

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 XII

WARSZAWA, 24 STYCZNIA 1935 R.

Nr. 4

Dr. ZYGMUNT BYCHOWSKI

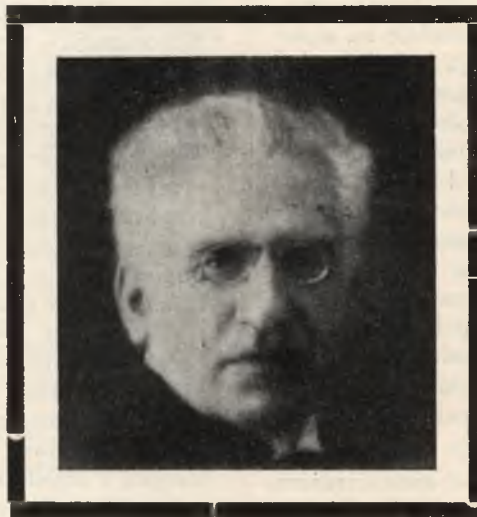
(Wpomnienie pośmiertne).

We wrześniu r. ub. zmarł dr. Zygmunt Bychowski, jeden z najwybitniejszych neurologów warszawskich, członek Komitetu Redakcyjnego „Neurologji” i „Warsz. Czas. Lek.” i b. Wiceprezes Warszawskiego Towarzystwa Neurologicznego. Należał do pokolenia lekarskiego, które przeżywało najbujniejszy rozkwit nauki neurologicznej, a sam w niemałym stopniu przyczynił się do tego rozwoju. Był to umysł o niezwykle szerokim zasięgu zainteresowań, przepalony fanatycznym kultem dla nauki, a specjalnie dla kliniki neurologicznej. Był to też duży talent kliniczny, wsparty o bystrą obserwację i umiejętność własnego wglądu w zjawiska kliniczne. Był doskonałym typem samouka, gdyż poza krótką pracą w poliklinice Goldflama i poza zwiedzaniem podczas licznych swych podróży europejskich ośrodków pracy neurologicznej — nie wyszedł właściwie z żadnej szkoły neurologicznej. Ogłosił długi szereg prac z dziedziny chirurgji mózgu, spraw zapalnych układu nerwowego, padaczki i endokrynologii, których spis podaje dalej, a które sięgają liczby prawie stu.

Zagadnienia chirurgji mózgu interesowały go szczególnie żywo. Pracując przez długie lata w Szpitalu Przemienienia Pańskiego na Pradze, którego ordynator, a następnie lekarz naczelny Dr. Rauma był jednym z pierwszych polskich neurochirurgów, ogłosił cały szereg przez siebie rozpoznanych, a przez Rauma operowanych guzów mózgu. W pracy p. t. „Przyczynki do rozpoznania i leczenia chorób mózgu” (1903) zajmował się specjalnie zagadnieniem osteoplastyki, twierdząc, że osteoplastyka powinna być stosowana tam, gdzie podczas trepanacji nie można usunąć przyczyny wzmożonego ucisku wewnątrzczaszkowego. W pracy „O wskazaniach do radykalnej i paljatywnej trepanacji” (1910) przytacza bardzo ciekawą i dokładnie pod względem klinicznym zanalizowaną kazuistykę własną, stwierdzając, że „każdy guz mózgu jest problematem sam w sobie i musi być indywidualnie przemyślany i traktowany”. W pracy „O guzach powierzchownych

opony twardej” (1907) podniósł po raz pierwszy znaczenie praktyczne braku objawu Babińskiego przy lokalizacjach powierzchownych dla rozpoznania i rokowania. Był jednym z pierwszych u nas, który zaproponował chirurgowi zastosowanie operacji Antona-Bramana i opisał pomyślny jej wynik w pracy: „Ślepotą w przebiegu wodogłowia wewnętrznego. Przekłucie wielkiego spoidła metodą Antona-Bramana” (1913). Opisał również pomyślnie operowany przypadek ograniczonego ropnego zapalenia opon miękkich mózgu.

Pracując w okresie wojny w doskonale zorganizowanym Instytucie traumatologicznym w Moskwie, ogłosił kilka prac z zakresu chirurgji wojennej układu nerwowego. W pracy „Padaczka urazowa w świetle materiału wojennego” nawołuje do prześwietlania promieniami Rentgena każdego rannego w głowę i omawia wyczerpująco powikłania tego rodzaju urazów (1919). W pracy: „W sprawie pewnych objawów nerwowych naskutek postrzałów czaszki” (1916) omawia specjalnie zagadnienie ran stycznych w obrębie przedniego odcinka szwu strzałkowego z objawami diplegji mózkowej, kreśląc wskazania i przeciwwskazania do zabiegów operacyjnych. Podaje tu również dokładny schemat rozpoznania różniczkowego pomiędzy paraplegją dolną pochodzenia mózgowego i rdzeniowego. W tej samej pracy po raz pierwszy poruszył zagadnienie braku poczucia własnej ślepoty przy ranach postrzałowych ciemieniowo-potylicznych (t. zw. objaw Antona-Redlicha wzgl. anozognozja Babińskiego). Do sprawy tej wracał jeszcze kilkakrotnie, wreszcie oświetlił ją głębiej w odczycie w „Polskim Towarzystwie Psychologicznym” (1921), gdzie podał własną teorię tego ciekawego objawu, analogizując go do zjawiska t. zw. „Phantomglied”. Wreszcie w pracy: „O restytucji utraconych zdolności lingwistycznych” (w postrzale czaszki u poligloty—1918) podaje niezmiernie ciekawy przykład kliniczny, ilustrujący t. zw. prawo Piñresa-Ribota,



brzmiające: „le nouveau meurt avant l'ancien”. W pracy: „O rozpoznawaniu i operacyjnym leczeniu nowotworów przysadki mózgowej” opisał pierwszy zakwalifikowany u nas do operacji i operowany pomyślnie przez prof. Eiselsberga w Wiedniu przypadek guza przysadki mózgowej, obserwowany następnie przez długi szereg lat.

Należał do najlepszych u nas znawców padaczki. Ogłosił z tej dziedziny cały szereg prac, a więcej jeszcze przypadków demonstrował w Sekcji neurologiczno-psychiatrycznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego i w Warszawskim Towarzystwie Neurologicznym. Skłaniał się do poglądów tej grupy badaczy, którzy, jak Redlich, Alzheimer lub Crozon, w każdym przypadku dopatrują się zgruba organicznego podłoża. Stąd też pohopność do operacyjnego leczenia padaczki i entuzjastyczna ocena dzieła Krausego, który operował tak znaczną liczbę przypadków padaczki. W pracy: „Rokowanie i leczenie padaczki” (1925) wyraża przekonanie, że „nawet w t. zw. padaczce istotnej istnieją w mózgu większe lub mniejsze zmiany materjalne”. W pracy: „Niektóre zagadnienia padaczki” (1929) po omówieniu teorii porodowo-urazowych, gruczolowych, metabolicznych i t. p. podnosi szczegółowo sprawę usposobienia do drgawek, na które tak znaczny nacisk kładzie szkoła niemiecka (Förster, Redlich). Opisał rzadki przypadek wybroczyn krwawych podczas napadu epileptycznego (1903), zwapnienie w okolicy ośrodka nerwu twarowego w przypadku padaczki Jacksonowa („Łatwy do rozpoznania przypadek padaczki Jacksonowej” 1912) oraz przypadek padaczki samostnej, w którym niewątpliwą rolę odegrało zatrucie nikotyną. („Przyczynki do patogeny padaczki” 1900). Zajął zdecydowanie negatywne stanowisko wobec problemu padaczki odruchowej głównie na zasadzie swego bogatego materiału wojennego i traumatologicznego. („Czy istnieje padaczka odruchowa?”—(1918) Interesował się gorąco zagadnieniem opieki społecznej nad epileptykami i w pracy, ogłoszonej w 1928 r., nakreślił w tym kierunku kilka postulatów: 1) konieczność rejestracji wszystkich epileptyków, 2) konieczność opieki społeczno-lekarskiej nad epileptykami w przychodniach wraz z utrzymywaniem kontaktu stałego z pacjentami oraz ich rodzinami, 3) konieczność zaopatrywania bezpłatnego epileptyków w środki lekarskie oraz dostarczania im możliwości przeprowadzenia kuracji dietetycznej, 4) niezbędność decydującego wypowiedzenia się lekarza przy wyborze zawodu młodocianych epileptyków.

Kilka prac również poświęcił zachorzeniom układu pozapiramidowego. Godzi się tu podnieść z naciskiem, że na długi czas jeszcze przed wyodrębnieniem kurcu torsyjnego i zespołu dystonicznego w pracy: „Hipertonja i hipotonja u jednego osobnika” opisał szczegółowo zjawiska dystoniczne w wypadku choroby Parkinso (1907). Był również pierwszym w Warszawie, który rozpoznał początek epidemii śpiączkowego zapalenia mózgu, skierowując przypadek taki na oddział szpitalny. Cierpieniu temu zresztą następnie poświęcił kilka jeszcze publikacji klinicznych, opisując w przebiegu tej sprawy ciekawy zespół kinezyj paradoksalnej („Niezwyczajne zaburzenia ruchu po nagminnym zapaleniu mózgu”—1928), rzadki objaw niedowidzenia połowicznego (1925), a przede wszystkim zespół zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego

w przebiegu i w następstwie tego procesu chorobowego, który w piśmiennictwie związany jest z Jego nazwiskiem (1922). Opisał również w 1923 r. nowy wybuch epidemii tego cierpienia o charakterze poronnym.

Jego czujny zmysł kliniczny chwycił subtelnie nieznaną dotąd zjawiska semjologiczne. Opisał mianowicie ciekawy fakt kliniczny z anikanią objawu Babinskiego przy ułożeniu chorego w pozycji na brzuchu (1911). Wyodrębnił niezależnie od Grasseta nowy objaw połowicznego porażenia organicznego, który figuruje w piśmiennictwie pod nazwą objawu Grasseta-Bychowskiego (1906). Przeprowadził żmudne badania nad zachowaniem się niektórych odruchów ścięgowych i skórnych w pierwszym roku życia, z których zdawał sprawę na międzynarodowym Kongresie Neurologów, Psychiatrów i Psychologów w Amsterdamie (1907), opisał objaw tarczy zastoinowej w przebiegu stwardnienia guzowego (1931), wyodrębnił objawy zajęcia neuronu obwodowego w przebiegu t. zw. płasawicy miękkiej (1897), wskazał wreszcie na czynniki endogenetyczne, odgrywające rolę w powstawaniu choroby Roth-Bernarda.

Szczególnie wszakże pasjonowały Go zagadnienia endokrynologii, którym poświęcił liczne prace, a z których wymieniam tylko najważniejsze: „W sprawie nauki o gruczolach dokrewnych” (1925), „Zagadnienia współczesnej organoterapii” (1928), „Z fizjologii i patologii przysadki mózgowej” (1934), „Obecny stan nauki o przytarczycach” (1933). W dziedzinie tej miał oryginalne i dobrze ugruntowane poglądy, oparte na sumiennym opanowaniu olbrzymiego piśmiennictwa, bogatym materiale klinicznym, a nawet własnych badaniach eksperymentalnych (dokonane w 1908 r. badania nad kijankami). Był entuzjastą przysadki mózgowej i jej znaczenia dla ustroju, przeboiał okres jej detronizacji, związany z pracami Percivala Bayla oraz Roussyego i Camusa i witał z radością prace Zondeka oraz jego szkoły, które przywróciły hegemonję tego „niezwykłego klejnotu biologicznego”, który waży wszystkiego 5—6 decygramów i stanowi zaledwie 1/100.000 część średniej wagi człowieka i w którym doliczył się aż 13 hormonów wzgl. prehormonów. Był zdeklarowanym przeciwnikiem poglądów Popielskiego i jego szkoły, w myśl których wpływ gruczolów dokrewnych na ustrój zachodzi wyłącznie za pośrednictwem układu współczulnego, który reguluje również stosunki pomiędzy poszczególnymi gruczolami dokrewnymi. Był wyznawcą teorii bezpośredniej korelacji międzygruczolowej z nacelną kontrolą gruczolów płciowych, którym przypisuje rolę swoistą i zupełnie odmienną w całym układzie dokrewnym, obrazując ten swój pogląd plastycznie w kształcie siedmiobocznej piramidy, której wierzchołek zajmują jądra, względnie jajniki, a podstawę siedem pozostałych gruczolów dokrewnych. Endokrynologii wreszcie poświęcona była ostatnia praca Jego życia. Był to wygłoszony na zaproszenie Zarządu Sekcji klinicznej Towarzystwa Medycyny Społecznej piękny wykład o obecnym stanie nauki o przytarczycach, w którym zaznajomił słuchaczy z nowoczesnymi poglądami na anatomję i fizjologję tych gruczolów, ich wpływ na wapniową przemianę materji, na zespoły, klinicznie związane z dysfunkcją gruczolów przytarczycznych, a przede wszystkim na ich organoterapię, w pierwszym zaś rzędzie na leczenie chirurgiczne drogą paratyroidektomji (Oppel-Lériche) niektórych

postaci kostno - stawowych (choroby Recklinghause na, spondylose rhizomélique i t. p.).

Ten właśnie dar wykładu i ujmowania syntetycznego był niewątpliwie czynnikiem pobudzającym do monograficznego opracowania niektórych przodujących w neurologii zagadnień; jak: „Ogólna symptomatologia i terapia chorób mózgu” (1909).. Różniczkowe rozpoznanie hysterji i pokrewnych cierpień organicznych (1919)... „Teoretyczne podstawy leczenia porażień spastycznych metodą Förstera” (1910). „O wielopostaciowości stwardnienia wieloogniskowego” (1929) o historii neurologji w ostatnich latach 50 (1931), a zwłaszcza cenna monografia o chorobie Heine-Medina (1912).

Współczesnemu pokoleniu lekarskiemu wiadomo dobrze, iż nauka wypełniała tylko część Jego zainteresowań, od zarania bowiem opętany był nie tylko przez żądzę poznania ale i przez demona instynktu społecznego. Ten instykt społeczny — poza działalnością polityczną i organizacyjną, która niemoże znaleźć omówienia na tem miejscu, znalazł swój wyraz również w szeregu publikacyj społeczno - lekarskich, w których nawoływał do utworzenia zakładu dla chroniczków, zakładu dla rozmaitych postaci kalectwa, do organizacji opieki społecznej nad epileptykami, do wydawnictwa zbiorowego dzieł Gołdflama, do organizacji nauk antropologicznych na zasadach endokrynologii, do tworzenia oddziałów terapii fizykalnej w oddziałach szpitalnych, do tworzenia Ośrodków Zdrowia, do utworzenia drugiego wydziału lekarskiego przy Wolnej Wszechnicy Polskiej itp. Wiele z tych postulatów znalazło już swoje zrealizowanie, o inne walczył wytrwale wysunięty dzięki Swym uzdolnieniom i zasługom na wysokie stanowisko Przewodniczącego Zarządu Wydziału Zdrowia przy Magistracie m. st. Warszawy, na którym cieszył się wielkim poważaniem i autorytetem. Praca ta w latach ostatnich pochłonęła Go tak dalece, że odsunęła Go prawie zupełnie od neurologji teoretycznej i praktycznej, w której wielki talent kliniczny pozostawił trwałe ślady Jego myśli twórczej. Było to Jego wielkim tryumfem, ale było to także Jego cichą tragedją. To też w wieniec pamięci o Nim wplecione będą nietylko żywe kwiaty trudu i zasługi, ale i drogocenne klejnoty ofiary i samozaparcia.

Wł. Sterling.

SPIS PRAC DRA Z. BYCHOWSKIEGO.

1. O chorobie Parkinsona. — Medycyna. — 1894 r.
2. Beiträge zur Nosographie der Parkinson'schen Krankheit. (Paralysis agitans). — Archiv für Psychiatrie. 1895 r.
3. Przyczynę do patogenezy padaczki. — Medycyna. —
4. Przyczynę do kazuistyki uchyłków przelyku. — Medycyna. — 1895 r.
5. Beitrag zur Casuistik des Oesophagus-Divertikels. — Archiv für pathologische Anatomie u. Physiologie. — 1895 r.
6. Przypadek płasawicy miękkiej czyli paralitycznej. — (Chorea mollis seu paralytica). — Medycyna. — 1895 r.
7. O Myxoedemacie. — Chirurgja Polska. — 1897 r.
8. Zur Pathogenese der Epilepsie. — Neurologisches Centralblatt. — 1900 r.
9. Leczenie w naszych szpitalach. — Zdrowie. — 1901 r.
10. Czy bywa nierówność źrenic u ludzi zupełnie zdrowych? — Gazeta lekarska. — 1902 r.
11. Eine kleine Verbesserung der Magensonde. — Eine einfache und empfindliche Eiweisprobe. — Deutsche Med. Wochenschrift. — 1902 r.

12. Z współczesnych poglądów na etiologję i patogenezę wiału rdzenia. — Odczyty kliniczne. — 1903 r.
13. Hypotonia i Hypertonia u jednej i tej samej chorej. — Medycyna. — 1903 r.
14. Wybroczyny krwawe. — Medycyna. — 1903 r.
15. Zur Kasuistik der Staungsblutungen während eines epileptischen Anfalls. — Centralblatt f. innere Medizin. — 1903 r.
16. Ueber Hypotonie und Hypertonie bei einer und desselben Kranken. — Neurologisches Centralblatt. — 1904 r.
17. Reflexstudien. (Odczyt wygłoszony na Międzynarodowym Kongresie neurologji w Amsterdamie). — 1904 r.
18. Ueber organische Hemiplegien ohne Babiński. (Odczyt wygłoszony na Międzynarodowym Kongresie w Amsterdamie). — 1904 r.
19. Przyczynę do rozpoznania powierzchownych guzów mózgu. — Gazeta lekarska. — 1907 r.
20. Z badań nad odruchami. — Medycyna 1907.
21. Ogólna symptomatologia i terapia nowotworów mózgu. — Nowiny lekarskie. — 1909 r.
22. O niektórych wskazaniach do radykalnej i paljatywnej trepanacji w nowotworach mózgu. — Nowiny lek. — 1909 r.
23. O rozpoznaniu i operacyjnem leczeniu nowotworów przysadki mózgowej. — Medycyna i Kronika lekarska. — 1909 r.
24. Zur Diagnose und Therapie der Hypophysisheschwülste. — Deutsche Medizinische Wochenschrift. — 1909 r.
25. Różniczkowe rozpoznanie hysterji. — Nowiny lekarskie. 1910 r.
26. W sprawie Anisokorji. — Postępowanie okulistyczne — 1910 r.
27. O nowotworach układu nerwowego i ich leczeniu. — Odczyt wygłoszony na 1-szym Zjeździe Neurologów Polskich w Warszawie. — 1910 r.
28. Teoretyczne podstawy leczenia spastycznych porażień metodą Foerster'a. — Gazeta Lekarska. — 1910 r.
29. Die allgemeine Symptomatologie und Therapie der Hirngeschwülste. — Deutsche Medizinische Wochenschrift. — 1910 r.
30. Ueber einige Indikationen zur radikalen und paliativen Trepanation bei Gehirngeschwülsten. — Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. — 1910 r.
31. Kilka uwag w sprawie leczenia wiału rdzenia. — Odczyt wygłoszony na Zjeździe Polskich Neurologów w Warszawie. — 1910 r.
32. W sprawie cukromoczu u ciężarnych. — Gazeta lek. — 1910 r.
33. O dziedzicznym i rodzinnem powiększeniu się śledziony. — Gazeta lekarska. — 1911 r.
34. Choroba Heine-Medina w świetle spostrzeżeń i doświadczeń lat ostatnich. — Odczyty Kliniczne. 7, 8, 9. — 1912 r.
35. W sprawie utworzenia zakładów dla chroniczków. — Zdrowie. — 1912 r.
36. Dzieci-kaleki i opieka nad nimi. Warszawa. — 1912 r.
37. Przyczynki do rozpoznawania i chirurgicznego leczenia chorób mózgu. — Medycyna i Kronika lekarska. — 1912 r.
38. Łatwy do rozpoznania przypadek Jacksonowskiej padaczki. — Nowiny lekarskie. — 1912 r.
39. O powierzchownych nowotworach mózgu i objawie Babińskiego w powierzchownem zajęciu kory mózgowej. (Medycyna i Kronika lekarska). — 1912 r.
40. Dwa przypadki krwiaka podoponowego (haematoma subdurale). Medycyna i Kronika lek. — 1912 r.

41. Die differentielle Diagnose der Hysterie und verwandter organischer Nervenkrankheiten. — Wiener Klinische Wochenschr. 1911 r.
42. Zur Klinik der oberflächlich gelegenen Gehirntumoren und ueber das Verhalten des Babinskischen Zehenphänomens bei kortikalen Hemiplegien. — Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. — 1912 r.
43. Przyczynki do rozpoznawania i leczenia chirurgicznego chorób mózgu. — Medycyna i Kronika lek.—1913 r.
44. Beiträge zur Diagnose und chirurgischen Therapie einiger Gehirnkrankheiten. — Neurologisches Centralblatt. — 1913 r.
45. Benediktisches Syndrom nach einem Trauma. — Zeitschrift für die ges. Neurologie u. Psychiatrie. — 1913 r.
46. Łatwy do rozpoznania przypadek Jacksonowskiej padaczki. — Nowiny Lekarskie, w Poznaniu.—1913 r.
47. Przyczynki do rozpoznawania i leczenia chirurgicznego chorób mózgu. — Medycyna i Kronika lek.—1913 r.
48. Die Heine Medin'sche Krankheit (Poliomyelitis anterior acuta). „Ergebnisse der Neurologie und Psychiatrie“. 1914 r.
49. Ueber einen Fall von Jackson'scher Epilepsie mit ungewöhnlichem röntgenographischem Befund. — Neurolog. Centralblatt. — 1914 r.
50. Przyczynki do rozpoznawania i leczenia chirurgicznego chorób mózgu. — Medycyna i Kron. lek.—1914 r.
51. Zur chirurgischen Behandlung der Leptomeningitis purulenta (?) circumscripta. — Neurologisches Centralblatt. — 1914 r.
52. W sprawie pewnych objawów na skutek ran postrzałowych czaszki. — Medycyna i Kronika lek.—1916 r.
53. Sledujet-li zakrywaw defekty czerepa pieresadkoj kosti?—Psichjatrjczeskaja gazeta. — 1917 r.
54. K uczeniu o żelazach s wnutrennim wydienjenem. — Morfologia i Fizjologja. (Księga Jubileuszowa dla prof. Rossolimo).
55. Neurologja wobec wojny współczesnej. — Polski miesięcznik lek. — 1919 r.
56. Gibt es eine Reflexepilepsie? — Neurologisches Centralblatt. — 1918 r.
57. Przyczynek do neurologji wojennej. — Gazeta lekarska. — 1919 r.
58. Cerebrale Polyplegien nach Schädelsschüssen. — Zeitschrift für die gesamte Neurologie u. Psychiatrie. — 1919 r.
59. Über die Restitution der nach einem Schädelsschuss verlorengegangenen Sprachen bei einem Polyglotten. — Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. — 1919 r.
60. Über das Fehlen der Wahrnehmung der eigenen Blindheit bei zwei Kriegsverletzten. — Neurologisches Centralblatt. — 1920 r.
61. Neurologja wojenna. — Lekarz wojskowy. — 1920 r.
62. Über den Verlauf und die Prognose der Encephalitis lethargica. — Neurologisches Centralblatt.—1921 r.
63. 25-cio lecie objawu Babińskiego. — Neurologja (Polska). — 1922 r.
64. Phénomène des Orteils de Babinski. — Presse Medical. — 1922 r.
65. Nowy wybuch nagminnego zapalenia śródmózgowia połączonego z zaburzeniami snu. — Nowiny lekarskie. — 1923 r.
66. Zur Pathogenese der eigenartigen Schlafstörungen nach Encephalitis lethargica. — Zeit. f. d. gesamte Neurologie u. Psychiatrie. — 1922 r.
67. Rokowanie i leczenie padaczki. — Warszawskie Czasopismo lekarskie. — 1925 r.
68. Hemianopsie bei Encephalitis epidemica. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie. — 1925 r.
69. Rozwój i potrzeby szpitalnictwa warszawskiego. — Czasopismo lekarskie. — 1926 r.
70. Über eine ungewöhnliche Störung der willkürlichen Motorik nach Encephalitis epidemica. — Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie. — 1928 r.
71. Padaczka. — Orędownik Zdrowia. — 1928 r.
72. Pierwsze dziesięciolecie Wydziału Zdrowia Wyzwolonej Warszawy. — Warszawskie Czasopismo Lekarskie. — 1928 r.
73. Zagadnienia współczesnej organoterapii. — Warszawskie Czasopismo Lekarskie. — 1928 r.
74. Niezwykłe zaburzenia w dziedzinie ruchu po nagminnem zapaleniu mózgu. — Warsz. Czas. Lek. — 1928 r.
75. Pani ma mały szmerek. — Warsz. Czas. Lek. — 1928 r.
76. Rozpoznanie różniczkowe, anatomja patologiczna i leczenie choroby Heine - Medina. — Pedjatrja Polska. — 1928 r.
77. Zur Klinik der Meralgia paraesthetica. — Zeitschrift für Nervenheilkunde. — 1930 r.
78. W sprawie jeszcze jednego Wydziału lekarskiego. — Warsz. Czasop. Lek. — 1930 r.
79. Padaczka a opieka społeczna. — Warsz. Czas. Lek. — 1930 r.
80. Zur Klinik der Sclerosis tuberosa. — Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. — 1931 r.
81. Z kliniki stwardnienia guzowatego (Sclerosis tuberosa). Warsz. Czas. Lek. — 1931 r.
82. 40 lat neurologji polskiej (1890 — 1930) przy współpracy Dra H. Higiera. — Warsz. Czas. Lek. — 1931 r.
83. O leczeniu swędzenia małemi dawkami acecholiny. — Warsz. Czasopismo Lek. — 1932 r.
84. Dr. Samuel Goldflam, lekarz i uczony. — Mowa wygł. na Akademji.
85. Obecny stan nauki o przytarczycach. — Warszaw. Czas. Lekarskie. — 1933 r.
86. Der gegenwärtige Stand der Epitelkörperchenforschung. Klinische Wochenschrift. — 1933 r.
87. Z fizjologii i patologji przysadki mózgowej. — Warsz. Czas. lekarskie. — 1934 r.
88. Padaczka a opieka społeczna. — Odbitka z Zjazdu lekarzy. — Poznań. — rok 1928.
89. Z praktyki dla praktyki. — Warsz. Czas. Lek. — 1929 r.
90. O wielopostaciowości rozszianego stwardnienia mózgu i rdzenia (S.M.). — Odbitka z Księgi Jubileuszowej E. Flataua.
91. Niektóre zagadnienia z dziedziny padaczki, 1929 r. Odbitka z Pamiętnika Wileńskiego Tow. Lek. 1929 r.
92. Ś. p. Józef Babiński. Warsz. Czas. Lek. — 1933 r.
93. Ludwik Maurycy Hirszfeld. — Profesor anatomji. — (1814 — 1876 r.). — Warszaw. Czasop. Lekarskie. 1929 r.
94. Zur Phänomenologie der cerebralen Hemiplegie. — Neurologisches Centralblatt. — 1907 r.
95. Pourquoi certains hémiplegiques ne peuvent-ils pas soulever simultanément les deux jambes? — Revue Neurologique, 1907 r.
96. Zur Kasuistik der heredofamiliären Splenomegalie. — Wiener klinische Wochenschrift. — 1911 r.
97. Padaczka a opieka społeczna. I-szy Kraj. Zjazd lekarski. — Poznań. — 1928 r.
98. Z Praktyki dla praktyki. Warsz. Czas. Lek. — 1929 r.

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Neurologja i neurochirurgja wczoraj a dzisiaj*).

(Istota, zasady, cele, zadania i kierunki).

Podał

Henryk HIGIER (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 3).

Nie należy zapominać, że z rozwojem neurochirurgji jako takiej, ze z scissem obserwowaniem sekcji cnotych przed, podczas i po operacji mózgu pogiębiony i wzbogacony został skarbiec nabytych doświadczalnicy wiadomości fizjologicznych, skarbiec teoretyczny, oraz rozszerzony został horyzont semiotyki neurologiczno-klinicznej, horyzont praktyczny. Nie chcąc rozszerzać się bliżej nad zdobyczami, uzyskanymi na tej drodze w całej neurologji, chcę tylko wskazać na sam mózg, a raczej na samą korę mózgową (D a n c y, P e n t i e l d, K e n n a r d), której topografię anatomiczno-fizjologiczną korygujemy i uzupełniamy stopniowo w miarę coraz częściej dokonywanych amputacji poszczególnych jej płatów. Dowiedziono np. w ostatnich latach: 1) że ośrodek słuchowy mowy znajduje się bardziej w płacie ciemieniowym jak w powszechnie aprobowanym płacie skroniowym, 2) że ośrodki czuciowe znajdują się zmieszane w całej t. zw. streście psychoruchowej i psychocuciowej, 3) że płatomu czołowemu niestudnie zbyt czołowe miejsce przypisywano w sferze psychicznej, gdyż amputacja operacyjna obu płatów czołowych nie wiele przeszkadza w ruchach, mowie, piśmie, liczeniu, pamięci, orientacji co do osób, miejsca i czasu i 4) że usunięcie całej półkuli mózgu u człowieka, niekoniecznie upośledza czynności duchowe, o ile zespół zwojów podkorowych zostaje nietknięty. Bardzo daleko więc odbiegliśmy od okresu wielkiego chirurga B e r g m a n n a, według którego chirurgja mózgu sprowadza się właściwie tylko do chirurgji okolicy ruchowej kory.

Neurochirurgja wzbogaciła atoli nietylko dział diagnostyczno-kliniczny i techniczno-operacyjny, ale pośrednio i nasze wiadomości o czynnościach endokrynologicznych. Nie mniej też przyczyniła się ona do poznania fizjologii krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego.

Przekonano się, że przedewszystkiem sploty naczyń bocznych wytwarzają i wydzielają płyn, który poprzez *foramina lateralia Monroi* wlewa się do środkowej czyli 3-ej komory, a przez wodociąg Sylwiusza spływa do tylnej czyli 4-ej komory, aby ostatecznie przedostać się własnym ciężarem do worka lędźwiowego czyli dolnej komory, a stąd ulec rezorpcji w przestrzeni podpajęczynowej, która pozatem otrzymuje płyn, wydzielony przez opony miękkie. Nie guz więc, jak dawniej przypuszczano, lecz blokada płynu przez ucisk jego, zrosty i zlepy wywołują zastój górnych odcinków kanalizacyjnych, tworząc wtórnie wodogłowie wewnętrzne z ciekawym obrazem wentrykulograficznym prze-

mieszczenia komór, z ciężkim obrazem klinicznym, przeważnie przez odmę i osmoterapię usuwalnym.

Również w dziale djagnostyczno - operacyjnym i profilaktycznym podpatrzył neurochirurg pewne stałe obowiązujące reguły, z których pojedyncze wyżej wymienilem a inne niżej jeszcze rozpatrzę.

Obeznanym z ciężkim obrazem klinicznym guzów tylnej jamy czaszkowej, z obrazem anatomicznym dyslokacji mózdzku i częściowego uwięźnięcia jego migdałków w *foramen magnum cranii occipitale* wskutek hydrocefalji wtórnej i blokady 4-ej komory z jej ośrodkami oddechowym i naczynioruchowym; uświadomiony co do tego, że w blisko 40% guzów czaszki rozpoznanie lokalizacyjne jest niepewne, neurochirurg mimo to zasadniczo i słusznie unika w zachorzeniach tylnej jamy z tarczą zastoinową: nakłucie djagnostycznych, zarówno nakłucie lędźwiowych (*punctio lumbalis*) jak podpotyliczych (*punctio cisternalis*), zwłaszcza tych ostatnich; unika punkcyj rozpoznawczych mózgu i jej guzów, jako dających utajone, groźne nieraz wylewy lub następnie po otwarciu czaszki i odciążeniu mózgu się ujawniające; unika pomocniczej arterjografji kontrastowej, encefalografji i wentrykulografji (*punctio ventricularis*) drogą odmy powietrznej, o ile tylko może bez nich przy rozpoznaniu się obejść i bez nich przystąpić do operacji.

* * *

O p e r a c j i słów kilka poświęcić zamierzam, dzieląc je ze stanowiska neurologa na okres przedoperacyjny, operacyjny i pooperacyjny.

Co się tyczy okresu przedoperacyjnego, to należy doń narada i dyskusja definitywna między neurologiem, chirurgiem i rentgenologiem w sprawie wskazania do operacji wogóle, co do siedliska i charakteru guza, co do jego podatności do rado- lub radjoterapii a głównie co do potrzeby dodatkowego prześwietlenia komór mózgowych tuż przed operacją.

W przededniu operacji chory dostaje mocny środek przeczyszczający (trzy łyżki 50% roztworu siarczanu magnezu) aż do obfitego wypróżnienia. Przy dużych hydrocefalicznych bólach głowy stosuje się energiczne odwadnianie mózgu (wprowadzenie 50 cctm 10% roztworu soli kuchennej lub 100 cctm 50% glukozy).

W wieczór przedoperacyjny chory zażywa 0,3 luminalu doustnie, a w godzinę przed operacją 0,2 domięśniowo do celu wywołania senności i spokoju. Tuż przed operacją odbywa się dokonanie — o ile to jest niezbędne dla ostatecznego ustalenia niepewnej topografji guza — prześwietlenia dodatkowego czaszki czyli pomocniczo-djagnostycznej wentrykulografji czyli określenie sytuacji i konturów komór.

Przygotowanie krwiodawcy, krewnego lub obcego, zdrowego i zgodniegrupowego osobnika jest przyjęte nawet w razie nieprzewidzianej transfuzji krwi podczas zabiegu operacyjnego. Przy rozpoznaniu mocno unaczynionego nowotworu i w przewidywaniu dużych krwawień lub potrzeby podwiązania większych tętnic obowiązuje zaopatrzenie się w dwóch a nawet trzech — czterech dawców krwi. Przewidujący neuro-

*) Odczyt wygłoszony w listopadzie 1934 r. w Warszawskim Towarzystwie Lek. i w Zrzeszeniu Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej.

chirurg szykuje też materiał do doraźnego badania mikroskopowego (barwienie przyżyciowe) usuniętej części guza.

* * *

Tyle co do okresu przedoperacyjnego. Niemniej ściśle przestrzegany jest reguła o k r e s u o p e r a c y j n e g o.

Przed przystąpieniem do operacji neurochirurg usiłuje ustalić według ściśle określonych danych dajagnostycznych kliniki nie tylko siedlisko i charakter cierpienia (*cortical, subcortical, suprasellar, subtentorial, intradural, extracerebral*), ale też możliwie i jego kliniczny typ zespołowy, budowę histopatologiczną, gatunek i stopień złośliwości, usuwalność guza, prawdopodobieństwo obfitych krwotoków podczas zabiegu i prognozę samej interwencji. Jak wyżej wzmiankowano, w niepewnych co do lokalizacji guzów stosuje się tuż przed operacją wdmuchiwanie powietrza do komór mózgowych czyli powietrzną odmędkomorową, która drogą kontrastową uwydatnia bezpośrednio na radiogramie zmieniony przez ucisk guza profil komór (asymetrię, zniekształcenie, przemieszczenie, blokadę, zarosnięcie komór i otworów Monro), a pośrednio topografię guza.

Pierwotna metoda encefalografii czyli odmy dolędźwiowej (*encephalographia lumbalis*) z uwydatnieniem przestrzeni podpajęczynowych, jako przykra i uciążliwa, została prawie zarzucona. Chętnie korzysta się z odmy podpotyliczej czyli dozbiornikowej (*encephalographia cerebello-cisternalis*), niewymagającej czynnego wprowadzania powietrza szprycą, gdyż—dzięki ujemnemu w zbiorniku ciśnieniu w siedzącej pozycji—powietrze samoistnie zostaje aspirowane i po przestrzeniach podoponowych i po komorach rozprowadzane.

Jako słabe jej strony uważać się zwykło po pierwsze to, że guz często blokuje powietrzu drogę wejścia, a po drugie, że w razie jakichś niepokojących objawów poddmownych wprowadzony gaz nie znajduje łatwo wyjścia. Tych dwu przeszkód encefalografii nie zna tak zwana wentrykulografia, gdzie się powietrze wprowadza—w razie podejrzenia guza tylnej jamy—bezpośrednio do komór samych w ilości dowolnej i w razie potrzeby przez punkcję dokomorową usuwa się z powrotem.

Prawdę powiedziawszy, to w razie typowego zespołu lokalizacyjnego neurochirurg naogół niechętnie dokonywa tego zabiegu, gdyż odma powietrzna wzmacnia nieraz wysokie i bez tego ciśnienie wewnątrzczaszkowe, ale dokonywa jej mimo to, wychodząc z zasady, że mniejsze grozi niebezpieczeństwo od odmy, koniecznej zaledwie w 1/3 przypadków, niż od trepanacji z fałszywym umiejscowieniem i bezskutecznym szukaniem guza.

Leżącemu na wznak wykonywa się punkcję tylnego rogu komory bocznej, wypuszcza się 10 cmtr. płynu, wprowadza się tyleż powietrza, robi się zdjęcie rentgenowskie, pouczające wtedy o siedlisku guza, i przystępuje się tuż potem do otwarcia czaszki. W razie potrzeby, gdy ciśnienie zbyt po odmie się podnosi, wypuszcza się po otrzymaniu kliszy komór powietrze drogą punkcji przez ranę incyzyjną w pozycji brzusznej jeszcze przed przystąpieniem do trepanacji czaszki.

Ostatnio modyfikuje się postępowanie przy dokonaniu odmy dokomorowej, wprowadzając jednocześnie igłę górną dokomorowo i igłę dolną dolędźwiowo,

a każda odpływająca kropla płynu wciąga automatycznie tyleż powietrza u góry wprost do komory.

Najbardziej zasadnicze, nowe i decydujące o pomyslnym przebiegu zabiegu, jest postępowanie amerykańskich neurochirurgów podczas samej operacji w jamie czaszkowej. Ogromną większość zabiegów załatwia się w pozycji leżącej chorego: a) na wznak przy operacjach na półkulach mózgu i w obrębie nadsiodelkowym, b) na brzuchu zaś z twarzą, opartą na miętko wyścielonej podkowie, przy operacjach w tylnej jamie czaszkowej, na płatach potylicznych i na wzgórzach czworaczych i t. p.

Operuje się zasadniczo w znieczuleniu miejscowym. Jedyne, gdzie przewiduje się wstrząs psychiczny, dłuższe trwanie operacji, konieczną się staje narkoza ogólna. Wprowadza się mieszanek eterową przez jamę nosa lub ust drenem, nie zasłaniając sobie maską twarzy przy operacji—zwłaszcza operacji, mającej się dokonać drogą transfrontalną lub transsfenoidalną—albo się stosuje narkozę awertynową, dotychczas jedyną, która obok miejscowej nie prowadzi do następczego obrzmienia mózgu i wzmoczenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Istnieje od początku do końca operacji dokładny podział pracy „t e a m w o r k”, co oznacza pracę grupową w personelu zgranym, bez rozmowy, w absolutnej ciszy: jedna osoba załatwia narkozę, inna podaje nb. bez upominania, w stosownej chwili instrumenty, inna igły, tampony, klamerki, płyn irygacyjny.

Czaszkę przy trepanacji się otwiera, tworząc skórno-kostny płat na szypule, korzystając z ostrej piłki, która poniekąd szlifuje kość i nie zostawia traumatyzujących mózgozbrzeźnych chropowatości i wyrosła. Płat kostny nie może się zapadać i uciskać mózgu, ale może się łatwo unosić przy wzmocnionym ciśnieniu.—Cięcie skórne prowadzi się możliwie w obrębie uwłosionym, aby włosem przykryta blizna pooperacyjna nie szpeciła później pacjenta i ze względów kosmetycznych nie przeszkadzała braniu udziału w życiu towarzyskim i gospodarczym. Też kosmetykę mając na względzie, neurochirurg C u s h i n g w 500 operacjach nad przysadką stosował technicznie trudniejszą drogę przez jamę ustną i nosową od znacznie łatwiejszej transsfenoidalnej.

Otwieranie czaszki odbywa się wszędzie szeroko, bez oszczędzania kości: nad mózgiem osteoplastycznie, nad mózdzkiem kraniektomicznie z usunięciem kości. Dba się przedewszystkiem o swobodny wszędzie dostęp podczas zabiegu. Operujący nie dotyka się prawie wcale nader wrażliwej na ucisk tkanki nerwowej, nie uraża jej ani palcem ani większym tamponem, nie uraża jej przylegającym ogładzonym brzegiem kości, nie wprowadza nigdy palca w głąb, zwłaszcza w pobliżu opuszki, gdzie minimalny ucisk wywołuje nieodwracalne uszkodzenie czynności, nie wyciąga palcami guza, wyczuwalnego w głębi, nawet instrument metalowy dotyka się mózgu jedynie przez oponę lub przez wilgotny lekki tampon, świadomy odrębności tkanek i narządów nerwowych oraz techniki operacyjnej.

Duży postęp uzyskano dzięki ściślejszej aseptyce i lepszym sposobom zahamowania krwi. Do tego ostatniego używa się, gdy krwawienia opon, zatok, kości są duże, *ad hoc* spreparowanych kawałków substancji mięsnej (np. z mięśnia skroniowego, karkowego, udowego), wosku, sztyfcików kostnych i zapatek zwykłych (dla zatkania emissariów S a n-

toriniego w obfitych krwawieniach z kości), specjalnego typu kleszczyków hemostatycznych Cushinga, spinaczy skórnych, zacisków (McKenzie, Halsted), pincetek, klamerek srebrnych. Przy usuwaniu guza korzysta się z aparatu aspiracyjnego, pętli djatermicznej, noża elektrokoagulacyjnego, których dawna chirurgia mózgu absolutnie nie znała. Możliwie unika się urażenia lub podwiązania większych naczyń, prowadzącego do hemiplegji nieodwracalnej. Wiedzieć należy, że oponiaki i naczyniaki dają nieraz krwotoki, wynoszące zgórą jeden, a nawet dwa litry krwi z ogromnym spadkiem napięcia naczyniowego.

Pewnych specjalnych zastrzeżeń wymagają z natury łagodne, ale trudno poddające się operacji, mocno unaczynione oponiaki, dające nieraz anastomozy do dużych zatok (*sinus longitudinalis superior*). Przy mniejszym guzie przecina się uprzednio naczynia przyi okołoguzowe, aby uruchomić nowotwór, większe guzy wydrąża się pierwiej aż do zapadania się torbieli a następnie koaguluje się naczynia.

Guzy, biorące początek z opony, o ile przypadkowo nie usadowią się w zamkniętej komorze, uwidaczniają się już przez przeświecające opony, co prawie nigdy się nie zdarza w głęboko siedzącym glejaku. Podejrzewa się glejak, mimo, iż go się nie widzi i nie wymacowuje, gdy się natrafia na objawy miejscowego ucisku, na obrzmienie kory lub spłaszczenie i rozszerzenie zwojów.

Neurochirurdzy zarzucili dawne nakłucia pomocniczo-djagnostyczne mózgu, uspasabiające do następnych, trudnych do opanowania krwawień, a nacinają podejrzane przez rezystencję miejsca jedynie po uprzednim koagulowaniu naczyń i docierają poprzez obrzękłe głębokie warstwy do nowotworu, jeśli się on wogóle daje odgraniczyć od otoczenia. Miękki guz aspiruje się ssącym aparatem, złośliwych guzów nie usuwa się całkowicie, ale zostawia się rezerwową przestrzeń dla następczego obrzmienia mózgu, które wzmagają ciśnienie i prowadzi nieraz do porażenia ośrodków oddechowych i do fatalnego zejścia.

Nawet guza, mocno zrośniętego z otoczeniem, nigdy się nie usuwa palcami, co dawniej stałe miało miejsce, lecz metodą elektrochirurgiczną czyli koagulacyjną przy pomocy żarzącej się pętli djatermicznej, która strąca, draży, żłobi i kurczy guz (*enucleatio intracapsularis*) na tyle, że bez uciskania traumatycznych palców można go wyłyżeczkować, mocno zmniejszony wyciągnąć lub przyrządem aspiracyjnym wraz z otoczką wydostać.

Za pomocą aparatury elektrochirurgicznej o wysokiej częstotliwości prądu zmiennego unika się możliwości działania drażniącego.

Tym sposobem udaje się również przecinać okólne naczynia, dążące do guza z opon lub z mózgu, a następnie bezkrwawo przecinać zrosty oraz zlepy lub wyciągnąć mocno skurczony nowotwór jednocześnie z pochewką lub torebką (Dandy, Olivecrona). Gwarantuje to choremu radykalne wyzdrowienie, zdolność późniejszą do pracy i chroni przed nawrotem z wtórną operacją o wysokiej śmiertelności.

Jak dalece ważnym czynnikiem jest ta bezurazowość, dowodzi to, że się Cushing w pewnym miejscu chwali, że na zgórą 200 bardzo ciężkich przypadków operacji mózgu zaledwie trzy razy był zmuszony używać pałca jako instrumentu.

Dodać należy, że neurochirurgja nowoczesna wymaga od operatora wielkiego spokoju i cierpliwości, pedantyczności i „powolności”. Słeczenie kilkogodzinne—nawet do 6—7 godzin—nad otwartą czaszką w ciężkich przypadkach nie należy do rzadkości. O osmiogodzinnej pomysłnej operacji tętniaka tętniczożylnego w mózdku i takiejże owocnej operacji siedmiogodzinnej oponiaka z krwotokami, gdzie blisko trzy tysiące centymetrów sześciennych krwi w pięciu transfuzjach wprowadzono, wspomina Tönnis, neurochirurg z Würzburga.

Kocher, chirurg w wielkim stylu, odezwał się kiedyś — w epoce, kiedy jeszcze nie mówiono o neurochirurgji — o swoim młodym asystencie, obecnie już ustępującym z katedry, Cushingu: „ten powolny, pedantyczny amerykańczyk będzie może nietęgim chirurgiem, ale napewno bardzo mocnym neurochirurgiem”.

Dla uniknięcia częstych ongi powikłań wypadania mózgu (*prolapsus cerebri*) i tworzenia się przetok (*fistula liquoris*) zakłada się liczne szwy, mocne, wielopiętrowe, szwy na każdą tkankę oddzielne: na skórę, oponę i powięź ścięgnistą czaszki (*galea aponeurotica*), szwy, łączące tkanki jednogatunkowe i jednoimienne, które zapobiegają tworzeniu się w ranie t. zw. martwych czyli próżnych przestrzeni, szwy nie obciążone zbyt, delikatne, z najcieńszego jedwabiu, i szwy na muskulaturę niciane, czarne, aby je łatwiej znaleźć w razie potrzeby usunięcia ich.

Podczas operacji mierzy się obowiązkowo obok szybkości tętna i głębokości oddechu wysokość ciśnienia krwi, które stałe wskazuje, jakim mechanicznym obciążeniem możemy obarczyć mózg. Stan ciśnienia sygnalizuje często każdy nieostrożny ruch operatora palcem w mózgu. Mierzy się też podczas zabiegu ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego i przy zbyt wzmocnieniu parciu wewnątrzczaszkowym usuwamy zapobiegawczo płyn z komór bocznych, zwłaszcza przed otwieraniem opony twardej, podczas operacji w tylnej jamie czaszkowej lub stosuje się metodę osmotyczną, jak hipertemizowanie krwi roztworem soli lub glukozy. Zapobiega się tą drogą zarówno nader niepożądanemu obrzmieniu kory jak wpochwieniu się mózgu lub mózdku (*invaginatio*) do otworu trepanacyjnego.

Wrazie przewidzianej nieusuwalności lub nieprzystępności guza, grożącego przez spotęgowanie ciśnienia ślepotą, neurochirurgja korzysta chętnie z paljatywnej, t. zw. trepanacji dekompresyjnej czyli odbarczającej, wybierając do tego celu okolicę skroniową prawej połowy czaszki, niemając okolicę, t. j. nie posiadającą ważnych dla życia ośrodków mózgowych, otwierając w tem miejscu rezerwowe okno-wentyl w kości i zamykając je potężną muskulaturą skroniową, zabezpieczającą mózg przed wypadaniem. Pusepp, operujący radykalnie, na 435 operacji mózgowych, dokonał trepanacji paljatywnej tylko 64 razy, jako zabiegu wątpliwej wartości.

Niektórzy neurochirurdzy—po zakończeniu operacji i zupełnym wysuszeniu pola operacyjnego—sztucznie podnoszą ciśnienie krwi przed zamknięciem czaszki, aby się przekonać, czy które miejsce nie krwawi. Inni operatorzy (Arnau, de Martel), uważając, że teren operacyjny wydaje się być suchym głównie wskutek skurczu tętniczek, a krwawi nieraz później, gdy ten kurcz puszcza, wprowadzają przed operacją i pierw-

sze kilka dni po niej dwa razy dziennie po 20 ctm.³ naczyniorozszerzającej acekoliny.

Oponę twardą zaszywa się jedynie w sprawach korowych mózgu (nigdy zaś mózdzku) z niepotwierdzonym lub zupełnie usuniętym guzem. Jamę, pozostałą po enukleacji głęboko położonego guza, drenuje się conajmniej przez dobę.

* * *

Tyle co do okresu operacyjnego. Aby zapobiec w okresie pooperacyjnym rozluźnieniu i odrywaniu się skrzepów, następczym krwawieniom i krwotokom na terenie operacyjnym, zbytnim wahaniom ciśnienia krwi i płynu mózgowego, zawrotom głowy i wymiotom zostawia się operowanego chorego przez trzy — cztery godziny nieruchomo na podgrzewanym stole operacyjnym.

Dwie, specjalnie wykwalifikowane sanitariuszki opiekują się przez pierwsze dwie doby naprzemian chorym, kontrolując ciągle — nieraz co kwadrans — tętno, ciepłotę, oddech i ciśnienie krwi oraz sygnalizując lekarzom zwiastuny zbliżającego się powikłania (*haematoma, hiperthermia, oedema cerebri*) w postaci niepożądanych objawów, wymagających natychmiastowej interwencji, ewentualnie kontrolnej trepanacji z oględzinami mózgu obrzmiewającego lub jego aparatu cyrkulacyjnego krwawiącego.

W łóżku każdy chory mózgowy zostaje kilkanaście dni w ścisłym opatrunku, nieraz z lepkiem plasterem wokoło głowy, o ile wymagane jest częściowe unieruchomienie szyi.

Najmniej obciążone szwy skórne przecina się po operacjach na powierzchni mózgu w 2, a usuwa w 4 dni, przy operacjach podpotylicznych w 10 dni po zabiegu.

Dla ścisłości dodać wypada, że wielką uwagą i opieką otacza się minimalny, dla statystyki jednak ważny, odsetek chorych z guzem niepotwierdzonym (Olivecrona w swoim materiale liczy takich na 3 — 4%): kontroluje się stale, rentgenizuje periodycznie, poddaje się encefalo- lub wentrykułografii, operuje się powtórnie aż do wyjaśnienia natury oraz siedliska i wciąga się je możliwie szybko, gwoli ścisłości, do rubryki statystycznej.

Ciekawy jest fakt, że, zdaniem większości doświadczonych chirurgów mózgu, z komplikacji przy operacji nowotworu dają się bez trudności, dzięki odpowiedniej technice i profilaktyce unikać: zakażenia opon, wypadnięcie mózgu i przetoka płynu, które dawniej tak często prowadziły do zejścia septycznego i dziesiątkowały operowanych.

Jednym z poważnych powikłań ma być *haematoma postoperativum* i rozwijające się przez pierwsze dwa dni po zabiegu — zwłaszcza w infiltrujących glejakach — obrzmienie pooperacyjne mózgu, przedewszystkiem w bardzo ciasnej, tylnej jamie czaszkowej, obrzmienie rozlane lub miejscowe, prowadzące do śmiertelnej *coma* z wysoką hipertermją.

Mniej groźnym jest wzmożenie się sekrecji płynu (*meningitis aseptica*) po operacji glejaków mózgu, oponiaków przyskrzalkowych mózgowia i naczyniaków w tylnej jamie, wymagające regularnych i częstych punkcyj.

Niepomyślny wpływ wywiera też przecinanie lub podwiązanie, często zupełnie zbędne, naczyń i zrostów, od guza biegnących do mostu i opuszki, co daje ciężkie zaburzenia oddechowe, sercowe i naczynioruchowe.

Czy daje się zastępować interwencja neurochirurgiczna zabiegiem rentgenoterapeutycznym.

Odpowiedź w chwili obecnej brzmi: *d o s y ć r z a d k o*.

Wyjątkowo który z amerykańskich chirurgów guzów mózgu stosuje naświetlanie radem lub Rentgenem jako metodę leczniczą wzbudzającą zaufanie. Robi się wyjątek wyłącznie dla względnie niewinnego *adenoma acidophile acromegalicum* przysadki, dającego stałe poprawy po naświetleniu, zwłaszcza przy jednocześnie stosowanej hormonoterapii, oraz dla względnie ciężkiego *medulloblastoma cerebelli*, w pierwszym okresie dającego przemijające poprawy. Radzą jednak przy tem robić uprzednio trepanację dekompresyjną, odciażającą, uważając to poniekąd za obowiązek, celem uniknięcia możliwego obrzmienia mózgu po naświetlaniu, prowadzącego do krwawień i innych ciężkich powikłań, a nawet zejścia śmiertelnego. Posługują się natomiast Amerykanie chętnie rentgenoterapią: a) po usunięciu operacyjnym nowotworu i zmniejszeniu doraźnym ciśnienia wewnątrzczaszkowego, b) w guzach nieprzystępnych dla noża (giejaki trzonu, spoidła, skrzyżowania nerwów wzrokowych), c) lub wreszcie przy bardzo złośliwych, ostro przebiegających glejakach, gdzie się nie wiele ma do stracenia.

Gdybym miał, kończąc część szczegółową swego tematu, w kilku słowach zreasumować na czem polega istota neurochirurgji, zapoczątkowanej przez Amerykę i przyczyną jej niezwykłych wyników, to bym powiedział: na współpracy przy jednym warsztacie i pod jednym kierunkiem neurologa i chirurga w najściślejszym związku z anatomją, fizjologją i histopatologją i na racjonalnej specjalizacji techniki operacyjnej.

Pod tą specjalizacją rozumieć należy wprowadzenie — obok szeregu poważnych, zasadniczych ulepszeń technicznych — wielu drobnych modyfikacji zabiegowych w okresie operacyjnym, przed- i pooperacyjnym, na powyższych doktrynach opartych. Ulepszenia te przyczyniły się znacznie do wzmożenia uleczalności i zmniejszenia śmiertelności po interwencji chirurgicznej w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, a do nich należą w pierwszym rzędzie: staranne tamowanie krwawień, stałe normowanie ciśnienia wewnątrzmożgowego na drodze odwadniania mózgu i nakłuc kcmorowych, unikanie punkcyj rozpoznawczych mózgu i jego guzów, oszczędzanie mózgu przed urazem dotykowym palcami, umiejętne aspirowanie, lyżeczkowanie, wydrażanie i koagulowanie czyli strącanie tkanek nowotworowych, powolne operowanie, nierzadko dwuokresowe, wydatne korzystanie z przetaczania krwi, skrupulatna kontrola różnych czynności fizjologicznych podczas operacji i niezwykła opieka pooperacyjna.

Część ulepszeń i ułatwień, jak stworzenie zespołów kliniczno - chirurgicznych, kliniczno - histologicznych, kliniczno - endokrynologicznych, kliniczno - prognostycznych i kliniczno - terapeutycznych, stanowi wspólną zasługę chirurga, neurologa i histologa w jednej osobie.

Wykorzystując wszelkie powyższe metody dagnostyczne i terapeutyczne, gdzie są wskazane, i unikając tychże, gdzie grożą najmniejszymi następstwami, Olivecrona, neurochirurg szwedzki, doprowadził statystykę swojego materiału mózgowego jeszcze w roku 1932 do tej perfekcji, że liczy jedynie 4% myl-

nie rozpoznanych lub mylnie umiejscowionych, a wśród pozostałych 96% drobny odsetek nieprzysięgłych i przeto nieusuwalnych spraw chorobowych.

* * *

Ze wprawa i wyszkolenie w dja-gnostyce i technice operacyjnej wybitną tu odgrywają rolę, przekonywa najlepiej ogromny materiał C u s h i n g a, dowodzący, że śmiertelność pooperacyjna sprawdzonych sekcynie guzów, kolejno w latach 1912 — 1929—1931 wynosiła 30%—15%—9,5%.

Ze specjalizacja w dziedzinie samej neurochirurgji stale i nieprzerwanie kroczy naprzód, widać choćby z tego, że C u s h i n g operuje obecnie jedynie mózg (około 2500 przypadków), E l s b e r g—rdzeń (około 250), F r a z i e r przeważnie wewnątrzczaszkowe nerwobóle twarzy (około 800), A d s o n prawie wyłącznie (około 100) układ wegetatywny.

W odczycie moim, z którego jakim we wstępie zaznaczył, celowo wyeliminowałem sprawy chorobowe rdzenia i obwodu, była mowa prawie wyłącznie o guzach mózgu i ich operacji, nie zaś o innych, świadomie przemnie pominiętych, dawniej nader ciężkich operacjach wewnątrzczaszkowych, jak np. nerwobólów twarzy (F r a s i e r, D a n d y, O l i v e c r o n a), nerwobólów językowo - gardzielowych, choroby M e n i è r e a, w których nauczono się usuwać u podstawy mózgu nerwy V, VIII, IX, z śmiertelnością wynoszącą w Ameryce niżej 1%, podczas gdy przy dawnej metody (K r a u s e, H a e r t e l) przekraczała często 50%.

Pozostaje jeszcze jedna sprawa do omówienia, to jest sprawa k o m p l e t n e g o w y l e c z e n i a p o o p e r a c y j n e g o g u z ó w m ó z g u, sprawa, która zajmowała chirurgów zawsze i wszędzie, zwłaszcza oponentów neurochirurgji, kórzy stale wracali do porównawczej statystyki guzów operowanych mózgu i guzów operowanych jamy brzusznej.

Ścisłe statystyki zjawiają się dopiero stopniowo w ostatnich latach powstawania szkół neurochirurgji stosowanej, współczesnych instytutów neurochirurgicznych, chlubiących się dużym materiałem, dobrym warsztatem i doświadczeniom wykonawcą.

Prawie bezwartościowe są d a w n e s t a t y s t y k i, ryczałtowo obliczające odsetki wyleczonych i śmiertelnie zakończonych przypadków, tak jak przed laty obliczano przeciętny odsetek wyleczonych po laparatomji, mieszając żołądek i wyrostek robaczkowy, jajniki i trzustkę, sprawy złośliwe, zapalne, urazowe i t. p.

Przekonywująca jest jedynie statystyka, obejmująca śmiertelność i uleczalność nie wszystkich, lecz kilku najczęstszych gatunków, przedewszystkiem jednorodzajowych i współmiernych, jak to ma miejsce w wyżej przytoczonej we wstępie tabelce.

Celem postępowania wartości chirurgji guzów mózgu oponenci porównywać zwykli wyniki pooperacyjne tych guzów z wynikami spraw nowotworowych i wrzodowych przewodu pokarmowego i ustalać ogromne rzekomo różnice na niekorzyść neurochirurgji.

W istocie jednak różnice te zacierają się prawie zupełnie w statystyce neurochirurgów czystej krwi. Np. O l i v e c r o n a w najtrudniej technicznie usuwalnych guzach, glejakach i oponiakach, zdobywa odsetek zupełnej uleczalności nie mniejszy, niż we wrzodzie i rakach żołądka i kiszek, gdyż w oponiakach osiąga 70% zupełnej uleczalności, w glejakach zaś 90% pomyslnych zejść, z których po odliczeniu guzów głąbo-

kich, niezupełnie dostępnych i niezupełnie usuwalnych lub guzów złośliwych, czyli dających wczesne, względnie późne nawroty, pozostaje jeszcze 1/3 radykalnie wyleczonych pacjentów, w każdym więc razie nie mniej jak w złośliwych sprawach przewodu pokarmowego.

Przytaczając w części ogólnej i w części szczegółowej swojego odczytu przeciętne dane ze statystyki guzów mózgowych, nadmienić muszę, że ta ostatnia obejmuje nie tylko klasyczne przypadki, ale i liczne białe kruki (zwłaszcza u C u s h i n g a, D a n d y e g o, O l i v e c r o n y) i pomyslnie zakończone istne s z t u k m i s t r z o w s t w a, na które by się nie zdobył u nas w Europie żaden chirurg, by tylko cytować uporczywe szukanie guza w głębi mózgu i pomyslnie wydostanie go dopiero przy 4-ej operacji, usunięcie radykalne nowotworów, ważących 273 i 420 gramów, a zajmujących całą przednią jamę czaszkową, bezkarne wycinanie w infiltrującym glejaku złośliwym prawie całej prawej półkuli mózgu z wyjątkiem strefy ośrodków mowy i psychoruchowych, odcinanie 2/3 hemisfery mózdzku w celu obnażenia kąta mostowego, pomyslną resekcję daszka 4-ej komory, przecinanie spoidła, wycinanie ściany 3-ej komory w celu tworzenia komunikacji między prądem podpajęczynowym a komorowym, usunięcie całego splotu naczyniastego komór, podwiązanie dwuokresowe *art. carotis* w *angioblastoma arteriovenosum* i *aneurysma cerebelli*, rozpoznanych na drodze arterjografji kontrastowej i t. p. unikaty, od których się roi w nowszym piśmiennictwie neurochirurgicznym.

Amerykanie, stworzywszy neurochirurgję i specjalizację w teje, ćwiczą się mimowoli w poszczególnej specjalności, odbywają nieświadomie treningi, tworzą formalne rekordy i biją własne rekordy. C u s h i n g, mistrz mózgu, mając do r. 1929 przeciętną śmiertelność na 2.000 operacji mózgowych wynoszącą 10%, zdobył w latach 1930-1931 na 170 mózgach, operowanych 219 razy, rekord 8,8% śmiertelności. E l s b e r g, mistrz rdzenia, po 250 trepanacjach kręgosłupa bije rekord 6,9% w guzach zewnątrzrdzeniowych i 1,7% w zewnątrzoponowych. F r a z i e r, mistrz wewnątrzczaszkowych operacji nerwobólów twarzy, gardzieli i krtani, w 390 zabiegach lat ostatnich osiąga odsetek zgonów, równający się zaledwie 0,25%, podczas gdy wielcy technicy-operatorzy mózgu tracili przy operacjach na zwoju G a s s e r a 60% pacjentów.

Posiadamy więc przekonywujące statystyki, o których się napewno nie śniło filozofom... neurologji ubiegłych dziesięcioleci.

I w Europie widzimy znakomity spadek śmiertelności u wszystkich poważniejszych neurochirurgów p u r s a n g za ostatnie 10—15 lat. Z 35—45% zredukowali ostatnio śmiertelność S a u e r b r u c h na 26%, G u l e k e na 21%, de M a r t e l na 20%.

O ile amerykańscy neurochirurdzy biją własne wyścigi zbrojeń, własne rekordy wzmoczonej wyleczalności i niżonej śmiertelności ogólnej lub pooperacyjnej, o tyle nigdy nie usiłują bić rekordu szybkości operacyjnej.

Osobiście, reasumując swoje dawno zdobyte doświadczenie oraz nowe wrażenia, świeżo wchłonięte, wierzę gorąco w to, że chirurgja mózgu i rdzenia nie jest bynajmniej tak mało wdzięcznym polem, za jakie się uważać ją zwykło u nas, sądząc z naszych niezbyt zachęcających statystyk. Wyznaję szczerze, że gdy asystuję u nas przy poważnej i powikłanej operacji w

głębi mózgu, to oddycham ciężko, a tętno bije mi nie-miarowo w depresyjnej atmosferze duchowej, otaczającej warsztat zabiegowy, zwłaszcza gdy jednocześnie mój własny mózg bez przerwy podniecają natrętne, nieraz bajecznie optymistyczne reminiscencje wzruszeniowe operacji transoceanicznych.

Nie ukrywam, że często czuję na sali operacyjnej w Europie nastrój przygnębienia u chirurga przy byle niespodziance podczas roboty w czaszce lub kręgosłupie, że odczytuję uczucie lęku i niepewności przy dużym krwawieniu pospolitego głejaka lub oponiaka, zwłaszcza gdy jednocześnie odtwarzam sobie niechęcy cisze na sali i błogi spokój, równowagę i zadowolenie neurochirurga amerykańskiego z mistrzowskiego i precyzyjnego usunięcia splotu naczyniastego komory bocznej, z subtelnego sondowania czwartej komory, z śmiałej amputacji prawie całej półkuli mózdkowej, gdy oczami swej duszy obserwuję spokojne szykowanie się do trzeciej lub czwartej transfuzji krwi, przewidzianej i uplanowanej przed usunięciem guza przypuszczonego.

Odnoszę wówczas chwilami mimowolne wrażenie, wypowiedziane przeze mnie przed laty w dyskusji, że my przeżywamy tu i owdzie na niektórych oddziałach szpitalnych kontynentu jeszcze wczesną mroczną formację geologiczną, okres paleozoiczny, okres narzędzi grubych z krzemienia i broni prymitywnej z łomu i kamienia, podczas, gdy sąsiad nasz z za Oceanu już w światłą późną neozoiczną formację śmiałym krokiem wkracza, gdzie się spotyka tu i owdzie ceramikę ozdobną, ciosaną, a nawet drobiazgi z brązu.

Neuropatologia bezsprzecznie otrzymuje, dzięki nowej neurochirurgji nowe zdrowe gałęzie na swym odwiecznym krzepkim pniu, jeśli istotnie, według późniejszej tabelki C u s h i n g a udało się temu pionierowi i inicjatorowi przez udoskonalenie djagnostyki klinicznej, techniki chirurgicznej i pielęgnacji pooperacyjnej w okresie ćwierćwiecza zredukować do 1/6 odsetek śmiertelności operacyjnej guzów nerwu słuchowego u podstawy mózgu, a do 1/3 głejaków mózgu, gruczolaków przysadki mózgowej i oponiaków błon mózgowych.

Kończąc, nie mogę pozostawić bez odpowiedzi ostatniego pytania, które zapewne niejednemu z nas nasuwa się mimowoli. Dlaczego *in statu nascendi* będąca neurochirurgja rozwija się najwcześniej, kwitnie najbujniej i rozrasta się najracjonalniej w Stanach Zjednoczonych Ameryki? Czy rzeczywiście jedynie ślepy traf zarządził to, czy istotnie tam się przypadkowo znalazły osobniki, nadające się do niej?

Zastanawiałem się nieraz nad tem i skłonny jestem przyznać słusność S c h a l t e n b r a n d o w i, który badał ten dział medycyny na miejscu i przyczynę upatruje przedewszystkiem w czynnikach gospodarczych, wielce odmiennych od naszych europejskich. Do stworzenia neurochirurgji nie wystarcza sam zapał i natchnienie, entuzjazm i pedantyczność lekarza. Ten dział medycyny jest rzeczą bardzo drogą i kosztowną, wymaga specjalnej aparatury, personelu, pielęgniarstwa i wiele, wiele czasu. Ta gałąź nie mogła pomyślnie się rozwijać w Europie, gdzie większość szpitalnych i zakładowych pacjentów należy do Kas Chorych i do Ubezpieczalni społecznych, gdzie wszystko przez samorządy miejskie obliczone jest na przystępność, taniaść, komasację oddziałów klinicznych, na przeciętną miarę, na powszednią, codzienną chorobę. Amerykańscy pacjenci są przeważnie prywatni, tu i owdzie milionerzy, czasem miliardery, nie żałujący pieniędzy, a stawiający lekarzowi wyższe wymagania, żądający interwencji nawet w rzadkich i trudnych zabiegach operacyjnych, na miarę F i d j a s z a, a opieki i doglądu pielęgniarskiego w stopniu optymalnym i maksymalnym, w myśl starej yankesa maksymy kupieckiej: płacę i żądam!

My tutaj w Polsce, zarówno chirurdzy jak neurologicy, pielęgowaliśmy cały szereg lat z niemalym pietyzmem ten dział pograniczny, ale mimo to pozostało nam jeszcze wiele do odrobienia, aby stworzyć neurochirurgję swojską i współczesną, neurochirurgję, której obraz zasadniczy chwili obecnej naszkicowałem.

Przyznajmy w pracach i dyskusjach, w piśmie i mowie *sine ira et studio*, że o słusności wyodrębnienia neurochirurgji najbardziej przekonująco świadczą osiągnięte przez nią rezultaty operacyjne.

Z praktyki prywatnej.

Kilka słów o opukiwaniu poprzecznem klatki piersiowej.

Podał

Stanisław JUSTMAN (Łódź).

A u e n b r u g g e r w r. 1760 ogłosił pracę o rozpoznawaniu schorzeń narządów klatki piersiowej za pomocą opukiwania tejże palcami. O pracy tej uczynili van S w i e t e n i S t o l l wzmiankę, która podobnie jak broszura A u e n b r u g g e r a przeszła bez wrażenia. Dopiero wielki lekarz Napoleona Wielkiego, C o r v i s a r t wydobyl tę pracę z zapomnienia i dał ją poznać Europie i ojczyźnie autora. Od tego czasu opukiwanie, jako metoda badania narządów klatki piersiowej, stało się stopniowo najważniejszą metodą miarodajną dla rozpoznawania, dla której inne metody są dopełnieniem (wysłuchiwanie) lub nawet tylko potwierdzeniem osiągniętych wniosków rozpoznawczych (R o e n t g e n, badania pracowniane). Sama technika opukiwania nie zmieniła się wiele od czasu A u e n b r u g g e r a i genialnego L a e n n e c a, który opi-

suje ją w sposób następujący. „Lorsqu'ou percute comparativement les deux côtés de la poitrine, il faut avoir soin de percuter successivement les deux points semblables, de frapper avec une force égale et exactement sous le même angle. Il ne faudrait pas, par exemple, percuter d'un côté parallèlement aux côtes et de l'autre transversalement. L'omission de ces précautions occasionne souvent des erreurs graves”. „Opukując porównawczo obie strony klatki piersiowej, należy dbać o to, by opukiwać kolejno miejsca symetryczne, uderzać z jednakową siłą i dokładnie pod tym samym kątem (pionowym). Nie należałoby, na przykład, opukiwać z jednej strony równoległe do żeber, a z drugiej poprzecznie. Zaniedbanie tych środków ostrożności jest często przyczyną ciężkich błędów”.

Opukiwano klatkę piersiową początkowo ręką w rękawiczkę w ten sposób, że dłoń wraz z paliczkami podstawowemi stanowiła trzonek, a paliczki średnie i paznokciowe 2-go—5-go palców—miłtek, sama zaś klatka piersiowa było obnażona, L a e n n e c jednak

Streszczenia pojedyncze.

Zagadnienia ogólne.

M. PEWZNER. **Zagadnienie diety leczniczej.** (Arch. Mal. Appar. Digestif, T. 24, Nr. 7, 1934).

Autor wybiera kolejno dane doświadczalne i kliniczne, przemawiające za tem, że dieta wywiera wyraźny wpływ na wszystkie prawie fizykochemiczne procesy toczące się w ustroju. Szereg leków działa najlepiej przy odpowiedniej diecie. Autor np. dowiódł, że autoszczepionki najskuteczniej działają przy diecie ubogiej w węglowodany. Autor jeszcze przed paru laty leczył jedynie dietą ubogą w węglowodany przypadki ostrego i przewlekłego zapalenia stawów i otrzymywał dobre wyniki nawet w tych przypadkach, gdzie inne metody zawiodły; dietę taką stosował na podstawie doświadczeń na psach; wychodząc z założenia, że cierpienia stawowe stanowią odczyn hiperergiczny ustroju, poszukiwał diety, przy której objaw Arthusa wypadal bardzo słabo. W leczeniu dietą bardzo ważną rolę odgrywają t. zw. dni kontrastowe Noordena; w 100 przypadkach przewlekłego zapalenia stawów metoda ta dała dobre wyniki; autor spostrzegł, że po dniu jarzynowym następuje chwilowe pogorszenie stanu schorzalych stawów w postaci reakcji lokalnej oraz przyspieszenie opadania krwinek czerwonych; odczyn ten jest podobny do odczynu przy proteinoterapii. Podług Noordena dieta zawierająca mało soli kuchennej ma największe właściwości przeciwzapalne, zwłaszcza jeśli jednocześnie stosować t. zw. „Zickzackkost“; w ciągu tygodnia 3 dni ubogie w białko, 3 — ubogie w tłuszcz, poatem co parę dni dieta ściśle bezsolna. Taką dietę autorzy stosowali w szeregu przypadków nieżytu żołądka i jelit z b. dobrym wynikiem. Na specjalną uwagę zasługuje spostrzeżenie autorów, że w przebiegu zupełnej bezkwaśności żołądka, gdzie wszystkie środki pobudzające czynność śluzówki (również histamina!) zawiodły, dieta Noordena przywróciła sekrecję śluzówki żołądka do normy, a nawet stwierdzano nadkwaśność.

Jakob Penson.

W. KOCH. **O wpływie prolanu na zdolność niesienia się ptaków.** (Klin. Wschr. Nr. 46, 1934).

Zapomocą jednorazowego wstrzyknięcia 12,5 jednostek szczurzych prolanu udało się kurom, które przestały się nieść, przywrócić znowu czynność niesienia się, a nawet znacznie ją spotęgować.

H. L.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

J. UZANSKIJ. **Znaczenie rozpadu czerwonych ciałek dla odnowy krwi w okresie pokrwotocznym.** (Zurn. Med. Ciklu t. II, z. 2).

Po upuszczeniu krwi występuje we krwi krążącej postępujący spadek liczby czerwonych ciałek krwi w jednostce objętości. Na ten spadek liczby czerwonych ciałek krwi składają się bezwzględne zmniejszenie się liczby czerwonych ciałek krwi oraz względne w tym przypadku, kiedy ilość osocza przewyższa jego pierwiastkową objętość. Bezwzględnego i postępującego spadku liczby czerwonych ciałek krwi po upuszczeniu krwi nie można tłumaczyć przejściem ich do magazynów śledzionowych, gdyż spostrzegano go również u psów, pozbawionych śledziony. Ilość osocza po krwicupełeniu przewyższa często swoją pierwiastkową objętość już na drugi dzień po upuszczeniu. Masa krwi po jej upuszczeniu zmniejsza się kosztem spadku liczby czerwonych ciałek krwi. Bezwzględny i postępujący spadek liczby czerwonych ciałek krwi, który się spostrzega po upuszczeniu krwi, odbywa się najprawdopodobniej, według przypuszczeń A. Bogomolca, wskutek nierozłączności procesów niszczenia i odradzania się czerwonych ciałek

krwi. Upust krwi, pobudzając narządy krwiotwórcze do wzmożonej czynności, potęguje obie strony procesu. Wobec tego, że proces rozpadu jest mniej skomplikowany w porównaniu z procesem odradzania, ten pierwszy osiąga wcześniej najwyższy punkt swego rozwoju. Czerwone ciała krwi przy rozpadzie jeszcze bardziej wzmagają proces odradzania (być może, dzięki obecności „proteoz“ Carrela). Skoro odradzanie pokryje stratę czerwonych ciałek krwi, i wskutek tego przestanie działać przyczyna, pobudzająca narządy krwiotwórcze do wzmożonej czynności, ulegają zwolnieniu procesy rozpadu. Zmniejszenie się ilości produktów rozpadu czerwonych ciałek krwi osłabia proces odradzania. Odpowiada to powrotowi składu krwi do normy.

Henryk J. Landau.

K. POLISADOWA. **Napięcie powierzchniowe moczu u chorych z procesami ropnymi.** (Wiest. Chir. i Pogr. Obł. t. 78, 1934).

U chorych z ropnymi procesami zapalnymi w ciężkim stanie z zatrzymaniem odpływu ropy niezależnie od ciepłoty stwierdza się wyraźne zmniejszenie się napięcia powierzchniowego moczu, dochodzące do $\gamma = 5,55$; w miarę poprawy napięcie powierzchniowe w moczu podnosi się do normalnych liczb. Napięcie powierzchniowe normalnego moczu wynosi przeciętnie 6,96 mlg./mm. Określenie napięcia powierzchniowego moczu należy wykonywać w kilku porcjach, gdyż różnica w wielkości γ w poszczególnych porcjach w przeciągu doby może sięgać znacznych rozmiarów. Wielkość napięcia powierzchniowego moczu pozostaje w związku z odczynem aktualnym (Ph) moczu, a mianowicie: odpowiednio do zwiększania się kwasoty moczu zmniejsza się napięcie powierzchniowe; z tego względu badanie napięcia powierzchniowego moczu należy przeprowadzać, stosując mieszaniny buforowe (fosforany), a w razie niemożności zastosowania ich należy wprowadzać poprawę, odpowiednio do aktualnej kwasoty. Metoda, polegająca na dodawaniu 1% roztworu kwasu solnego aż do wystąpienia błękitnego zabarwienia papierka kongo, jest wysoce nieściśła. Aktualną (jonową) kwasotę należy określać albo metodą wskaźników Michalisa (uwzględniać „błąd solny“ wskaźników), albo dokładniej jeszcze, elektrometrycznie. Określanie napięcia powierzchniowego u chorych z procesami ropnymi stanowi ważne wczesne kryterjum prognostyczne, gdyż wahania wielkości napięcia powierzchniowego przebiegały w większości badanych przez autorkę przypadków prawie równoległe do ciężkości stanu klinicznego chorych. Najodpowiedniejszą i klinicznie najbardziej nadającą się do zastosowania metodą jest stalagmometryczna metoda określania napięcia powierzchniowego z zastosowaniem stalagmometru Traubego. Przy obliczaniu wielkości γ należy szczególnie podkreślić konieczność wprowadzenia do praktyki klinicznej jednolitego układu — obliczania napięcia powierzchniowego w jednostkach bezwzględnych: mlg./mm lub dyn/cm.

L. H.

D. AYMAN. **Dziedziczność w nadciśnieniu tętniczym samoistnym.** „Studjum kliniczne ciśnienia krwi 1524 członków 277 rodzin.“ (Arch. Intern. Med. 1934, 53, Nr. 5).

Dziedziczność stanowi najbardziej znany czynnik w rozwoju nadciśnienia samoistnego. Dotychczasowe badania istniejących pod tym względem stosunków rodzinnych oparte były na niewielkim materiale. Ayman zbadał 1770 członków 345 rodzin, z hipertensją lub bez; do analizy naukowej została mniejsza liczba, gdyż część materiału trzeba było odrzucić z różnych przyczyn. Prócz ciśnienia krwi badano wzrost i wagę. Wśród 780 członków drugiego pokolenia w wieku od

14 do 39 lat, stwierdzono nadciśnienie (140 skurczowe, 80 rozkurczowe lub wyżej) u 148 członków. Pod względem wieku i płci nie było u nich większych różnic w porównaniu do całej grupy 780 dzieci, stwierdzono jednak u nich wyraźną nadwagę (6½ kg powyżej przeciętnej z tablic Metropolitan Life Insurance Company, podczas gdy u 269 dzieci normalnych była nadwaga o 2 kg). Nadciśnienie występuje nieco częściej u mężczyzn (61,5%). W rodzinach, w których obydwoje rodzice mieli zupełnie normalne ciśnienie, stwierdzono u dzieci nadciśnienie tylko w 3,1%. W rodzinach, w których jeden z rodziców miał nadciśnienie, u dzieci występowało ono w 28,3%. Wreszcie tam, gdzie i ojciec i matka mieli nadciśnienie, występowało ono u dzieci w 45,5%. Z 70 rodzeństwa rodziców o ciśnieniu normalnym stwierdzono nadciśnienie u 37,3%, natomiast z 86 rodzeństwa rodziców z nadciśnieniem — w 65,3%. Z badań tych wynika, że wśród dzieci, braci, siostr i rodziców osobników z nadciśnieniem tętniczym, częstość występowania nadciśnienia jest bardzo znaczna w porównaniu z odpowiednimi krewnymi osobników o ciśnieniu prawidłowym. Przemawia to wyraźnie za obecnością czynnika dziedzicznego w wywoływaniu nadciśnienia samoistnego. Badań systematycznych konstytucji osobniczej nie przeprowadzono, jednakże w wielu przypadkach stwierdzono, że dzieci z nadciśnieniem należały do wysokiego typu hiperaktywnego, opisanego poprzednio przez autora u osobników z nadciśnieniem i że pod tym względem byli bardzo podobni do rodziców; przeważnie — jak i rodzice — przedstawiali typ steniczny.

H. M a k o w e r (Łódź).

Djagnostyka.

LANDER i MACLAGAN. Czynność żołądka po histaminie u 100 zdrowych osobników. (The Lancet, Nr. 5805, r. 1934).

Badania lat ostatnich podkreślają dużą przewagę badania czynności wydzielniczej żołądka po pobudzeniu jej przez histaminę w porównaniu z innymi starszymi metodami badań. Badania te przeprowadzano w przebiegu niedokrewności złośliwej, stanów gorączkowych, wrzodu trawiennego, ciąży i wielu innych schorzeń; nie było jednak to badanie przeprowadzane u osobników zdrowych. Autor przeprowadził te badania u 100 zdrowych studentów. Technika badania podobna do techniki podanej przez B l o o m f i e l d a i P o l l a n d a. Próbnikiem dla oceny wyniku badania były: 1) najwyższy poziom wolnego kwasu solnego; 2) ilość soku żołądkowego wydzielana w ciągu godziny; 3) ilość wolnego kwasu solnego na godzinę. U jednego osobnika zupełnie zdrowego stwierdzono achlorhydrję — również przy badaniach kontrolnych. Reszta badanych osobników wykazywała wyniki zbliżone. Próba histaminowa posiada dużą wartość w ocenie czynności wydzielniczej żołądka. Nie należy tej próby przeprowadzać, albo tylko bardzo ostrożnie u osobników z niskim ciśnieniem krwi.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

S. CACCURI, A. CHIARIELLO. Nowa metoda badania czynnościowego wątroby. (Arch. Mal. Appar. Digestif T. 24, Nr. 8, 1934).

Rozkład aminokwasów odbywa się w wątrobie. W przebiegu schorzeń wątroby stwierdza się wzrost zawartości kwasów aminowych we krwi; badanie ilości aminokwasów we krwi najczęściej wykazuje dość duże wahania (5 — 11 mgr. %). Próba polega na wstrzyknięciu dożylnym 10 cm³ 12% glikokolu naczno i określaniu zawartości glikokolu we krwi czterokrotnie w odstępach 15 minutowych. W normalnych warunkach poziom aminokwasów w ciągu godziny od wstrzyknięcia stale ulega obniżeniu; w przebiegu schorzeń wątroby glikokol

we krwi stale wzrasta. Brak wzrostu poziomu aminokwasów we krwi po dożylnym obniżeniu u osób zdrowych tłumaczy się tem, że glikokol wstrzyknięty zostaje wychwytywany ze krwi przez tkanki, poczem stopniowo dostaje się do wątroby, gdzie ulega rozkładowi. Chora wątroba powoduje zatrzymanie kwasów aminowych we krwi. Autorzy podaną próbę przeprowadzali w 18 przypadkach różnych schorzeń wątrobowych oraz u królików, zatrutych jadami, uszkadzającymi wątrobę. Cyfra glikokolu naczno nie jest miarodajna, decyduje typ krzywej po obciążeniu glikokolem. We wszystkich prawie przypadkach uzyskano krzywe patologiczne. W paru przypadkach żółtaczkę krzywa glikokolu we krwi po obciążeniu wróciła do normy wraz z cofnięciem się żółtaczki. Analogiczne wyniki autorzy uzyskali w doświadczeniach na zwierzętach.

Jakób P e n s o n.

Lecznictwo.

MERCIER. Leczenie choroby posurowiczej związkami kamfosulfonowemi. (Paris medic. Nr. 48, 1934 r.).

Liczne badania doświadczalne oraz kliniczne, dokonane przez autora, dowiodły, że połączenie siarczanu sparteiny ze związkami kamforowemi wytwarza związek, mający własności antyanafilaktyczne. Szczególnie celowem okazało się połączenie związków kamfosulfonowych z rozpuszczalnymi związkami kamforowemi, których zasada ma własności przeciwwstrząsowe. Takimi zasadami są: wapń, cer, efedryna w połączeniu z kwasem sulfokamforowym. Przez połączenie tych związków ze sparteiną otrzymuje się t. zw. przez autora związki wielokamfosulfonowe, które posiadają wybitnie spotęgowane działanie przeciwwstrząsowe. Autor sporządził 2 rodzaje związków wielokamfosulfonowych. I-szy jest to roztwór, składający się z kamfosulfonatów efedryny, sparteiny, ceru i sodu. Roztwór ten stosuje się domięśniowo w dawkach od 1,0 do 5,0 cm.³, zależnie od wieku, godzinę przed zastrzyknięciem surowicy. Drugi związek stanowią drażetki, składające się z kamfosulfonatów efedryny, sparteiny, ceru i wapnia. Drażetki te podaje się po zastrzyknięciu w ciągu 10 dni w dawkach od 1 do 4 dziennie. Sposób ten, zastosowany u chorych uwrażliwionych na działanie surowicy, całkowicie zapobiegał powstawaniu wstrząsu anafilaktycznego oraz choroby posurowiczej, która w nielicznych przypadkach sprowadzała się do niewielkiej, krótkotrwałej wyppki, mającej charakter pokrzywki. Według autora, stosowanie związków wielokamfosulfonowych winno dać dobre wyniki przy zapobieganiu wstrząsom, powstającym niekiedy po dożylnym podawaniu metali koloidalnych. związków arsenu, oraz w zespołach anafilaktycznych jak astma, migrena, pokrzywka. A. K i r s z b r a u n.

J. OLIVET. Przeciwkurczowe i przeciwbólne środki w stosowaniu dożylnym. (Medizinische Welt 1934 Nr. 43).

Autor odpowiada na pytanie jakie przeciwkurczowe bądź przeciwbólne środki mogą być użyte dożylnie w kolce nerkowej i żółciowej. Przeciwkurczowe papaweryna i eupaweryna nie nadają się do wstrzykiwania śródżylnego bowiem powodują gwałtowny spadek ciśnienia krwi. Najlepiej znoszonymi preparatami tej grupy są eupaweryn M e r c k a i syntropan R o c h e, choć naogół odradza się stosować dożylnie środki przeciwkurczowe. Aby uczynić je mniej szkodliwymi, zaleca się stosować je dożylnie w 2% roztw. glukozy. Ze środków przeciwbólowych do użytku śródżylnego nadaje się novalgina (1 amp. 2 ccm.), która niekiedy działa błyskawicznie w najrozmaitszych kolkach i dlatego zaoszczędza stosowanie narkotyków jak morfina i inne. Podobne działanie wykazuje cibalgina, której 1 amp. 2 ccm. dożylnie przeważała niejednokrotnie ciężki napad duszniczy bolesnej.

W. K u r o w s k i.

ERVENICH. Skuteczne leczenie ciężkich zatruc grzybami przy pomocy dużych dawek coraminy oraz przyczynę do leczenia częstszych zatruc. (Medizinische Klinik 1934 Nr. 40).

Autor podaje przypadek zatrucia grzybami (*Amanita pantherina*) dotyczący 3 osób z pewnej rodziny nauczycielskiej. Nauczyciel, jego żona oraz 10-letnia córka zachorowali zaraz po zjedzeniu grzybów wśród objawów wymiotów, osłabienia, stanów podniecenia, drgawek, utraty przytomności i śpiączki. Najcięższy był stan żony, która przywieziona była do szpitala w głębokim uspieniu, najlepszy natomiast córki, mającej ledwie zaznaczone objawy zatrucia. Poza zwyklemi zabiegami lekarskimi (plókanie żołądka, środki przeczyszczające) stosowano wyłącznie coraminę w ilości zależnej od stanu zatrucia: kobieta otrzymała ogółem 25 ccm.; z początku 10 ccm. a potem po 5 ccm. dożylnie w odstępach półgodzinnych. Mężczyzna otrzymał 20 ccm., dziecko zaś 5 ccm. dożylnie i 2,5 ccm. śródmięśniowo. Pomyślny przebieg u wszystkich 3 zatrutych zawdzięcza się szybkiej interwencji lekarskiej, chociaż autor sądzi, że dużą zasługę ma również coramina. Dalsze spostrzeżenia doskonałego działania coraminy obejmują 6 zatruc środkami nasennymi, 4 tlenkiem węgla, jedno kokainą i 4 grzybami. Po każdym wstrzyknięciu coraminy obserwowano szczególnie silne działanie na ośrodek oddechowy, nieznaczny niepokój ruchowy oraz zmniejszenie głębokości snu aż do zupełnego przebudzenia. Także przy niewyrównanych wadach serca ze znacznymi obrzękami podawana była coramina z dobrym skutkiem a to w ilości 2 ccm. domięśniowo zrana a w ciągu dnia jeszcze 2 — 3 razy po 20 kropeł. W każdym przypadku obserwowano odpływ krwi z obwołu; tętno stawało się pełniejsze, oddech głębszy i regularniejszy. Coramina jest wskazana w stanach zapaści i dekompensacji.

W. K u r o w s k i.

Choroby serca i naczyń.

G. BASTAI, G. C. DOGLIOTTI. Nadczynność gruczołów przytarczycznych i zespół angiospastyyczny. Wycięcie przytarczycy jako metoda leczenia choroby Bürgera. (La Presse Médicale Nr. 90, 1934).

Autorzy sądzą, że nadczynność przytarczyc łączy się ze stanami skurczowemi naczyń krwionośnych, co skolei prowadzi do powstania *endarteritis*. Materiał obejmuje 4 przypadki choroby B ü r g e r a i 1 przypadek *endarteritis diabetica*. We wszystkich przypadkach stwierdzono nadmiar wapnia we krwi; w jednym tylko przypadku podczas zabiegu operacyjnego znaleziono przytarczycę, której badanie wykazało normalną budowę; w pozostałych 4 przypadkach nie udało się znaleźć przytarczyc, wobec czego wycięto połowę gruczołu tarczowego. Jako wynik zabiegu operacyjnego stwierdzono spadek poziomu wapnia we krwi, znaczną i szybką poprawę stanów bólowych, ocieplenie kończyn, gojenie się owrzodzeń, spadek ciśnienia krwi. Naogół jednak wyniki osiągnięte są przejściowe i krótkotrwałe; we wszystkich przypadkach sprawa po pewnym czasie uległa nasileniu i obraz choroby B ü r g e r a nadal rozwijał się, prowadząc do zgorzeli i zmuszając do amputacji. Autorzy sądzą jednak, że nadczynność przytarczyc powoduje wzmożoną pobudliwość układu sympatycznego, co prowadzi do kurczliwości naczyń.

Jakób P e n s o n.

CASSIDY. Rokowanie w dławicy piersiowej. (The Lancet, Nr. 5802, r. 1934).

Przedewszystkiem należy dążyć do ustalenia przyczyny bólu anginoidalnego, szczególnie czy chodzi o schorzenia organiczne, czy o zaburzenia czynnościowe. Wyniki badania fizykalnego często zawodzą. Zejście śmiertelne nastąpić może przed wystąpieniem cech fizykalnych schorzenia organicznego,

mimo że było ono przyczyną dławicy piersiowej. Dokładne wyjaśnienie i interpretacja objawów chorobowych posiada dla rozpoznania różniczkowego daleko większe znaczenie. W schorzeniu koronarnem ból anginoidalny występuje w okolicy mostka i rozciąga się poprzecznie w linii łączącej obie brodawki sutkowe; może lecz nie musi promieniować do kończyny górnej głównie lewej, może promieniować w kierunku karku lub żuchwy. Ból ten bywa często wywołany wysiłkiem i ustaje wraz z nim; może również być wywołany wzruszeniem lub uciskiem wskutek niewłaściwego położenia w czasie snu (angina of decubitus). Ten typ dławicy piersiowej jest rzadkim u kobiet. Ból anginoidalny czynnościowy bywa częściej bólem prekordjalnym, apikalnym; zdarza się częściej u kobiet zwłaszcza w okresie przekwitania z objawami chwilejności i pobudliwości wazomotorycznej. Częściej występuje przy wzruszeniu, niż przy wysiłku. Nasilenie bólu nie może być różniczkowo wyzykane. Długi czas trwania schorzenia (10 — 15 lat) przemawia za tłem czynnościowym. Rokowanie przy ustalonym tle czynnościowym jest dobre; przy ustalonym tle organicznem źle rokuje, jeżeli w rodzinie chorego występowały przypadki wczesnej śmierci sercowo-naczyniowej. Rokowanie pogarsza tu również hipochondryczne usposobienie chorego. Rokowanie jest lepsze w wieku późniejszym, niż w dojrzałym. Liczba i ciężkość napadów zależy od wrażliwości osobniczej, dlatego o rokowaniu nie stanowi. „Angina of decubitus“ zwłaszcza z towarzyszącą napadową dusznością rokuje źle. Narastanie ciężkości napadów oraz narastająca łatwość wywołania napadu świadczą o szybkim zężeniu się światła naczynia wieńcowego i możliwości nagłego zupełnego zamknięcia go z niepomyślnem zejściem. Obecność i charakter szmerów nie mają żadnego znaczenia rokowniczego. Większe znaczenie posiadają wielkość serca i tętnicy głównej, oceniane w rentgenie oraz elektrokardjogram zwłaszcza seryjny, gdy świadczy o postępującem uszkodzeniu mięśnia sercowego. Zmienność rytmu serca oraz rytm cwałowy rokuje źle. Niskie parcie krwi w przebiegu dławicy piersiowej rokuje gorzej od wysokiego. Organiczne tło kilowe rokuje znacznie gorzej od miażdżycowego.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

M. R. BOGDATJAN, B. A. SŁUCKAJA, F. A. ŁOKSZINA, M. A. IWANICKAJA. Uszkodzenie mięśnia sercowego w przebiegu reumatyzmu stawowego. (Terap. Archiw T. 12, Nr. 2, 1934 r.).

Materiał autorów obejmuje 226 przypadków ostrego reumatyzmu stawowego bez zajęcia zastawek serca; chorzy byli obserwowani przez parę lat; niektórzy sprawę stawową przebywali kilkakrotnie. Okazało się, że w 48,9% serce nie wykazywało najmniejszych odchyżeń od normy, pomimo bardzo dokładnych badań klinicznych, czynnościowych oraz wielokrotnego wykreślanie ortodiagramu serca i elektrokardjogramu; w 17% stwierdzono przerost lewej komory, chociaż chorzy skarg ani dolegliwości sercowych nie zgłaszali; w 19,9% występował wyraźny obraz *myocarditis rheumatica*, a w 14,1% — zmiany miażdżycowe naczyń sercowych i aorty. Nawroty sprawy stawowej nie pogarszają stanu mięśnia sercowego, jeśli dotąd nie był wciągnięty w sprawę chorobową. Autorzy sądzą na zasadzie swych obserwacji, że ostry reumatyzm stawowy niezawzię wywołuje stan alergji w układzie sercowonaczyniowym; nieznaczna alergja być może prowadzi do niewielkiego i stopniowo narastającego przerostu i rozszczepienia mięśnia sercowego bez zmian w strukturze samego mięśnia, co autorzy określają jako *myodystrophia cordis rheumatica*. Wyraźniej zaznaczona alergja, zależna od właściwości konstytucjonalnych terenu, prowadzi do ognisk reumatycznych w mięśniu sercowym i do niewydolności mięśnia sercowego.

Jakób P e n s o n.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

M. LÉVY, E. LÉVY. **Nowa metoda leczenia otyłości przetworami tarczycy.** (La Presse Médicale Nr. 77, 1934).

Leczenie otyłości przetworami tarczycy napotyka na trudności ze względu na obawę przedawkowania; regulowanie leczenia przy pomocy częstego określania przemiany podstawowej stanowi metodę kłopotliwą. Autorzy posilkowali się poziomem cholesterynemji; wiadomo bowiem, że istnieje pewna zależność między czynnością tarczycy i cholesteryną we krwi; nadczynności tarczycy towarzyszy spadek cholesterynemji. Autorzy przekonali się, że leczenie otyłości djetą nie daje pożądaných wyników, jeśli u chorych tych cholesterynemja przekracza 2 gr.%. Natomiast leczenie tyroksyną, powodujące znaczny spadek cholesterynemji, pozwala osiągnąć dobre rezultaty przy jednoczesnym stosowaniu diety. Dawkowanie tyroksyny odbywa się pod kontrolą cholesterynemji; dawka powinna być tak dobrana, aby chory, pozostający na kalorycznie wystarczającej diecie, nie tracił na wadze, lecz aby poziom cholesteryny we krwi uległ obniżeniu. Dopiero po osiągnięciu możliwie niskiego poziomu cholesterynemji należy zastosować dietę ubogą kalorycznie. Przeprowadzanie tego rodzaju leczenia daje b. dobre wyniki, a przedewszystkiem chroni chorego przed przedawkowaniem tyroksyny. Jeśli w przebiegu leczenia cholesterynemja wróciła do normalnego poziomu, należy dawkę tyroksyny zmniejszyć, nie dopuszczając jednak do ponownego wzrostu cholesteryny we krwi. Dawka tyroksyny zależy od stopnia cholesterynemji; naogół 15—20 mgr. tyroksyny dziennie przy 3 gr.% cholesteryny, a 10—15 mgr. przy niższym poziomie. Autorzy sądzą, że spadek cholesterynemji jakby uczyła organizm na skuteczność diety małowalorycznej.

Jakób P e n s o n.

A. B. GUTMAN, P. C. SWENSON, W. B. PARSONS. **Rozpoznanie różniczkowe nadczynności przytarczyc.** (The Journ. of the Am. med. Assoc. T. 103, Nr. 2, 1934).

Wczesne rozpoznanie nadczynności przytarczyc jest b. ważne, gdyż zabieg operacyjny, polegający na usunięciu gruczolaka przytarczycy, w porę zastosowany, wywołuje znakomitą i szybko występującą poprawę. Autorzy opisują 4 przypadki nadczynności przytarczyc; w 3 — stwierdzono gruczolaki podczas operacji; w czwartym — gruczolak przytarczycy stwierdzono na autopsji. Przypadek pierwszy dotyczący 34-letniego mężczyzny, zasługuje na uwagę ze względu na szybką poprawę po usunięciu gruczolaka; chory przykuty do łóżka wrócił po 4 miesiącach po operacji do swej codziennej ciężkiej pracy; poprawa dotyczyła nie tylko stanu ogólnego; badanie kośćca promieniami R t g. stwierdziło ponowne uwapnienie kośćca; poziom wapnia we krwi wrócił do normy. W przyp. 2 i 4 przez lata całe dominowała nad obrazem klinicznym kamica nerkowa. Rozpoznanie dziś jest znacznie ułatwione dzięki znajomości zespołu serologicznego, który wykryć można przed zjawieniem się zmian kostnych. Zespół ten polega na wzmózeniu poziomu wapnia we krwi i w moczu przy jednoczesnym spadku fosforu we krwi. Nadmiar wydalania soli wapnia powoduje wzmózone lanknienie i wielomocz, a pozatem często jest przyczyną powstawania kamicy nerkowej. Niekiedy na pierwszy plan wysuwają się objawy żołądkowo-jelit-

we w postaci bólów brzucha, nudności i wymiotów; objawy te, zdaniem autorów, zależą od intoksykacji ustroju przez nadmiar hormonu przytarczyc. Spadek fosforu we krwi ma znaczenie jedynie przy wydolności nerek; przy uszkodzeniu nerek naskutek częstej kamicy nerkowej obok nadmiaru wapnia stwierdza się nadmiar fosforu we krwi.

Jakób P e n s o n.

L. M. HURXTHAL. **Cholesteryna we krwi i choroby tarczycy. Obrzęk śluzakowaty i hipercholesterynemja.** (Arch. Intern. Med. 1934, 53, Nr. 5).

W obrzęku śluzakowatym pooperacyjnym występuje hipercholesterynemja. Po niecałkowitej tyreoidektomji może się zjawić hipercholesterynemja bez klinicznych objawów obrzęku śluzakowatego, zapewne jako skutek przejściowy niedomogi tarczycy. W przypadkach powstawania niskiej przemiany podstawowej po niecałkowitej tyreoidektomji bez towarzyszącej jej hipercholesterynemji obrzęk śluzakowaty zdarza się rzadko. Leczenie zapomocą promieni R o e n t g e n a może wywołać przejściową hipercholesterynemję z objawami obrzęku śluzakowatego lub bez. Niedomoga tarczycy wywołuje obrzęk śluzakowaty i hipercholesterynemję, ale obrzęk może niekiedy nie występować, względnie nie daje się stwierdzić klinicznie. Hipercholesterynemja, poza niedomogą tarczycy, występuje tylko w kilku łatwo dających się stwierdzić chorobach: w cukrzycy, nerczycy, niedrożności przewodu żółciowego, być może w daleko posuniętej miażdżycy tętnic. Hipercholesterynemja, nie dająca się wylomaczyć na innej podstawie, jest prawdopodobnie pochodzenia tarczyczego i stanowi racjonalne wskazanie do leczenia za pomoca tarczycy. Wartość rozpoznawcza hipercholesterynemji przy niedomodzi tarczycy jest większa aniżeli znalezienie niskiej przemiany podstawowej. Zmiany zawartości cholesteryny we krwi i zmiany przemiany podstawowej jako skutek zmienionej czynności gruczolu tarczycowego idą w kierunkach przeciwnych. Cholesterynemja może stanowić wskaźnik do kontrolowania przebiegu schorzeń tarczycy.

H. M a k o w e r (Łódź).

L. M. HURXTHAL. **Cholesteryna we krwi i zmniejszona przemiana materji. Niedomoga nadnerczy i przysadki, otyłość i różnorodne inne stany.** (Arch. Intern. Med. 1934, 35, Nr. 6).

W pracy poprzedniej autor stwierdził, że hipercholesterynemja może wystąpić jako objaw niedomogi tarczycy przy niezmnieszonej przemianie podstawowej. Obecnie przytacza stany ze zmniejszoną przemianą, w których nie stwierdza się hipercholesterynemji. Należą do nich niedomoga nadnerczy i przysadki, wiele przypadków otyłości i cały szereg innych spraw chorobowych m. inn. niedożywienie, wyczerpanie, zaparcie i niechorobowych. W otyłości zwykle stwierdzano cholesterynemję prawidłową; tam gdzie było ona zwiększona, istniało prawdopodobnie połączenie z obrzękiem śluzakowatym, ewentualnie utajonym. Dobry wynik leczniczy po stosowaniu tarczycy nie świadczy sam przez się o tem, że w danym przypadku istniała niedomoga tarczycy. Interesujące wywody o współzależności między przysadką, tarczycą a nadnerczem winny być przeczytane w oryginale.

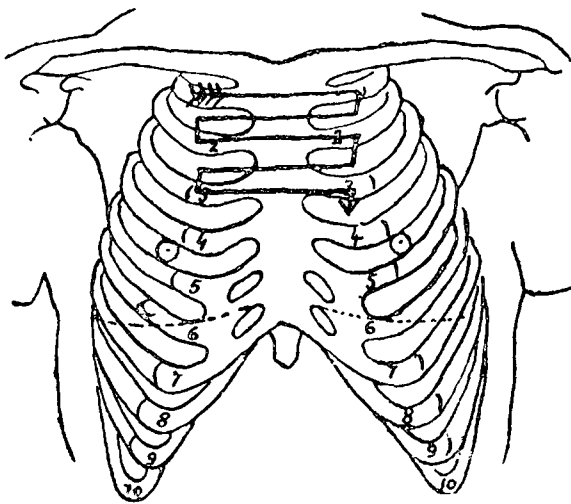
H. M a k o w e r (Łódź).

radził przykryć czemś klatkę piersiową i opukiwać gołą ręką. Jest to metoda opukiwania bezpośredniego.

Wkrótce wprowadzono metodę opukiwania pośredniego młotkiem po plesymetrze. Obecnie najwięcej jest w użyciu opukiwanie palcem po palcu, przedstawiające w ten sposób syntezę metody opukiwania bezpośredniego z pośrednim.

Szybki rozwój techniki, specjalnie zaś badanie promieniami R o e n t g e n a groziły usunięciem metod czysto lekarskich badania w cień, stworzeniem typu lekarza - rzemieślnika, posługującego się maszynami badawczymi ze szkodą dla typu lekarza - myśliciela.

Cały szereg cierpień niepodjęzrywanych stał się łatwy do rozpoznania za pomocą jednorazowego badania promieniami R o e n t g e n a. Lecz to zwycięstwo techniki napępiało lekarza myślącego wstydem z powodu uświadomienia sobie własnej niewydolności intelektualnej. Maszyna zastąpiła pracę myślową lekarza. Dalszy rozwój medycyny w tym kierunku stałby się niebezpieczny dla nauki. Powstała chęć wyemancypowania się lekarza spod przewagi maszyny drogą rozwoju czysto lekarskich metod badania, chęć postawienia maszyny w działalności lekarskiej na właściwym, skromniejszym miejscu. Ta chęć podyktowała mi moje poszukiwania. Chciałem rozszerzyć zakres stosowania metody opukiwania klatki piersiowej, by w ten sposób umożliwić rozpoznawanie szeregu schorzeń, nie rozpoznawanych dotychczas w ten sposób. Sądzę, że mi się to udało drogą zmiany kierunku opukiwania przedniej ściany klatki piersiowej. Od 6 lat z górą opukuję przednią ścianę klatki piersiowej w sposób następujący: Po kolejnym opukaniu jam nadobojczykowych i obojczyków w sposób dotychczas stosowany, zaczynam opukiwanie w linii sutkowej tuż pod obojczykiem prawym i posuwam się poprzecznie wlewo do linii sutkowej lewej, posuwam palec opukujący o 1,5 — 2 ctm. ku dołowi, poczem posuwam się opukując poprzecznie wprawo do linii sutkowej prawej, znów posuwam palec o 1½—2 ctm. ku dołowi poczem wracam poprzecznie do linii sutkowej prawej, jesteśmy wtedy na III-ciem żębrze, opuszczam nieco palec, wracam poprzecznie wlewo do linii sutkowej lewej na III-ciem żębrze lewem, skąd już opukuję sposobem dotychczas stosowanym.



Co daje nam ta zmiana sposobu opukiwania? Otóż, daje i to bardzo dużo.

Umożliwia ona stwierdzenie stłumienia, czasem ograniczonego tylko do samej rękoności mostka, czasem wystającego wprawo lub wlewo od rękoności mostka lub

w obie strony; niekiedy stwierdza się w ten sposób stłumienia symetryczne krążkowe na wysokości III-cich żeber, przylegające do brzegów mostka. Czasem znów stłumienie, nie wychodząc poza obręb mostka, szerzy się ku dołowi i zajmuje w ten sposób nie tylko rękoność mostka, lecz również górną część trzonu mostka. Interpretacja stwierdzonych stłumień zależy, naturalnie, od całego zespołu wyników badania, wieku i wywiadów. Jeżeli u niemowlęcia czy dziecka, u którego stwierdzamy inne objawy charakterystyczne dla *status thymicolymphaticus*, znajdujemy stłumienie na rękoności mostka, to możemy bez obawy błędu rozpoznać *thymus persistens*. Jeżeli u dziecka, wzrastającego w środowisku gruźliczym, mizernego, czasem gorączkującego, nie chcącego jeść, kaszlącego sucho i pocącego się od czasu do czasu, stwierdzamy stłumienia okrągławe, przylegające do brzegów mostka na wysokości III-cich żeber, to możemy z pewnością rozpoznać schorzenie gruźlicze gruczołów chłonnych węzkowych. Stłumienie na rękoności mostka u człowieka w podeszłym wieku bez różnicy tętna obu tętnic promieniowych pozwala rozpoznać miażdżycę łuku aorty; o ile to stłumienie *ceteris paribus* rozciąga się ku dołowi na trzon mostka, to można wynioskować, że mamy do czynienia z miażdżycą aorty wstępującej i łuku aorty. Jeżeli u osobnika chudnącego, pocącego się nadmiernie, pobudliwego, mającego rozwolnienie, wytrzeszcz i częstoskurcz, lecz nie mającego woła na szyi, znajdujemy stłumienie na rękoności mostka, to mamy pełne prawo rozpoznać chorobę B a s e d o w a z wołem wewnątrzpiersiowym. Jeżeli znajdujemy stłumienie, obejmujące nie tylko rękoność mostka, lecz wychodzące nazewnątrz wprawo, wlewo czy w obie strony, i przytem stwierdza się różnicę w tętnie obu tętnic promieniowych, to mamy prawo rozpoznać w średnim wieku tętniak aorty kilowy, w starczym zaś tętniak aorty miażdżycowy. Rzadziej trzeba wziąć pod rozwagę możliwość nowotworu śródpiersia, lecz prawie zawsze można, uwzględniając cały zespół objawów, postawić rozpoznanie różniczkowe z matematyczną niemal pewnością. Naturalnie, zaznaczam z naciskiem, że nie wolno zadowalać się stwierdzeniem jednego objawu, trzeba zbadać dokładnie wszystkie układy i dopiero z wszystkich otrzymanych przy badaniu klinicznym objawów zbudować, jak z cegiełek, gmach rozpoznania, które dopiero trzeba potwierdzić badaniami pomocniczymi, a więc rentgenowskimi i innymi pracownianami. W ten sposób badania pomocnicze spełnią swą skromniejszą wprawdzie, lecz niezbędną rolę, pozostawiając najważniejszą część zadania pracy intelektualnej lekarza — badacza i myśliciela.

W n i o s k i. 1. Opukiwanie poprzeczne klatki piersiowej pozwala na wczesne rozpoznanie, a przeto i racjonalne leczenie całego szeregu schorzeń zarówno u dzieci, jak dorosłych i ludzi w podeszłym wieku.

2. Podstawą wszelkiego badania lekarskiego jest i zawsze pozostanie badanie kliniczne; w innych metodach laboratoryjnych wraz z badaniem promieniami R o e n t g e n a włącznie należy szukać jedynie potwierdzenia postawionego uprzednio rozpoznania.

PIŚMIENNICTWO.

1. Laënnec. De l'auscultation médiante. De l'exploration de la poitrine. — 2. Maurice Letulle. Inspection - Palpation. Percussion - Auscultation. — 3. G. Klemperer. Grundriss der klinischen Diagnostik.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Obecny stan nauki o retikulocytach.

Podali (15.11.1934 r.)

Józef ITELSON i Mieczysław KOCEN (Łódź).

Piśmiennictwo, poświęcone hematologii udziela obecnie dużo miejsca retikulocytom. Przy przeglądaniu kazuistyki różnych cierpień narządów krwiotwórczych, opisów wartości i wyników poszczególnych metod leczenia, przy analizowaniu przypadków o atypowym obrazie hematologicznym, można zauważyć, że rola retikulocytów wysuwa się tu na plan widoczny. Przecho-
dząc do zestawienia obecnego stanu nauki o retikulocy-
tach i wskazując na ewolucję tej nauki, zgóry zaznaczyć
pragniemy, iż pokrótce tylko omówimy te momenty,
które bliżej poruszone zostały w pracy naszej o zagad-
nieniu retikulocytów w klinice (Polska Gazeta Lekarska
1932 r.), udzielając więcej miejsca zdobyciom lat ostat-
nich w omawianej dziedzinie.

Zagadnienie retikulocytów nie jest rzeczą nową
w medycynie. Ehrlich w 1880 r. demonstrował w Berlińskim Tow. Lekarskim przypadek niedo-
krewności, w którym stwierdził w obrazie krwi obecność
gęstej, wyraźnie zaznaczonej siateczki w niektórych czer-
wonych ciałkach. Nie wyciągał jednak ze swego spo-
strzeżenia żadnych wniosków. Dopiero w r. 1899 F o a
i M o n d i n o stwierdzili obecność ziarenek w krwin-
kach chorego na zimnicę. Dokładne opisy takich krwin-
nek znajdujemy w pracach Celliego i G a r-
n i e r i e g o. A s k a n a z y w r. 1893 opisał obec-
ność ziarnistości zasadochłonnej w normoblastach i me-
galoblastach w przypadkach ciężkiej niedokrewności,
I s r a e l i P a p p e n h e i m w r. 1896 podają te
same spostrzeżenia, badając krew u różnych zwierząt.
Wszyscy wyżej wspomniani autorzy podają różne me-
tody barwienia; jedni utrwalali preparaty przed barwie-
niem w alkoholu, lub też zapomocą ogrzewania na pło-
mieniu, inni zaś bezpośrednio po ukłuciu miesza-
li krew z wodnym roztworem barwnika zasadowego. Dlatego
też otrzymane wyniki nie były jednolite. Jedno z po-
siedzeń w Tow. Lekarskim Berlińskim w końcu r.
1890 było poświęcone badaniom nad ciałkami czerw-
nemi i ziarnistością zasadochłonną — odczyty jak rów-
nież dyskusja nie zdołały przekonać wielu obecnych. Od
roku 1900 liczba prac tego rodzaju znacznie się zwięk-
sza. W Niemczech zjawiają się prace G r a w i t z a,
L i t t e n a, B l o c h a, S t r a u s s a, H a m e l a;
we Francji S a b r a z è s a, B o u r r e t a i L e-
g e r a. Pierwsza obszerna praca, poświęcona wyżej
wspomnianym krwinkom, została ogłoszona w r. 1904
przez uczniów S e n a t o r a: R o s i n a i B i b e r-
g e i l a — zebrane jest tam całe piśmiennictwo, oma-
wane są metody barwienia, jak również własne spo-
strzeżenia. Znajdowanej w czerwonych ciałkach istocie
zasadochłonnej autorzy przypisywali pochodzenie proto-
plazmatyczne, traktując ją jako objaw zwyrodnienia
czerwonych ciałek. W r. 1907 C e s a r i s D e m e l pierw-
szy wprowadził błękit kryzylowo-brylantowy do barwie-
nia czerwonych ciałek; metoda ta w nieznacznych mo-
dyfikacjach po dziś dzień zachowała prawo obywatel-
stwa. Następnie ukazują się prace włoskie, francuskie
i niemieckie, rozwijające zagadnienie substancji zasado-
chłonnej. (W i d a l, A b r a m i i B r u l é, S a-

brazès i Biondi, Chauffard, Fiessinger, Ferrata, Sacerdotti, Donati, Pozzi, Pappenheim, Hirszfeld, Fleischman, Jolly, Schilling i Torga u). Wspomniani autorzy jednogłośnie zaznaczają, że ciałka czerwone z substancją zasadochłonną są zjawiskiem odrodczem i uważają, że polichromatofilia, ziarnistość zasadochłonna i nakrapianie zasadochłonne są morfologiczną odmianą młodej istoty zasadochłonnej czerwonych ciałek krwi.

W polskim piśmiennictwie Ryszard H e r t z już w r. 1910 w pracy swej o *substantia granulo-reticulo-filamentosa*, opierając się li tylko na obserwacji klinicznej, twierdzi, że ziarnistość zasadochłonna jest zjawiskiem odrodczem. W tym też czasie F i e s s i n g e r i A b r a m i, V o g e l i M c M u r d y udawadniają, że oporność ciałek czerwonych z substancją siateczkową jest większa, niż ciałek czerwonych dojrzałych. Gdy w latach 1914 — 1918 w Europie toczyła się wojna, w Ameryce nieustawała praca nad zagadnieniem czerwonych ciałek z istotą zasadochłonną.

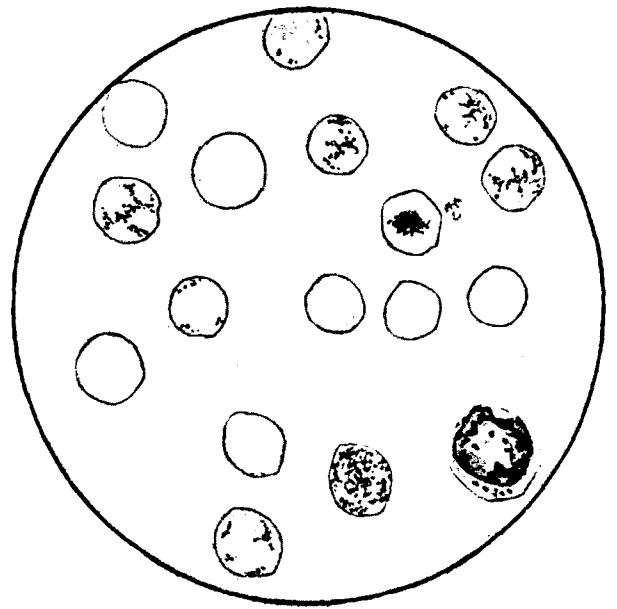
K r u m b h a a r w r. 1920, obserwując przypadki niedokrewności i zachowanie się wyżej wspomnianych czerwonych ciałek pierwszy wprowadził dla nich nazwę „retikulocyty“, termin, który w bardzo szybkim czasie uzyskał powszechne prawo obywatelstwa. Lata 1921 — 1926 zajmują uwagę świata lekarskiego wykryciem insuliny, ale jednocześnie drugie odkrycie niekaże na siebie długo czekać — a mianowicie leczenie niedokrewności złośliwej wątroby. Nasamprzód W h i p p l e w badaniach swych nad odnową krwi w niedokrewnościach doświadczalnych, później zaś M i n o t i M u r p h y w badaniach swych przy łóżu chorego dla określenia zdolności regeneracyjnej ciałek czerwonych przy stosowaniu wątroby w pierwszym rzędzie posługiwali się codziennem obliczaniem retikulocytów. W Europie cennymi pracami o retikulocytach wzbogacili ostatnimi czasy piśmiennictwo lekarskie: S e y f a r t h, S c h i l l i n g, I s t o m a n o w a, G r o d n i t z k i, D a w i d s o n, M o r a w i t z, M o l d a w s k i, K i t a j a m a, E n g e l, T r a c h t e n b e r g, G a w r i ł o w, F i e s s i n g e r, L a u r, P a w l i k o w s k i, T e m p k a, T o m a s z e w s k i i inni.

Co do charakteru istoty zasadochłonnej krwinek czerwonych, większość autorów wypowiada pogląd, że istota ta jest pochodzenia protoplazmatycznego. Przekonywające w tym kierunku są badania D a w i d s o n a (dokładnie podane w Le Sang r. 1931). Według ostatnich badań B r u e c k n e r a i G a w r i ł o w a omawiana substancja ma być lipoproteidem w stanie koloidalnym i jest identyczna z spongioplastyną P a p p e n h e i m a. Polichromatofilia stanowi morfologiczną odmianę tej samej istoty zasadochłonnej. K l i m a i R o s e g g e e r, określając równolegle wielkość czerwonych ciałek polichromatofilnych i przyżyciowo barwionych (retikulocytów), stwierdzili ścisły związek między temi tworami, co wskazuje na ich wspólne pochodzenie — jest to ważny morfologiczny dowód identyczności retikulocytów i polichromatofilów. Krzywe spadku wielkości retikulocytów i polichromato-

filów odpowiadają sobie. Nakrapianie zasadochłonne jest najprawdopodobniej wywołane działaniem czynnika toksycznego na młodociane postaci czerwonych ciałek.

Przechodząc do techniki barwienia retikulocytów, zaznaczyć musimy, że większość autorów uważa, iż barwienie to niesłusznie jest zwane życiowym, gdyż w momencie barwienia krew obumiera. O życiu barwienia można byłoby mówić wtedy, gdybyśmy zastrzykiwali barwnik osobnikowi żyjącemu. I s r a e l i P a p p e n h e i m uważają, że ciałka czerwone barwią się w stanie żywym, ale w chwili pobrania krwi i wchłaniania barwnika są w stanie obumierania. Według amerykańskich autorów koniecznym warunkiem dla barwienia przyżyciowego jest zawieszenie komórek w surowicy krwi, natomiast nie jest wymagane ani konieczne, by komórki były w stanie życia; — wspomniani autorzy twierdzą, że termin „barwienie przyżyciowe” jest nieścisły i proponują nazwę *hygrochrosis* (barwienie na mokro). Barwienie odbywa się w komorze wilgotnej, gdzie krew obumierając wchłania barwnik powoli. Będzie to więc metoda barwienia *ante mortem*, a nie *intra vitam*. C a p p e l słusznie zaznacza „le colorant imprègne les cellules après leur mort somatique et avant leur mort cellulaire”. Co się tyczy samej techniki „barwienia przyżyciowego” retikulocytów, to zasada barwienia polega na wchłanianiu barwnika zasadowych przez retikulocyty. Dokładna metoda barwienia podana jest w monografii L a u r a („Les Réticulocytes et les Réticulocytoses”), w Folia Haematologica: tom 45 przez G r i g o r j e w a i tom 46 przez T r a c h t e n b e r g a; w Polskiej Gazecie Lekarskiej 1931 r. przez B a u e r a oraz Zentralblatt für innere Medizin Nr. 36 — 1934 r. Nieco odmienną jest metoda barwienia hemolityczna, zaproponowana przez C h a u f f a r d a i F i e s s i n g e r a (opis w monografii L a u r a).

Gdy ustalono istotę i pochodzenie retikulocytów, zaczęto pogłębiać ich strukturę morfologiczną, w wyniku czego wypłynął podział retikulocytów na szereg grup, poczynając od najmłodszych aż do zupełnie dojrzałych postaci. Grupy te mają znaczenie nie tylko czysto morfologiczne, lecz i dynamiczne, wskazując na stopień nasilenia sprawy chorobowej, a co za tem idzie stanowią dość pokazną cegielkę w ocenie istoty cierpienia. Według S e y f a r t h a i M o l d a w s k i e g o odróżniamy trzy rodzaje retikulocytów; a mianowicie: postać najmłodszą, występującą jako skupienia istoty zasadochłonnej w środku ciała czerwonego (Forme pseudo-nucleaire), postać młodą (forme reticulaire) jako siatka utkana ziarenkami i postać starszą z bardzo delikatną strukturą siateczkową oraz ziarenkami, ułożonemi tylko na obwodzie (forme granuleuse proprement dite) (patrz tablicę). H e i l m e y e r odróżnia cztery grupy retikulocytów, z których I i II są identyczne z grupami I i II według podziału S e y f a r t h a i M o l d a w s k i e g o, grupa zaś czwarta odpowiada ich grupie trzeciej; grupę trzecią H e i l m e y e r a cechuje obecność drobnych ziarenek nie tylko na obwodzie lecz w nieznacznej liczbie rozsianych nierównomiernie w ciałku czerwonym. Właściwie grupa ta jest nieco młodszą postacią grupy III S e y f a r t h a i przy obliczaniu większego znaczenia praktycznego nie ma. Grupa I we krwi obwodowej w warunkach normalnych nie występuje, co najwyżej w liczbie 1 na 1000 czerwonych ciałek; grupa II również spotyka się bardzo rzadko, nie przekraczając 2%. To co zazwyczaj widzimy



a — grupa I b — grupa II c — grupa III

pod mikroskopem we krwi obwodowej, należy do grupy III, dającej przeciętnie 6%, co zależy od metody barwienia. Przesunięcie obrazu retikulocytów na lewo, to znaczy w kierunku zwiększenia młodych postaci, wskazuje na silne podrażnienie szpiku, jak np. przy dużej utracie krwi i stanowi wyraz zdolności regeneracyjnej narządów krwiotwórczych. Jest rzeczą ustaloną, że w stanach niedokrewności złośliwej wyrazem poprawy jest przełom retikulocytów, poprzedzający wzrost czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny. Nietylko „deszcz retikulocytów” (pluie de reticulocytes) lecz przesunięcie ich wzoru na lewo mówi o skuteczności danej metody leczenia. Dla przykładu przytoczymy przypadek, opisany przez T r a c h t e n b e r g a (Folia Haematologica Bd. 46): czerw. ciałek 740.000 w 1 mm. sz., Hb. 20%, wsk. barw. — 1,4; retikulocytów zaledwie 7%, lecz w tem 4 należą do grupy I i II. To przesunięcie wskazuje na dostateczny zasób energii potencjalnej szpiku w kierunku odnowy; przy stosowaniu wątroby w omawianym przypadku wystąpiła wyraźna poprawa, co uwidoczniło się w gwałtownym wzroście retikulocytów, a następnie w poprawie obrazu krwi.

G a w r i ł o w z instytutu lekarskiego C h a ł a t o w a w pracach doświadczalnych badań odnowy krwi u zwierząt w niedokrewnościach, spowodowanych środkami, wywołującymi hemolizę i wykazał, iż odnowa ta idzie drogą poprzez retikulocyty, poczynając od grupy najmłodszej i kończąc na grupie III, aż do zupełnego powrotu krwi do stanu normalnego. Zastrzykując świnkom morskim phenylhydrazynę G a w r i ł o w przychodzi do wniosków następujących: drugiego dnia po podaniu tego środka następuje gwałtowny spadek liczby czerwonych ciałek krwi i ilości hemoglobiny, jednocześnie we krwi obwodowej zjawiają się retikulocyty grupy I, które stale narastają w ciągu tygodnia. Osmego dnia następuje spadek liczby tej postaci retikulocytów z jednoczesnym wzrostem grupy II, co zwiastuje wyraźną poprawę w obrazie krwi, jak to widać zresztą z obliczenia czerwonych ciałek i hemoglobiny. Dwunastego dnia I i II grupa retikulocytów nie przekraczają wartości normalnej; większość retikulocytów należy do grupy III. Następnie stale zwiększającej

się liczbie czerwonych ciałek towarzyszy spadek retikulocytów i szesnastego dnia mamy normalny obraz krwi obwodowej. Z badań tych wynika, iż w odnowie krwi mamy trzy okresy poprawy: wykładnikiem pierwszego okresu jest zwiększenie liczby retikulocytów najmłodszych, drugiego — retikulocytów bardziej dojrzałych i trzeciego tej grupy retikulocytów, z którą się spotykamy w stanach nieznacznego uszkodzenia szpiku. Te badania doświadczalne wskazują na słusność wymienionego podziału retikulocytów na grupy, zmuszając klinię w badaniach nad zdolnością regeneracyjną szpiku i nad ciężkością jego uszkodzenia do uwzględniania nie tylko liczby retikulocytów, wyrzucanych do krwi obwo-

dowej, lecz i stopnia ich młodości; analogję znajdujemy w badaniu białych ciałek krwi co do ich wieku czy to we wzorze *Arne'tha*, czy w obrazie *Schillinga*. Poza uwzględnianiem grup retikulocytów, należy zwrócić uwagę i na ich wielkość, ponieważ średnica retikulocytów niejednakowo zachowuje się w różnych chorobach. Retikulocyty, bardzo licznie występujące w żółtaczce hemolitycznej, są wszystkie jednakowej wielkości, w stanach niedokrewności złośliwej średnica retikulocytów ulega wahaniom: poprawie w obrazie hematologicznym i klinicznym towarzyszy występowanie coraz to mniejszych retikulocytów.

(Dok. nast.)

Oceny książek.

H. ASSMANN, H. BEITZKE, H. BRÄUNING, St. ENGEL. **Ergebnisse der ges. Tuberkuloseforschung.** (Georg Thieme Lipsk, t. V i VI r. 1933).

Z sporem opóźnieniem (z przyczyn od nas niezależnych) zwracamy uwagę na V tom tego wydawnictwa, które już czterokrotnie polecałismy Czytelnikom na lamach Czasopisma. I znów mamy do odnotowania szereg prac, traktowanych wyczerpująco przez ludzi, którzy wiele „swego” mają do powiedzenia na poszczególne tematy. Koester bardzo interesująco przedstawia sprawę opieki nad gruźliczymi na wsi w Niemczech. Znajdujemy tu mnóstwo przykładów tak ważnych dla każdego, kto się interesuje wogóle sprawą zwalczania gruźlicy, a więc kwestją katastru tuberkulinowego (łatwiejsze do przeprowadzenia na wsi), meldowania, które musi prowadzić za sobą szereg konsekwencji (inaczej jest szkodliwe), znaczenia prątka perlicy dla pewnych postaci gruźlicy itp. Engel, jak zwykle, solidnie opracował wnękę dziecka. Jest to wprost kopalnia niezmiernie interesujących faktów i uwag, przedstawiających wielką wartość dla klinicysty i rentgenologa. A wszystko przytem przedstawione z wielkim krytycyzmem i ostrożnością. Jest to praca na czasie i bardzo cenna. Witebsky i Klingenstein streszczają owoc swych i obcych badań w postaci u w a g nad serologją w gruźlicy. Niestety, jak dotąd, wynik praktyczny nie jest zbyt wielki: spory odsetek odczynów ujemnych w przypadkach gruźlicy i względnie dłuży dodatnich u zdrowych nie pozwalają narazie opierać się na tej metodzie badania pomocniczego w celach rozpoznawczych. Opitz oświetla zagadnienie zaraźliwości gruźlicy dziecięcej, zwłaszcza spraw łagodnie przebiegających, wobec bardzo częstego wyniku dodatniego badania treści żółdkowej u dzieci na prątki. Liczne badania własne doprowadzają Opitz'a do wniosku, który tym razem brzmi bardziej może kategorycznie niż w pracach jego dotychczasowych. Uważa on, bowiem, że należy liczyć się z szerzeniem zakażenia przez tego rodzaju zamaskowanych wydzielaczy prątków, gdy przebieg sprawy i badanie skłaniałoby prędszej do ujmowania sprawy za zupełnie niewinną. Co więcej, zdaniem Opitz'a, dzieci, zakażone gruźlicą, a będące w pierwszych trzech latach życia, winny być izolowane od niezakażonych nawet wówczas, gdy zdjęcie rentgenowskie nie wykrywa nic podejrzanego. Jest to wniosek bardzo doniosły ze względu na jego konsekwencje. Opitz do pewnego stopnia usprawiedliwia swe dość radykalne pod tym względem stanowisko tem, że więcej niż w polowie wszystkich przypadków gruźlicy nie znamy źródła zakażenia, należy więc poważnie traktować każde możliwe źródło. Pagel, znany ze swych prac nad anatomją patologiczną gruźlicy,

opracował tym razem gruźlicę wysiewową krwiородną. Mimo niezwykle sumienne zestawienie badań własnych i cudzych odbiera się wrażenie, że droga powstawania wysiewów krwiorodnych nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Wreszcie kończy tom praca *Mottisona* (Szwecja) o losie dzieci szkolnych, zakażonych gruźlicą. I tu znajdujemy dużo szczegółów, mających przyczynić się do lepszego wyjaśnienia rozmaitych wciąż jeszcze ciemnych zagadnień z dziedziny gruźlicy dziecięcej. O streszczeniu ich w kilku zdaniach nie może być mowy. I ten więc tom, jak poprzednie cztery, przynosi szereg cennych monografij, które w dzisiejszych warunkach życia ogólnego, a więc i naukowego, pozwalają uporządkować w głowie liczne i coraz to nowe wiadomości z poszczególnych dziedzin gruźlicy. Tom VI tego samego wydawnictwa (Georg Thieme r. 1934, Lipsk) jest obszerniejszy, niż poprzedni i zawiera 11 monografij. Rozpoczyna je praca *Simona* o klinice zapaleń przyogniskowych, a więc o t. zw. pierwotnem wokoło ogniska pierwotnego, dalej o zapaleniach przywnękowych, o t. zw. naciekach, przez szkołę niemiecką zwanych wczesnymi, o zapaleniach, powstających wokoło ognisk wysiewowych krwiorodnych i odoskrzelowych, jednym słowem całokształt tego, co w klinice może być ujmowane, jako zapalenie oboczne. O anatomji patologicznej zapalenia przyogniskowego pisze jeden z najlepszych znawców anatomji patologicznej gruźlicy *Hübschmann*. Znajdujemy tu naogół te same uwagi, co w jego znanej książce, w stosunku do powstawania zmian anatomicznych, zejścia i niektórych przejawów zapalenia oboczne. Wszystko przytem ujęte jest krótko i zrozumiale dla każdego. *Liebermeister*, który pracami swemi przyczynił się do rozszerzenia naszych pojęć o bakterjach gruźlicy, omawia klinię gruźlicy krwiorodnej w rozmaitych jej przejawach i zejściach. Poza próbami wyjaśnienia warunków powstawania wysiewów na drodze krwionośnej znajdujemy tu opis wysiewów w poszczególnych narządach, wreszcie uwagi o rozpoznawaniu i zejściu tych spraw chorobowych. *Bessan* i *Fernbach*, znani ze swych prac nad zagadnieniem swoistego leczenia gruźlicy, podają wyniki swojego doświadczenia w pracy p. t. *Wartość i istota leczenia swoistego gruźlicy w wieku dziecięcym*. Mamy tu więc omówione stosowanie żywych pełnozdadliwych, osłabionych i niezdadliwych prątków, leczenie prątkami zabitemi, antygenami częściowemi i tuberkuliną, wreszcie leczenie bierne. *Reuss* zapoznaje nas ze stanem opieki przeciw gruźliczej nad dzieckiem w Austrii. Kto miał okazję poznania stanu opieki nad dzieckiem w stolicy Austrii, jeszcze przed niedawnym

czasem, musiał z zazdrością spoglądać na to, co Wiedeń robił tam dla dziecka wogóle, zaś pod względem gruźlicy w szczególności. Reuss przedstawia stan tej opieki w rozmaitych częściach Austrii, gdzie, rzecz jasna, sprawa niewszędzie stoi tak dobrze, jak w w większych miastach, i podkreśla braki, jakie, zdaniem jego, winny być usunięte. Rolloff, mający do rozporządzenia w sanatorjum pod Berlinem u Ubriciego duży materiał kliniczny, pisze o sztucznej porażeniu przepony w gruźlicy płuc. Pracy tej, jak i następnej, której autorami są Sauerbruch i Fich, „o wpływie operacyjnego zwężenia klatki piersiowej i plombowania na gruźlicę płuc” niepodobna streścić w kilku wierszach. Obie są oparte na wielkim doświadczeniu, zwłaszcza druga, która wyszła z pod pióra jednego z twórców znanej już dziś powszechnie metody operacyjnej. Zieger i Hämel z Würzburga poruszają tak interesujący fizjologów ostatnio temat stosunku gruźlicy skóry do gruźlicy narządów wewnętrznych,

a więc sprawę prosówki skóry, tuberkulidów, zmian zolozowatych, rumienia guzowatego, wilka itp. Stronę społeczną zagadnienia gruźlicy reprezentują w tym tomie prace Briegera o zdolności do pracy chorego na gruźlicę i jej wartości realnej i Ickerta p. t. Mieszkanie i gruźlica. Pierwsze oparte jest na spostrzeżeniach własnych i obcych i na żmudnych wykresach, druga dąży do objęcia tematu z najrozmaitszych punktów widzenia. Tom kończy Frederiksen studjami nad wysiękowem z zapaleniem opłucny, które też są niesłychanie na czasie i dążą do wyświeetlenia dość jeszcze licznych ciemnych stron tego zagadnienia. Tylko tak pobieżnie można przedstawić treść bogatą obu tomów tego świetnie prowadzonego i niezwykle cennego wydawnictwa. Wielka różnorodność tematów, traktowanych bardzo poważnie, przebogaty spis piśmiennictwa i mnóstwo zagadnień, poruszanych pod kątem widzenia autorów, czynią z wydawnictwa bardzo pożądanym nabytkiem dla każdego ftizjologa.

M. Gantz.

Wskazówki praktyczne

F. Marcus poleca *Inalgon*, jako dobry środek kojący i przeciwbólowy. Ampulka 2 ctm.³ zawiera: *Dimapyrin* 0,5; *Luminal Natrium* 0,1; *Hyoscyamin. hydrobromic.* 0,0002; *Scopolamin. hydrobromic.* 0,00005; *Coffein. pur.* 0,01. Dawka 2 ctm.³ domięśniowo 1 — 2 razy dziennie. (Med. Klin. 1934, N. 48).

—o—

Napady migreny ma, według Knoblich, błyskawicznie usuwać *dożylnie wstrzyknięcie 2,3 ctm.⁵ Cibalginy*. Wstrzykiwanie powinno być dokonywane powoli, co zabezpiecza przed zdarzającym się w bardzo rzadkich przypadkach zawrotem głowy. (Med. Klin. 1934, N. 39).

—o—

I. Kopits stosuje z powodzeniem w *myalgjach i artralgiach jontoforezę histaminową* według Dcutscha. (Arch. f. Orthop. chir. 1932, N. 31).

—o—

W operacjach aseptycznych wlewa Urban do rany przed zeszcieniem skóry 10 — 20 kropeł *fenolu kamforowego*. Nigdy nie spostrzegano miejscowego podrażnienia lub szkodliwego działania oddalonego. Fenol kamforowy wpływa dodatkowo na rychłozrost i zapobiega tworzeniu się przetok nitkowych. (Ztbl. Chir. Nr. 53, 1934).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 25 września 1934 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 min. 5. Obecnych członków 41 i 15 gości.

1. Odczytano protokół z posiedzenia naukowego z dnia 26 czerwca 1934 r., protokół przyjęto.

2. Przewodniczący podaje do wiadomości tytuły prac nadesłanych ostatnio do biblioteki Towarzystwa.

3. Kol. Sekretarz Stały odczytuje wspomnienia pośmiertne po 1) b. p. Drze Józefie Luxemburgu, 2) ś. p. D-rze Witoldzie Ettiengerze,

i 3) b. p. D-rze Stanisławie Kleinie.

4. Kol. Chodkowska S. omówiła 3 przypadki krwotoków śmiertelnych p. t. „Z kazuistyki krwotoków śmiertelnych”.

5. Kol. Roguski J. (członek T-wa) wygłosił odczyt p. t.: „Cukier we krwi w przewlekłej niewydolności krążenia”.

Rozprawy: Mikulowski, Roguski J.,

6. Kol. Roguski—członek T-wa, wygłosił odczyt p. t. „Ketonemja w różnych stanach chorobowych”.

7. Kol. Zembruski L. — członek T-wa, wygłosił odczyt p. t. „Medycyna w dawnej Rosji”.

Posiedzenie zakończono o godz. 22-giej min. 5.

Sekretarz Doroczny: Wice-Prezes

Aleksander Pruszczyński Zdzisław Sławiński.

Posiedzenie z dnia 2 października 1934 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 minut 5

Obecnych 40 członków i 11 gości.

1. Odczytano protokół posiedzenia naukowego z dnia 25 września 1934 r., protokół przyjęto.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości tytuły prac, nadesłanych ostatnio do biblioteki Towarzystwa.

3. Kol. Chodkowska omówiła *przypadek uogólnionego nabłoniaka kosmówkowego*.

Rozprawy: Ryliko M., Higier H., Płoński i Chodkowska S.

4. Kol. Słonimski — członek T-wa, wygłosił odczyt p. t. „W setną rocznicę urodzin Henryka Hoyer (senjora).

Po wygłoszonym odczycie na wezwanie Prezesa obecni uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

5. Kol. Bornszajn M. — członek T-wa, omówił „Mechanizm powstawania zaburzeń psychicznych reaktywnych”.

Rozprawy: Pręgowski i Bornszajn.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 minut 15.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz.

Sekretarz Doroczny: Aleksander Pruszczyński.

Posiedzenie z dnia 9 października 1934 r.

Rozpoczęło o godz. 20 min. 5. Obecnych 82 członków T-wa i 118 wprowadzonych gości.

1. Odczytano protokół posiedzenia naukowego T-wa Lek. Warsz. z dnia 2 października r. 1934; protokół przyjęto.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości tytuły prac nadesłanych ostatnio do biblioteki T-wa.

3. Kol. Landau A. — członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Istota i leczenie schorzeń tarczycy”.

Rozprawy: Pręgowski i Landau.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 10.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz.

Sekretarz Doroczny: Aleksander Pruszczyński.

Posiedzenie z dnia 23 października 1934 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 min. 5. Obecnych 37 członków i 41 gości.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości tytuły prac nadesłanych ostatnio do biblioteki T-wa.

3. Kol. Pręgowski — zawiadamia o powstaniu Ogólnopolskiego komitetu dla uczczenia pamięci ś. p. Marji Skłodowskiej-Curie. Tow. Lek. Warsz. weźmie udział w tej uroczystości.

4. Kol. Niemyski i Grodzieński omówili przypadki wad rozwojowych jelita grubego p. t.: „Zkazuistyki wad rozwojowych jelita grubego“.

5. Kol. Cieszyński — członek T-wa wygłosił odczyt p. t.: „Systematyczna walka z kiłą wrodzoną jako zagadnienie społeczne“.

Rozprawy: Ławrynowicz i Cieszyński Fr.

6. Kol. kol. Landau A. — członek T-wa, Glass B. i Pruszczyński A. — członkowie T-wa, wygłosili odczyt p. t.: „O wartości klinicznej określenia pojemności życiowej płuc w przebiegu gruźlicy płucnej“.

Rozprawy: Biernacki i Glass B.

Posiedzenie zakończono o godzinie 22 min 15.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz.

Sekretarz Doroczny: Aleksander Pruszczyński.

Posiedzenie z dnia 30 października 1934 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20, obecnych 52 członków, oraz 62 gości.

1. Odczytano protokół posiedzenia naukowego z dnia 16.X.1934 r. przyjęto.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości spis prac ofiarowanych bibliotecy Tow. Lek.

3. Kol. Szokalski K. — członek T-wa, przedstawia przypadek tętniaka tętnicy udowej, powstałego po postrzale.

4. Kol. kol. Landau A. (członek T-wa) i Hejman W. referują — „O skojarzeniu bardzo znacznej hipogranulocytozy z ciężką skazą krwotoczną małopłytkowo-niedokrzepliwą“.

Rozprawy: Szokalski K.

5. Kol. Fejgin M. (członek T-wa) referuje — „Istota choroby reumatycznej w świetle nowych prac“.

Rozprawy: Reicher E., Landau A., Mikulowski Wl., Brokman i Fejgin M.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 40.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz.

Zastępca Sekretarza Doroczny: Stanisław Hróm.

Posiedzenie z dnia 6 listopada 1934 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 m. 5. Obecnych 43 członków i 27 gości.

1. Odczytany protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości tytuły prac nadesłanych ostatnio do biblioteki T-wa.

3. Kol. kol. Zaorski (członek T-wa) i Laszkowski referują: „Ulcus pepticum perforans diverticuli Meckeli“.

Rozprawy: Laskowski J., Kryński L., Rutkowski J., Gerner K., Zaorski J. i Laskowski.

4. Referat kolegi Higiera H. ze względu na późną porę został przerwany. Ciąg dalszy zostanie wygłoszony dn. 20.X.1934 r.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 30.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz.

Sekretarz Doroczny: Aleksander Pruszczyński.

Posiedzenie z dnia 13 listopada 1934 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 min. 5. Obecnych 46 członków i 25 gości.

1. Odczytanie protokołu z dn. 6 listopada r. b. odłożono do następnego posiedzenia.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości tytuły prac, nadesłanych ostatnio do biblioteki T-wa.

3. Kol. Lorentowicz — członek T-wa wygłosił odczyt p. t.: „Ból w ginekologii. Podstawy anatomiczne i leczenie“.

Rozprawy: Kryński L., Sabat Br., Czyżewicz A., Lorentowicz L.

5. Kol. Titz J. — członek T-wa, wygłosiła odczyt p. t.: „Działanie ćwiczeń cielesnych na białkomoc“.

6. Kol. Krasuski A. wygłosił referat p. t.: „Zarys farmako-historyczny naparstnicy“.

Rozprawy: Zembrzuski L. i Krasuski A.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 30.

Prezes: Ludwik Paszkiewicz.

Sekretarz Doroczny: Aleksander Pruszczyński.

Posiedzenia Lekarzy Szkolnych.

Posiedzenie z dnia 20 września 1934 r.

Przewodniczący dr. K. Mitkiewicz, nawiązując do uchwały, zapadłej na posiedzeniu przedwakacyjnym, stworzenia drogi składek dziesięcioprocentowych od lekarzy szkolnych funduszu w celu urzędowania polikliniki im. ś. p. dra Kopczyńskiego w Warszawie, oraz zwrócenia się do lekarzy szkolnych w całej Polsce z apelem o poparcie tej akcji, prosi obecnych o zapisanie się na liście składek i o upoważnienie kol. kol. Bogdanowicza, Jurjewicza ów, Niewińskiego i Roszkowskiego do realizowania tej uchwały.

Dr. Roszkowski zawiadamia, że Liga Szkolna Przeciwgruźlicza ma lokale wolne w Nowym Mieście nad Pilicą i w Miłosnie, które mogłyby być używane przez rozmaite szkoły na osiedla szkolne, na kolonie zimowe i letnie.

Doc. Dr. E. Reicher wygłasza odczyt: „Wpływ ćwiczeń ruchowych na procesy oddychania“.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Stowarzyszenia Naukowego Lecznictwa w Królewcu z dnia 29 stycznia 1934 r. (Klin. Wschr. N. 47, 1934) pokazywał Assman *postępujący zanik mięśniowy* u dwojga rodzeństwa, u których schorzenie to istniało od 8, względnie w ciężkim przypadku od 19 lat i doprowadziło do prawie całkowitej utraty zdolności poruszania się. Prowadzone z przerwami leczenie glikokolem według Thomasa poprawiło czynności mięśniowe w tak dużym stopniu, że stało się znowu możliwe chodzenie bez pomocy.

Na posiedzeniu Stowarzyszenia Naukowego Lecznictwa w Królewcu z dnia 29 stycznia 1934 r. (Klin. Wschr. N. 47, 1934) pokazywał Erben przypadek *plamicy w przebiegu zapalenia opon mózgowych*. U półrocznej dziewczynki jednocześnie z objawami zapalenia opon mózgowych wystąpiły wybroczyny krwawe aż do wielkości monety, które w następnych dniach wykazywały nacieczenia zapalne w otoczeniu i czarno-brunatne zabarwienie w środku. Poza drobnymi krwawieniami spojówkowymi błony śluzowe pozostały wolne od nich. Ropny płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał wewnątrzkomórkowe gramo-ujemne dwoinki. Gorączka utrzymywała się na poziomie 38°, stan zaś pozostawał bez zmiany. Według istniejącego piśmiennictwa rozchodzi się w tych przypadkach o zatary bakteryjne, przeważnie meningokokowe, aczkolwiek posiew ze krwi wypadła ujemnie. Pod względem rokowniczym nie posiada plamica istotnego znaczenia dla przebiegu zapalenia opon mózgowych.

Korespondencja

List z Paryża.

W połowie października odbył się tu drugi Kongres międzynarodowy, poświęcony dokumentacji fotograficznej w naukach przyrodniczych. Kongres ten zwołany dzięki energii Dra Claoué, niezmiernie inicjatora i entuzjasta

sty kinematografii naukowej, zebrał grono ludzi, ożywionych wspólną ideą.

Mimo, że dydaktyczne walory kinematografii są uznane oddawna, a wartość jej jako metody badawczej nie podlega żadnej dyskusji, to przecież próby rozleglejszego stosowania

wania kinematografii naukowej natrafiają jeszcze ciągle na przeszkody w postaci niechęci do nowatorstwa, obojętności lub nierozumnych oszczędności.

Celem zwołanego Kongresu, który jest jednym z objawów działalności „Association pour la documentation photographique et cinematographique dans les sciences“, było złożenie dowodu, że kinematografia naukowa zdobyła już katedrę prelegenta i stała się metodą poważnej pracy badawczej.

Trudnoby wyliczać walory i wady szeregu zaprezentowanych na Kongresie filmów, których poziom był dość niejednostajny.

Obok wzorowych pod każdym względem filmów francuskich, austriackich, szwajcarskich, włoskich, zaprezentowano dwa wąskotaśmowe (16 mm) niemieckie filmy chirurgiczne i jeden meteorologiczny, które wywołały dość niepochlebne zdumienie.

Większość wyświetlonych filmów chirurgicznych poświęcona była operacjom plastycznym twarzy, piersi i brzucha wykonanym przez Dra C l a o u é. Filmy te, zaprezentowane przez autora, odznaczały się doskonałym opracowaniem technicznym i stanowią nieporównaną metodę udoskonalania dla chirurga plastyka. Wykonane z dużą starannością i doskonałym odczuciem „filmowości“, były jednym z ewenementów Kongresu. Poza to wyświetlono dźwiękowy film prof. G o s s e t a i B e n o i t - L e v y. Film ten, mający za temat technikę usunięcia wyrostka robaczkowego, przeznaczony jest dla studentów i dzięki włączeniu szeregu pomysłowych „dessins animés“, stanowi prawdziwe arcydzieło pedagogiczne. Bardzo ciekawy był też film prof. A l e s s a n d r i n i e g o z zakresu wielkiej chirurgii jamy brzusznej oraz mały film Dra M a r c e l a o technice djatermo-koagulacji w przewlekłych zapaleniach szyi macicy. W tym filmie zasługiwał na szczególne wyróżnienie doskonale rozwiązany problem fotografii głębokich jam ustrojowych.

Drugi dzień Kongresu odznaczał się wyświetleniem doskonałego filmu Dra C l a o u é o plastyce twarzy w porażeniu n. twarzowego. Trudnoby wymienić wszystkie demonstrowane filmy. Warto jednak zatrzymać się na trzech.

Byliśmy więc naprzód widzami interesującego filmu sprawozdawczego z słynnych już dziś doświadczeń P r z i b r a m a z Wiednia nad auto- i homoiotransplantacją głów owadów i narządów zwierząt zimnokrwistych, a nawet ssaków (szczurów).

Następnie widzieliśmy film, wykonany przez „Medizinisch-kinematographisches Universitäts Institut“ w Berlinie. Tematem tego filmu było zapłodnienie jaja króliczego i pierwsze podziały rozwojowe.

Prosty tytuł filmu i zwykle na pozór założenie tematu nie potrafią ozwierciadlić tego głębokiego i prawdziwego wzruszenia, które ogarnęło każdego biologicznie czującego widza.

Niewielki ten filmik, utrzymany przez cały czas w ramach chłodnej obserwacji naukowej, jest z pewnością jednym z piękniejszych filmów biologicznych jakie kiedykolwiek

stworzono. Żadne słowo nie potrafi oddać tego fantastycznego nastroju płynącego z ekranu, na którym dzieją się najistotniejsze zjawiska przyrody. Oto szkic treści tego filmu: Dojrzałe jaje, zostaje nagle otoczone przez płynną, gęstą masę nasienia, w którym doskonale widać żwawo poruszające się spermatozoidy.

W pewnej chwili jeden z plemników przenika przez corona radiata jaja, dostaje się do jego środka, traci wtyk i zamienia się w małą kulkę. W jaju widać tworzącą się błonkę, która zapobiega wkraczaniu innych plemników.

A teraz typowe filmowe „zbliżenie“. W wolno płynącym olbrzymim białawym jaju widać jakiegoś majestatycznie przelewającego się gęstą plazmą, tworzącej zmienne, faliste linje prądowe, które tak żywo przypominają surrealistyczne obrazy Maxa E r n s t a. Figury karjokinezy nie są widoczne, bowiem niebarwiona chromatyna żywego jaja nie odbija się od tła plazmy. A przecież z wolnej gry linii prądowych płynie nastrój dziejących się przemian, których istota jest dla nas tajemnicza i nieuchwytna.

A nagle okrągłe dotąd jajo przesurowuje się pośrodku, wydłuża i oto zamiast jednej pierwotnej komórki mamy dwie. Byliśmy świadkami pierwszego podziału rozwojowego na blastulę.

A potem w tym samym, sennym głębokim kołysaniu, które jest rytmem tworzącego się życia widzimy dalsze podziały. Powstaje gastrula i morula. Na tym film kończy się.

Trudno zdać sprawę z rzeczy, które widziane w podręczniku embriologii mają tak schematyczną i martwą postać, podczas gdy ujrane na ekranie i wyzwolone z pęt przesłania i czasu stają się jakimś biologicznym „Oredo“.

Trzeci z kolei film został przedstawiony przez Jeana P a i n l e v é, o którego poprzednich pracach niegdyś już wspominaliśmy. Każde dzieło tego artysty cechuje się dojrzałym przemyśleniem i rzeczowym oddaniem przyrodniczych walorów obranego tematu a równocześnie owiane jest bardzo szczerem odczuciem piękna otaczającego nas żywego świata. Ostatni z filmów P a i n l e v é g o p. t. „Hippocampe“ nie zrywa z naukowym realizmem i otacza go całą gamą światel i cieni, wydobywa na jaw wszystkie fotogeniczne walory dzikawczej sylwetki koników morskich. Ukazuje nam ich żywe, skoczne ruchy lub podpatrując je w godzinie spokoju, chwytą leniwe, kontemplacyjne falowanie ich doskonale nie-realnych ciał zawieszonych w ciepłej wodzie.

Więcej jeszcze: potrafi oddać nam nastrój emocjonalnego życia obserwowanych zwierząt od bolesnych skurczów porodu poprzez cały cykl rozwojowy i tworzy z zoologicznego filmu pasjonującą powieść z życia jednego z naszych młodszych braci w D a r w i n i e.

Kongres podkreślił jeszcze raz potrzebę wzajemnego porozumienia badaczy. Wykazał wartość osiągniętych wyników w dziedzinie kinematografii sprawozdawczej, dydaktycznej i naukowo-badawczej. Dowiódł jak można powiązać prawdę naukową z niezwyklejmi walorami artystycznymi.

Dr. Leonard C h w a t t.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Pauperyzacja lekarzy*).

Podał

Dr. Witold ODRZYWOLSKI (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 3).

II.

Niewątpliwie jedną z zasadniczych przyczyn pauperyzacji lekarzy jest ogólny kryzys ekonomiczny, któ-

ry zmniejszając możliwości materialne całego społeczeństwa, w takim, czy innym stopniu odbija się na każdej gałęzi pracy. Kryzys ekonomiczny nie tłumaczy jednak wszystkiego. Są też i czynniki specyficzne, doty-

*) Referat wygłoszony w Tow. Med. Społ. dnia 14.12.1934 r.

część świata lekarskiego, które bądź bezpośrednio, bądź pośrednio — przez pogłębianie działania tegoż kryzysu, wpływają na stan materialny społeczeństwa lekarskiego.

Jednym z takich widocznych czynników jest sprawa rozmieszczenia lekarzy w kraju. Polska przy swej zgórą 32 milionowej ludności posiada około 11.500 lekarzy. Zatem na 10.000 ludności przypada nie wiele więcej, niż 3 lekarzy (3,1 na 10.000 wg. Małego rocznika Statystyki R. P. 1933). W innych państwach liczba ta wynosi od 12,6 do 5. Z 21 państw, wymienionych w zestawieniu porównawczym w przytoczonym Roczniku Statystyki, zaledwie 3 mają liczbę lekarzy mniejszą, niż Polska (Finlandja, Litwa i Egipt). Przytem dobrać jeszcze trzeba, że zdrowotność ludności i stan sanitarny kraju wymaga dużo rąk lekarskich do pracy i jeszcze niejednego wysiłku. Wiemy dobrze, że śmiertelność u nas, jakkolwiek wyraźnie zmalała w ostatnich latach, utrzymuje się jeszcze na wyższym poziomie, niż w krajach Europy Zachodniej. W dalszym ciągu mamy znaczną cyfrę śmiertelności niemowląt (12,7/100).

Dodać dla całości jeszcze należy duże liczby zachorowań i zgonów na choroby zakaźne, to, że do dziś dnia mamy cały szereg endemicznych ognisk duru plamistego i znane wszystkim więcej niż prymitywne stonunki higieniczno - sanitarne polskiej wsi, a nawet miast. Wszystko to świadczy o tem, że pole pracy dla lekarzy w naszym kraju jest bardzo duże i dziwnie niezgadza się z faktem bezrobocia i niemożnością znalezienia źródeł utrzymania dla lekarzy. Tak jednak nieprawidłowo rozłożone są w państwie siły lekarskie, że kilka większych ośrodków ludności gromadzi duże liczby lekarzy, natomiast reszta państwa jest prawie, że pozbawiona lekarzy. Bardzo ciekawe uwagi w tym względzie nasuwa obejrzenie mapy rozmieszczenia lekarzy, opracowanej przez Dra N i e d z i e l s k i e g o, która od roku znajduje się w Naczelnej Izbie Lekarskiej.

Miasta, liczące powyżej 100.000 mieszkańców, które skupiły okragło 3.300.000 ludności, więc niewiele więcej, niż 10% ludności Państwa, zgromadziły około 5,500 lekarzy, a więc około połowy wszystkich lekarzy Polski. Sama Warszawa, skupiając około 1/32 ludności Państwa, zgromadziła zgórą 1/5 wszystkich lekarzy.

Drugą bardzo ważną przyczyną zachwiania się podstaw ekonomicznych bytu lekarzy jest szereg faktów, wynikających z pewnych zasadniczych założeń. Chodzi mi o to, że w procesie ewolucji poglądów na sprawę zdrowia, wzgl. społeczne znaczenie zdrowia, doszliśmy do tego, że dziś zdrowie jednostek coraz bardziej traktowane jest jako majątek społeczny, a wyrazem tego jest tworzenie się rozmaitych form niesienia pomocy lekarskiej zbiorowo, na koszt społeczny. Do tych instytucyj należy w pierwszym rzędzie lecznictwo w ubezpieczalniach społecznych, pozatem organizacja pomocy lekarskiej dla pracowników państwowych, rozmaite inne instytucje lecznicze o celu niesienia pomocy zdrowotnej tej, czy innej grupie ludności, organizowane przez samorządy, władze państwowe, organizacje społeczne. Te formy są wynikami słuszych założeń, i rozwój ich stale będzie szedł naprzód.

Zrozumiałe jest, że pociągają one za sobą zmniejszenie się praktyki prywatnej lekarzy, wzamian za to powinny jednak dawać lekarzom zatrudnienie, zapewniające inne drogi zabezpieczenia bytu. Tak jed-

nak nie dzieje się, a to wskutek tego, że, popierwsze, ewolucja poglądów na znaczenie spraw zdrowia nie jest jeszcze zupełna — mamy przejawy zrozumienia jej kierunku, lecz jeszcze w dużej mierze nie docenia się ważności spraw zdrowotnych; fundusze, które się na nie przeznaczają z reguły są nikłe, a przy wszelkich oszczędnościach i redukcjach w pierwszym rzędzie ulegają okrojaniu. Do stanowisk lekarskich zgórą przywiązuje się nikłe zarobki, traktując je do pewnego stopnia jako „uboczne zajęcie“ dla lekarza, nie wchodząc w to, że wydajność pracy i jej efekt zależy od tego, czy dany lekarz będzie w stanie poświęcić maksimum swych możliwości zajmowanej placówce — co znów zależy od tego, czy da mu ona możliwą egzystencję, nie zmuszając do marnowania sił i czasu na szukanie innych dróg zapewnienia sobie bytu. Po drugie, na nikłość funduszy, przeznaczonych na sprawę zdrowia, nie pozostaje bez wpływu znaczne ich rozdrobnienie. Dysponują dziś niemi ubezpieczalnie społeczne, dysponuje Państwo prawie we wszystkich resortach swej działalności, dysponują samorządy terytorjalne i rozmaite organizacje społeczne.

Położenie kresu procesowi pauperyzacji lekarzy jest konieczne nietylko ze względu na samo dobro stanu lekarskiego, ale w równej mierze i na dobro ogólnospołeczne, i właśnie drogą dbania o dobro społeczne winniśmy iść ku poprawie bytu stanu lekarskiego. O ile trudno mówić o poprawie tych czynników, które wynikają bezpośrednio z ogólnego kryzysu ekonomicznego, o tyle dużo jest do zrobienia w dziedzinie czynników zależnych od samej pracy lekarskiej, drogą przeprowadzenia pewnych reform w jej organizacji, które poszłyby w myśl nowych poglądów na społeczne znaczenie zdrowia, a które z jednej strony zapewniłyby ludności należytą opiekę lekarską i przyczyniłyby się do podniesienia stanu zdrowotnego kraju; z drugiej strony — dałyby lekarzom szersze pole do pracy, zatrudniając siły lekarskie planowo i zapewniając im właściwą egzystencję.

Na pierwszy plan wysunąć tu należy organizację powszechnej służby zdrowia, która objęłaby cały kraj swą siecią i pracowałaby w myśl postulatu równego prawa do opieki zdrowotnej wszystkich obywateli państwa. Organizacja ta powinna być oparta gospodarczo na skomasowanych wszystkich funduszach państwowych i społecznych, przeznaczonych na sprawę zdrowia, co dałoby możliwość racjonalnego dysponowania nimi i pozwoliłoby na uniknięcie bardzo dużych strat, wynikających z ich rozdrobnienia. Przytem byłaby niezmiernie ważnym czynnikiem, regulującym rozmieszczenie lekarzy, według istotnego zapotrzebowania, którego brak tak bardzo ujemnie wpływa na materialne warunki świata lekarskiego.

Drugim ważnym posunięciem, związanem zresztą ściśle z kwestją powszechnej służby zdrowia, jest rozbudzenie nastawienia zapobiegawczo - higienicznego u lekarzy, jak i również odpowiedniego przygotowania do tej działalności. Lekarz, pozbawiony możliwości jej rozwijania, ma zamkniętą drogę na powojnę, a w każdym razie jest tam mniej pożyteczny, niżby mógł być. Lekarz, który ogranicza się do biernego czekania na chorych, długo na nich czekać może, chociaż wkoło ludzie chorują, mrą — a nawet często i szukają pomocy na błędnych drogach, oddając się na pastwę znachorów i t. p. Jest zasadniczym warunkiem dla lekarza, zajmującego się praktyką ogólną, zwłaszcza

cza na prowincji, umiejętność nawiązania kontaktu z ludnością i posiadanie podstaw do rozwinięcia działalności ogólnie - higienicznej.

Nierozdzielnie z tymi dwoma postulatami, zwłaszcza, jeżeli idzie o dalsze losy i późniejszy rozwój powszechnej służby zdrowia, połączona jest sprawa reformy studiów lekarskich. Sprawa ta wykracza już poza ramy mego referatu, ponieważ jednak wiąże się z poruszonymi zagadnieniami, muszę dodać parę słów, jej dotyczących.

Pod „reformą studiów” rozumiem zarówno sam tok studiów, sprawy programu i sposobu studiowania, jak i należyte wykorzystanie czasu studiów lekarskich. Studja lekarskie powinny bardziej uwzględniać kierunek medycyny zapobiegawczej, higienę i zagadnienia

społeczne, niż dotychczas, poza tem strona praktyczna studiów, możliwie wczesne zetknięcie się z chorym, organizacja ćwiczeń w klinikach powinny dać materiał na tyle przygotowany, żeby po odbyciu obowiązkowej rocznej praktyki (czas ten powinien też być należycie wykorzystany) młody lekarz nabywał potrzebnych kwalifikacyj do pracy samodzielnej na wybranym terenie.

Nakoniec dodać chcę jedną ważną w moim rozumieniu rzecz, a mianowicie to, że na czyjejkolwiek barki spadłoby wykonanie i przeprowadzenie zasadniczych reform społeczno - lekarskich, inicjatywa winna wyjść od lekarzy i prowadzenie prac, związanych z nimi, powinno od początku spoczywać w rękach lekarskich.

Wiadomości bieżące

— Na posiedzeniu administracyjnym Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego w dn. 9.I.1935 r. został wybrany Zarząd w następującym składzie: Prezes — Dr. B. F r e n k i e l, wiceprezesi — Dr. S. M i n c i Dr. H. R u e g e r, sekretarze — Dr. A. T e n e n b a u m i Dr. B. C z a p l i c k i, bibliotekarze — Dr. Z. P r e c h n e r i Dr. M. K o c e n. skarbnik — Dr. B. K n i c h o w i e c k i.

— Konkurs na polską nazwę „Intractum”. W związku z dużym uznaniem, z jakim spotkały się w świecie lekarskim nowe przetwory roślinne „Intracta” i biorąc pod uwagę brak odpowiedniej nazwy polskiej dla powyższych przetworów, Towarzystwo Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego d. Magister Klawe, S. A. niniejszem ogłasza konkurs na utworzenie polskiej nazwy na „Intractum”. — Regulamin konkursu: 1. W konkursie brać mogą udział wszyscy lekarze, mający prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Rzeczypospolitej Polskiej. 2. Polska nazwa „Intractum” powinna się składać z jednego wyrazu i odzwierciedlać istotę leku w odróżnieniu od dotychczas używanych wyciągów (extracta), 3. Odpowiedzi należy nadsyłać w zamkniętej kopercie, opatrzonej godłem, w drugiej zaś kopercie, opatrzonej tem samym godłem, należy podać imię, nazwisko i adres autora. Obie koperty powinny być włożone do większej, którą należy zaadresować do firmy Klawe, Warszawa, Karolkowa 22/24 z wyraźnym napisem: „Sąd Konkursowy na Intracta”, 4. Odpowiedzi należy nadsyłać do dnia 15-go kwietnia r. b., 5. Jako pierwsza nagroda wyznaczona jest suma Zł. 300.—, poza tem do dyspozycji Sądu Konkursowego znajduje się pięć nagród pocieszenia po Zł. 50.—, 6. Sąd Konkursowy składać się będzie z wybitnych lekarzy i lingwistów, 7. Na życzenie PP. Lekarzy, pragnących zapoznać się z istotą Intractów, firma Klawe wysyła wszelkie informacje i piśmiennictwo.

— Nowe Sanatorium dla gruźlicy chirurgicznej. Jest niem Sanatorium św. Tadeusza dla dzieci — fundacja Sierakowskiej — w Ciechocinku. Instytucja ta dotychczas o charakterze prewentorium, istniejąca w Ciechocinku od 6-ciu lat, obecnie została dostosowana do leczenia gruźlicy kostno-stawowej i gruźlicy. Sanatorium czynne jest przez cały rok. Pracownia analityczna. Roentgen. Kąpiele solankowe i inne, naświetlania słoneczne, iampa kwarcowa i t. p. Przyjmowane są dzieci od 4 — 12 lat. Oplata 5 zł. dziennie. W ten sposób warunki zdrojowe doskonale Ciechocinka, zostały racjonalnie wyzyskane do walki z gruźlicą chirurgiczną, która dzięki brakowi urządzeń tego typu była leczona dotychczas w Ciechocinku nie dość systematycznie.

Utworzenie nowego — 3-go po Zakopanem i Busku — sanatorium dla gruźlicy chirurgicznej choć częściowo wypełni duże jeszcze w tej zaniedbanej u nas dziedzinie zapotrzebowanie.

— Wyszedł z druku Nr. 1 miesięcznika „M o r z e”, organ Ligi Morskiej i Kolonjalnej. Na treść numeru, obejmującego 40 stron druku, składają się ciekawe artykuły, poświęcone zagadnieniom zbrojeń morskich mocarstw światowych, sprawom kolonialnym, m. inn. niemieckiej propagandzie kolonialnej, japońskiemu współzawodnictwu handlowemu w kolonjach, kolonialnej polityce Italji; sprawom emigracyjnym i handlowym, wreszcie opisy z podróży, jak wspomnienia z pobytu „Dali” w Ameryce i szereg innych artykułów. Pismo wykonane zostało techniką rotograwiurów. Piękne w rysunku i barwach okładki, liczne oryginalne ilustracje stwarzają naprawdę bogate ramy dla tej interesującej treści. Numer styczniowy „Morza” powinien bezwzględnie znaleźć się w rękach nietylko tych, którzy temi zagadnieniami interesują się, ale i tych także, dla których są one dotąd jeszcze obce.

— II Międzynarodowy Kongres Neurologiczny odbędzie się w Londynie od poniedziałku 29 lipca do piątku 2 sierpnia 1935 r. pod przewodnictwem D-ra Gordona Holmesa. Jako tematy główne poddane będą obradom zagadnienia następujące: 1) Padaczki, ich etiologia, patogeneza i leczenie, 2) Fizjologia i patologia płynu mózgowo-rdzeniowego, 3) Czynności pnia czołowego, 4) Hypothalamus i centralna reprezentacja układu autonomicznego. Jedno z posiedzeń z odczytem prof. Förstera poświęcone będzie pamięci Hughlingsa Jacksona. Na kongresie tym Neurologja Polska po raz pierwszy uzyskała reprezentację oficjalną w postaci jednego z czynnych wiceprezesów Kongresu (prof. Orzechowski z Warszawy), oraz współudział z jednym z tematów głównych „O padaczkach” (prof. Orzechowski). T e m a t y g ł ó w n e i dyskusja nad nimi omawiane będą na posiedzeniach rannych, zaś posiedzenia popołudniowe poświęcone będą r e f r a t o m r ó ż n y m. Każdy członek Kongresu jest uprawniony do złożenia tylko j e d n e g o referatu, lecz członkowie mają prawo do przyjęcia udziału w każdej dyskusji. Poza tem każdy oficjalny referent jednego z głównych tematów może złożyć jeden przyczynek w dziale referatów różnych. Czas trwania takiego referatu nie może przekraczać 10 minut, przemówienia dyskusyjnego — 5 minut. Streszczenia referatów lub też same referaty na tematy różne winny być doręczone Komitetowi Programowemu dn. 1 kwietnia 1935 r. w języku angielskim, francuskim lub niemieckim. Kandydaci na Członków czynnych Kongresu mogą zapisać się albo za pośrednictwem Komitetu Polskiego Kongresu (Doc. Dr. W. Sterling, Warszawa,

Boduena 1) albo za pośrednictwem Wykonawczego Komitetu Programowego (Dr. Kinnier Wilson, Londyn, W. I, Harley Street, 14). Wpisowe dla członka czynnego wynosi 25 franków szwajcarskich (= 1 funt ang. 10 szylingów), dla członka towarzyszącego połowę sumy niniejszej. Może być ono wpłacone bądź Komitetowi Polskiemu, bądź bezpośrednio na ręce Skarbnika Kongresu.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

22.I. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. M o s i n g H. (Lwów). Rickettsiaemia Weigli.
2. Ł a w r y n o w i c z A. Zmienność drobnoustrojowa,

jej znaczenie dla patogenezy, rozpoznawania i epidemiologii spraw zakaźnych.

28.I. Polskie Tow. Med. Społecznej.

Sekcja kliniczna.

P o k a z y:

1) B. G l a s s. Odma samoistna czy też torbiel guzowa płuc. 2) E. H e r m a n i A. P o t o k, 2 odmienne przypadki początkowego kurczu torsyjnego: kurcz nąpadowy i kurcz stały (pokaz encenfalogramów).

O d c z y t.

A. L e j w a. O hormonach tropowych przedniego płata przysadki mózgowej.

TREŚĆ: Wł. STERLING. Zygmunt Bychowski (wspomnienie pośmiertne). — H. HIGIER. Neurologja i neurochirurgja wczoraj a dzisiaj (Dok.). — St. JUSTMAN. Kilka słów o opukiwaniu poprzecznym klatki piersiowej. — J. ITELSON i M. KOCEN. Obecny stan nauki o retikulocytach (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — W. ODRZYWOLSKI. Pauperyzacja lekarzy (Dok.). — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. STERLING. Feu Sigismond Bychowski. — H. HIGIER. La neurologie et la neurochirurgie d'hier et d'aujourd'hui (fin.). — St. JUSTMAN. Quelques mots à propos de la percussion du thorax. — J. ITELSON et M. KOCEN. L'état actuel de la science concernant les réticulocytes (Rév. gén.). — W. ODRZYWOLSKI. Le paupérisme des médecins (fin.).

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładka tytułowa złotych 500. — Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300. — pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach niezarezerwowanych: cała str. zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. zł. 80.—, ósma część str. zł. 50.—

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

Résumé des articles originaux.

Neurologie et neurochirurgie dans le passé et le présent.

Par

H. HIGIER (Varsovie).

L'auteur fait la revue de neurochirurgie ancienne et moderne. L'école américaine avec C u s h i n g en tête obtient des résultats chirurgicaux de plus en plus favorables. La mortalité des cas opérés est tombée jusqu'à 8%. Les moyens adjuvants sont: la radiologie perfectionnée, la ventriculographie, la symptomatologie stricte, la liquorologie etc. La technique opératoire est différente à présent: elle est lente, aidée par des manipulations telles que la transfusion du sang pendant l'opération. La neurochirurgie polonaise n'est pas avancée jusqu'à présent.

Quelques mots à propos de la percussion transversale du thorax.

Par

St. JUSTMAN.

La percussion transversale du thorax permet de diagnostiquer d'une manière précoce l'affaiblissement, elle permet donc de parler convenablement toute une série de maladies aussi bien chez les enfants, que chez les adultes et les

vieillards. Comme base de tout examen médical reste toujours l'examen clinique, toutes les autres méthodes de laboratoire aussi bien que la rentgenologie ne sont que les moyens pour confirmer le diagnostic préalable.

Le paupérisme des médecins.

Par

W. ODRZYWOLSKI.

On constate dernièrement une déchéance matérielle des médecins. Outre la crise économique, ce sont surtout les facteurs de nature générale qui l'ont influencée et qui en même temps ont contribué au développement de la médecine sociale aux dépens de la pratique privée. Cependant le travail des médecins dans les institutions sociales n'est pas suffisamment apprécié et rémunéré. La réduction de la subsistance des médecins entraîne évidemment le déclin du niveau de la science médicale et de l'éthique professionnelle. Il serait désirable pour l'amélioration des conditions actuelles que le Service Général de Santé soit appuyé sur la collaboration des médecins et que les idées de la médecine sociale, de prophylaxie et d'hygiène pénètrent plus profondément dans leur milieu.