



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
· TWOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru Nr 2802.

ZAPARCIE NAWYKOWE

CIERPIENIA WĄTROBY — ZWIOTCZENIE PRZEWODU POKARMOWEGO.

CASCARINE

$C^{12} H^{10} O^5$

ŚRODEK



LEPRINCE

$C^{12} H^{10} O^5$

PRZECZYSZCZAJĄCY

LECZĄCY RACYONALNIE PRZYCZYNNY ZAPARCIA.

LABORATORYUM Dr M. LEPRINCE'A, 62, Rue de la TOUR w PARYŻU.

Sprzedaż w Polsce w aptekach i składach aptecznych.

Dr Reichstein

ordynuje w CIECHOCINKU, willa „ADAMA”.

Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuski oraz przepisywanie na maszynie przyjmuje b. studentka wydz. lek. F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przyrządy motorowe) przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR” niniejszem zawiadamia W W. P.P. Doktorów, iż

„MOTO FER”

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor”.

[Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

OVO-LÉCITHINE BILLON

Niezawodny środek
wzmacniający przeciw:

Neurastenji
Niedokrewności

Przepracowaniu i wyczerpaniu po chorobach

Ovo-Lécithine Billon

NABYWAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH APTEKACH

Literaturę i próby przesyła franco na żądanie

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES · PARIS ·

Główny skład: WARSZAWA, Foksai, 13

Cena Pigulki Rb 1.75; Ziarnka Rb 1.75; 12 Ampulek Rb 1.75



ASTHMIN- "MOTOR"

*w formie papierosów albo tytoniu
Usuwa szybko napady duszności
i wszelkie objawy astmy*

SKŁAD GŁÓWNY: WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”
Żądać w aptekach i składach aptecznych.

GONOREIN "MOTOR"

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor”
Marszałkowska 23.

Dla osób wrażliwych przy zastrzykiwaniu na ułćcia i z tego powodu nie mogących przejść kuracji iniekcyjami „Triplex I, II, III Gessner” proponuje te środki stosować

do wewnętrznego użycia pod postacią

Dragées TRIPLEX Gessner

(ARSEN—FOSFÓR - STRYCHNINA).

Pudełko zawiera 108 sztuk drażetek odpowiadających zawartością środków działających całego cyklowi kuracji Inj. Triplex I, II, III Gessner”.
Dla dogodniejszego dawkowania każda pigułka zawiera połowę działających substancji jakie znajdują się w ampulce „Inj. Triplex I”

POLECA

Apteka Mag. Farm. JANA GESSNERA

dawniej E. GESSNER

w WARSZAWIE

ALEJE JEROZOLIMSKIE 25.

UWAGA. Literatura na żądanie — gratis i franco.





DZIEŃNIK LECARSKI

· PISMO · TYGODNIOWE ·
POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dziesięć
lecie długie-

Ogólnego zbioru № 2802.

Warszawa, d. 23 sierpnia 1919 r.

Przypadek niezwykłego przyspieszenia oddechu (tachypnoë) na tle nerwicy urazowej.

Podał

Dr Karol Rozenfeld (Częstochowa).

Przyspieszenie oddechu, jako cierpienie samoistne, niezależne od schorzenia narządów wewnętrznych i nie mające odpowiedniej podstawy anatomicznej, jest zjawiskiem, niesłychanie rzadko spostrzeganym w praktyce lekarskiej. Wprawdzie w podręcznikach chorób nerwowych znajdujemy krótkie wzmianki, że w czasie napadów histerycznych tętno i oddychanie mogą ulegać znacznemu przyspieszeniu bez żadnej widocznej przyczyny. Strümpell np. podaje, że spostrzegał przypadki, w których liczba oddechów dochodziła na minutę do 200, Lewandowsky do—180, przy prawidłowym tętnie i ciepłocie. Ale to zaburzenie oddechu stanowi tylko krótki epizod na tle fantastycznego korowodu różnych objawów kurczowych, nie utrwała się na dłużej i nie stanowi głównego przedmiotu ani skarg chorego, ani interwencji lekarza. Wobec tego uważam za właściwe podać do wiadomości ogólnej przypadek, jaki miałem możliwość spostrzegać w jednym z lazaretów rosyjskich w 1916 r. Pierwotne urządzenie lazaretu, znajdującego się na wsi (w odległości 10 wiorstw od Tambowa), brak pracowni nie pozwoliły mi wykonać wielu ważnych i ciekawych badań, z konieczności więc poprzestaję na opisie objawów klinicznych.

I. T-aw, żołnierz I. 22. Rodzice żyją, zdrowi. Z 11 osób rodzeństwa 10 umarło w wieku dziecięcym z przyczyn niewiadomych. Pozostała jedna siostra I. 17, zdrowa. Chory nie przypomina sobie żadnych chorób z okresu dzieciństwa. Do

szkoły zaczął chodzić w 12 r. życia i uczył się 3 lata. Czyta i pisze dosyć dobrze, poprawnie. Napojów wysokich nie nadużywał, przymiot wyłącza. Uważał się zawsze za bardzo zdrowego. Powołano go do wojska w lutym 1915 r. W grudniu t. r. podczas bitwy został odrzucony gwałtownie siłą wybuchu pocisku armatniego, stracił przytomność i podobno pozostawał w tym stanie około 5 godzin. Po odzyskaniu przytomności miał silny ból głowy i duszność. Wymiotów nie pamięta. Osłabienie ogólne było tak silne, że przez czas dłuższy o własnej sile nie mógł utrzymać się na nogach. Stan ten bez widocznej poprawy trwa do czasów ostatnich. Od stycznia 1916 r. do lipca, kiedy zobaczyłem po raz pierwszy chorego, leżał na oddziale chorób nerwowych w Tambowie i, jak dowiedziałem się później od lekarzy, zwracał ogólną uwagę nadzwyczajną, trudną do zliczenia przyspieszeniem oddechu. Stosowano nieskutecznie najrozmaitsze środki lekarskie, zabiegi wadolecznicze, elektryzację. Stan obecny (3. VII 1916): Wzrost średni, odżywienie mierne, budowa kośćca prawidłowa. T. 36,4° — 37°. Błony śluzowe blade, ręce i stopy chłodne, wilgotne od potu. Sinica wyraźna na twarzy i rękach, zaznaczona również wybitnie na stopach. Obrzęków niema. Twarz nieruchoma, bez życia, zdradza uczucie trwogi. Oczy w jeden punkt wpatrzone, otwarte szeroko, usta — nawpół. Przy zbliżaniu się do chorego zwraca uwagę głośny i szalenie szybki, powierzchowny oddech. Przypomina on poniekąd ziahanie psów pod wpływem ruchu i gorąca. Liczba oddechów wynosi przeciętnie 160 na minutę, podczas rozmowy, wzruszenia zwiększa się do 180, czasami wreszcie oddech staje się tak szybki, że o zliczeniu go nie może być mowy. Mimo kilkakrotnych prób i usiłowań, nie miałem możliwości zliczyć oddechu podczas snu, był on bowiem tak powierzchowny, że nawet szelest młotek kroków bu-

dził chorego z uśpienia. Felczer, któremu poleciłem czuwać w nocy przy jego łóżku, stwierdził oddech znacznie wolniejszy, około 100 na minutę.

Typ oddychania przeponowo-brzusznego, klatka piersiowa w ustawieniu wdechowym, względnie mało ruchoma. Nadbrzusze porusza się ze zdumiewającą szybkością, przypominając rytmiczne falowanie o małej rozległości wahań. Cała przednia i boczne ściany brzucha biorą w oddychaniu nie mniej żywy udział. Granice płuc prawidłowe. Odgłos opukowy jawny, może nieco krótszy. Z lewej strony ztytu — odcień bębenny, pod kątem łopatki nieznaczne przytłumienie. Szmer wdechowy — pęcherzykowy szorstki i bardzo krótki. Wydechu zupełnie nie słychać. Nad lewym płucem szmer oddechowy trochę słabszy, zwłaszcza pod kątem łopatki. Rzężeń i kaszlu nie ma. Uderzenie serca niewidoczne i niewyczuwalne. Górna granica powierzchniowego stłumienia serca i.a. górnym brzegu czwartego żebra, prawa przekracza linię przymostkową lewą o 1 cm., lewa w odległości 1 cm. od linii sutkowej. Z powodu niemiłkającego prawie szmeru wdechowego wysłuchiwanie serca połączone jest z dużymi trudnościami. Czasami na wierzchołku i w dolnej części mostka można usłyszeć tony względnie czyste, bez szmerów. Tętno w spokoju najczęściej 86—90, prawidłowe, dość miękkie, pod wpływem poruszenia, wysiłku 100 do 110 i więcej. Brzuch nie wzdęty, miękki, niebolesny. Pod prawym łukiem żebrowym słabo wyczuwalny opór wątroby. Śledziona niemacalna. Łaknienie bardzo małe. Chory żywi się wyłącznie mlekiem, kaszą, chlebem i jajami. Wypróżnienia codzienne; dość często biegunka z 2 — 4 papkowatymi stolcami i bólami brzucha. Mocz najzupełniej prawidłowy, bez białka i cukru. Badanie układu nerwowego nie wykrywa porażen mięśniowych ani poważniejszych zaburzeń ze strony narządów zmysłowych. Czucie dotykowe naogół prawidłowe, tylko umiejscowienie czucia niezupełnie dokładne. Czucie bólowe w obrębie klatki piersiowej i brzucha lekko zwiększone, na dolnych kończynach wyraźnie osłabione, silne klucie szpilką od kolan do stóp wywołuje ból minimalny. Nigdzie nie stwierdziłem wysepek, zupełnej beczułości lub przeculicy. Ze strony czucia ciepła, zimna i położenia wyraźnych zmian nie ma. Słuch, smak, powonienie prawidłowe. Chory ma wstręt do mięsa z powodu „przykrego zapachu i smaku“. Wzrok dobry, jest tylko silna wrażliwość na światło. Chory nie lubi słońca i silnego jaskrawego światła. Żrenice dosyć szerokie, jednakowej wielkości, prawidłowo oddziałują na światło i nastawienie. Odruchy kolanowe bardzo wzmożone. Odruch stopowy ze ścięgna Achillesa również wzmożony. Klonusa stopy nie ma. Odruchy skórne — brzuszny, jądrowy, podeszwowy zachowane. Objawy Babińskiego nie ma.

Jednym z najważniejszych objawów jest ogólne osłabienie mięśniowe. Chory po całych dniach leży na wznak, unikając ruchu i zmiany położenia, gdyż, jak twierdzi, najmniejszy wysiłek męczy go i zwiększa duszność. Ręka, wyciągnięta przed siebie, drży i po kilkunastu sekundach bezwładnie opada ku dołowi. Drżenie szybkie, drobne, jakie widzimy czasem u ludzi zdrowych pod wpływem wzruszenia. Dla wykonania niektórych czynności chory siada na łóżku. Zmiana położenia, bez cu-

dziej pomocy, pochłania wiele czasu i pracy i dokonywa się przy udziale rąk. W postawie siedzącej chory pozostaje najwyżej w ciągu 5 do 10 minut, poczem opada na wznak i oddycha z przerwającą szybkością. Wsparty biernie na poduszkach, siedzi znacznie dłużej i pisze listy do rodziny i kolegów. Próba, żeby stanął na podłodze i przeszedł kilka kroków, potęguje uczucie trwogi, wyrte zawsze na twarzy. Wsparty na ramionach dwóch posługaczy staje na podłodze, przyczem głowa zwisa ku dołowi, tułów wygina się naprzód, nogi uginają się w kolanach; słowem, robi wrażenia, jakby za chwilę miał upaść. Ostatecznie pod wpływem nakazu zdobywa się na wysiłek, wyprostowuje się i idzie. Chód zupełnie prawidłowy, tylko wszystkie ruchy dokonywają się powoli, apatycznie, bezwładnie. Próbowi tym towarzyszą zawsze skargi na ból nóg, w krzyżu, bóle i zawroty głowy. Mowa prawidłowa, tylko cicha, powolna, niepewna, z odpoczynkami z powodu męczenia się i duszności. Przedmiotem rozmowy są najrozmaitsze dolegliwości stanu obecnego lub też szczegóły krwawych, pełnych grozy potyczek, w których osobisty brał udział. Stanowią one również zwykłą treść widał przedśmiertnych, które dzięki swej wyrazistości i przykreemu zabarwieniu uczuciowemu, spędzają sen z powiek. Bezsensowność częsta i ciężka, środki narkotyczne pomagają niewiele. Nastrój przygnębiony, przybity. W ciągu dwumiesięcznej obserwacji nie widziałem uśmiechu na twarzy chorego. Pamięć osłabiona, przypomnienie faktów dawnych, np. z okresu dzieciństwa, wymaga skupienia uwagi i myśli.

Dnia 1 września 1916 r. chory wypisał się z lazaretu bez żadnej poprawy, żeby w towarzystwie sanitariusza odbyć do wioski rodzinnej dwudniową ciężką i męczącą podróż. Z korespondencji, jaką w ciągu trzech miesięcy prowadził z siostrą miłosierdzia, dowiedziałem się, że cierpienie jego, zwłaszcza dokuczliwa duszność, trwa dalej bez zmiany.

Zespół objawów klinicznych wraz z etiologią cierpienia pozwala, nie korzystając nawet z metody wyłączania, rozpoznać w danym przypadku nerwicę urazową, zbliżoną do histeryi i powstałą wskutek kontuzji powietrznej. Przyspieszenie oddechu, jako objaw nerwicy, było kilkakrotnie spostrzegane i opisywane podczas wojny obecnej. Ale w żadnym przypadku przyspieszenie oddechu nie było tak wielkie, obraz chorobny tak ciężki, jak u naszego chorego. L. Galliard w r. 1915 spostrzegał żołnierza z objawami histeryi, u którego liczba oddechów dochodziła do 128 na minutę, przy tętnie 112. Darszkiewicz opisuje żołnierza, rannego w rękę, u którego przyspieszenie oddechu wahało się od 60 do 130 na minutę, przy tętnie 80. W przypadkach Szezniewskiego, Traszyna przyspieszenie oddechu było jeszcze mniejsze i wynosiło średnio — 60, w przypadkach Warubowa — wahało się od 20 do 40, najwyżej 50. W jednym przypadku Szezniewskiego zaburzenie

oddechu (60) było zjawiskiem stałym w ciągu całego roku i tylko w czasie głębokiego snu oddech stawał się wolniejszym i nawet prawidłowym.

Powstaje jednak pytanie, czy słuszne jest opisany przez nas zespół objawów wtłaczać w ramy nerwicy urazowej, czy wobec niewątpliwego wstrząśnienia mózgu, utraty przytomności, nie należy raczej myśleć o anatomicznej przyczynie cierpienia. Pytanie jest tem więcej usprawiedliwione, że pewien odłam neurologów całą sprawę nerwic urazowych na tle kontuzji powietrznej usiłuje sprowadzić na grunt organiczny. Biorąc za punkt wyjścia podobieństwo tych nerwic do choroby kiesonowej ¹⁾—*caisson disease* angielskich autorów — lekarze ci wypowiadają przypuszczenie, że i mechanizm ich powstawania musi być jednakowy. Wchodzą tu w grę gwałtowne zmiany ciśnienia powietrza, powstające w jednym przypadku wskutek wybuchu pocisku, w drugim — wskutek szybkiego i raptownego przejścia od ciśnienia kilku atmosfer w kiesonie do ciśnienia atmosferycznego zwykłego na powierzchni ziemi. Z krwi, tłuszczów i lipidów ośrodkowego układu nerwowego, przy rozrzedzeniu powietrza, mają wydzielać się pęcherzyki pierwotnie nagromadzonego gazu, prawdopodobnie azotu, które niszczą bezpośrednio miąższ narządu, powodują pęknięcie naczyń, drobne wynacynienia, wreszcie zatory gazowe ze wszystkimi ich następstwami. Gorącym obrońcą tej teorii jest lekarz rosyjski Segalów, który ogłosił wiele prac w tej sprawie. Wątpię, czy pogląd ten zdoła utrzymać się w nauce, ponieważ już dzisiaj krytyka zajęła względem niego stanowisko ujemne. Zresztą nie różni się on zasadniczo od dawniejszej anatomicznej teorii wstrząśnienia mózgu, tylko oświeśla inaczej warunki i sposób, w jaki zmiany anatomiczne powstają. Przypomnę choćby badania Jakoba, który w przypadkach śmierci po wstrząśnieniu mózgu znajdował mikroskopowe ogniska rozmiękania w ośrodkowym układzie nerwowym, a zwłaszcza w rdzeniu przedłużonym, w ośrodkach na dnie czwartej komory i często w jądrach nerwu błędnego. Ponieważ jednak inni badacze w przypadkach analogicznych nie stwierdzali zmian żadnych, trzeba było snuć inne domysły, i w

ten sposób powstały teorie zmian cyrkulacyjnych, cząsteczkowych i t. p., które przetrwały do czasów ostatnich. Wogóle sprawa pojmowania wstrząśnienia mózgu i nerwic urazowych nie jest jeszcze zamknięta.

Zastosowanie którejkolwiek teorii anatomicznej do naszego przypadku, wobec braku wyraźniejszych objawów cierpienia organicznego, nie miałoby ani dostatecznej podstawy, ani nie ułatwiłoby nam zrozumienia głównego objawu choroby, którym jest przyspieszenie oddechu. Dotychczasowe doświadczenie neurologiczne poucza, że najrozmaitsze cierpienia ośrodkowego układu nerwowego, jak np. sprawy zapalne, nowotworowe, wylewy krwawe i t. p., wywołują zaburzenia funkcji oddechowej o charakterze zupełnie odmiennym. Występuje wtedy zwolnienie i równoczesne pogłębienie oddechu, rzadziej przyspieszenie i pogłębienie, wreszcie zaburzenia rytmu w postaci oddechu Cheyne Stokes'a, Biot'a. Oddech przyspieszony i płytki jest rzadkim objawem choroby organicznej mózgu. Częściej spotykamy go w niektórych cierpieniach płuc, serca, w stanach gorączkowych i zatruciach ustroju. Może on również występować przelotnie pod wpływem wzruszeń i pobudzeń psychicznych. Ale we wszystkich tych przypadkach przyspieszenie oddechu trzyma się pewnych norm i rzadko przekracza liczbę 60—80 na minutę. Najwyższy stopień szybkości i płytkości oddechu, rażący swoją niezwykłością i wyjątkowością, spostrzegano dotychczas w napadach histeryi. Sądzę, że przyspieszenie oddechu, dosięgające w naszym przypadku fantastycznej liczby 180 i często trudne, niemożliwe nawet do zliczenia, może być tylko zboczeniem czynnościowym na tle nerwicy, pod względem objawowym przypominającej najzupełniej histeryę.

Powstaje teraz pytanie, czy tak niezwykle, uporczywe, trwające miesiącami zaburzenie funkcji oddechowej może przebiegać dla ustroju bezkarnie, czy nie upośledza wymiany gazów i nie zmniejsza ilości tlenu, niezbędnej dla zachowania równowagi życiowej. Odpowiedzieć na to pytanie możemy pośrednio, drogą analizy krytycznej i oceny poszczególnych objawów. Najnowsze zdobycze z dziedziny fizjologii i patologii dowodzą, że między oddychaniem a krążeniem krwi istnieje ścisła współzależność. Jakkolwiek niektóre strony ich wzajemnego stosunku nie są jeszcze dokładnie zbadane i wyświetlone i nie jednakowo traktowane przez różnych autorów, to jednak nie ulega wątpliwości, że od-

¹⁾ Ofiarą choroby kiesonowej stają się ludzie, pracujący na dnie rzek, zatok morskich pod bardzo wysokim ciśnieniem atmosferycznym, przy zakładaniu fundamentów pod wodą, budowie mostów, podnoszeniu okrętów i t. p.

dychanie dzięki okresowym wahaniom ciśnienia wewnątrzpiersiowego ułatwia pracę serca i krążenie krwi. Ciśnienie ujemne w czasie wdechu sprzyja rozkurcowi serca, zwłaszcza przedsionków, i warunkuje zapewne wzmożony odpływ krwi z żył płucnych i głównych. Grają tu rolę inne jeszcze czynniki, a mianowicie rozszerzenie i opadanie płuc, wywierające pewien wpływ na koryto naczyń włosowatych, oraz ruchy przepony, zwiększające ciśnienie na trzewa i naczynia brzuszne. Od-dychanie naszego chorego odbiega bardzo daleko od prawidłowego typu. Klatka piersiowa jest prawie nieruchoma w górnej swej połowie; przepona faluje szybko i żywo, ale amplituda tego ruchu jest niezwykle mała. Nieruchomość klatki piersiowej, małe rozszerzanie się i opadanie płuc, minimalne zmiany ciśnienia wewnątrzpiersiowego, a poniekąd i wewnątrzbrzuszego — są to wszystko czynniki, które mogą utrudniać pracę serca i krążenie krwi, tylko ocenić ten wpływ ilościowo nie jesteśmy w stanie. W dodatku jest mało prawdopodobne, żeby przy tak powierzchownym oddechu przedostawanie się powietrza do pęcherzyków płucnych i przewietrzanie krwi odbywało się w sposób prawidłowy. Wszystko przemawia za tem, że ustrój musi podjąć akcyę obronną, żeby wyrównać szkodliwe następstwa tak bardzo zmienionej funkcji oddechowej. Z pośród objawów klinicznych, spostrzeganych u chorego, mamy do zanotowania dwa fakty: stałe przyspieszenie tętna i sinicę. Tętno w spokoju 90, przy ruchu 110—120; stłumienie serca nieco powiększone w wymiarze poprzecznym. Objawy te możemy traktować jako wyraz wzmożonej czynności serca i nieznacznego przerostu komory prawej. Sinica, wyraźna na wargach, palcach rąk i stóp, przypomina w pewnym stopniu zabarwienie, spostrzegane u osobników z wrodzonymi wadami serca. Podobne zabarwienie, tylko w stopniu znacznie większym, widziałem u 15-letniej dziewczynki z wrodzoną wadą serca, u której podczas badania wykryłem 8,100,000 czerwonych krwinek. Sądzę, że sinica u naszego chorego jest nie tylko wyrazem zastojów żylnych i nadmiaru kwasu węglowego we krwi, ale nadto zwiększonej licz-

by czerwonych krwinek (*hyperglobulia*), która może zabezpieczyć ustrojowi lepszy dowóz tlenu. Wspomnieć jeszcze muszę o osłabieniu mięśniowym i niemocy chorego. Niewątpliwie mamy przed sobą niemożność stania (*astasia*) i chodzenia (*abasia*), spostrzeganą tak często w przypadkach histeryi. Ale z drugiej strony nie powinniśmy zapominać o dużym i nieustannym wysiłku mięśniowym, który męczy i wyczerpuje chorego. Znużenie i przykre uczucie duszności sprawiają, że chory instynktownie broni się przed każdym wysiłkiem i ruchem, nie chcąc zwiększać swojego cierpienia. Tak więc całość obrazu klinicznego jest splotem 2 kategorii objawów: po pierwsze, pierwotnego czynnościowego zaburzenia funkcji oddechowej, któremu towarzyszy szereg innych mniej ważnych objawów nerwowych i psychicznych; powtórę — objawów samoobrony i chęci przystosowania się do tak niezwyklego zboczenia.

W końcu — krótka uwaga o możliwym pochodzeniu takiego przyspieszenia oddechu. Chcąc zobrazować plastyczniej sposób oddychania chorego, przyrównałem je do ziajania psów. Porównanie to nasuwa się samo przez się przy pierwszym wrażeniu i dosyć wiernie maluje istotny stan rzeczy. W podobny sposób oddychają również niektóre inne zwierzęta, np. świnki morskie, myszy, pod wpływem przestachu, zmęczenia. Oddech bardzo powierzchowny i szybki, u niektórych przynajmniej zwierząt, może być uważany za objaw celowy, za wyraz fizyologicznego oddziaływania ustroju na podniety świata zewnętrznego. Otóż mimowoli następuje pytanie, czy ten pierwotny mechanizm oddechowy nie może ujawnić się na wyższych szczeblach ewolucyi, czy ośrodek oddechowy człowieka w nadzwyczajnych okolicznościach nie może wyzwolić się z pęt, nałożonych przez wiekowy rozwój, i stać się ofiarą jakiegoś szczególnego automatyzmu, działającego ze ślepą, żywiołową siłą? Twierdząca odpowiedź jest najzupełniej możliwa. Teorya atawizmu może ułatwić zrozumienie wielu zboczeń czynnościowych, tak dziwnych i fantastycznych w patologii człowieka.

Znaczenie kliniczne migotania przedsionków.

Podał

Dr Mściwój Semerau (Warszawa).

(Dokończenie—patrz № 33).

Dowodzi ona, że skłonność do migotania wzrasta z latami i najsilniej występuje między 40 a 60 rokiem życia. Lewis (10) znajdował też między 20 a 30 rokiem wzmoczenie się odsetków skutkiem częstszego zachorzenia na sprawy gośćcowe. W każdym razie stwierdzenie migotania przedsionków przed 16. rokiem życia należy do rzadkości. Najmłodszy dotąd opisany chory miał lat 5 (Lewis), najstarszy lat 96 (Wenckebach).

Przechodzimy z kolei do symptomatologii migotania przedsionków. Wyraża się ona zwykle w zespole następujących objawów:

- 1) w zupełnym zaburzeniu normalnego rytmu komór;
- 2) w zaniku wszelkiej skoordynowanej czynności przedsionków;
- 3) w zmianie tętna żylnego na t. zw. dodatnie;
- 4) w mniej lub więcej wyraźnej niedomodze sercowej.

Pierwszy objaw, polegający na zupełnej i przeważnie trwałej niemiarowości tętna, jest naogół najbardziej charakterystyczny. Powstaje on, według dzisiejszych pojęć, w ten sposób, że bardzo liczne i słabe bodźce, wytworzone w przedsionkach przez migotanie, przechodzą częściowo tylko w nierównych odstępach czasu, zależnie od stopnia ich nasilenia przez pęczek Hisa do komór, burząc tam całkowicie zwykły ich rytm, przekazany im akcją węzła wpustowego; węzeł ten bowiem, jak tego dowodzą badania na zwierzętach i niektóre moje spostrzeżenia na ludziach, pracować może przynajmniej w początkach takiego zaburzenia niezmiennie dalej, póki skutek różnych czynników nie ulegnie wtórnemu zanikowi. Jak te zmiany w czynności pojedynczych odcinków serca należy rozumieć, próbuje uzmysłowić rys. 2.

Wynikająca z tak przesuniętego mechanizmu nieregularna czynność komór przedstawia się lekarzowi w kilku odmianach, rozróżnianych wprowadzić czysto zewnątrznie, ale posiadających uzasadnienie kliniczne. Najczęstsza z nich jest odmiana prędką, która wykazuje 100—150 skurczów komór na minutę i rytmem swoim bezładnym, czasami przypominającym salwy karabinowe, to znów za-

trzymującym się w niczem pozornie nie umotywowanych pauzach uprawnia do dawnej nazwy „*delirium cordis*“. Rzadziej spotykana powolna forma tem się tłumaczy, że powstające wskutek migotania ehorobliwe bodźce z powodu czynnościowego lub organicznego uszkodzenia systemu przewodzenia w ograniczonej liczbie przedostają się do ko-

Rys. 2.



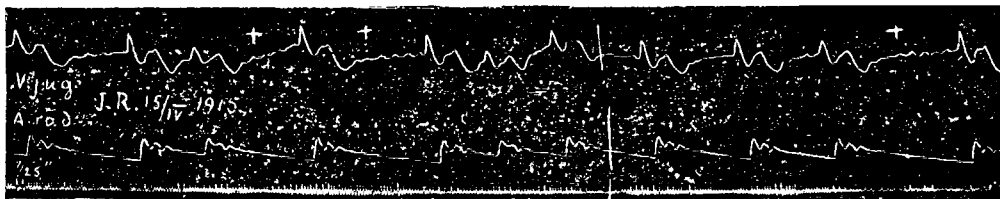
Schematyczne przedstawienie czynności pojedynczych odcinków serca przy migotaniu przedsionków. S=hipotetyczna miarowa czynność węzła wpustowego. A=liczne chorobliwe słabe bodźce w przedsionkach (cienkie linie), między nimi skuteczne silniejsze podniety (grubsze linie), przychodzące w nierównych odstępach do komór=V.

mór, częściowo też, choć przewidziane, ze względu na zmniejszoną pobudliwość mięśnia nie doprowadzają tam do skurczu. Ostatni wreszcie i jeszcze rzadszy typ niemiarowości ciągłej, t. zw. przejściowy, objawiający się w napadowym lub krótkotrwałym ukazaniu się tego objawu, stanowi wynik graficznych badań serca ostatniego dziesięciolecia i najprawdopodobniej stoi przedewszystkiem w związku z silniejszym pobudzeniem nerwów autonomicznych, zwłaszcza nerwu błędnego.

Drugi kardynalny składnik zespołu, t. j. kompletne ustanie prawidłowej pracy przedsionków, znajduje swój wyraz w zaniku załamek „a“ (według terminologii Janowskiego (11) „sa“) krzywej tętna żylnego, względnie załamka „P“ elektrokardyogramu. Zamiast nich pojawiają pomiędzy kompleksem załamek, odnoszących się do pracy komór, najwyraźniej podczas dłuższej pauzy, drobne drżenia, pochodzące z migotania przedsionków. Drżenia te zwykle są tylko widoczne w typowych elektrokardyogramach niemiarowości ciągłej, wszakże, jak tego dowodzi następujący wycinek z własnych krzywych znajdujący się też we flebogramach przy powolniejszej i grubszej fibrylacji (patrz rys. 3).

Trzecim względnie częstym, ale, jak to wykazały badania ostatnich czasów, wcale nie stałym objawem jest stwierdzenie do da-

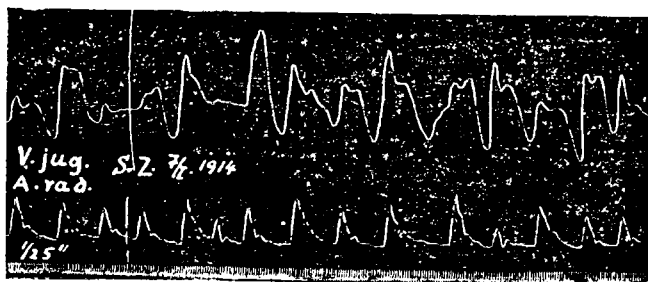
Rys. 3.



Skombinowany sfimoflebogram przypadku powolnej odmiany niemiarywości ciągłej. Na dole tętnopis; tętnicy sprychowej, u góry szyi żylniej. Przy + drobne falowanie krzywej, wywołane migotaniem przedsionków.

tniego tętna żylnego. Nie wchodząc w szczegóły normalnego flebogramu, co do których Szan. Panów na jednym z dawniejszych odczytów poinformował dr Janowski, zaznaczam tylko, że zmiany w tętnie żylnym polegają z jednej strony na opisanym dopiero co zaniku fali skurczowej przedsionka, z drugiej—na mniej lub więcej wyraźnym zlaniu się części składowych prawidłowego tętna żylnego w jedną mało zróżniczkowaną całość (patrz rys. 4). Dawniej składano te modyfika-

Rys. 4.



Skombinowany sfimoflebogram chorego z prędką odmianą niemiarywości ciągłej. Na dole tętnopis tętnicy sprychowej, u góry — szyi żylniej. Wyraźne dodatnie tętno żylnie.

cye krzywej wyłącznie na karb niedomogi zastawki trójdzielnej, do której istotnie wyrazem graficznym czasem są najzupełniej podobne. Dziś skłonni jesteśmy widzieć w nich tylko skutki silnej zastoiny, spowodowanej prędką i zarazem nieregularną czynnością komór. To też w przypadkach t. zw. powolnej odmiany, w której obydwa czynniki zaledwie się zaznaczają, tętno żylnie prócz braku załamka „a” może być zupełnie prawidłowe.

Z tych samych powodów i czwarty z wyliczonych objawów, niedomoga serca, nie należy do stałych. Naogół wprawdzie wysuwa się ona na czoło całego zespołu, w lekkich przypadkach staje się jednak przedmiotowo a nawet podmiotowo ledwie dostrzegalna.

Od stopnia natężenia pojedynczych tych objawów zależy przebieg całego zachorzenia. Bywa on najcięższym u chorych, wykazują-

cych prędką odmianę niemiarywości ciągłej. Wtedy silna duszność i sinica, tętno wahające się około 110—150 na minutę, małe i bardzo niemiarywe, w obwodowych częściach często niewyczuwalne, nadzwyczajnie ciężkie sprawy zastoinowe we wszystkich narządach nadają całemu stanowi charakter bardzo zatrważający i burzliwy. Chorzy tacy wydają się być skazani na nieuniknioną śmierć, o ile nie nastąpi natychmiastowa pomoc. Przy energicznym leczeniu daje się często wprawdzie w krótkim czasie zauważyć znaczna poprawa do tego stopnia, że chorzy przez miesiące, lata czują się względnie dobrze; sprawność ich fizyczna jest wszakże bardzo ograniczona i ciąży zawsze nad nimi jak miecz Damoklesa, możność raptownego pogorszenia z nikłego niekiedy powodu.

Zgola odmiennie przebiega typ powolny. Chorzy tej kategorii zasięgają porady u lekarza z powodu skłonności do duszności, bicia serca, ogólnego osłabienia i t. p. Badanie wielu nie wykazuje żadnych specjalnych zmian i tylko nieregularne tętno, przedstawiające się graficznie, jako ciągła i bezwzględna arytmia wskazuje właściwą przyczynę całego stanu.

Wreszcie w rzadkich przypadkach częściowego migotania, wywołanego przeważnie jakimiś odruchami ze strony opłucnej, przewodu pokarmowego lub też układu nerwowego, zachorzenie zewnętrznymi znamionami przypomina niemiarywość prędką z tą różnicą, że wszystkie dolegliwości występują napedowo i równie prędko przemijają. Krzywe dwóch takich przypadków w czasach mojego pobytu w Strasburgu zaobserwowanych pozwalałam sobie puścić w obieg. (Demonstracja).

Zachodzi teraz pytanie, jak rozpoznać stan spowodowany migotaniem przedsionków i jak go rozróżnić od innych typów nieregularności tętna. Pomijam tu chorych, u których zaburzenia rytmu są tak silne, że rozpoznanie samo z siebie narzuca się lekarzowi. W innych mniej wyraźnych przypadkach roz-

strzygnąć winno badanie graficzne pracy serca i tętna żylnego. Ale i bez tych ważnych pomocniczych środków, którymi zwykle rozporządzają tylko kliniki i większe lecznice, dojść można z pewnem prawdopodobieństwem do rozpoznania migotania przedsionków, jeśli się ma na względzie następujące fakty:

1) że wszelkie niemiarowości innego pochodzenia, nawet bardzo silnie rozwinięte, wykazują przy dłuższem badaniu chwile, w których przebijają pierwotny rytm i tem się odznaczają zasadniczo od niemiarowości ciągłej;

2) że wyraźna nieomoga serca rzadko kiedy jest wyłącznie wynikiem zaburzeń takich, jak ekstrasystolia, zmiany w przewodzeniu i t. p., względnie zaś często spowodowana jest przesunięciem się mechanizmu w pojedynczych odcinkach wskutek migotania przedsionków;

3) że wreszcie te zaburzenia rytmu, które najbardziej zbliżone są do niemiarowości ciągłej, t. j. ekstrasystole, czyli skurcze dodatkowe, przy niektórych zabiegach, jak dozowany ruch albo wstrzyknięcie atropiny (Hering) często znikają, albo się w każdym razie mniej często ukazują, podczas gdy przeciwnie niemiarowość ciągła staje się jeszcze bardziej widoczna.

Istnieje wszakże pewna liczba przypadków, w których skurcze dodatkowe tak są skupione i rytmem tak ludzaco podobne do niemiarowości ciągłej, że nawet dłuższa obserwacja nie daje żadnego dodatniego wyniku. Tu tylko elektrokardiografia, uzmysławiająca nieprawidłowem odchyleniem struny galwanometrycznej patologiczne powstawanie bodźców w komorach, wskazuje rodzaj zachowania.

Kwestya rozpoznania takich stanów niektórym praktykom wydaje się zabawką teoretyczną. Zapatrywanie to niesłuszne, gdyż stwierdzenie jakości zaburzenia decyduje o jego rokowaniu, a w pewnej mierze i leczeniu. Rokowanie zaś przedstawia się w przypadkach ekstrasystolii, o ile nie zachodzi podejrzenie jakichś zmian w mięśniu sercowym, dość korzystnie, zwłaszcza u młodszych jednostek, w zupełnem przeciwieństwie do pacjentów z niemiarowością ciągłą. U takich osobników rozpoznawanie migotania przedsionków odrazu degraduje ich do kategorii ludzi z ograniczoną sprawnością sercową, narażonych na różne nagłe przypadłości. Z tego wynika, że trzeba im zakazywać pracowania w zawodzie, wymagającym od nich dużych wysiłków fizycznych, wyłączyć ich ze względu na późniejsze reklamacje co do od-

szkodowania, przy badaniu asenterunkowem od służby wojskowej, wreszcie odmawiać im wstąpienia do jakiego towarzystwa ubezpieczeniowego na warunkach zwykłych, względnie zupełnie ich w tej mierze dyskwalifikować.

Nie znaczy to bynajmniej przepowiadać takim chorym rychłą śmierć; znane są bowiem przypadki, i każdy doświadczony lekarz takimi rozporządza, że jednostki te żyją jeszcze 10, 15 lat po stwierdzeniu przejścia prawidłowego rytmu serca w chorobliwy, ba, w przypadku Heitza (12) nawet przeszło 30 lat. Innemi słowy nie należy utożsamiać rokowania chorych na migotanie przedsionków z rokowaniem chorych na chroniczne zapalenie lub zwyrodnienie mięśnia sercowego. Z poprzednich wywodów w tej mierze jest chyba jasnem, że wprawdzie pewna i to dosyć duża część przypadków niemiarowości ciągłej powstaje na podłożu zapalenia mięśnia serca i podobnych zaburzeń, że jednak zbyt wiele innych zachodzi możliwości, by już z faktu stwierdzenia takiej arytmii mózdz wnioskować o istnieniu zmian mięśniowych.

Dla leczenia migotanie przedsionków pozostanie zawsze bardzo wdzięcznem zadaniem a zarazem stanowi właściwe, nawet, jak jednostronnie twierdzą niektórzy autorowie (np. Mackenzie) jedyne pole działania naparstnicy. Przetwory dygitalisu dlatego tu tak dobroczynnie wpływają, że stan serca, spowodowany włóknikowem drżeniem odcinków przedkomorowych, spełnia naogół warunki, które badacze, jak Edens (13), stawiają jako teoretyczne postulaty skutecznego działania naparstnicy na układ nerwu błędnego, t. j. przerost i asfiksyja mięśnia sercowego. Tak więc do znanego wpływu tego leku na skurcz i rozkurcz serca dołącza się, jako pierwszorzędny czynnik, hamujący wpływ nerwu błędnego na przewodzenie podniet w tym sensie, że o wiele mniejsza część niż dotąd chorobliwych bodźców, wytworzonych w przedsionkach, przedostaje się do komór, wywołując tem skurcze. Rezultatem tego wszystkiego jest wydajniejsza i powolniejsza a zarazem więcej miarowa praca tych odcinków.

Z tego, co poprzednio mówiliśmy o prędkiej odmianie niemiarowości ciągłej, naturalnem wydać się musi, że zmiana mechanizmu patologicznego przedewszystkiem tutaj korzystnie odbija się na całym układzie krążenia. Należy tylko w takich razach stosować nie za niskie dawki dobrego, mianowanego preparatu, a więc 4 do 6 razy dziennie po 0,1. Zdarsza się wszakże, że wskutek silnego zastoi-

nowego nieżytu żołądka i jelit wchłanianie leku odbywa się za wolno, względnie zupełnie ustaje, albo też lekarz dostaje do ręki chorego w tak rozpaczliwym stanie niedomogi, że trzeba natychmiast ulżyć sercu, pracującemu w tych ciężkich warunkach. Wtedy wstrzyknięcie dożylnie naparstnicy albo jeszcze lepiej strofantyny wprowadzanej 2 — 3 razy dziennie w małych dawkach, a rozcieńczonej kilkoma cm. sz. roztworu soli kuchennej (Lewis), uratować może w połączeniu z innymi zabiegami, jak upust krwi i t. p., chorego i w przeciągu paru godzin sprowadzić wyraźne polepszenie.

W przypadkach wolnego typu niemiarowości, spowodowanej migotaniem, nagła pomoc nie bywa potrzebna, albowiem natura sama, utrudniając przepuszczalność nadmiernych bodźców poprzez pęczek Hisa, względnie zamienienie ich na skuteczne podniety skurczowe, działa mniej więcej w tym samym kierunku, co naparstnica i zapobiega powstaniu silniejszej niedomogi. Kurcząc się wszakże wśród trudniejszych okoliczności i zużywając skutkiem tego swoje siły rezerwowe, serce narażone jest na groźne niespodzianki i dlatego stale winno być wzmacniane w swej systolicznej czynności chronicznymi dawkami leków z grupy naparstnicy a równocześnie chronione od wszelkich nadmiernych wysiłków.

Wręcz odmiennie przedstawia się terapia w rzadkich przypadkach przejściowego migo-

tania przedsionków. Jeśli sobie uprzytomnimy, że tutaj wzmożenie napięcia w systemie nerwu błędnego jest często jedną z najgłówniejszych sprężyn w mechanizmie powstawania tego zaburzenia, zrozumiemy, że podawanie środków, jak naparstnica, może tylko utrudniać powrót do stanu normalnego.

Natomiast trucizny, jak belladonna lub jej alkaloid atropina, znieczulające zakończenia nerwu błędnego w sercu, czasami, jak sam miałem sposobność przekonać się, zapobiegają atakom migotania lub skracają ich przebieg. Z jeszcze większym powodzeniem (Wenckebach, Frey, Semerau) można takim chorym podawać przetwory kory chinowej, jak chininę, chinidynę i t. p., które, według zdania niektórych badaczy (Santesson, Frédéricot et Terroine, la Fèvre d'Arrie) zmniejszają wszelkie funkcje serca, zwłaszcza jego pobudliwość. Odpada w ten sposób drugi ważny współczynnik w migotaniu, tak że podniety normalne, wytwarzane w węźle wpustowym, znów biorą górę nad chorobliwymi heterotopowymi bodźcami w przedsionkach.

Przez czas jakiś spodziewano się tą drogą usunąć też i trwale migotanie. Okazało się wszakże, że rozciągnięcie tkanek przedsionkowych i przepojenie ich produktami metabolizmu nieusuniętymi jest tak silne, że nic go na stałe przemódz nie zdoła. Dlatego też chorzy tej najczęstszej kategorii zwykli po jednej lub kilku częściowych poprawach w tym stanie pozostawać aż do końca życia.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1. August Hoffman. Die Elektrographie i t. d. str. 202. Wiesbaden 1912.

2. Rothberger und Winterberg. Vorhofflimmern und Arrhythmia perpetua. Wien. klin. Woch. Tom 22. 1909.

3. Th. Lewis. Auricular fibrillation; a common clinical condition. Brit. med. Journal. Tom 2. 1909.

4. Rothberger u. Winterberg. Ueber Vorhofflimmern und Vorhofflattern. Pflügers Archiv Tom 160. 1914.

5. Cohn. Heart. Tom 3. 1912.

6. Hering. Rhythmische Vorhofftachysystolie und Pulsus irregularis perpetuus. Muench. med. Woch. 41/42. 1914.

7. Rzętkowski. O niedomodze mięśnia sercowego. Nowiny Lekarskie. Rocznik 26. 1914.

8. Semerau. Ueber Rückbildung der Arrhy-

thmia perpetua zugleich Beiträge zum Mechanismus der Entstehung von Vorhofflimmern am Menschen. Deutsch Arch. f. klin. Med. Tom 126. 1918.

9. Semerau. Die Flimmerarrhythmie. Ergebnisse der inn. Med. u. Kinderheilk.

10. Th. Lewis. Klinik der unregelmässigen Herztätigkeit, Würzburg. 1914. (Tłomaczenie z angielskiego).

11. Wł. Janowski. Prawidłowe tłumaczenie i prawidłowa nazwa części składowych normalnej krzywej żyłnej i t. d. Gazeta Lekarska. 52/53. 1918.

12. Heitz. Un cas d'arrhythmie permanente évoluant depuis trente-deux ans. Arch. des malad. du coeur, des vaisaux et du sang. Tom 7, № 2. 1914.

13. Edens. Die Digitalisbehandlung. Berlin—Wiedeń. 1916.

O D C I N E K.

Wojna, a choroby zakaźne w Warszawie.

Podał

D. Nisenson.

Cauderlier¹⁾ niegdyś wykazał, iż w krajach wojujących umiera wskutek różnych chorób więcej dzieci, starców i kobiet, niż żołnierzy na wojnie. Dowiodły tego również lata 1854 (krymska kampania) i 1870—1871 r. (wojna prusko-francuska). Trwająca od lat prawie pięciu wojna obecna potwierdziła w zupełności poprzednie spostrzeżenia. Ciągła fala przybywających i ubywających uchodźców, a co za tem idzie wypływająca stąd niemożność przestrzegania w całej pełni elementarnych zasad higieny, kryzys ekonomiczny, utrudniona aprowizacja i wiele innych jeszcze czynników spowodowały u nas niedostateczne odżywianie mas, a dość często wprost głód. Gdzie zaś głód, chłód i nęda, tam gnieżdżą się różne choroby. Nie będę mówił o obrzękach kończyn lub całego ciała (puchlina głodowa), które występowały u dużego odsetka naszych mieszkańców bez różnicy wieku, jak również o tej niezliczonej liczbie krzywiczych dzieci, zapełniających wprost wszystkie tutejsze ambulatory, pominię wreszcie milczeniem szerzącą się świerzbę, przystąpię przeto odrazu do przedstawienia statystyki chorých, dotkniętych chorobami zakaźnymi podczas wojny i zarazem odsetka śmiertelności wskutek tychże chorób. Trzeba przyznać, iż dzięki energicznym i stanowczym środkom, przedsięwziętym w różnych okresach wojny przez komisye sanitarne, wyłonięne bądź przez tutejszy Urząd Zdrowia, bądź przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego, epidemie wzgl. endemie nie przybrały u nas tych rozmiarów, jakich można było się spodziewać. Powiększenie liczby łóżek w szpitalach dla chorých zakaźnych, izolacja chorých, dezynfekcja (odkażenie) i dezynsekcja, kolumny sanitarne lotne, zainteresowanie się ludności naszej chorobami zakaźnymi (wystawa w Warsz. Tow. Hyg. „Walka z chorobami zakaźnymi“), różne opieki (Wydział Dobroczynności R. G. O.), wreszcie środki administracyjne — kary za niedoniesienia o chorobach zakaźnych, wszystkie te okoliczności zapobiegały w dużym stopniu szerzeniu się chorób nagminnych, a często nawet przyczyniały się do zniszczenia hydry w zarodku.

Nim przedstawię statystyczne dane, nadmienię muszę, iż w dostępnych dla mnie źródłach nie znalazłem wszystkich potrzebnych wiadomości i dla tego też będą w wielu miejscach luki i niedomówienia. Nie udało mi się

np. nigdzie odnaleźć liczby zasłabnięć na choroby zakaźne w drugiej połowie 1914 r.; mówić więc będę o tych zasłabnięciach przeważnie w 1915, 1916, 1917 i 1918 latach. Małych cyfr prawie nie będę podawał; w niektórych tylko razach wspomnę o pewnych chorobach (cholera), w celu skonstatowania faktu, który może się kiedyś przydać historyografowi obecnej wojny.

Przystępuję więc do pierwszej części mej pracy, t. j. do przedstawienia liczby zasłabnięć na choroby zakaźne w różnych okresach wojny.

Liczba zasłabnięć.

Rodzaj choroby	1914	1915	1916	1917	1918
1) Dur brzuszny	88	1292	1929	1939	895
2) Dur wysypkowy	28	724	4595	15867	10237
3) Krwawa biegunka	8	2518	1011	6067	306
4) Płonica	597	1966	640	308	367
5) Błonica	44	238	496	320	284
6) Ospa	278	534	257	22	10
7) Cholera azjatycka	—	17	—	—	8
8) Odra	129	120	153	268	630

Z wyżej wymienionych danych widzimy, iż podczas wojny występowały różne endemie; niektóre z nich panowały jednocześnie; inne zaś występowały jedno po drugim. W 1915 roku najwięcej było zasłabnięć na krwawą biegunkę; drugie miejsce zajęła płonica, następnie dur brzuszny, po nim zaś dopiero dur wysypkowy. W 1916 roku dur wysypkowy zajął pierwsze miejsce, po nim następuje dur brzuszny. Trwająca u nas przedtem w przeciągu kilku lat (1912, 1913, 1914 i 1915) endemia płonicy słabnie w tymże 1916 roku. Liczba zasłabnięć na dur brzuszny również zmniejszyła się. Wprowadzone zaś w tymże roku obowiązkowe szczepienie ospy przyczyniło się do zmniejszenia liczby zapadnięć na ospę do połowy roku poprzedniego. W 1917 r. dur wysypkowy przewyższa wszystkie poprzednie endemie, krwawa biegunka dosięga również niebywałych cyfr, dur brzuszny nie pozostał również w tyle. Natomiast płonica w dalszym ciągu słabnie. Aczkolwiek w 1918 roku dur wysypkowy nieco osłabł, szerzył się jeszcze mimo to dość gwałtownie; dur brzuszny i krwawa biegunka znacznie

¹⁾ Cyt. u P. I. Kurkina „Śmiertność” małych dzieci. Statystyka dietzkiej śmiertności. Odczyty. Moskwa 1911 r.

się zmniejszyły; liczba zapadnięć na płonicę nieco się powiększyła, natomiast odra w silnym stopniu zaatakowała dzieci, choć i starsze osoby nie były wolne od tej choroby.

Do smutnej tej statystyki zaśląbnąć na choroby zakaźne podczas trwającej pięcioletniej wojny brak tylko danych o gruźlicy. Nie podaję zaś cyfr, gdyż, po pierwsze, do tej pory nie mamy dokładnej statystyki zaśląbnąć na tę chorobę (rejestracja chorych na gruźlicę nie obowiązuje jeszcze lekarzy); powtórę gruźlica nie należy do tej kategorii chorób, które stanowią (ostre zakaźne choroby) przedmiot niniejszej pracy. Jednakże dotknę się tej plagi ludzkości w innym miejscu, kiedy będzie mowa o śmiertelności u nas wskutek chorób zakaźnych.

Przechodzę teraz do drugiej części mej pracy, t. j. przedstawienia śmiertelności z poszczególnych chorób zakaźnych podczas ostatniego pięciolecia.

Liczba zgonów.

Nazwa choroby	1914	1915	1916	1917	1918
1) Dur brzuszny	190	264	154	288	214
2) „ plamisty	12	136	333	1440	1477
3) Błonica	481	598	79	60	80
4) Krwawa biegunka	211	538	182	2437	178
5) Błonica i krup	102	110	55	69	83
6) Ospa	197	328	21	4	4
7) Odra	163	510	16	55	188
8) Grypa (influenza)	7	17	5	4	586
9) Zapalenie płuc płatowe (włóknikowe).	411	407	302	314	689

Jak już wyżej zaznaczyłem, małych liczb i w tej statystyce, nie podaję. Według ścisłych danych zmarło na choroby zakaźne:

W 1914 r. osób 2184, co stanowi 13,40% og. liczby zmarłych i 246,9 na 100.000 ludności.

W 1915 r. osób 3391, co stanowi 16,00% og. liczby zmarłych i 391 na 100.000 ludności.

W 1916 r. osób 1416, co stanowi 7,65% og. liczby zmarłych i 181 na 100.000 ludności.

W 1917 r. osób 4999 ¹⁾, co stanowi 14,41% og. liczby zmarłych i 597 na 100.000 ludności.

W 1918 r. osób 3849, co stanowi 15,76% og. liczby zmarłych i 507,5 na 100.000 ludności.

¹⁾ Mowa tu o śmiertelności Wielkiej Warszawy, gdyż do naszego miasta zostały włączone tego roku przedmieścia: Ochota, Kamionek, Pelcowizna i t. d., co stanowi razem 26 okręgów, przedtem było tylko 15 okręgów.

Rok 1914, pierwszy okres wojny nie zaznaczył się niczem szczególnym pod względem epidemiologicznym — endemie bowiem płonicy i krwawej biegunki powtarzały się przedtem u nas corocznie prawie, zwłaszcza w porze letniej, a jeszcze więcej jesiennej; nieco więcej tylko było przypadków ospy i duru brzusznego.

W roku 1915 zaludniła się Warszawa przybyszami z prowincji, a wraz z nimi zaczęły się więcej srożyć dury: brzuszny i plamisty, a co za tem idzie i śmiertelność wskutek tychże chorób wzrosła. Endemie płonicy i krwawej biegunki zabrały także dużo ofiar. Dzieci zaś dziesiątkowała odra i ospa. W następnym 1916 r. endemie durów zabrały najwięcej ofiar, wszystkie zaś inne endemie słabły. Obowiązkowe szczepienie ochronne ospy doprowadziło zbawiennego wpływu tego zabiegu leczniczego — endemia ospy odrazu prawie wygasła.

Rok 1917 zabrał najwięcej ofiar wśród dotkniętych durem plamistym i krwawą biegunką; mniej zgonów było z duru brzusznego; inne endemie dawały nikły odsetek przypadków śmierci.

Przechodzę do ostatniego roku sprawozdawczego — 1918. W roku tym panował w dalszym ciągu dur plamisty, który zabrał najwięcej ofiar; drugie i trzecie miejsce zajęły grypa i płatowe zapalenie płuc (*influenza, pneumonia crouposa*). Nawiasem dodam, iż podczas pandemii grypy 1918 r. duża była liczba zachorowań i zgonów wśród osobników młodych, do tego czasu zupełnie zdrowych i wśród starców. Pocieszającym natomiast objawem było w 1918 r. zniknięcie prawie płonicy, która, ze wszystkich panujących w ostatnim pięcioleciu endemii, w 1917 roku zabrała największą liczbę ofiar. Śmiertelność wskutek odry nieco wprawdzie się powiększyła, nie osiągnęła jednakże tego natężenia, jakim się zaznaczył rok 1915. W końcu zaznaczyć muszę, iż w ostatnim roku sprawozdawczym nie były prawie notowane przypadki śmierci wskutek ospy, która zaczęła się już zmniejszać w 1916 roku.

Tak w krótkich zarysach przedstawiają się u nas choroby nagminne za cały czas wojny. Liczba zmarłych wskutek tych chorób jest wprost zatrważająca. Ale to nie wszystko! Cyfry te maleją wobec danych, tyjących się śmiertelności wskutek gruźlicy, tego stałego towarzysza wszystkich wojen. Dla przedstawienia więc całego smutnego obrazu wymienia (depopulacji) ludności naszej, prawdziwej ofiary wojny, przytoczę statystykę śmiertelności i wskutek tej choroby.

Według danych urzędowych śmiertelność wskutek gruźlicy wszelkich postaci tak się przedstawia:

W 1914 r. zmarło 2757 osób, co stanowi 16,92 na 100 zmarłych i 312,0 na 100.000 mieszkańców.

W 1915 r. zmarło 3553 osób, co stanowi 16,76 na 100 zmarłych i 410,0 na 100.000 mieszkańców.

W 1916 r. zmarło 4687 osób, co stanowi

25,32 na 100 zmarłych i 600,4 na 100,000 mieszkańców.

W 1917 r. ¹⁾ zmarło 8236 osób, co stanowi 23,74 na 100 zmarłych i 984,0 na 100,000 mieszkańców.

W 1918 r. zmarło 5877 osób, co stanowi 24,07 na 100 zmarłych i 775,0 na 100,000 mieszkańców.

Śmiertelność, jak widzimy, wskutek gruźlicy, co rok prawie podwaja się, a niekiedy nawet potraja się.

Statystyki śmiertelności wskutek chorób zakaźnych i gruźlicy w małych miastach i powiatach nie posiadamy. Można jednakże z wielką pewnością powiedzieć, że endemie nie przedstawiają się tam lepiej, jeśli nie gorzej, niż u nas. Lwia część bowiem chorób zakaźnych została nam przyniesiona przez ludność przyjeżdżną.

Reasumując liczbę zakażeń i przypadków śmierci w Warszawie wskutek chorób zakaźnych, widzimy, jakie spustoszenia uczyniła wszechświatowa wojna wśród niebiorących udziału bezpośredniego na terenie jej. Ludność m. st. Warszawy z 884,544 (1 stycznia 1914 r.) spadła do 820,500 (1 stycznia 1919 r.), mimo przyłączenia do niej w r. 1916

przedmieść ze 100-tysięczną przeszłą ludnością. Samo się przez się rozumie, iż niema tu mowy o zasląbnięciach i śmiertelności wśród wojсковых — dane te bowiem będą stanowiły osobny traktat w medycynie polowej. Przytoczonemu przeze mnie danemu stwierdziłem tylko, iż lata wojny przyczyniły się do zmniejszenia naturalnego przyrostu naszego miasta, jaki miał miejsce w przeciągu całego szeregu lat w okresie przedwojennym. Powrót do normalnych warunków — zawarcie przedewszystkiem ogólnego pokoju, polepszenie ekonomicznych, kulturalnych i higienicznych (mieszkańciowych) warunków naszej ludności, masowe lepsze odżywianie — mogą jedynie zapobiedz dalszemu moralnemu i fizycznemu zwyrodnieniu mieszkańców naszego kraju i przyczynić się do wzmocnienia i uodpornienia dzisiejszego „wojennego” pokolenia, tak wrażliwego na różne zarazki chorobotwórcze.

Pozwolę sobie na tem miejscu podziękować p. M. Ciemniewskiemu, Zarządzającemu Wydziałem Statystycznym m. st. Warszawy oraz jego pomocnikowi p. J. Homolickiemu za łaskawie udzielone mi pozwolenie korzystania z potrzebnych źródeł do napisania niniejszej pracy.

P I Ś M I E N N I C T W O.

1) Choroby zakaźne w Warszawie. Medycyna i Kronika Lekarska 1914 r., Nr. 21, 25, 29. 2) A. Sokołowski. Wojna, a suchoty. Zdrowie 1914 r. Nr. 12. 3) Prace Wydziału Statystycznego przy Zarządzie m. st. Warszawy 1916 i 1917 r. 4) W. Męczykowski. Urodzenia i Śmiertelność. Gazeta Lekarska 1916 r. Nr. 18 (44). 5) J. Polak. Obraz zdrowia Stolicy naszej. Zdrowie 1918 Nr. 2.

6) J. Polak. Przyczynek do statystyki śmiertelności w m. st. Warszawie. Zdrowie 1918 r. Nr. 4 i Nr. 5. 7) M. Ciemniewski. Wpływ wypadków wojennych na zjawiska ludnościowe w Warszawie. Pamiętnik II Zjazdu Higienistów Polskich. Warszawa 1918 r. 8) I. Puterman. Epidemia influenzy w r. 1918. Gazeta Lekarska 1919 r. Nr. 12 i 13.

Dział sprawozdawczy.

23. J. L. Faure. Nauczanie chirurgii.

„Duch reform wieje ze wszystkich stron. Stara Francya, ocalona przez czujność swoich synów, musi się odmłodzić i przystosować do nowych czasów. Trzeba zbурzyć spruchniałe bożyszcza, pozbyć się czczych formuł, zerwać więzy, które nas obozwładniają, podpalić wszystkie papierzyska i przepędzić tych, którzy tylko w nich żyją. Niema wątpliwości, że ze wszech stron zbiegnie się młodzież żądna wiedzy do kraju zwycięstwa. Trzeba się zdobyć na wszelki wysiłek, ażebyśmy się okazali godnymi naszego losu, ażebyśmy się wzniesli na wyżyny naszego posłannictwa. Trzeba pomnożyć nasze środki naukowe, powiększyć i ulepszyć nasze pracownie i sale operacyjne, zaopatrzyć je w przyrządy najnowsze, które dziś są niezbędne. Trzeba przede wszystkim pieniędzy, dużo pieniędzy! Aby nie uchybić najelementarniejszym obowiązkom, i nie obarczyć swej pamięci ciężką odpowie-

dzialnością, władzę państwowe te pieniądze dadzą z pewnością. Trzeba tylko, ażeby ci, którym te środki będą udzielone mieli niezłomną wolę, aby ich dobrze użyć“.

Temi słowy autor rozpoczyna swoją rozprawę o nauczaniu chirurgii we Francji. Następnie odpiera częściowo zarzuty, stawiane dość powszechnie wydziałowi lekarskiemu, iż zbyt mały bierze udział w nauczaniu chirurgii. To trudno, powiada autor, chirurgii można się nauczyć tylko w szpitalu. Wydział lekarski może i powinien dać tylko pewne zasadnicze wskazówki, których chirurg powinien się trzymać w swoim przyszłym zawodzie. Lekkomysłnem i niewdzięcznem byłoby twierdzenie, że nie istnieje nauczanie chirurgii we Francji, która posiada przecie najlepszych chirurgów na świecie, której ogół chirurgów (*corps chirurgical*) przeciętnie jest wyższy, niż w innych krajach.

Cwiczenia chirurgii operacyjnej, tej chirurgii klasycznej, jakiej uczył Farabeuf, te ligatury i te amputacje, tak często powtarzane za czasów naszej młodości, nie znajdują uzna-

¹⁾ Dane te odnoszą się do Wielkiej Warszawy.

nia wśród młodzieży pod pretekstem, że się ich nie stosuje na ludziach żywych. Nie zdają sobie widocznie sprawy, jaką olbrzymią rolę grają te ćwiczenia w wykształceniu chirurga. Tu nie chodzi tylko o to, ażeby te amputacje i te wyłuszczenia umieć wykonywać na żywych, ale żeby się nauczyć trzymania noża, nauczyć zręczności, pewności, ścisłości, szybkości, nawet elegancji, która cechuje większość chirurgów francuskich. Trzeba się ćwiczyć w podwiązywaniu naczyń nie po to tylko, ażeby się nauczyć tamować krwotok, ale dla tego, ażeby wiedzieć, gdzie się te naczynia znajdują, więcej ażeby ich unikać, aniżeli żeby je znaleźć — ażeby ze swobodą i pewnością można było manewrować w okolicach niebezpiecznych, żeby ze spokojem i zimną krwią wykonywać straszne i trudne operacje na szyi.

Dobrze jest do tych zasadniczych ćwiczeń dodawać, jak to się praktykuje od lat kilku, ćwiczenia inne, mianowicie klasyczne operacje brzuszne, ale nie należy przesadzać ich użyteczności. Chirurgia na trupie niepodobna jest w niczem do operacji na żywym. Nawet operacje na zwierzętach nie wiele uczą. Studenci muszą się uczyć chirurgii na oddziałach szpitalnych, na chorych, biorąc czynny udział w służbie szpitalnej. Wszyscy wybitni chirurdzy rekrutują się z pośród dawnych internów. Kto nie chce, albo nie może być internem albo eksternem, musi odbywać praktykę na oddziale (*stage*), co się obecnie — powiada autor — rzadko zdarza. Trzeba koniecznie ażeby praktykanci (*stagiaires*) byli rzeczywiście wciągani do pracy na oddziale; żeby tam się uczyli i żeby ich było niewielu; powinni być za to rozproszeni po wielu szpitalach. Jest to przecie absurd, gdy się widzi na jednym oddziale gromadę praktykantów, którzy nie mogą się nawet zbliżyć do chorego, a inne oddziały są puste i ekstermi nie mogą sobie dać rady wskutek nawału pracy.

Praktykanci, o ile ich jest niewielu, powinni brać osobiście udział w leczeniu chorych, pomagać w nakładaniu aparatów, w opatrunkach, pisać karty szpitalne, badać moc, przypatrywać się wielkim operacjom, pomagać w małych. Powinni operować sami pod kierunkiem internów lub doświadczonych eksternów, przecinać ropnie, usuwać małe narośle na skórze, uczyć się władać nożem na żywym, nabierać pewności siebie, co jest konieczne i co przychodzi dość prędko. Gdzie i kiedy się tego mogą nauczyć? Ordynatorem (*chef de service*) i internom należy powierzyć to wykształcenie chirurgiczne praktykantów. Praktykanci powinni również brać udział w przyjmowaniu chorych i w dyżurach (*service de garde*). Dało to jaknajlepsze wyniki w zakładach położniczych. Tu naturalnie łatwiej jest o materiał regularnie napływający. Ale i w szpitalach ogólnych dałoby się to urządzić. Tu praktykanci mieliby sposobność asystowania przy różnych operacjach nie cierpiących zwłoki (*d'urgence*), jak zra-

nienia przypadkowe, przepukliny uwięzione, ciąża zewnątrz-maciczna, *occlusio intestinum* i t. d. Gdy niema chorych chirurgicznych, pożytecznie jest badać innych chorych wewnętrznych.

Jeżeli nie chcemy, powiada autor, ażeby studenci nasi szli w świat bez sumiennego przygotowania chirurgicznego, jeżeli chcemy żeby sobie dali radę, gdy będą zdala od ośrodków chirurgicznych, musimy zorganizować nauczanie chirurgii wszystkich studentów w szpitalach. Jest to, właściwie mówiąc, rzecz nie trudna. Trzeba tylko, żeby szefowie oddziałów wzięli na siebie ten trud, jako święty obowiązek, który na nich nakładają nowe warunki, w jakich żyć ma Francja.

(Czyż nie dadzą się zastosować powyższe uwagi i do nas i to nie tylko w dziedzinie nauczania chirurgii?)

(*Presse Méd.* 1919. № 30).

A. Puławski.

24. Meunier Leon. Znaczenie kliniczne badania resztek trawienia żołądkowego (*résidus de la digestion stomacale*).

Wychodząc z zasady, że trawienie pokarmów odbywa się przede wszystkim w kiszce, że żołądek jest w większym stopniu narządem ruchu, niż sekrecji, autor zaleca, aby zwracać większą uwagę na sprawność ruchową żołądka, niż na chemizm.

Dlatego, zamiast powszechnie przyjętego sposobu badania zawartości żołądkowej po próbnem jedzeniu (śniadaniu) na wysokości trawienia, autor proponuje inną metodę, którą stosuje oddawna z dobrym wynikiem. Chory zjada wieczorem zwykle swoje pożywienie, do którego autor dodaje suszoną śliwkę gotowaną, nieobraną ze skórki. Nazajutrz rano chory zjada 300 gramów gotowanych tartych kartofli (*purée*). W cztery godziny potem żołądek normalny jest pusty lub co najwyżej zawiera kilkanaście cm. sz. płynu sekrecyjnego. Dla dokładnego opróżnienia żołądka należy wykonywać zgłębnikowanie w sposób następujący: zgłębnik zakłada się choremu z początku w pozycji siedzącej, potem chorego układa się poziomo: w ten sposób wydobywa się całą zawartość żołądka bez pompowania i bez męczenia chorego. Otrzymana w ten sposób zawartość w razach patologicznych może być znaczna (100 i więcej cm. sz.) i składa się: 1) z resztek pokarmowych (*résidus alimentaires*), 2) z resztek sekrecji żołądkowej (*résidus de sécrétion*).

O resztkach pokarmowych z dnia poprzedniego świadczy skórka śliwki; zaległość po próbnem śniadaniu wykrywamy zapomocą jodu i możemy ją obliczyć dość dokładnie przez ważenie (po wysuszeniu na filtrze) albo przez miareczkowanie z roztworem Fehlinga. O ile badanie nie wykazuje resztek pokarmowych, otrzymany płyn wskazuje obecność resztek sekrecyjnych, świadczących o tem, że żołądek przesunął normalnie pokarm do kiszki, ale sekrecja odbywa się w pustym żołądku (*la muqueuse continue à travailler à vide*). Badanie na

obecność wolnego kwasu solnego, śluzu, krwi, żółci i t. d. może dostarczyć danych o pochodzeniu tych zaburzeń wydzielniczych w sposób jeszcze ściślejszy, powiada autor, niż badanie zawartości żołądka w przebiegu trawienia.

Wyniki badań powyższych pozwalają nam rozróżnić dwie główne kategorie chorób żołądkowych:

1) choroby, w których znajdujemy tylko pozostałości sekrecyjne (*résidus de sécrétion*). Te choroby stanowią dziedzinę medycyny wewnętrznej.

2) Choroby, w których znajdujemy zaległości sekrecyjne i pokarmowe. Te należą przeważnie do chirurgii. Są to albo przypadki prawdziwej stenozы (zaległości z dnia poprzedniego—resztki śliwki), wymagające natychmiastowej interwencji chirurgicznej albo też zaburzenia, świadczące o postępującej stopniowo sprawie niedomogi żołądka.

Te właśnie sprawy można zapomocą metody, podanej przez autora, śledzić dokładnie i dać możność zastosowania zabiegów chirurgicznych w porze odpowiedniej.

(*Fresse Méd. 1919. 300. № 37*).

A. Puławski.

25. Sollier P. Zawrót głowy, który przywraca słuch. (*Vertige qui fait entendre*).

Pod tym tytułem Lermoyez ogłosił artykuł (*Presse Méd. 1919. 2. II*), w którym opisuje ciekawy przypadek, w którym wystąpiły objawy zespołu Ménière'a tylko na wyrót (*à rebours*), t. j. że objawy były takie same, ale w odwrotnym porządku. W zespole Ménière'a, jak wiadomo, porządek ten jest taki: dobry słuch, nagły zawrót głowy, nagła głuchota, ustępująca powoli i z trudnością. W nowym zespole, opisanym przez Lermoyez'a, objawy idą w takim porządku: stopniowo powiększająca się głuchota, nagły zawrót głowy i dobry słuch. Lermoyez przypisuje te objawy miejscowemu skurczowi naczyń (*angiospasmes locaux*) u osobników neuro-arteryicznych, posiadających nadmierną wrażliwość błędnika (*une susceptibilité labyrinthique exagérée*) i umieszcza te objawy w rzędzie napadów naczyniowych (*crises vasculaires*), które mogą się zdarzyć w przebiegu różnych cierpień.

Zamknięcie światła tętnicy słuchowej wewnętrznej, występujące powoli, wywołuje postępujące znieczulenie ucha, t. j. głuchotę. Gdy skurcz nagle przejdzie, krew gwałtownie zalewa błędnik, powodując swoisty ból w ślimaku, oraz zawrót głowy; jednocześnie znika znieczulenie ucha, t. j. głuchota. Zjawienie się zawrotu i zniknięcie głuchoty zależą od jednej i tej samej przyczyny: usunięcie przeszkody w krążeniu tętnicy błędnika. Słuch powraca nie dlatego, że zjawia się zawrót, ale wtedy, gdy zawrót wybuchnie.

Sollier—autor cennych prac nad histeryą,—nawiązuje opisany przez Lermoyez'a zespół objawów do spostrzeganych przez siebie dawniej i zwłaszcza podczas obecnej wojny przy-

padków głuchoty i głucho-niemoty, powstałej na tle histeryi i gwałtownych wzruszeń psychicznych. Autor spostrzegał w takich razach wyleczenie przez sztuczne wywołanie zawrotu głowy zapomocą zatkania palcami zewnętrznych przewodów słuchowych i silnego ucisku na skrawek ucha (*tragus*), albo zapomocą faryzacyi okolicy krtaniowej szyi. W czasie obecnej wojny Sollier spostrzegał takie np. przypadki. Młody żołnierz wskutek gwałtownego wstrząśnienia stracił głos i słuch. Badanie nie wykazało żadnych zmian miejscowych ani ogólnych, oprócz znieczulenia skóry około uszu i w okolicy krtani. Taki stan trwał bez zmiany 8 dni. Nagle chory bez widocznej przyczyny dostaje gwałtownego bólu głowy, skarżąc się, iż głowa mu pęka. W tejże chwili doznaje tak silnego zawrotu głowy, że pada prawie nieprzytomny na łóżko z twarzą silnie przekrwioną. Po pewnym czasie przychodzi do siebie, mając tylko „głowę ciężką”, ale powraca mu mowa i słuch w zupełności. Po miesiącu opuszcza szpital zupełnie zdrow. W tenże sam sposób Sollier widział odzyskanie słuchu i mowy u innego młodego żołnierza-pastucha pyrenejskiego, który już przed wojną miewał ataki niemoty i głuchoty wskutek silnych wzruszeń. Mając wielokrotnie do czynienia z podobnymi przypadkami, autor zauważył, że ból głowy i nagły zawrót były zwykle zwiastunami powrotu słuchu i mowy, co go naprowadziło na myśl wywoływania sztucznego zawrotu w celach leczniczych.

Pod względem teoretycznym spostrzeżenia Lermoyez'a, uzupełnione uwagami Sollier'a, są bardzo pouczające. Czyż nie mamy prawa—powiada Sollier—głuchoty histerycznej, wywołanej przez wstrząs, przez eksplozję, jak to się często zdarzało obecnie—uważać za sprawę fizyologiczną a nie psychiczną, jak twierdzą niektórzy, nie dając na to żadnych zresztą dowodów. To się stosuje i do innych objawów histerycznych. Takie same objawy może wywoływać wstrząs fizyczny, jak i wstrząs psychiczny. Trudno odróżnić pochodzenie zaburzeń czynnościowych—fizyczne czy psychiczne—z tej prostej przyczyny, że w obu przypadkach mechanizm jest taki sam. Tym sposobem—drogą pośrednią—wyjaśnienie podane przez Lermoyez'a faktów, które spotykamy zarówno w chorobach organicznych i t. zw. czynnościowych, jest nowem potwierdzeniem fizyologicznej teorii histeryi.

(*Fresse Méd. 1919. № 37. 3. VII*).

A. Puławski.

26. M. Loeper i M. Binet. Działanie hemolityczne soku żołądkowego, jako miara jego siły trawiennej.

Sok żołądkowy hemolizuje krwinki czerwone, a własność ta zależy nie od stężenia cząsteczkowego, ponieważ występuje w roztynach izotonicznych, a nawet hipertonicznych, lecz od jego siły trawiennej: sok żołądkowy nieczynny pozbawiony jest również i własności hemolitycznej.

Siłę działania hemolitycznego soku żołądkowego autorowie oznaczają w sposób na-

stępujący: 10 kropel krwi ludzkiej trzykrotnie przemywa się roztworem fizyologicznym; następnie 2 krople przemytych krwinek miesza się w małej rurce szklanej z 2 cm. sz. roztworu soku żołądkowego w roztworze fizyologicznym w stosunku 1:4. Rurkę umieszcza się w termostacie przy 37°. W tych warunkach następuje hemoliza, przyczem roztwór przybiera odcień porzeczkowy, szybko ciemniejący. Czas powstawania hemolizy jest miarą siły hemolitycznej soku żołądkowego.

W normalnym soku żołądkowym hemoliza następuje po 15 minutach; w przypadkach nadkwaśności po 3 minutach; sok żołądkowy nieczynny nie wywołuje hemolizy i po 3 kwadransach. Szybkość hemolizy zależy przede wszystkim od zawartości HCl w soku żołądkowym; jednakże obecność pepsyny działa na jego jeszcze wzmacnia. Sama pepsyna, nawet w dużej ilości, posiada bardzo słabe działanie hemolityczne. W przypadkach raka sok żołądkowy nie hemolizuje krwinek, co stoi w sprzeczności z dawnymi spostrzeżeniami Grafeego, Rohmera i Lievierats'a, którzy

w raku żołądka dopatrywali się istnienia hemolizy swoistych.

Na zasadzie dotychczasowych swoich spostrzeżeń autorowie wyprowadzają wnioski następujące:

Działanie hemolityczne soku żołądkowego jest naogół zjawiskiem stałym.

Działanie to zależy przede wszystkim od kwasu solnego; obecność pepsyny jednakże działanie to wzmacnia.

Działanie hemolityczne soku żołądkowego jest w stosunku proporcjonalnym do jego siły trawiennej i może stanowić miarę tej siły.

Sok żołądkowy normalny w rozcieńczeniu 1:4 hemolizuje krew w 15 minut.

W przypadkach, kiedy hemoliza następuje po 5 minutach, może być mowa o wzmożonej czynności soku żołądkowego.

Wreszcie, jeżeli hemoliza nie następuje po upływie 1/2 godziny, możemy taki sok żołądkowy uważać za nieczynny.

(*La Presse Méd. I. V. 1919 r.*)

J. Bełkowski.

Wiadomości bieżące.

— W ostatnich czasach ogół nasz lekarski boleśnie został dotknięty przez postępowanie kilku kolegów, których pociągnięto do odpowiedzialności sądowej za nadużycia przy poborze rekrutów. Fakty takie, o ile zostaną dowiedzione, należy piętnować, jako zbrodnię, zwłaszcza w czasach obecnych, gdy chodzi o dostarczanie wyborowego materiału dla obrony ojczyzny, o uczciwą pracę na każdym polu dla współdziałania w odbudowaniu państwa polskiego. Poziom etyczny naszego stanu lekar-

skiego stał dotąd wysoko, nie należy dopuszczać, aby się obniżał przez haniebne czyny jednostek zwyrodniałych lub słabych.

NEKROLOGIA.

Dnia 30 lipca zmarł w Rzeszowie dr Antoni Biesiadzki, starszy lekarz powiatowy i dyrektor zakładu kąpielowego w Krynicy. Żył lat 55.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Dr Karol Rozenfeld (Częstochowa). Przypadek niezwykłego przyspieszenia oddechu (tachypnoë) na tle nerwicy urazowej.	397	24. Meunier Leon. Znaczenie kliniczne badania resztek trawienia żołądkowego (<i>résidus de la digestion stomacale</i>).	408
Dr Mściwój Semerau. (Warszawa). Znaczenie kliniczne migotania przedsionków (dokończenie).	401	25. Sollier P. Zawrót głowy, który przywraca słuch.	409
Odcinek. D. Nisenson. Wojna, a choroby zakaźne w Warszawie.	405	26. M. Loeper i M. Binet. Działanie hemolityczne soku żołądkowego, jako miara jego siły trawiennej.	309
Dział sprawozdawczy. 23 J. L. Faure. Nauczanie chirurgii.	407	Wiadomości bieżące.	410
		Nekrologia.	410

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73. Telefon 26-79.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5 1/2 do 7-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 54, półrocznie Mk. 27; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 60, półrocznie M. 30. Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej m. 2.25, na ostatniej M. 2, na stronach wewnętrznych okładki M. 1.75.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8, Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124. W Krakowie H. Fallek — Bonerowska 11.

Na Francję wyłącznie M-r Gray de Gourcy, Paris—Le Vesinet 19 Route de la Plaine.

Odbito czcionkami Drukarni Krajowej (W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski). Żelazna 89. Tel. 188-70.