

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 3.34-87.

Rok XIV

WARSZAWA, 16 GRUDNIA 1937 R.

Nr. 47

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

15 lat stosowania wlewań oliwy do dwunastnicy w schorzeniach żółciowych.

Podał

Dr. W. RÓBIN (Warszawa).

W roku 1921 (19 stycznia) miałem zaszczyt przemawiać na posiedzeniu Sekcji Gastrologicznej Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego „O stosowaniu zgłębnika dwunastniczego w celach leczniczych i o wprowadzaniu leków, a specjalnie oliwy, w leczeniu kamicy żółciowej“.

Po upływie roku (18 stycznia r. 1922) przedstawiłem w tejże Sekcji Gastrologicznej kilku chorych z kamicy żółciową, leczonych tą metodą z dobrym wynikiem.

W literaturze zagranicznej ani krajowej wzmianki o tym nie znalazłem. Były już wprawdzie i przedtem próby stosowania zgłębnika dwunastniczego w celach leczniczych, np. karmienia chorych na wrzód żołądka przez zgłębnik à demeure, t. zw. opatrunki dwunastnicy (pansement) przy pomocy wpuszczania przez zgłębnik zawieszin z bizmutu i t. p. leków (Einhorn). Po pewnym czasie prof. Singer w broszurze „O leczeniu kamicy żółciowej“ zalecał pomiędzy innymi środkami również oliwę w postaci wlewań. Ale o metodycznym wlewaniu oliwy, jako metodzie leczniczej, stosowanej planowo, nie czytałem.

A priori metoda ta miała teoretyczne uzasadnienie. Per os bowiem oliwę zalecano oddawna. Reichenman naprz. w pracy swej „O leczeniu kamicy żółciowej“ (Gazeta Lek. 1900) pisze: „Dłuższe i dokładne spostrzeganie chorych, którym zalecać zacząłem oliwę, przekonało mnie, że rzeczywiście posiadamy w oliwie dzielny środek, który niewątpliwie ułatwia przechodzenie złożeń przez przewody żółciowe. Zdaje się, że tutaj dwie okoliczności tak skutecznie wpływają, mianowicie dowiedzione żółciopędne działanie oliwy i dostawanie się tego środka do przewodów żółciowych, czyli, że się tak wyrażę, smarowanie tłuszczem drogi, przez którą skutkiem tego łatwiej, więc bez podrażnienia, kamienie przechodzą“.

Inni autorzy (Chauffard, Hoffmann, Senator) chwala skuteczność innych gatunków olejów: migdałowego, drzewnego, sezamowego. W praktyce utrzymała się jedynie oliwa nicejska, jako

najłagodniejsza w działaniu, stosunkowo najlepsza w smaku i w małych ilościach nierażniąca jelit.

Pomimo to jednak oliwa, zalecana per os, spotyka się nieraz z protestem i niechęcią ze strony chorych. A niektórzy wręcz jej nie znoszą, bo powoduje niesmak, nudności, przykre odbijania, a nawet wymioty.

Dlatego wydawała mi się właściwsza metoda wlewania oliwy przy pomocy zgłębnika bezpośrednio do dwunastnicy. Działanie ciepłej oliwy bezpośrednio na błonę śluzową dwunastnicy i ewent. dróg żółciowych powinno być skuteczniejsze, bo oliwa nie podlega zmianom chemicznym w żołądku, jak to ma miejsce przy picciu. Poza tym, wlana do dwunastnicy, nie wywołuje przykrych sensacji, o których wyżej mowa.

Te przesłanki teoretyczne okazały się w praktyce słuszne. Od 15 lat metodę tę stosuję i na zasadzie setek przypadków mogę z całym przekonaniem stwierdzić, że jest celowa, pożyteczna, a w niektórych przypadkach okazała się zbawienna.

Ze współpracownikami swoimi, a głównie z D-re^m Reichertem, który od 10 lat dokonywa wlewań oliwy u moich i swoich chorych, spostrzegaliśmy wyniki dodatnie: ustępowanie bólów, zmniejszanie się obrzęku pęcherzyka żółciowego i powrót do zdrowia chorych, u których inne metody lecznicze do celu nie doprowadziły.

Mamy w obserwacji cały szereg chorych, którzy 2 razy do roku zjawiają się, domagając się wlewań oliwy, gdyż po takiej serii mają spokój na kilka miesięcy i dłużej.

Jeśli stosujemy wlewania w okresie podostrym, kiedy pęcherzyk żółciowy jest jeszcze obrzęknięty i bolesny — następuje nieraz nasilenie sprawy zapalnej, większe bóle, dochodzące nawet do ataku bólowego z podniesieniem ciepłoty ciała. Po 1—2 dniach jednak ostre objawy powoli znikają, i najczęściej sprawa uciicha na dłuższy okres czasu.

Reakcja ta przypomina odczyn białkowy. Chorzy, którzy już tej reakcji doświadczyli, cieszą się z niej, jako że potem nastąpi okres bezbólowy.

W stanach żółtaczkowych, zależnych od kamicy żółciowej, w zatankaniu przewodu żółciowego wspólnego, otrzymywaliśmy nieraz efekty niespodziewane: chorzy tracili gorączkę, żółtaczka powoli zniknęła, i sprawa ulegała widocznej poprawie.

Również w stanach zapalnych dróg żółciowych

niekamicznych, przebiegających z żółtaczką, spostrzegaliśmy wybitną poprawę.

Próby kontrolne: wlewaniu siarczanu magnezji wg. Meltzer-Lyona, wody Karlsbadzkiej *per se* lub odpowiednich roztworów alkaliczno-słonnych, gliceryny, leków żółciopędnych i t. d. — tak dobrego efektu nie dawały.

Najbliższa pod względem skuteczności jest po oliwie gliceryna z dodatkiem *T-rae Boldo*. Tę mieszankę stosujemy od wielu lat specjalnie w porze letniej, kiedy oliwa jest źle znoszona i wywołuje często fermentację brzuszne i biegunkę.

Oliwę stosujemy w ilości 50—100 cm³ — ciepłą — możliwie na czczo lub po herbacie z mlekiem, — przez zgłębnik dwunastniczy cienki, za pomocą strzykawki. Seria składa się z 5—6 wlewań w odstępach 2—3-dniowych. Rozpoczynamy od 50 cm³ i stopniowo dawkę powiększamy.

Technika wprowadzenia zgłębnika jest łatwiejsza, jeśli używamy zgłębnika dwunastniczego bez metalowej gałki, która trudniej przez odźwiernik przechodzi. Zgłębnik taki, mojego pomysłu, wyrabiany jest od kilkunastu lat w Berlinie pod nazwą „*Duodenalsonde nach Dr. Robin*“, jest w Warszawie w sprzedaży w firmie *A m b e r*. Metalową gałkę zarzuciłem i z tego powodu, że nieraz odrywa się i pozostaje w żołądku lub w dwunastnicy...

Ostatnio *M. Reichert* stosuje w przypadkach nadwrażliwości zgłębnik nosowy, który ma tę przewagę, że nie drażni gardzieli. Wielu chorych woli zgłębnik nosowy.

Nie chcąc nużyć czytelników szczegółowymi opisami spostrzeżeń, pragniemy w tym krótkim artykule podkreślić jedynie wartość kliniczną wlewań oliwy do dwunastnicy w sprawach żółciowych i polecić ją szerszemu ogółowi lekarzy.

Dotąd bowiem zarówno kliniki, jak i lekarze praktycy trzymają się uparcie metody *Meltzer-Lyona* z siarczanem magnezji, która w niektórych razach przynosi pożytek jako *derivans* i sprowadza lekkie wypróżnienia, ale często powoduje zbyt silne podrażnienie jelit, które może być szkodliwe w sprawach zapalnych. Jeszcze *Einhorn*, wynalazca zgłębnika dwunastniczego, próbował działania 25% roztworu siarczanu magnezji, 25% siarczanu sodu, glukozy, 5% roztworu peptonu, ale z wyników pozostał niezadowolony. *Doyon* już przed 30 laty wskazał, że, zastrzykując psu do dwunastnicy płyn drażniący, wywołujemy wzmożone ciśnienie w pęcherzyku żółciowym i osłabienie skurczu zwieracza.

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Domu Starców w Warszawie przy ul. Górczewskiej 9.
(Lekarz Naczelny: Dr. M. Biro).

Przypadek przepukliny otworu przełykowego przepony (Hernia hiatus oesophagei).

Podali

Z. GRYNBERG i J. BRAND (Warszawa).

Przepuklina przepony należy do spraw chorobowych nader rzadkich.

Mousson na 3.500 badań rentgenologicznych przewodu pokarmowego znalazł 42 przypadki przepukliny przeponowej, *Pancoast* i *Boles* na 9.000 badań — tylko 16 przepuklin przeponowych.

Oliwa, jak wyżej wzmiankowaliśmy, również nieraz wywołuje podrażnienie jelit, ale w nierównie mniejszym stopniu i tylko w sprawach zapalnych ostrych lub podostrych.

Jakież są wskazania ściślejsze do stosowania tej metody?

1. Przede wszystkim sprawy przewlekłe, niereagujące już na ciepło, diatermię, kąpiele i t. d. W tych przypadkach wyniki są bodaj najpomyślniejsze.

2. Sprawy przewlekłe w okresie remisji, kiedy żadnych dolegliwości podmiotowych nie ma, ale chorzy oczekują nowego obciążenia, zjawiającego się okresowo. Tu również poprawa jest częsta.

3. W okresach ostrych i podostrych zasadniczo należy wlewać unikać, podobnie jak innych podrażnień, np. leków czyszczących. W tych razach zalecamy, jak wiadomo, raczej środki uspokajające. Jednakże wyjątek stanowią te ostre i podostre przypadki, w których sprawa się zbyt przeciąga, żółtaczka trwa, wysoka ciepłota utrzymuje się, chorzy słabną, krzepliwość krwi pogarsza się, i powstaje obawa choleмии. W tych razach ostrożne zastosowanie wlewań jest wskazane.

Przeciwwskazania: sprawy ropne z wysoką ciepłotą, dreszczami (*empyema vesicae felleae*), bo grożą powikłaniami: pęknięciem pęcherzyka żółciowego, przedziurawieniem dwunastnicy i ostrą sprawą otrzewnową.

Czy działanie wlewań jest żółciopędne? Czy lekko czyszczące? Czy mechaniczne?

Spostrzegaliśmy przypadki pomyślne bez działania czyszczącego. W niektórych razach wlewania powodowały zaparcie, a tym niemniej efekt pomyślny występował. Widywaliśmy z drugiej strony wyraźne pogorszenie się po zbyt silnym działaniu czyszczącym.

Stąd można wyciągnąć wniosek, że nie w samym działaniu czyszczącym upatrywać należy dodatni wynik tej metody. Naszym zdaniem, należy wziąć pod uwagę w mniejszym stopniu działanie żółciopędne, ale w większym stopniu naoliwienie dwunastnicy czyli działanie mechaniczne oliwy. Usuwamy w ten sposób gęsty śluz, obmywamy ściany dróg żółciowych i ewent. ułatwiamy przesunięcie się złożeń.

Tak, czy inaczej, metoda zasługuje na uwagę i winna być w każdym odpowiednim przypadku wypróbowana — bo jest celowa, bezpieczna i posiada niewątpliwą wartość kliniczną.

Pierwsze przepukliny przeponowe zostały opisane przez *Ambroise Paré*, a dotyczą przypadków *Anzelly* z 1842 r. i *Duqueta* z 1886 r.

Również w piśmiennictwie polskim przypadków przepukliny przeponowej nabytej i nieurazowej jest bardzo niewiele. Pierwsze dwa przypadki zostały opisane przez *Doc. Zawadowskiego*, jeden przypadek — przez *J. Glassa*, należy nadmienić jednak, że jeszcze przedtym *Płockier* i *Kryński* demonstrowali 4 podobne przypadki, a *Schlag* i *er* jeden. Nasz przypadek byłby zatem 9-ty w piśmiennictwie polskim.

Przepuklina przeponowa nabyta nieurazowa powstaje najczęściej pomiędzy 40 a 50 rokiem życia. Wrota przepuklinowe stanowi otwór przełykowy, gdyż z na-

tury rzeczy otwór ten skutek wydatnych ruchów wpustu żołądka jest najbardziej narażony, stąd też w miejscu tym najczęściej dochodzi do zwiotczenia mięśniówki przepony (Bruzzi). Możliwe jest również istnienie w pewnych przypadkach wrodzonej wiotkości brzegów tegoż otworu. Zniekształcenie części piersiowej kręgosłupa, rozedma płuc i wzmoczona tłocznia brzuszna umożliwiają powstawanie przepukliny otworu przełykowego przepony. Słusznie podkreśla Doc. Z w a d o w s k i, że cierpienie to występuje najczęściej u osobników o niskim wzroście, krótkiej szyi, beczkowatej klatce piersiowej, u których stwierdza się ponadto małą odległość między łukami żebrowymi a grzebieniami kości biodrowych.

Zawartość takiej przepukliny stanowi zazwyczaj żołądek. W przypadkach przepukliny wrodzonej (I typ Akerlunda), na skutek krótkości przełyku, żołądek zostaje wciągnięty do klatki piersiowej. Przepuklina nabyta prawdziwa (II typ Akerlunda), posiadająca swój worek otrzewnowy, przedstawia się w postaci niewielkiej części żołądka, umieszczonej w otworze przełykowym obok przełyku. Obecność takiej przepukliny rentgenologicznie stwierdzić można w pozycji poziomej chorego. Do III-go typu Akerlunda, typu, który nas najbardziej interesuje, zaliczyć należy wielką przepuklinę żołądka. Przepuklinę tę należy uważać za rzekomą, albowiem nie posiada ona torebki otrzewnej z otrzewnej ściennej; jest to zrozumiałe ze względu na wielkość przepukliny, która powoduje stopniowe ścięcenie i rozzerwanie błony zewnętrznej. Rentgenologicznie stwierdza się zazwyczaj długi przełyk w dolnym odcinku, o przebiegu wężykowatym, obok zaś niego w klatce piersiowej znaczną część żołądka wraz z jego pęcherzem powietrznym. Część ta żołądka przedstawia się właściwie w postaci odwróconej litery U, która wpukliła się ruchem jakby obrotowym do klatki piersiowej. Odźwiertnik pozostaje na miejscu, podprzeponowa część żołądka jest zazwyczaj mała, brak również pęcherza powietrznego żołądka pod przeponą.

Przepuklina przeponowa rozpoznawana była dotychczas przypadkowo, i to wyłącznie przez rentgenologów, nagromadziło się jednakże sporo objawów klinicznych, które, przy ich znajomości, mogłyby naprowadzić klinicystę na możliwość istnienia tego cierpienia. Już wyżej wspomnieliśmy o pewnym typie konstytucjonalnym, jak również o wadach budowy, które sprzyjają powstawaniu przepukliny przeponowej. Zostały już nawet wyodrębnione 3 odmiany kliniczne tego cierpienia: 1) brzuszna, 2) piersiowa i 3) mieszana.

Postać I charakteryzuje się bólami brzucha, wymiotami, zaparciem, występującym na przemian z biegunkami, niekiedy objawy przypominają wrzód lub raka żołądka, jak to miało miejsce w naszym przypadku.

Postać piersiowa posiada już bardziej charakterystyczne objawy. Należy do nich przede wszystkim *dysphagia paradoxa* Leichtensterna, polegająca na tym, że chory łatwiej przyjmuje pokarmy stałe, aniżeli płynne. Twardy kęs podczas przechodzenia przez wpust wymaga od niego zwiększonej pracy, która w postaci wzmoczonej fali perystaltycznej udziela się workowi przepuklinowemu i powoduje jego opróżnienie, natomiast pokarmy płynne zalegają długi czas. Napady dławicy piersiowej, często spotykane (również i w naszym przypadku), powstają na drodze odruchowej, na skutek ucisku, wywieranego przez worek przepuklinowy w otworze przełykowym. Doświadczalnie na zwierzętach

możliwości powstawania na tej drodze dławicy piersiowej dowiedli Dietrich i Schurig z kliniki von Bergmanna. Przy badaniu fizykalnym można niekiedy stwierdzić ścięcenie części kostnych klatki piersiowej na skutek istnienia dość dużego worka przepuklinowego.

Przy opukiwaniu klatki piersiowej stwierdza się niekiedy objawy charakterystyczne dla odmy, albowiem pęcherz powietrzny żołądka znajduje się w klatce piersiowej. W naszym przypadku stwierdziliśmy zmienność opukowych granic serca w zależności od stopnia wypełnienia worka przepuklinowego żołądka i jego ucisku na serce. Ucisk ten należy uważać za przyczynę częstoskurczu napadowego, miarowego i niemiarewego u naszej chorej.

Przy osłuchiwaniu stwierdza się również objawy charakterystyczne dla obecności powietrza, względnie powietrza i płynu w klatce piersiowej. Patognomicznym niemal objawem jest dźwięk „glu-glu“, słyszalny podczas każdego wdechu, a powstający skutkiem wstrząsania worka przepuklinowego, zawierającego płyn i powietrze, przez rozszerzające się płuco. Niezbyt częstym objawem jest szmer tarcia, w naszym zaś przypadku stwierdziliśmy zjawianie się jego po obfitych posiłkach. Niemniej ważnym objawem fizykalnym jest zachowanie ruchomości dolnej granicy płuca po stronie chorej.

Przypadek nasz jest przykładem postaci mieszanej, piersiowo-brzuszej. Dotyczy 64-letniej pensjonariuszki Domu Starców, która znajduje się w Zakładzie od czerwca 1934 r. W 1916 r. suche zapalenie opłucny bez gorączki; która strona była zaatakowana, nie pamięta. Od szeregów lat skłonność do wymiotów; niewielki błąd dietetyczny powoduje biegunki. Rodziła trzykrotnie; dzieci żyją, zdrowe.

Stan obecny: (czerwiec 1934 r.) wzrost niski. Powłoki skórne i błony śluzowe bladawe. Odżywianie mierne. Szyja krótka. Klatka piersiowa beczkowata; kąt międzyżebrowy rozwart; kręgosłup wygięty ku tyłowi, szczególnie w części odpowiadającej przyczepowi przepony.

Płuca: granice obniżone, ruchomość ich zachowana. Wypuk jawny z odcieniem pudełkowym; u podstaw nieliczne rżenia drobnobankowe.

Serce rozszerzone w wymiarze poprzecznym; tony głucho, nad wszystkimi zastawkami podmuch skurczowy.

Jama brzuszna: odległość między łukami żebrowymi a grzebieniami kości biodrowych — 2 palce. Wątroba wystaje spod łuku żebrowego na 1/2 palca. Układ nerwowy: b. z.

Przez cały miesiąc listopad 1934 r. chorej dolegały nieokreślone bóle w okolicy mostka.

W grudniu 1934 r. znaczne osłabienie, stan podgorączkowy. Objektywnie: niestałe tarcie opłucnowe przykręgosłupowo u podstawy lewego płuca, przy zachowanej ruchomości dolnej granicy płuca po tejże stronie. Bładość powłok nasiliła się. Po kilkunastu dniach leżenia w łóżku — poprawa. We wrześniu 1935 r. nawrót choroby. Bardzo często omdlenia. Od czasu do czasu wymiotuje treścią pokarmową bez widocznej domieszki krwi. Ciężota do 37,5°. Chudnie. Częste napady częstoskurczu niemiarewego i miarowego. Przy badaniu stwierdza się wybitną błądź powłok oraz tarcie opłucnowe. Na skutek tego zespołu objawów zaproponowaliśmy szereg badań dodatkowych, na które chora nie zgodziła się. Wezwany podczas naszej nieobecności lekarz badał chorą bezpośrednio po spożyciu obfitego posiłku (obiadu). Stwierdził wówczas przyśpieszenie czynności serca i znaczne poszerzenie wymiarów. Sądził, że główną przyczyną niedomagań

chorej jest zwyrodnienie mięśnia sercowego, połączone z jego rozstrzenią.

Gdy zalecone leczenie nasercowe nie odniosło pożądanego skutku, chora wreszcie zgodziła się na przeprowadzenie badań dodatkowych.

Badanie kału wykazało dwukrotnie obecność *sanguinis occultae*. We krwi: Hbg. 43%, C. czerw. 2.470.000, Index 0,91, C. biały 6.200 — w tym zas. 0%, kwas. 3%, obj. 63% (pał. 5%), L. 26%, M. i P. 9%. Odczyn WR. we krwi ujemny.

Pierwszy rentgenolog, który prześwietlał przewód pokarmowy chorej, rozpoznał nowotwór złośliwy części przedodźwiernikowej na dużej krzyżźnie żołądka. Po miesiącu chora została skierowana na kontrolne badanie przewodu pokarmowego do jednego z nas (J. B r a n d a), który rozpoznał przepuklinę otworu przełykowego przepony (obraz rentg.). Rentgenogram klatki piersiowej wykazał poza tym rozednięcie płuc, powiększenie nieznaczne wszystkich wymiarów serca oraz łuku tętnicy głównej.



Dopiero wówczas mogliśmy sobie wytłumaczyć wszystkie objawy kliniczne u naszej chorej. Krwawienia pochodziły najprawdopodobniej z części przepuklinowej żołądka, albowiem badania anatomiczno-patologiczne podobnych przypadków wykazują zazwyczaj liczne drobne wybroczyny w ścianie żołądka w związku ze zmianami zapalnymi i zastojem. Sprawy te mogłyby również spowodować stan podgorączkowy u naszej chorej. Niestąły objaw tarcia po stronie lewej klatki piersiowej zależał zapewne od odczynu zapalnego opłucny, sąsiadującej z wypełnionym workiem przepuklinowym, ucisk zaś mniej lub więcej wypełnionego worka przepuklinowego na serce był bezpośrednią przyczyną wielkiej zmienności objawów wypukowych serca, przyspieszenia jego akcji, niemiarywości oraz objawów dławicy piersiowej.

W rozpoznawaniu różniczkowym należałoby uwzględnić również uchyłek dolnej części przełyku. Przeczą temu rozmiary

jamy pokarmowej, znajdującej się nad przeponą, wężykowaty przebieg przełyku, brak komory powietrznej pod przeponą, małe rozmiary żołądka w jamie brzusznej: dolna część żołądka znajduje się na wysokości XII-cy (cały żołądek podciągnięty w górę). Wysokie ustawienie przepony (*relaxatio diaphragmae*) daje się wyłączyć bardzo łatwo za pomocą prześwietlenia przewodu pokarmowego. W ten sam sposób można wyłączyć wrodzoną przepuklinę, która z reguły należy do I typu Akerlunda.

Do najczęstszych powikłań przepukliny przeponowej należą sprawy zapalne opłucnowo-płucne, uwięźnięcia, niekiedy przebiecia żołądka.

Leczenie jest czysto objawowe i w naszym przypadku polegało na podawaniu diety łatwostrawnej z małą ilością płynów, środków przeciwskurczowych i przeciwbólowych. Wynik tego leczenia był u naszej chorej bardzo dobry, i od 2-ch lat ma ona tylko minimalne dolegliwości; na powtórzenie zdjęć nie zgadza się.

Uwięźnięcie przepukliny przeponowej wymaga, naturalnie, zabiegu chirurgicznego. Z wielkiej statystyki Heblona z kliniki Mayo (378 przypadków) wynika, że śmiertelność pooperacyjna w przypadkach z uwięźnięciem wynosiła 53%, bez uwięźnięcia 23%.

Podkreślić należy objawy, które winny skierować myśl klinicysty na istnienie przepukliny przeponowej, a mianowicie;

1) budowa ciała, powodująca rozciąganie przepony i wzmoczone parcie na nią, przy współistnieniu niskiego wzrostu, skrzywienia kręgosłupa, szczególnie w okolicach przeponowych, oraz małej odległości pomiędzy łukami żebrowymi a grzebieniami kości biodrowych;

2) *dysphagia paradoxa* (mniejsze dolegliwości podczas przyjmowania pokarmów stałych, aniżeli płynnych);

3) dźwięk „glu-glu“, zgodny z rytmem oddechowym;

4) zmienność wypukowych granic serca, zależna od przyjmowania pokarmów;

5) niestałe tarcie opłucnowe;

6) napadowy częstoskurcz miarowy i niemiarywy. Ostateczne słowo ma rentgenolog.

Na zakończenie pozwolimy sobie podziękować WP. Ordynatorowi, Dr med. B. J o c h w e d s o w i, za łaskawe przejrzenie pracy przed drukiem.

PIŚMIENNICTWO.

1) Zawadowski. Medycyna 33-34. 2) J. Glass. Polska Gazeta Lekarska. 3) Tremolieres, Tardieu, Cagnot. Arch. des Mal. de l'app. dig. Tom 23, Nr 3, 1933 r. 4) Huber. D. Med. Wchschr. 1925 r. 5) Akerlund. Acta radiol. Tom 6, 1926 r. 6) E. Key. Acta radiol. Tom 6, 1926 r. 7) H. Ochnell. Acta radiol. Tom 6, 1926 r. 8) H. Berg. Rentg. praxis Tom III. stronica 443. 1931 r. 9) Leon T. Le Wald. Am Journ. of rentgen. Tom 20, 1928 r. 10) R. E. Roberts. Journ. of radiolog. Tom 32, 1927 r. 11) M. Mahon. Bull. et Mem. de la soc. de rad. Rocznik 21, lipiec 1933 r. str. 469.

Z teki Lekarza Praktyka.

Pomoc doraźna w napadach duszności u chorych na serce.

Podał

Józef TYPOGRAF (Warszawa).

Napady duszności są stosunkowo częstym objawem chorób serca. Najbardziej usposabiają do napadów duszności: nadciśnienie tętnicze, zwyrodnienie mięśnia sercowego, przerost serca, wady serca, stwardnienie tętnic wieńcowych. Napady te mogą występować zupełnie nie-

spodziewanie. Pacjent, dotknięty takim jawnym lub utajonym schorzeniem narządu krążenia, nagle, pod wpływem nadmiernego wysiłku, a często również bez żadnego uchwytanego powodu doznaje napadu gwałtownej duszności. Stan pacjenta wymaga tu doraźnej i energicznej interwencji, która by usunęła niebezpieczeństwo, bezpośrednio zagrażające życiu, i uśmierzyła dotkliwie cierpienia chorego. Zaniepokojone otoczenie pacjenta zwraca się zwykle w pośpiechu do pogotowia lekarskiego lub do najbliższej zamieszkałego lekarza. Otóż, na pod-

stawie własnego doświadczenia, miałem wielokrotnie sposobność przekonania się, że ta doraźna pomoc nie zawsze stoi na wysokości zadania. Wezwany lekarz, przeważnie nie specjalista-kardiolog, rozpoznaje trafnie „atak sercowy“, lecz ogranicza najczęściej swe postępowanie lecznicze do wstrzykiwań kamfory, koraminy, kardiazolu, zapisuje różne krople, zaleca umieścić nogi w gorącej wodzie z gorczycą i t. d.; wszystkie te zabiegi nie wywierają zwykle wyraźniejszego wpływu na przebieg napadu. Widziałem wielu chorych, którzy dusili się wprost z powodu ciężkiego napadu dychawicy sercowej lub obrzęku płuc i którzy dla „wzmocnienia serca“ otrzymywali co pół godziny wstrzyknięcie kamfory na przemian z koraminą. Taki rozpaczliwy stan mógł trwać nawet 5—6 godzin, gdy tymczasem można go było doraźnie przerwać w ciągu kilku minut.

Pozwolę więc sobie opisać tu w krótkości sposób postępowania w przypadkach nagłego napadu duszności u chorych na serce, powstającego na podłożu dychawicy sercowej (*asthma cardiale*) lub obrzęku płuc (*oedema pulmonum*).

Napady astmy sercowej bywają często pierwszym poważnym objawem istniejącej utajonej choroby serca. Dychawica sercowa występuje przeważnie nagle, bez żadnych zwiastunów, najczęściej w porze nocnej. Chory budzi się z uczuciem lęku, ma wrażenie, że się dusi, oddycha głęboko i z trudem, nie może leżeć, siada na łóżku. Skóra jest blada, pokryta zimnym potem, wargi sine, tętno przyspieszone, drobne. W dolnych częściach płuc stwierdza się objawy rozpoczynającego się obrzęku (rzężenia drobno- i grubobańkowe).

Również i obrzęk płuc, patogenetycznie zbliżony do dychawicy sercowej, zaczyna się przeważnie wieczorem lub w nocy. Chory czuje ucisk w piersiach, kaszle i wykrztusza obfitą plwocinę. Plwocina jest pienista, różowa, zawiera wyraźną domieszkę krwi. Duszność jest bardzo silna. Chory błędnie, poci się. Kończyny są zimne i sine. Charakterystyczne rżenia są tak głośne, że słychać je nawet z daleka. Rżenia te sprawiają wrażenie, jakby tchawica chorego była wypełniona płynem, którym chory się krztusi i którego nie może odpluć. Tętno serca są głuche, często trudne do wysłuchania, tętno drobne, niemiękkie. Szmer oddechowy jest całkowicie pokryty głośnymi rżeniami. Pomiędzy napadami dychawicy sercowej i obrzęku płuc istnieje szereg postaci przejściowych.

W rozpoznawaniu różnicowym największe znaczenie praktyczne ma odróżnianie napadów duszności sercowej od dychawicy oskrzelowej. Odróżnienie to nie sprawia zwykle większych trudności. W napadach sercowych zarówno wdech, jak i wydech są krótkie i przyspieszone; częstość oddechów wynosi 30—40 na minutę. W dychawicy oskrzelowej wdech jest krótki, a wydech wydłużony, 3—4 razy dłuższy, niż wdech (duszność wydechowa); częstość oddechów jest prawidłowa lub nawet zwolniona i wynosi 12—14 oddechów na minutę. Oddech pokryty jest rozlanymi furczeniami i świstami (nie rżeniami). Tętno pozostaje zwykle pełne i miękkie.

Rozporządzamy trzema bardzo skutecznymi zabiegami leczniczymi, które mogą z powodzeniem i szybko przewyciężyć zaburzenia krążeniowe, wywołujące duszność o typie dychawicy sercowej lub obrzęku płuc. Zabiegami tymi są: dożylnie wstrzyknięcie ouabainy lub strofantyny, upust krwi i zastrzyknięcie morfiny.

W przypadkach ostrego osłabienia mięśnia sercowego, które jest bezpośrednią przyczyną dychawicy sercowej lub obrzęku płuc, nie ma poza ouabainą lub strofantyną innego preparatu, który by zapewnił choremu w chwili największego niebezpieczeństwa natychmiastowy dobroczynny wpływ glukozydów kardiotonicznych. Nawet dożylnie podane preparaty naparstnicy działają dopiero po upływie pewnego czasu, strofantyna zaś okazuje swój zbawienny wpływ częstokroć już podczas samego aktu wstrzykiwania. W przypadkach dychawicy sercowej lub obrzęku płuc w ciągu kilku minut może nastąpić doraźna poprawa niebezpiecznego stanu pacjenta, i jedno jedyne wstrzyknięcie strofantyny, przewyciężając doraźnie osłabienie krążenia, uratować może życie chorego. Chorzy bladzi i sini, pokryci lepkiem zimnym potem, odpływający krwawą pianistą plwocinę, nie mogący złapać tchu, powracają po prostu do życia po wstrzyknięciu strofantyny (lub ouabainy). Samopoczucie się poprawia, duszność ustępuje, czynność serca powraca do normy. Wstrzykujemy strofantynę lub ouabainę w dawce 0,25 — 0,3 mg w 10 cm³ 10-%-owego roztworu cukru gronowego, najlepiej z dodatkiem 0,2 kofeiny. W razie potrzeby można dawkę 0,25 po 12 godzinach powtórzyć. Wstrzykiwać należy powoli, czas wstrzykiwania powinien wynosić około 1 minuty.

W przypadkach, w których chory zażywał uprzednio naparstnicę, strofantyny zasadniczo stosować nie należy. Jednakże w przypadkach groźnych, wymagających natychmiastowej energicznej interwencji, jeżeli uprzednio nie podawano wyjątkowo dużych dawek naparstnicy, można i należy wstrzyknąć 0,2 — 0,25 mg strofantyny lub ouabainy z kofeiną lub kardiazolem.

W znacznej większości przypadków ostrego osłabienia serca strofantyna sprawia choremu znaczną ulgę, uśmierza duszność i usuwa groźące niebezpieczeństwo. Jednakże w przypadkach ciężkich, zwłaszcza przebiegających pod postacią obrzęku płuc, zdarza się, że strofantyna nie może przewyciężyć zaburzeń wyrównania. Jeżeli więc po upływie 15—20 minut chory nie doznaje ulgi, i duszność utrzymuje się bez zmiany albo zmniejsza się zaledwie nieznacznie, stosujemy drugi zabieg, a mianowicie dokonywamy upustu krwi. W takich ciężkich przypadkach obrzęku płuc upust jest zabiegiem, którego żaden inny zastąpić nie może. Skuteczność upustu bywa tu wprost cudowna: usuwa on doraźnie objawy, groźące życiu, i może w ciągu kilku chwil zasadniczo zmienić groźne do niedawna rokowanie. Już w trakcie dokonywania upustu rżenia zwykle się uspokajają, i chory może lżej oddychać. Najlepiej dokonać upustu krwi z żyły za pomocą wenepunkcji w ilości 300 — 400 cm³. W razie trudności technicznych wskazana jest wenesekcja. Cięte bańki przeważnie upustu krwi zastąpić nie mogą. Można postąpić również w porządku odwrotnym i z początku dokonać upustu krwi, a następnie w razie potrzeby wstrzyknąć strofantynę.

Trzecim doskonałym środkiem dla leczenia dychawicy sercowej i obrzęku płuc jest morfina. Leczenie dychawicy sercowej można nawet zacząć od wstrzyknięcia morfiny, w przypadkach zaś obrzęku płuc wskazane jest raczej uprzednie dokonanie upustu i wstrzyknięcie strofantyny. Jeżeli jednak upustu z jakichkolwiek względów natychmiast dokonać nie możemy, to również i w obrzęku płuc morfina bardzo często przejawia znakomity wpływ leczniczy. Obserwowaliśmy wiele przypadków, w których po uprzednim bezskutecznym wstrzyknięciu strofantyny dopiero wstrzyknięcie morfiny po 5—10 mi-

nutach uspokajało duszność i usuwało również przedmiotowe objawy obrzęku płuc.

W niektórych podręcznikach znajdujemy wskazówki, że w przypadkach obrzęku płuc morfiny stosować nie należy, gdyż może to utrudnić wykrztuszanie płwociny i osłabić ośrodek oddechowy. Nieuprzedzona obserwacja dowodzi jednak w sposób niewątpliwy wielkiej wartości morfiny w leczeniu chorób serca. V a q u e z jest zdania, że wbrew rozpowszechnionym poglądom ostra niedomoga serca z obrzękiem płuc lub ciężka dławica piersiowa usprawiedliwiają całkowicie stosowanie morfiny. W przypadkach ciężkich chory może, oczywiście, umrzeć, lecz nie zależy to wcale od stosowania morfiny. V a q u e z, który osobiście często korzystał z morfiny w przypadkach obrzęku płuc, podaje, że morfina czasem nie mogła zapobiec śmierci, niejednokrotnie ratowała życie chorego, nigdy go nie zabiła.

Według E d e n s a, morfina, podana we właściwej dawce i w odpowiednim przypadku, jest bezcennym środkiem dla leczenia ciężko chorych na serce. Właśnie w najcięższych przypadkach chorób serca E d e n s a ni razu nie spostrzegł jakichkolwiek objawów niepożądanego wpływu morfiny na serce, a przeważnie osiągał wyniki wprost znakomite.

J a g i c i F l a u m podają, że dychawica sercowa i obrzęk płuc są wskazaniem do stosowania morfiny, która może bardzo skutecznie zwalczać oba te niebezpieczne stany chorobowe.

Osobiście stosowałem morfinę w licznych przypadkach obrzęku płuc i przeważnie osiągałem szybkie i pożyteczne wyniki lecznicze. Z rokowaniem należy, oczywiście, być bardzo ostrożnym, gdyż dychawica sercowa lub obrzęk płuc są objawami poważnego i niebezpiecznego schorzenia mięśnia sercowego.

Dla zapobieżenia objawom ubocznym działania morfiny (mdłości, wymioty, osłabienie wrażliwości ośrodkowego oddechowego) wskazane jest stosować ją jednocześnie z małą dawką atropiny (0,0005). Często wystarczy już 0,01 g morfiny; w razie, gdyby dawka ta nie wywołała pożądanego skutku, można po upływie ½—1 godz. wstrzyknąć ponownie 0,01. Zamiast morfiny można z doskonałymi wynikami stosować również jej udoskonalone namiastki, odznaczające się lepszą tolerancją: pantopon (0,02—0,03), eukodal (0,01—0,02), dilaudid (0,002).

W przypadkach dychawicy sercowej lub obrzęku płuc nie należy nigdy tracić czasu na stosowanie środków zbyt słabych i przeważnie bezskutecznych. Bez względu na wskazane jest natychmiastowe stosowanie strofantyny, upustu krwi lub morfiny. Zabiegi te działają szybko i energicznie i mogą uratować życie chorego. Jeżeli pomimo to w związku z krańcowym wyczerpaniem mięśnia sercowego sprawa kończy się niepożytnie, to lekarz ma w każdym razie czyste sumienie, że niczego nie zaniedbał i wykorzystał wszystkie odpowiednie środki lecznicze.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Fizykalno-meteorologiczne podstawy meteorologii lekarskiej.

Podał

Mgr. K. CHMIELEWSKI (Warszawa).

Pod powyższym tytułem F. Linke wygłosił niezmiernie interesujący referat na wspólnym zjeździe „Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin“ i „Deutsche Gesellschaft für Bäder- und Klimakunde“, odbytym w dn. 28 marca 1935 roku w Wiesbaden. Zajął się w nim definicją bioklimatologii oraz zakresem i metodami jej badań.*)

Bioklimatologia jest to nauka, leżąca na pograniczu między fizyką i jej zastosowaniami z jednej strony, a medycyną i biologią z drugiej strony. Zajmuje się ona takimi stanami i oddziaływaniami powietrza i powierzchni ziemi, które wywierają wpływ na organizmy żyjące. Klimatologią lekarską nazywamy tę jej gałąź, która zajmuje się badaniem wpływu czynników klimatycznych na człowieka.

Przedstawianie czynników klimatycznych w postaci wartości przeciętnych — stosowane dotychczas w klimatologii ogólnej — do celów praktyki lekarskiej mało się nadawało. Mimo to za pomocą nich można było zbadać ogólne stosunki termiczne, wilgotnościowe i promieniowania słonecznego, warunkujące bytowanie człowieka w różnych okolicach. Okazało się, że człowiek, który znosi tylko małe zmiany temperatury własnego ciała, może żyć w temperaturze powietrza od — 60° do + 50°. Jednak czynniki, rozróżniane przez me-

eteorologów, na ogół nie nadają się do badania lekarskich właściwości klimatu i z biegiem czasu musiały być zastąpione przez inne — takimi są wprowadzone ostatnio do klimatologii lekarskiej pojęcia: wielkości ochładzania, mas powietrza i t. p.

Wpływ okresowych zmian czynników meteorologicznych w ciągu dnia i roku na organizm człowieka zbadany został już dawniej: że nie odczuwamy ich, zawdzięczamy to automatycznemu rytmowi procesów fizjologicznych, szczególnie przemiany materii. Natomiast dopiero w ostatnich czasach zwrócono baczniejszą uwagę na nieokresowe zmiany czynników meteorologicznych, które osiągają nierzadko wartości równe wahanom rocznym tych czynników. Dla organizmu mają one wielkie znaczenie, gdyż występują nagle i stawiają mu zwiększone wymagania. Zmiany te są większe, niż wywołane podróżą: gdy w ciągu tygodni wieje wiatr północny, żyjemy w klimacie północnej Norwegii, gdy nagle wtargnie wiatr południowy, znajdujemy się od razu w klimacie śródziemnomorskim.

Zwrócenie uwagi na znacznie nagłych nieokresowych zmian czynników meteorologicznych zapoczątkowało w klimatologii lekarskiej nowy okres. Najważniejszym nowym osiągnięciem tego okresu jest głębsze poznanie składu i struktury otaczającego nas powietrza. Jak wykazano, składa się ono nie tylko z mieszaniny tlenu, azotu, pary wodnej, kwasu węglowego i argonu, lecz dadzą się w nim stwierdzić wszystkie inne pierwiastki gazowe, z których największe znaczenie mają jod i ozon. Ponadto powietrze składa się nie tylko ze zdysocjonowanych molekuł gazowych, lecz posiada także wielką ilość różnej wielkości zawiesin. Ta koloidalna natura powietrza uwarunkowana jest przede wszystkim

*) Bioklimatische Beiblätter d. Med. Zft., 2. Jahrg., 1935, H. 4.

pyłem ziemskim i sztucznym spalaniem: powietrze zawiera zarówno gruby pył i dym, jak i niezmiernie małe cząsteczki, których obecność stwierdził najwcześniej Aitken, a później badali je Elster i Geitel, a następnie Israël.

Elster i Geitel wykazali istnienie w atmosferze cząsteczek, naładowanych elektrycznie ujemnie lub dodatnio i nazwanych jonami. Wyróżniono dwa zasadniczo różne rodzaje jonów: jony małe, stanowiące skupienie około 30 molekuł gazowych, naładowane dodatnio lub ujemnie, oraz jony średnie i wielkie, którymi są kryształki lub inne stałe związki chemiczne — są to t. zw. „jądra kondensacji“.

Skład zawiesin w atmosferze zmienia się ze zmianą pogody lub klimatu. Powietrze okręgów przemysłowych, wielkich miast i wilgotne morskie zawiera przeważnie jony wielkie, których przeszło 100.000 mieści się w cm^3 , podczas gdy jony małe liczymy tylko na setki. W powietrzu czystym i radioaktywnym liczba jonów małych wzrasta do 2.000 w cm^3 . Z tego kolloidalnie zanieczyszczonego powietrza człowiek wdycha od 10 do 20 m^3 w ciągu doby, w tym kilka miligramów stałej materii.

Natura chemiczna tych zawiesin atmosferycznych dotychczas, niestety, jest mało znana.

Dla klimatu i stanu powietrza wielkie znaczenie ma skorupa ziemi. Atmosfera sięga w głąb ziemi, a cząsteczki ziemi sięgają do znacznych wysokości. Radioaktywna materia, wydobywająca się ze skorupy ziemskiej, powoduje nie tylko jonizację zawiesin, ale także przez swój rozpad stwarza w powietrzu jądra radioaktywne. Wskutek zmian ciśnienia i temperatury porowata ziemia oddycha, i, dzięki temu, do strefy przebywania ludzi dostają się również gazowe odpadki przemiany materii bakterii. Objętość oddechu ziemi największa jest nad uskokami i szczelinami skorupy ziemskiej, poza tym jest zależna od stanu wód gruntowych.

Koncentracja gazów ziemnych i zawiesin w przyziemnej warstwie powietrza posiada wyraźny przebieg doby: największa jest we wczesnych godzinach rannych, w godzinach południowych opada znacznie, gdyż zanieczyszczone powietrze przyziemne miesza się wskutek prądów pionowych z czystszyim powietrzem warstw wyższych. Przebieg koncentracji grubych cząsteczek pyłu i dymu jest odwrotny, gdyż w nocy opadają one na ziemię, a w dzień zostają porwane w górę. Te zmiany w składzie i stanie kolloidalnym powietrza pozwoliłyby, być może, wyjaśnić niektóre rytmy dobowe, zaobserwowane w medycynie.

Drugim nowym pojęciem, wprowadzonym w ostatnich czasach do klimatologii, jest pojęcie masy powietrza. Wielkie wędrowki mas powietrza przynoszą nam ciągle powietrze, które przebywało dłuższy czas w okolicach o skrajnym klimacie i nabrało jego charakteru. Masy powietrza polarne są zawsze zimne i suche, a masy powietrza tropikalnego są w każdej porze roku ciepłe i wilgotne; natomiast powietrze oceaniczne latem jest chłodne, zimą zaś ciepłe. Powietrze napływające z kontynentu azjatyckiego, przeciwnie: latem przynosi upały, zimą — silne mrozy. Z napływem innej masy powietrza zmienia się nie tylko temperatura i wilgotność, ale także jego skład gazowy (pod względem gazów rzadkich) i struktura kolloidalna: powietrze polarne jest czyste, tropikalne zawiera wiele grubszych, pod względem chemicznym różnych, zawiesin, morskie przynosi jod i sole, kontynentalne — organiczne i nieorganiczne produkty stepów. Ważnym jest, że pojęcie

masy powietrza obejmuje również nieznanne własności powietrza.

Masy powietrza zmieniają się przeciętnie co 4 dni, ale czasem potrafią przebywać nad danym miejscem całymi tygodniami. Meteorologiczne różnice między nimi są często bardzo znaczne, tak że na tym samym miejscu można przeżyć ostre zmiany klimatu.

Norwescy meteorolodzy linię styku dwóch mas powietrza na powierzchni ziemi nazwali frontem. Pojęcie przejścia frontu zakorzeniło się już w medycynie klinicznej. Gdzie na podstawie obfitego i jednorodnego materiału badano codziennie wpływ pogody na choroby, tam prawie bez wyjątku stwierdzano niekorzystne skutki przejścia frontu, co jest oznaką, że chory organizm nie posiada zdolności przystosowania się do tych zmian nagłych. Napływ chłodnego powietrza powoduje wzrost chorób z przeziębień, napływ zaś tropikalnego wywiera niekorzystny wpływ na choroby krwioobiegu. Europa środkowa wykazuje wyraźny roczny przebieg częstości występowania mas powietrza: masy kontynentalne zjawiają się tu najczęściej zimą, morskie zaś — latem.

Nasze ciało jest maszyną, stale wytwarzającą ciepło w nadmiarze i dlatego skazaną na stałe ochładzanie się. Pomiary ochładzania stanowią osobny rozdział klimatologii lekarskiej. Proces ochładzania się ciała jest skomplikowany, odbywa się on bowiem: 1) przez wypromieniowanie ciepła, 2) przez ochładzanie skóry opływającym powietrzem, 3) przez wydychanie powietrza cieplejszego i wdychanie chłodniejszego, 4) przez parowanie wody w drogach oddechowych albo przez skórę. Z tego względu nie da się porównać on z ochładzaniem innych przedmiotów i musimy rozróżnić dwie wielkości ochładzania: fizykalną i fizjologiczną. Proste samopiszące aparatury, który by mierzył ochładzające działanie klimatu, dotychczas jeszcze nie posiadamy. Potrzeba co najmniej dwu aparatów: jednego do mierzenia ochładzania przez drogi oddechowe, drugiego — do mierzenia ochładzania przez skórę. Oba procesy różnią się zasadniczo tym, że proces ochładzania przez płuca jest procesem fizykalnym, przez skórę zaś — fizjologicznym.

Wpływ znaku elektryczności atmosferycznej na organizm człowieka jest przesadzony. Nowe wyjaśnienia mogą nam dać badania nad naturą i wielkością jonów, a nie nad znakiem ładunku elektrycznego. Elektryczny stan atmosfery jest subtelnym rezonatorem procesów meteorologicznych, jak masa powietrza, zmętnienie, przemieszanie lub zastój.

Wskutek wspólnego działania pola elektrycznego atmosfery i zdolności przewodnictwa, wskutek zjonizowania powietrza, istnieje stały prąd jonów dodatnich do ziemi, a ujemnych w powietrze. Jony ciężkie w tym ruchu nie biorą większego udziału. Wielką tajemnicą elektryczności atmosferycznej są siły, które przenoszą jony dodatnie z powrotem w powietrze, a ujemne do ziemi, i jest zupełnie możliwym, że wyjaśnienie tego podstawowego zagadnienia zmieni zupełnie nasze pojęcie na biologiczne znaczenie elektryczności.

W ostatnich dziesiątkach lat, głównie dzięki pracom prof. Dornó z Davos, który stworzył nową epokę klimatologiczną, wielkie postępy uczyniły badania nad promieniowaniem słońca i nieba. Udało się stwierdzić, że obok ogrzewającego działania promieni słonecznych istnieje cały szereg działań różnych części widma. Widzialna część widma wywiera wpływ na

tworzenie się chlorofilu. Szczególną rolę odgrywa promieniowanie krótkofalowe, które więcej, niż inne części widma, zależy od wysokości słońca, czystości powietrza i zawartości w nim ozonu. Krótkofalowe promienie słoneczne najsilniej rozproszone są w powietrzu i dostają się na ziemię jako promieniowanie nieba, bogate w promienie nadfioletowe. Promieniowanie nieba stało się skutkiem tego ważnym czynnikiem lekarskim.

Do zakresu klimatologii lekarskiej należą również próby poznania klimatycznych własności uzdrowisk celem ich lekarskiego wykorzystania. Stwierdzono, że w większości górskich uzdrowisk i kąpielisk panują widoczne różnice klimatyczne już pomiędzy poszczególnymi częściami miejscowości. Pewną rolę grają nie tylko różnice położenia: w dolinie, na szczycie, na zboczu, ale i położenie zbocza względem stron świata. Ważne znaczenie posiadają chłodne nocne wiatry

górskie, występujące w dolinach, gdyż uwalniają całą dolinę od powietrza zanieczyszczonego w ciągu dnia i wypełniają ją czystym powietrzem górskim.

Niewątpliwie, oprócz znanych nam zjawisk i zależności, w naturze działają inne jeszcze siły biologiczne czynne, o których jeszcze dzisiaj nic nie wiemy, ale są ślady ich istnienia. Pewnym jest, że w samopoczuciu niektórych osób, t. zw. meteoropatów, istnieją zakłócenia nie tylko w określonych dniach, ale także w określonych miejscowościach. Siły tajemnicze, które je wywołują, leżą bądź w ziemi, bądź w górnych warstwach stratosfery. Niektórzy badacze przypisują je nieznanemu promieniowaniu skorupy ziemskiej, szczególnie silnemu w miejscach jej pęknięć i uskoków, wszystko jednak są to hipotezy, które wymagają jeszcze potwierdzenia. Mistycyzm w przyrodzie nie istnieje, toteż radosny optymizm musi być połączony ze zdrową krytyką.

O c e n y k s i ą ż e k .

Prof. Dr H. KURTZAHN. *Kleine Chirurgie*. Vierte verbesserte Auflage. Urban & Schwarzenberg. (Berlin und Wien), 1937. Cena RM. 12, w oprawie RM. 13.50 str. 468.

Czwarte, nieco rozszerzone i ulepszone wydanie książki, której dodatnią ocenę podaliśmy już dwukrotnie z racji poprzednich wydań. T. zw. „mała chirurgia“ odgrywa w życiu codziennym bardzo dużą rolę. Fakt ten, jak zarówno dobre opracowanie przez autora przedmiotu i ukazanie się książki w pięknej szacie zdecydowały o jej poczytności i szybkim wyczerpaniu poprzednich wydań. J. R.

Prof. Dr M. KAPPIS. *Allgemeine und spezielle chirurgische Diagnostik*. Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. Mit 545, zum Teil mehrfarbigen Abbildungen im Text und 5 farbigen Tafeln. Urban & Schwarzenberg (Berlin und Wien) 1937. — 736 str.

Podręcznik profesora K a p p i s a, dyrektora Kliniki Chirurgicznej w Würzburgu, przeznaczony dla studentów i lekarzy, składa się z trzech części: podstaw rozpoznania chirurgicznego, ogólnej diagnostyki chirurgicznej i szczegółowej diagnostyki chirurgicznej. W części pierwszej autor najpierw rozpatruje zbieranie wywiadów i daje ocenę zwykłych sposobów badania (oglądanie, obmacywanie, mierzenie, wysłuchiwanie i wypukiwanie i t. d.), następnie opisuje szczegółowo wyniki badania ogólnego, wreszcie przechodzi do sposobów wykrycia zmian miejscowych — siedliska schorzenia. W części drugiej, poświęconej ogólnej diagnostyce chirurgicznej, znajdują się rozdziały o urazach, o gojeniu się ran, zakażeniach, schorzeniach poszczególnych tkanek, chorobach skóry, kości, stawów, chrząstek, mięśni, ścięgien i pochwec ściągniętych, kaletek maziowych i powięzi, nerwów obwodowych, naczyń krwionośnych, gruczołów i naczyń limfatycznych. Część trzecia, szczegółowa diagnostyka chirurgiczna, podaje w sposób wyczerpujący objawy i sposoby rozpoznawcze cierpienia chirurgicznych według podziału topograficznego (choroby głowy, szyi, klatki piersiowej i t. d.).

Można być tego zdania, że podręczniki, poświęcone wyłącznie rozpoznawaniu chorób chirurgicznych i nie uwzględniające łącznie z nim sposobów leczenia, nie posiadają pełnej wartości, jednak, jak dowodzą tego liczne wydania klasycznej „Diagnostyki Chirurgicznej“ de Q u e r v a i n a, mają one swoją rację bytu i posiadają wielu czytelników, o ile są dobre. Ponieważ książka prof. K a p p i s a jest dobra, może się ona przydać każdemu słuchaczowi medycyny i zasługuje na to, ażeby się znaleźć w księgozbiórce każdego chirurga. J. R.

Walther MULLER. *Die angeborenen Fehlbildungen der menschlichen Hand*. (Georg Thieme (Verlag) Leipzig, 1937.

Bardzo wyczerpująca monografia zaburzeń rozwojowych ręki u ludzi z uwzględnieniem zjawisk biologicznych na podłożu których zaburzenia te powstają. Materiał, zawarty w wymienio-

nej książce, przedstawia dużą wartość dla anatomów, biologów oraz badaczy dziedziczności, z drugiej strony jednak powinien zainteresować bardzo chirurgów i rentgenologów. Książka obfituje w liczne, doskonałe zdjęcia rentgenowskie, znakomicie ilustrujące omawiany materiał. M. P ł o ń s k i e r .

Zbiór prac z Zakładu Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego pod kierunkiem Prof. Dr. Stanisława Ciechanowskiego. (Zeszyt VI. Kraków, 1936/7).

Treść zeszytu jest bardzo interesująca i świadczy o rozległości zainteresowań Zakładu Anatomii Patologicznej w Krakowie. C i e c h a n o w s k i, poza dwoma przyczynkami do kazuistyki guzów serca i guzów chrzęstnych, daje bardzo głęboko przemyślany szkic „Potrzeb nauk lekarskich w Polsce i ich zadań na usługach Państwa“. K o w a l c z y k o w a przedstawia prace doświadczalne nad rakotwórczym działaniem promieni pozafioletkowych i nad zmianami miejscowymi i ogólną dyspozycją u królików z nowotworami smołowymi. K o s z y k i S c h l o n v o g t w dwóch pracach omawiają zmiany histologiczne w różnych narządach w przebiegu tyreotoksykozy. Histopatologia niektórych zmian w mózgu jest reprezentowana przez D r e t l e r a. Prace anatomokliniczne — przez O s z a c k i e g o i S z c z e k l i k a, prace z dziedziny otolaryngologii przez S c h w a r z b a r t a. Wreszcie znajdujemy w wymienionym tomie prace K o w a l c z y k o w e j o zapaleniu nerek w świetle alergii i o zawale mięśnia sercowego oraz bardzo interesującą pracę K o w a l c z y k o w e j i S o k o ł o w s k i e g o w sprawie białaczki monocytowej. Większość prac ogłoszono w pismach polskich i równocześnie w zagranicznych. M. P ł o ń s k i e r .

J. SCHÄFFER. *Behandlung der Haut — und Geschlechtskrankheiten*. (9 Aufl. von K. Zieler u. C. Siebert. Cena RM. 12.80. Urban i Schwarzenberg. Berlin-Wiedeń 1937).

Popularny podręcznik (z 84 ilustracjami w tekście), w którym przede wszystkim zwraca się uwagę na skrupulatny opis niezbędniejszych zabiegów w zakresie dermatowenerologii; poza tym autorzy umożliwiają lekarzowi łatwy wybór środków leczniczych, a to za pomocą zestawienia ich według rodzaju i mocy ich sposobu działania (np. podana jest szczegółowa gradacja środków leczniczych, stosowanych w zapaleniu wypryskowym skóry, w rzeżączce i t. p.). Dalszą zaletą książki jest zestawienie kierunku leczniczego w poszczególnych ważniejszych schorzeniach i uwypuklenie go za pomocą specjalnego druku; niezależnie od tego omówione jest jak najbardziej szczegółowo leczenie tych schorzeń. W części ogólnej podane są: przeprowadzenie leczenia chorób skórnych, ogólne wskazówki przy wyborze środków leczniczych, różne postaci zalecanych środków, wodolecznictwo, le-

czenie fizykalne, zabiegi chirurgiczne, leczenie dietetyczne, leczenie balneologiczne, leczenie wewnętrzne chorób skórnych. W części szczegółowej omówione są dokładnie wszystkie dermatozy (w porządku abecedowym) z punktu widzenia terapeutycznego; poza tym na wstępie dla każdej omawianej jednostki chorobowej podane są — w stylu telegraficznym — najważniej-

sze dane pato-etologiczne, symptomatologia oraz rozpoznanie różnicowe. Na zakończenie podane jest jak najbardziej szczegółowo leczenie rzeżączki i kiły. Podręcznik ten powinien się znaleźć w rękach nie tylko każdego dermato-wenerologa, ale nawet i ogólnego praktyka, dla którego przede wszystkim jest on przeznaczony. Merenlender.

Wskazówki praktyczne.

Hofer i Eberle stosowali krótkie *uspianie ewipanem sodowym* do operacji *wyłuszczenia migdałków i wycięcia wyrostki adenoidalnych u dzieci*. Roztwór 10% bywał zawsze świeżo przygotowywany i ilość indywidualnie określana: dla dzieci 1½—2 letnich 1—2 ctm³, dla 2½—3 let: 2—2½ ctm³, dla 4 letn. 2—3 ctm³ dla 5—8 letn.: 2½—3 ctm³, dla 9—11 letn.: 3 ctm³, dla 12—14 letn.: 3—4 ctm³. Jedyne tylko w razie niepokoju motorycznego można u dzieci poniżej 6 lat dodać ½ ctm³, u starszych dzieci 1 ctm³. Wyżej 5 ctm³ nie należy dawać nawet starszym dzieciom. Wagą ciała nie należy się kierować, bo to może dać powód do przedozowania. Przeciwwskazanie do tego usypiania stanowią wszystkie stany, upośledzające oddychanie, jak zwężenie krtani, przemieszczenie tchawicy i ucisk, na nią wywierany, ropówki szyjne i okolicy dna jamy ustnej, zapalenia płuc i opłucnej. (W. kl. W. 1937, Nr 30).

—o—

K. Weidner donosi o *odczynie Takaty w moczu*. Informuje on o istnieniu schorzeń otrzewnowych i dostarcza wskazówek różnicowo-rozpoznawczych w chorobach jamy brzusznej. Wykonanie odczynu jest następujące: Do kolby Erlenmeyera wlewa się 5 ctm³ moczu, tyleż dymiącego kwasu solnego i tyleż oleju parafinowego. Po mocnym zamieszaniu ostrożnie ogrzewać i co najmniej 1 minutę gotować. Następnie przelać do probówki. W razie pozytywnego wyniku osadzający się w górnej

warstwie olejek parafinowy ma barwę purpurową. Dokładne rozpoznanie wymaga kilkakrotnego badania. (M. m. W. 1937, Nr 38)

—o—

Güttner chwali stosowanie przetworu srebrowego *Targesin* w *chorobach żołądka* i dwunastnicy. Dawkowanie doustne: w ciągu pierwszych 3 dni łyżka 2% roztworu na pół szklanki wody, następnie taka sama dawka co drugi dzień w ciągu 3—4 tygodni. Po zażyciu lekarstwa chory powinien leżeć, zmieniając pozycję: na brzuchu, na jednym i drugim boku oraz na plecach. Po upływie następnych 30 minut posiłek. Zażycie targesinu powinno być stosowane w rannych godzinach na czczo. Nawet przy dłuższym użyciu nie występują powikłania właściwe azotanowi srebra (nudności, biegunka, srebrzyca). Bóle, towarzyszące wrzodowi żołądka znikają szybko, kontrola rentgenowska wykazuje cofanie się wrzodu, dolegliwości z powodu nadkwaśności doznają ulgi. (D. m. W. 1937, Nr 21).

—o—

G. Kárpáti poleca za *Vorschützem* i *Tenkhoferem* *wstrzykiwanie krwi własnej w celu zapobiegania pooperacyjnym powikłaniom płucnym*: do strzykawki zawierającej 2 ctm³ 2% cytrynianu sodu, nabiera się z żyły łokciowej uspio- nego operowanego pacjenta 10 ctm³ krwi i natychmiast wstrzykuje się do mięśni wyprostnych uda. Udało się w ten sposób zmniejszyć liczbę powikłań płucnych więcej, niż o połowę, a zejścia śmiertelne ograniczyć do 1/3. (Ztbl. Gyn. T. 60, str. 516).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 maja 1937 r.

Obecnych członków 24, gości 5.

Posiedzenie rozpoczęto o godz. 20, min. 5.

1. Odczytany protokół posiedzenia poprzedniego przyjęto.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości nowe nabytki biblioteczne.

3. Kol. Stańczyk omówił *przypadek tętniaka tętnicy bezimiennej z pokazem chorego*. (Streszczenia nie nadesłał).

Rozprawy: Kol. Bratkowski i Kol. Stańczyk

4. Kol. Sekretarz Stały T-wa zawiadamia członków o ustąpieniu Prof. Filińskiego ze stanowiska wiceprezesa, i o wyborach nowego wiceprezesa, które się odbędą na przyszłym posiedzeniu dnia 11 bm.

5. Kol. Prezes podaje do ogólnej wiadomości, że Okręgowa Izba Lekarska we Lwowie, Tow. Lekarzy Polskich we Lwowie i Tow. Lekarskie Lwowskie zapraszają członków Tow. Lek. Warsz. na uroczystość poświęcenia i otwarcia Domu Lekarskiego, Jubileuszu 70-lecia Tow. Lekarzy Polskich we Lwowie i 60-lecia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego; wspomniane uroczystości odbędą się w dniu 9 maja rb. w sali Domu Lekarskiego we Lwowie ul. Marii Konopnickiej 3.

6. Kol. Zembrzusi członek T-wa wygłosił odczyt: *Medycyna i lekarz w twórczości Mikołaja Reja i Jana Kochanowskiego*.

Streszczenie: Kol. Zembrzusi przedstawił poglądy lekarskie dwóch naszych znakomych poetów Złotego Wieku, którzy, chociaż nie byli lekarzami, jednak dzięki zdolnościom obserwacyjnym i obcowaniu z lekarzami potrafili z talentem nakreślić w swych utworach stan ówczesnych pojęć w zakresie medycyny i higieny oraz dać charakterystykę samych lekarzy. Charakterystyka ta wypadła niezbyt korzystnie, lecz tłumaczyć to sobie można tym, że obaj poeci nie spotykali się z najlepszymi przedstawicielami naszej medycyny epoki Odrodzenia, a raczej z lekarzami najczęściej domowymi zamożniejszej szlachty,

towarzyszami ich zabaw i biesiad, niestojącymi nieraz na należytych poziomach pod względem kultury umysłowej i etycznej. Poza tym w utworach zwłaszcza Reja znajduje się dużo ciekawego materiału i przyczynków do pojęć z dziedziny medycyny w ówczesnej Polsce, a mianowicie z fizjologii, patologii, higieny i lecznictwa. Rej jednak nie tylko przedstawił stan samych pojęć, lecz w trosce o dobro powszechne, sam udzielał rad i wskazówek higieniczno-wychowawczych w zakresie np. karmienia i pielęgnowania oraz wychowywania dzieci. Zwalczał obżarstwo i pijaństwo wśród sfer szlacheckich itp.

Kochanowski i Rej interesowali się również zagadnieniami kultury fizycznej, zachęcając młodzież szlachecką do ćwiczeń fizycznych, sportów, gier ruchowych, szermierki i t. d. z myślą o podniesieniu sprawności cielesnej tej młodzieży i przygotowywania jej do zawodu rycerskiego dla służenia ojczyźnie w potrzebie".

7. Kol. Krasuski A. wygłosił odczyt: *Historia od- my leczenia (pneumothorax) z uwzględnieniem stosunków pol- skich*. (Było drukowane w „Warsz. Czas. Lek.“).

Rozprawy: Kol. Prezes Skłodowski.

Kol. Szmurło.

Kol. Zembrzusi.

i Kol. Krasuski.

Posiedzenie zakończono o godz. 22, m. 5.

Prezes (—) J. Skłodowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego (—) M. Zabczyński.

Uzupełnienie protokołu posiedzenia z dnia 4 maja 1937 r.

Dr. A. Stańczyk (streszczenie własne).

Przypadek tętniaka tętnicy bezimiennej. U chorego A. B., lat 45, ślusarza, który od 2 lat cierpi na crises gastriques tabétiques i z tego powodu leczyl się już 4-krotnie w szpitalach warszawskich, stwierdza się ponad prawym obojczykiem za przy- czepem m. mostkowo-sutkowo-obojczykowego twór twarady, owalny, o gładkiej powierzchni, niebolesny na ucisk, wyraźnie tętniący. Część tego guza, wystająca ponad obojczyk, ma wiel-

kość dużego kasztana, dolna jego część chowa się za obojczykiem w klatce piersiowej, na co wskazuje stłumienie z prawej strony mostka, sięgające prawie do linii środkowo-obojczykowej prawej. W dolnej swej części stłumienie to zlewa się ze stłumieniem szerokiego pnia tętniczego na mostku (4 poprzeczne palce). W dołku szyjnym nad mostkiem wyraźnie wyczuwa się tętnienie przysródkowej części tego twor, a nieco niżej tętnienie łuku tętnicy głównej. Osłuchowo nad wystającą częścią guza ponad prawym obojczykiem stwierdza się głuchy, buczący szmer skurczowy.

Przy oglądaniu klatki piersiowej, barków i kończyn górnych rzuca się w oczy bogato rozwinięta sieć rozszerzonych naczyń żylnych pod skórą wzdłuż prawej ręki, prawego barku, górnej części przedniej strony klatki piersiowej w porównaniu z lewą stroną. Są to rozgałęzienia ponad miarę rozszerzonych żyły odłokciowej (*v. basilica*) i odpromieniowej (*v. cephalica*), które za pośrednictwem swych bocznic łączą się z podskórnymi żyłami klatki piersiowej. Krew z nich spływa przez żyłę sutkową wewnętrzną i najwyższą żyłę międzyżebrową do prawej żyły bezimiennej lub wprost do żyły głównej górnej. Sieć tych bocznic żylnych była dowodem, że wyczuwany twór ponad prawym obojczykiem uciskał na prawą żyłę podobojczykową, a utrudniony odpływ krwi został wyrównany drogą okrężną przez żyły podskórne. Tworem uciskającym mógł być albo guz, leżący na tętnicy szyjnej i bezimiennej, któremu tętnienie było udzielone, albo tętniak, wychodzący z tych naczyń. Na zdjęciu rentgenowskim, dokonany w dniu 2.III.1937 r. okazało się, że jest to tętniak tętnicy bezimiennej, przechodzący również i na prawą tętnicę szyjną wspólną; długość tętnicy bezimiennej według norm, podanych w podręcznikach anatomii prawidłowej, wynosi u człowieka 4—5 ctm. i w pobliżu stawu mostkowo-obojczykowego dzieli się ona na t. szyjną wspólną i t. podobojczykową, tymczasem tętniak sterczał na 6 ctm. ponad obojczykiem i wypełniał dołek prawej tętnicy szyjnej wspólnej (*fossa carotica*). Mimo tak dużych rozmiarów poza wspomnianym uciskiem na prawą żyłę podobojczykową klinicznie nie dawał on żadnych innych objawów uciskowych. Podobno przed rokiem chory kaszlał, obecnie jednak tętniak nie sprawia mu żadnych dolegliwości. Na zdjęciu rentgenowskim widać, jak tętniak uciska na tchawicę, która jest wyraźnie zwężona i odsunięta w lewo. Podczas prześwietlenia widać było również, że na tej samej wysokości jest zwężony przełyk. Ucisk ten nie dawał dotychczas żadnych objawów czynnościowych. O ucisku na prawy nerw przedponowy świadczyły porażenie prawej połowy przepony. Podczas wdechu obniżała się ona słabiej, niż lewa połowa, natomiast przy wdechu z zamkniętą głośnią wykonywała ruch paradoksalny.

Poza opisanym tętnikiem na zdjęciu rentgenowskim widoczna jest intensywnie nasycona i rozszerzona część wstępująca t. głównej i łuk, który znacznie wychyla się w stronę lewą, co potwierdza nam kliniczne rozpoznanie: *mesaortitis luetica*. Kiłowej t. tętniaka t. bezimiennej, zapalenia t. głównej i kolki żołądkowej potwierdzone zostało wynikiem badania krwi na odczyn Wassermann'a i citochology, który dał 3 plusy.

Z wyników innych badań dodatkowych warto wspomnieć: 1) ślad białka w moczu, 2) prawidłowy skład morfotyczny krwi, 3) brak kwasu solnego wolnego i związanego w zawartości żołądkowej przed i po śniadaniu E. B. z ogólną kwasotą 3—6 po śniadaniu, 4) zgrubienie fałdów śluzówki żołądka, ujawnione prześwietleniem rentgenowskim.

Z innych objawów przedmiotowych, wskazujących na swoiste tło tego procesu, stwierdzono: objaw Argyll-Robertsona, brak odruchów kolanowych i z ścięgna Achillesa oraz zaczynający się zanik czucia głębokiego na kończynach dolnych.

W czasie 3-miesięcznego pobytu chorego na oddziale jedynej dolegliwością była kolka żołądkowa. Mniej więcej co 2—3 tygodnie zjawiały się silne bóle w dołku podsercowym, trwające bez przerwy 3—6 dni, połączone z wymiotami, występującymi zarówno w dzień, jak i w nocy. Początkowo treść wymiocin podbarwiona jest żółcią, potem płynna, wodnista. Bóle te występują bez wyraźnego powodu, niezależnie od ilości i jakości spożywanych pokarmów. W czasie ich trwania chory nie może nic jeść, ani pić, stolców nie ma, chudnie i jest tak wyczerpany z sił, że nie może wstać z łóżka.

Gdy bóle miną, wraca z każdym dniem do sił, przybiera na wadze i znów czuje się „zdrowy”. Leczenie swoiste, które ma zastosowanie w postaci wcierek, pozostało bez wpływu na częstotliwość i nasilenie tych bólów. Kuracja jodowa również nie dała wyników. Obecność tętniaka i objawów postępującego władu rdzenia czynią rokowanie w tym przypadku niepomyślnym, co potwierdza brak poprawy przy dotychczasowym leczeniu swoistym.

Posiedzenie naukowo-wyborcze z dnia 11 maja 1937 r.

Obecnych członków T-wa 54, gości 13.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20, m. 8.

1. Odczytany protokół posiedzenia poprzedniego przyjęto.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości nowe nabytki biblioteczne.

3. Kol. Prezes zawiadamia o wysłaniu depeszy do Lwowa z okazji odbytych tam uroczystości jubileuszowych lekarskich.

4. Odczyt kol. Walańskiego p. t. *Zasady elektrokardiograficzne* nie odbył się z powodu choroby prelegenta

5. Kol. Hrom S. członek T-wa wygłosił odczyt p. t. *Wartość kliniczna badania elektrokardiograficznego*. (Streszczenie własne):

Po krótkim omówieniu podstaw elektrokardiografii autor kolejno omawia zaburzenia rytmiki, powstające na skutek zaburzeń pobudliwości i przewodzenia, zatrzymując się nad tak zwanym migotaniem i trzepotaniem. Zaburzenia miarowości omawia z punktu widzenia klinicznego, więc rozpoznawania, rokowania i leczenia w ujęciu najnowszego piśmiennictwa z tej dziedziny, podkreślając zaburzenia, powstałe przy stosowaniu naparstnicy. W dalszym ciągu omawia odchylenia elektrokardiograficzne, dotyczące wysokości poszczególnych załamków, ich zniekształcenia, kierunku oraz czasu trwania. Podkreśla doniosłość badania elektrokardiograficznego w przypadkach duszniczy bolesnej, omawiając szerzej sprawę zawału mięśnia sercowego. Materiał do referatu autor czerpał z własnych obserwacji, poczynionych na 1500 zdjęciach elektrokardiograficznych, wykonanych w II Klinice Chorób Wewnętrznych U. J. P w Warszawie. Dane statystyczne dopełniały całokształtu referatu. W zakończeniu autor podkreślał doniosłość badania elektrokardiograficznego dla kliniki, uważając je jednak za badanie pomocnicze, uzupełniające badania kliniczne. Wszelkie omawiane zaburzenia elektrokardiograficzne były przedstawiane na ekranie.

6. Kol. Prezes zawiadamia, że wyznaczone wybory wiceprezesa nie mogą się odbyć z powodu nieprzybycia dostatecznej liczby członków. Ostateczny termin wyznaczono na 18 b. m.

Posiedzenie zakończono o godz. 21 m. 30.

Prezes: (—) J. Skłodowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: (—) M. Zabczyński.

Posiedzenie naukowo-wyborcze z dnia 18 maja 1937 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20, min. 5.

Obecnych 84 członków T-wa i 14 gości.

Odczytany protokół posiedzenia poprzedniego przyjęto. Kol. Prezes podaje do wiadomości tytuły prac naukowych, nadesłanych do Biblioteki T-wa.

Kol. Dębicki, czł. T-wa wygłosił referat p. tyt. „O wrzodzie trawiennym po zespoleniu żołądkowo-jelitowym na podstawie przypadków powtórnej operacji”. (Streszczenie własne).

Prelegent spostrzegł w I Klinice Chirurgicznej U. J. P. Prof. Radlińskiego trzech chorych, a czwartego w Zakładzie prywatnym. Rozpoznanie sprawy chorobowej nie nastąpiło poważniejszych trudności, aczkolwiek w jednym oparto je na badaniu gastroskopowym. Wszyscy chorzy przebyli przedtem zespolenie żołądkowo-jelitowe, wykonane przez różnych chirurgów z powodu wrzodu żołądka.

Prelegent porusza teorię powstawania wrzodów trawiennych pooperacyjnych. Jednego ze spostrzeganych chorych operował Prof. Radliński, a trzech pozostałych prelegent. We wszystkich przypadkach wykonano (wg. planu Prof. Radlińskiego) wycięcie części żołądka wraz z pętlą jelita czczego i zespolono je z kikutem żołądka według metody Reychel-Polyi.

U wszystkich chorych przebieg pooperacyjny pomyślny. (Pokaz zdjęć rentgenowskich i preparatów anatomicznych). Rozprawy: Kol. Dobryszczycki.

Kol. Zaorski, czł. T-wa.

Kol. Dobryszczycki.

Kol. Wagner.

Kol. Zaorski.

Kol. Stańczyk.

i Prelegent.

Kol. A. Fryszman, czł. T-wa, wygłosił odczyt p. t. „W sprawie rozpoznawania ropni przynerkowych”.

Rozpoznanie ropni przynerkowych następuje często trudności zarówno klinicyście, jak i chirurgowi.

Według autora, nie zawsze występuje zespół objawów charakterystyczny dla tej jednostki chorobowej, której cechami są: bóle w okolicy lędźwiowej, uporczywa gorączka, niekiedy

poprzedzana dreszczami, i obecność nacieku w głębi okolicy łądzwiowej. Często wszystkie te objawy zawodzą, i tylko gorączka występuje jako objaw dominujący i jedyny, jak to miało miejsce w opisanych przez autora dwóch przypadkach. W obu przypadkach, przedstawionych przez autora, poza uporczywą gorączką i zmianami we krwi (leukocytoza), nie dało się wszelkimi dostępnymi metodami badania ustalić przyczyny gorączki, i dopiero badania rentgenologiczne wraz z pyelografią dały możliwość ustalenia jako przyczyny gorączki obecności ropnia przynerkowego.

Na zasadzie obrazów radiologicznych, otrzymanych w wyżej wymienionych przypadkach, autor podaje cechy radiograficzne, dające możliwość rozpoznawania ropni przynerkowych w tych przypadkach, w których inne metody zawodzą. Są one następujące:

1. odsunięcie nerki lub jednego z jej biegunów od kręgosłupa z zatarciem zarysów tych biegunów; 2. obecność dodatkowego cienia między nerką a kręgosłupem; 3. brak zarysów mięśnia łądzwiowego po stronie ropnia; 4. skrzywienie kręgosłupa z wypukłością w stronę zdrową; 5. zniekształcenie miedniczek i kielichów, spowodowane uciskiem ropnia; 6. brak na urogramie cienia moczowodu skutkiem ucisku ropnia na dany odcinek moczowodu.

Według autora należy w przypadkach wątpliwych uciekać się do badania rentgenologicznego i urografii, które pozwalają na podstawie wyżej przytoczonych cech ustalić rozpoznanie.

Rozprawy: Kol. Leśniowski.
i Prelegent.

Wybory wiceprezesa. W pierwszym głosowaniu największą liczbę głosów otrzymali koledzy: J. Rutkowski i M. Grzybowski. Wobec tego, że żaden z nich nie uzyskał ustawowej większości głosów, zarządzono powtórne głosowanie. Tym razem największą liczbę głosów otrzymał kol. Grzybowski, w wyniku czego został wiceprezesem T-wa.

Posiedzenie zakończono o godz. 22, min. 5.

Prezes: (—) Józef Skłodowski.
Sekretarz Doroczny: (—) Stanisław Flis.

Posiedzenie naukowe z dnia 1 czerwca 1937 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20-tej.

Obecnych 26 członków T-wa i 9 wprowadzonych gości. Odczytany protokół posiedzenia poprzedniego przyjęto.

Kol. Prezes podał do wiadomości nowe nabytki biblioteczne.

Kol. J. Rutkowski, czł. T-wa, wygłosił referat p. t.: „Pobieranie materiału do badania histologicznego za pomocą nakłucia. Nakłucie mostka w celach rozpoznawczych (sposób własny).“

Autor posługuje się w przypadkach nowotworów kości nakłuciem grubą igłą, jako metodą pobierania materiału do badań histopatologicznych. Igłą taką, osadzoną na strzykawce, łatwo jest przebić blaszkę kostną i, wwiercając igłę w głąb tkanek nowotworowej, uzyskać dostateczną ilość materiału do badania. W ten sam sposób uzyskiwał autor materiał do badania w niektórych przypadkach guzów miękkich, a nawet w raku płuca.

Do najważniejszych narządów krwiotwórczych należy szpik kostny. Wiadomo, że w dojrzałych organizmach pod względem tej czynności na 1-ym miejscu stoją kręgi, następnie mostek, potem zebra, wreszcie kość udowa i piszczel. W tej samej kolejności odpowiadają one na bodźce czynnościowe. Zmiany chorobowe szpiku powstają najczęściej i najwcześniej w mostku. Z tych względów do celów rozpoznawczych nadaje się badanie szpiku mostka. Ten wzgląd a także stosunkowo duża dostępność mostka zdecydowały o wyborze miejsca pobierania szpiku do badań.

Dawniej korzystano wyłącznie z materiału sekcyjnego. Zmiany pośmiertne, powstające szybko (już w 2 godziny po śmierci według Damashoka), wpływały ujemnie na wynik badań. Korzystano niekiedy z materiału przygodnego operacyjnego lub w przypadkach powikłanego złamania, robiąc ze szpiku skrawki i rozmazy.

Włoscy autorzy Pianese (1903) i Gheldini (1908) pierwsi zaczęli pobierać szpik z ludzi żywych za pomocą nakłucia kości długich. Postęp techniki datuje się dopiero od r. 1923, kiedy Seyfarth wskazał na mostek, jako właściwe miejsce do pobierania szpiku do badań. Seyfarth w znieczuleniu miejscowym po nacięciu skóry i okostnej wiercił otwór w mostku ok. 5 mm średnicy i pobierał szpik do skrawków i rozmazów. Podobny sposób stosowałem w Szpitalu Św. Ducha, używając do tego celu ostrej łyżeczki; Arinkin (1929) uprościł jeszcze bardziej zabieg, prosto nakłuwając mostek, robił on

nakłucie prostopadle do rękojeści mostka za pomocą grubej igły, służącej do nakłucia łądzwiowego. Atrjeff (1931) wprowadził użycie przesuwanca, dającego się umocować w pożądanym miejscu i nie pozwalającego na zbyt głębokie przeniknięcie igły (śródpierście!) podczas nakłucia. Według Schultena igła powinna mieć długość 2,5—5 cm, przekrój 1—2 mm i posiadać mandren; nakłucie należy robić na wysokości 2—3 międzyżebra.

Autor jeszcze bardziej uprościł sposób nakłucia mostka i udostępnił dla każdego lekarza, mianowicie wykonywało on je nie prostopadle dla przedniej płaszczyzny mostka, co nie daje pewności dojścia do odpowiedniej głębokości, lecz wkuwa igłę z boku tuż przy brzegu mostka na wysokości 2 lub 3-go międzyżebra, wchodząc pomiędzy przednią i tylną blaszkę kości. Tętnica sutkowa wewnętrzna nie jest narazona na skażenie, gdyż biegnie ona w odległości 1 cm od brzegu mostka. Zabieg można wykonać w znieczuleniu zamrożeniem chlorkiem etylu. Do nakłucia należy używać krótkiej (5—6 cm) i grubej (ok. 2 mm) igły, najlepiej opatrzonej zatyczką mandrenem. Po nakłuciu do jamy szpiku, mandren usuwamy, wciągając strzykawką materiał do badania.

Rozprawy: Kol. Galinowski.

Kol. Stańczyk.

Kol. Celarek wygłosił odczyt p. tyt.: „Surowice bez-tlencwcowe“. (Rzecz się ukaze drukiem w „Medycynie“).

Posiedzenie zakończono o godz. 21 min. 55.

Prezes: (—) J. Skłodowski.

Sekretarz Doroczny: (—) Stanisław Flis.

Posiedzenie naukowo-administracyjne z dnia 15 czerwca 1937 r.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 min. 10.

Obecnych 19 członków T-wa i 9 wprowadzonych gości. Odczytany protokół posiedzenia poprzedniego przyjęto.

Kol. Prezes podał do wiadomości nowe nabytki Biblioteki T-wa.

Kol. Prezes zawiadomił o nadesłanych zaproszeniach na posiedzenie Warsz. Tow. Neurolog. dla uczczenia pamięci dra Edwarda Flataua oraz do Pragi Czeskiej na uroczystości ku czci Purkyniego.

Kol. A. Stańczyk i W. Pyka wygłosili referat p. t. „Samorodne pęknięcie serca“. (Streszczenia nie nadeszli).

Kol. F. Oszkiewicz wygłosił referat p. t. „Przypadek ciężkiego uszkodzenia układu krwiotwórczego z odczynem agranulocytarnym“. (Streszczenie własne).

Chory S. Ch., lat 69, zgłosił się na oddział dra A. Stefanowskiego w Szpital. Dz. Jezus z powodu osłabienia, gorączki oraz obrzęku dziąseł. Ciężota do 38° i postępujące osłabienie datuje się od pięciu miesięcy. Przed pięciu tygodniami zauważył obrzęk dziąseł i bladeść twarzy, która jakoby wystąpiła nagle w ciągu jednego dnia.

W dzieciństwie chorował na odrę, w 11-ym r. życia dostał obrzęk. przepukliny pachwinowej; w 45 r. zapal. płuc. dur brzuszny i zimnica. Przed 4-ma laty dwukrotny napad bólu w pr. podżebrzu, z mdłościami i gorączką. Z chorób wenerycznych przechodził kiłę, leczoną kilkakrotnie salwarsanem.

Stan przedmiotowy: budowa wąta, odżywienie upośledzone, skóra blade-żółtawa, śluzówki b. blade. Oddziaływanie żrenic na światło słabe. Brak wszystkich zębów szczęki górnej oraz liczne braki w dolnej, dziąsła obrzmiałe, na dolnym po str. prawej martwica. Gruczoły chłonne szyi nieznacznie powiększone, niebolesne. Odruchy ścięgnowe słabo zaznaczone. W płucach, sercu i jamie brzusznej — stosunki prawidłowe. Ciśnienie krwi 100/45; tętno 88/min., średnio napięte i wypełnione, przy t. — 38,2°.

Mocz: ślad białka, pojed. strzępki wałeczków ziarnistych, pojedyncze krwinki i leukocyty. Krew utajona w kale słabo dodatnia; jaja włosogłównki ludzkiej.

Odczyn Wassermanna i Widala ujemny. Posiew krwi ujemny.

Bad. krwi: Hb. 21%, c. czer. 810.000, wskaźnik 1,3. C. białych — 14.600, w tym: pałeczkowatych — 0,5%, kwasochłonnych — 0,25%, monocytów — 4%, segmentowanych — 6%, limfocytów małych — 19%, dużych — 20%, limfoblastów — 49,75%. Nieznaczna poikilo- i anizocytoza c. czerwonych. Płytek krwi — 18.000. Objaw opaskowy ujemny, czas krwawienia 5 min., krzepliwość 7 min. Po przetoczeniu 300 cm³. krwi liczba c. czerwonych wzrosła do 1.450.000, hb. — 25%.

Dwunastego dnia pobytu w szpitalu chory zaczął kaszleć, wystąpiła duszność, ciężota podniosła się do 40°, stwierdzono odoskrzelowe zapal. płuca lew. 16-go dnia pobytu w szpitalu chory zmarł. W przeddzień śmierci bad. krwi wykazało: c. czer. 960.000, Hb. 17%, c. biał. 9.000, o wzorze jak wyżej. Przyżyciowe badanie szpiku z nakłucia mostka, dokonane przez doc. Rutkowskiego, wykazało: ciążka białe wyłącznie

typu limfoblastycznego oraz pojedyncze komórki okrągłe z rogalikowatym jądrem t. zw. przejściowe.

Sekcja, wykonana przez d-ra P y k ę w Zakł. Anat. Patol.: *Dilatatio cordis dextri. Steatosis degenerat. myocardii (cor tigrinum). Oedema pulmonum. Hydrothorax sin. Anaemia permagna organorum. Medulla ossium rubra. Haemosiderosis hepatis. Gingivitis necrotisans mandibulae. Necrosis circumscripta lateris dex. diaphragmatis oris. Bronchopneumonia dispersa bilateralis inferior. Pleuritis fibrinosa dex. Haemorrhagiae punctatae pleurae sin. et mucosae coli. Arteriosclerosis universalis, praecipue peripherica atque r. r. art. pulmonal. grad. levioris. Thrombi parietal, aortae abdomin. locis defectum athermatorum. Nephritis chronica (?). Hypertrophia cordis sin. Hypertrophia prostaticae glandularis. Vesica urinaria trabecularis. Tonsillitis lacunaris chron. Cholecystitis cicatrisans et pericholecystitis chron. fibrosa adhaesiva. Perisplenitis chron. fibrosa. Appendicitis chron. Heredia inguinal. obliqua bilateral.*

Bad. pośmiertne miazgi szpiku próbą oksydazową przez d-ra S e r a f i n a wykazało: metamyelocytów — 1%, myelocytów — 3%, myeloblastów — 36%, limfocytów małych — 5%, dużych — 10%, limfoblastów — 45%.

W przypadku tym mamy do czynienia z cierpieniem przewlekłym, o charakterze zakaźnym, nieznanego etiologii, gdzie wybija się na plan pierwszy zachowanie się krwi. Agranulocytoza, występująca w naszym przypadku jako wyraz ciężkiego uszkodzenia szpiku kostnego, ma za tło cierpienie, rozwijające się od dłuższego czasu, stopniowo upośledzające pracę szpiku. Wśród wtórnych odczynów agranulocytarnych, występujących w przebiegu przewlekłych schorzeń narządów wewnętrznych, *hepatitis i cholecystitis* wymieniane są często w odnośnej literaturze. O tych sprawach, jako o prawdopodobnym źródle zakażenia u naszego chorego, mogliśmy myśleć, biorąc pod uwagę zarówno dane wywiadów, jak też wynik badania pośmiertnego. Zmiany martwiczo-wrzodziejące, występujące najprawdopodobniej jako jeden z objawów zmniejszonej odporności ustroju, zjawiają się we wtórnych odczynach agranulocytarnych na ogół w posuniętym już okresie choroby.

Zarówno czysta postać agranulocytozy Schultza ze zmianami zgorzelinowymi migdałków, obowiązkową żółtaczką, leukopenią oraz piorunującym przebiegiem, jak i wtórne odczyn agranulocytarne, następnie zaś białaczka limfatyczna, charakteryzująca się powiększeniem gruczołów chłonnych, wątroby i śledziony oraz objawami skazy krwotocznej, jak również i posocznice z obrzękiem śledziony i brakiem atypowości limfocytów, wreszcie zaś niedokrewność aplastyczna, w całości porażająca szpik z obecnością w nim samych prawie myeloblastów, — przedstawiają zasadniczo jeden tylko łańcuch obrazów chorobowych ze stałą możliwością zacieraania się różnic i zazębienia podobieństw.

Wspólną cechą wszystkich tych schorzeń jest zniszczenie częściowe lub całkowite układu granulocytów, względnie upośledzenie mechanizmu wypuszczenia ich do krwiobiegu.

Leczenie w naszym przypadku polegało na podawaniu środków nasercowych, wstrzykiwaniach pernaemonu i cebionu, jednorazowej heterohemoterapii i przetoczeniu 300 cm³ krwi.

Ze względu na septyczną najczęstszą tło odczynów agranulocytarnych, proteinoterapia, hemoterapia i przetoczenie krwi znajdują dziś na ogół szerokie zastosowanie. Również coraz więcej zwolenników zyskuje leczenie agranulocytozy preparatami pochodnych kwasu nukleinowego. Naświetlanie kości długich promieniami R o e n t g e n a daje na ogół przejściowe poprawy i swe dodatnie działanie zawdzięcza ma wyzwalaniu się nukleinianów z rozpadłych jąder komórkowych.

Kol. P. S ł o n i m s k i i M. C u n g e wygłosili odczyt p. tyt.: „*Nowa metoda wyborczego barwienia naczyń krwionośnych w mózgu*”. (Streszczenie własne).

W ostatnich latach stwierdzić można coraz to żywsze zainteresowanie się uczonych zarówno przebiegiem naczyń krwionośnych w mózgu, jako też ich dynamiką. Daleko idące różnicowanie histologiczne mózgu nie może nie odbić się na swoistych stosunkach w układzie naczyniowym w obrębie tego narządu. Dotychczasowa technika uwidaczniania naczyń krwionośnych w ogóle, a w układzie nerwowym w szczególności, oparta na różnych sposobach nastrzykiwania, nie zawsze może wiernie odzwierciedlać obraz wazooarchitektoniczne kory mózgowej człowieka i innych kręgowców. Jest przy tym rzeczą zrozumiałą, że już absolutnie nie można odróżnić przy użyciu tej metody stanów kurczowych naczyń krwionośnych od obrazów nadmiernego wy-

pełnienia ich krwią, co w patologii układu nerwowego ośrodkowego posiada doniosłe znaczenie. W świetle nowszych prac wiadomo (por. P. S ł o n i m s k i 1927—1936), że hemoglobina daje szereg bardzo czułych reakcji peroksydazowych. W r. 1934 P i c k w o r t h opublikował technikę barwienia naczyń krwionośnych mózgow ludzkich, opartą na odczynie M a d e l u n g a.

W poszukiwaniach naszych zastosowaliśmy szereg nowych płynów utrwalających, z których na pierwszym miejscu wymienić możemy utrwalacz o następującym składzie: Formolu 25,0, soli kuchennej 10,0; żelaziejanku potasu 4,0; wody przekroplonej 250,0. Barwienie skrawków (krajanych na mikrotomie zamrażającym) odbywało się na szalkach P e t r i e g o, do których wlewaliśmy alkoholowy roztwór benzydyny (1 g benzydyny na 25 cm³ alkoholu 96% i następnie po kilku minutach roztwór perhydrolu w alkoholu 70% w stosunku 1 do 9). Ponadto zastosowaliśmy kilka nowych sposobów lepszego uwidaczniania przebiegu naczyń krwionośnych w mózgu, jak wstrzykiwanie dożylnie królikom D o r y l u M e r c k a, 0,15% histaminy i t. d.

Wobec wielkiej czułości opracowanej przez nas metody najmniejsza nawet ilość krwi czerwonej zostaje uwidocznioma, co odegrać może w przyszłych badaniach (zarówno w tym zakresie, jak poszukiwaniach farmakologicznych i anatomo-patologicznych) dużą rolę. Specjalnie wdzięcznym tematem badań byłyby stany przekrwienia mózgu, towarzyszące procesom zapalnym.

Metoda nasza, o ile możemy sądzić, jest łatwiejsza i dostępniejsza, niż metoda P i c k w o r t h a i daje bardziej kompletne obrazy.

Rozprawy: Kol. M. C u n g e.

Część administracyjna.

Kol. P o d s k a r b i zdał sprawozdanie finansowe za rok 1936.

Rozpraw nie było.

Posiedzenie zakończono o godz. 21 min. 30.

Wiceprezes: (—) M a r i a n G r z y b o w s k i.

Sekretarz Doroczny: (—) S t a n i s ł a w F l i s.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Drugi przypadek dotyczył 50-letniego mężczyzny, który zachorował przed 2 laty na czerwienicę, poza tym zaś ma zwężenie odźwiernika. Wycięcie żołądka nie tylko usunęło na stałe dolegliwości wrzodowe, lecz ustąpiła również zupełnie czerwienica. Zdaniem H i t z e n b e r g e r a, połączenie czerwienicy i wrzodu dwunastnicy zdarza się często; tłumaczy on to zwiększonym wytwarzaniem czynnika przeciwniedokrewnościowego w żołądku i jelitach. Lecz wynik leczniczy można też tłumaczyć inaczej. Po wycięciu żołądka często widuje się niedokrewność. Tym samym mechanizmem należy wyjaśniać powrót do normy krwi chorego z czerwienicą.

Na wspólnym posiedzeniu Towarzystwa Internistycznego i Towarzystwa Nauki o Dziedziczeniu i Endokrynologii w Wiedniu z dnia 18 lutego 1937 r. (Wien. med. Wschr. nr 35/1937) mówił W. F a l t a o *patogenezie choroby Basedowa*. W doświadczeniach na zwierzętach dwujodotyrozyna nie działa odwrotnie do tyroksyny. Hormon tyreotropowy działa w ten sposób, że pobudza wytwarzanie tyroksyny w tarczycy. Tyroksyna wywiera swe działanie fizjologiczne bezpośrednio na narządach obwodowych, natomiast jej działa trująca w międzymózgowiu. Uśpienie międzymózgowia u ludzi ze zdrową tarczycą i u normalnych zwierząt wywiera tylko nieznaczne działanie hamujące na przemianę materii, natomiast u pacjentów z chorobą B a s e d o w a i u zwierząt, zatrutych tyroksyną, działa silnie hamująco. Wynik ten następuje dzięki zahamowaniu działania tyroksyny w ośrodkowym układzie nerwowym i obniżeniu wytwarzania tyroksyny. Choroba B a s e d o w a i tyreotoksykoza nie są dysfunkcją tarczycy, lecz nadczynnością jej. W pełnym obrazie choroby B a s e d o w a poza ośrodkiem tarczycy inne jeszcze ośrodki są w stanie wzmożonego pobudzenia.

Na posiedzeniu Towarzystwa Internistycznego w Wiedniu z dnia 25 lutego 1937 r. (Wien. med. Wschr. nr 35/1937) mówił E. F l a m o *nasercowym działaniu chinidyny*. Prelegent stosował nowy preparat chinidyny do wstrzykiwań; udało mu się za jego pomocą usuwać skurcze dodatkowe, wywołane u zwierząt doświadczalnych przez akonitynę i strofantynę. U ludzi udało się usunąć skurcze dodatkowe za pomocą wstrzyknięcia jednej ampułki (0,15 chinidyny). Napady skurczowatego udawało się zawsze natychmiast przerywać za pomocą wstrzyknięcia chinidyny. W ciężkich postaciach niedomogi mięśnia sercowego chinidyna jest przeciwwskazana.

O d c i n e k.

Królowa Krystyna w świetle psychopatologii.

Podał

Dr. Stefan KRAMSZTYK (Warszawa).

Wobec mody na wszelkiego rodzaju powieści i studia biograficzne oraz monografie historyczno-biograficzne, która tak mocno zdołała się zaznaczyć w ostatnich czasach, jest rzeczą zrozumiałą, że i osoba królowej szwedzkiej Krystyny zajęła na nowo historyków i powieściopisarzy.

W roku bieżącym postać królowej Krystyny została oświetlona z innej zupełnie strony; mianowicie po raz pierwszy ta „*Sybill a P ó ł n o c y*“, ta „*Pallas suecica*“ została poddana badaniom analityczno-biologicznym przez badacza naukowego *).

Zastosowanie metody biologicznej, używanej w medycynie, do analizy faktów i osobników historycznych, do różnych przejawów kultury, jest zdobyczą czasów najnowszych i zostało przez psychiatrę niemieckiego Birnbauma wprowadzone do nauki pod nazwą „Psychopatologii kultury“. Metoda ta przede wszystkim daje się ze znakomitymi wynikami zastosować do tak wielkiego szeregu zwyrodniałych, wykazujących różne postacie zbrodni umysłowych panujących, wodzów i polityków a wraz z tym do skutków, jakie miały ich czyny, zarządzenia i akty dla biegu wypadków historycznych i rozwoju kultury.

Osoba Krystyny Szwedzkiej, którą już jej współczesny Axel Oxenstierna uważał za szaloną, jak rzadko która z figur historycznych, nadawała się do analizy psychopatologicznej. Prof. Essen-Möller oparł swoje wnioski i na całej, tak obfitej tu literaturze historycznej i na własnych badaniach archiwalnych. Na przykładzie jego pracy o Krystynie można się przekonać, ile dać może dla istotnego zrozumienia wielu postaci historycznych oraz całej historii kultury metoda biologiczna, która znajduje się dopiero w powiśkach.

Królowa Krystyna, córka Gustawa Adolfa i Marii Eleonory, księżniczki Brandenburskiej, była wielką zagadką już dla swoich współczesnych; pozostała również indywidualnością tajemniczą dla późniejszych historyków, którzy próbowali zgłębić niezwykły zespół jej duchowych właściwości.

Wśród wielu charakterystyk Krystyny, jakie podają jej historycy, można na tym miejscu przytoczyć np. następujące słowa Cattaue-Calleville'a: „Ambicja, żądza sławy były dominującymi namiętnościami Krystyny; zmniejszały one siłę wszystkich innych jej namiętności. Ale osobliwości i wady, które słusznie zarzucić można Krystynie, nie powinny pozwolić zapomnieć o tych zaletach i właściwościach, którymi się zawsze wybitnie wyróżniała. Nigdy nie było kobiety bardziej wykształconej; nigdy żaden mężczyzna nie był bardziej zamiłowany w zdobywaniu wiadomości. Uprzymiarniając sobie dzieje całego życia Krystyny, stwierdzamy, że ta księżniczka łączyła w sobie cechy nadzwyczajne, najbardziej uderzające, że nie można jej porównać z żadną inną słynną osobistością i że przedstawia się w historii jako fenomen, który będzie na sobie ześrodkowywał uwagę wszystkich stuleci“.

*) Prof. Dr. Elis Essen-Möller „La Reine Christine. Étude médicale et biologique“. Hippocrate, Revue d'humanisme médical, Nr 2, 3, 4, 1937.

We wszystkich sadach, wygłoszonych o Krystynie, przebiega się jedna myśl zasadnicza, mianowicie akcentowanie niezmiernie silnych kontrastów w jej naturze. Z jednej strony wybitna inteligencja i wytrwałość, umożliwiająca pilne i płodne studiowanie języków klasycznych, filozofii, astronomii i matematyki. i to na poziomie, który pozwalał jej na dyskusję, równego z równym, z najwybitniejszymi uczonymi epoki; z drugiej zaś strony umysł zmienny, ze wszystkimi właściwościami charakteru kobiecego. Z jednej strony umiejętność traktowania najważniejszych spraw państwowych z wielkim zrozumieniem i autorytetem, z drugiej nagle przerzucanie się od jednego poglądu do drugiego. Zdecydowanie się na zrzeczenie się korony, to znowu uparte staranie się o odzyskanie władzy królewskiej, choćby w obcym kraju. Będąc córką Gustawa Adolfa, wyrzeka się wiary, za którą walczył i zginął jej ojciec, i przyjmuje katolicyzm; korzy się przed papieżem, zapewniając o swym bezgranicznym posłuszeństwie, aby później wyrażać się o papieżstwie i o hierarchii katolickiej w najbardziej obelżywych wyrazach. Krystyna wykazuje największą słabość w stosunku do niegodnych przeważnie swych faworytów, obsypuje ich dowodami swej życzliwości, aby po pewnym czasie zachować się względem nich odwrotnie. Odrzuca małżeństwo, ale sprawowanie jej jest tego rodzaju, że staje się, słusznie czy niesłusznie, przedmiotem powszechnej nagany. Przez cały czas przebywania swego w Szwecji nie okazuje ona do nikogo przywiązania, a w stosunku do Azzolino jest kobietą głęboko kochającą. Rozkazuje zamordować Monaldesco i podczas przeciągającej się egzekucji pozostaje nieczuła w sąsiednim pokoju; później urządza nabożeństwo za duszę zamordowanego i chwali się jednocześnie, że nie żałuje swego czynu.

Prof. Essen-Möller, ginekolog z zawodu, w pracy swojej poddaje badaniu dwie strony zagadnienia Krystyny: jej konstytucję seksualną oraz dziedziczość psychiczną. Stwierdza on przede wszystkim, że w organizmie Krystyny, w sposobie jej życia i zachowaniu się można zaobserwować bezspornie rysy zarówno męskie, jak i kobiece. Jeżeli dotychczas fakt ten uznawany był przez wielu obserwatorów i historyków, to brakowało jednakże odpowiedniego dla niego objaśnienia. Najważniejszą trudnością był tu dotychczas brak dokumentów, które stanowiłyby wynik dokładnego i dostatecznego badania lekarskiego. Istniejące materiały, pochodzące od współczesnych lub z czasów późniejszych, nie są tworem fachowców i często grzeszą brakiem autentyczności. Tak np. jeżeli chodzi o zagadnienie płci Krystyny, nie ma danych co do tego, co zaszło od chwili jej urodzenia; nawet skrupulatne poszukiwania w archiwach Stockholmskich nie dały wyniku.

Mimo to prof. Essen-Möller zdołał zebrać cały szereg wysoce dosadnych opisów Krystyny, podanych przez współczesnych oraz późniejszych autorów. Na tej podstawie Essen-Möller dochodzi do wniosku, że Krystynę należy zaliczyć do t. zw. typów interseksualnych, uznanych przez współczesnych biologów. Uczony szwedzki wykazuje, że formowanie się ostateczne płci u danego osobnika opiera się na dwóch czynnikach: na chromosomach i hormonach. O ile oba te czynniki funkcjonują normalnie, to powstaje prawidłowy mężczyzna lub prawidłowa kobieta; o ile zaś

występują tu, z nieznanymi nam jeszcze powodów, zaburzenia, to wyłaniają się postacie interseksualne, które przedstawiają cechy obu płci. Są tu, oczywiście, możliwe różne stopnie zarówno w zakresie fizycznym, jak i psychicznym. Interseksualizm psychiczny idzie często w parze z interseksualizmem fizycznym. Tu też znajdują swoje objaśnienie różne zбочenia płciowe.

Na poparcie swojej tezy prof. Essen-Möller zebrał cały szereg dowodów, pochodzących zarówno z obserwacji współczesnych Krystyny, jak i z jej własnych oświadczeń. Przytacza on przede wszystkim głosy tych, co ją oglądali, a których uderzała zewnętrzna postać królowej. Tak podczas podróży jej po Flandrii w r. 1654 w ten sposób opisywano Krystynę: „Była ona wzrostu średniego, miała wysokie ramiona, żywe spojrzenie, nos nieco ku środkowi zakrzywiony. Z kobiety miała tylko płeć; jej postawa, maniera, głos nawet były zupełnie męskie“. Podobnie wygląda obraz, skreślony przez Elofa Tegnera: „...Jej usta mogły ją upodobać do Wenery, gdyby na skutek tyłu innych osobliwości w budowie i postawie ciała nie można było przypuszczać, że jest ona Marszem. Jednym słowem, miała ona wygląd raczej mężczyzny, aniżeli kobiety“.

W ogólności relacje, dotyczące się młodych lat Krystyny, podnoszą, że posiadała głos gruby, ruchy kańciste, skórę pokrytą włosami. Te same rysy występowały u Krystyny i w wieku późniejszym. Tak ojciec Mannerschied wyraża się o niej w następujących wyrazach: „Księżniczka z kobiety ma w sobie tylko płeć; jej sposób mówienia, jej chód, rysy twarzy i cały sposób postępowania mają coś męskiego w sobie“.

Takież samo wrażenie robiła Krystyna podczas swego pobytu na dworze Ludwika XIV, o czym świadczą głosy księcia de Guise i księżnej de Montpensier.

Wysoce charakterystyczny jest obraz Krystyny w starości, skreślony przez Bildta: „Sławna królowa była małą kobietą, grubą i tłustą, o tłustym, silnie uwłosionym podbródku, potężnym orlim nosie, jasnych krzaczastych brwiach, wystającej dolnej wardze, krótko ostrzyżonych siwiejących, ku tyłowi zarzuconych włosach, wielkich, jasnych i żywych, niebieskich oczach, o wesołym, nader pociągającym wyglądem. Ubiór jej był prosty, zupełnie odbiegający od mody, przystosowany raczej do stroju męskiego“.

Wybitnie męski charakter stroju, wyglądu i głosu Krystyny potwierdza i wielu innych, co ją oglądali, jak np. Fryxell.

Essen-Möller na potwierdzenie słuszności swej tezy wskazuje również na zachowane portrety królowej, z których niektóre są istotnie wybitnie charakterystyczne. Tak np. portret nieznanego artysty z r. 1667, gdy Krystyna liczyła 41 lat, ma wyraźne cechy męskie; to samo dotyczy portretu z r. 1657 pędzla François, znajdującego się w Louvrze, portretu Wuchtersa oraz miedziorytu z r. 1662, zrobionego w Norymberdze.

Osobliwości ustrojowe Krystyny pociągały za sobą, oczywiście, i anormalne cechy jej charakteru. „Miałam wstręt i nieprzewycięzoną antypatię do wszystkiego, co robią i mówią kobiety — pisała Krystyna. — Co więcej, miałam niepokonaną niezręczność do wszelkich robót ręcznych. Nie można nigdy było znaleźć środka, aby mnie nauczyć“. Wszyscy, co mieli możliwość oglądania jej, stwierdzają jednogłośnie zupełny brak zainteresowania się swym wyglądem i ubiorem; chesała się rzadko, nigdy nie używała żadnych ozdób. Od młodości interesowała się tylko męskimi ćwicze-

niami fizycznymi, i można powiedzieć w ogólności, że świadomie, czy nieświadomie usiłowała okazać się mężczyzną.

W tym miejscu można przytoczyć słowa znanego psychiatry współczesnego Kretschmera, twórcy nowej teorii o stosunku konstytucji fizycznej do charakteru: „Właśnie upodobanie do przebierania się za mężczyznę jest bardzo znaną cechą charakterystyczną, która zdradza u kobiet psychopatycznych i ich odwrotny charakter płciowy, interseksualność ich uczuć. Takie to męsko-żeńskie właściwości znajdujemy u wielkich kobiet historycznych, jak u Elżbiety angielskiej lub u cesarzowej Katarzyny, a osobiście u Katarzyny Szwedzkiej“.

Do tych osobliwości Krystyny dołączyć należy jej awersję, a nawet, można powiedzieć, pogardę w stosunku do kobiet. Co do tego, zachowały się nader liczne dowody, które nie pozostawiają żadnej wątpliwości. Podczas przyjęcia w Fontainebleau, w ten sposób odezwała się ona o damach dworu, które przyszły ją powitać: „Dlaczego z taką pasją całują mnie te kobiety? Czy dlatego, że podobna jestem do mężczyzny?“. Jedna z tych Francuzek opowiada, że królowa Krystyna mawiała zwykle, że nie dlatego lubiła mężczyzn, że są mężczyznami, lecz, że lubiła ich dlatego, że nie są kobietami. Jednakże bywały wypadki, że stosunek Krystyny do kobiet nabierał zupełnie innego charakteru, i to właśnie, według Essen-Möllera, daje się najzupełniej wytłumaczyć osobliwością jej ustroju płciowego. Tak np. Krystyna zapalała gwałtowną namiętnością do pewnej damy francuskiej M-me de Thianges i starała się przekonać ją, by się rozeszła z mężem. Wysoce charakterystyczne listy Krystyny do tej damy znajdują się w dziele Lacomba, wydanym w Genewie w r. 1671 p. t. „Lettres secrètes de Christine, reine de Suède, aux personnages illustres de son siècle, dédiées au Roi de Prusse, à Genève, 1761, avec Approbation du Public“. Essen-Möller przytacza i wiele innych danych, dowodzących, że w Krystynie tkwiły przejawy uczuć anormalnych w stosunku do kobiet. Tak np. w opublikowanym w r. 1885 liście elektora Bawarskiego znajduje się zdanie, że Krystyna bardzo lubi piękne kobiety. Gdy znalazła jedną, która jej się podobała, to okrywała ją namiętnymi pocałunkami i wyszukany mięszcnotami.

Nie mniej osobliwe było zachowanie się Krystyny w stosunku do mężczyzn, na co dawno już zwracali uwagę historycy. Faworyci jej zmieniali się jeden po drugim, jednakże do żadnego z nich nie miała ona przywiązania. Obiecywała poślubić Karola Gustawa, ale cofnęła później obietnicę i pozostała w panieństwie. W kwestii małżeństwa wypowiadała Krystyna poglądy, dowodzące, że do stanu małżeńskiego miała głęboką awersję. Jedynym człowiekiem, którego obdarzyła prawdziwym uczuciem, był Azzolino; wobec tego kardynała dumna królowa przeobraziła się w posłuszną i oddaną kobietę. Listy do kardynała stanowią niezmiernie cenne dokumenty do poznania Krystyny. Królowa uczyniła Azzolina swoim spadkobiercą; on też stał się po jej śmierci właścicielem wszystkich jej papierów i listów. Listy te częściowo uległy zniszczeniu, ale te, które zostały ogłoszone, zawierają niezmiernie charakterystyczne zdania. Tak pod datą 30 marca 1667 roku pisała Krystyna do Azzolina: „Proszę Pana wierzyć mi, że Pan wszystko może ze mną; jestem Panu nadzwyczaj obowiązana, i wola Pana będzie dla mnie

wiecznym prawem, przeciwko któremu nigdy nie wystąpię. Niech mi Pan umożliwi wierzenie w tę prawdę“.

Wszystkie sprzeczności, jakie w tej dziedzinie występują u Krystyny, prof. Essen-Möller stara się wyjaśnić jej anormalnością w zakresie seksualnym. Jest przy tym rzeczą charakterystyczną, że Krystyna sama zdawała sobie sprawę ze swojej anomalii. Historyk Curt Weibull cytując następujące jej słowa: „Nie istnieje dla mnie możliwość wyjścia za mąż. Tak stoi u mnie ta sprawa; o przyczynach tego muszę milczeć. Nie mam żadnych upodobań w tym kierunku; prosiłam usilnie Boga, aby mi to zesłał, ale nigdy nie mogłam tego otrzymać“. W innym miejscu pisała Krystyna, że do małżeństwa potrzeba więcej odwagi, aniżeli do wojny. „Są rzeczy w życiu — mówiła — które wydają się straszniejsze, aniżeli śmierć; istnieje w człowieku tajemna troska, która obrzydza mu życie i czyni go niezadowolonym“.

Obok anormalnej konstytucji seksualnej dla objaśnienia fizycznych i moralnych osobliwości Krystyny, Essen-Möller poddaje analizie również jej obciążenie dziedziczne. To ostatnie, jak się okazuje, mogło w sposób wybitny zaważyć na szali.

Ród Wazów obfitował w przypadki anormalności psychicznych. Obok typu wielkiego człowieka, jakim był Gustaw Adolf, wśród tej rodziny panującej był cały szereg chorych umysłowo. Ze strony matki, pochodzącej z domu Brandenburskiego, liczne były przypadki niedołęstwa umysłowego, a sama ona nie mogła uchodzić za zupełnie normalną. Toteż Gustaw Adolf wiedział, co czyni, gdy rozkazał, aby żona jego Maria Eleonora, jego „*malum domesticum*“, nie miała żadnego wpływu na wychowanie córki.

Prof. Essen-Möller dochodzi do wniosku, że z punktu widzenia psychiatrii Krystyna przedstawiała cechy typu histerycznego oraz typu schizoidalnego. Ten ostatni typ jest o tyle prawdopodobniejszym, że Krystyna należała zarówno ze strony ojca, jak i matki do rodziny, dotkniętej chorobami psychicznymi i prawdopodobnie schizofrenią. Osobniki interseksualne — zdaniem Essen-Möllera — wykazują często rysy psychiczne z piętnem psychopatii; nie ulega wątpliwości, że Krystyna również je wykazywała. Trudno jest wskutek tego osądzić, o ile jej osobliwości psychiczne należało by złożyć na karb interseksualizmu, a o ile przypisać jej psychicznej dziedziczności; nie ulega wątpliwości, że oba te czynniki wchodziły tu w grę. One też mogą wyjaśnić wszelkie przeciwieństwa i rozdzwiewki, które dają się zaobserwować w jej naturze i w jej postępkach i pozwalają zrozumieć cechy jej charakteru.

Już sam fakt abdykacji znajduje swą głębszą podstawę w stanie psychicznym Krystyny. Stan ten Cattaui-Calleville charakteryzuje, jak następuje: „Obserwowano, że Krystyna była często niepokojna i podniecona, że napróżno szukała odpoczynku i spokoju i że chwyciła wszelkie sposobności, aby zdobyć wpływ na sprawy polityczne. Sprzeciwy, które napotykała, wywoływały u niej rozgoryczenie; oddawała się projektom, których nie mogła wykonać, i złudzeniom, które miały fałszywy i przemijający urok i nie mogły zastąpić jej realnych radości“.

Dowody takiego stanu swego umysłu dała Krystyna w czasie, kiedy próbowała zdobyć koronę Neapolu, a później Polski. Do jakich krańców dojdzie ona mogła nawet w stosunku swoim do Szwecji — tego dowodem jest propozycja zawojowania Pomeranii szwedzkiej, uczyniona przez nią cesarzowi niemieckiemu. Po-

nieważ król Karol Gustaw nie płacił jej zawarowanych 200.000 talarów, przeto Krystyna zaproponowała cesarzowi pożyczanie jej 20.000 żołnierzy w celu zdobycia Pomeranii. Dochody z tej prowincji rezerwowała sobie za życia, a po jej śmierci kraj ten miał być włączony do cesarstwa. W ten sposób była gotowa wywołać wojnę z ojczyzną swoją dla uzyskania pieniędzy.

Podczas swych zabiegów o koronę polską, kiedy widoki na elekcję były słabe ze względu na stan paniński Krystyny i sprawę następstwa tronu, w piśmie, skierowanym do nuncjusza papieskiego, ucieka się ona do podstępu, wplątując tu nawet osobę papieża.

Wysoce charakterystycznie przedstawiają się okoliczności przejścia Krystyny na katolicyzm. W całej tej sprawie niezmiernie dobitnie występują przeciwieństwa i nieprzewidziane zmiany, właściwe naturze królowej.

Fakt porzucenia przez Krystynę wiary, za którą walczył i zginął jej ojciec, uważany był za wielki triumf katolicyzmu. Sama Krystyna czyniła wszystko, aby podkreślić ten właśnie charakter swego kroku. „Oznajmiłam całemu światu — pisała królowa do papieża Aleksandra — że, aby być posłuszną Waszej Świątobliwości, porzuciłam to królestwo, gdzie cześć do Waszej Osoby jest uważana za grzech nieodpuszczalny. Błagam Waszą Świątobliwość o przyjęcie mnie takiej, odartej ze wszelkiej wielkości, z tą zwykłą łaskawością, jaką Wasza Świątobliwość raczył mi okazywać aż do dnia dzisiejszego. Nie mam nic innego do ofiarowania u nóg Świętych Waszej Świątobliwości, gdy ofiarowuję Mu mą osobę z jej krwią i jej życiem...“

Ale to pobożne, pełne pokory poddanie się nie trwało zbyt długo, i radość, jaka zapanowała w hierarchii katolickiej, ustąpiła wkrótce miejsca innym uczuciom.

„To co nas najwięcej obrażało — pisał o postępowaniu Krystyny kardynał Sforza Pallavicino — to to, że nie było można znaleźć u niej tej nabożności, która łączy się zawsze z wielką wiarą; nie było w niej żadnego rozumowania duchowego, żadnej nauki, wyciągniętej z ksiąg pobożnych, nie odwiedzała na dłużej kościołów, nie myślała o sakramentach i pokutach, ani o usilnych modłach“. O tychże sprawach Krystyny w następujący sposób wyraził się Grottanelli: „Dostojna dama bywała w dalszym ciągu przyjmowana przez Papieża, ale dawny stosunek życzliwości już nie istniał. Zamordowanie Monaldesco, jej intrygi, jej wtrącania się do najbardziej szanowanych rodzin rzymskich, wzbudziły przeciwko niej we wszystkich sferach społecznych tyle nienawiści, pogardy i sprzeciwu, że jej dobra opinia wszędzie się skończyła“.

Na stosunek Krystyny do papieża rzuca również światło historia cofnięcia jej subwencji rocznej 12.000 talarów, jakie otrzymywała od papieża i z których obficie korzystała. Napisała wówczas list do kardynała Azolino, w którym dowodzi, że te dwanaście tysięcy talarów były jedyną plamą jej życia, i że cofnięcie tej pensji przez papieża uważa sobie za szczególną łaskę.

Jak dalece królowa mogła się bez ogródek wyrażać o papieżach — tego dowodzą następujące jej słowa, przytoczone przez Essen-Möllera:

„Mówią, że kościół katolicki rządzony jest przez Ducha Świętego. Jestem skłonna prawie w to uwierzyć, gdyż kościół od tak dawna istnieje; poznałam obecnie czterech papieżów, czterech tych przewodników świata, i żaden z nich nie posiadał zdrowego rozumu“. Tak

więc w oświetleniu szwedzkiego patologa sprawa przejścia Krystyny na katolicyzm przedstawia się zupełnie inaczej, aniżeli to czyni w swej niedawno wydanej monografii Oskar von Wertheimer.

Prof. Essen-Möller nie może ominąć również sprawy zamordowania Monaldesco, sprawa, która „więcej, niż każda inna, rzuca cień na osobę Krystyny“. I tutaj spotyka się kontrasty, których nie widuje się u człowieka normalnego. W r. 1936 ukazała się monografia historyka królowej szwedzkiej prof. Weibulla, p. t. „Krystyna i Monaldesco“. Prof. Weibull wskazuje na powody natury politycznej, które zmusiły królową do ukarania człowieka, który ją zdradził, i na którego, jej zdaniem, rozpóścierała się jej władza królewska. Historyk w tej monografii swej pokazał Krystynę „jako człowieka, walczącego o swoją egzystencję, o swój prestige, o monarszy kawałek chleba“. Inaczej podchodzi do sprawy zamordowania Monaldesco psychopatolog Essen-Möller: „Można rozumieć — pisze on — że momenty polityczne, o których mówi Weibull, zmusiły królową do zachowania milczenia o motywach jej postępowania, i można, zresztą, szanować i podziwiać jej odwagę przyznawania się otwartego do udziału w okrutnym postępku; ale wydaje mi się niemożliwym zamknąć oczy na nieczułość, którą wykazała Krystyna wobec powszechnego potępienia, które ją spotkało po morderstwie; nieczułość taka jest często charakterystyczna dla osobników konstytucji anormalnej“.

Dla Essen-Möllera znaczenie posiada przede wszystkim poznanie tego, jak zachowuje się Krystyna przed i po morderstwie. Przygotowuje ona z zimną krwią i z premedytacją pułapkę dla swej ofiary, ma w pogotowiu spowiednika i morderców; pozostaje zupełnie spokojna i nieczuła na prośby księdza i nieszczęśliwego Monaldesco i przez cały długi czas dokonywania zabójstwa przebywa w sąsiednim pokoju. Później zanawia mszę za duszę ofiary.

Zdaniem prof. Essen-Möllera, takie okrucieństwo i nieczułość nie są czymś wyjątkowym u osobników o patologicznej konstytucji seksualnej. Jeżeli rozpatrywać treść pism, a zwłaszcza słynnych aforyzmów Krystyny, to uderza w nich rażące przeciwieństwo głoszonych w nich poglądów i zasad z całym ży-

ciem królowej i z jej postępowaniem. Występuje tu w całej pełni olbrzymia dwoistość jej natury, niezgłębiona przepaść, jaka dzieli zawarte w pismach wzniosłe ideały od niskich i niegodnych czynów. Rzecz znamieną, że znany pisarz francuski z drugiej połowy wieku 19-go, Saint-Victor, dał już niezmiernie trafny i głęboko ujęty obraz Krystyny.

„Królowa Krystyna — pisał on — żyła istotnie swobodnie, ale zrywając przy tym z naturą i uciekając przed obowiązkiem. Wyparła się ona swej płci, nie ubierając się zamiast tego w cnoty męskie; wyrzekła się korony, gdyż uważała, że jest dla niej zbyt ciężka. Życie jej — to jedno pasmo sprzeczności, gdzie jej czyny otwarcie przeczą jej zasadom. Nie jest możliwym odślonić plany, których się trzymała. Jeżeli posiadała jakąś myśl, dokładnie sprecyzowaną, to bez wątpienia zaszadzała się ona na wprowadzaniu świata w osłupienie i na wywoływaniu sensacji za wszelką cenę. Abdykację swoją urządziła jakby jakąś apoteozę, która powinna ją podnieść ponad poziom panujących; chwali się ze zmiany wyznania, jak by to był wielki dramat nie na cześć Boga, lecz na cześć ludzi. Wiary nie widać w jej ofierze, ani szczerości w jej wyrzeczeniu się dotychczasowego wyznania. Wszystko jest chybione w jej skłóconej naturze. Władza bez wielkości, inteligencja bez znaczenia, wybryki bez powabu. Rozdźwięk hermafrodyty wydaje się rozdzielać jej życie i charakter“.

Już zatem Saint-Victora uderzała zasadnicza strona zagadnienia Krystyny — anormalność jej konstytucji. Ale dopiero dzięki ściśłemu opracowaniu tematu przez Essen-Möllera staje przed nami postać królowej w prawdziwym ujęciu.

Jeżeli zarówno wśród współczesnych czytelników, jak i pisarzy, tworzących powieści historyczne i biograficzne, istnieje „głód autentyzmu“, to wszelką rację posiada przedstawianie postaci historycznych w całej ich nagiej rzeczywistości, a tutaj wielkie usługi oddać może ścisła analiza biologiczna. Nawet najpilniejsze uwzględnianie materiałów dokumentalnych nie zapewni głębokiego zrozumienia osobników, które odegrały rolę historyczną, gdyż, po pierwsze, same dokumenty nie zawsze mówią prawdę, a, po drugie, różnie mogą być tłumaczone. Krystyna Szwedzka, co do której tak różne nawet w ostatnich czasach mogły powstać sądy i opinie, może posłużyć tutaj za uderzający przykład.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Czynnik społeczny w chorobach zakaźnych *).

Podał

M. KACPRZAK (Warszawa).

(Dokończenie — p. 46).

C. Przemęczenie jest często wskazywane, jako przyczyna zwiększenia liczby zachorowań na choroby zakaźne. Zwykle jednak nadmierne zmęczenie współistnieje z innymi czynnikami, które mogą działać w tym samym kierunku, jak wadliwe odżywianie, niedospanie, przygnębienie, nadużycia alkoholowe, ekscesy wszelkiego rodzaju i t. p. zjawiska, od których trudno je oddzielić. Znane są jednak liczne fakty masowych zachorowań wśród żołnierzy po ćwiczeniach, wymagających dużego wysiłku. Manewry letnie we wszystkich krajach dostarczają pod tym względem obfitego materiału. Znane są w tym okresie w wojsku wybuchy

epidemiczne duru brzuszego, chorób wysypkowych. Opisywano schorzenia, wywoływane przez drobnoustroje w organach, od których wymagany jest największy wysiłek, jak mięśnie, kości, serce. W czasie wielkiej wojny po bardzo wyczerpujących i długotrwałych bojach wielokrotnie stwierdzano w oddziałach wzrost zachorowań na ostre choroby zakaźne przewodu pokarmowego. W dawniejszych wojnach, kiedy fizyczne wyczerpanie żołnierza odgrywało bardzo dużą rolę, opisywano specjalne choroby zakaźne pod nazwą *fatigatio* albo tyfus z wyczerpania.

Najczęściej wiąże się z przemęczeniem gruźlica, a przynajmniej jako środek leczniczy i zapobiegawczy w walce z gruźlicą wypoczynek zajmuje jedno z pierwszych miejsc.

Doświadczalnie wpływ przemęczenia na choroby zakaźne badali Charrin i Roger, którzy zakażali wąglikiem szczury, odporne na tę chorobę. Połowa szczurów, wyczerpana fizycznie nadmiernymi wysiłka-

*) Odczyt wygłoszony na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie w dniu 5 lipca 1937 r.

mi, ulegała zakażeniu, druga połowa, pozostawiona w normalnych warunkach, nie. Podobne doświadczenia przeprowadził de S a n d r o na psach, królikach i świnkach morskich, zakażając je dudem brzuszny, i otrzymał zwiększenie śmiertelności. Natomiast S p a e t h i inni badacze spostrzegli odwrotne zjawisko u szczurów, zakażonych pneumokokami. Mechanizm tego zjawiska jest wciąż niejasny.

D. Z i m n o jest czynnikiem, sprzyjającym powstawaniu i rozwojowi chorób zakaźnych, szczególnie zimno łącznie z wilgotnością. Nasilenie chorób dróg oddechowych (grypa) o chłodniejszej porze roku, w okresie gwałtownych zmian temperatury, jest znane oddawna i potwierdzone corocznie. Doświadczenie wojenne jest również przekonywające pod tym względem. Wielokrotnie obserwowano wzrost różnych chorób zakaźnych (wybuchy nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, błonicy) wśród żołnierzy, przebywających dłuższą drogę w nieogrzewanych wagonach lub w inny sposób narażonych na długotrwałe działanie zimna.

Klasyczne są w tej sprawie doświadczenia P a s t e u r a na zwierzętach. P a s t e u r zarażał kury, które w normalnych warunkach są odporne na zarazek węgliką, w ten sposób, że zanurzał je częściowo w zimnej wodzie. Po takim działaniu zimna kury traciły właściwą ich rasie odporność na laseczkę węgliką, ginęły wskutek zakażenia, i na sekcji w ich narządach wewnętrznych znajdowano bakterie D a v a i n e a. Analogiczne badania z takim samym wynikiem przeprowadził C i u c a na białych myszach, zarażając je tężcem. Ciekawe jest doświadczenie N e u f e l d a w Instytucie K o c h a. Przypadkowa i nieoczekiwana fala zimna wywołała dużą śmiertelność u zwierząt laboratoryjnych. Przeprowadzone badania wykazały w tym samym czasie u tych zwierząt różne zarazki: u jednych dwoinki zapalenia płuc, u innych lasecznik duru rzekomego, wreszcie zarazki posocznicy krwotocznej.

Mechanizm działania zimna, wielokrotnie omawiany w prasie lekarskiej, badany był szczególnie przez H. V i n c e n t a, który tak ujmując tę sprawę: „Zimno nie tylko osłabia albo niweczy obronną rolę błon śluzowych i fagocytów; zimno wstrzymuje ich wydzielinę bakterioobójczą i poraża ruchy migawkowe i ameboidalne“. Ten stan błon śluzowych wzmacnia mnożenie się i potęgę zjadliwość drobnoustrojów, które w charakterze saprofitów w warunkach normalnych są bardzo liczne w górnym odcinku dróg oddechowych.

Działanie nadmiernego ciepła w skutkach swych podobne jest do zimna. W gorącej porze roku najczęściej widoczny jest wzrost schorzeń przewodu pokarmowego (dur brzuszny, czerwonka, cholera, biegunki). Może to być powodowane pomyślniejszymi warunkami dla rozwoju drobnoustrojów, zmianami w odżywianiu jak również osłabieniem odporności organizmu.

E. Stan psychiczny, według ogólnie przyjętych poglądów, ma również znaczenie dla rozwoju chorób zakaźnych. Lęk, długotrwała depresja, wyczerpanie nerwowe osłabiają stan ogólny organizmu i przyczyniają się, głównie pośrednio, do rozwoju chorób nagminnych. Znane jest z dawnych czasów twierdzenie, że w czasie epidemii niejednokrotnie lęk pochłania więcej ofiar, niż sama choroba, co można jednak objaśnić w ten sposób, że z powodu lęku wytwarza się chaos w całym życiu społecznym i gospodarczym ze wszystkimi jego następstwami.

W czasie wojny stan nerwowy armii ma duży wpływ na jej zdrowotność. Każdy większy upadek ducha przyczynia się między innymi do wzrostu chorób zakaźnych. Dlatego też armie zwyciężone zwykle więcej cierpią z powodu chorób nagminnych, niż armie zwycięskie. Wyjątkowo dużą daninę epidemiom opłacają obozy jeńców, często dziesiątkowane przez choroby zakaźne. W tych przypadkach jednak, szczególnie, jeśli mowa o jeńcach braku w opiece nad stanem zdrowotnym są tak liczne i wielkie, że trudno wszystko to kłaść na karb stanu psychicznego.

Po krótkim omówieniu najważniejszych, najczęściej wskazywanych czynników, które, według utartych poglądów, powodują lub sprzyjają powstawaniu chorób zakaźnych, postawmy pytanie, na jakiej drodze te czynniki, związane z bytem, wpływają na bieg chorób zakaźnych.

Może tu wchodzić w grę: 1) większa łatwość zakażenia w złych warunkach bytu, 2) zwiększona wrażliwość na zakażenie (słabsza obronność), występująca w organizmach, z jakichkolwiek względów osłabionych, wyczerpanych fizycznie lub duchowo. Pierwszy czynnik jest niewątpliwie decydujący w durze plamistym, powrotnym, brzuszny, w czerwonce i w ogóle chorobach, przenoszonych przez wydaliny ludzkie lub zwierzęce z brudem. Te choroby mogą być pokonane przez uniemożliwienie zakażenia. Być może ułatwienie kontaktu wraz z brakiem uświadomienia w nędznych warunkach bytu powoduje częściej zakażenia masowe, powtarzające się i w szeregu innych chorób, np. w gruźlicy, jednak w ostrych schorzeniach wieku dziecięcego i w innych chorobach, np. w grypie, możliwość zakażenia i w zamożnym środowisku jest bardzo duża, ułatwienie zakażenia odgrywa tu rolę raczej drugorzędą.

Ogólnie uznawane jest, że głód, ciasnota, wyczerpanie fizyczne, depresja psychiczna powodują niejako swoiste osłabienie organizmu, zwiększając jego podatność do chorób zakaźnych. To przypuszczenie nie wydaje się jednak dostatecznie udowodnione. Nie możemy z pewnością powiedzieć, że tkanki i soki organizmu wskutek jakichkolwiek braków właściwe im cechy obronne utracają lub że gorzej wytwarzają ciała odpornościowe. Wprawdzie pogląd ten jest bardzo rozpowszechniony, bo bardzo przemawiający do wyobraźni, ale mało wciąż uzasadniony przede wszystkim od strony doświadczalnej. Doświadczenia laboratoryjne w tej dziedzinie, wciąż bardzo nieliczne, należy bardzo ostrożnie przenosić na zbiorowiska ludzkie. W społeczności ludzkiej warunki decydujące o przebiegu zakażenia są inne i zakażenie samo odbywa się w inny sposób.

W każdym razie, z całą pewnością żeby wytłumaczyć istniejące różnice w zapadalności i umieralności na choroby zakaźne, zależnie od środowiska, nie ma żadnej potrzeby uciekania się do hipotezy — zmniejszenia odporności swoistej. Nie twierdzę, że wrażliwość tej samej jednostki na pewien zarazek jest zjawiskiem stałym i jest prawdopodobne, że w różnych okresach swego życia organizm nie jednakowo jest zdolny do obrony przeciw jakiemuś zakażeniu, jednak na podstawie dotychczasowych badań trudno wytłumaczyć, w jaki sposób może nastąpić zmniejszenie odporności swoistej pod wpływem zmian temperatury, przemęczenia organizmu, głodu, przeżyć psychicznych itp. Istnieją przecież obserwacje, że niektóre choroby zakaźne jakby wybiórczo atakują przede wszystkim jednostki sil-

ne fizycznie, znajdujące się w najlepszym stanie zdrowia, co podobno można tłumaczyć szybszym i gwałtowniejszym przebiegiem procesów metabolicznych u tych jednostek. Zapadalność na choroby zakaźne w warunkach jednakowej ekspozycji nie wykazuje, zdaje się, różnic społecznych.

Nie wiemy, w jaki sposób wyniszczenie organizmu może sprzyjać szybszemu rozmnażaniu drobnoustrojów lub obfitszemu wytwarzaniu jadów, ani dla czego oddziaływanie na antygen w postaci wytwarzania przeciwciał ma być w tych warunkach słabsze, a np. fagocytoza mniej wydajna. Nie jest ostatecznie przesądzone, że organizm ludzki nawet pod wpływem największych braków staje się więcej uczulony na zarazek błonicy, płonicy, odry, krztusca, duru brzuszego, płamistego, łatwiej ulega jakimkolwiek zakażeniu, nawet nie jest pewne, że wszystkie ostre choroby wieku dziecięcego częściej występują w środowisku biednym, niż zamożnym. Można by nawet przypuszczać, że środowisko biedne przez szybsze usuwanie jednostek wrażliwych sprzyja przetrwaniu przy życiu, a więc i większej rozrodności osobników najbardziej na zarazek odpornych.

Natomiast inny czynnik wchodzi tu w grę: wydaje się pewnym, że przebieg chorób zakaźnych jest o wiele cięższy wśród ludności ubogiej, żyjącej w głodzie, ciasnocie, przeciążonej pracą. To widzimy w ostrych chorobach zakaźnych, jak odra, krztusiec, a najbardziej jaskrawo występuje ta cecha bardzo istotna w chorobach przewlekłych, wymagających umiejętnej i długotrwałej pielęgnacji. Warunki społeczne w tych okolicznościach mają największą możność wywarcia swego wpływu. Wchodzi tu w grę zwykle nie jeden czynnik, lecz cały ich zespół — ekonomicznych, społecznych, kulturalnych bardzo między sobą związanych, powikłanych, często wprost niemożliwych do wyodrębnienia, ani w badaniach, ani w zastosowaniu praktycznym.

Na wielkie epidemie tyfusu płamistego składały się zawsze przyczyny bardzo liczne, i społecznego pochodzenia nie można tu nigdy sprowadzić wyłącznie do głodu, który sam przez się prawdopodobnie odgrywa rolę zupełnie drugorzędną. I gruźlicy nie można sprowadzać ani do zagadnienia mieszkaniowego, ani do kalorii, nawet okraszonych witaminami. Cały szereg tych czynników społecznych, razem wziętych, sprzyja albo szerzeniu się zarazka, albo jego niszczyielskiej sile. lecznym; czy wpływają na zachowanie wanie się zarazka w środowisku społecznym, czy wpływają na zachowanie się zarazka w organizmie jednostki — jest wątpliwe.

Pragnę jeszcze zwrócić uwagę na zjawisko, prze-

mawiające na korzyść moich dowodzeń, a mianowicie na periodiczność chorób nagminnych. Wiemy, że prawie wszystkie choroby zakaźne mają swoje okresy nasilenia sezonowego, poza tym co parę lat, a prawdopodobnie większe fale co kilkadziesiąt lat lub więcej. Te okresy nie zdają się być w jakiegokolwiek zależności od zjawisk ekonomicznych, czy społecznych. Już sama ich różnorodność — każda choroba ma swój cykl rozwojowy, przeczy tej zależności. Zjawiska natury społecznej mogą tu odgrywać tylko rolę drugorzędną. Wprawdzie wielkie przeżycia w postaci wojny, rewolucji, głodu mogą te cykle zmienić, co jednak praw cykliczności w zasadzie nie zmienia, bowiem charakter krzywej epidemicznej w tych warunkach zmienia się tylko na pewien przeciąg czasu.

Wnio ski.

1. Rozpowszechnienie chorób zakaźnych jest niejednakowe w różnych warstwach społecznych: warstwy niezamożne znacznie więcej cierpią z powodu chorób zakaźnych, niż ludność zamożniejsza.

2. W rozpowszechnieniu chorób nagminnych i w liczbie ofiar, jakie one unoszą, odgrywa dużą rolę zarówno element biologiczny, jak i społeczny, jednak biologiczny ma przewagę nad społecznym.

3. Większa zapadalność warstw uboższych na niektóre choroby zakaźne, jak np. dur płamisty, dur brzuszny i inne, tłumaczy się większą możliwością zetknięcia się z zarazkiem. Stosunkowo większa liczba zgonów wśród ludności niezamożnej w porównaniu z ludnością, materialnie lepiej sytuowaną, co dotyczy wielu chorób zakaźnych, tłumaczy się, jeśli nie zwiększoną możliwością zakażenia, to gorszym przebiegiem wskutek nieumiejętnej czy niedostatecznej pielęgnacji i leczenia.

4. Na to, że ciężkie warunki bytu, jak wadliwe ilościowo lub jakościowo odżywianie, przeludnione mieszkanie, nadmierna praca lub jakiegokolwiek przejścia, osłabiające lub wyniszczające organizm, czy to fizycznie czy umysłowo, czynią go bardziej podatnym na zakażenie, brak nam dowodów. Te, które istnieją w literaturze, są bardzo nieliczne, przestarzałe i nie zawsze przekonujące. Tu trzeba szukać odpowiedzi na drodze laboratoryjnej, dotąd mało stosowanej, a jednocześnie na polu badań statystyczno-społecznych, wciąż bardzo niedokładnych.

5. Celem periodicznych zjazdów jest nie tyle zdanie sprawy z dotychczasowych wyników pracy, ile nastawienie myśli badawczej na pewne tory, dla rozwoju nauki najwięcej obiecujące. Wydaje mi się, że takie postawienie zagadnień epidemiologicznych jest najbardziej korzystne i dla strony laboratoryjnej i dla strony społecznej tego ważnego zagadnienia. Dlatego stawiam przed następnym naszym Zjazdem to pytanie.

Wiadomości bieżące.

— Z Nowym Rokiem rozpoczynamy druk działu p. t. Z teki lekarza praktyka; ażeby dać czytelnikowi poznać rodzaj tych artykułów przytaczamy z nich jeden.

— Program kursu dla lekarzy z zakresu eugeniki i poradnictwa przedślubnego. Czwartek, dnia 6 stycznia 1938 r., godz. 10—11 Dr. med. Leon Wernic — Rozwój historyczny eugeniki do czasów ostatnich zagranicą i w Polsce, godz. 11—12 Dr. med. Leon Wernic — Podział eugeniki, znaczenie eugeniki pozytywnej, jej postulaty, godz. 12—13 Dr. med. Bonawentura Kamiński — Galton i badania rodowodowe w medycynie, godz. 13—15 Prof. Maria Skalińska — Materialne podstawy dziedziczności (Genetyka

— Mendl — Morgan — mutacje), godz. 17—18 Doc. Zygmunt Kraczkiewicz — O dziedziczeniu płci, godz. 18—19 Dr. med. Marcin Kacprzyk — Biometryka. Piątek, dnia 7 stycznia 1938 r. godz. 10—12 Prof. Eugenia Stołyhwo — Typy antropologiczne, godz. 12—13 Doc. dr. med. Henryk Gnoiński — O konstytucjach fizycznych człowieka, godz. 13—14 Dr. med. Karol Mikulski — Zagadnienie bliźniąt a eugenika, godz. 14—15 Dr. med. Jan Nowakowski — Poradnictwo przedślubne, godz. 17—18 Sędzia Kazimierz Fleszyński — Prawo dawstwo eugeniczne, godz. 18—19 Mg. Mieczysław Lucjus — Nowe prawodawstwo kanoniczne a eugenika. Sobota, dnia 8 stycznia 1938 r., godz. 9—10 Dr. med. Henryk Szczodrowski —

Choroby weneryczne a poradnictwo przedślubne, godz. 10—11 Dyr. dr. med. Czesław Wroczyński — Lekarzy szkolny a eugenika, godz. 11—12 Dr. med. Leon Wernic — Zadania instruktorów eugenicznych, godz. 12—13 Dr. med. Tadeusz Welfle — Życie płciowe młodzieży polskiej, godz. 13—14 Dr. med. Henryk Szpidbaum — Zaburzenia hormonalne, godz. 14—15 Dr. med. Jerzy Babeccki — Ruch Maltuzjański i Neomaltuzjański, godz. 15—16 Dr. med. Stefan Rudzki — Gruźlica a dziedziczność, godz. 17—18 Prokurator Stanisław Czerwiński — Dziedziczenie a chroniczne przestępstwo, godz. 18—19 Dr. med. Jerzy Szpakowski — Dziedziczenie chorób psychicznych. Niedziela, dnia 9 stycznia 1938 r., godz. 10—11 Prof. Ludwik Hirszfeld — O typach krwi i ich dziedziczeniu, godz. 11—12 Dr. med. Leon Wernic — O dziedziczeniu chorób skóry, godz. 12—13 Doc. dr. med. Gustaw Bychowski — Zboczenia płciowe a dziedziczność, godz. 13—14 Prof. dr. med. Władysław Melanowski — O dziedziczeniu wad wzroku, godz. 14—15 Dr. med. Jan Posmykiewicz — O dziedziczeniu wad słuchu i węchu, godz. 17—18 Dr. med. Ksawery Sieńko — Wpływ chorób wenerycznych na potomstwo, godz. 18—19 Dr. med. Leonard Kowarski — Zagadnienia społeczne i administracyjne a eugenika (populacja, emigracja, ruch kobiecy). Zapisy przyjmuje Towarzystwo Eugeniczne, Warszawa, Nowy Świat 1, tel. 95-999, od godz. 10—14. Kierownictwo zastrzega sobie wszelkie zmiany w programie.

— Piąty Międzynarodowy Kongres Cytologii Doświadczalnej w Zürichu od 7-go do 12-go sierpnia 1938 r. Pierwszy Program Tymczasowy. Zgodnie z postanowieniem, powziętym podczas 4-go Kongresu w Kopenhadze 5-ty Kongres Cytologii Doświadczalnej odbędzie się w Zürichu w dniach od 7-go do 12-go sierpnia 1938 r., t. j. tuż przed 6-ym Międzynarodowym Kongresem Fizjologii (14—18 sierpnia) i Międzynarodowym Kongresem Weterynarii (21—25 sierpnia). Głównym zadaniem tego Kongresu będzie dyskusja. Prace Kongresu będą podzielone w ten sposób, że siedem pół-dniowych posiedzeń naukowych poświęconych będzie poszczególnym zagadnieniom, podczas gdy dwa popołudnia przeznaczone zostaną na pokazy, jedno zaś na wycieczki. Każde posiedzenie naukowe rozpocznie się od referatu programowego, po czym nastąpią jeden ewentualnie dwa referaty dodatkowe oraz dyskusja. Aby najszerszej umożliwić dyskusję, każdy członek Kongresu otrzyma uprzednio treść referatów zarówno programowych, jak i poszczególnych. Następujące tematy są przedmiotem referatów: Nabłonek w hodowli i w ustroju. Budowa chromozomów. Mechanizm mitozy. Komórka nowotworowa a normalna. Badania doświadczalne nad cytologią i wirusami. Ultrastruktura protoplazmy i jej produkty. Fizykochemia komórki. Nazwiska referentów zostaną podane w II-im Programie Tymczasowym. Poszczególne komunikaty wraz ze streszczeniem, które nie powinno przekraczać połowy stronicy „Archiv für experimentelle Zellforschung“, winny być nadsyłane do Biura Kongresu przed 15-ym kwietnia. (Adres Biura: Prof. W. von Möllendorff, 9, Plattenstrasse, Zürich). Komunikaty, otrzymane po 15 kwietnia, będą przyjmowane jedynie za zgodą Komitetu Miejscowego. Bliższych informacji udzielają: Prof. von Möllendorff oraz Sekretarz Generalny Towarzystwa Dr. Harald Okkels (Institut d'Anatomie pathologique. Université de Copenhague).

— Min. Opieki Społecznej, w porozumieniu z Min. Spraw Wewnętrznych, zamierza wydać zarządzenie, zalecające związkowi samorządowemu stawianie śrół warunków konkursów na administracyjnych lekarzy samorządowych również warunku wykazania przez kandydata takiego samego przeszkolenia, jakie wymagane jest od lekarzy państwowych (kurs wyszkolenia w państwowej Szkole higieny). O ile chodzi o lekarzy, pozostających już w służbie samorządowej, projektowane zarządzenie zapowiada organizowanie w państwo-

wej Szkole higieny krótkich 4—6 tygodniowych kursów dla lekarzy samorządowych, a to w celu zapoznania ich z najnowszymi wynikami wiedzy z zakresu epidemiologii, higieny społecznej i administracji sanitarnej.

— W bieżącym roku budżetowym ogólna wartość inwestycji w szpitalnictwie głównie na zwiększenie liczby łóżek wyniesie I. 275.000 złotych. Dzięki tym wydatkom liczba łóżek w szpitalach miejskich powiększoną będzie w r. b. o 235, a mianowicie: w szpitalu wolskim o 75 (dla oddz. gruźliczego) oraz o 80 (dla oddz. chirurgii kostnej), w szpitalu Przem. Pańsk. o 50 łóżek (dla oddz. położn. sept.), wreszcie w sanatorium w Otwocku o 30 łóżek (dla gruźlików). Uruchomienie oddz. położn.-septycznego dla gorączkujących położnic położy kres trudnościom, na jakie dotychczas natrafiano przy umieszczaniu tego rodzaju chorych. Poważne przeróbki wykonano w szpitalu Wolskim, w pawilonie przeznaczonym dla gruźlików dorosłych oraz oddzielnie dla dzieci. Obecnie wykańcza się roboty w tymże szpitalu związane z utworzeniem oddziału chirurgiczno-ortopedycznego. Z ważniejszych wydatków inwestycyjnych o charakterze renowacyjnym, wymienić należy zakup około 500 normalizowanych kompletów łóżek, wyposażonych całkowicie w białinę i pościel. Poza tym wymienić należy zakup kilku kotłów do centralnego ogrzewania w szpitalach: św. Ducha, Łazarza i Zakładu Położn. św. Zofii. Bieżącego lata dokonano gruntownych remontów malarskich, instalacyjnych, blacharskich oraz urządzeń w poszczególnych oddz. w szpitalach: Dziec. Jezus, św. Jana Bożego, św. Stanisława, Przem. Pańsk., w Instytucie Oftalmicznych itd.

— Dożywianie dzieci w publicznych szkołach powszechnych, prowadzone przez stołeczny komitet pomocy dzieciom i młodzieży, rozszerza się stopniowo. Obecnie dożywianie odbywa się w 157 szkołach na ogólną ich liczbę 185, obejmując 18,859 dzieci, z których 10,573 jest dożywianych zupami, 8,286 mlekiem. Zapoczątkowano też dożywianie młodzieży w szkołach zawodowych dokształcających. Obecnie dożywia się w 33 tych szkołach 1.294 osoby.

— Związek Uzdrawisk Polskich zawiadamia uprzejmie WP. Lekarzy o swym ostatnim wydawnictwie p. t.: „Uzdrawiska Polskie“, które zostało wydane z okazji 25-lecia istnienia Związku Uzdrawisk i 10-lecia jego działalności w Warszawie, po przeniesieniu siedziby ze Lwowa. Pierwsza część — artykułowa — naszego jubileuszowego albumu, poprzedzona przedmową Dr. Jana Adamskiego, Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej, zawiera następujące publikacje: Działalność Związku Uzdrawisk Polskich w okresie pierwszego dziesięciolecia — H. Minkiewicz, dyrektor Z. U. P. Znaczenie i postulaty uzdrawisk — Związek Uzdrawisk Polskich. Krótki zarys lecznictwa klimatycznego i zdrojowo - kąpielowego w Polsce — Doc. Dr. Antoni Sabatowski (Lwów). Polskie wody mineralne i produkty zdrojowe — Mgr. Felicjan Miller. Zabudowa uzdrawisk — Inż. Marcin Heyman. Część druga — opisowa, opracowana przez Dr. W. Przywiczerskiego, naczelnika wydziału lecznictwa M. O. S. — stanowi przewodnik po wszystkich uzdrawiskach wraz z mapą. Prosząc WP. Lekarzy o łaskawe zainteresowanie się książką, pozwalamy sobie przytoczyć opinię Ministerstwa Opieki Społecznej, ogłoszoną w przedmiocie naszego wydawnictwa w Dzienniku Urzędowym M. O. S. z dnia 5.XI. rb. „Związek Uzdrawisk Polskich wydał książkę pt. „Uzdrawiska Polskie“. Wydawnictwo to, bogato ilustrowane, stanowi przegląd dorobku polskich uzdrawisk w okresie powojennym. Opracowane w sposób przejrzysty na podstawie źródłowych materiałów, ma ono na celu zapoznanie społeczeństwa ze stanem uzdrawisk polskich i tym samym ich spopularyzowanie. Wskazane jest, aby z książką tą zapoznali się lekarze, a w szczególności lekarze publicznej służby zdrowia. Z uwagi na powyższe wydawnictwo pt. „Uzdrawiska Polskie“ zasługuje na specjalne poparcie i roz-

poszechnienie". Cena egzemplarza wynosi zł. 3.—, zaś wraz z cennikiem, obejmującym wszystkie uzdrowiska zł. 3.50. WP. Lekarzom udziela się rabatu w wysokości 30%. Zamówienia przyjmuje Związek Uzdrowisk Polskich, Warszawa, Boduena 2. Tel. 5-30-38. Prezes Z. U. P. (—) Stanisław Karłowicki. Dyrektor: (—) H. Minkiewicz.

— Dnia 23 listopada 1937 r. odbyło się poświęcenie lokali wytwórni catgut p. n. „Catgut Polski“ Sp. z o. o. w Poznaniu św. Marcin 4, której założycielami jest grono lekarzy poznańskich. Do obecnych przemówił Dyrektor firmy, zapoznając ich z dotychczasowymi pracami oraz z zamierzeniami na przyszłość jedynej polskiej wytwórni catgutu sterylizowanego. Firma specjalizuje się w wytwarzaniu catgutu sterylizowanego przed skręceniem strun oraz catgutu jałowego gotowego do natychmiastowego użytku. Catgut wyrabiany jest w kilku gatunkach i rodzajach (sterylizowany jodem, chromem, impregnowany srebrem, bizmutem) oraz w najrozmaitszych opakowaniach (fiolki, rurki, stoiki, gwiazdki, krążki, kłębki, i t. d.) uniezależniając polskich lekarzy, szpitalnictwo i wojsko od wytworów zagranicznych. Inicjatywa lekarzy poznańskich spotkała się z ogromnym uznaniem lekarzy, którzy natychmiast zrozumieli wagę nowej placówki. Po przemówieniu Dyrektora, lokal poświęcił ks. kapelan Kornel Witaszek, po czym goście zapoznali się z zasadami fabrykacji catgutu. Wytwarzaniem catgutu zajmuje się 2 lekarzy bakteriologów, 1 lekarz higienista, 1 doktor chemii i medycyny, specjalista w chemii fizjologicznej, 1 magister farmacji oraz grono doradców, chirurgów i ginekologów. Surowiec do wyrobu catgutu jest w specjalny sposób pobierany, poddawany fermentacji w płynie antyseptycznym, sterylizowany w stanie suchym, po tym cięty i przed skręcaniem sterylizowany poraz wtóry. Po sterylizacji

wstępnej następuje skręcanie catgutu. Po skręceniu wykonanym przy pomocy najnowszej aparatury, gwarantującej wytrzymałość catgutu oraz nierozkręcanie się go, poddaje się catgut ostrożnemu szlifowaniu a dalej skontrolowaniu wytrzymałości i po nawinięciu na głębki i gwiazdki systemem antyseptycznym sterylizowaniu właściwemu. Sterylizacja wstępna, jako też i właściwa odbywa się pod stałą kontrolą fachowców, gwarantującą wysterylizowanie a jednocześnie chroniącą białko nitki catgutowej przed uszkodzeniem. Catgut po wysterylizowaniu badany jest na jałowość bakteriologicznie i biologicznie, na własności hemotaktyczne, pęcznienie i zdolność resorbcji.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

14.XII. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Sprawozdania: a) Sekretarza Stałego, b) Sekretarza Dorocznego, c) Bibliotekarza, d) Komitetu Bibliotecznego. 2. Preliminarz budżetowy na rok 1938 (referuje Sekretarz Stały i Podskarbi). 3. Sprawozdania z prac kandydatów na członków czynnych T. L. W. Flis St. z prac Stańczyka A., Stefanowski A. z prac Traczyka Z., Wojno Z. z prac Kwaskowskiego A. 4. Wolne wnioski.

20.XII. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

1. Pokaz: W. Luxenburgowa, A. Pruszczyński i B. Rosnowska. Znaczna rozedma płuc u dziecka spowodowana gruźlicą. 2a. Pokaz: L. Jelenkiewicz i J. Kempner. Przypadek ciężkiej pooperacyjnej (tetania parathyreopriva poststrumectomiam) leczony skutecznie witaminą D. 2b. L. Jelenkiewicz. O leczeniu hormonalno-witaminowym zaburzeń gospodarki wapniowej. 3. St. Higier. O nerwicach płciowych.

Résumé des articles originaux.

W. RÓBIN. 15 ans d'administration d'huile d'olive dans le duodénum.

L'auteur préconise sa méthode personnelle du traitement des états morbides de la vésicule et des voies biliaires. Il emploie cette méthode depuis 15 ans avec de bons résultats. Elle consiste dans l'introduction d'huile de Nice dans le duodénum au moyen d'une sonde duodénale. La série des injections comporte 5—6 interventions à l'intervalle de 2—3 jours. La quantité d'huile d'olive chauffée est de 50 à 100 cc. D'après l'auteur cette méthode est supérieure à celle de Meltzer—Ly on, qui parfois donne des aggravations. A. P.

Z. GRYNBERG et J. BRAND. Un cas d'hernie de l'orifice oesophagien du diaphragme.

Il s'agit d'une femme âgée de 64 ans, observée pendant 3 ans. Type clinique abdomino-péctoral. Les auteurs soulignent, que la pression abdominale et l'extension de l'orifice oesophagien à cause de la kyphoscoliose et du rapprochement des côtes et des os iliaques favorisent la formation d'hernie diaphragmatique. A l'examen clinique: 1. variations des limites du coeur, 2. frottement instable, 3. crises d'angine de poitrine et crises de tachycardie paroxystique régulière et irrégulière.

J. TYPOGRAF. Secours immédiat dans les accès de dyspnée chez les cardiaques.

L'auteur discute les méthodes du traitement des accès subits chez les malades atteints de maladie du coeur manifeste ou latente. La base d'une telle dyspnée est l'asthme cardiaque

ou l'oedème des poumons. Les injections des préparations ana-leptiques du groupe de camphre sont dans ces cas tout à fait inutiles. Il y a trois procédés pour amener une amélioration immédiate et sauver une vie en danger. Ces procédés sont: 1) une injection d'ouabaïne ou de strophantine; 2) une saignée; 3) une injection d'une préparation de morphine. L'auteur discute l'une après l'autre la technique de ces procédés en faisant particulièrement remarquer le fait que contrairement aux opinions répandues d'administration de morphine dans les maladies du coeur elle n'est point contreindiquée et peut plutôt rendre de grands services thérapeutiques.

St. KRAMSZTYK. La Reine Christine au jour de la psychopathologie.

D'après le Prof. Elis Essen-Möller la base de la psychopathologie de la Reine Christine consistait en anomalies sexuelles.

M. KACPRZAK. L'agent social dans les maladies infectieuses.

Les facteurs sociaux tels que l'encombrement des locaux, la famine, la fatigue, la depression psychique influencent sensiblement la fréquence et l'issue des maladies infectieuses. C'est un fait indubitable si on parle des groupes sociaux. Ces maladies sont beaucoup plus fréquentes et emportent plus de victimes dans les milieux pauvres. Cependant nous n'avons pas des preuves que la réceptivité d'un individu (la formation des anticorps) dépend de ces facteurs sociaux.

TREŚĆ: W. RÓBIN. 15 lat stosowania wlewań oliwy do dwunastnicy w schorzeniach żółciowych. — Z. GRYNBERG i J. BRAND. Przypadek przepukliny otworu przelykowego przepony (Hernia hiatus oesophagei). — J. TYPCGRAF. Pomoc doraźna w napadach duszności u chorych na serce. — K. CHMIELEWSKI. Fizykalno-meteorologiczne podstawy meteorologii lekarskiej (Str. poal). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. KRAMSZTYK. Królowa Krystyna w świetle psychopatologii. — M. KACPRZAK. Czynniki społeczne w chorobach zakaźnych. (Dok.) — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich. —

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: W. RÓBIN. 15 ans d'administration d'huile d'olive dans le duodénum. — Z. GRYNBERG et J. BRAND. Un cas d'hernie de l'orifice oesophagien du diaphragme. — J. TYPOGRAF. Secours immédiat dans les accès de dyspnée chez les cardiaques. — K. CHMIELEWSKI. Les bases physico-météorologiques de la météorologie médicale. (Rév. gén.). — St. KRAMSZTYK. La Reine Christine au jour de la psychopathologie. — M. KACPRZAK. L'agent social dans les maladies infectieuses (fin).

Następny numer wyjdzie dn. 30 grudnia 1937 r.