczas możnaby dodać do roztworu alkoholowego odpowiednie „*analgeticum*”.

Naszkiecowa tutaj pobieżnie metoda narkozy dootrzewnowej wymaga jeszcze szczegółowego opracowania.

Może w przyszłości częściowo chociażby zastąpi dotychczasową, brutalną poniekąd narkozę inhalacyjną.

Za łaskawe i cenne wskazówki, okazane mi w czasie wykonywania powyższej pracy, składam kierownikowi pracowni, Dr. Płońskiemu, serdeczne podziękowanie.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Etjologia i istota gościca stawowego.

Podał

Feliks TURYN (Warszawa).

Choroba gościcowa jest zagadnieniem nie tylko lekarskim. Statystyki instytucji ubezpieczeniowych,

społecznych zwróciły uwagę, że zasiłki, wypłacane chorym z powodu zachorowania na gościc i utraty zdolności zarobkowych, t. zw. renty inwalidzkie, zajmują jedne z najważniejszych pozycji w budżetach tych instytucji. Zauważono, że sumy, wypłacane na

renty inwalidzkie dla reumatyków, są wyższe, niż dla suchotników, gdyż ilościowo jest ich conajmniej tyleż (w Anglii 8 razy więcej, niż gruźlików), a reumatycy żyją dłużej, więc dłużej też pobierają wsparcia. Dni choroby, straconych dla pracy państwowej przez reumatyków, jest również więcej, niż z powodu innych chorób. Zachorowalność na gościec jest b. wysoka. Reumatyzm stanowi w Anglii 10 proc. wszystkich zachorowań, w Paryżu reumatycy stanowią 3,4 proc., w Londynie — 8,43 proc., w Zurychu — 4 proc. wszystkich chorych szpitalnych. Talalajew znajduje swoiste zmiany u osób, które nie wiedziały o goścucu. Sądzi, że choroba ta jest jeszcze częstsza, niż się o niej mówi, gdyż 40 proc. zachorowań przebiega bez objawów i zmian w stawach.

Z kilku tych danych widać już, że reumatyzm należy do pierwszorzędných kwestyj społecznych; walka z nim odbywa się na szerokim terenie międzynarodowym, istnieje Liga dla walki z tą chorobą.

Walka toczy się, jak w każdej kwestji wogóle, a lekarskiej w szczególności, przez poznanie przeciwnika. Pierwszy krok w tym kierunku uczyniony był jeszcze w w. XVIII, kiedy Cullen zwrócił uwagę na jedną postać reumatyzmu, cechującą się ulotnością objawów i skłonnością do potów. W następnym stuleciu Bouillaud stwierdził związek gościca z zapaleniem i wadą zastawek serca, Gerhardt wyosobnił inne schorzenia w grupę reumatoidalną, a w 1904 r. Aschoff i Tawara (A.—T.) do cech klinicznych gościca dorzucili swoisty obraz anatomiczny. Tak więc obecnie gościec stawowy (g. s.) jest, zdaniem większości lekarzy, jednostką chorobową par excellence samoistną, o swoistym typowym przebiegu i podłożu histologicznym.

Cechy swoistości gościca są następujące: podwyższona ciepłota, zapalenie surowicze wielu stawów, skłonność do przechodzenia zmian ze stawu na staw, skłonność do silnych potów w czasie gorączki, częste zajęcie wsierdzia, wpływ leczniczy salicylu na zmiany stawowe, skłonność do nawrotów. Cechą zaś najbardziej znamioną są wspomniane już guzki A.—T. w mięśniu sercowym. Znajdują się one w tkance łącznej w pobliżu małych naczyń. W guzkach reumatycznych odróżnić można 2 elementy: ogniskową martwicę kollikwacyjną i obrzęk tkanki łącznej i podstawowej. Martwicy towarzyszy często wysięk włóknikowy, co do którego niewiadomo, czy jest to włóknik, czy martwica włóknikowa istoty łącznotkankowej. Drugi element stanowią bujające komórki tkanki łącznej z wielojądrzastymi komórkami olbrzymiemi, przypominającemi czasami komórki Sternberga. Jednocześnie stwierdza się w guzku A.—T. zanik leukocytów wielojądrzastych. Obydwa procesy (zwyrodnieniowo-wysiękowy i wytwórczy) mogą występować oddzielnie i razem. Widuje się, np., w środku guzka włóknik i martwicę, a na obwodzie wał komórkowy. Większość autorów jest zdania, że zmiany wsteczne są samoistne i pierwotne, można je spotkać bez nacieku; przewaga ich zależy od tempa rozwoju chorobowego i toksyczności zarazków. W przypadkach szybkiego zejścia śmiertelnego znajduje się najwięcej zmian martwiczych, w przypadkach przewlekłych przeważa moment wytwórczy, ale są również zmiany wsteczne. Darrè i Albott uważają te zmiany jako odczyn aparatu siateczkowo-śródbłonkowego tkanek serca. Guzki umiejscawiają się w tkankach o budowie siateczkowatej, np., w tkance tłuszczowej,

lub obfitujących w szczeliny limfatyczne. Opisane guzki spotyka się nietylko w sercu. Szereg autorów stwierdził ich obecność w stawach, ścięgnach, migdałkach, w przydancer naczyń krwionośnych. Fahr znalazł je w nerce, Chiari w przydancer aorty i większych jej odgałęzień. Są one tak stałym zjawiskiem w g. s., że Fahr proponuje nazwę: *ziarnica reumatyczna* (rheumatische Granulomatose).

Wszystkie badania nad etiologią choroby gościcowej idą w kierunku uzyskania podobnych zmian na drodze doświadczalnej. Poszukiwania zarazków w płynie wysiękowym chorych stawów, we krwi, w migdałkach, hodowle bakterij, znalezionych w tkankach (mięśniu sercowym, błonach maziowych, ścięgnach, tkance limfatycznej gardzieli, w ścianach naczyńniowych) osób zmarłych, dawały oddawna wyniki dodatnie, niestety, niejednolite.

Pierwszy Leyden wykrył w 1894 r. *distreptococcus*, który Meyer wyhodował z migdałków w 25-ciu przypadkach u osób chorych na g. s., a Rosenow (w klinice Mayo) znajdował go w punktaście stawowym, we krwi i migdałkach. Meyer i Rosenow wstrzykiwali szczepionki wspomnianych bakterij zwierzętom i wywoływali w ten sposób zapalenie stawów, brodawkowe zapalenie wsierdzia, w mięśniu sercowym tworzyły się guzki, których jednak Aschoff nie uznał za identyczne z opisanemi przez siebie w g. s. Zmiany na zastawkach odpowiadały spotykanym w zakażeniu paciorkowcami. Podobnie było z badaniami Topleya i Weira. Wobec tego, że w wielu przypadkach g. s. wyhodować można ze krwi lub z zastawek serca *streptococcus viridans*, sądzono (Reye, Fraenkel, Kuczynski, Wolff), że one są zarazkiem etiologicznym. W tej samej jednak liczbie przypadków obserwuje się rozwój *endocarditis lenta* na tle dawnych zmian gościcowych, co dowodzi wtórnej obecności danych bakterij u omawianych chorych. Również zmiany, wywołane przez *streptococcus mitis*, różnią się od guzków A.—T. (Thalheimer, Rotschild, Jackson, Rosenow), a zniszczenie tkanki stawowej jest znacznie większe, niż w g. s. Singer znalazł w 5-ciu przypadkach w tkankach *str. pyogenes*, innym razem znajdował znów paciorkowce hemolityczne. Szereg bakterjologów dowodzi, iż *str. vulgaris* i *viridans* są kolejnemi, zależnemi od podłoża przemianami jednego ziarenkowca, a w badaniach Wilhelma i Rothera te same przemiany zachodzą między *str. haemolyticus* i *viridans*. Wymienione bakterje wywołują zmiany tylko podobne do guzków A.—T., które, zdaniem Thalheimera, nie są swoiste dla gościca. Loewenhardt (Umbert) znalazł we wszystkich przypadkach g. s. *str.*, zbliżony do *viridans* ale dopiero dzięki specjalnym metodom i po licznych niepowodzeniach i dlatego uważa, że postacie g. s. o charakterze przewlekłym powstają z niedostrzeżonego ogniska i są wyrazem osłabionego, lecz trwałego zakażenia. Small wyodrębnił ze krwi reumatyków *str. cardioarthritis*, który ma być swoisty dla g. s. Zmiany doświadczalne, wynikłe po szczepieniu tego paciorkowca, polegają na obrazie histologicznym podobnym do guzków A.—T., znajdują się we wsierdzu, osierdzu, mięśniu sercowym, w stawach i ścięgnach. Zakażenie *str. cardioarthritis* ma tendencję do przechodzenia w stan przewlekły, odwrotnie do stanów postreptokokowych innych szczepów. Singer i Sahli dopatrują się osłabionej ropnicy (*pyaemia*),

wywołanej przez stafilokoki. W takim razie należałoby oczekiwać jakichkolwiek ognisk ropnych, czego się znowu nie spotyka nawet w przypadkach o przebiegu ciężkim, w których stwierdza się paciorkowce. Zdaniem Menzera znajduwane w nosie i w gardle paciorkowce są pasorzytami, a obecność ich w zastawkach dowodzi przeistoczenia w kierunku złośliwości i zdolności chorobotwórczych; wysianie bakterij do krwi następuje po przełamaniu bariery limfatycznej gardzieli. Levaditi, Selbie i Schoen wywołują u myszy przez wstrzykiwanie *str. moniliformis* do skóry i do krwi zmiany patologiczne w stawach i w sercu. Zmiany te przypominają utkaniem guzki A.-T., naciek jednak składa się z monocytów. Zupełnie sensacyjne wyniki ogłosił niedawno Ritter i Löwenstein. Mianowicie, w niektórych przypadkach ostrego gościa posiew płynu stawowego, a czasami krwi daje hodowlę prątków Kocha. Gościec nie jest więc chorobą swoistą o niewiadomej etiologii, tylko obrazem posocznicy gruźliczej. Prątek K. trzyma się przez czas dłuższy jednego układu narządów (drogi oddechowe, moczowe, skóra, oko, kości, nadnercze). Nie zależy to od powinowactwa prątków do pewnych tkanek, tylko od braku w nich odporności. Podczas nawrotów choroby zaatakowane bywają tkanki układu, już zajętego. R. i L. przypominają, że dawniej zapalenie tęczówki, opłucny, również były uważane za schorzenia wyłącznie reumatyczne. Histologiczne podobieństwo guzków A.-T. i gruźłek polega na obecności komórek olbrzymich. Zauważyć należy, że w guzkach A.-T. nie znaleziono dotychczas prątków K., raczej ziarenkowce. Podobieństwo tych dwóch tkanek ujmują inaczej Huguenin i Albot. Bujanie komórek nabłonkowych i siateczkowo-śródbłonkowych jest wyrazem pierwotnego odczynu, nieswoistego. Różnice uwydatniają się w późniejszym okresie rozwoju.

Wyniki badań bakterjologicznych dowodzą jedynie obfitości flory, jaką spotkać można u chorych reumatyków i nie wskazują ze stałością niezmienną na jeden zarazek odpowiedzialny za wywołanie choroby. Zmienność wyników może nam tłumaczyć jedynie istnienie powinowactwa poszczególnych szczepów do tkanki stawowej czy paraplasytycznej w ogólności i sposób, w jaki te tkanki reagują na zadziałanie czynników patologicznych. Zdaniem Morawitz a, tkanki mogą reagować jednakowo na cały szereg b. dźców. Jedno należy podkreślić: typowych guzków A.-T. nie udało się dotychczas uzyskać w żadnym doświadczeniu. Łatwo więc jest odmówić cech patogenności i swoistości wszystkim znalezionym mikrohom.

Wobec wyraźnej natury zakaźnej gościa stawowego cały szereg autorów zapatruje się na tę chorobę, jako na infekcję o nieznanym, t. j. niewykrytym zarazku. Pribram, Jochmann, Swift, Hegler, Graeff i w. in. są zdania, że znajdowane dotychczas zarazki dowodzą dołączenia się infekcji wtórnej, wzgl., że w tych przypadkach były reumatoidy. Według Chwostka wysięki stawowe są jałowe dlatego, że wywołane są przez toksyny. Zakażenia wtórne występują łatwiej dzięki uczuleniu ich nieznanym zarazkiem swoistym, który jest przyczyną anginy (Hajek). Schottmüller uważa, że dość często spotykany *str. viridans* dołącza się bardzo wcześnie, zaraz po zakażeniu gościewem. O ile jednak mimo obecności *str. vir.* nie widać owrodzenia

na zastawkach, tylko zmiany brodawkowate (*endocard. verrucosa*), należy taki *str. vir.* traktować jako osłabiony pod względem jakościowym i ilościowym. Wiązanie zaś *sepsis lenta* z gościewem w jednostkę nierozdzielną jest niesłuszne ze względu na odrębny zupełnie dla tej *sepsis* przebieg kliniczny i anatomiczny. W przypadkach czystych zmian gościewych w sercu posiew ze krwi wypada jałowo, gdy przy zmianach wrzodziejących, wzgl. łatwo jest wyhodować *str. viridans*. Gdyby gościec wywołany był przez wspomniane paciorkowce, guzki A.-T. składałyby się po części z leukocytów wielojądrowych. Również Morawitz wierzy w istnienie swoistego, choć nieznanego zarazka gościewego. Leschke porównywa gościec z grypą, w której udział streptokoków jest tak wielki, a w skutkach tragiczny (20 milj. ofiar w ciągu 3-ich lat). Nikt jednak nie myśli, że grypę wywołują paciorkowce.

Wszyscy autorowie godzą się, że pierwotne zakażenie odbywa się przez migdałki. Pierwszy Garr od zauważył częste zjawianie się g. s. po anginie. Statystyki gościew, poprzedzonych anginą, wahają się od 2—80%. Taksamo częsta jest angina przed wadą serca. Badania Antoniusa i Czepa (Falta) nie potwierdziły związku między stanem uzębienia (oralsepsis) a wadą serca na tle gościa. Stwierdzono zmiany histologiczne na podniebieniu i w otoczeniu migdałków o charakterze gościewym. Graeff znalazł je kilkakrotnie w torebce migdałka i uważa, że jest to pierwotne ognisko gościewe, Primärintekt. Zarazek przedostaje się drogą limfatyczną z krypty migdałka, jako z miejsca inwazji, do otoczenia i w torebce migdałka wywołuje swoisty naciek gościewy. Stąd choroba przenosi się do mięśni, stawów i innych tkanek. Podobnie do innych chorób swoitych, jak gruźlica, kiła, twierdzi G., w gościew należy odróżniać napady ostre, jako skutek wysiania zarazków z ogniska pierwotnego, postęp choroby i przerwy. Pierwsza infekcja przebiega jako angina (spezifisch-rheumatische Tonsillitis). Poza ogniskiem pierwotnym G. odróżnia ogniska wtórne i reinfekcje egzo- i endogenne (z serca). Jagić odrzuca nawet termin „ostry”. Jego zdaniem g. s. jest chorobą przewlekłą, postępującą stopniowo. Okresy nasilenia wywołane są z ogniska w tkankach limfatycznych gardła lub z wśierdzia (Schottmüller).

Omawiając sprawę zakaźności g. s. należy dodać, że są czynione obserwacje nad jego zaraźliwością. Notowane jest przenoszenie się choroby bezpośrednio z pacjenta na pielęgniących lub współmieszkańców. Częsta jest zapadalność oddziałów wojskowych, pomieszczonych we wspólnych koszarach (Mantle, Grenet).

Nie wszyscy badacze zadawają się niedostatecznością metod bakterjologicznych dla wykrycia zarazka gościewego. O ile w przeważającej liczbie badań wyniki są ujemne, prostą jest rzeczą, że niema czego szukać. Gościec nie wynika z infekcji ogólnej, a jest przejawem innych zmian biologicznych. Impuls do tego kierunku badań dała opisana przez Pirqueta choroba posurowicza i nauka o anafilaksji. Obydwa zjawiska przebiegają z gorączką, obrzmieniem stawów, wyniki badań bakterjologicznych są również ujemne, a zmiany histologiczne przypominają nieco guzki A.—T., zawierają jednak mniej komórek olbrzymich, a zamiast nich dużo monocytów. Klinge przeprowadził cały szereg doświadczeń nad anafilaksją.

Badania swoje oparł na zjawisku Arthusa. Wstrzykiwał surowicę końską królikom dostawowo, a białko podskórnie. W wyniku odczynów alergicznych powstawały w ścianach tętnic i żył, w mięśniach szkieletu, w tkance śródmiąższowej mięśnia sercowego, na zastawkach zmiany podobne do opisywanych u chorych gościcowych. Z porównania tych zmian klinicznych i doświadczalnych wynika, zdaniem K., że g. s. jest stanem pewnej alergji, a zmiany histologiczne powstają jako skutek hiperergicznego (Rossle) zapalenia. Zapalny stan hiperergiczny, występujący po powtórnej wstrzyknięciu białka zwierzęciu uwrażliwionemu, uważać należy za anafilaksję tkankową, która zjawia się jeszcze w tym okresie, kiedy brak jest ogólnych objawów anafilaktycznych. Hiperergja tkankowa jest czułym wskaźnikiem istniejącej anafilaksji. Klinge zgadza się na udział bakterji w powstawaniu alergji, w przeciwnym bowiem wypadku należałoby mówić nie o swoim gościcowym zakażeniu, tylko o swoim gościcowym odczynie tkanek.

Podobnie traktuje g. s. Weintraud: g. s. nie jest przejawem wędrowania bakterji; przeciwko temu przemawia mała skłonność do ropienia i znikomość zapalenia stawowego. G. s. powstaje jako anafilaksja na białko bakterji lub rozłożonych przez nie tkanek. Wg. Chwośka g. s. jest intoksykacją wspomnianymi białkami, które mają szczególne powinowactwo do stawów (*arthrotropia*), jest wyrazem istnienia stałego ogniska bakteryjnego, z którego stopniowo przechodzą do krwi produkty rozpadu białka. Za tem przemawia ustępowanie objawów g. s. po usunięciu migdałków(?). Okres ostry rozwija się po okresie inkubacji, w czasie którego po ustroju krąży parenteralnie wprowadzone białko i uczula organizm.

Assmann szuka przyczyn dla g. s. w niedomodze gruczołów dokrewnych. Obrzęki stawowe przypominają obrzęki Quinckego i innych stanów angioneurotycznych.

Działanie swoiste salicylu, uważane przez wielu jako bakterjodójce, tłumaczą zwolennicy teorii alergicznej właściwością kwasu będzwinowego i jego pochodnych narkotyzowania sfery czuciowej półkul mózgowych, osłabiania podrażnień czuciowych, wychodzących ze stawów. Aspiryna, atofan są narkotykami stawów.

Zasadniczo widzimy, że część badaczy, która szuka zarazka swoistego dla choroby gościcowej, w badaniach swoich nie może dotrzymać trzech kardynalnych warunków, postawionych jeszcze przez Kocha dla każdej choroby swoistej. Warunkami temi są: 1) Zarazek, znaleziony we wszystkich przypadkach danego zakażenia, musi być stale ten sam. 2) Zarazek ten nie może być znajdowany w innych chorobach, nawet o przebiegu i innych cechach podobnych. 3) Szczepienie hodowli swoistego zarazka wywołuje zmiany identyczne ze stwierdzonymi w klinice. Doświadczenia dotychczasowe dały nam prawie tyleż bakterji, co poszukiwaczy, a Schottmüller wydziela niektóre objawy g. s., jako wynikające z innych, jeszcze mniej znanych przyczyn. Rosenow znajduje raz *distreptococcus*, innym razem *streptococcus mitis*. Löwenstein i Ritter wracają do nastawienia Ponceta na gruźlicze pochodzenie zmian stawowych. Szczepienie nie dało jeszcze ani razu guzków A. T. mimo bardzo wielu podobnych zmian. G. s., jako choroba alergiczna, pozostaje nierozwikłany, gdyż nie znamy jego antygeny. W dzisiejszym stanie nauki utrzymuje swą rację aforyzm Bartelsa: Reumatyzm jest babką szatana w djagnostyce lekarskiej, najwierniejszym sojusznikiem gnuśności i niedołęstwa w słabości ludzkiej lekarzy. Pod jego płaszczykiem kryją się inne choroby przed obserwacją pacjenta i często także lekarza.

PIŚMIENNICTWO

Assmann. Wien. med. Woch. Nr. 6—1930. Chiari. Zieglers Btr. z. path. Anat. u. z. allg. Path. 19. Darré i Albot. Pr. Med. Nr. 60—1929. Idem Ann. d'anat. path. et d'anat. med. chir. 5—1929. Freund. Gelenkerkrankungen 1929. Graeff. D. med. Woch. Nr. 42—1928 i Nr. 15—1930. Gudzent. Gicht und Rheumatismus 1928. Hajek. Wien. med. Woch. Nr. 1—1929. Huguenin i Albot, Pr. med. Nr. 39—1930. Jaglc. Wien. med. Woch. Nr. 1—1930. Klinge. Klin. Woch. Nr. 13—1930 i Münch med. Woch. Nr. 31—1929, Leschke, Münch. med. Woch. Nr. 15—1930. Levaditi, Seibie i Schoen. Soc. d. Biol. 15. II. 1930. Ritter i Löwenstein. Wien. med. Woch. Nr. 20—1930. Schottmüller. Münch med. Woch. Nr. 11 i 12—1929. Schwenkenbauer i Eimer. Neue d. Klin. 1930. Singer. Med. Klin. Nr. 41—1925. Smal. Am. Journ. of med. Sc. Nr. 5—1928. Weintraud-Kraus u. Brugsch. Sp. Path. u. Ther. in. Kr.

Streszczenia pojedyncze i oceny książek

Biologia.

S. M. CEJTLIN i R. M. GOCMAN. Wpływ zmian osmotycznego ciśnienia krwi na barjerę ochronną układu nerwowego (*Med.-Biol. Żurn.* 2. 111929)

Zmiany w ciśnieniu osmotycznym krwi wywoływały autorzy zapomocą zastrzyknięć dożylnych hipertonicznego i hipotonicznego roztworu Ringera, względnie 30% roztworu cukru gronowego. Jako kryterjum zmian w odporności wału ochronnego układu nerwowego służyło autorom przechodzenie pewnych krystaloidów (jodku i żelazocjanku sodowego), koloidów (błękitu trypanowego, czerwieni kongo) i przeciwciał (naturalnych i odpornościowych hemolizyn).

Doświadczenia na kotach i królikach wykazały, że zarówno zwiększenie ciśnienia osmotycznego ($\Delta > 0,8$), jak i jego zmniejszenie ($\Delta < 0,45$) powoduje zmniejszenie odporności barjery ochronnej, objawiające się przechodzeniem kry-

staloidów, koloidów i hemolizyn do płynu mózgowordzeniowego. Zaobserwowano przytem pewną prawidłowość: najpierw zwiększa się przepuszczalność dla hemolizyn, potem dla krystaloidów, w końcu dla koloidów. Zmiany w odporności barjery ochronnej utrzymują się jeszcze przez pewien czas po powrocie ciśnienia osmotycznego krwi do normy.

Henryk Landau.

E. I. ŁOKSZYNA. Barjera ochronna układu nerwowego noworodków, matek zdrowych i zatrutych alkoholem. (*Med. — Biol. Żurn.* z. 2/1929).

Barjera ochronna wału nerwowego noworodka zmienia się z wiekiem niejednakowo w stosunku do rozmaitych ciał. A więc w stosunku do jodu zwiększa się odporność barjery w ósmym dniu, w stosunku do bizmutu w czternastym dniu po urodzeniu.

Krystaloidy, jak: rodanek i bromek sodu, przechodzą przez barjerę tak samo, jak u dorosłych królików. Co się

tyczy kołoidu czerwieni kongo, to nie udało się go prawie zupełnie wykazać w ośrodkowym układzie nerwowym.

Zatrucie matki alkoholem zmienia odporność barjery ochronnej. W stosunku do jodu odporność barjery noworodka zwiększa się: jod zupełnie nie przenika do ośrodkowego układu nerwowego lub tylko w nieznacznych śladach. Czerwień kongo w zatruciu matki alkoholem przenika w większości przypadków do tkanki nerwowej. Bizmut, należący do krystaloidów w przeważającej liczbie przypadków nie przenika przez barjerę. W stosunku do rodanku sodu odporność barjery nieco się zwiększa: ciało to przechodzi przez barjerę w nieznacznych śladach. Bromu nie udało się wykazać w ośrodkowym układzie nerwowym.

Henryk Landau

L. BROUHA i H. SIMONNET. O wpływie wyciągów jądrowych na samice narządy płciowe. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 19 — 1928.)

W związku z badaniem nad swoistością follikuliny i jej podziałem w ustroju zwierzęcym autorzy wykonali szereg badań nad wpływem wyciągów jądrowych na narządy płciowe samic (szczurów). Doświadczenia dotyczyły wpływów wyciągów jądrowych byka na przedwczesne ujawnienie się pochwowych oznak rui i na rozwój macicy zwierząt płciowo jeszcze niedojrzałych oraz na rozwój rui u samic kastrowanych. Doświadczenia wykonano na szczurach. Wynika z nich, że rozpyszalne w tłuszczach wyciągi jądrowe są w stanie spowodować przedwczesne ujawnienie się dojrzałości płciowej u niedojrzałych samic (szczurów), a także doprowadzić do prawidłowych okresów rui u samic dorosłych, pozbawionych uprzednio rui przez kastrację.

Z tego punktu widzenia omawiane wyciągi zachowują się, jak wyciągi płynu pęcherzykowego jajników.

J. Typograf.

R. COURRIER i R. MASSE. O stosunku hormonu pęcherzykowego do hormonu luteinowego. (Cmpt. rend. de la soc. de Biol. Nr. 22, 1928.)

Wiadomo, że cykl jajnikowy składa się z dwóch następujących po sobie okresów: pęcherzykowego i luteinowego. W przebiegu każdego z nich jajnik przejawia drogą humoralną zespół odczynów swoistych w narządach płciowych. Follikulinie przypisuje się zmiany okresu pierwszego, hormon zaś luteinowy powoduje zmiany w okresie drugim.

Nasuwa się na ten temat bardzo ważne pytanie w endokrynologii jajnikowej; czy hormony pęcherzykowy i luteinowy są odmienne, czy też należy je uważać za identyczne i przedstawiający jedyny żeński hormon płciowy. Dotychczasowe teoretyczne poglądy w tej sprawie są rozbieżne, a badania doświadczalne nie były w stanie rozstrzygnąć tego zagadnienia.

Jeżeli follikulina jest identyczną z hormonem luteinowym, to powinna być w stanie go zastąpić. Prace Frankla i Niskoubjina wykazały ważną rolę, jaką odgrywa u królika ciałko żółte podczas zagnieżdżenia się jaja. Jeżeli się usunie jajnik lub nawet tylko zniszczy się ciałko żółte przed siódmym dniem od chwili stosunku płciowego, wówczas zagnieżdżenie jaja nie może dojść do skutku. Czy follikulina jest więc w stanie zastąpić ciałko żółte w tej jego czynności? W warunkach zwykłych zagnieżdżenie jaja następuje po 7 dniach, a na 11 dzień zarodek ma już 6 mm. wielkości i można go z łatwością znaleźć.

Autorzy wykonali następujące doświadczenia: Królikowi (oczywiście samicy) usuwa się w 5 dni po zapłodnieniu jajnik, a następnie wstrzykuje się dwa razy dziennie hormon pęcherzykowy. Okazuje się, że follikulina nie jest w tych warunkach w stanie zastąpić nieobecnego hormonu luteino-

wego, i zagnieżdżenie jaja oraz jego rozwój nie dochodzą do skutku.

Jak wykazują badania histologiczne narządów płciowych samic króliczych follikulina nie tylko nie może doprowadzić do takiego rozwoju śluzówki macicznej, jaki powoduje ciałko żółte, a który jest niezbędnie potrzebny do zagnieżdżenia się jaja, ale nie może nawet utrzymać nadal w stanie rozwoju śluzówki, już rozwiniętej pod wpływem uprzedniego działania hormonu luteinowego.

Doświadczenia te przemawiają za odmiennością istoty hormonu pęcherzykowego i luteinowego.

J. Typograf.

G. COTTE i G. PALLOT. O stosunku insuliny do owulacji. (Cmpt. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 19/1928.)

Wpływ insuliny na czynność jajników jest znany dopiero od niedawna. W doświadczeniach na zwierzętach udawało się przy pomocy wstrzykiwań insuliny osiągnąć czasową sterylizację. W klinice zaś spostrzegano, że u kobiet z prawidłowymi periodami wstrzykiwania insuliny powodowały zmniejszenie obfitości perjodów oraz skrócenie czasu trwania. Tę właściwość insuliny wykorzystywano nawet dla leczenia krwawień macicznych pochodzenia jajnikowego.

Dla dokładnego zbadania fizjologicznego mechanizmu działania insuliny na jajniki autorzy badali na szczurach wpływ insulinoterapii na owulację. Okazuje się, że pod wpływem wstrzykiwań insuliny regularnie uprzednio występujące okresy rui zenikają, i błona pochwowa przechodzi w stan spoczynku. Zaniechanie wstrzykiwań insuliny doprowadza znowu do normalnej czynności jajników, przejawiającej się pod postacią swoistych cech rozmazu wydzieliny pochwowej.

Badania histologiczne wykazują, że śluzówka maciczna znajduje się w stanie zupełnego spokoju. W jajnikach nie znajdowano dojrzałych pęcherzyków oraz stwierdzono objawy wyrodnienia.

Z doświadczeń tych wynika z całą pewnością, że insulina wywiera wpływ hamujący na czynność jajnika.

J. Typograf.

Radjologia.

∞ BRENZINGER M., JANITZKY A., WILHELMY E. *Allgemeine Grundlagen. Physik und Technik des Roentgenverfahrens.* Stronic 237, rycin 275. Nakładem G. Thieme. Lipsk 1930.

Jako tom XIV „Radiologische Praktika“ wyszła praca wymienionych autorów z przedmową prof. F. Dessauera. Książka składa się z trzech części.

Część pierwsza, opracowana przez E. Wilhelmyego, dotyczy podstawowych pojęć o prądzie elektrycznym oraz strony fizycznej promieni Roentgena.

Część druga (M. Bretzinger) podaje całokształt aparatury rentgenowskiej, poczynając od najstarszej (cewkowej) i kończąc na zupełnie nowoczesnej (wentylówkowej).

Część trzecia (A. Janitzky) obejmuje opis wszelkiego rodzaju lamp rentgenowskich.

W końcu każdej części szczegółowy wykaz odpowiedniej literatury.

B. Kryński.

M. ODIN, G. RUNSTRMÖ i A. LINDBLÖM. Oleje jodowe jako środek pomocniczy w rozpoznawaniu schorzeń rdzenia oraz przyczynek do poznania umiejscowienia zlepnego zapalenia opon. (Acta radiologica. Suppl. VII).

W myelografii posługiwano się dotychczas małymi ilościami oleju jodowego, a wskutek tego obraz przestrzeni podpajęczynówkowej był niekompletny i rozmaite sprawy chorobowe mogły być przeoczone.

Autorowie zaczęli zastrzykiwać więcej oleju, żeby otrzymać obrazy całkowite. Oleje jodowe, dotychczas będące w użyciu, wywołują znaczne objawy uboczne, (stany zapalne opon), studjowane przez autorów tak u ludzi, jak też i na zwierzętach doświadczalnych. Wobec tego autorowie zaczęli się posługiwać olejami własnego wyrobu, wstrzykując od 5—10 cm³ oleju drogą nakłucia lędźwiowego. Układając chorożego w rozmaitych pozycjach, można otrzymać zdjęcia przestrzeni podpajęczynówkowej przedniej i tylnej i to na całej długości rdzenia.

Podczas gdy przedtem zwracano uwagę na przeszkody w przejściu oleju jodowego, autorowie poszukują głównie ubytków cieniowych i z nich wyciągają swe wnioski rozpoznawcze, których przedmiotem są zmiany nawet bardzo nieznaczne i okresy początkowe cierpienia.

Opierając się na 24 przypadkach własnej obserwacji, autorowie opisują obrazy zmian zapalnych opon, stanów porazowych oraz nowotworów wewnątrz- i zewnątrz-rdzeniowych.

Wobec tego, że badanie powyższe nie jest zabiegiem obojętnym dla chorego, należy posługiwać się niem w tych przypadkach, gdzie zwykle metody są niewystarczające.

Według autorów umiejscowione zmiany zapalne opon są zjawiskiem pospolicie nietylko w sąsiedztwie zgrubienia szyjnego, ale także na poziomie zgrubienia lędźwiowego. W tem ostatniem umiejscowieniu przebiegają one pod obrazem klinicznym „rwy kulzowej“, jak to wynika z przypadków, przestrzeganych przez autorów.

Z a w a d o w s k i.

KREBS Karol. Wpływ napromieniań rentgenowskich na stosunek nowotworu złośliwego do organizmu osobnika, dotkniętego tem cierpieniem. (Acta radiologica, suppl. VIII).

Autor porusza zagadnienia, dotyczące punktu zaczeplenia wpływu promieni X na nowotwór (komórka nowotworowa, czy też podścielisko), omawia rozbieżne wyniki napromieniań operacyjnych w raku piersi, wykonywanych dawkami rozmaitej wielkości i intensywności i stawia sobie następujące pytania, które zamierza studjować doświadczalnie:

1) Jak wielka dawka promieni X potrzebna jest do zniszczenia komórki rakowej?

2) Czy można wykazać jakikolwiek wpływ dawek mniejszych na komórkę rakową, dawek, które nie powodują bezpośredniego obumarcia tej komórki?

3) Czy odporność organizmu na wszczepioną tkankę rakową daje się zmniejszyć lub zwiększyć za pomocą miejscowego napromieniania?

Doświadczenia były wykonywane na myszach, zaś guzy złośliwe, któremi eksperymentował autor, miały utkanie raka i mięsaka.

Naświetlając guzy te promieniami X, autor dochodzi do wniosku, że bezpośredni wpływ niszczący na tkankę nowotworową wywierają dawki większe, niż 6 J. D. S. (jednostkowych dawek skórnych). Raki i mięsaki okazały się jednakowo wrażliwe, a także nie było różnicy pomiędzy naświetlaniami guza w miejscu wzrostu lub też po wycięciu, *in vitro*.

Dawki mniejsze czynią wzrost nowotworu mniej energicznym, okres utajenia guza staje się pod ich wpływem dłuższy, zaś wzrost powolniejszy.

Studjując wpływ napromieniania miejsca przyszłego wszczepienia nowotworu, autor stwierdza, że:

1) wpływ napromieniania tego wyraża się nieduwznanie zmniejszeniem energii wzrostu wszczepionego raka, mniejszą liczbą przeszczepień udatnych oraz przedłużeniem życia zwierząt;

2) wpływ ten jest najintensywniejszy, jeżeli wszczepia się raka śródskórnie. Jeśli szczepi się podskórnie, jest mniej

silny, daje się jednakże stwierdzić wyraźnie, ponad wszelką wątpliwość;

3) napromienianie pewnej okolicy nie wpływa na wszczepienie nowotworu w innym miejscu.

Wpływ napromieniań miejsca wszczepienia był w stosunku do mięsaka znacznie słabszy i wyrażał się tylko nieznacznym zwolnieniem wzrostu.

Z a w a d o w s k i.

J. JUUL. Badania doświadczalne w zakresie napromieniań rentgenowskich guzów złośliwych. (Acta radiologica. 1929. Supp. IX).

Autor, opierając się na badaniach K r e b s a nad wpływem promieni X na nowotwory, stawia sobie następujące pytania, które zamierza opracować doświadczalnie na zwierzętach:

1. Jakie wyniki lecznicze dają dawki rozmaitej wielkości, stosowane miejscowo na nowotwór?

2. Jakie działanie ma ogólne naświetlenie zwierzęcia?

3. Jaka różnica zachodzi w działaniu, jeśli dawkę całą podamy na raz, względnie, jeśli ją podzielimy na części, stosowane w pewnych odstępach czasu?

4. Jeśli damy w dwu szeregach doświadczeń dawki, które jednakowo wpływają na skórę, lecz raz zastosujemy je jednorazowo w postaci dawek intensywnych, zaś drugim razem podzielimy na szereg dawek mniejszych, który z dwu sposobów będzie skuteczniejszy?

5. Jeśli działanie na skórę będzie to samo, czy metoda nasycenia K i n g e r y e g o i P f a h l e r a, polegająca na zastosowaniu jednej dawki większej i uzupełnianiu jej wpływem szeregiem mniejszych dawek, okaże się skuteczniejsza, niż inne metody?

Pytania te poruszają najważniejsze i najżywotniejsze obecnie problemy radjoterapii. Rozstrzygnięcie ich ma przeżyć pomiędzy szkołą niemiecką, która zaleca jednorazowo dawki intensywne, a szkołą francuską, stosującą oddawna dawki, podzielone na szereg seansów, rozłożonych na pewien okres czasu, wahający się około 2 tygodni, a także ocenić wartości t. zw. metody nasycenia K i n g e r y e g o, którą P f a h l e r z zastosował w terapii głębokiej i przedstawił w r. 1925 na kongresie londyńskim.

Na podstawie bardzo licznych doświadczeń na myszach, którym wszczepiał raka i mięsaka (nowotwory otrzymane przez K r e b s a), autor wykazuje że nowotwory, wszczepiane tym zwierzętom, ulegają wpływowi promieni X tem silniej, im większa jest dawka, aż do wielkości dawki, równającej się podwójnej dawce epilacyjnej. W tym wypadku tkanki zdrowe, otaczające nowotwór, ulegają już poważnym uszkodzeniom. Nie wydaje się prawdopodobnem, aby dawki takie były w stanie zmniejszyć ogólną odporność ustroju na nowotwory przez obniżenie miejscowej odporności tkanki w okolicy napromienianej.

W związku z drugim pytaniem doświadczenia autora nie wykazały jakiegokolwiek korzystnego działania przeciwnowotworowego naświetleń ogólnych zwierzęcia. Niekiedy dawalo się stwierdzić nawet działanie ujemne.

Pytanie trzecie, czwarte i piąte było już wielokrotnie opracowywane, głównie przez autorów francuskich i angielskich, zaś wyniki doświadczeń przemawiały za skuteczniejszym wpływem dawek, rozłożonych na pewien okres czasu.

Z doświadczeń własnych autora wynika, że nowotwory myszy sumują otrzymane dawki częściowe w ten sposób, jak komórki, będące w stanie życia utajonego (np. suche nasiona roślin), oraz, że dawki rozłożone nadają się lepiej do leczenia nowotworu, gdyż bardziej oszczędzają tkankę otaczającą, co pozwala znacznie zwiększyć dawkę całkowitą. Pochodzi to stąd, że tkanka zdrowa, otaczająca guz, odzyskuje

prędzej i kompletniej swój stan odporności na promienie, niż nowotwór.

Szczególnie korzystnie ocenia autor na podstawie wyniku doświadczeń swych metodę nasycenia Kingeryego i Pfaflera i twierdzi, że wyniki jej w nowotworach myszy przewyższają wszystkie inne sposoby rozkładu dawek.

Zawadowski

A. KIRCH. O występowaniu ciemnego moczu u ludzi z zapaleniem skóry wskutek naświetlań. (Wien. kl. Woch. Nr. 18, 1930 r.).

U chorych, którzy podlegali naświetlaniom, często mocz bywa ciemny. Badanie chemiczne moczu wykazuje zwiększenie się ilości urobilinogenu, choć przed naświetlaniem była ona normalna. Autor uważa tę urobilinurję za wyraz uszkodzenia miąższu wątrobowego przez trujące produkty rozpadu, powstające po oparzeniu. Plejochromiczna urobilinurja wskutek wzmożonego rozpadu uszkodzonych czerwonych ciałek krwi wydaje mu się mniej prawdopodobna.

Henryk Landau.

Gruźlica.

L. PERRIN. O uwapnieniu ustroju zapomocą chlorku wapnia. (Paris Méd. Nr. 52|1919).

Autor podkreśla znaczenie soli wapnia dla ustroju, dotkniętego gruźlicą. Za najodpowiedniejszy preparat dla rekalcyfikacji ustroju uważa chlorek wapnia, dzięki temu, że można go podawać w stanie zjonizowanym.

Henryk Landau.

M. STERN. O wpływie zwiększonego dowozu wapnia na bezsilność chorych z gruźlicą płuc. (Wien. kl. Woch. Nr. 16/1930.)

Jako metody badania stopnia osłabienia mięśniowego używa autor badania ostrości wzroku, która ulega upośledzeniu wskutek ogólnego zmęczenia, powodującego również zmęczenie aparatu akomodacyjnego, mianowicie mierzy on czas, w ciągu którego badany osobnik może jaknajbardziej napinać mięśnie przystosowania (akomodacji), czytając z pewnej odległości bardzo drobny druk.

Po podawaniu preparatów wapnia zdolności akomodacyjne zwiększają się, jako wyraz ustępowania zmęczenia. Najlepsze wyniki osiągnano przez stosowanie kalzanu, gorsze mleczanu wapnia, najgorsze chlorku wapnia.

Henryk Landau.

C. LEWADITI. Badania doświadczalne nad wapnieniem zmian gruźliczych pod wpływem naświetlanego ergosterolu. (Bull. de l'Acad. de Méd. z. 3, t. C. III).

Naświetlany ergosterol, podawany doustnie zwierzętom (królikom), nosicielem zmian gruźliczych o powolnym rozwoju i o pewnej skłonności do samowyleczenia, zwiększa w znacznym stopniu wapnienie tych zmian.

Wapnienie gruzelków jest skutkiem zmian w gospodarce wapniowej, mających swą siedzibę w cytoplazmie elementów komórkowych, zawierających prątki, a biorących udział w tworzeniu gruzelków: monocytów, komórek nabłonkowych i obrzymich.

Złogi wapnia w martwiczych i zserowaciałych ogniskach gruźliczych powstają ze zlania się złogów wapniowych wewnątrzkomórkowych. Wynika z tego tworzenie się prawdziwych torebek mineralnych, zawierających tkankę nekrobiotyczną i prątki Kocha, naogół zniekształcone i źle barwiące się.

Jest prawdopodobne, że tworzenie się takich torebek wapniowych stanowi przeszkodę w szerzeniu się zakażenia bakteryjnego na otaczające tkanki.

Henryk Landau.

W. WESTERGAARD. Krytyczne badania statystyczne nad szczepieniami BCG. (Pr. Méd. Nr. 34/1930).

W szkole pielęgniarek przy szpitalu Ullewaal w Oslo każda pielęgniarka jest badana raz na miesiąc, przyczem przy każdym badaniu jest robiona próba Pirqueta. Z 9483 tego rodzaju obserwacji z dodatnią próbą Pirqueta stwierdzono w 8 przypadkach zachorowanie na gruźlicę, z 1737 obserwacji z ujemną próbą, szczepionych zapomocą BCG — 3 zachorowania, z 6694 z ujemną próbą Pirqueta nieszczepionych — 67 przypadków gruźlicy.

Henryk Landau.

Choroby narządów trawienia

HENNIGS. Doświadczenia z surowicą antytoksyyczną prątka okrężnicy w ropnych zapaleniach otrzewny. (Med. Klin. № 23. 1929).

Leczenie ropnych rozlanych zapaleń otrzewny z powodu przedziurawienia wyrostka robaczkowego polegało dotychczas na otwarciu brzucha, wypuszczeniu ropy, usunięciu wyrostka i założeniu sączków. Starano się też jaknajprędzej wywołać wypróżnienie oraz podtrzymać akcję serca. Że to leczenie okazało się niedostateczne, świadczy zastraszająca wprost śmiertelność, która sięga prawie 90%. Zwykle chory z rozlanym zapaleniem otrzewny uważany jest prawie za straconego. Pomimo otwarcia brzucha, wypuszczenia ropy, pomimo usunięcia wyrostka, jako źródła zakażenia, pomimo wypróżnień — śmierć następowała po 2 — 5 — 10, a nawet i 20 dniach po zabiegu.

Chory z ropnym rozlanym zapaleniem otrzewny przedstawia typowy obraz zatrucia jadami drobnoustrojów. Przytomny do ostatniej chwili, niespokojny, rzuca się w łóżku, tętno 140, małe, oczy zapadnięte, nos zaostrowany i zimny, język suchy, oddech przyśpieszony i powierzchowny oraz zimne kończyny. Doświadczenia z jadami prątka okrężnicy na zwierzętach dały identyczny obraz, jak w ropnych zapaleniach otrzewny. Wobec tego powstała myśl leczenia objawów takiego zatrucia surowicą antytoksyyczną prątka okrężnicy. Katsenstaen miał tak zachęcające wyniki, że należałoby tę metodę wypróbować. Chorzy z rozlanym zapaleniem otrzewny, którzy przybywali na oddział w stanie prawie beznadziejnym po operacji i zastosowaniu surowicy wykazywali już nazajutrz wybitne polepszenie stanu ogólnego i w krótkim czasie powracali do zdrowia. Najprawdopodobniej bez zastosowania surowicy choroba przyjęłaby obrót niepomysłny.

P. Rajman

G. DESGEORGES. Kamica żółciowa i kolibacilloza (Arch. des Mal. de l'App. Dig. et des Mal. de la Nutr. t. XIX, № 9).

Kolibacilloza jest sprawą bardzo częstą, choć rzadko rozpoznawaną, gdyż posiewy ze krwi wypadają dodatnio tylko wtedy, gdy we krwi krąży dużo bakterij, lub gdy są one dość zjadliwe. Do powstawania kolibacillozy przyczyniają się wszystkie stany, prowadzące do uszkodzenia śluzówki jelit lub zwiększenia się zjadliwości bakterij, a więc: zastój kału, pasorzyty jelitowe, opadnięcie trzew, zrosty, przewlekłe zapalenia wyrostka robaczkowego, ciąża (wskutek zastojów kału), zewnętrzne zakażenia pokarmowe i t. p. Bakterje przechodzą przez śluzówkę jelit przeważnie na wysokości kątnicy i okrężnicy wstępującej i przenikają nie do rozgałęzień żyły wrotnej, lecz przez naczynia chłonne i przewod piersiowy do dużego krwiobiegu. Bakterje te (prątek okrężnicy oraz *enterococcus*) tylko wtedy dają obraz posocznicy, gdy są bardzo zjadliwe; bywa to jednak rzadko. Zwykle przebywają one we krwi krótko, a te z nich, które unikną sfagocytowania, wydalają się przez nerki i wątrobę. Stąd częstość zakażeń dróg moczowych

i żółciowych prątkiem okrężnicy. Dlatego też nie należy lekko traktować stwierdzonej bakterjurji, choćby posiew ze krwi wypadł ujemnie. W tych przypadkach należy też przypuszczać współistnienie bakterjocholji. Bakterjuria masowa zależy od zakażenia dróg moczowych, dyskretna i przemijająca od przedostawania się bakterji do krwi i ich wydalania z moczem. Tej dyskretniej bakterjurji towarzyszy zwiększenie się zawartości cholesteryny we krwi, takie, z jakim spotykamy się w kamicy żółciowej. Z 70 osób, u których istniały objawy autointoksykacji jelitowej, znalazł autor u 62 hipercholesterynię. Ta hipercholesterynię wraz z wydalaniem się z żółcią bakterji mogących wywołać zapalenie pęcherzyka żółciowego, stwarza warunki do powstania kamicy. Za takim pochodzeniem kamicy żółciowej przemawia jej częstość, przeważne występowanie u kobiet (u których też przeważnie spotyka się zakażenie prątkiem okrężnicy), sprzyjające działanie ciąży przez zastój kału, częste stwierdzanie prątków duru brzuszego, a zwłaszcza okrężnicy w żółci chorych na kamicy oraz prątków okrężnicy w ich moczu. Odwrotnie, większość (93, 4%) osób, w których moczu znaleziono prątki okrężnicy, cierpi na zapalenie pęcherzyka żółciowego i kamicy żółciową. Pojęcie bakterjemji z jelitowym punktem wyjścia wyjaśnia więc zupełnie całokształt obrazu kamicy żółciowej.

Henryk Landau.

R. HILGERMANN i W. POHL. O zakażeniu bakteryjnym jako przyczynie zapalenia wyrostka robaczkowego. (D. m. W. 1929 № 28).

Autorzy stoją na stanowisku, że zapalenie wyrostka robaczkowego wywołane jest przez drobnoustroje, w ciężkich przypadkach ropotwórcze, na dowód czego przytaczają epidemiczne występowanie *appendicitidis*, opisywane ostatnio przez niemieckich i francuskich autorów. Rozbieżność wyników badań bakterjologicznych tłumaczy różną przyczyną zakażenia, zależnego od spotykanej w danej okolicy panującej flory bakteryjnej. Autorzy przytaczają 300 własnych przypadków *appendicitidis foudroyant* i 20 *peritonitidis diffusae* z okręgu Deutsch-Krone. Przyczem spotykali następujące bakterje, ułożone wg. częstości występowania w czystej hodowli lub wraz z pozostałymi: *pneumococci*, *streptococci*, *b. diphteriae*, *staphylococci*, *b. Plaut-Vincenti* i krętki. Żadnego znaczenia nie przypisują oni *bact. coll.* jako normalnej flory, gdyż zawsze spotykali conajmniej jeden z wyżej wymienionych obcych jelitom chorobotwórczych szczepów. Badając stosunek do anginy, znaleźli prawie stałą zgodność flory gardzieli i chorego wyrostka, a więc w zapaleniu wyrostka idzie o przerzut z ogniska pierwotnego w gardzieli. Trudno narazie mówić o rozstrzygnięciu drogi zakażenia (jelitowej czy dokrewnej), choć w dużym odsetku stwierdzono bakterjologicznie bakterjemję, której jednak pierwotnego charakteru nie ustalono. Oprócz wyjątkowo złośliwego zakażenia grają rolę w zapaleniu wyrostka inne czynniki (mechaniczne, konstytucyjne), objęte pojęciem usposobienia.

Edward Luxenburg.

Wskazówki praktyczne.

H. Januschke poleca przetwór „Vithormon” jako środek bardzo skuteczny w rozmaitych postaciach *miążdżyc naczyń krwionośnych*. Poza tem przetwór ten ma działać dobrze w dychawicy oskrzelowej oraz w stanach hiper- i hipotonicznych. Zasluguje też na uwagę jego ogólne działanie wzmacniające. (W. m. W. 1930, Nr. 24).

— o —

Emetinum hydrochloricum z powodzeniem stosują Nubert i Branisteanu w *ropieniach płucnych* nieamebowego pochodzenia. Dawka codzienna 0,02 w postaci zastrzyknięcia podskórnego usuwa szybko nieprzyjemny odór i poprawia wykrztuszanie oraz stan ogólny. (Presse méd. 1930, Nr. 9).

— o —

Krwawienia z żyłaków przelyku leczy K. Westphal za pomocą wprowadzania do przelyku *złębniaka Gottsteina* wypełnionego 80 ctm.³ wody. Złębniak pozostaje w przelyku 24—30 godzin. (D. m. W. 1930, Nr. 27).

— o —

Hinsberg i Weise podają dobre wyniki *leczenia ropnego zapalenia opon mózgowych urotropiną*. Dorosłym zastrzykuje się dożylnie 3 razy na dobę po 10 ctm.³ 40% roztworu. Leczenie to stosuje się aż do ustąpienia objawów, czasem nawet w ciągu kilku tygodni. Wrazie wystąpienia objawów podrażnienia dróg moczowych — przerwa w leczeniu. Ognisko pierwotne, rzecz prosta, należy usunąć. (Ther. Gegenw. 1930, Z. 5).

— o —

Saphra powraca do dawnego sposobu leczenia *krztusca chininą*, która przypadki świeże przerywa w ciągu kilku dni, a w starych przynosi ulgę i skracą przebieg choroby. Dawka dzienna: 1 cg. na miesiąc życia, 1 dg. na rok życia w 2—4 porcjach. Dogodną formę stosowania stanowi czekolada chininowa (fabr. Zimmer et Co.). (Ther. Gegenw. 1930, Z. 6).

— o —

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 1 kwietnia 1930 r.

Początek o godzinie 8 punktualnie; obecnych członków Towarzystwa 46, wprowadzonych gości 70.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 18 marca r. b. przyjęto bez zmian.

2. Kolega Dębicki przedstawił dwa przypadki nowotworu pęcherzyka żółciowego z przerzutami do poprzecznicy (streszcz. wł.).

Przypadki, omawiane dotyczą schorzenia pęcherzyka, względnie rzadko spotykanego. Są one ciekawe zarówno w swym przebiegu klinicznym jak też w obrazie anatomo-patologicznym.

1. Pierwszy dotyczy kobiety lat 63, która przybyła na I-szy

oddział chirurgiczny Szpitala Przemienienia Pańskiego (p. D-ra B. Jakimiaska) w dniu 14 stycznia 1930 r. Przed miesiącem leżała na sali wewnętrznej z objawami kolki pęcherzykowej. Na zabieg wówczas nie zgodziła się. Przed trzema dniami dostała wymiotów kałowych i dużych bólów. Od czasu pobytu na sali wewnętrznej zauważyła, że wypróżnienia sfawaly się coraz rzadsze. Zaczęła chudnąć, tracić siły i apetyt.

Przy badaniu stwierdziliśmy w dniu przybycia chorej do szpitala objawy niedrożności i obecność guza w śródbrzuszu po stronie prawej. Przy żywszej perystaltyce jelirowej guz zniżał. Po zastosowaniu lałatywy — wypróżnienie.

Stan ogólny niezły utrzymywał się przez sześć dni. W siódmym dniu pobytu objawy niedrożności wystąpił ponownie znacznie wyraźniej. Stan ogólny chorej pogorszył się. Lałatywa nie dała rezultatu.

Natychmiast przystąpiono do zabiegu. W znieczuleniu miejscowym otwarto jamę brzuszną cięciem pośrodkowym. Stwierdziliśmy wzdęcie jelit cienkich, kątnicy, wstępnicy i części poprzeczniczy do poziomu zetknięcia się jej z guzem. Guz wychodził z woreczka żółciowego, pozostawał w łączności z odźwiernikiem żołądka, dawał zupełnie zamknięcie światła poprzeczniczy. Na dotyk twardy, czynił wrażenie obecności w nim kamienia. Dalsze części okrężnicy wiotkie.

Wobec ciężkiego stanu chorej ograniczyliśmy się do założenia odbytu sztucznego na kątnicy w okolicy prawego dolnego kwadrantu.

Pomimo wyłączenia przeszkody stan chorej pogarszał się z dnia na dzień. (Wyniszczenie, obrzęki, brak apetytu). Chora zmarła dnia 26 lutego 1930 roku.

Na sekcji (p. Dr. Dąbrowska) stwierdzono *cholecystitis calculosa chronica in carcinoma vertans od colon transversum et hepatis progrediens, subsequente stenosi coli jeat pylori. Pericholecystitis adhaesiva. Carcinomatosis peritonei.* (Inne zmiany pominięto).

Badanie mikroskopowe wykazało utkanie charakterystyczne dla gruczolako-raka o bardzo silnie barwiących się jądrach. Nasuwały się tu duże trudności w określeniu punktu wyjścia; poprzecznicza, czy woreczek.

II Drugi przypadek dotyczy kobiety lat 69, która przybyła na oddział w dniu 7 marca b. r. ze skargami na stałe wymioty, występujące w kilkanaście godzin po jedzeniu. Zauważała też od paru miesięcy w nadbrzuszu guz wielkości mandarynki. Przed rokiem miała dolegliwości żołądkowe, brak apetytu, odbijania, czasem nudności. Żółtaczkę ani napadów kolki nie miała. Była badana wówczas na oddziale wewnętrznym. Zmian organicznych wtedy nie wykryto. Obecnie przy badaniu stwierdziliśmy w nadbrzuszu nieco w prawo od linii środkowej guz wielkości dużej mandarynki, dość znacznej spistości, niebolesny, przesuwalny na boki i ku górze. Pluskanie żołądkowe (Pomijam inne szczegóły).

10 marca 1930 r. w znieczuleniu miejscowym otwarto jamę brzuszną w nadbrzuszu z cięcia pośrodkowego. Stwierdzono guz, wychodzący z pęcherzyka żółciowego, całkowicie przykrywający odźwiernik, w zrostach z nim i z siecią dalej przerastający ścianę poprzeczniczy. Wątroba dookoła guza czyni wrażenie zmienionej bliznowato. Guz pęcherzyka wydzielono na ostro od strony łożyska wątrobianego, przecięto przewód pęcherzykowy, sprawdzono drożność przewodu wspólnego. Następnie wprowadziliśmy zgłębnik do światła pęcherzyka i ku zdumieniu znaleźliśmy łączność jego ze światłem poprzeczniczy. To miejsce przejścia rezekowano klinowo, zaszywając następnie ścianę jelita dwupiętrowym szwem. W świetle pęcherzyka znaleźliśmy parę kamieni.

Badanie mikroskopowe wykazało utkanie charakterystyczne dla gruczolako-raka z przejściem na poprzecznicę.

Chiray i Pavel w swej monografii „La vesicule biliaire“ cytują statystykę Kaufmanna, sekcijną, według której raki pęcherzyka stanowią 5% ogólnej sumy raków innych trzew, Heller w dziele „Die Chirurgie“ podaje cyfrę niższą (3,5%). Jeżeli chodzi o odsetek raka u chorych „żółciowych“, to cyfry wykazują tu bardzo duże wahania Mayo-Riedel, Moynihan określają na 5,7%, Mac Carty (1918) 0,5%, a ostatnio Baumgartner na 0,3%. Obecność kamieni w pęcherzyku ze zmianami nowotworowymi Futter i Habersfeld stwierdzili w 70%, Courvoisier w 91%, Janowski w 100%, wzmiankowany autor amerykański również w 100%. Statystyka zasługuje na uwagę ze względu na liczbę przypadków (4.575 zbadanych pęcherzyków, usuniętych operacyjnie).

Autor ten uważa za najczęstszą postać nowotworu: raki zwykłe, potem gruczolako-raki, nabłonniaki o typie kom. luskowatych, brodawczako-raki, a rzadko bardzo mięsaki. Najczęstszym punktem wyjścia bywa dno pęcherzyka, w którym normalnie brak utkania gruczolowego.

Klinicznie stara się dzielić na trzy grupy: 1) o łagodnym przebiegu schorzenia dróg żółciowych,

2) długotrwały okres kolek z krótkotrwałym końcowym brakiem apetytu, spadkiem na wadze i stałymi bólami,

3) krótkotrwałe napady kolki z równoczesnym spadkiem wagi, brakiem apetytu i stałymi bólami.

3. Kol. J. W. Grott przedstawił pracę wspólną z kolegami Fr. Kowalskim, Wl. Maratem, St. Sawickim i St. Windyga p. t. „Badania nad regulacją cukru we krwi pod wpływem wysiłku“. (Streszczenia własne).

Autorzy przeprowadzili badania nad zachowaniem się cukru we krwi, pobranej z palca i z żyły u 50 zawodników przed i po biegach od 100 do 3.000 m. Z tego u 21 osobników zbadano dodatkowo cukier we krwi zarówno tętnicznej, jak żyłnej jeszcze w 10 i 20 minut, licząc od chwili dojścia do mety.

Na podstawie powyższych badań autorzy dochodzą do następujących wniosków:

1) Wrazie zapotrzebowania energii mięśnie przetwarzają na miejscu swój glikogen na cukier i zasilają nim krew żylną.

2) Kontrola sposobu regulowania poziomu cukru we krwi pod wpływem wysiłku udaje się tylko wtedy, gdy się bada jednocześnie przed oraz przez pewien czas po pracy cukier krwi żyłnej i tętnicznej.

3) Poziom cukru we krwi żyłnej, badany po wysiłku, zależy od dopływu cukru z magazynu zarówno wątrobianego (centralnego), jak i obwodowego, oraz od stopnia zapotrzebowania go przez tkanki w następstwie wykonywanej pracy.

4) Po krótkotrwałym wysiłku (np. 100 mtr.) bardzo często występuje obniżenie się poziomu cukru we krwi, a w miarę dłuższego trwania tegoż w biegach do 3.000 mtr. wybitnie wzrasta odsetek osobników, wykazujących przyrost cukru we krwi.

5) Dobry stan fizyczny oraz trening ułatwiają ustrojowi szybsze przystosowanie się do wzmożonego zapotrzebowania energii oraz ułatwiają utrzymanie glikemji na normalnym lub nawet wyższym poziomie zarówno we krwi żyłnej, jak w tętnicznej.

6) Określanie cukru we krwi żyłnej i tętnicznej przed i przez pewien czas po wysiłku może być cennym miernikiem sprawności fizycznej.

Dyskusja.

Kolega Wierzychowski. Badania kol. Grotta są rzeczywiście wyczerpujące odnośnie do cukru we krwi podczas pracy mięśniowej. Materiał jest bardzo obszerny i pozwala na zestawienie danych statystycznych, które w takich razach mogą rozstrzygać. Mówca zwraca uwagę na to, iż osobniki badane były niejednakowo przygotowane, co, zresztą, wynika z samego materiału, jakim mógł rozporządzać prelegent. Trudno tutaj winić eksperymentatora; mówca zwraca uwagę na trudność tego rodzaju badań. Przygotowanie badanych było bardzo nierównomierne; spotykamy się tu z cyframi cukru naczcho bardzo wysokimi, a przedewszystkiem ze zdumiewająco niskimi (51, 42 mgr. %). U osobnika prawidłowego takie cyfry są czemś niezwykłym. Przy tak różnorodnym materiale doświadczalnym poprzedzająca dieta mogła być nadzwyczajnie różna, jedni przed zawodami, zapewne zależnie od przesądów, głodzili się, inni może przekarmiali i t. d.; eksperymentator ponosi skutki tego, bo trudno takiego zawodnika karmić przez długie tygodnie, żeby doprowadzić go do stanu wzorowego. Nadzwyczaj ciekawe krzywe cukru we krwi, przedstawione przez kol. Grotta, bardzo kompletne, stwierdzają jeszcze raz, jak niezwykle różnorodny musi być mechanizm, który kieruje przemianą węglowodanową materji. Niekoniecznie przecurczenie tętnicze może pochodzić z wątroby. Może pochodzić z mięśni. Z badań nad kwasem mlekowym wynika, że to, co jest produkowane w jednych mięśniach, jest przetwarzane w innych. To samo może być z cukrem. Co do wytlumaczenia większej ilości cukru we krwi żyłnej, to byłoby rzeczą ciekawą stwierdzić, czy nie pochodzi to od zagęszczenia krwi żyłnej. Osobniki w warunkach omawianych pocą się; należałoby zbadać ilość hemoglobiny krwi żyłnej i tętnicznej i stwierdzić, czy zmiany w zachowaniu się cukru nie zależą od zagęszczenia krwi.

Kol. W. Orłowski. Gdy czytam jakieś nowe badania, to zawsze stawiam sobie pytania: czy pod względem metodologicznym stanowią one postęp, oraz, czy wnioski, które nam badacz przedstawia, są należycie udokumentowane.

Jeżeli te pytania zastosujemy do badań, które przedstawił kol. Grott, to muszę stwierdzić, iż pod względem metodologicznym przedstawiają znaczny postęp. Kolega G. uwzględnił dwa czynniki — czas trwania badania i badanie krwi tętnicznej i żyłnej. Ale i prelegent nie uniknął, jak wielu innych, błędów w metodyce, mianowicie, małej liczby badań. Stało się dlatego, że kłedzcy życzyli sobie rozstrzygnąć zagadnienie możliwie szerzej, a nie zwęzić materiału. Gdyby kolega zwęził zakres badań, wnioski byłyby bardziej instruktywne. Badano wpływ wysiłku przy biegu na 100, 200, 800, 1.500, 3.000 metrów, i okazało się, że w każdej grupie jest kilk osób (od 6 do 12) — materiał bardzo mały; zmniejszy się zaś jeszcze bardziej, jeżeli będziemy inaczej nieco go interpretowali. Przeglądając krzywe, dochodzę do wniosku, że kol. G. niesłusznie interpretuje pewne dane. Czy zwiększenie o 2 mgr jest istotnie zwiększeniem? Takie odchylenia są w granicach błędu technicznego. Z tego wynika, że z 6 osób w grupie nie 50% ma zwiększenie ilości cukru, a tylko 33%. W drugiej grupie przypadków z wahaniami ± 2 do ± 7 mgr. naliczyłem 5. Wszystkie te przypadki powinny być zaliczone nie do przyrostu, lecz do stanu zmiany; wtedy wyniki cyfrowe wypadną inaczej. Gdyby prelegenci przeprowadzili badania

tylko na 2 grupach, lecz na większym materiale, wnioski byłyby lepiej uzasadnione. Błąd, który popełnili, jest błędem nie tylko naszych prac, ale i zagranicznych. Ludzie starają się bardzo szybko ogłaszać prace, co się odbija na ich wartości.

Odpowiedź kol. Grotta (streszczenie własne).

Niski poziom cukru we krwi przed zawodami łatwo wyflumaczyć, jeżeli się zważy, że badania bardzo często odbywały się w 2 — 3 godz. po posiłku, czyli w okresie największej hypoglikemii fizjologicznej. Zjawisko tego rodzaju niejednokrotnie spostrzegalem w klinice, badając krzywą cukru we krwi po obciążeniu glukozą, zwłaszcza u asteników. Nawet u siebie samego w 2 godz. po glukozie stwierdziłem w czerwcu 1929 r. poziom cukru równy 66 mgr. Oprócz lekkiego uczucia głodu żadnych innych przykrych objawów nie miałem. Niską krzywą glikemiczną, otrzymaną wtedy, objaśniam lekką pracą laboratoryjną, wykonywaną podczas przeprowadzania badania.

Nie ulega wątpliwości, że dieta oraz sprawność sportowa będą wpływały na wyniki, jednak, jeśli idzie o zasadnicze zjawisko, które specjalnie badaliśmy, t. j. sposób regulowania poziomu cukru we krwi, to nieuwzględnienie tego czynnika nie mogło mieć poważniejszego znaczenia. Czynniki te mogły wpływać tylko na jednolitość otrzymanych danych, tymczasem pewna różnorodność wyników stanowi cenną zdobycz naszej pracy, gdyż dopiero ta okoliczność umożliwiła nam znalezienie klucza do wyjaśnienia badanego zjawiska. Zagęszczenie krwi żyłnej po pracy, być może, również odgrywa pewną rolę, jednak ze względu na wielkie trudności techniczne, jakie pociąga za sobą wykonywanie tego rodzaju prac, co zupełnie słusznie podkreślił w swym przemówieniu p. Doc. Wierzychowski, tego czynnika oraz wyżej wzmiankowanych uwzględnić nie mogliśmy.

Uwaga p. prof. Orłowskiego — co do sposobu układania tablic jest słuszna, jeśli idzie o szczegóły, gdyż to może wpłynąć na zmianę wyników statystycznych.

4). Kol. Janina Misiewicz wygłosiła odczyt p. t. „Promieniolecznictwo gruźlicy” (streszczenie własne).

Prelegentka omówiła poszczególne rodzaje promieni używane w lecznictwie, a mianowicie słoneczne, promienie kwarcówki, promienie lampy sollux, oraz promienie Roentgena uwzględniając poglądy na działanie biologiczne tych promieni, wskazania do promieniolecznictwa w gruźlicy oraz sposoby stosowania poszczególnych promieni.

Referat ukaże się osobno w druku.

5). Dyskusja.

Kol. A. Elektorowicz. Używanie kąpeli powietrznych opiera się na działaniu światła rozproszonego; nie wywołuje takich nagłych zmian, jak naświetlanie słoneczne. Kąpiele, podczas których chorzy muszą używać pewnego ruchu, dają zahartowanie organizmu i zwiększenie jego siły odpornej. Działanie różnych promieni (promienie ultrafioletowe, lampa kwarcowa, Finseña, Sollux) jest niewątpliwie podobne. Silne naświetlanie mogą wywoływać wielkie szkody. Działanie tych promieni przy dłuższym działaniu idzie w głąb. Spostrzegano głęboko leżące ogniska martwicze. Co do działania na bakterje energii promienistej, to występuje ono w dawkach tak wysokich, że ustrój ich nie wytrzymuje. Działanie promieni jest raczej osłabiające; wyzwalają one pewne ciała swoiste, działające szkodliwie na bakterje. Aczkolwiek szereg prac stwierdza polepszenie pod wpływem naświetlania promieniami Roentgena gruźlicy płuc, jednak ze względu na wielką trudność dawkowania jesteśmy przy tem umiejscowieniu gruźlicy bardzo ostrożni. W gruźliczym zapaleniu otrzewny natomiast naświetlanie daje bardzo dobre wyniki; obecnie na Zachodzie przestają używać laparotomji i naświetlają Roentgenem. Mówca, stosując takie leczenie po przednim wypuszczeniu płynu, uzyskiwał znaczne poprawy. To samo tyczy się suchych postaci zapalenia otrzewny oraz zapalenia opłucny. Osobny dział stanowią schorzenia nerek; w jednostronnych cierpieniach nie będziemy stosowali naświetlań, lecz tam, gdzie operacja jest wyłączone. W gruźlicy gruczołu krokowego stwierdzano pod wpływem Roentgena bardzo znaczną poprawę. W gruźlicy jąder i powrózków nasiennych łatwy dostęp daje możliwość otrzymania wyleczenia zupełnego. Ponieważ jednak gruźlica jest cierpieniem ogólnym, wyleczenie więc zależy od stanu ogólnego. Dlatego winna tu być stosowana również lampa kwarcowa, kąpiele powietrzne i słońce, a dopiero wtedy leczenie miejscowe może osiągnąć jaknajwiększe wyniki. Osobną grupę stanowią schorzenia kości i stawów. W tych przypadkach poza ogólnym leczeniem sanatoryjnym naświetlanie Roentgenem daje bardzo znaczne wyniki; efekt jest natychmiastowy. Mówca ma w opracowaniu przypadki z kliniki chirurgicznej, w których po naświetlaniu uzyskano bardzo znaczną ulgę i zniknięcie bólów; jest to jednak tymczasowe.

Kol. Moczarski. Przypomina doświadczenia Lidji Rabinowicz, stwierdzające przekrwienie narządów wewnętrznych pod wpływem naświetlania, co by przemawiało za przenikaniem promieni w głąb i możliwością wywierania przez nie działania bakterjobójczego na prątki, jak tego dowodzą badania *in vitro*.

Kol. Sawicki zwraca uwagę na niektóre szczegóły ważne przy budowie sanatorjów: jakość szkła używanego do okien, obecność słoneczni, kształt budynków i t. d.

Kol. Łapiński W. przypomina badania stwierdzające obecność znacznej ilości promieni pozafioletkowych nad piaszczystym wybrzeżem nawet przy zachmurzonym niebie. Heljoterapia jest wobec tego w górach najbardziej skuteczna w zimie, natomiast nad morzem przez cały rok. Bardzo krytyczne badania Francuzów w Algierze wykazują jednak, że nie działają tu specjalnie promienie pozafioletkowe, a zwykle naświetlanie. O ścisłych podstawach naukowych w promieniolecznictwie dziś mówić nie możemy.

Kol. Gawiński. Cała dyskusja toczy się nad środkiem, o którym nie mamy wyraźnego pojęcia i o którym pojęcia nie będziemy mieli. Operując energią promienistą, krążymy dokoła czynnika nieznanego, stanowiącego eliksir na wszystko. Posiadając ten czynnik, powinniśmy przedewszystkiem zbadać jego dawkowanie. Zrozumienie sposobu działania energii promienistej wkracza w dziedzinę budowy materji.

6). Odpowiedź kol. Misiewicz. (Streszczenie własne).

Kol. Elektrowiczowi. Prelegentka dziękuje za uzupełnienie wskazań do rentgenoterapii.

Kol. Moczarskiemu. Nie zgadza się, by przekrwienie narządów wewnętrznych miało bezwzględnie wskazywać na działanie bezpośrednie promieni pozafioletkowych w głąb.

Kol. Gawińskiemu: Chociaż istotnie zagadnienie promieniolecznictwa wiąże się z wieloma niewyjaśnionymi dotąd zagadnieniami z dziedziny fizyki, i przeto wielu szczegółów, dotyczących promieni i ich działania na ustrój żywy nie znamy, to jednak nie ulega wątpliwości dodatni wpływ promieniolecznictwa w wielu sprawach chorobowych, a to wystarczy, by promieniolecznictwo propagować i nadal.

7). Dyskusja nad pokazem kol. Dębickiego.

Kol. Dąbrowska. Oprócz gruczolako-raka w pęcherzyku żółciowym mogą powstawać również rak twardy i galaretowaty. Rak pęcherzyka rozwija się rzadko bez kamicy. Przechodzenie nowotworu z pęcherzyka na okrężnicę nie zdarza się zbyt rzadko.

Posiedzenie zamknięte o godz. 11 min. 10.

Prezes: W. Orłowski.

Sekretarz doroczny:

Jan Roguski.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Na posiedz. lutowym tow. pedjat. w Wiedniu (W. m. W. 25) Anna Neumann omawiała przypadek, dotyczący 4^{3/4}-letniego chłopca, przyslanego do kliniki uniwers. z rozpoznaniem zapalenia opon gruźliczego i gruźlicy nerek. Choroba miała się rozpocząć na piąty dzień od wystąpienia ospy wietrznej. Dziecko istotnie poza gorączką do 39⁰, robiło wrażenie ciężko chorego, apatycznego, miało często wymioty i krwimocz. Dokładne badanie wraz z obserwowacją pozwoliło dojść do wniosku, że miano do czynienia z wykwitami ospy wietrznej na śluzówce pęcherza moczowego i z objawami zapalenia mózgu, również wywołanego przez zarazek ospy wietrznej.

Na posiedz. tow. lek. wied. (W. M. W. Nr. 27) Urbach zdawał sprawę ze swych skutecznych prób leczenia swoistego uczulenia śluzówki nosa na pyłki kwiatowe przez podawanie do wewnątrz odpowiednich peptonów swoistych. Udało mu się w ten sposób wyleczyć cały szereg przypadków uczulenia swoistego skóry i nieżyty „siennego” nosa. W jednym przypadku nieżyty nosa, wywołanego przez pyłek kasztanów, podawanie specjalnie otrzymanego peptonu z pyłku kasztanów osiągnęło skutek.

Niezwykle interesujące doniesienie uczynił na posiedzeniu majowym tow. lek. wied. (W. M. W. Nr. 23) Arzt o leczeniu pęcherzyki (pempbigus) diety Gersona. W pięciu przypadkach wynik leczenia był niezwykle, gdyż doprowadził do wygojenia sprawy z pozostawieniem miejsc pigmentowanych. Tylko u jednego pacjenta od czasu do czasu powstają jeszcze pęcherzyki na dolnych kończynach.

Na tem samem posiedzeniu Schlesinger demonstrował 3 przypadki *thrombngitis obliterans*, podkreślając fakt, że ostatnimi czasy, coraz częściej widuje się tego rodzaju przypadki wśród mieszkańców Wiednia, a nie jak

poprzednio, prawie wyłącznie wśród żydów wschodnich. Poza tem zwraca on uwagę na zmianę poglądów na leczenie tego cierpienia, które przy zachowawczem postępowaniu nieraz przybiera wcale niezły obrót.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Jedno z najważniejszych zagadnień.

Podał

Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Charakterystyczny wysoce jest obecnie fakt, że zagadnienia natury gospodarczej uważane są powszechnie za *primum movens* wszelkich spraw politycznych, aż do najważniejszych problematów włącznie. Nawet przewagę tej czy innej mentalności w danym społeczeństwie starano się oprzeć na pewnym określonem nastawieniu gospodarczem. Tymczasem nauka o ludności, polityka ludnościowa posiadają aż nadto faktów, dowodzących, że głęboko ukryte czynniki natury biologicznej mają podstawowe znaczenie dla wszelkich posunięć w zakresie społeczno-politycznym. Tak np. fakt znikania pewnych narodów z areny dziejowej jest przeważnie wynikiem wymierania naturalnego danej grupy etnicznej. Jest to naukowo stwierdzone w stosunku do świata klasycznego — do Grecji i Rzymu. Wiadomo, że z ograniczeniem potomstwa w starożytnym Rzymie daremnie starali się walczyć cesarowie przez wydawanie specjalnych zarządzeń prawnych, a klasyczna Sparta mogła pewnego dnia wystawić w pole tylko 250 zbrojnych mężów.

Nigdy może układ stosunków ilościowych u ludności Europy i całego świata nie zasługiwał na tak baczną uwagę, jak właśnie w czasie obecnym. To też warto zapoznać się choć pobieżnie z temi wnioskami, do których dochodzi tu nauka ścisła.

Najważniejszemu zagadnieniu polityki ludnościowej — racjonalizacji urodzeń — poświęcił swoje ostatnie dzieło znany badacz tej gałęzi wiedzy Julius Wolf. „Nowa moralność płciowa i problem urodzeń naszych czasów” — taki tytuł nosi książka prof. Wolfa, która rozpatruje całą kwestję zarówno z gospodarczego, jak i biologicznego punktu widzenia. Dla Wolfa rozstrzygającym momentem w całej tej sprawie są przeobrażenia, zachodzące w moralności płciowej, pod tym względem stoi on w przeciwieństwie do tych pisarzy, którzy akcentują przede wszystkim znaczenie wzrastającego dobrobytu i wznoszącej się kultury dla powstania spadku urodzeń.

Racjonalizacja urodzeń w przeciwieństwie do pierwotnego „naiwnego” sposobu rozmnażania się obejmuje obecnie najszerze warstwy społeczne. Podczas gdy bezmyślne płodzenie potomstwa było już w starożytnym Rzymie cechą charakterystyczną „proletariatu” — rozwój i postęp społeczny naszych czasów wpłynął na masy robotników nie tylko pod względem cielesnym, lecz i duchowym. Masy te potrafiły z powodzeniem naśladować klasy wyższe i posiadające pod względem ograniczenia potomstwa tak, że sfery robotnicze stoją tu obecnie tak, jak klasy posiadające przed wojną. Tak np. w Berlinie w dzielnicy Tiergartenu przypadało w r. 1910: 14,9 urodzeń na tysiąc mieszkańców, w r. 1926: 10,4, w robotni-

czej dzielnicy Weddingen w r. 1910 jeszcze 29,6, w r. 1928 jeszcze tylko 11,8, w Pradze w r. 1910 ubogie dzielnice 26,9, w 1926: 14,2, dzielnice bogate 1910: 14,5, 1926: 9,4. A zatem wszędzie daje się spostrzeżać znikanie różnicy w ilości potomstwa w poszczególnych warstwach społecznych, występuje jako fakt znamieny jednakowe nastawienie całego ogółu ludności w tej podstawowej sprawie.

Zapewne, że oprócz tej, jak się wyraża Wolf, zmiany „moralności seksualnej”, grają tu jeszcze rolę czynniki takie, jak wyczerpanie fizyczne czy duchowe, jak warunki mieszkaniowe, klimatyczne, żywnościowe i t.p., ale tem niemniej fakt pozostaje faktem.

Spadku urodzeń nie wyrównywa i przemijająca postępująca po wojnie wyższa liczba zawieranych małżeństw, gdyż małżeństwa te albo wykazują niezmiernie małą liczbę dzieci, albo też pozostają bezdzietne. Do tych wszystkich czynników, które tak silnie zaważyły na przyroście naturalnym narodów Europy, dodać należy jeszcze i te wszystkie przejawy, które można podporządkować pod pojęcie t. zw. kryzysu małżeństwa

Drugą część swego dzieła poświęcił Wolf rozważaniom nad problemem urodzeń w czasach obecnych z punktu widzenia statystyczno-społecznego, i z zebranego przez niego nader obfitego materiału dają się wyprowadzić bardzo daleko idące wnioski. Statystyka, dotycząca liczby urodzeń, daje się najlepiej wyzyskać przez porównanie płodności małżeństw w różnych krajach. Liczba żywonarodzonych dzieci na 1000 kobiet zamężnych poniżej 45 lat wieku spadła w Niemczech z 286 w r. 1900 na 147 w r. 1924; w Anglii z 234 na 148, we Francji ze 159 na 141. Jeżeli wziąć pod uwagę liczbę żywonarodzonych na 1000 mieszkańców, to liczba ta spadła w Niemczech od r. 1913 do 1926 z 26,9 na 18,4; ogólna liczba urodzeń z 1.838.750 na 1.182.477 w r. 1928. Tak olbrzymi spadek, o ile w tym samym stopniu dalej postępować będzie, doprowadzi w ciągu dwóch dziesięcioleci do zupełnego braku przyrostu, a dalej może doprowadzić do zaniku ludności. Poziom urodzeń zmienił się od roku 1924 w ten sposób, że kolejność państw o niskiej liczbie urodzeń jest obecnie nie: Francja, Anglja, Niemcy, lecz: Niemcy, Anglja, Francja. Inne państwa europejskie, jak Włochy, Hiszpanja, Holandja, Czechosłowacja mają jeszcze stosunki normalne. Skandynawja może jeszcze wyrównywać zmniejszenie się płodności przez jakość pozostałych przy życiu. Nadwyżka urodzeń w stosunku do tysiąca mieszkańców wynosiła w r. 1926 we Francji 1,3, a bez Alzacji i Lotaryngji byłaby jeszcze mniejsza, w Szwecji w tymże roku 5,8, w Szwajcarji i Anglii 6,2, w Niemczech 7,8, Czechosłowacji 8,9, we Włoszech 10,9, Holandji 14,0, Rosji w 1923: 23,1.

Gwałtownie w ostatnich latach wzrastający spadek urodzeń w Niemczech idzie w parze z olbrzymio rozwijającą się koncentracją ludności w miastach. Niemcy ze swojemi 50 wielkimi miastami stanowią

przykład „narodu bez ziemi, mieszkającego w miastach, i ziemi bez narodu po wsiach”, — jak się wyraził jeden z uczonych niemieckich. Jak dalece odbija się na liczbie urodzeń wpływ wielkiego miasta — za dowód tego służyć może Berlin, który w r. 1911 wykazywał jeszcze 20,8 urodzeń na 1000 mieszkańców, w r. 1926 już tylko 11,0, a wr. 1928 9,9.

Co się tyczy Ameryki, to w Stanach Zjednoczonych wśród ludności białej największy spadek przyrostu wykazują najwyżej pod względem kulturalnym stojące elementy, przedstawiciele rasy anglosaskiej; w Ameryce południowej zaś państwa łańcisko-amerykańskie posiadają największą w świecie liczbę urodzeń.

Zupełnie osobliwe miejsce zajmuje obecnie w Europie Rosja Sowiecka. Po zniszczeniu warstw o wysokiej kulturze, które odpowiadały typowi zachodnio-europejskiemu, pozostali tam tylko chłopcy i robotnicy miejscy. Chłopcy w przeważnej części żyją jeszcze w dawnych wierzeniach i obyczajach, robotnicy zaś ulegają urzędowej doktrynie. W każdym razie w Rosji mamy wciąż jeszcze do czynienia z ogromną nadwyżką urodzeń, przyczem nie ulega wątpliwości, że dzięki zarządzeniom higienicznym zmniejszyła się znacznie śmiertelność niemowląt.

„Starzejące się” narody Europy mogą czas jakiś jeszcze przy umiarkowanym spadku urodzeń utrzymać warunki dla dostatecznego przyrostu. Dzieje się to dzięki olbrzymiemu udoskonaleniu warunków higienicznych — racjonalizacji i przemysłu, podniesieniu higieny pracy, ginekologii społecznej, skróceniu czasu roboczego, lepszemu odżywianiu, ulepszeniu warunków mieszkaniowych i wychowania dzieci.

Ale też same czynniki, którym narody europejskie zawdzięczają to, że pod względem przyrostu ludności mogą się jeszcze utrzymać na powierzchni, zostały przez nie przeniesione na inne kontynenty i zastosowane do ludów pierwotnych. I dzięki tym oto głównie czynnikiem wśród ras kolorowych dokonywa się obecnie przewrót w kierunku odwrotnym.

„White man's rule” — t. zw. przez anglików „prawo białego człowieka” panowało do obecnej chwili na obu półkuliach we wszystkich klimatach. Dzięki temu właśnie prawu białego człowieka gleba wydawała na świat wszystkie swe ukryte bogactwa; dżungle, sawany i pampasy przeistaczały się i wytwarzały kawę, kakao, cukier i kauczuk albo żywy niezliczone trzody. Przez lasy, moczary i pustynie zostały przeprowadzone drogi; lokomotywa potoczyła się i sapała tam, gdzie dwadzieścia lat przedtem istniały tylko ślady zwierząt. I oto ludność tych krain, zażywając nieznanego dotychczas bezpieczeństwa osobistego i mienia, mnożyła się szybko, żyjąc w dobrobycie, nieznanym jej do przyścia „człowieka oceanów”, jak mówią Chińczycy. Tak, na przykład, ludność Jawy pod panowaniem Holendrów między rokiem 1865 a 1905, t. j. w ciągu lat czterdziestu, wzrosła z 14 milionów do 37 milionów.

Charakterystyczne niezmiernie zjawisko pod względem ludnościowym stanowi Japonia. W końcu ubiegłego stulecia osiągnęła Japonia liczbę 30 milionów mieszkańców, która to liczba utrzymywała się przez lat sto. W ciągu jednego pokolenia liczba mieszkańców tego kraju uległa podwojeniu, i stało się to w miarę powiększania się ilości środków żywności. Z jednej strony odegrała tu rolę bardziej intensywna uprawa ryżu, z drugiej zaś przedewszystkiem rozwój

przemysłu, który ludziom dostarczył pracy i żywności.

Cała wschodnia Azja przedstawia się jeszcze zagadkowo z punktu widzenia naukowego. Poglądy na wzajemny do siebie stosunek obu płci pozostają zarówno w Indiach, jak i w Chinach i Japonii pod wpływem wyobrażeń religijnych, i pomimo wszelkie różnice rasowe, gospodarcze i religijne wszystkie te narody wyznają kult przodków, który im stawia za obowiązek zachowywanie potomstwa. Pomimo wszelkie kataklizmy, jakiem podlegają Chiny, ludność ich wciąż wzrasta. Tak np. w Mandżurji, głównie dzięki imigracji, liczba ludności wzrasta corocznie o jeden milion, i od początku stulecia podniosła się z pięciu milionów do trzydziestu, a w ciągu najbliższych lat dwudziestu wzrośnie prawdopodobnie do 60 milionów. W Chinach ogromnej liczbie urodzeń przeciwstawiała się zawsze wielka śmiertelność i wielkie kataklizmy natury, a osobliwie klęski głodowe wyrównywały zwykle nadmiar ludności.

W obecnym stanie rzeczy w Chinach północnych konieczne są przeobrażenia w zakresie środków zdobywania żywności, czy to przez wprowadzenie innego sposobu odżywiania się ludności, czy też przez uprzemysławianie kraju.

Co się tyczy Indyj, to tutaj wzrost ludności jest, być może, nieco powolniejszy, aniżeli by to mogło odpowiadać znacznej liczbie urodzeń, gdyż śmiertelność w tym kraju jest ogromna; klęski głodowe i epidemie wciąż jeszcze dziesiątkują ludność. O ile dawniej wśród epidemii tych dominowały cholera, dżuma i malaria, o tyle w r. 1918 epidemia influenzy w związku z nieurodzajem i głodem poczyniła ogromne spustoszenia wśród ludności Indyj. Śmiertelność, która w r. 1915 wynosiła 22,94 na tysiąc, wzrosła w r. 1918 do 26,46, aby potem znowu się obniżyć. Walka z chorobami jest i w oczach nacjonalistów indyjskich jednym z najgłówniejszych zadań, i w tym względzie przyznają oni anglikom wielkie zasługi.

Ile zdziałały na tem polu państwa kolonialne, których pracę przejęła obecnie w znacznym stopniu Liga Narodów, tego dowodem są te wielkie postępy, jakimi może się pochlubić szereg krajów pierwotnych. Niedawno z okazji stulecia należenia do Francji Algieru wykazywano poglądowo wszystko, czego praca francuska dokonała w tym kraju. Podobnie rzecz się ma i z innymi koloniami Francji. Ludność Kochinchiny pod panowaniem Francji zdołała się podwoić w ciągu ostatnich lat dwudziestu pięciu. A stało się to dzięki tym reformom, które w zakresie uprawy roli, dróg i higieny przeprowadziła administracja francuska.

Podczas gdy ludność odległych krajów kolonialnych się podwaja — ludność metropolii francuskiej wymiera. Kilka lat temu rozpowszechniony tygodnik francuski „L'Illustration”, dał fotografie opustoszałych wsi i domów we Francji, gdzie już zabrakło mieszkańców, i gdzie z górą 20 proc. urodzajnego obszaru nie podlega uprawie z powodu braku rąk roboczych.

Wolf jest zdania, że tymczasowo stosunki ludnościowe rozwijały się według stosunków politycznych i gospodarczych, i że chwilowo tendencje nie mają jeszcze charakteru bezpośrednio groźnego dla Europy, ale wymagają jaknajwiększej uwagi.

Niezależnie jednak od wniosków Wolfa i innych badaczy polityki ludnościowej zagadnienie ludnościowe Europy i innych kontynentów jest jednym

z najpoważniejszych atutów pacyfistów, którzy słusznie mogą wskazywać na te niepowetowane luki, jakie uczyniła wśród śmietanki ludów europejskich wielka

wojna, i, być może, przytaczając zdanie tych historyków i statystyków, którzy spadak urodzeń Francuzów wywodzą już od wojen Napoleońskich.

O d c i n e k.

L. ZAMENHOF.

DZIEJE MEDYCyny

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

(Dokończenie — patrz Nr. 30 i 31)

„Z POWROTEM DO HIPPOKRATESA!”

Z górą dwa tysiące lat upłynęło od czasu założenia podwalin racjonalnej medycyny. Zaiste, imponujący był pochód wiedzy naszej przez ten okres czasu. I choć linja jego nieraz załamywała się, naogół kierunek jej, można rzec, był prosty — ewolucyjny.

I oto dziś, po tylu latach, po tylu mozolnie dokonanych zdobyczach nagle rozlega się okrzyk, nawołujący do cofnięcia się do najbardziej odległego czasu naszej nauki — do czasów Hippokratesa i jego szkoły. Czy ma być to świadectwem bankructwa naszej całej dotychczasowej wiedzy, czy też aktem zwątpienia o jej istotnej wartości? Choć okrzyk ten napozór może wydać się istotnie takim, na szczęście sprawa bynajmniej tak poważnie nie przedstawia się. Cóż więc wywołało ten alarm? Odpowiedź na to nie będzie trudna, jeżeli nieco więcej zgłębimy dzieje ostatniego stulecia medycyny.

Przekazana nam przez Hippokratesa teoria humoralna była przez dwadzieścia przeszło wieków podstawą ideologii medycyny. Jak z łona macierzystego, czerpały z niej natchnienie wszystkie jej klerunki. Tak długo, jak nauka nasza tkwiła choćby luźno swemi korzeniami w humoryzmie, medycyna posuwała się naprzód bez wielkich wstrząsów, drogą ewolucji. Pierwszy raptowny zwrot został dokonany przez materializm Virchowa, który zerwał zupełnie ostatnie więzy, łączące naszą ideologję z prastarą teorią humoralną. Oderwana od macierzystego łona i sprowadzona na błędne tory Virchowowskiej ontologii, medycyna odczuła brak mocnego gruntu pod sobą. Materializm Virchowa zachwiał się wprawdzie prędko, lecz pozostawił głęboki osad w umysłowości świata lekarskiego. „*Omnis cellula e cellula*” zwężyła światopogląd lekarzy do wielkości pola mikroskopowego, na którym wciąż usiłuje się rozwiązać wszystkie zagadnienia medycyny. Odrzucono jako balast to, co przez tyle wieków uchodziło za nieodłączny atrybut wykształcenia lekarskiego — jego wiedzę przyrodniczo-filozoficzną. Znikają zupełnie z widowni lekarze myśliciele, społecznicy, miejsce ich zajął wszechwładnie zapatrzony w jeden punkt widzenia nowoczesny badacz laboratoryjny, który znakomicie da się scharakteryzować słowami Mickiewicza, że „zna on martwe prawdy, widzi świat w proszku, w każdej gwiazd iskierce, lecz nie zna prawd żywych”. Wzrósł do olbrzymiej potęgi gmach nowo-

czesnej medycyny, lecz jednocześnie zmalały zupełnie postacie jego kapłanów.

Rozluźnione cugle materializmu, nie zastąpione innymi więzami, musiały sprowadzić ideologję medyczną na bezdroża. Zupełnie niepostrzeżenie dla nas nie *experimentum ac ratio* Hippokratesa, lecz coraz częściej apriorystyczne przesłanki stają się źródłem nowych badań, nowych teoryj. Nic więc dziwnego, że medycyna została zachwaszczona pseudonaukowością, która podrywa zaufanie do naszej nienormalnie wybujałej literatury. Z chaosu tego korzysta coraz więcej do olbrzymich rozmiarów rozwinęta chirurgia, usiłująca rozwiązać wszystko za pomocą cięcia gordyjskiego. Jeżeli dołączymy do tego obraz nowoczesnej farmakoterapii z jej często apriorystycznym kierunkiem, to nietrudno będzie zrozumieć, dlaczego zaczynają rozlegać się coraz częściej głosy, nawołujące do opamiętania się, a nawet do nihilizmu.

Orędownicy odrodzenia medycyny, jak Aschner, Bierinni, wysuwają najskrajniejsze hasła — powrotu do ortodoksyjnego humoryzmu. Przypuszczalnie poza defetystami nie porwą oni za sobą szerszych kół, przeciwnie, należy się obawiać, że wytworzą tylko jeszcze większe zamęt.

Medycyna bezwzględnie przeżywa dziś okres depresji. Czy wyjdzie ona zwycięsko z niej i kiedy to nastąpi, trudno przewidzieć. Do odrodzenia potrzebne są nietyle hasła, ile gruntowna zmiana warunków, wśród których dziś nauka nasza z mozołem toruje sobie drogę naprzód. Warunki te są następujące:

niezależnienie medycyny od bezwzględnie hamującej jej naturalny rozwój praktyki, czyli nadanie jej warunków takich, w jakich znajduje się każda inna niezależna nauka,

odrodzenie duchowe zawodu lekarskiego, czyli rozkrępowanie uwieszonej dziś umysłowości lekarskiej i nadanie jej szerszego światopoglądu. Tylko lekarz o szerokim horyzoncie zdolny jest do prawdziwej twórczości, do obserwowania świata otwartymi oczami.

Nowoczesny genjusz lekarski przypomina ruma-ka, któremu nałożono z boków na oczy osłonę, aby nie rozpraszał swego wzroku. Idzie on istotnie zawsze przed siebie, ale czy zawsze naprzód? Czy nie w tem tkwi jedna z przyczyn, dlaczego dziś po dwóch tysiącach lat wracamy do tego punktu, z którego wyruszyliśmy?*

Wszystkich kolegów, którzy pragnęliby otrzymać dziełko niniejsze w wydaniu książkowym, uprasza się w celu unormowania nakładu o zgłoszenie zamówienia pod adresem autora (Marszałkowska 125) (cena 5 złotych).

* Na tem kończę pierwszy zbiorek „Dziejów medycyny i t. d.”. Celowo ominąłem w nim medycynę polską, chcąc poświęcić jej tom oddzielny.

Wiadomości bieżące

Ruch służbowy

w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc czerwiec 1930 r.

W Zarządzie Centralnym:

Mianowani:

Pułjanowska Anna, rejestrator w X st. sl., rejestratorem w IX st. sl. dekretem z dnia 24 czerwca 1930 r.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia:

Mianowani.

Inż. Górski Stanisław, prowizoryczny Dyrektor w VI st. sl. w Państwowym Zakładzie Badania Żywności w Poznaniu, Dyrektorem tegoż Zakładu, dekretem z dnia 26-VII, 1930 r.

Dr. Meissner Janusz, ordynator w VII st. sl. w Państwowym Zakładzie dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobleżynie, ordynatorem w VI st. sl. w tymże Zakładzie, dekretem z dnia 27-VI 1930 r.

Kołodziejska Zofja, prowizoryczny asystent w VIII st. sl. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, do odwołania adjunktem w VII st. sl. w tymże Zakładzie, dekretem z dnia 24-VI, 1930 r.

Inż. Krasuska Bronisława, prowizoryczny asystent w VIII st. sl. w Państwowym Zakładzie Badania Żywności w Warszawie, asystentem w VIII st. sl. w tymże Zakładzie, dekretem z dnia 11-VI 1930 r.

Warzecha Kazimierz, skarbnik w IX st. sl. w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Busku-Zdroju, skarbnikiem w VIII st. sl. w tymże Zakładzie, dekretem z dnia 9-VI 1930 r.

Wodzianańska Halina, do odwołania adjunktem kancelaryjnym w IX st. sl. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, dekretem z dnia 5-VI 1930 r.

Sawicka Jadwiga, prowizoryczny rejestrator w X st. sl. w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie, do odwołania rejestratorem w IX st. sl. w tymże Zakładzie, dekretem z dnia 26-VI 1930 r.

Wieczorkówna Julja, kancelistka w XI st. sl. w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Busku — Zdroju, rejestratorem w X st. sl. w tymże Zakładzie, dekretem z dnia 6-VI 1930 r.

Przeniesieni:
Dr. Koenig Brunon, adjunkt w VII st. sl. w Państwowym Zakładzie Badania Żywności w Łodzi, z dniem 1-VII 1930 r. w dotychczasowym charakterze i stopniu służbowym do Państwowego Zakładu Badania Żywności w Poznaniu, dekretem z dnia 12-VI 1930 r.

We Władzach II Instancji

Mianowani:

Dr. Wołański Walenty, prowizoryczny inspektor lekarski w VII st. sl. w Urzędzie Wojewódzkim Białostockim, do odwołania inspektorem lekarskim w VI st. sl. w dotychczasowym miejscu służbowym, dekretem z dnia 30-VI 1930 r.

Dr. Stembrowicz Kazimierz, inspektor lekarski w VII st. sl. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy, inspektorem lekarskim w VI st. sl. w dotychczasowym miejscu służbowym, dekretem z dnia 10. VI. 1930 r.

Dr. Kamiński Władysław, inspektor lekarski w VII st. sl. w Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy, inspektorem lekarskim w VI st. sl. w dotychczasowym miejscu służbowym, dekretem z dnia 10. VI. 1930 r.

Dr. Rogiński Władysław, kontraktowy pracownik w Urzędzie Wojewódzkim w Nowogródku, do odwołania inspektorem

lekarskim w VII st. sl. w tymże Urzędzie, dekretem z dnia 18 VIII. 1930 r.

Marcinkowski Aleksander, prowizoryczny inspektor farmaceutyczny w VII st. sl. w Urzędzie Wojewódzkim Poleskim w Brześciu n/Bugiem, do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VI st. sl. w tymże urzędzie, dekretem z dnia 18. VI. 1930 r.

Dr. Danielewski Jan, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sl. we Lwowie, do odwołania Naczelnikiem Wydziału w VI st. sl. w Wojewódzkim Urzędzie w Tarnopolu, dekretem z dnia 26. VI. 1930 r.

We Władzach I Instancji

Mianowani:

Dr. Jelonek Feliks, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym Zywieckim lekarzem powiatowym w VII st. sl. w dotychczasowym miejscu służbowym, dekretem z dnia 6 VI 1930 r.

Dr. Leszkowski Franciszek, prowizoryczny lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym Wąbrzeskiem, lekarzem powiatowym w VII st. sl. w dotychczasowym miejscu służbowym, dekretem z dnia 4-VI 1930 r.

Dr. Niewiarowski Edward, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie powiatowym Kobryńskim, lekarzem powiatowym w VII st. sl. w dotychczasowym miejscu służbowym, dekretem z dnia 3-VI 1930 r.

Dr. Zieliński Stanisław, lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym Kopyczyńskim, lekarzem powiatowym w VII st. sl. w dotychczasowym miejscu służbowym, dekretem z dnia 10-VI 1930 r.

Dr. Motylewicz Antoni, prowizoryczny lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym w Białej (Małopolska), lekarzem powiatowym w VII st. sl. w dotychczasowym miejscu służbowym, dekretem z dnia 10-VI 1930 r.

Dr. Bielski Edward, prowizoryczny lekarz powiatowy w VII st. sl. w Starostwie Grodzkiem Wileńskim, lekarzem powiatowym w VII st. sl. w dotychczasowym miejscu służbowym, dekretem z dnia 18-VI 1930 r.

Dr. Skorupski Edward, kontraktowy lekarz powiatowy w VIII gr. up. w Starostwie powiatowym Krzemienieckim, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sl. w tymże Starostwie, dekretem z dnia 30-VII 1930 r.

Dr. Cholewa Emil, lekarz powiatowy w VIII st. sl. w Starostwie powiatowym Wyrzyskiem, lekarzem powiatowym w VII st. sl., dekretem z dnia 30-VI 1930 r.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do wszystkich panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Uzupełniając część I ust. 5 okólnika Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Nr. 92 z dnia 14. IX. 1925 Nr. Z. U. 6384/25 (Dz. Urz. Min. Spraw Wewn. Nr. 5/25 poz. 399) oraz zmieniając za zgodą Ministerstwa Skarbu część I ust. 3 okólnika Nr. 99 Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 28 VIII. 1923 Pr. 6708 (Dz. Urz. Min. Spraw Wewn. Nr. 6/23 poz. 135), Ministerstwo Spraw Wewnętrznych oznajmia, iż wojewódzkie władze administracji ogólnej winny przysyłać bezpośrednio do placówek konsularnych R. P. zagranicą sumy wpłacone na skutek interwencji powyższych władz przez osoby, zobowiązane do ponoszenia kosztów leczenia obywateli polskich za-

granicą, lub ściągnięte od tych osób za zgodą Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w myśl ustępu 4 pkt. „b” cytowanego okólnika Nr. 92 z dnia 14. IX. 1925.

Wysłanie powyższych sum zagranicę następuje zasadniczo w walucie obcej.

Należy zatem zaniechać dalszego przesyłania sum wpłaconych lub ściągniętych z powyższego tytułu Ministerstwu Spraw Wewnętrznych w myśl części I ust. 3 okólnika Nr. 99 z dnia 28. VIII. 1923 (Dz. Urz. Min. Spraw Wewn. Nr. 6/23 poz. 135).

Przypomina się przytem, iż w myśl tut. pisma okólnego z dnia 30. I. 1928 Nr. Z. U. 438/28 kosztów leczenia obywateli polskich zagranicą nie pokrywa się ze Skarbu Państwa, ani też z innych funduszków publicznych (samorządowych), a władze polskie udzielają państwom obcym pomocy w ściągnięciu należności publicznego zagranicznego szpitala od samego lezonego lub innych osób, obowiązanych do pokrycia kosztów jego leczenia.

Zarządzenie niniejsze należy zastosować analogicznie do korespondencji z placówkami konsularnymi państw obcych

w Polsce, przeprowadzonej w myśl tutejszego pisma okólnego z dnia 22. II. 1926 Nr. Z. U. 965/26.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
A d a m s k i

Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia.
— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do P. P. Wojewodów (wszystkich) i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadamia, iż z dniem 1 lipca 1930 r. Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej rozpoczął wydawać „Dziennik urzędowy Izb Lekarskich”.

Pismo wychodzić będzie 1 każdego miesiąca i zawierać będzie komunikaty i uchwały wszystkich Izb Lekarskich w Polsce, wyroki Sądów Izb, zawiadomienia o wolnych posadach oraz wszelkie wiadomości, mające związek z życiem lekarza.

Zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz) polecić podległym sobie władzom administracji ogólnej skierowywanie do Dziennika urzędowego Izb Lekarskich (Warszawa, Podwale 18) wszelkich zawiadomień o konkursach na posady lekarskie.

Dr. Pi e s t r z y ń s k i
Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia

TRĘŚĆ: M. MAYZNER. Erythema infectiosum na tle endemii w zakładzie zamkniętym. — N. ZANDOWA. Wpływ roztworów hiper — i hipotonicznych na tkankę nerwową i przestrzenie okołonaczyniowe. (dok) — D. THURSZ. O nowej metodzie narkozy ogólnej (narkoza dootrzewnowa). — F. TURYN. Etiologia i istota gośćca stawowego. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. KRAMSZTYK. Jedno z najważniejszych zagadnień. — L. ZAMENHOF. Dzieje medycyny. (Dok.). — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: M. MAYZNER. Érythème infectieux causé par l'épidémie dans un établissement fermé. — N. ZAND. L'influence des solutions hyper — et hypotoniques sur le tissu nerveux et les espaces périvasculaires (fin). — D. THURSZ. Une nouvelle méthode de la narcose générale (narkose intrapéritoneale). — F. TURYN. L'étiologie et la nature intime du rhumatisme articulaire (Rev. gén.). — St. KRAMSZTYK. Une des questions principales. — L. ZAMENHOF. L'histoire de médecine (fin).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300,—, pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała strona zł. 250.—, pół str. zł. 150.—, ćwierć str. 80 zł.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200,— do 400.—

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

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

Redaktor przyjmuje codziennie od 3ej do 4ej pp.

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

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

