

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12, m. 28, tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

Rok XI

WARSZAWA, 11 STYCZNIA 1934 R.

Nr. 2

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z przychodni dermatologicznej Kasy Chorych
w Warszawie.

O nieustępującym odczynie Bordet - Wassermanna u kilowych *).

Podał

Józef Izidor MERENLENDER (Warszawa).

Istota odczynu Bordet - Wassermanna (WaR), nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona. Mamy kilka teorii, usiłujących wytłumaczyć dojscie do skutku WaR, co jest najlepszym dowodem niejasności tak doniosłego i często stosowanego odczynu. Dotychczas nie zdołano rozstrzygnąć z całą pewnością, czy mamy do czynienia z odczynem biologicznym swoistym w pełnym znaczeniu tego słowa.

Jedni badacze sądzą, że krętki blade, odgrywając rolę antygenów, wywołują przeciwciała lipoidalne w surowicy krwi, które zostają w WaR wykazane. Inni znów przypuszczają, że lipoidy narządów u osobników kilowych, przechodząc do krwi i wywołując powstawanie przeciwciał, przyczyniają się do dojscia do skutku WaR. Pierwotne przypuszczenie Wassermanna, że w odczynie dodatnim chodzi o swoiste przeciwciała (przeciwkętkowe), było przez długi czas zarzucone. Pogląd o nieswoistości odczynów Wassermanna i klaczkujących jest broniony przez wielu badaczy (p. Esquier - Escartefigue), którzy twierdzą, że odczyny serologiczne zasadzają się wyłącznie na zmianach właściwości fizykalnych i chemicznych oraz na wzmożonej chwiejności substancji globulinowych surowicy krwi. Hirszfeld i Klinger stwierdzili już w 1914 roku, że nawet surowice ujemne mogą być zmienione za pomocą zabiegów fizykalnych (skłócenie, dodanie zawiesin bakteryjnych, krochmalu i t. p.) w ten sposób, że dają dodatni WaR. Chwiejność surowic może według Hirszfelda dojść do skutku zarówno w sposób swoisty, jak i nieswoisty!

Również i na dodatni WaR w schorzeniach nekilowych (*Recurrens*, *trypanosomiasis*, zimnica, dur, trąd, nowotwory, *endocarditis lenta*, niektóre postaci gruźlicy i t. d.) zapatrują się obecnie jedni badacze,

jako na odczyny chwiejności. Inni, jak np. Witelski sądzą, że niektóre z wspomnianych klinicznych nieswoistości można wytłumaczyć wspólnotą antygenów (w czynniku etjologicznym) i lipoidów narządowych. Nawiązując do odnośnych badań Witelskiego i Przesmyckiego, podkreśla Hirszfeld, że w gruźlicy, zapaleniu wsierdza i t. p. stanach, należy się liczyć z możliwością 2-ch czynności lipoidów narządowych: czasami chodziłoby o prawdziwy odczyn antygen - przeciwciała, w innych wypadkach o „nieswoistą” czynność lipoidów, które Sachs oznacza, jako wrzekomą czynność antygeny.

Dzięki badaniom Klopstocka teoria swoistości WaR jest obecnie ponownie dyskutowana. Szkoła Sachsa, mimo zasadniczo innych hipotez, liczy się z tem, że w kile pierwotnej przeciwciała (przeciwkętkowe) powodują WaR. Coprawda, przypuszczenie to jeszcze nie tłumaczy całokształtu zagadnienia, gdyż, jak twierdzi Hirszfeld, „rola krętków w powstawaniu reaginów Wassermanna w skicach jest jeszcze problematyczna, a mechanizm niejasny”.

Bezsprzecznie stwierdzono, że surowice kilowe wykazują szczególne powinowactwo do lipoidów, czego wyrazem ma być dodatni WaR. Dlatego też bardzo pociągająca jest hipoteza o „autoprzeciwciałach”, lansowana ostatnio przez Sachsa i jego szkołę. Hipoteza ta głosi, że w kile ma miejsce wessanie własnej tkanki ze zwolnieniem lipoidów i ich aktywacji do pełnego antygeny; dochodzi to do skutku za pomocą białka krętkowego, odgrywającego rolę „pociągacza”. Hipoteza ta jest w zgodzie z wynikami badań Grzybowski, który stwierdził, że ilość lipoidów (jak i lipaz) w kile ma naogół skłonność do zwiększania się. Według Grzybowski „istnieje dużo danych, wskazujących na rolę lipoidów w procesie kilowym; można nawet stwierdzić, że w niektórych okresach kily następują zaburzenia w ilości i wzajemnym stosunku lipoidów”.

W swej znakomitej ostatnio ogłoszonej pracy (którą głównie posługiwałem się, przytaczając powyższe dane), usiłuje Hirszfeld ująć syntetycznie całokształt zagadnień, dotyczących istoty WaR. Opierając się przedewszystkiem na swych doniosłych badaniach oraz na odnośnych wynikach innych badaczy, przychodzi Hirszfeld do wniosków następujących: 1) jeżeli chcemy określić rolę krętków w WaR, to musimy powiedzieć, że można dyskutować o pewnej współ-

*) Wygłoszone w streszczeniu dn. 12.IX.1933 r. na XIV-tym Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich (Seksja Dermatologiczna) w Poznaniu.

noście antygenowej między krętkami i lipidami narządowymi, ale nie jest pewne, w jakim stopniu może ona wytłumaczyć WaR u człowieka; 2) nie możemy wykluczyć, że w WaR chodzi prawdopodobnie o odczyn chwiejności *sui generis*; hipoteza ta obok innych tłumaczeń jest uzasadniona; 3) materiał doświadczalny dotychczasowy nie umożliwił powzięcia decyzji; nie wiemy z pewnością, czy w WaR wyciągi narządowe spełniają czynność prawdziwych antygenów; 4) myśl o „auto-przeciwiałach” w kile należy ocenić, jako bardziej prawdopodobną, niż tłumaczenie fizykalne (!).

Widzimy więc, że istnieje obecnie tendencja do uznania WaR raczej jako odczynu biologicznego niż swobodnego, mimo że nie wiemy, czy właściwym antygenem, powodującym dodatni odczyn, są krętki, czy lipidy własnego ciała. Niektórzy z hołdujących tej teorii badaczy posuwają się tak daleko, że zapatrują się na dodatni odczyn *Wassermann*, jako na odznakę niewątpliwego istnienia krętków w ustroju (*Prochazka*) wzgl. ich czynnego rozrostu (*Fr. Blumenthal*).

Zasadniczo każdy zastosowany lek przeciwkiłowy, który jest w stanie doprowadzić do ustąpienia wykwitów kiłowych, a więc i krętków, może usunąć dodatni WaR. Wiemy, że najstabilniej pod tym względem działa jod; inne środki przeciwkiłowe (arsenobenzole, rtęć, bizmut) działają szybciej i pewniej, aczkolwiek dotychczas badania porównawcze nie rozstrzygnęły, który z wspomnianych leków wywiera największy wpływ na WaR. Niektórzy syfilidolodzy (*p. Fr. Blumenthal*) stwierdzili, że, im obfitsze są objawy kliniczne i im silniejszy WaR przed rozpoczęciem leczenia, tem trudniejsze jest osiągnięcie negatywacji zapomocą leczenia. Z drugiej strony stwierdzamy nieraz, że i słabe natężenia odczynu mogą być również trudne do usunięcia pomimo nawet szybkiego ustąpienia objawów klinicznych. Panuje naogół pogląd, że, im dłużej trwa leczenie, zwłaszcza rozpoczęte we wczesnym okresie kiły, i im większe dawki leków swoistych zostają zastosowane, z tem większą pewnością następuje i utrzymuje się nadal negatywacja WaR. Ale niezawsze leczenie staranne i energiczne odgrywa główną rolę w ustępowaniu WaR.

Przedewszystkiem należy wspomnieć o możliwości samoistnego i trwałego ustąpienia WaR, w rzadkich, coprawda, przypadkach (w 5% według *Fr. Blumenthala*), pomimo niedostatecznego, a nawet i braku leczenia swoistego. Jeżeli identyfikować (w niektórych przypadkach) stale ustąpienie WaR. z zupełnym wyleczeniem, to mamy tu do czynienia, być może, z naturalnym wyleczeniem (*Fr. Lesser*). Ma to miejsce zapewne wtedy, gdy ustrój, w pewnych, bliżej nam nieznanych okolicznościach i warunkach (konstytucjonalnych), sam zwalcza zakażenie kiłowe, jak to ma miejsce, zresztą, i w innych chorobach zakaźnych. Możliwym jest wreszcie, że tu chodzi o odporność względną, jak przypuszcza *Schulmann*.

Bywają, coprawda, stosunkowo rzadko, przypadki, kiedy pomimo długotrwałego leczenia WaR. nie ustępuje.

Stały dodatni WaR, zwłaszcza przy braku wszelkich zmian klinicznych, może u takich kiłowych utrzymywać się w ciągu bardzo wielu lat. Oczywiście, stan taki powoduje rozpacz nie tylko chorego, utwierdzonego przez to w świadomości swego nieuleczalnego stanu. Również i lekarz, opiekujący się takim chorym, przeżywa przykre chwile wobec bezradności, a przedewszystkiem wobec niemożności powzięcia uzasadnionej decyzji co do dalszego traktowania chorego (leczenie, rokowanie i t. d.).

Należy bowiem w takiego rodzaju przypadkach zastanowić się, czy nieustępujący odczyn *Wassermann* („*Wassermann* irreductible” — WaR-ir) uważać 1) jedynie jako stygmat, pozostały po przebytem, wzgl. wyleczonym zakażeniu, 2) czy jako osobliwy stan, uwarunkowany indywidualną właściwością (fizyczno-chemiczną) krwi danego osobnika kiłowego, 3) czy wreszcie jako oznakę istniejącej w ustroju czynnej sprawy kiłowej, t. j. obecności krętków zjadliwych.

Zagadnienie WaR - ir. było już od pierwszych lat po wprowadzeniu odczynu do djagnostyki przedmiotem zainteresowania syfilidologów. Zwłaszcza w latach ostatnich zwrócono szczególną uwagę na tę kwestję. O doniosłości i aktualności tego zagadnienia świadczy fakt, że zjazd dermatologów francuskich w Strasburgu zajmował się w zeszłym roku wyłącznie omówieniem WaR-ir. „Kiła surowiczo - oporna” była również tematem głównym sekcji dermatologicznej zeszłorocznego (1933) XIV-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

Już same tytuły, dotyczące tegoż samego zagadnienia — „*Wassermann* irreductible” w Strasburgu, „Kiła surowiczo - oporna” w Poznaniu — świadczą dobitnie o niejednolitości poglądów na kwestję nieustępującego WaR u kiłowych.

Zresztą, i w samym Strasburgu nie osiągnięto jednomyślności co do mianownictwa, a nawet i określenia WaR-ir. *Bory, Ramel* i inni używają wyrazu „*WaR irreductible*”; *Hudelo, Rabut, Schulmann* posługują się nazwą „*WaR resistant*” (*WaR res.*); wreszcie *Du Bois i Gougerot* sądzą, że należy odróżniać WaR - ir od WaR - res. *Pautrier* — inicjator i przewodniczący tego Zjazdu — przyznaje (w streszczeniu rozprawy na ten temat), że wyraz „*irréductibilité*” jest może słusznie kwestjonowany, należy go jednak pozostawić, gdyż wyraz ten tak zakorzenił się w piśmiennictwie, że uzyskał już prawo obywatelstwa.

Schulmann, jeden z czołowych syfilidologów francuskich i głównych referentów na zjeździe strasburskim, zajmujący się od 12 lat zagadnieniem WaR-ir., posługuje się obecnie już chętniej wyrazem WaR-res. W określeniu tem ma on na myśli te przypadki, gdy pomimo dwuletniego leczenia dostatecznego (energicznie i systematycznie przeprowadzonego za pomocą rozmaitych będących do dyspozycji leków w dawkach najwyższych) odczyn *Wassermann* a i kłaczujące pozostają stale dodatnie; warunkiem nieodzownym przy tem określeniu jest bezwzględny brak zmian czynnych skóry, śluzówek, narządów wewnętrznych, układu nerwowego ośrodkowego i płynu mózgowo - rdzeniowego. *Schulmann* i *Levy*, zwracają uwagę, że inne przypadki z nieustępującym WaR (a więc źle leczone lub niedostatecznie badane) nie mogą uchodzić za WaR - ir.

Hudelo i *Rabut* nie uważają znamion wymienionych przez *Schulmann* a za dostateczne. Autorzy ci podkreślają, że mogą istnieć zamaskowane, a dopiero później występujące schorzenia kiłowe narządów. Dlatego też chwilowy brak objawów swoistych nie jest miarodajny dla orzeczenia, czy dany osobnik jest wolny od kiły czynnej; kwestjonują oni również miarę leczenia dostatecznego, gdyż trudno jest określić, co jest leczeniem wystarczającym.

W przeciwieństwie do *Naegeli* ego, który sądzi, że trudno ustalić granicę między WaR-ir. a WaR-res., *Prochazka* nie robi różnicy między temi po-

jęciami. Prochazka odróżnia natomiast „prawdziwą kiłę surowiczo oporną” (gdym wywiady nie wskazują na leczenie opóźnione, wzgl. niedostateczne) od „rzekomej kiły surowiczo opornej” (inne przypadki). Należy nadmienić, że szereg autorów (Gay - Priéto i inni) nie zgadza się z definicją Schulmanna i mówi o WaR-ir, również i w takich przypadkach, gdzie ze stale trwającym dodatnim WaR współlistnieją zmiany kiłowe w narządach wewnętrznych, wzgl. układzie nerwowym ośrodkowym. Gougerot wreszcie wspomina o innych odmianach (poza typem Schulmanna), które należy, według niego, tak samo traktować, jak i WaR-ir. Są to: 1) odczynny wahający się, t. j. będące przez krótki czas ujemnymi, a później znów dodatnimi — WaR à courbe oscillante; 2) odczynny trwający, a wykazane li tylko czułymi metodami; 3) odczynny częściowo nieustępujący — WaR partiellement irréductible — t. j., gdy WaR nie ustępuje po kilku leczeniach energicznych, lecz dopiero po zastosowaniu innych leków; grupa ta należy do arseno - opornych.

Definicja Schulmanna wywołała również sprzeciw ze strony wielu autorów co do okresu czasu trwania stałego WaR, jako warunku koniecznego w określeniu WaR-ir. Sézary i Barbara zadawała się, jeżeli chodzi o przypadki świeże, 2-letniem trwaniem stałego WaR; natomiast w przypadkach kiły zadawionej mówią oni o WaR-ir tylko wówczas, gdy leczenie właściwe było przeprowadzone conajmniej w ciągu 4-ch lat; w innych przypadkach chodzi według S. i B. tylko o War-res. Ramel wymaga dla wszystkich bez wyjątku przypadków conajmniej (aby je uważać jako WaR-ir) 4-ro letniego uprzedniego leczenia, a Du Bois — nawet 6-7 letniego. Wreszcie Esquier i Escartefigue, którzy wątpią, czy w ogóle istnieje WaR-ir w ścisłym znaczeniu tego słowa, sądzą, że trudno ustalić miarę czasu, uprawniającą do określenia WaR-ir; na podstawie własnych spostrzeżeń (w 1 przypadku dodatni WaR ustąpił po 4-ch, w 2-gim po 5 latach) wspomniani autorzy uważają, że w wielu przypadkach można osiągnąć ustąpienie WaR po przeprowadzeniu dalszych jeszcze energicznych leceń. Pogląd ten podzielają również H u d e l o i R a b u t (odnośnem spostrzeżeniem i ja rozporządza p. niżej).

Na zjeździe strasburskim nie osiągnięto jednoznaczności co do kwestji, czy rzeczywiście istnieją przypadki, w których metodami leczniczymi nie można było usunąć stale trwającego WaR. Wysuwano przytem głównie niedostateczne dane statystyczne, dotyczące długoletnich spostrzeżeń. Wydaje się jednak niewątpliwem, że przypadki takie istnieją. Spostrzeżenia Chevalliera (19-letni młodzieniec z kiłą wrodzoną, u którego WaR-ir trwa od urodzenia), Nicola u (przypadek, w którym dodatni WaR trwa od 22 lat), P h o t i n o s a oraz moje (p. niżej) dobitnie o tem świadczą.

W każdym bądź razie WaR-ir należy do zjawisk niezmiernie rzadkich. Dane statystyczne nie dają, niestety, obrazu jednolitego, dotyczącego częstości tego stanu. Występują raczej jaskrawe różnice w ocenie częstości WaR-ir przez rozmaitych autorów *). Podawane w piśmiennictwie liczby przedstawiają się, jak następuje:

*) P. między innymi statystykę Straszynskiego.

1 przypadek na 2000 kilowych (S é z a r y i B a r b a r a, D u B o i s); 1 : 1100 (N i c o l a u); 1 : 500 (S c h u l m a n n - L e v y, P e g e s); 1 : 235 (D u j a r d i n); 1 : 143 (G a t).

Wyniki obliczeń statystycznych, oczywiście, są uwarunkowane przypadkowością, i dlatego jest zrozumiałem, że jeden (L a u r e n t) ocenia liczbę osobników z WaR-ir na 3% (!), inni — na 2% (przeciętna liczba w ocenie P a u t r i e r a). Co się tyczy kiły surowiczo - opornej (WaR-res), to T o b i a s stwierdził ją w 13% swego materiału. H a l k i n zwrócił jeszcze uwagę na przewagę płci żeńskiej w przyp. z WaR-ir, co jednak przez innych autorów nie zostało potwierdzone.

M ó j m a t e r j a ł s t a t y s t y c z n y obejmuje 360 kilowych (318 mężczyzn i 52 kobiety), rejestrowanych u mnie w przychodni K. Ch. — w ciągu ostatnich 4 lat (1929 — 1933).

Rejestrowani byli jedynie chorzy, którzy przechodzili u mnie conajmniej 1 leczenie. Wśród powyższej liczby figurują, oczywiście, i tacy, którzy dawniej się u mnie leczyli, t. j. przed rozpoczęciem ścisłego rejestrowania, tak, że wielu było z obserwacją nawet 7-letnią.

Chorych, spostrzeganych powyżej 2-ch lat, było 60-ciu. W miarę posiadanych adresów byli oni periodycznie wzywani celem przeprowadzania badań klinicznych i serologicznych.

Leczenie swoiste było przeprowadzone w ś w i e ż y c h przypadkach w ten sposób, że w I-szym roku po zakażeniu zastosowane zostały 3 leczenia (składające się z 10—12 wstrzyknięć N-Salwarsanu w ilości 4—5 gr, z 8—10 bizmutowych oraz 8—10 salicylanu rtęci); w II roku — także 2 leczenia. W przypadkach kiły z a d a w n i o n e j, wzgl. w nawracającymi objawami albo też z uporczywie trwającym dodatnim WaR, liczba leceń (ew. w skojarzeniu z postępowaniem bodźcowem) dochodziła do 8—10 i więcej.

Stosując taką miarę leczenia, uzyskałem w większości wspomnianych przypadków wyniki naogół zupełnie zadawalające.

Pod względem u s t ę p o w a n i a WaR materiał z dłuższą obserwacją (t. j. wspomnianych 60 chorych) dał się podzielić na 3 grupy:

1) WaR u s t ę p u j ą c y s z y b k o l u b z o p ó ź n i e n i e m (31 przypadków).

a) W 3-ch przypadkach, w których leczenie rozpoczęto w okresie najwcześniejszym (stwardnienie pierwotne z wykazanymi krętkami), nie doszło wcale do dodatniego WaR.

b) W 17 przypadkach kiły I surowiczo - dodatniej, oraz kiły II WaR ustępował bardzo szybko: w 15-tu — już po pierwszym, a w 2-ch po drugim leczeniu.

c) W 11 przypadkach ustąpił dopiero po 1 — 1½ t. j. po przebyciu 3 — 4 leceń.

U wszystkich wspomnianych (sub a, b, c.) chorych negatywna WaR utrzymywała się w ciągu dalszej obserwacji i była kontrolowana conajmniej w ciągu 3 lat; badania układu nerwow. ośrodk. oraz narządów wewnętrznych (u większości wielokrotnie powtarzane) zmian swoistych nie wykryły.

II). WaR c z a s o w o n i e u s t ę p u j ą c y (WaR resistant, kiła surowiczo - oporna) — 14 przypadków.

a) W 5 przypadkach stwierdzono z m i e n n o ś ć WaR, t. j. odczyn stale nawracał po chwilowo osiągniętej negatywności („WaR à courbe oscillante G o u g e r o t); w 1-ym z tych przyp. chodziło o kiłę mózgową; pomimo 8 leceń mieszanych, bardzo energicznych WaR tylko 2 razy był ujemny, pozatem stale dodatni; w 2-im przyp. — dodatnie wahania (4+) WaR sygnalizowały wybuchy zmian klinicznych (wysypki, żółtaczka), a dopiero po 7 leczeniach mieszanych, intensywnie prowadzonych, nastąpiła negatywna stała, kontrolowana od 1½ roku; w pozostałych 3-ch przypadkach kiła surowiczo - oporna nie była skojarzona z ja-

kiemikolwiek zmianami klinicznymi lub też opornością lekową.

b) W 9 przyp. stwierdzono bardzo p ó ź n e ustępowanie WaR: w 4 przyp. — po 2-ch latach; w 3-ch — po 3-ch latach; w 1-ym po 4-ch (!) latach (miało to miejsce u chorego, który zarzucił zupełnie leczenie; w 2 lata po zakończeniu ostatniego leczenia WaR okazał się ujemny — chory jest nadal obserwowany); w 1-ym przyp. WaR ustąpił po 10 latach (!). Spostrzeżenie dotyczyło 36-letniego urzędnika, który zakaził się w 1920 roku; zgłosił się on do mnie w 1929 r., podając, że już przebył 19 leczenia (!) wobec stale trwającego dodatniego WaR. Badanie ukl. nerw. (Dr. L e ś n i o w s k i) wykryło *lues cerebri stationaria*. Wobec powyższego chory został przezemnie skierowany do leczenia zimnicą, a następnie przeprowadzone zostały jeszcze 2 leczenia (1930 — 1931). WaR ustąpił i od 2 lat (1931 — 1932) pozostaje nadal ujemny.

Wyżej wymienieni (Gr. „b”) chorzy leczyci się naogół niestarannie. Poza ostatnim (*L. cerebri*), u żadnego z nich zmian w narządach lub układach nie wykryto. Negatywna odczynu była u większości z nich kontrolowana w ciągu 2 — 3 lat.

III) WaR stały, w c a l e n i e u s t ę p u j ą c y (WaR-ir) — 15 przypadków.

a) 11 przyp. z wzgl. k r ó t k ą o b s e r w a c j ą; w 6-ciu z nich stwierdzono wyraźne zmiany kilowe (*me-saortitis, gummata disseminata, lues cerebro-spinalis*); w 5-ciu nie wykryto żadnych zmian suistych.

K w a l i f i k a c j a t y c h 11 przyp. jest trudna ze względu na krótki czas spostrzegania (2 — 3 lata) i nieznane dalsze losy większości z nich. Należy nadmienić, że wszyscy ci chorzy przeoczyli początek zakażenia, wzgl. leczyci się niestarannie i chaotycznie.

b) 4 przyp. z o b s e r w a c j ą d ł u ż s z ą:

1) w 2-ch z nich mamy do czynienia z WaR-ir r z e k o m y m z istniejącymi zmianami dyskretnymi.

aa) 25-letni robotnik F. (spostrzeżenie wspólnie z D-rem W. N o w a k o w s k i m, demonstrowany w Towarzystwie dermatol. dnia 14-VI-1933). Przypuszczalny termin zakażenia — 7 lat temu. Przypadkowe badanie krwi przed 4 lata wykazało 4+. Chory zaznacza, że poza „zatarciem” nigdy zmian na skórze nie zauważył. Przechodził 6 energicznych leceń, co jednak nie wpłynęło na WaR., który i obecnie wykazuje 4+. Inne badania krwi: cholesteryna 0,9 mgr%; grupa A. Dno oka, narządy wewnętrzne (tętnica główna, R o e n t g e n) — bez zmian. Badanie neurologiczne (Dr. L. P r u s s a k): lewa szpara oczna nieco szersza, objaw R o s s o l i m o z J ę d r a s i k i e m z prawej stopy — dodatni. Płyn mózgowo - rdzeniowy: P a n d y — słabo dodatni, N o n n e A p e l t i WaR. — ujemny, odczyn L a n g e g o (Dr. D w o r e c k i) — dodatni — krzywa o typie kilowym słabo zaznaczona, do zabarwienia fiołkowo niebieskiego.

Przeprowadzone (lipiec 1933 r.) leczenie „Dmelkosem” (12 iniekcji) nie zdołało zmienić dodatniego WaR.

bb) 28-letni urzędnik S., który zaraził się kilą w 1929 r. ale z przyczyn od niego niezależnych rozpoczął leczenie dopiero w pół roku po zakażeniu. Poza zmianą pierwotną chory nigdy zmian na skórze u siebie nie zauważył. Przechodził 7 leceń, składających się z NS. w dawkach małych oraz bizmutu. WaR jest stale dodatni (4+). Stwierdza się obecnie znaczne zwiększenie wszystkich gruczołów chłonnych (regionalnych)! Badanie krwi: Cholesteryna 0,8 mgr%. Grupa-A. Ukl. nerwowy ośr. (Dr. B a u p r u s s a k o w a); płyn mózgowo - rdzeniowy, narządy wewnętrzne — bez zmian.

2) W 2-ch pozostałych stwierdzamy WaR-ir p r a w d z i w y (WaR-ir w ścisłym znaczeniu tego słowa), gdyż

badania skrupulatne nie zdołały wykryć uchwytnych zmian patologicznych w narządach, wzgl. układach.

aa) 38-letni robotnik N. (demonstrowany 9-III-1932 r. w Tow. dermatol. z powodu zatoru tętniczego po bizmucie), spostrzegany przezemnie przeszło 3 lata, a przez innego kolegę od wielu lat. Zakażenie kilowe miało miejsce w 1921 r. Poza stwardnieniem pierwotnym chory nigdy objawów kilowych nie miał. W pierwszych latach po zakażeniu leczył się dorywczo, nie systematycznie. Przeszedł dotychczas 10 leceń kombinowanych. Chory podaje, że WaR od samego początku był stale dodatni. W ciągu ostatnich lat 3-ch badania krwi, przeprowadzone 2 razy do roku, wykazywały 4+ albo 3+. Chory jest wzrostu wysokiego, szczupły, ze spłaszczoną klatką piersiową (*Habitus asthenicus*). W narządach wewnętrznych (serce, R o e n t g e n), układzie nerw. ośrodk. (Dr. L e ś n i o w s k i i Dr. P r u s s a k o w a), moczu, gruczołach chłonnych, płynie mózgowo - rdzeniowym (WaR ujemny) zmian patologicznych nie wykryto. Badanie krwi: Cholesteryna — 0,8 mgr.%, grupa B.

Dalszy przebieg schorzenia w tym przypadku był bardzo ciekawy i pouczający. Jak wspomniano, w ciągu kilku lat w układzie nerw. ośrodk. zmian patologicznych u chorego nie wykryto. Ale już dn. 6.XI.1933 r. Dr. P r u s s a k o w a stwierdziła u niego „lekkie upośledzenie reakcji świetlnej źrenic i wzmożenie odruchów ścięgn. w k. k. d.”. Według relacji Dr. P r u s s a k o w e j, która chorego nadal spostrzegala, wystąpił u niego nagle dn. 29.XI.1933 r. bezwład prawostronny z niemotą na tle kilowym, przyczem nie zostało jeszcze rozstrzygnięte, czy miało się tu do czynienia z kilą mózgu, czy też z porażeniem postępującym. A więc w przypadku tym istniał WaR-ir., jako zwiastun kily ukl. nerw. ośrodk.!

bb) 47-letni rob. G. (spostrzeżenie wspólne z D-rem W. N o w a k o w s k i m). Zakażenie kilowe w 1909 r. Poza stwardnieniem pierwotnym chory nigdy żadnych zmian kilowych nie zauważył. Od 1909 r. do 1920 r. przechodził 9 leceń wcierkowych, a od 1920 r. do 1933 r. 10 leceń salwarosanowo - rtęciowych, wzgl. bizmutowych. Leczenie (razem 17!) przeprowadzał niesystematycznie; każdorazowym powodem do leczenia były, według słów chorego, wzmagające się bóle w stawach, wzgl. nasilenia łuszczycy, na którą chory pozatem cierpi; dolegliwości te jakoby po przeprowadzonych leczeniach ustępowały na 1 — 1½ roku. Pomimo tak licznych leceń WaR jest stale dodatnim (4+).

Chory jest wzrostu średniego, niedostatecznie odżywiony, typu astenicznego. Narządy wewnętrzne, układ nerwowy ośrodk. (Dr. L e ś n i o w s k i), mocz — norma. Płyn mózgowo - rdzeniowy (WaR, odczyn białkowe, odczyn L a n g e g o, morfologia) — norma. Badanie rentgenowskie serca, płuc, stawów barkowych, zmian patologicznych nie wykryło. Badanie krwi: morfologia — norma, cholesteryna — 0,7 mgr%, grupa A-AB.

Po zakończeniu ostatniego leczenia (w czerwcu 1933) zalecono choremu jod. Po zażyciu około 100 g jodku potasu — WaR nadal dodatni. Wobec tego chorego poddano (w sierpniu i wrześniu t. r.) leczeniu „Dmelkosem”. Chory otrzymał 2 serje po 6 wstrzyknięć dożylnych (przerwa 2 tygodniowa między obiema serjami), przyczem miały miejsce wybitne odczynu gorączkowe — na początku do 40°, później każdorazowo do 38,5 — 39°. W 3 tygodnie po zakończeniu tego leczenia (10.X.33) WaR okazał się nadal 4+ (!).

Dzięki uprzejmości Pana Prof. L. H i r s z f e l d a zostały dokonane w P. Z. H. (za co mu w tem miejscu serdecznie dziękuję) b a d a n i a n a g r u p y k r w i u 16 — w powyższym zestawieniu przytoczonych — kilowych.

U 11-tu z nich z kilą surowiczo - oporną (z „czasowo nieustępującym WaR”) wyniki przedstawiają się, jak nastę-

puje: w 4 przyp. stwierdzono grupę A, w 3-ch — B, w 1-ym — AB, w 3-ch — O.

W 5-ciu pozostałych z „WaR wcale nieustępującym“ stwierdzono: w 1-ym przypadku („WaR stały w wzgl. krótką obserwacją“) — grupę A; w 2-ch (z „WaR-ir rzekomym-A; w 1 przypadku z „WaR-ir prawdziwym“—B; w II-gim—AB.

Badania powyższe wykazały, że 1) na 16 przypadków z WaR opornym, wzgl. nieustępującym grupę 0 stwierdzono w 3-ch tylko (grupę A w 7-miu); 2) wśród 5-ciu kiłowych z wcale nieustępującym WaR nie stwierdzono ani razu grupy 0.

Badania krwi na zawartość wolnej cholesteryny były dokonane u 10 kiłowych z WaR-ir, przytoczonych w zestawieniu powyższym.

Określanie wolnej cholesteryny dokonane zostało metodą digitoninową (Pracownia K. Ch.). Niektórzy z chorych byli badani w większych odstępach czasu kilkakrotnie.

Wyniki badań przedstawiają się, jak następuje: w 1-ym przyp. stwierdzono 1,5 mgr%; w 2-ch — 1,3 mgr%, w 4-ch — 0,8 mgr%; w 3-ch — 0,7 mgr%.

Badania powyższe wykazały zatem ilości prawidłowe w 3-ch przypadkach, znaczne natomiast zmniejszenie wolnej cholesteryny (hipocholesterinemję) w 7-u przypadkach.

Wnioski z badań własnych.

1) Z 360-ciu kiłowych, rejestrowanych w przychodni Kasy Chorych, spostrzegano przez czas dłuższy (2½ — 7 lat) 60 kiłowych.

2) U 45-ciu z nich WaR ustąpił całkowicie wskutek systematycznego leczenia; trwała negatywacja odczynu była w spostrzeżeniach tych kontrolowana w ciągu dalszych 2 — 3 lat i dłużej.

Co dotyczy szybkości ustąpienia WaR, to można było odróżnić 3 grupy:

a) w 20 przypadkach negatywacja następowała przeważnie po 1 leczeniu;

b) w 11 — po 3 — 4 leczeniach (1 — 1½ roku);

c) w 14 — ze znacznym opóźnieniem i dopiero po wytrwałym 2 — 3-letnim (w 1-czym nawet po 10-letnim) leczeniu. Chodziło zatem u tych osobników o kiłę surowiczoooporną (WaR czasowo nieustępujący).

NB. Spostrzeżenia, objęte grupami „a“ i „b“, dotyczą osobników z świeżym zakażeniem; grupa „c“ obejmuje zarówno świeżo zakażonych, jak i osobników z kiłą zadawnioną, wzgl. — wykazujących zmiany swoiste w układach lub narządach.

3) Sposób ustępowania WaR u kiłowych, należących do grupy ostatniej, dowodzi, że 3-letnia obserwacja serologiczna, wymagana

przez wielu autorów, nie jest wystarczająca, aby móc osądzić, czy mamy do czynienia z prawdziwym nieustępującym WaR. Na podstawie przytoczonych spostrzeżeń własnych należy raczej czas ten przedłużyć co najmniej do 4—5 lat. W niektórych przypadkach przeciętna miara leczenia (około 5-ciu leceń mieszanych N. S., Bis., Hg.) może się okazać niewystarczająca do osiągnięcia negatywacji; z drugiej strony uporczywie trwający WaR może ustąpić i samoistnie po dłuższej przerwie w leczeniu, jak wskazuje jedno ze spostrzeżeń.

4) W 15-tu pozostałych przypadkach stwierdzono istnienie stałego dodatniego WaR; krótki czas spostrzegania (2 — 3 lata), dotyczący 11-tu z nich, nie pozwalał wyciągnąć wniosku, czy mamy tu do czynienia z WaR-ir, prawdziwym, natomiast dostateczna obserwacja 4-ch — uprawniała do zaliczenia ich do kategorii kiłowych z WaR wcale nieustępującym.

5) Historje chorób tych 4-ch spostrzeżeń uprawniają do wyodrębnienia z nich tylko 2-ch przypadków (dotyczących zresztą osobników o typie astenicznym), u których można mówić o „WaR-ir“ w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, w 2-ch pozostałych — skrupulatne badania wykryły istnienie zmian kiłowych (w 1 — polyadenitis specifica, w II-gim zmiany dyskretne w układzie nerwowym ośrodkowym).

6) Wszyscy prawie wymienieni (15) kiłowi z wcale nieustępującym WaR rozpoczęli leczenie swoiste późno (przeważnie wskutek przeoczenia początku choroby), a większość z nich leczyła się niedostatecznie i chaotycznie; u wielu (8) istniały objawy kiły czynnej (gummata cutanea, masaortitis, lues cerebrospinalis).

7) Badania na grupy krwi (u 16-tu chorych) potwierdziły znaną już z piśmiennictwa korelację między grupą „0“ a ustępowaniem WaR.: wśród 5-ciu kiłowych z nieustępującym WaR nie stwierdzono ani razu grupy „0“.

8) Badania krwi na wolną cholesterynę u 10-ciu osobników ze stałym WaR wykazały przeważnie hipocholesterinemję; wyniki te potwierdzają badania Schulmanna i przemawiają przeciwko łączności zaburzeń humoralnych z WaR-ir.

9) Wśród kobiet, stanowiących około 15% ogólnej liczby zarejestrowanych kiłowych, nie stwierdzono ani jednego przypadku kiły surowiczopornej, wzgl. WaR-ir. (zbieg okoliczności?).

10) Pyretoterapia (w postaci iniekcji „Dmelcosu“), zastosowana w 2-ch przypadkach w WaR-ir, nie zdołała zmienić odczynu. (Dok. nast.)

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Poradni Przeciwgruźliczej Zyd. Tow. Przeciwgruźl. „Brijus“ w Warszawie.

Parę uwag o patogenezie i leczeniu „samoistnego“ wysiękowego zapalenia płucny.

Podał
Benedykt GLASS (Warszawa).

Występowanie gruźlicy płuc po przebytem wysiękowym zapaleniu płucny (według różnych autorów od

20% do 50% przyp. — patrz A. Landau, B. Glass i M. Markson¹⁾ oraz znaczna rozbieżność zdań co do wpływu wys. zap. opł. na dalsze losy chorego zmusza do szukania przyczyny tych różnic i do rewizji naszych poglądów na mechanizm powstania tego cierpienia.

¹⁾ A. Landau, B. Glass i M. Markson: Polsk. Gaz. Lek., Nr. 45, r. 1933.

O ile dawniej ujmowano wys. zap. opł. jako chorobę samoistną, początkowo o etiologii różnej, następnie o etiologii przeważnie lub jedynie gruźliczej, o tyle obecnie wys. zap. opł. zdegradowane zostało z godności samodzielnej jednostki chorobowej. Jest ono bowiem jedynie epizodem w przebiegu gruźlicy, epizodem, którego wystąpienie zależy od sumy wielu czynników.

Zostało stwierdzone, iż niezbędnym czynnikiem dla powstania wys. zap. opł. jest odpowiednie przeistoczenie humoralne ustroju w sensie dodatniej alergji. Niema bowiem wys. zap. opł. u dzieci z ujemnym odczynem tuberkulinowym (Pirquet dodatni w 96,2% w/g Orosza²⁾), nie można, jak to wykazały doświadczenia Pérou i Patersona³⁾ wywołać sztucznie wys. zap. opł. przez zaszczepienie prątków na opłucną królika, nie zakażonego uprzednio gruźlicą. A zatem wys. zap. opł. powstać może dopiero po przebiegu zakażenia pierwotnego. Wiemy zatem z naszego doświadczenia, iż na sali gruźliczej, a więc u chorych z rozwiniętą gruźlicą płuc, wys. zap. opł. jest rzadkością (nie mówiąc, oczywiście, o wysiękach podmowych) — t. zn., iż występowanie wys. zap. opł. przypada na ten okres rozwoju gruźlicy, któryby nazwać można było okresem jej klinicznego utajenia.

Nie wiemy jednak dotąd, dlaczego powstaje wys. zap. opł. Niesłuszne wydają się nam poglądy niektórych autorów, dopatrujących się przyczyny wys. zap. opł. w pewnych stanach alergicznych (Miller⁴⁾), czy też porównywiających je do objawu Kocha, a zatem uważających wys. zap. opł. za akt samoobrony ustroju. Cały szereg przesłanek pozwala raczej przypuszczać, że w grę tu wchodzi ten sam czynnik, który decyduje o przebiegu gruźlicy: obniżenie odporności czy to ogólnej, czy też miejscowej, narządowej.

Przemawia za tem to, iż wys. zap. opł. występuje w krajach środkowo-europejskich częściej u mężczyzn, niż u kobiet (dwa razy częściej w/g A. Landaua, B. Glassa i M. Markson), co tłumaczy się bądź cięższą pracą mężczyzny, bądź też częstszym używaniem alkoholu przez mężczyzn. Poparciem tego drugiego poglądu jest statystyka Scheela i Foiena⁵⁾, którzy stwierdzili, iż w Norwegji, a zatem w kraju abstynentów, równa liczba mężczyzn i kobiet zapada na wys. zap. opł. Poza tem wys. zap. opł. występuje równie często u ludzi w wieku podeszłym, a więc w okresie obniżenia ogólnej odporności, jak i u ludzi młodych, najczęściej w wieku około lat 20, przeciążonych pracą, narażonych na znaczne wysiłki fizyczne, czego dowodem jest np. t. zw. Militärpleuritis, która w niektórych krajach jest klęską wojska poborowego (Kana i Minami⁶⁾).

Usiłowano łączyć wystąpienie wys. zap. opł. z przeziębieniem. Okazuje się jednak, że jedni autorzy stwierdzają nasilenie wys. zap. opł. wiosną i jesienią, inni — równomierne zjawianie się jego w ciągu całego roku. A. Landau, B. Glass i M. Markson stwierdzili jedynie nieznaczne nasilenie wys. zap. opł. zimą kosztem wiosny, przy jednakowej częstości latem i jesienią.

Czynnikiem, uspasabiającym do wystąpienia wys. zap. opł., bywa nieraz kiła, przyczem zazwyczaj stwier-

dza się w tych przypadkach gruźliczą etiologję wysięku. Gougerot⁷⁾ obserwował 2 przypadki wys. zap. opł. w okresie różyczki kiłowej, które ustąpiły, coprawda, pod wpływem leczenia swoistego przeciwkiłowego, ale wysięk, szczepiony świnie morskiej, wywołał u niej typową gruźlicę. Neumann⁸⁾ stwierdził w paru przypadkach kiły wys. zap. opł., którego pochodzenie gruźlicze wykazywało badanie anatomo - patologiczne. Również Schittlenheim⁹⁾ w 5 przypadkach, a Gsell¹⁰⁾ w 2-ch obserwowali gruźlicze wys. zap. opł. w przebiegu kiły.

Musimy więc powiedzieć, iż wskutek naszych, tak niedoskonałych jeszcze metod badania nie udaje się nam w większości przypadków uchwycić żadnej przyczyny wystąpienia wys. zap. opł. — żywo nam to przypomina niespodziewane występowanie gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dzieci w wieku szkolnym.

Zagadnienie — dlaczego i kiedy powstaje wys. zap. opł., pozostaje nadal otwarte. Nie umiemy jego powstania przewidzieć, nie jesteśmy w stanie mu zapobiec.

Jakiż jest mechanizm powstawania wys. zap. opł.?

Jeśliśmy powiedzieli wyżej, iż wys. zap. opł. występuje w okresie klinicznego utajenia gruźlicy, to określeniem tem objęliśmy cały okres, który rozpoczyna się zakażeniem pierwotnem, a kończy wystąpieniem gruźlicy narządowej — inaczej mówiąc, I i II okres rozwoju gruźlicy w/g Rankego.

Używając jednak podziału Rankego, musimy zaznaczyć, iż okresy te odpowiadają pewnym stanom alergji i nie stanowią tem samem sztywnych ram, lecz są jedynie elastycznymi określeniami dla chwilowego nastawienia humoralnego organizmu, a zatem pozwalają na płynne przejście z jednego okresu do drugiego oraz na cofnięcie się np. z okresu III-go do II-go.

Inny będzie więc mechanizm powstawania wys. zap. opł. w okresie zespołu pierwotnego, po zakażeniu pierwotnem, inny będzie w okresie rozsiewania się gruźlicy drogą naczyń chłonnych i krwionośnych, inny wreszcie, jeśli wysięk towarzyszyć będzie ogniskom płucnym, usadowionym pod opłucną.

W okresie zespołu pierwotnego wys. zap. opł. może występować bezpośrednio po zakażeniu, bądź też później, w okresie jego utajonego postępowania.

Wys. zap. opł., występujące natychmiast po zakażeniu gruźliczem w okresie rozwoju zespołu pierwotnego, wywołane jest przez zapalenie okołogniskowe, które dosięgło opłucny. Ogniskiem zapalnym jest zazwyczaj gruźliczy gruczoł chłonny śródpiersia (Arborelius, Maus, Jgve Akeren, Schröder¹¹⁾), rzadziej ognisko wewnątrzpłucne, znajdujące się pod opłucną (Hamburger, Kleinschmidt, Engel, Finkelstein, Damany, Sauer, May, Wallgren, Orosz¹²⁾).

Dwa fakty potwierdzają istnienie powyższego mechanizmu powstawania wys. zap. opł.: jeden — iż znacznie częściej wysięk u dzieci zjawia się po stronie prawej, niż po lewej, ponieważ gruczoły chłonne śródpiersia stykają się bezpośrednio jedynie z opłucną prawą (Neumann¹²⁾), drugi — potwierdzający jego

²⁾ Orosz: Beitr. Klin. Tbk. 78/1931.

³⁾ cyt. w/g Mumme: Beitr. Klin. Tbk. 79/1932.

⁴⁾ Miller: Polsk. Gaz. Lek. 1931.

⁵⁾ Scheel i Foien: Act. med. Scand. 68/1928.

⁶⁾ cyt. w/g. Mumme.

⁷⁾ Gougerot: Ann. mal. vénér. 26/1931.

⁸⁾ Neumann: Jkurse ärztl. Fortb. 23/1932.

⁹⁾ cyt. Gsell.

¹⁰⁾ Gsell: Beitr. Klin. Tbk. 75/1930.

¹¹⁾ cyt. Mumme.

¹²⁾ cyt. Gsell.

„toksyczne” pochodzenie to to, iż wysięki te są zawsze jałowe (O r o s z ¹³).

Są to wys. zap. opł., których rokowanie jest zupełnie dobre, zależne jedynie od losów zespołu pierwotnego. Jest rzeczą jasną, iż w ten sposób powstałe wys. zap. opł. spotyka się najczęściej w wieku dziecięcym, kiedy to gruczoły chłonne posiadają zdolność dawania wybitnych odczynów okołooogniskowych, zarówno wewnątrz—jak i zewnątrzgruczołowych. W wieku późniejszym zdarza się jednak nieraz wybitny odczyn okołooogniskowy wokoło gruczolniczych, ale niepowiększonych już gruczołów. Badania lat ostatnich wykazały, iż zakażenie pierwotne często bardzo ma miejsce w wieku młodzieńczym. Np. według B. G l a s s a i H. S z p i d b a u m a ¹⁴) dzieci w wieku 8 lat wykazują w 50,4%, a w wieku lat 14 — 16 jedynie 73,5% dodatnich odczynów tuberkulinowych, przyczem dane te tyczą się dzieci szkół powszechnych w Warszawie. H e i m b e c k ¹⁵) stwierdzał znaczny odsetek tuberkulinoujemnych pielęgniarek w wieku 16 — 25 lat, które przechodziły zakażenie pierwotne w czasie pracy na sali szpitalnej, a następnie zapadały na rumień guzowaty, wys. zap. opł., względnie na gruźlicę płuc.

Dane powyższe pozwalają przypuszczać, iż i w naszych warunkach zakażenie pierwotne może mieć miejsce w wieku młodzieńczym, i że pewna część wys. zap. opł. tego okresu łączy się ściśle z powstaniem zespołu pierwotnego w płucach. Sądzymy też, że częstość występowania wys. zap. opł. w wieku poborowym również zależy od zakażenia pierwotnego, szczególnie tyczy się to młodzieży, przybywającej do miasta z zapadłych wsi.

Jeśli jednak w okresie nieco późniejszym, a więc w okresie cofania się zespołu pierwotnego, ogniska —

¹³) Orosz: Beitr. Klin. Tbk. 78/1931.

¹⁴) B. Glass i H. Szpidbaum: Warsz. Czas. Lek. wrzesień, 1933.

¹⁵) Heimbeck: Klin. Wochenschr. 26/1929.

czy to płucne, czy też gruczołowe, — ulegną rozbudzeniu, sprawa kształtuje się już nieco inaczej. Jest to po granicze między I-ym a II-im okresem R a n k e g o. Możemy mieć wtedy taki sam obraz, jakiszy opisali przed chwilą — a więc wys. zap. opł. „toksyczne”, możemy też mieć jednak uogólnienie się gruźlicy, jest to bowiem okres, w którym u dzieci, wskutek powtarzających się zakażeń zewnątrzpochodnych, przy nieuzyskaniu jeszcze dostatecznej odporności ogólnej i narządowej, występują gruźlicze zapalenie opon mózgowych, rumień guzowaty, wys. zap. opł., kiedy zjawiają się w płucach t. zw. krwiopochodne przruty S i m o n a w postaci licznych, z biegiem czasu wapniejących, ognisk w szczytach płucnych i t. p. Schorzenia te powstają drogą wysiewów krwiopochodnych i, co jest ciekawe, nawzajem się do pewnego stopnia wyłączają, tak, że powiedzieć można, iż dziecko, które przebyło w tym okresie wys. zap. opł. ew. rumień guzowaty, nie dostanie już teraz gruźlicy opon mózgowych (O r o s z ¹⁶).

Jednak sam fakt szerzenia się gruźlicy drogą krwionośną nie jest widocznie pomyslny dla organizmu, bowiem spośród dzieci chorych w tym okresie alergicznym na wys. zap. opł. 13,7%, a na rumień guzowaty 14,3% umiera na gruźlicę (E c k e r s t r ö m ¹⁷).

Wysięk opłucnowy krwiopochodny wywołuje gruźlicę u świnek morskich.

Jak wielka jest różnica w rokowaniu wys. zap. opł. „toksycznych” czyli wczesnych (frühsekundär) i późnych (spätsekundär — O r o s z ¹³), o których przed chwilą była mowa, świadczą dane O r o s z a ¹⁸), który spośród 55 dzieci z wys. zap. opł. wczesnym widział wystąpienie następcze gruźlicy tylko u 2-ga, natomiast z pośród 11 dzieci z wys. zap. opł. późnym — tylko 1 dziecko pozostało zdrowe.

(Dok. nast.).

¹⁶) Orosz: Beitr. Klin. Tbk. 79/1932.

¹⁷) Eckerström: Act. tbc. Scand. 6/1932.

¹⁸) Orosz: Arch. Kinderheilkunde 95/1931.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe

Z Oddziału Wewnętrzznego Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Dr. G. L e w i n).

Rola układu autonomicznego w krążeniu, ustalaniu się i załęganiu wody w ustroju oraz w powstawaniu obrzęków i stanów wysuszenia *).

Podał

Dr. med. Juljan FLIEDERBAUM, b. asystent oddziału.

(Ciąg dalszy — patrz Nr. 1).

4. Wpływ regulujący układu roślinnego na gospodarkę wodną.

Tak złożony mechanizm regulacyjny wymiany płynów między krwią i tkankami, podobnie jak nawodnienie, obrzęk i wysuszenie krwi lub tkanek, dziwnym zbiegiem okoliczności, nie został dotąd ujęty w jednolitą całość.

* Referat, przedstawiony X Zjazdowi T-wa Intern. Polskich w Poznaniu we wrześniu 1933 r.

Otóż bliższe zastanowienie się nad ogółem tych zjawisk nasunęło mi w r. 1925 pogląd, że wszystkie te czynniki fizyczno-chemiczne i naczyniowe muszą być przez jakiś inny, jeden czynnik regulowane. Owym sternikiem jest układ nerwowy autonomiczny, od zaburzeń w roli kierowniczej tej „duszy roślinnej” (A r y s t o t e l e s) zależą zjawiska, wywołujące powstawanie obrzęków i wysuszenia ustroju. Czynniki, zwiększające gromadzenie płynów w tkankach dadzą się sprowadzić do podrażnienia u. n. przywspółczulnego lub do porażenia u. n. współczulnego⁴⁰. Wynika to z licznych badań naszych, częściowo potwierdzonych już przez doświadczenia późniejsze innych autorów.

Wpływ układu na przepuszczalność ściany naczyniowej wynika z przytoczonych już doświadczeń: potas o działaniu, podobnym do jadów parasympatykotropowych, ją zwiększa, wapń o działaniu przeciwnym — zmniejsza. Nadwyżka przywspółczulna zwiększa wodochłonność skóry⁴⁴ i zmniejsza

wodochłonność krwi⁴², nadwyżka współczulna działa odwrotnie. Dzieje się tak dlatego, że układ autonomiczny ma wpływ na wszystkie czynniki, zmieniające izohydrofilję.

Podrażnienie przywspółczulne wyrzuca kwasy ze krwi do tkanek (Fliederbaum⁴¹), zmniejsza ilość białka i wywołuje nadwyżkę względną globulin we krwi (Fliederbaum⁴²), zwiększa ilość cholesteryny we krwi (Goebel⁶²), zmniejsza stężenie krystaloidów we krwi. Układ współczulny działa antagonistycznie.

Przewaga przywspółczulna zwiększa zatem zaleganie wody w tkankach, nadwyżka współczulna wzmagą ilość wody krążącej. Ten wniosek logiczny został doświadczalnie potwierdzony przez badania, wykonane przez nas w Zakładzie Patologii Ogólnej Uniwersytetu Warszawskiego⁵²).

Ilość wody krążącej dla danej osoby jest liczbą stałą. Każda nadwyżka działa tak, jak drażnienie przywspółczulne—wzmaga ona zaleganie wody w jego zbiornikach zapasowych i wydalanie jej nazewnątrz. Przeto ilość wody krążącej powraca do liczby prawidłowej.

Jak zaznaczyliśmy, organizm rozporządza kilkoma śpichrzami, przechowującymi nadwyżkę wody. Są to: wątroba, śledziona, płuca, mięśnie poprzeczne — prążkowane i skóra.

Nadwyżka n. błędnego, jak zaznaczyliśmy, zwiększa magazynowanie wody przez wątrobę, a nadwyżka współczulnego—zmniejsza (Mautner, Pick) Podrażnienie współczulne, naprz. wstrzyknięcie adrenaliny, salirganu (Fliederbaum⁵¹), uruchamia zapasy wody w śledzionie, wyrzuca je do krwiobiegu. Środki parasympatykotropowe zwiększają, sympatykotropowe zmniejszają wodochłonność skóry (Fliederbaum⁴⁴). Adrenalina zmniejsza, usunięcie tarczycy zwiększa zawartość wody w mięśniach poprzecznie-prążkowanych (Parhon, Kahane i Marza¹⁰⁶). Innymi słowy, ilość wody, zalegającej w różnych śpichrzach, zmniejsza się po podrażnieniu współczulnym, a zwiększa się po przywspółczulnym. Mniej zbadany jest wpływ u. autonomicznego na płuca.

Poza magazynowaniem płynów, pozbywa się krew ich nadmiaru przez wydalanie przez nerki, skórę, przewod pokarmowy i płuca.

Jak wiadomo, podrażnienie przywspółczulne zwiększa wydzielanie potu, śliny, soku żołądkowego i jelitowego. Z badań P. Demanta³⁴ z Zakładu Patologii U. Warsz. wiemy, że n. błędny pobudza wydzielanie moczu. Nie znaleźliśmy jedynie prac nad wpływem układu autonomicznego na wydalanie wody przez płuca i przez skórę w postaci t. zw. parowania niewidocznego.

Badania nasze upoważniają więc do wyrowadzenia wniosków następujących:

Układ nerwowy autonomiczny wywiera wpływ regulujący na gospodarkę wodną, jonową, węglowodanową, lipidową i białkową.

Podrażnienie przywspółczulne wyrzuca wodę ze krwi, pobudzenie współczulne — zwiększa ilość wody, krążącej w naczyniach. Dzieje się tak dlatego, że układ mimowolny ma wpływ na przepuszczalność ściany naczyniowej, wodochłonność krwi i tkanek, zaleganie wody w narządach magazynu-

jących i wydalanie wody przez narządy wydzielnicze i wydalające.

Nadwyżka przywspółczulna: 1) zwiększa zawartość jonów kwaśnych w tkankach, wzmagą we krwi ilość cholesteryny i zmniejsza w niej zawartość białka, wywołuje względne zwiększenie globulin we krwi, co z kolei podnosi wodochłonność tkanek, naprz. skóry, i obniża wodochłonność krwi, 2) zwiększa przepuszczalność ściany naczyniowej, 3) zwiększa magazynowanie wody przez wątrobę, mięśnie poprzeczne-prążkowane, skórę i śledzionę i 4) zwiększa wydalanie płynów przez skórę, przewod pokarmowy i nerki.

Przewaga współczulna działa i tu antagonistycznie.

Regulacja gospodarki wodnej przez układ autonomiczny jest dla ustroju bardzo korzystna: u. n. przywspółczulny z jednej strony pobudza wydalanie płynów z ustroju, z drugiej zaś wzmagą magazynowanie wody zapasowej, co zapobiega nadmiernej utracie wody, dla ustroju nie obojętnej.

W związku z wyłożoną przez nas teorią neurogennej regulacji gospodarki wodnej należało spodziewać się stanów parasympatykotropowych w przypadkach nawodnienia ustroju, w obrzękach przede wszystkim, natomiast w stanach wysuszenia — nadwyżki współczulnej.

5. Stany nawodnienia ustroju.

Nawodnienie ustroju wywołać możemy w sposób trojaki: przez wprowadzenie nadmiernej ilości płynów, przez zmniejszenie sprawności narządów wydalających i przez zwiększenie powinowactwa tkanek do wody. W przypadku pierwszym przyjdzie do przepłukania ustroju i, wobec przeładowania układu krążenia nadmiarem płynów, do chwilowego zatrzymania części ich w zbiornikach zapasowych; nawodnienie to będzie przelotne — ustrój stopniowo wywali całą wprowadzoną wodę, do zatrzymania jej nie przyjdzie. W przypadku drugim, gdy zatkane, niedrożne są drenujące kanały wydalające, i w przypadku trzecim, gdy „grunt gliniasty“ tkanek chciwie wiąże całą dopływającą wodę, pęczniąc jej kosztem, — zatrzymanie wody będzie trwałe i spowoduje obrzęk tkanek — ukryty lub jawny.

Nie rozstrzygnięto dotąd, czy obrzęki w przebiegu chorób serca i nerek zależą od „niedrożności“ nerek, zmniejszonej ich zdolności do wydalania wody z ustroju, czy też od „czynników pozanerkowych“ (Volhard) — zwiększonego powinowactwa tkanek do wody. Badania lat ostatnich przechylają szalę raczej w stronę drugiej koncepcji. Wykazano, że tkanki brzękające posiadają wzmoczone powinowactwo do wody (Aldrich i McClure⁶), że u chorych z obrzękami poza nerkami, również i inne narządy mniej sprawnie wydalają wodę z ustroju — płuca i skóra w postaci „parowania niewidocznego“ (E Zak¹³⁹, J. Fliederbaum⁴⁶), ślinianki (Fliederbaum⁵³) i żołądek (J. Fliederbaum i N. Piankówna⁵⁷ — w chorobach serca i nerek, Ch. Rahier¹⁷⁸ — w chorobach serca). Jeżeli wobec tego na plan pierwszy wysuniemy czynniki pozanerkowe, to we krwi, w tkan-

kach i w zmienionej przepuszczalności ściany naczyniowej będziemy szukali przyczyny zatrzymania wody w postaci obrzęków.

Krew chorych z obrzękami pochodzenia sercowego, a zwłaszcza nerkowego i głodowego posiada zmniejszoną wodochłonność (Fliederbaum⁴²). Składa się na to zmniejszenie zawartości białka z nadmiarem względnym globulin (głównie w nerczycy i w obrzękach głodowych — Starling, Bayliss, Govaerts⁶⁴, Schade, Kylin, Krogh, Malkiewicz⁹³), względna lub bezwzględna nadwyżka cholesteryny (ditto, Mayer i Schaeffer⁹⁷, Achard, Ribot i Leblanc²), zubożenie krwi w krystaloidy — w jony i cukier gronowy (Fliederbaum^{43, 55}). We krwi chorych z obrzękami stwierdza się pozatem⁴³ podwyższenie wskaźnika K/Ca (wobec zmniejszenia Ca lub równocześnie podwyższenia K) oraz zachowanie się gospodarki węglowodanowej — takie, jak w stanach porażenia układu chromochłonnego nadnerczy (Fliederbaum i Landau⁵⁵). Innymi słowy, krew w obrzękach ogólnych posiada cechy „krwi w nadwyżce przywspółczulnej”.

Tkanki, zwłaszcza skóra, posiadają zwiększoną wodochłonność (Aldrich i McClure⁶), podobnie jak to spostrzegamy po podaniu środków wagotropowych (Fliederbaum⁴⁴). Wzmoczone powinowactwo skóry do wody, jak wynika z licznych badań naszych, zależy od zatrzymywania w skórze kwasów u chorych z obrzękami; w chorobach serca i w głodzie kwasica ta jest jawna, jest ona „ukryta”, czysto tkankowa w nerczycy⁴⁶. O. L. E. de Raadt¹¹², zgadzając się w tym punkcie z naszymi wynikami, podkreśla, że płyny obrzękowe wobec kwasicy tkankowej są bogate w amoniak, którego stężenie jest tu 300 razy większe, niż we krwi; de Raadt wysuwa tedy koncepcję, że nie kwasica tkankowa, lecz wywołana przez nią nadmierna produkcja amoniaku przez tkanki i następne jego magazynowanie jest przyczyną zatrzymywania wody i obrzęków. Badania nasze i Tislowitz⁶⁸, przeprowadzone w Zakładzie Patologii Doświadczalnej Uniwersytetu Warsz., obalają koncepcję de Raadta: jon amonowy zmniejsza wodochłonność skóry.

Nadmierne skupienie kwasów w tkankach mogłoby być skutkiem nienależytego ich wydalania przez nerki lub skutkiem zmienionej regulacji przemiany materji. W pierwszym przypadku spodziewalibyśmy się wzmoczonego, zastępczego wydalania kwasów przez inne narządy. Otóż okazuje się,

że w chorobach serca i nerek z obrzękami stwierdza się nie zwiększone, lecz wręcz zmniejszone wydzielanie kwasu przez żołądek (Fliederbaum i Piankówna⁵⁷, Rahier¹¹³, Rehfuß i Marcil¹¹⁶) i przez gruczoły potne (Strauss¹³¹, Zak¹³⁹, Fliederbaum⁴⁶), w chorobach serca mniejsze wydalanie CO₂ przez płuca (Kroetz⁷⁸, Fliederbaum⁴⁶). Dowodzi to, że zmienione „nastawienie” przemiany kwasowo-zasadowej ustroju jest przyczyną nadmiernego przechodzenia kwasów ze krwi do tkanek⁴⁷. Badania nasze dowodzą, że podrażnienie układu nerwowego przywspółczulnego powoduje wyrzucanie jonów kwaśnych ze krwi do tkanek⁴¹. A zatem — i kwasica tkanek jest skutkiem „nastawienia przywspółczulnego” ustroju w stanach obrzękowych*).

W pracy niniejszej nie poruszaliśmy sprawy wzmoczonego zatrzymywania chlorków przez ustroj obrzękły. Dawna koncepcja Straussa¹³¹ o „*torpor renalis hypochloruricus*” nie może się utrzymać wobec faktu, że w stanach obrzękowych poza nerkami wydzielają zmniejszone ilości chlorków gruczoły potne (Strauss¹³¹), ślinianki (Landsberg⁸⁰) i żołądek (Fliederbaum i Piankówna⁵⁷). A więc w samych tkankach — nie w nerkach jest przyczyna zatrzymywania chlorków. Związku gospodarki chlorowej z układem autonomicznym nie zdołaliśmy dotąd ustalić. Wzmoczoną chlororetencję tkankową obrzęków nie możemy wytłomaczyć, gdyż przecież już w warunkach prawidłowych tkanka podskórna jest b. bogata w sól kuchenną, bo jest właśnie narządem, magazynującym chlorki. U osób zdrowych chlorki te b. łatwo ulegają uruchomieniu, naprz. w czasie wydzielania soku żołądkowego, moczu, śliny, potu. Natomiast u chorych z obrzękami są one unieruchomione, związane, i zwykłych bodźców nie wystarczy, by je znowu wyrzucić do narządów wydalających. Sądzimy, że *chloropexis* jest skutkiem kwasicy tkankowej w stanach obrzękowych. Kaplański i Tolkatschewskaja⁷³ stwierdzili bowiem, że zakwaszenie ustroju, wywołane przez doustne lub dożylnie wprowadzenie kwasów, zwiększa zawartość chlorków w skórze. Kwasy zatem, skupione w nadmiarze w skórze, unieruchamiają chlorki, które nie mogą teraz wędrować z tkanek do krwi i narządów wydzielniczych i z powrotem.

(Dok. nast.).

*) Również i w innych stanach wagotonicznych może przyjść do zmniejszenia wydzielania kwasu solnego przez żołądek: Rahier¹¹³ je stwierdzał w dychawicy oskrzelowej i w pokrzywce.

Oceny książek

Prof. Dr. P. MORAWITZ. **Choroby krwi w praktyce lekarskiej.** Z drugiego poprawionego wydania przełożył dr. Henryk Landau. Wydawnictwo lekarskie „Eskulap” Warszawa

Na 93 stronach zmieścił autor wszystko, co klinicysta wiedzieć powinien o obecnym stanie chorób krwi. W zwiększonej formie i przejrzystym układzie podaje autor dagnostykę, symptomatologję i terapię każdej jednostki chorobowej na podstawie własnego doświadczenia klinicznego wraz z techniką badania krwi. Autor przechodzi kolejno: niedokrewność

złośliwą (chorobę Biermera), hemolityczną niedokrewność konstytucyjną (przewlekłą żółtaczkę hemolityczną), blednicę i niedokrewności wtórne, białaczki, szarynec złośliwą i inne choroby, przypominając białaczki, szarynec złośliwą i inne choroby (polycytemję) i inne megalosplenje oraz objawowe zmiany krwi. W opisach niema ani jednego zdania zbytecznego, i nic nie zostało pominięte z tego, co dziś uchodzi za pewnik patologiczny. Książeczka Morawitza, znanego klinicysty lipskiego, autora artykułów o krwi w „Neue Deutsche

Klinik", ułatwi pracę lekarzom w praktyce pod względem uprzyświecenia im ścisłego rozpoznania w dość nieraz zawyżonych sprawach hemopatologii, że wspomnę o licznych odmianach chociażby skazy krwotocznej, do której zalicza się krwawiczkę, gnilec, chorobę *B a r l o w - M o e l l e r a*, chorobę *W e r l h o f a*, chorobę *S c h o e n l e i n - H e n o c h a* (plamicę) i t. d. Autor zwraca zwłaszcza uwagę, że blednica jest rozpowszechniona znacznie mniej, niż ją się zazwyczaj rozpoznaje. W dziale leczniczym mamy wyraźne przepisy co do stosowania wątroby, żelaza, arseniku, przetaczania

krwi, promieni *R o e n t g e n a*, wapnia, proteinoterapii, wycinania śledziony. Książka, napisana doskonale, w sposób prosty i zajmujący, dobrze, że została przyswojona naszej literaturze lekarskiej przez kolegę Henryka *L a n d a u a*, który nadał przekładowi formę, całkowicie zastępując oryginał. Spolszczenie jest bez zarzutu, styl piękny, wydanie staranne, bez błędów zecerskich, co u nas wciąż jeszcze należy do rzadkości i zasługuje na podniesienie. Książeczce rokuje duże powodzenie.

W. K n a p p e.

Wskazówki praktyczne

Błonicę złośliwą leczy *S t r o ó* kombinowanymi zastrzykowaniami surowicy przeciwbłoniczej i surowicy przeciw zgorzeli gazowej, stwierdził bowiem w tych przypadkach obecność drobnoustrojów aero- i anaerobowych. W pierwszych dniach choroby zastrzykuje S. 50.000 do 80.000 jednostek odpornościowych i 100 — 120 ctm³ surowicy przeciwgazowej, w następnych dniach mniejsze dawki: 20 — 30.000 jedn. odporn. i 60 — 80 ctm³ surow. przeciwgaz. W sumie dochodził do 480.000 jedn. przeciwbł. i 420 ctm³ sur. przeciwgaz. Po zniknięciu błon rzekomych, gdy istnieją już tylko owrzodzenia, zastrzykiwać należy samą surowicę przeciwgazową aż do zabliznienia. Wyniki mają być doskonałe. (D. m. W. 1933, N. 31).

—o—

K. P. *E i s e l s b e r g* upatruje w przypadkach *wymiotów bez widocznej przyczyny konstytucję allergiczną*, która wyraża się w uczuleniu na zimno, leki, potrawy i t. d.

Należy zwrócić uwagę na czynnik allergiczny, wywołujący wymioty, i działać odczulająco. (Med. Klin. 1933).

—o—

Tanie pudry dla dzieci 1) *Rp.*: *Acid. bor.* 50,0; *Amyli Solan.* 50,0; *Zinc. oxyd.* 50,0; *Magn. carb.* 50,0; *Talc.* 800,0. 2) *Rp.*: *Acid. bor. pulv.* 20,0; *Talc. pulv.* 90,0; *Amyli* 855,0; *Ad. Lanae anhydr.* 25,0. 3) *Rp.*: *Zinc. oxyd. crud.* 100,0; *Talci* 50,0; *Rhiz. Irid.* 30,0; *Amyli* 800,0; *Ungt. Diachyli Hebrae* 25,0. 4) *Rp.*: *Ad. Lanae anhydr.* 30,0; *Ungt. Diachyl.* 25,0; *Acid bor.* 20,0; *Solve in Aether.* 200,0; *Misce cum Magn. carb.* 200,0; *Amyli* 275,0; *Talci* 460,0. *Ol. Gaultheri* VI. Trzeć na delikatnym sitku. (Pharm. Zentr. - Halle 1933, N. 32).

—o—

B e r r e t t a stosuje w *gruźlicy ławatywy ze śledziony*: 200 gram. świeżej śledziony wołowej rozciera się w moździerzu z małą ilością wody, przepuszcza się następnie przez ciekłą gazę do objętości 100 ctm³ i wreszcie dodaje się 100 ctm³ mleka oraz 20 kropeł nalewki makowca. (Riforma med. 1932 N. 48).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna

CLXXIX posiedzenie z dnia 23 października 1933 r.

Obecnych 66.

Przewodniczył *G a n t z*.

P o k a z:

1) *D. S z e n k i e r*. *Przypadek samoistnego kruszenia się kamienia pęcherza moczowego.*

Przypadki samoistnego kruszenia się kamienia pęcherza moczowego są nader rzadkie. Przyczyny takiego kruszenia się są następujące: 1) rozpad organicznego jądra, naokoło którego kamień się utworzył, 2) wytworzenie przez bakterje gazów wewnątrz kamienia i 3) czynniki mechaniczne, jak: tarcie kamieni, wstrząsy i silne skurcze pęcherza moczowego. Demonstrowany przypadek dotyczy 67-letniego mężczyzny z objawami przerostu gruczołu krokowego. Wziernikowanie pęcherza wykazało przerost gruczołu, jeden spory kamień i kilkadziesiąt odłamków kamieni. Kamienie usunięto *per sectionem altam*. Na odłamkach wyraźnie widać powierzchnię złomu. Chemiczne badanie kamieni wykazało, że mamy do czynienia z węglanem amonu (streszczenie własne).

W dyskusji *F r y s z m a n* wyraża zastrzeżenia co do tytułu „samoistne kruszenie kamienia”, powinno być prawidłowo: „samoistne kruszenie się kamienia”. Sprawa ta od dawna interesowała urologów. *K r a s n o w s k i* zebrał z piśmiennictwa 150 takich przypadków. Kruszące się kamienie składają się zwykle z moczanów. Przyczyn kruszenia się kamieni są mechaniczne i chemiczne. Wśród przyczyn mechanicznych na pierwszym miejscu postawić należy skurcze mięśnia wypieracza moczu. Lecz czasami niema przerostu mięśniówki pęcherza moczowego, kamienie zaś są bardzo twarde, tak, że do skruszenia ich nie wystarczy litotryptor, lecz trzeba użyć młotka. Teoria mechaniczna nie wystarczy do wytłumaczenia kruszenia się kamieni. Słuszniejsza wydaje się teoria chemiczna. Czasami w kamieniach wytwarza się dwutlenek węgla, rozsadzający kamień. W pewnych kamieniach ośrodek

ich stanowi skrzep krwi; skrzep ten, kurcząc się, wywołuje rysy w kamieniu. Za takim mechanizmem kruszenia się kamieni przemawia fakt, że odłamki mają zawsze kształt ostrosłupów. Z innych przyczyn wymienić należy wytwarzanie się innych gazów prócz CO₂ w kamieniach pod wpływem drobnoustrojów. Teoria chemiczna wydaje się w większości przypadków usprawiedliwiona.

W odpowiedzi zaznacza *S z e n k i e r*, że siłą można skruszyć kamienie z węglanów i fosforanów. W moczanowych kamieniach rozpad odbywa się drogą eksplozji, przez odwarstwienie, począwszy odzewnątrz. Są to jednak rzadkie przypadki, a kamienie takie utrzymują się, nie krusząc się bardzo długo. Mechanizmu procesu eksplozji dokładnie nie znamy.

O d e z y t y:

2) *N. P i w k o*. *Nadczynność gruczołów przytarczycznych i wpływ jej na układ kostny* (będzie ogłoszone w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”).

D y s k u s j a:

M u s z k a t e n b l i t miał w swej praktyce 4 przypadki *spondylosis rhizomyelica*, z tego dwa przypadki szpitalnie operowane. Nielolno mieszać choroby *B e c h t e r e w a* z chorobą *S t r u e m p e l - P i e r r e - M a r i e*. Chorobę *B e c h t e r e w a* stanowi urazowe skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi z wyrosłami kostnymi, sprawa ta zajmuje układ kostny. Choroba *S t r u e m p e l - P i e r r e - M a r i e* zajmuje aparat pomocniczy, posiada tło zakaźne, powstaje najczęściej na tle długotrwałej przewlekłej rzeźączki, którą mówca stwierdził u dwóch swoich chorych. W *ostitis fibrosa* bilans wapniowy jest ujemny, w chorobie *S t r u e m p e l - P i e r r e - M a r i e* — dodatni. W przypadkach mowy bilans wapniowy był dodatni (+ 17,8%). W przypadkach mowy wycięto (*Doc. W o j c i e c h o w s k i*) metodą *O p p l a* płat gruczołu tarczowego z przytarczyczką, przyczem zaznaczyć należy, że w preparatach z wyciętego płata tkanka gruczołowa przytarczyczna nie została znaleziona. Przez pewien czas po operacji chorzy czuli się dobrze, aczkolwiek poprawy przedmiotowej nie stwierdzono. Do stosowania metody chirurgicznej leczenia zachęcił *S n a p p e r*, który przeprowadzał wycięcie

gruczołów przytarczycznych w początkach *ostitis fibrosa*; autor ten widział dobre wyniki wycięcia gruczołów przytarczycznych w początkowych okresach *spondylosis rhizomyelica*. Takie same spostrzeżenie poczynili M a n d l z kliniki E i s e l s b e r g a i G o l d z kliniki H o c h e n e g g a.

S z w a r c nie uważa, ażeby można było uważać chorobę P a g e t a i R e c k l i n g h a u s e n a za identyczne jednostki kliniczne. W chorobie P a g e t a istnieją zmiany w płacie żółtej, podczas gdy w chorobie R e c k l i n g h a u s e n a niema ich.

St. H i g i e r podkreśla, że podawanie parathormonu świnkom morskim wywołuje *ostitis fibrosa*, co dowodzi, że choroba R e c k l i n g h a u s e n a jest wywołana nadmiarem hormonu gruczołów przytarczycznych. O p p e l był jako chirurg wielkim ryzykantem: usuwał on naprzekąd nadnercza w *endarteriitis obliterans* i chorobie R a y n a u d a. W swej operacji usuwał on zresztą oprócz gruczołów przytarczycznych również część gruczołu tarczowego, a to wywołuje dużo zmian w inkretach.

A b r a m o w i c z zastanawia się nad faktem, że w tych zaburzeniach wewnątrzwydzielniczych niema zmian w innych stawach. Gospodarkę wapniową regulują nie same tylko gruczoły przytarczyczne, bierze w tem udział również przysadka mózgowa, czego dowodem jest np. akromegalia. Uważa, że nie można wyłapywać poszczególnych gruczołów wewnątrzwydzielniczych, regulujących przemianę materji, z ich całokształtu, gdyż istnieje ścisła zależność pomiędzy całością gruczołów dokrewnych.

B r e g m a n uważa, że *spondylosis rhizomyelica* jest kłęką, atakującą młodych ludzi i czyniącą z nich inwalidów, wobec której byliśmy dotychczas bezsilni. Wszelką poprawę dzisiejszego stanu rzeczy należy powitać z uznaniem. Zachęcony przypadkiem z oddziału dra. L u x e n b u r g a, poddał dzisiaj tej operacji, którą wykonał w znieczuleniu miejscowym dr. G o l d m a n, jeden przypadek tego cierpienia. Operator nie usuwał gruczołu tarczycznego, lecz odszukał gruczoł przytarczyczny i usunął go, a jednocześnie obnażył drugą przytarczycę. Pacjent zniósł operację bardzo dobrze.

P ł o Ń s k i e r podkreśla ważność metody stwierdzania podczas operacji tego, co usunięto. Metoda O p p l a polega na usunięciu połowy gruczołu tarczycznego. Znalezienie gruczołów przytarczycznych podczas operacji nie jest łatwym zadaniem. Dotychczas operacji usunięcia gruczołu przytarczycznego wykonano w szpitalu na Czystem 6, z czego 5 przypadków na przypadki kostne, jednę zaś wykonano w przypadku twardziny skórnej (*sclerodermia*). Gruczoł przytarczyczny u człowieka jest wielkości ziarnka ryżu. Wśród 6 operowanych przypadków w jednym tylko stwierdzono gruczołek wielkości ziarna grochu; w 2 przypadkach gruczoł był w stanie zaniku. Poza tem w dwóch przypadkach sekcyjnych stwierdzono gruczołaki gruczołów przytarczycznych, którym nie towarzyszyły zmiany kostne.

M u s z k a t e n b l i t zgodza się z poglądem, że w regulacji gospodarki wapniowej bierze udział nie jeden gruczoł, lecz prawdopodobnie wiele. Jako dowód przytacza spostrzeżenie przez siebie przypadku akromegalii z *ostitis fibrosa*. Ciekawym jest fakt, że *spondylosis rhizomyelica* spotyka się tylko u mężczyzn.

W odpowiedzi P i v k o nie zgadza się z podziałem na choroby R e c h t e r e w a i S t r u e m n e l - P i e r r e - M a r i e. Postać R e c h t e r e w a zajmuje przede wszystkim drobne stawy kregosłupa. Rzeźączka bywa rzeczwiście często w wywiadach, lecz nie można stwierdzić pewnego związku między obu sprawami. Choroby P a g e t a i R e c k l i n g h a u s e n a nie są identyczne. Znaśród 84 operowanych przypadków z piśmiennictwa w 27 nastąpiła poprawa. Sprawy operacyjnego leczenia *spondylosis rhizomyelica* zaomocą wycięcia gruczołów przytarczycznych nie można uważać za ostatecznie rozstrzygniętą.

3) M. G r v n b a u m. O stosowaniu leczniczym krótkich fal radiowych.

Przy leczeniu krótkimi falami stosujemy aparaty iskiernikowe i lampowe. Aparaty lampowe wysyłają fale niegasnące, a aparaty iskiernikowe — fale gasnące.

Obwód oscylacyjny składa się z kondensatora (pojemności) i samoindukcji — zwoju. Te dwa czynniki określają długość fali.

Energja elektryczna zostaje przeniesiona w aparacie z obwodu pierwotnego na obwód wtórny, który służy do zabiegów leczniczych. Obwód wtórny jest zakończony dwiema elektrodami, między którymi umieszczamy pacjenta, podlegającego napromienianiu. Elektrody nie przylegają do ciała.

Układ ten tworzy zasadę terapii krótkofalowej, możemy go nazwać układem kondensatorowym.

Zewnętrzny efekt stosowania krótkich fal jest uczucie ciepła, powstające natychmiast po rozpoczęciu zabiegu.

Przy stosowaniu krótkich fal otrzymujemy częstotliwość od 20 — 100.000.000 drgań na sekundę, co odpowiada falom długości od 3 — 15 metrów.

Krótkofalowe pole elektryczne przenika równomiernie przez wszystkie cząstki znajdującego się w danym polu ciała dielektrycznego.

Doświadczenia S c h l i e p h a k e i H a a s e g e wykazują, że zawiesiny gronkoców oraz palczki grzylicy w fizjologicznym roztworze giną pod wpływem krótkich fal. Docent S z y m a n o w s k i skonstatował, że palczki błonicy giną po napromienianiu ich krótkimi falami o długości 2 metrów.

Napromienianie krótkimi falami wywołuje cały szereg zmian w obrazie krwi. Pod wpływem krótkich fal otrzymujemy znaczne rozszerzenie włosniczek. Prof. P ł o m m objaśnia objaw ten specyficznym działaniem krótkich fal — a mianowicie porażeniem zakończeń nerwu współczulnego i podrażnieniem zakończeń nerwu błędnego.

Co się tyczy leczniczego działania krótkich fal, to należy podkreślić ich pomyślne działanie w stanach ropnych i zapalnych. Ropnie nie posiadają naczyń krwionośnych, wobec czego dopływająca krew nie wywołuje w nich ochłodzenia. Znacznie podniesiona ciepłota odgrywa też dużą rolę w niszczeniu bakterji, znajdujących się wewnątrz ropnia.

Przy napromienianiu ognisk zapalnych skonstatował P ł o m m znacznie powiększoną przepuszczalność włosniczek i wzmoczone wsysanie.

S c h l i e p h a k e opisuje szereg przypadków zapalenia szpiku kostnego, wyleczonych krótkimi falami. Przypadki te są potwierdzone zdjęciami rentgenowskimi.

P ł o m m, S c h l i e p h a k e i L i e b e s n y opisują wspaniałe wyniki w leczeniu odmrożeń.

W leczeniu krótkimi falami zapaleń przydatków i przymacicza otrzymuje się wyleczenie nawet w stanach ostrych z podniesioną ciepłotą.

Reasumując, możemy powiedzieć, że lecznicze działanie krótkich fal polega na następujących czynnikach:

Najważniejsze jest bezsprzecznie działanie na naczynia włosowate i najmniejsze tętniczki (*arteriolae*). Działanie to trwa znacznie dłużej, niż przy innych zabiegach, wywołujących przekrwienie, i daje się przenieść w głąb ciała.

Krótkie fale działają jeszcze bezpośrednio na bakterje. Następnie wzmagają się leukocytoza i fagocytoza.

S c h l i e p h a k e podaje, że w 150-ciu przypadkach leczenia krótkimi falami karbunkulów, czyraków i t. p. ropnych schorzeń, proces leczenia trwał przeciętnie 4 — 5 dni. Ropnie pod pachą (*hydroadenitis*), zastrzały, przechodzą przeważnie po 5 — 6 napromienianiach. Oprócz niebolesności tego sposobu leczenia, duże znaczenie posiada strona kosmetyczna, gdyż czyraki twarzy i szyi goją się bez blizny.

Dobre wyniki otrzymuje się w leczeniu krótkimi falami głębiej leżących ropnych ognisk. Paradentozy, ropne zapalenia zatok szczękowych i czołowych nadają się do leczenia krótkimi falami.

W bardzo zastarzanych przypadkach ropnych zapaleń zatok czołowych i szczękowych, śluzówka nie regeneruje się zupełnie i musimy się liczyć z możliwością nawrotu. Ale już po kilku napromienianiach nawrót ustępuje.

Przy leczeniu obfitych wysięków ropnych w jamie opłucnej i międzyplątowych wysięków ropnych po zapaleniu płuc otrzymujemy również bardzo dobre wyniki. Wszelkie wysięki stawowe ustępują zupełnie po 6 — 14 zabiegach leczenia krótkimi falami. Już po 1 — 2 zabiegach znikają bóle w chorych stawach. P ł o m m opisuje 60 przypadków takich, leczonych krótkimi falami w uniwersyteckiej klinice w Jenie. Wśród przypadków tych były wysięki potryprowe i grzylicze.

D a t y n e r prosi o podanie granic wskazań do zabiegu chirurgicznego i leczenia zachowawczego krótkimi falami radjowemi. Zapytuje o technikę naświetlania, liczbę naświetlań, czas ich trwania.

S z e n w i c e obserwował przypadek ropniaka jajowodu, w którym wynik leczenia krótkimi falami radjowemi był nadzwyczaj efektywny. W sprawie tej jesteśmy zazwyczaj bezsilni. W przypadku spostrzeganym już po jednym naświetleniu ustąpiły bóle (zwykle następuje to dopiero po 6 tygodniach). Po siedmiu naświetlaniach guz zmniejszył się do połowy.

M. F e j g i n stwierdza, że energia promienista posiada jeszcze dużo możliwości niewyżytkanych. Mówca sam

cierpiał na zapalenie jamy H i g h m o r a, wyniki leczenia krótkimi falami były bardzo dobre. Metoda leczenia krótkimi falami radjowymi znajduje zapewne zastosowanie raczej w sprawach ostrych. Jest to metoda przyjemna, lecz kosztowna. Należy zwrócić na nią uwagę, na którą najzupełniej zasługuje, i pracować nad nią zwłaszcza w klinikach i szpitalach.

D. S z e n k i e r podkreśla działanie elektryczne i ciepłe tej metody. Zapytuje, czy, jeżeli używać elektrod różnej wielkości, można będzie osiągnąć działanie elektrokoagulatoryjne.

I. D w o r e c k i zapytuje o zakres wskazań zależnie od rodzaju drobnoustrojów chorobotwórczych. Cytuje przypadek sprawy ropnej, wywołanej przez *streptococcus mucosus*, w którym leczenie krótkimi falami zawiodło.

A b r a m o w i c z uważa, że prelegent przedstawił zbyt szczerzy materiał dowodowy na poparcie skuteczności metody leczenia krótkimi falami.

S r e b r n y, nie kwestionując skuteczności metody, podkreśla jednak, że ostre przypadki ropnych zapaleń jamy H i g h m o r a i jamy czołowej zwykle ulegają samoistnemu wyleczeniu. To samo dotyczy ropnego zapalenia wyrostka sutkowego. Dlatego też przypadki te nie są przekonywujące.

P. G o l d s t e i n uważa, że w jednym z cytowanych przez prelegenta przypadków chodziło o czyraka twarzy, któryby i tak prędko się wygoił. Przypadki *periproctitis* mogą się same goić. W przypadku zapalenia szpiku kostnego rentgenogram wykazuje powstanie i sekwestrację martwaka, do czego przychodzi i bez leczenia.

G. B y c h o w s k i zapytuje, czy leczono tą metodą również sprawy nerwowe.

H. J. L a n d a u podkreśla fakt, że mamy tutaj do czynienia z metodą nową, której próbuje się bez wielkiego wyboru w najrozmaitszych sprawach. Wskazania i przeciwwskazania wylonią się i zostaną ściśle ustanowione w przyszłości. Ani to, ani też fakt, że nie znamy jeszcze dokładnie mechanizmu działania tej metody, w niczem nie zmniejsza wartości tej metody. Wszak nie znamy jeszcze dziś nawet mechanizmu działania wątroby i preparatów żołądka w leczeniu niedokrewności złośliwej, a czy zrezygnujemy z tego powodu z tych środków leczniczych? W przypadku, cytowanym przez G o l d s t e i n a, nie chodziło o czyraka, lecz o jakiś guz zapalny, trwający kilka tygodni, który przez rozmaitych lekarzy był uważany za kilowy, promieniczny i t. d. Guz ten, niepoddający się dotąd żadnemu leczeniu, szybko ustąpił pod wpływem nasświetlań. Wśród wskazań pominał prelegent ostatnio na posiedzeniu Towarzystwa Internistów w Wiedniu podane przez S c h l i e p h a k e g o: ropnie i zgorzele płuc. Sprawy te, niepoddające się lub poddające się tylko z trudem leczeniu wewnętrznemu i chirurgicznemu, dobrze odpowiadają, jak wynika ze spostrzeżeń S c h l i e p h a k e g o, na leczenie krótkimi falami.

G a n t z podkreśla, że okres chaosu, w jakim się znaj-

duje obecnie leczenie krótkimi falami, stanowi udział wszystkich metod. Z biegiem czasu będą ustalone ściśle wskazania

W odpowiedzi zaznacza G r y n b a u m, że diatermia krótkofalowa nie stanowi *panaceum* w wszelkie dolegliwości. W swym odczycie ograniczył się tylko do podania wyników leczenia nielicznych przypadków własnych i zacytował bardzo wiele przypadków obcych autorów. Elektryczność znajduje dotychczas zbyt mało zastosowania w medycynie. Stosowane przez S z y m a n o w s k i e g o fale długości 2 metrów zabijają pałeczki L o e f f l e r a. Nasświetlania krótkimi falami leczą czyraki i karbunkuły w 100%. W przypadku, cytowanym przez D w o r e c k i e g o, po nasświetlaniach gruczoły zmiękły. Podkreślić należy, że metoda ta jest najzupełniej nieszkodliwa. Liczba i częstość nasświetlań są rozmaite, zależnie od przypadku. Bóle, niezależnie od ich przyczyny i pochodzenia, usuwają nasświetlania krótkimi falami, szybko i pewnie. Domenę tej metody leczniczej stanowią ostre sprawy zewnętrzne.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Ginekologicznego - Położniczego w Strasburgu z dnia 6 maja 1933 r. (Strasbourg méd. N. 32, 1933) pokazywał A. G i n g l i n g e r przypadek *cięży pozamacicznej w trakcie wchłaniania się*. Podczas laparatomji ginekologicznej z powodu torbieli prawego jajnika stwierdzono w jajowodzie tej samej strony w części środkowej rozszerzenie jajowodu wielkości dużego grochu o ciemniejszym zabarwieniu. Przy obmacywaniu odnosiło się wrażenie istnienia uszypułowanego guza w świetle jajowodu, przyczem guz był stosunkowo ruchomy, aczkolwiek ustalony przez szypułę. Na przekroju stwierdzono skrzep krwi, przyczepiony do górnej ścianki światła jajowodu, lecz pozatem wolny. Badanie histologiczne tego skrzepu wykazało istnienie dwóch obumarłych kosmków, które znaleziono dopiero po zbadaniu bardzo wielu skrawków. Miało się więc tutaj do czynienia z ciążą jajowodową w trakcie wchłaniania się. Dokładnie zebrane wywiady wykazały, że istniało zatrzymanie miesiączki, po którym nastąpił krwotok; od 4 — 7 listopada 1932 r. normalna miesiączka, od 7 — 10 grudnia krwawienie, przypominające pod każdym względem miesiączkę, która jednak wystąpiła z kilkodniowym opóźnieniem; od 15 grudnia 1932 r. do 4 lutego 1933 r., t. j. do dnia operacji, małe „sączące się“ krwawienia, którym prawie stale towarzyszyły bóle w miednicy. Przypadek ten potwierdza myśli większości autorów, którzy się zajmowali tem zagadnieniem. Cięża pozamaciczna, ulegająca samoistnemu wchłanianiu się, daje zawsze objawy, lecz nie są one wystarczająco charakterystyczne, ażeby pozwolić na pewne rozpoznanie, zaś cięża pozamaciczne, samoistnie wchłaniające się, ulegają jedynie rozpoznaniu podczas zabiegu operacyjnego, spowodowanego przez inne schorzenia np. torbiele jajnikowe, guzy przydatków, cięża pozamaciczną przeciwniej strony z powikłaniami. Cięża pozamaciczna, które się samoistnie wchłaniają są zawsze ciążami, przerwaniem w swym rozwoju bardzo wcześnie (przed ósmym tygodniem).

Z j a z d y

Sprawozdanie z XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

W dniach od 11 — 15 września r. b. stolica Wielkopolski Poznań gościła w swych murach uczestników III-go w Odrodzonej Polsce, a XIV-go z kolei Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Zjazd ten tym razem wypadł wyjątkowo okazale ze względu na połączenie z IV-tym Zjazdem Związku Lekarzy Słowiańskich, na który przybyło z Czechosłowacji, Jugosławji, Bułgarii oraz uczonych rosyjskich na emigracji razem około 400 lekarzy; oprócz tego byli obecni uczeni francuscy. Ogólną uwagę zwróciła też obecność delegacji sowieckiej w składzie 4-ch znanych przedstawicieli wiedzy lekarskiej w Rosji. Ogólna liczba uczestników wynosiła około 3-ch tysięcy osób, które wniosły ogromne ożywienie do naogół cichego życia miasta. Przyjazd zaś do Poznania Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, Prof. Ignacego M o ś c i c k i e g o, który raczył łaskawie objąć protektorat nad Zjazdem, nadał Zjazdowi specjalnie uroczysty charakter. Nielada też energję wykażał Komitet Organizacyjny Zjazdu z nieodżałowanym Prezesem, ś. p. Prof. Dr. Adamem K a r w o w s k i m na czele, którego nagła śmierć w drugim dniu obrad pograżyła w żalobie wszystkich uczestników Zjazdu i zrobiła na przy-

byłych przynębiające wrażenie. Ś. p. Prof. Dr. K a r w o w s k i był bowiem duszą Zjazdu, do którego praca przygotowawcza zajęła prawie dwa lata, a udanie się Zjazdu, jak się Wiceprezes Komitetu, Prof. Dr. G r o c h m a l i c k i w mowie, poświęconej pamięci Zmarłego, wyraził, było jedyną treścią kilku lat Jego życia do ostatniego tchnienia. Pierwszy dzień obrad odbywał się w ramach IV-go Zjazdu Lekarzy Słowiańskich pod przewodnictwem D-r a J a k i m i a k a z Warszawy. W dniu tym wygłosił referaty: Dr. C h o d ź k o na temat „O wolu na ziemiach Słowiańskich“ oraz znany badacz krwi Prof. H i r s z f e l d na temat „O grupach krwi w medycynie sądowej“; referat ten, wypowiedziany w dostępnej formie i przeplatany cytatami referenta na zasadzie obserwowanych przypadków z jego praktyki kryminologicznej, wywołał aplauz licznie zgromadzonych słuchaczy. Właściwe otwarcie XIV-go Zjazdu Przyrodników i Lekarzy Polskich w połączeniu z IV-tym Zjazdem Lekarzy Słowiańskich nastąpiło nazajutrz w pięknej Auli Uniwersytetu Poznańskiego w obecności Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, który został powitany przy wejściu na salę burzą oklasków. Ogromna sala była wypełniona do ostatniego miejsca przez przybyłych ze wszystkich stron przedstawicieli nauk przyrodniczych i lekarskich, którzy

w skupieniu wysłuchali przemówienia nieodżałowanego przewodniczącego Zjazdu, ś. p. Prof. K a r w o w s k i e g o, który, po przywitaniu Pana Prezydenta Rzeczypospolitej, przedstawicieli Rządu, Uniwersytetów, Instytucyj Naukowych, gości zagranicznych i wszystkich obecnych na sali słuchaczy, przedstawił krótki zarys historyczny i genezę Zjazdów Przyrodników i Lekarzy w Polsce, których inicjatorem był przed 60-ciu laty Dr. Adrjan B a r a n i e c k i. Ś. p. Prof. K a r w o w s k i i wskazał także na to, jak przed 50-ciu laty odbył się poraz pierwszy w Poznaniu Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich pod egidą Towarzystwa Przyjaciół Nauk z hr. Augustem C i e s z k o w s k i m na czele. Od tego czasu pomimo prześladowania zaberców nauka polska wykazała ogromny rozwój, a dzisiaj widać plon tej pracy w postaci 1.900 referatów, zgłoszonych na Zjazd obecny. Po przemówieniu Przewodniczącego dokonano wyboru Prezydium Zjazdu z Prof. Leonem M a r c h l e w s k i m, członkiem Akademii Umiejętności w Krakowie, na czele. Imieniem Rządu przemówił następnie Pan Minister H u b i c k i, który, podkreśliwszy, jak wielką rolę odegrała nauka w okresie obecnego kryzysu, wyraził życzenie, by nauka ze swego Parnasu wyciągnęła do nas ręce i w naszym życiu codziennym prowadziła po właściwej drodze. W imieniu Ministra Spraw Wojskowych, Pana Marszałka P i l s u d s k i e g o, przywitał Zjazd General R o u p p e r t, życząc mu, aby pracował pod hasłem naczelnym „*Salus reipublicae suprema lex esto!*”. Przemawiali następnie: Dr. J a n k o w s k i imieniem Ministerstwa Sprawiedliwości, Prezydent Cyryl R a t a j s k i imieniem miasta Poznania, J. M. Rektor Dr. R u n g e imieniem Uniwersytetu Poznańskiego, Prof. Dr. Ś w i e t o s ł a w s k i imieniem Polskiej Akademii Umiejętności oraz wszystkich Towarzystw Naukowych, Prof. Dr. M a z i a r s k i imieniem wszystkich wyższych uczelni. Przemówił również Dr. J i r a s e k imieniem lekarzy Czeskich oraz Dr. M a r o s z e w i c i jako przedstawiciel lekarzy Jugosłowiańskich. Sensację pewną wreszcie stanowiło przemówienie delegata Sowieckiego, znanego uczonego anatomopatologa z Moskwy, Prof. A b r i k o s o w a, który, witając Zjazd imieniem Rządu Sowieckiego, wyraził radość z powodu przybycia na Zjazd obecny, gdyż przy obecnym, jak się wyraził, zbliżeniu politycznym między Polską a Rosją Sowiecką uważa za ogromnie pożądane zbliżenie kulturalne obu narodów i jest pewny, że Zjazd obecny będzie bodźcem ku temu, a Rząd i Lekarze Sowieccy będą radzi w najbliższej przyszłości powitać u siebie uczonych i lekarzy polskich. Przemówienie delegata sowieckiego było nacechowane wielką życzliwością i spotkało się z aplauzem zebranego audytorjum. Następnie odczytał sprawozdanie Prezes stałej delegacji Zjazdów, Prof. Dr. Władysław S z a f e r z Krakowa, któremu też zaraz potem przypadł zaszczyt wygłoszenia odczytu na pierwszym posiedzeniu plenarnym Zjazdu pod tytułem „Ochrona przyrody a postulaty higieny społecznej”. Po odczycie, w którym prelegent zobrazował piękno przyrody polskiej i wyraził szereg postulatów w celu utrzymania tego piękna, opuścił salę obrad Pan Prezydent, przez wszystkich obecnych na sali serdecznie żegnany. Na tem uroczystość otwarcia Zjazdu została zakończona. Właściwe obrady naukowe rozpoczęły się tego samego dnia po południu i toczyły się ze względu na ogrom pracy w ciągu trzech dni aż w 35-ciu sekcjach, z których każda stanowiła swego rodzaju Zjazd naukowy specjalistów w każdej dziedzinie wiedzy przyrodniczej i lekarskiej. Na sekcjach lekarskich wygłaszane były referaty programowe główne, a w związku z dyskusją referaty następne. Na czoło n. p. s e k c j i c h i r u r g i c z n e j wysunięty został na Zjeździe obecnym zawsze aktualny temat „o leczeniu nowotworów złośli-

wych”. Referentem głównym tej sprawy był dyrektor kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Poznańskiego, Prof. J u r a s z, który oświetlił ten temat w obszernym referacie z punktu widzenia klinicznego i chirurgicznego, a korreterentem był radiolog, Prof. M a y e r. Obaj przyszli na zasadzie licznych długoletnich obserwacji do wniosku, że walka skuteczna z rakiem jest przy obecnym stanie wiedzy lekarskiej możliwa, i że rak, wcześniej rozpoznany, jest w wielu przypadkach uleczalny. Chirurg i radiolog mogą tu razem wiele dobrego zdziałać, a rad przy umiejętnym stosowaniu jest teraz bodaj że najpotężniejszym środkiem w walce z tą straszną chorobą. O skuteczności działania radu w walce z rakiem mogłem się przekonać, będąc w r. ub. na Kongresie Lekarskim w Londynie i zwiedzając szpitale i kliniki tamtejsze. O czym nie omieszkałem podzielić się wrażeniami wtedy również z szanownymi czytelnikami „Warsz. Czasopisma Lekarskiego”, na obecnym zaś Zjeździe po wysłuchaniu referatów głównych i po dyskusji obszernej przekonałem się znowu, że walka z rakiem jest na dobrej drodze, i w niedalekiej już może przyszłości będziemy mogli wcale optymistycznie to zagadnienie traktować. Obszernie dyskutowano w sekcji chirurgicznej nad tematem również aktualnym, w dobie obecnej niezmiernie ciekawym, mianowicie, nad sprawą przetaczania krwi — metodą, stosowaną bardzo szeroko obecnie na całym świecie u ciężko chorych w różnego rodzaju schorzeniach. W sprawie tej wygłosili ciekawe referaty d-rzy: D o b r z a n i e c k i, R u t k o w s k i i Z a l e w s k i, który przedstawił prosty i wygodny aparat do bezpośredniego przetaczania krwi. Ogromne zainteresowanie wywołał referat specjalisty w tej dziedzinie, Prof. B a g d a s a r o f f a, Dyrektora Instytutu dla Przetaczania krwi w Moskwie („Instytut pierieliwania krwi”). Mianowicie, prelegent stosuje do przetaczania krew nie tylko żywego człowieka „*donera*” (który niezawsze może być do dyspozycji, szczególnie w nagłych przypadkach), ale i trupią krew, która na zasadzie dokładnych badań, przy dobrej i umiejętnej konserwacji za pomocą dodawania t. zw. stabilizatorów chemicznych, jest w przeciągu 16-tu dni od chwili pobrania zdolna do użytku i może być stosowana u wszystkich chorych w dowolnej ilości stosownie do zleceń lekarza, tak samo, jak krew, pobrana od człowieka żywego, która jest, podług słów prelegenta, również przy umiejętnej konserwacji zdolna do użytku w przeciągu 22 dni od chwili pobrania. W celu konserwacji krwi prelegent stosuje specjalny roztwór pod nazwą „I.P.K.”, którego skład chemiczny jest następujący: *Natr. chlor.* 7,0; *Kali chlor.* 0,2; *Magnes. sulphur.* 0,01; *Natr. citr.* 5,0; *Aq. bidestill.* 1000,0. Ilość pobranej trupiej krwi nie powinna przekraczać maksymalnej ilości 3 — 4 litrów, a żywej — 1½ litra, przyczem trupią krew można pobierać w kilka, nawet w kilkanaście godzin po śmierci człowieka; jakościowo zaś najlepsza jest krew ludzi, zmarłych nagle na aneuryzm serca lub z powodu wypadku, jak złamanie podstawy czaszki, czyli t. zw. krew aseptyczna. Przy instytucie wspomnianym (mającym większe oddziały w Kijowie, Charkowie i Niżnim Nowgorodzie oraz około setki pododdziałów, rozrzuconych na całym obszarze Rosji) znajduje się szpital dla 150 ciężko chorych, u których się przetaczanie stosuje. Różnicy przy wyborze gatunków krwi niezbędnej do przetaczania (trupiej czy żywej) zasadniczo się nie robi; w specjalnych naczyniach konserwuje się w laboratorjach szpitala t. zw. krew dyżurną („dieżurnaja krow”), którą codziennie się zmienia. Jak widzimy, jest to instytut, zakrojony na wysoką skalę, i referat, oświetlany przez prelegenta tablicami statystycznymi i rysunkami aparatów, stanowił swego rodzaju rewelację na Zjeździe.

(C. d. n.)

Herman D a t y n e r (Warszawa).

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

O karcie zachorowań i systemie przebitkowym w nowym projekcie organizacji Ubezpieczalni Społecznej.

Podał

Dr. Karol RYDER (Sosnowiec — Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 1).

Lekarz, przystępując do ordynacji, zastał przy-
szykowany przyrząd i, wywołując chorego (a), nakła-
da wkładkę z jego karty zachorowań na przebitkę.

Czynność ta, zarówno ze względu na konstrukcję aparatu przebitkowego, jak i na układ podkładki, nie jest ani większa, ani wymagająca więcej czasu, aniżeli położenie karty choroby przed sobą dla odnotowania w niej ordynacji, jak to ma miejsce obecnie.

Po załatwieniu jednego chorego, lekarz zdejmuje z przebitki wkładkę i nakłada wkładkę następnego chorego na ten sam aparat w ten sposób, żeby wiersz wkładki, w którym ma odnotować zapis nowego chorego,

wypadł na przebitce pod zapisem poprzedniego chorego. I ta manipulacja jest bardzo prosta, o wiele prostsza w wykonaniu, niż w opisie.

W ten sposób postępuje lekarz przez cały czas ordynacji, aż się wyczerpie podkładka, której zmiana jest kwestją może nieco dłuższego czasu, niż nakładanie wkładki, ale w zasadzie również tak krótkiego, że lekarz na to nie straci wiele czasu, robiąc to np. w chwili rozbierania, czy ubierania się chorego.

Po skończonej ordynacji na zbiorowej przebitce otrzymuje się całkowity i dosłowny obraz wykonanej pracy przez lekarza danego dnia, przyczem, jak dotąd, bez przysporzenia mu specjalnej dodatkowej roboty, jeżeli nie liczyć minimalnych ruchów, potrzebnych do nałożenia wkładki na przebitkę, a od czasu do czasu do zmiany podkładki.

Jednak, jak zaznaczyłem, podkładka na przebitce posiada nazewnątrż od rubryk, powtórzonych z wkładki, kilka dodatkowych rubryk, które lekarz wypełnia przy każdym chorym stawianiem kreski (dla określenia, czy to była wizyta pierwotna, czy powtórna, oraz czy chory jest sam ubezpieczonym, czy członkiem rodziny, co może być określone nawet jednym znakiem: np. U¹ t. zn. pierwotna wizyta ubezpieczonego albo R² powtórna wizyta u członka rodziny). Jest to czynność w czasie również obliczona na ułamki minuty. Nieco więcej czasu może zająć wypisanie koniecznego jeszcze Nr. legitymacji oraz imienia i nazwiska chorego z adresem zamieszkania. Ale, jak za chwilę wykażę, czas ten rekompensuje się oszczędnością czasu przy wykonywaniu innych czynności, które ciążyą na lekarzu obecnie, a które odpadną przy tym systemie. Pozostaje jeszcze naklejenie i skasowanie ewentualnie pobranej dopłaty, przewidzianej w ustawie za porady i lekarstwa. Ale czynności te w tej czy innej formie i tak przybyłyby, a może proponowany sposób — naklejania znaczków na przebitce obok zapisu i skasowanie ich przez lekarza swym podpisem — jest najprostszymi, nie wymaga bowiem prowadzenia żadnej specjalnej kontrolki, przechowywania odebranych znaczków, wyliczania się z nich i t. p.

Przebitkę prowadzi się dla każdego dnia oddzielnie i odsyła się w określonych terminach do lekarza obwodowego.

Taka sama przebitka jest przewidzianą dla wizyt w mieszkaniach chorych, przyczem aparat przebitkowy będzie typu kieszonekowego, aby umożliwił lekarzom bez wielkiego trudu i w sposób poręczny nawet u chorego w domu pisać wkładkę do karty zachorowań przez przebitkę zbiorową. I ta przebitka zbiorowa z każdego dnia zostaje odesłana do lekarza obwodowego.

A więc oprócz czynności, wykonanych na marginesie podkładki, lekarz przy systemie przebitkowym nie robi nic więcej, niż tylko to, że wszystko, co ma wpisać do historii choroby, pisze przez kalkę na zbiorowej przebitce.

Jakie to daje korzyści? Ogromne pod względem administracyjnym. A mianowicie:

1. Lekarz, szczególnie tam, gdzie pracuje sam, bez żadnego personelu pomocniczego, zarówno lekarskiego, jak i administracyjnego, a takich przy nowym stanie rzeczy będzie coraz więcej, po skończonej ordynacji nie ma żadnych dodatkowych czynności administracyjnych poza wysłaniem przebitki do lekarza obwodowego; w szczególności nie potrzebuje segregować kart pierwotnych i powtórzonych chorych i nie potrzebuje robić żadnych zestawień ze swych czynności.

2. Przebitka zbiorowa służy za pierwszorzędny źródłowy materiał statystyczny. Jak wiadomo, dotąd statystyka lekarska i ruchu chorych w ośrodkach leczniczych była w Kasach Chorych robiona w poszczególnych ośrodkach leczniczych przez personel, często bardzo mało do tego przygotowany, nie wyłączający zwykłych błędów arytmetycznych nawet w sumowaniu. Następnie, każdy urzędnik, robiący zestawienia, układał je po swojemu, i dlatego statystyka całej Kasy, oparta na gotowych błędnych zestawieniach z ośrodków leczniczych, względnie z obwodów leczniczych, bardzo często dawała zupełnie fałszywy obraz, o ile chodzi szczególnie o takie momenty, jak stosunek liczby wizyt powtórzonych do pierwotnych, liczby wizyt lekarskich, felczerskich, dentystycznych i t. d.

Przy systemie przebitkowym cały materiał źródłowy dostaje się do centrali, do sekcji statystycznej działu lekarskiego, gdzie już pod jednym kątem widzenia i przez fachowy personel zostaje wyzyskany do statystyki

Ma to i ten plus, że personel administracyjny w terenie będzie mógł być zredukowany do *minimum*, jeżeli tam odpadnie ta olbrzymia robota, wykonywana dziś dla różnego rodzaju niezliczonych wykazów. To wszystko będzie robione centralnie przez mniejszą liczbę ludzi i lepiej.

3. Instrukcja przewiduje, że przy takim prowadzeniu kart chorobowych i przez przebitkę lekarz, zapisujący prosty lek z apteki podręcznej (a nowe Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej przewiduje 136 takich leków, dopuszczonych do wydawania z apteczek podręcznych), nie będzie zapisywał oddzielnej recepty, lecz odnotuje je tylko w historii choroby. Ponieważ duża część chorych otrzymuje takie lekarstwa, przeto oszczędność w wypisaniu recepty z Nr. legitymacji, imieniem i nazwiskiem chorego, nazwą zaordynowanego lekarstwa, przepisem użycia, w dużym stopniu zrekompenzuje dodatkową pracę lekarza, o której była mowa przy wypełnianiu marginesu przebitki.

4. Lekarz obwodowy, otrzymując przebitki z codziennej pracy lekarzy obwodu, ma całkowity zarówno ilościowy, jak i jakościowy obraz pracy, wykonanej każdego dnia przez lekarza. Daje mu to nieoceniony materiał badawczy dla wyciągania wniosków organizacyjnych.

5. Przebitka zbiorowa służy lekarzowi obwodowemu do wypełnienia listy płacy lekarzy za niestałe dochody, nie czekając na ich rachunki. A więc znowu odciążenie lekarza od przedstawiania co miesiąc kartek za wizyty i od przedkładania rachunku. Przez to znowu odpada trudność zarówno punktualnego regulowania, jak i księgowania wydatków niestałych, gdyż zaraz po skończonym miesiącu lekarz obwodowy może sam wszystko obliczyć i wystawić asygnatę na wypłatę należności. A wiemy wszyscy, jak trudno od lekarzy otrzymywać punktualnie rachunki na ich własne należności. Znam taki przykład, kiedy lekarz w 1929 czy 1930 r. przedłożył rachunek za swoje czynności w kasie, opłacane oddzielnie, a wykonane w poprzednich latach od 1923 r. Obejmowało to okres i dewaluacji i markowy i złotowy!

6. Przebitka zbiorowa daje możliwość prowadzenia kontroli budżetu: przy układaniu preliminarza budżetowego na następny rok budżetowy należy tylko wszystkich ubezpieczonych liczebnie rozbić na obwody według ich miejsca zamieszkania.

Wychodząc z wykonania budżetu za rok ubiegły, względnie za 10 do 11 miesięcy, zależnie od tego, za jakie miesiące jest już gotów miesięczny bilans su-

rowy, należy obliczyć, ile na którą pozycję budżetu wypada wydatków. Sumę tę trzeba podzielić przez liczbę ubezpieczonych i w ten sposób otrzymać koszt każdej czynności na głowę ubezpieczonego. Biorąc do pomocy statystykę np. dni zasiłkowych, liczby wizyt ambulatoryjnych, domowych, zabiegów i t. d. łatwo wyprowadzić przeciętną na jednego ubezpieczonego. Jeżeli np. z zestawienia wykonania budżetu wynika, że na zasiłki powinno w danej kasie być wypłacone 2.500.000 zł. rocznie, a ubezpieczonych było 100.000, wtedy przeciętna wysokość zasiłku 1-go ubezpieczonego wyniosłaby 25.— zł., jeżeli przytem było 100.000 dni zasiłkowych, to na 1-go ubezpieczonego wypada przeciętnie 25 dni. Skoro podział ubezpieczonych na obwody wykaze, że dany obwód posiada 20.000 ubezpieczonych, to w danym obwodzie powinno przez rok być 500.000 dni zasiłkowych, względnie odpowiednia liczba miesięcznie albo dziennie.

Otrzymując zbiorowe przebitki od każdego lekarza, lekarz obwodowy sumuje liczbę dni zasiłkowych na terenie obwodu i orientuje się, w jakim stopniu stan zasiłków w jego obwodzie odpowiada preliminarzowi. Lekarz obwodowy, mając możność obliczenia, ilu ubezpieczonych obsługuje poszczególne lekarze, może też w przybliżeniu ustalić, ile dni zasiłkowych winien mieć dany lekarz. Naturalnie, ani lekarz naczelny, ani obwodowy nie mogą trzymać się tych obliczeń jako stałych i niewzruszalnych liczb; służą one tylko do orientacji. Już lekarz naczelny, obliczając liczbę dniówek zasiłkowych dla każdego obwodu, nie będzie automatycznie dzielił liczby dniówek w całej kasie proporcjonalnie do liczby ubezpieczonych w każdym obwodzie. Weźmie bowiem przytem pod uwagę rodzaj tego obwodu pod względem chociażby rodzaju zatrudnienia, stosunku zatrudnienia kobiet do możliwości zasiłku pługowego w porównaniu z obwodem, w którym pracuje mniej kobiet i t. p.

Takie same obliczenie może być dokonane dla liczby porad lekarskich w ambulatorjach, liczby wizyt w mieszkaniach chorych i t. p.

7. Przebitka zbiorowa, na której marginesie są naklejane znaczki za pobrane opłaty, służy jednocześnie za materiał do obliczeń dochodów z pobieranych opłat, a także do obserwacji czy opłaty te pobierane są zgodnie z odnośnymi rozporządzeniami i instrukcjami, oraz jak poszczególne lekarze ustosunkowują się do pobierania opłat.

8. I wreszcie, last but not least, przebitka zbiorowa służy za pierwszorzędny materiał kontroli pracy lekarzy dla czynnika administracyjno - lekarskiego, mającego pieczę nad pracą lekarzy, zatrudnionych w ubezpieczalni, a więc dla lekarzy obwodowych i lekarza naczelnego ubezpieczalni, odpowiedzialnych za lecznictwo i za personel, wykonywający to lecznictwo,

Materiał ten jest dobry zarówno dla kontroli administracyjno - lekarskiej, jak i fachowo - lekarskiej.

Zarówno lekarze obwodowi na terenie swych obwodów, jak i lekarz naczelny na terenie całej ubezpieczalni, na podstawie studjowania przebitek mogą wyrobić sobie jaknajdokładniejsze pojęcie o liczbie przyjmowanych przez lekarza pacjentów w ciągu godziny, o stosunku liczby wizyt pierwotnych albo powtórnych, liczby uznawanych za niezdolnych i na podstawie tego stwierdzać, czy istniejący aparat leczniczy jest dostateczny, względnie, czy sprawnie funkcjonuje.

Z notatek, poczynionych przez lekarza obwodowego na przebitkach lekarzy ordynujących, lekarz naczelny, przy przeglądaniu tych przebitek w centrali, może wyrobić sobie też pogląd na działalność administracyjną lekarza obwodowego.

W dziale lecznictwa centrali przewidziana jest specjalna sekcja kontroli fachowo - lekarskiej, wykonywanej na podstawie przebitek, w sposób następujący: sam lekarz naczelny albo przy pomocy zaproszonych do tego stałych lub przygodnych specjalistów - konsultantów z różnej gałęzi medycyny będą badali przebitki pod względem: a) zgodności rozpoznań z opisanymi objawami. b) zgodności zastosowania lekarstwa z postawionem rozpoznaniem, c) zgodności opisanych objawów z uznaniem lub orzeczeniem niezdolności do pracy, d) właściwości stosowanych metod leczniczych, e) ogólnego prowadzenia wkładek do kart zachorowań.

Ten rodzaj kontroli lecznictwa był dotąd w Kasach Chorych dość zaniedbany, gdyż był uniemożliwiony zbyt trudnymi warunkami tej kontroli. Przy systemie przebitkowym może np. Lekarz Naczelny wybrać przebitki wszystkich wenerologów i przez specjalistę zbadać pod względem fachowym: czy są stosowane właściwe metody leczenia, czy stosowane preparaty i ich ilość oraz odstępy czasu ich stosowania — odpowiadają wymaganiom nauki. Dziś lekarz był pozostawiony samemu sobie i ile umiał, tyle musiało wystarczyć. Teraz, po zbadaniu przebitek przez specjalistę, może nastąpić konferencja z lekarzem, czy lekarzami danej specjalności i mogą być wypośredkowane najlepsze metody leczenia. Będzie to z korzyścią i dla lekarzy i dla ubezpieczonych, oddanych ich pieczy lekarskiej.

Jak ilustruje ten przykład, tak i wszystkie inne sprawy, związane z samym lecznictwem, mogą być tą drogą rozwiązane i przynieść duże korzyści medycynie ubezpieczeniowej.

Aczkolwiek w pierwszej chwili opisane sprawy mogą wytworzyć wrażenie biurokratyzmu, jednak w życiu nie będzie to biurokratyczne, lecz bardzo proste i praktyczne, a przytem dające duże i wielostronne korzyści.

Wiadomości bieżące

— **OKÓLNİK Ministerstwa Opieki Społecznej** do Panów Wojewodów (wszystkich). Ministerstwo Opieki Społecznej ogłasza konkurs na projekt uzdrowotnienia miasteczka. Warunki konkursu są następujące: 1) Projekt uzdrowotnienia może dotyczyć któregośkolwiek z miasteczek w Polsce. 2) Projekt zgłoszony nie powinien zawierać wymagań maksymalnych w zakresie zdrowia publicznego, lecz ma być realny, t. j. przystosowany do obecnych warunków ekonomicznych i możliwy do wykonania w

tych warunkach. 3) Udział w konkursie mogą wziąć wszyscy urzędnicy Państwowej i Samorządowej Służby Zdrowia oraz działacze społeczni. 4) Projekt zgłoszony do konkursu powinien składać się z 4 części, mianowicie: a) opis miasteczka (teren, liczba nieruchomości, ich rodzaj, liczba mieszkańców, ich zamożność, zatrudnienie i t. p. oraz plan orientacyjny miasteczka w skali 1 : 5000 lub 1 : 10000, sporządzony przez osobę, posiadającą odpowiednie kwalifikacje; b) opis stanu sanitarnego miasteczka (woda, żywność, usuwanie nieczysto-

ci, czystość i t. p. z szczególnem podkreśleniem braków); c) prace, które należy wykonać dla uzdrowotnienia miasteczka t. j. dla usunięcia opisanych braków; d) przybliżony koszt tych prac z uzasadnieniem. 5) Projekt należy opatrzyć godłem. To samo godło należy umieścić na załączonej do projektu zamkniętej kopercie, zawierającej nazwisko, imię, stanowisko i adres autora. 6) Projekty, przepisane na maszynie, na papierze formatu kancelaryjnego, powinny obejmować nie więcej niż 10 stron pisma maszynowego. W tej formie należy je przysyłać do właściwego Urzędu Wojewódzkiego. 7) W każdym Urzędzie Wojewódzkim Komisja, złożona z przedstawicieli Wydziału Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia oraz Wydziału Budowlanego, Wojewódzkiej Rady i Izby Lekarskiej pod przewodnictwem Pana Wojewody lub osoby przez niego wyznaczonej, przejrzy nadesłane projekty i wybierze z pośród nich 6, nadających się, jej zdaniem, do nagrodzenia. Projekty te, nie otwierając kopert, Komisja prześle do Ministerstwa Opieki Społecznej wraz z protokołem, zawierającym następujące dane: a) liczba nadesłanych projektów, dotyczących każdego z poszczególnych miasteczek; b) przyczyny odrzucenia projektów niezalączonych; c) umotywowanie przedłożenia sześciu załączonych projektów do nagrody. 8) Projekty te, mają być nadesłane Ministerstwu Opieki Społecznej w terminie do 1.V.1934 r. 9) Przyznanie nagród i otwarcie kopert nastąpi w Ministerstwie Opieki Społecznej w dn. 1.VII.1934 r. 10) Przyznane będą następujące nagrody za najlepsze i najbardziej nadające się do wykonania projekty: I nagroda — zł. 800.— II nagroda — zł. 500.— III nagroda — zł. 300.— IV i V nagroda po zł. 100.— 11) Projekty nagrodzone stanowią własność Ministerstwa Opieki Społecznej, które może je ogłaszać w czasopismach i polecić do wykonania. Ministerstwo Opieki Społecznej prosi Panów Wojewodów o podanie treści powyższego okólnika do wiadomości i do wykonania pp. Starostom, wyznaczając jednocześnie odpowiednie terminy na składanie projektów w Urzędach Wojewódzkich.

Minister

(—) Dr. St. H u b i c k i.

— Konkurs Towarzystwa Chirurgicznego Warszawskiego. Pragnąc przyczynić się do rozwoju chirurgii polskiej Towarzystwo Chirurgiczne

Warszawskie ogłasza Konkurs na prace z zakresu chirurgji. Warunki Konkursu. Do konkursu mogą stawać wszyscy chirurdzy, obywatele polscy. Prace powinny być oryginalne, dotąd nigdzie nie drukowane i oparte na własnych spostrzeżeniach i doświadczeniu. Tematem pracy mogą być zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak również lecnicstwo chirurgiczne, oraz doświadczenia na zwierzętach, wiążące się z zagadnieniem chirurgicznym. W nawiązaniu do prac wcześniejszych, zgłaszane na konkurs prace powinny, obok piśmiennictwa obcego, uwzględnić w pierwszym rzędzie odnośne piśmiennictwo rodzime. Rękopisy odbite na maszynie na jednej stronie arkusza z pozostawieniem interlinji i marginesu muszą odpowiadać warunkom dobrego stylu i pisowni, oraz uwzględniać polskie mianownictwo lekarskie. Prace konkursowe podpisane obranem przez autora godłem powinny być nadesłane w dwu egzemplarzach najpóźniej do dnia 1 marca 1934 r. do Zarządu Tow. Ch. Warsz. na ręce Dr. Werthejma, Warszawa, al. Jerozolimskie 75. Do pracy należy załączyć zamkniętą kopertę zzewnątrz zawierającą godło, wewnątrz zaś imię i nazwisko i adres autora. Do oceny nadesłanych prac powołany będzie przez Zarząd Tow. Ch. War. Sąd Konkursowy. Nagrody za przyjęte przez Sąd Konk. prace ustala się w sposób następujący: I-sza nagroda zł. 600, II-ga zł. 400. W okolicznościach szczególnych nagrody te będą mogły być połączone w jedną. Prace nagrodzone stają się własnością Tow. Ch. War. i będą oddane do druku z zaznaczeniem, że praca została odznaczona na konkursie Towarzystwa. Zarząd Tow. Ch. Warsz. zastrzega sobie prawo przeznaczenia do druku w Pol. Przegl. Chir. niektórych z pośród prac na konkursie nie nagrodzonych. W razie nieprzyznania przez Sąd Konk. nagrody żadnej z nadesłanych prac z powodu niskiego poziomu naukowego, lub nie wypełnienia warunków, Tow. Ch. Warsz. zastrzega sobie prawo ponownego ogłoszenia konkursu.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

11.I. Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie Nadzwyczajne poświęcone klinice pogranicza oftalmologii, otolaryngologii i neurologji.

TREŚĆ: I. J. MERENLENDER. O niestępującym odczynie Bordet-Wassermanna u kiłowych. — B. GLASS. Parę uwag o patogenezie i leczeniu „samoistnego” wysiękowego zapalenia opłucny. — J. FLIEDERBAUM. Rola układu autonomicznego w krążeniu, ustaleniu się i zaleganiu wody w ustroju oraz w powstawaniu obrzęków i stanów wysuszenia. (Str. pogl. C. d.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — A. RYDER. O karcie zachorowań i systemie przebitkowym w nowym projekcie organizacji Ubezpieczalni Społecznej (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. I. MERENLENDER. Sur la réaction de Bordet-Wassermann non cessante chez les syphilitiques. — B. GLASS. Quelques remarques sur la pathogénie et le traitement de la pleurésie exsudative „indépendante”. — J. FLIEDERBAUM. Le rôle du système autonome dans la circulation, fixation et l'arrêt d'eau dans l'organisme et dans la formation d'oedème et de l'état de dessèchement (Rev. gén. suite). — A. RYDER. Sur la carte de maladies et le système à décalque dans le nouveau projet d'organisation de la Chambre d'assurances sociales (fin.).

SAL DIETETICUM
SINE CI. Br. J. N.
nulla contrindicatio!
ARTISAL
GEO.